



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade

**A representação social da morte e do morrer para graduandos de
enfermagem**

Rio de Janeiro

2021

Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade

A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

A553 Andrade, Priscila Cristina da Silva Thiengo.
A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem / Priscila Cristina da Silva Thiengo Andrade. – 2021. 269 f.

Orientador: Antonio Marcos Tosoli Gomes.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Representações sociais. 2. Morte. 3. Estudantes de enfermagem. 4. I. Gomes, Antonio Marcos Tosoli. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária Diana Amado B. dos Santos CRB/7 6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade

A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 8 de fevereiro de 2021.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes (Orientador)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Rafael de Moura Coelho Pecly Wolter
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva
Universidade Federal de São João Del-Rei

Prof.^a Dra. Eliane Ramos Pereira
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Sergio Corrêa Marques
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

A todos os participantes do estudo, alunos queridos que tanto contribuíram para a confecção desta tese, sem vocês este trabalho não seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente pela dádiva da vida, por estar sempre comigo conduzindo meus passos, me dando forças para enfrentar obstáculos e superar desafios, sem O qual, certamente, não chegaria até aqui. Obrigada por ter me dado a chance de ser aquilo que escolhi e ter confiado a mim o dom de cuidar! O que seria de mim sem Seu amor? Obrigada por mais essa conquista!

A minha família, muito obrigada por todo amor e carinho. Em especial ao meu esposo José Antônio por todo apoio. Você cuida de mim, me incentiva e alimenta minhas forças. A minha enteada Jade que me lembrou como é bom ser criança e o quão doce é a infância, com você aprendi o significado de amor incondicional a um filho. Aos meus pais, José e Gabriela, que renunciaram a si mesmos para que eu e minha irmã pudéssemos sonhar e sermos felizes, cujo amor sem limites me impulsiona e me renova a cada dia. A minha irmã Jandira, meu cunhado Alexandre e meus sobrinhos amados Letícia e Guilherme, obrigada pela compreensão devido a minha ausência nos últimos meses. A minha avó Nilza e meu tio Moisés, pelas orações e pelo apoio. Minha sogra Maria e minha madrastra Marli, obrigada pelo carinho e pelas risadas que recarregam minhas baterias a cada encontro. Obrigada por não medirem esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida. Eu amo vocês!

Ao Professor, orientador e amigo, Antonio Marcos Tosoli Gomes. Agradeço pelo seu incentivo, por seus ensinamentos e por me acompanhar desde os primeiros passos na vida acadêmica, contribuindo para o meu amadurecimento como estudante e pesquisadora em representações sociais. Obrigada por me ouvir, me fazer refletir e pelo trabalho conjunto na construção deste estudo. Você é minha inspiração!

À Prof.^a Dr.^a. Eliane Ramos Pereira, Prof.^a Dr.^a. Liana Amorim Correa Trotte e Prof. Sérgio Corrêa Marques que de maneira muito atenciosa receberam meu trabalho e fizeram preciosas contribuições teóricas e metodológicas na banca de qualificação, que foram fundamentais e de extrema relevância para a construção da versão final desta tese. Aos professores Rafael Wolter e Alexandre Silva por aceitarem contribuir para o aprimoramento deste estudo.

Aos colegas de trabalho, em especial meus amigos professores da área clínica que sempre me incentivaram, desde o início deste sonho e vibraram comigo a cada conquista. Vocês são excelentes profissionais, exemplos de amor e dedicação à assistência, a pesquisa e ao ensino no campo da enfermagem.

Aos meus amigos do grupo de pesquisa RELIGARES, em especial a Rachel e Margarida que colaboraram na coleta de dados e a Virgínia, Diogo e Luiz na análise dos dados. Agradeço a todos por todo o apoio, amizade e aprendizados.

A todos os amigos, que compreenderam os momentos de afastamento e ocasiões nas quais estive ausente.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) pela seriedade com o qual conduzem este Programa, pelo comprometimento e pela dedicação à formação de mestres e doutores críticos, conscientes e capazes de exercer uma enfermagem melhor a cada dia.

Agradeço também a meus alunos da Graduação e da Residência de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tenho orgulho por ter feito parte de suas vidas durante a construção do seu saber profissional.

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos aos alunos que se dispuseram a ajudar-me em minha pesquisa disponibilizando alguns longos minutos para o preenchimento dos instrumentos da pesquisa e na realização das entrevistas, para que a conclusão deste trabalho fosse possível. Vocês me inspiram, estimulam e reiteram meu apreço pela docência, o meu muito obrigado!

RESUMO

ANDRADE, Priscila Cristina da Silva Thiengo de. **A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem**. 2021. 269 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O objeto desta pesquisa trata da representação social da morte e do morrer para alunos de graduação em enfermagem que fazem os seus cursos nas universidades públicas da cidade do Rio de Janeiro. Como questão norteadora: Quais são as representações sociais da morte e do morrer para graduandos de enfermagem do último ano de graduação? Como objetivo geral pretendeu-se analisar a representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem. Estudo exploratório-descritivo fundamentado na Teoria das Representações Sociais, desenvolvido em duas universidades públicas do estado do Rio de Janeiro, com estudantes do último ano do curso de graduação em Enfermagem em três etapas distintas: Primeira: Caracterização de 149 participantes, coleta de evocações livres e Escala de Religiosidade da Universidade de Duke. Para análise, utilizou-se a estatística simples e a técnica de construção do Quadro de Quatro Casas, instrumentalizada pelo *software Ensemble de programm espermettant L'analyse des evocations* e Análise de Similitude. Segunda: Testes para verificação da centralidade: *Mise-en-Cause* e *Choix par Blocs* e, para cada instrumento, foi realizada uma análise estatística distinta. Terceira: Entrevista semiestruturada individual em profundidade com 30 estudantes participantes das duas primeiras etapas do estudo. Os dados foram analisados por meio do *software Iramuteq*. Com relação à estrutura da Representação, destaca-se que o provável Núcleo Central para o termo indutor morte foi: fim, triste e dor, para o termo morrer: fim, triste e medo, que indicam uma dimensão relacionada aos aspectos afetivos, normativos e práticos. A partir da análise de similitude foi possível perceber a tendência à centralidade do léxico triste. Ele organiza a representação e possui forte ligação com o termo fim. Na análise realizada pelo Iramuteq, foram definidas cinco classes em dois eixos distintos: Eixo 1: Aspectos sociais culturais e religiosos da morte e do morrer, e sua relação com o cuidado ao paciente e sua família; Eixo 2: As práticas acadêmicas e profissionais e as memórias sociais e afetivas em relação à morte e ao morrer. Conclui-se que a representação social da morte e do morrer para os graduandos de enfermagem tem, em sua estrutura e organização, a interação sustentada por uma ligação aos sentimentos considerados negativos, o que interfere em suas ações e influencia sua práxis. A importância da capacitação para a oferta do cuidado humanizado, atendendo à demanda do indivíduo e de sua família durante o processo de morte e morrer e respeitando a singularidade do futuro profissional, na busca pela melhoria da sua prática em saúde.

Palavras-Chave: Representações Sociais. Morte. Morrer. Estudantes de Graduação.

ABSTRACT

ANDRADE, Priscila Cristina da Silva Thiengo de. **The social representation of death and dying for nursing students**. 2021. 269 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The object of this research deals with the social representation of death and dying for undergraduate nursing students who take their courses at public universities in the city of Rio de Janeiro. As a guiding question: What are the social representations of death and dying for nursing students in their final year of graduation? As a general objective, it was intended to analyze the social representation of death and dying for nursing students. Exploratory-descriptive study based on Theory of Social Representations, developed in two public universities in the state of Rio de Janeiro, with students from the last year of the undergraduate nursing course in three distinct stages: First: Characterization of 149 participants, collection of free evocations and Duke University Religiosity Scale. For analysis, we used simple statistics and the technique of construction of the Four Houses Chart, instrumentalized by the software Ensemble of program espermettant L'analyse DES evocations and Similitude Analysis. Second: Tests to verify centrality: Mise-en-Cause and Choix par Blocs and, for each instrument, a different statistical analysis was performed. Third: Semi-structured individual in-depth interview with 30 students participating in the first two stages of the study. The data were analyzed using the Iramuteq software. Regarding the structure of the Representation, it is highlighted that the likely Central Nucleus for the term inducer death was: end, sad and pain, for the term to die: end, sad and fear, which indicate a dimension related to affective, normative and practical. From the similitude analysis it was possible to perceive the tendency towards the centrality of the sad lexicon. It organizes representation and has a strong connection with the term fim. In the analysis carried out by Iramuteq, five classes were defined along two different axes: Axis 1: Social, cultural and religious aspects of death and dying, and their relationship with the care of patients and their families; Axis 2: Academic and professional practices and social and affective memories in relation to death and dying. It is concluded that the social representation of death and dying for nursing students has, in its structure and organization, the interaction sustained by a connection to the feelings considered negative, which interferes in their actions and influences their praxis. The importance of training for the provision of humanized care, meeting the demand of the individual and his family during the process of death and dying and respecting the uniqueness of the future professional, in the quest for improving his health practice.

Keywords: Social Representations. Death. Die. Undergraduate student.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Representação Esquemática do Quadro de Quatro Casas	74
Figura 2 -	Árvore de Similitude do termo indutor morte	103
Figura 3 -	Conjunção entre os elementos constituintes do provável núcleo central entre unidades acadêmicas ao termo indutor morte.....	106
Figura 4 -	Relação entre os elementos constituintes do provável núcleo central entre as diferentes religiões ao termo indutor morte....	112
Figura 5 -	Árvore de Similitude do termo indutor morrer	117
Figura 6 -	Conjunção entre os elementos constituintes do provável núcleo central entre unidades acadêmicas ao termo indutor morrer.....	120
Figura 7 -	Conjunção entre os elementos constituintes do provável núcleo central entre as diferentes religiões ao termo indutor morrer	125
Figura 8 -	Árvore máxima de similitude a partir do teste de <i>Choix-par-bloc</i> (CPB) para os elementos da morte	128
Figura 9 -	Árvore máxima de similitude a partir do teste de <i>Choix-par-bloc</i> (CPB) para os elementos do morrer	130
Figura 10 -	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.....	139
Figura 11 -	Análise Fatorial de Correspondência	140
Figura 12 -	Árvore de similitude do conteúdo lexical	141
Figura 13 -	Apresentação esquemática dos eixos e das classes	143

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	A inserção da temática morte na matriz curricular do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO	48
Quadro 2 -	A inserção da temática morte na matriz curricular do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ	49
Quadro 3 -	A inserção da temática morte na matriz curricular do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ	50
Quadro 4 -	Síntese do percurso metodológico	69
Quadro 5 -	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte	99
Quadro 6 -	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes da unidade Estadual	105
Quadro 7 -	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes da unidade Federal	106
Quadro 8 -	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes sem religião	108
Quadro 9 -	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes católicos	109
Quadro 10 -	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes evangélicos	110
Quadro 11 -	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes espíritas	111
Quadro 12 -	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer	113
Quadro 13 -	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes da unidade Estadual	119
Quadro 14 -	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes da unidade Federal	119
Quadro 15 -	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes sem religião	122

Quadro 16 - Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes católicos	122
Quadro 17 - Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes evangélicos	123
Quadro 18 - Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes espíritas	124
Quadro 19 - Conjunto dos resultados dos estudos da análise estrutural acerca do termo indutor morte	134
Quadro 20 - Conjunto dos resultados dos estudos da análise estrutural acerca do termo indutor morrer	135
Quadro 21 - Frequência, valor de χ^2 e formas principais da classe 2.....	145
Quadro 22 - Frequência, valor de χ^2 e formas principais da classe 3.....	153
Quadro 23 - Frequência, valor de χ^2 e formas principais da classe 4.....	165
Quadro 24 - Frequência, valor de χ^2 e formas principais da classe 1.....	178
Quadro 25 - Frequência, valor de χ^2 e formas principais da classe 5.....	192

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes por unidade acadêmica. Rio de Janeiro, 2020	84
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes por religião. Rio de Janeiro, 2020	85
Tabela 3 -	Distribuição dos participantes sem religião, segundo a crença em Deus. Rio de Janeiro, 2020	86
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes segundo a abordagem do conteúdo sobre morte e morrer durante o decorrer da graduação. Rio de Janeiro, 2020	87
Tabela 5 -	Distribuição dos participantes segundo o cuidado prestado a paciente em processo de morte e morrer durante o decorrer da graduação. Rio de Janeiro, 2020.....	88
Tabela 6 -	Distribuição dos participantes segundo a perda de alguém próximo. Rio de Janeiro, 2020.....	89
Tabela 7 -	Distribuição dos participantes segundo o pensamento sobre o próprio processo de morte e morrer. Rio de Janeiro, 2020...	89
Tabela 8 -	Média de Religiosidade efetiva entre os entrevistados da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020.....	90
Tabela 9 -	Distribuição dos participantes de acordo com a questão sobre a religiosidade organizacional da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020	92
Tabela 10	Distribuição dos participantes de acordo com a questão sobre a religiosidade não organizacional da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020	93
Tabela 11 -	Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 1 da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020	94
Tabela 12	Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 2 da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020	94

Tabela 13	Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 3 da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020	95
Tabela 14 -	Distribuição dos participantes para os testes de centralidade. Rio de Janeiro, 2020	126
Tabela 15 -	Distribuição das respostas à técnica do questionamento (MEC) para o termo indutor morte. Rio de Janeiro, 2020.....	132
Tabela 16 -	Distribuição das respostas à técnica do questionamento (MEC) para o termo indutor morrer. Rio de Janeiro, 2020.....	133
Tabela 17 -	Distribuição dos participantes da entrevista. Rio de Janeiro, 2020.....	138

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	O CUIDADO NA FRONTEIRA ENTRE A VIDA E A MORTE	23
1.1	Vida e Morte: uma construção histórica	23
1.2	Um novo paradigma para os cuidados de fim de vida	27
2	O CUIDADO DIANTE DA FINITUDE HUMANA E SEUS ASPECTOS BIOÉTICOS	33
2.1	O alívio dos sintomas e suas implicações éticas	33
2.2	A importância da comunicação no respeito a autonomia	36
2.3	A falta de preparo profissional	42
3	A ABORDAGEM DA MORTE E DO MORRER, DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO	45
4	ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE	51
4.1	Conceitos e concepções de espiritualidade e religiosidade	51
4.2	Espiritualidade e religiosidade como estratégia de enfrentamento da doença	53
4.3	Necessidade de suporte espiritual e a falta de preparo profissional	55
5	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	58
6	PERCURSO METODOLÓGICO	67
6.1	Tipo de Estudo	67
6.2	Cenários e participantes do estudo	67
6.3	Primeira etapa: Análise prototípica e de similitude por coocorrência	69
6.3.1	<u>Cenários e participantes do estudo</u>	69
6.3.2	<u>Coleta de dados</u>	70
6.3.3	<u>Análise dos dados</u>	72

6.3.3.1	1ª Momento: Análise da Caracterização dos Participantes e da Escala de Religiosidade.....	72
6.3.3.2	2ª Momento: Análise das evocações Livres.....	73
6.3.3.3	3º Momento: Análise de similitude por coocorrência.....	74
6.4	Segunda etapa: Realização dos testes de centralidade da Representação Social	75
6.4.1	<u>Cenários e participantes do estudo</u>	76
6.4.2	<u>Coleta de dados</u>	77
6.4.3	<u>Análise dos dados</u>	78
6.5	Terceira etapa: A abordagem processual das Representações Sociais	79
6.5.1	<u>Cenários e participantes do estudo</u>	79
6.5.2	<u>Coleta dos dados</u>	80
6.5.3	<u>Análise dos dados</u>	81
6.6	Aspectos éticos	82
7	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	84
7.1	A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem: caracterização dos participantes do estudo	84
7.2	Escala de Religiosidade de Duke	90
7.3	Estudo 1: Análise prototípica das Evocações Livres e Análise de Similitude por Coocorrência	98
7.3.1	<u>Análise prototípica das Evocações Livre e a Análise de Similitude por coocorrência ao termo indutor morte para estudantes de enfermagem</u>	99
7.3.1.1	Análise prototípica complementar e comparativa entre variáveis: unidades acadêmicas e grupos religiosos ao termo indutor morte..	104
7.3.2	<u>Análise prototípica das Evocações Livre e a Análise de Similitude por coocorrência ao termo indutor morrer para estudantes de enfermagem</u>	113
7.3.2.1	Análise prototípica complementar e comparativa entre variáveis: unidades acadêmicas e grupos religiosos ao termo indutor morrer	118

7.4	A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem: caracterização dos participantes para os testes de centralidade	126
7.4.1	<u>Estudo 2: Choix-par-bloc (CPB) ou escolhas sucessivas por blocos</u>	127
7.4.1.1	Análise do método CPB para o termo indutor morte	128
7.4.1.2	Análise do método CPB para o termo indutor morrer	129
7.4.2	<u>Estudo 3: Mise-en-cause (MEC) ou técnica do questionamento</u>	131
7.4.2.1	Análise do teste MEC para o termo indutor morte	131
7.4.2.2	Análise do teste MEC para o termo indutor morrer	133
7.5	Análise da centralidade a partir do conjunto dos estudos	134
7.6	Análise Processual das representações sociais da morte e do morrer para graduandos de enfermagem	138
7.6.1	<u>Eixo 1. Aspectos sociais culturais e religiosos da morte e do morrer, e sua relação com o cuidado ao paciente e sua família</u>	144
7.6.1.1	Classe 2. O cuidado de enfermagem ao paciente em processo de morte e à sua família: capacitação, humanização, desafios e alguns aspectos religiosos	144
7.6.1.2	Classe 3. A objetivação e a ancoragem da morte para graduandos de enfermagem: Uma construção social, cultural e simbólica.....	153
7.6.1.3	Classe 4. As diferentes religiões e sua relação com a morte e o processo de morrer: a dimensão transcendente, julgamentos e cuidado para pacientes e profissionais	165
7.6.2	<u>Eixo 2. As práticas acadêmicas e profissionais e as memórias sociais e afetivas em relação à morte e ao morrer</u>	176
7.6.2.1	Classe 1. O enfrentamento das situações de morte e morrer na formação profissional: práticas e experiências de alunos, docentes e profissionais	177
7.6.2.2	Classe 5. Memórias sociais e afetivas relacionadas à finitude e suas relações com o cuidado de enfermagem	191

8	MORTE E MORRER: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO	201
	CONCLUSÃO	213
	REFERÊNCIAS	217
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	242
	APÊNDICE B - Caracterização dos Participantes da Pesquisa	243
	APÊNDICE C - Instrumento para coleta de Evocações Livres	245
	APÊNDICE D - Questionário de caracterização socioeconômica simplificado (Utilizado para caracterização - MEC e CPB)	247
	APÊNDICE E - Questionário de <i>Choix-par-bloc</i>	248
	APÊNDICE F - Questionário de <i>Mise-en-cause</i>	250
	APÊNDICE G - Roteiro temático de entrevista semiestruturado	252
	ANEXO A - Escala de Religiosidade da Universidade de Duke	253
	ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa HUPE ...	254
	ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa HUGG ..	261
	ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa UERJ	264

INTRODUÇÃO

O objeto desta pesquisa trata da representação social da morte e do morrer para alunos de graduação em enfermagem que fazem os seus cursos em universidades públicas da cidade do Rio de Janeiro. O avanço tecnológico e científico na área de saúde possibilitou diagnosticar e tratar as doenças precocemente e, com isso, aumentar a expectativa de vida, porém expôs a população ao maior risco de desenvolver doenças crônico-degenerativas. Essas doenças tiveram um papel importante na mudança do perfil epidemiológico, fazendo com que a saúde da população brasileira passasse de uma condição em que prevaleciam as doenças infecciosas para uma condição de predominância de doenças crônicas (MAINGUE *et al.*, 2020).

Com a progressão das doenças crônicas e diante da ameaça da continuidade da vida, em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os Cuidados Paliativos como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares com este perfil de doença. O intuito é avaliar e controlar a dor e todos os sintomas que envolvam o físico, o social, o emocional e o espiritual. O tratamento em Cuidados Paliativos deve reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017).

A abordagem dos Cuidados Paliativos teve origem a partir do movimento Hospice, criado por Cicely Saunders e colaboradores, sendo eles responsáveis pela disseminação de uma nova filosofia do cuidar no mundo. Nessa nova modalidade de tratamento, os cuidados podem ser promovidos em qualquer instância de cuidado, sendo no domínio ambulatorial e hospitalar proporcionados por equipe multiprofissional preparada para este atendimento (BRITO *et al.*, 2015). Assim, torna-se fundamental a valorização do cuidado direcionado aos pacientes com doenças crônicas e todos aqueles que estejam vivenciando processos ameaçadores da vida, pois os Cuidados Paliativos contemplam o alívio do sofrimento em suas várias dimensões, proporcionando uma assistência de qualidade. No entanto, esse cuidado específico é percebido como um desafio, especialmente para os enfermeiros.

Em situações de sofrimento, os pacientes manifestam sentimentos como medo e angústia. Ao analisar os aspectos do sofrimento e diante da complexidade da natureza humana, a qual transcende os aspectos biológicos, o enfermeiro deverá integrar todas as dimensões do ser humano, do biopsíquico ao espiritual e social. Nas últimas décadas, o cuidar humano foi reconhecido como a essência da enfermagem. O foco no cuidado tem sido evidenciado e destacado na sua ética profissional e perspectiva filosófica, bem como nas suas teorias de enfermagem, nos currículos e na sua prática diária, tendo em vista à humanização de suas ações e suas interações interpessoais, na reciprocidade entre a equipe de enfermagem e a pessoa cuidada (SANTANA *et al.*, 2009). Portanto, o processo de sofrer, somente poderá ser assistido diante da integração dos valores e dos referenciais do ser humano, para que haja o resgate da humanização, bem como a oferta de assistência integral para o atendimento das necessidades humanas básicas (FREITAS *et al.*, 2016).

Neste contexto, a teoria de enfermagem pode ser definida como “um agrupamento imaginativo do conhecimento, ideias e experiências que são representadas simbolicamente e buscam esclarecer um dado fenômeno” (ZAGONEL, 1999, p.29). Sendo assim, com a finalidade de correlacionar a pesquisa e prática, sendo valiosa fonte de conhecimento. Nesse íterim, destaco a necessidade de uma abordagem cada vez mais profunda das interações paciente/enfermeira. Esta necessidade no cuidado é uma experiência que requer um diálogo entre pessoas, no qual cada uma delas sente a disponibilidade, a proximidade e a compreensão uma da outra, além de partilharem histórias de vida, trajetórias e angústias (MANUEL *et al.*, 2019; WATSON, 2020). Ela desvia o foco da enfermagem e seu modelo tecnicista e propõe o domínio sobre a tecnologia e processos do cuidado sobre um eixo com ênfase mais altruísta, social e espiritual (McEWEN; WILLS, 2016).

Sendo assim, o interesse deste estudo surgiu pela busca da compreensão da representação da morte e do morrer para universitários devido à multidimensionalidade das condições de vida de pessoas diante do estado de doença avançada e a necessidade de uma abordagem diferenciada e humanizada de cuidados por parte dos profissionais de saúde. A inquietação pelo cuidado humanizado iniciou-se ainda na graduação, no decorrer das aulas práticas em ambiente hospitalar, e posteriormente, com a elaboração do trabalho de conclusão

de curso intitulado: “A representação social do cuidado de enfermagem para pacientes com aids” (ANUNCIAÇÃO; THIENGO, 2009). Em seguida, após a conclusão da formação acadêmica e inserção no ambiente de trabalho, docente e assistencial, esse interesse ressurgiu, culminando na minha inserção no grupo de pesquisa “Promoção da Saúde e Práticas de Cuidado de Enfermagem e Saúde de Grupos Populacionais” da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ), e posteriormente, no desenvolvimento da dissertação de mestrado denominada “A representação social do cuidado ao paciente soropositivo ao HIV/aids entre profissionais de saúde” (THIENGO, 2013), com foco no cuidado prestado pela equipe de saúde ao paciente soropositivo ao HIV.

Atualmente participo da pesquisa “A espiritualidade e a religiosidade em pessoas que vivem com HIV/aids e suas interfaces com as representações da síndrome: construções simbólicas, práticas sociais e cuidado de enfermagem”, e do grupo de pesquisa “RELIGARES: Espiritualidade e Religiosidade no Contexto do Cuidado de Enfermagem e Saúde: Produção Discursiva e Representações Sociais” cadastrado no CNPq e ambos, coordenados pelo professor Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes.

A necessidade da abordagem humanizada no cuidado emerge da capacidade da melhor oferta de serviço por parte do profissional de saúde, seja ele de enfermagem ou não. Humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do ser humano e para isso, é necessário percebê-lo como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos as serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética (BARBOSA; SILVA, 2007; MAINGUE *et al.*, 2020).

A abordagem diferenciada por parte dos profissionais de enfermagem envolvidos no tratamento de pessoas que vivenciam o processo de morte e estão em cuidados de fim de vida, utilizando a espiritualidade como uma ferramenta de suporte, é apontada por muitos estudos como eficaz tanto no enfrentamento dos principais sintomas que os acometem, como por exemplo, a dor crônica, quanto para a manutenção da qualidade de vida desses pacientes (BRITO *et al.*, 2015; FREITAS *et al.*, 2016; MANUEL *et al.*, 2019; MAINGUE *et al.*, 2020).

Nesse ponto, julga-se necessário tecer algumas considerações acerca da possibilidade do estudo da representação da morte e do morrer para graduandos de enfermagem como objeto de relações sociais. De acordo com Moscovici (1978), a

representação social, como modalidade de conhecimento particular, tem por função orientar comportamentos e facilitar a comunicação entre os indivíduos, considerando a indissociabilidade entre a experiência subjetiva e a inserção social dos sujeitos.

Por conseguinte, as representações sociais da morte e do morrer podem ser compreendidas como uma interpretação da realidade vivida e falada por esse grupo social, que direciona comportamentos e comunicações. Saliencia-se, portanto, que, durante a formação acadêmica, o perfil profissional do aluno, vai se construindo à justa medida da aquisição de novas informações.

Desse modo, o presente estudo se justifica pela abordagem incipiente das questões sobre a morte e o morrer e as relações que estas questões, em maior ou menor grau, possuem com aquelas ligadas à espiritualidade e à religiosidade nas disciplinas da graduação. Justifica-se ainda pelo aumento no interesse pela temática nos últimos anos pela enfermagem e outras áreas de saúde, no Brasil e no mundo. Faz-se necessário compreender as relações e o pensamento social desses graduandos acerca das questões relacionadas com a morte e o morrer e, como se dá o processo de transformação e interpretação das informações que foram apreendidas no percorrer da vida e da graduação. E a partir dessa apreensão, pretende-se fazer proposições para o ensino de graduação, evidenciando, inclusive a contribuição da Teoria das Representações Sociais na compreensão do pensamento do grupo sobre tais fenômenos.

Considerando que a representação social é algo construído nas trocas de conhecimentos populares e científicos, através de experiências grupais e sociais adquiridas ao longo da vida, acredita-se que os estudantes de enfermagem, inseridos no contexto universitário, que relaciona conteúdos teóricos e práticos, possuam diferentes representações acerca do objeto proposto. Em face dessas premissas, torna-se indispensável a investigação das representações sociais, uma vez que elas se referem a “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22).

Nesse sentido, o cuidado humanizado se faz notar, inclusive, diante do fenômeno da morte, como parte integrante da assistência de saúde. Sendo assim, diante do exposto, emergiu as seguintes questões norteadoras:

- a) Quais são as representações sociais da morte e do morrer para graduandos de enfermagem do último ano de graduação? e

b) Quais as relações estabelecidas entre a espiritualidade e a religiosidade desses estudantes com as representações sociais da morte e do morrer?

Na perspectiva de responder às questões norteadoras e apreender o objeto de estudo, como objetivo geral pretende-se analisar a representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem e a sua relação com a espiritualidade e a religiosidade desenvolvidas por estes atores sociais. Como objetivos específicos:

- a) Identificar a estrutura e os conteúdos das representações sociais da morte e do morrer para o graduando de enfermagem;
- b) Descrever os conteúdos e a organização interna das representações sociais da morte e do morrer para esses universitários;
- c) Identificar os elementos centrais das representações sociais através do uso de multimétodos de aferição da centralidade;
- d) Descrever as experiências e práticas de enfrentamento da morte de pacientes dos participantes do estudo no processo de formação universitária em enfermagem;
- e) Identificar o nível de religiosidade dos participantes através da aplicação da Escala de Religiosidade de Duke;
- f) Discutir aspectos da espiritualidade e da religiosidade dos graduandos nas construções representacionais da morte e do morrer destes;
- g) Discutir sobre a morte e o morrer na formação dos alunos, a partir de suas representações;
- h) Analisar o cuidado em enfermagem a partir das representações sociais da morte e do morrer.

Conhecer a influência da representação social da morte para graduandos é relevante, pois suas repercussões podem se desdobrar positiva ou negativamente gerando a possibilidade de fortalecer ainda mais o cuidado crítico e sensível ao exercício profissional. Para o ensino e pesquisa, por meio da busca fundamentada na investigação, fornecendo embasamento à ciência do cuidado humano, colaborando com sua produção científica. Sua importância, para os profissionais de saúde, que atuam diretamente com o paciente processo de morte, está na tentativa de valorizar os aspectos subjetivos que envolvem o cuidado e seus efeitos na qualidade de vida do paciente assistido.

Assim, a apreensão do objeto de estudo e o alcance dos objetivos possibilitarão compreender e privilegiar a dimensão do cuidado individualizado, de modo a contribuir com a reflexão sobre o modelo assistencial vigente, apontando à discussão dos seus paradigmas e fomentando novas possibilidades de cuidado.

Além disso, vislumbra-se poder colaborar com o acervo de teses do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ) na qual se observa escassez de estudos sobre a temática. Somando a isso, acredita-se que os resultados deste estudo se desdobrarão na mudança curricular das universidades através da atualização por publicações que auxiliarão na divulgação do conhecimento acerca da problemática aqui pontuada, contribuindo e fortalecendo a produção científica da enfermagem e assim, contribuindo com o meio acadêmico através de artigos, divulgação em eventos e fomentar a discussão na graduação.

1 O CUIDADO NA FRONTEIRA ENTRE A VIDA E A MORTE

1.1 Vida e Morte: uma construção histórica

A morte é um evento cotidiano e estima-se que milhões de pessoas morrem no Brasil e no mundo a cada ano e por diferentes causas. Em 2016, cerca de 56,9 milhões de pessoas morreram e as doenças cardiovasculares (DCV), incluindo a cardiopatia isquêmica e o acidente vascular cerebral, foram as principais causadoras dessas mortes, sendo responsáveis por um total de 15,2 milhões de óbitos neste ano (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

No fim de 2019, o mundo se deparou com a descoberta de um novo Coronavírus, nomeado como SARS-CoV-2, que produz a doença classificada como COVID-19, sendo agente causador de uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan (China) (BRASIL, 2020). Até o momento, ainda não há informações plenas sobre o SARS-CoV-2. No entanto, sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves a casos muito graves com insuficiência respiratória. Sua letalidade é variável, conforme a faixa etária e as condições clínicas associadas.

Até 25 de maio de 2020, foram confirmados no mundo, 5.304.772 casos de COVID-19 e 342.029 mortes. O pico de óbitos causados pelo novo Coronavírus superou, em algumas semanas, a média de mortes causadas por doenças crônicas. Ainda que estejamos na primeira metade de 2020, essa doença caminha para se tornar uma das principais causas de morte em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

Em decorrência da pandemia, enquanto ainda não for descoberta a vacina e o tratamento efetivo para a doença, a principal medida de controle e saneamento fortemente recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada por muitos países foi o distanciamento social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020). Assim, o processo de morte e terminalidade foi afetado pois muitas pessoas hospitalizadas mantiveram contato com seus familiares através de chamadas telefônicas, quando isso foi possível. Graças ao apoio emocional ofertado por profissionais de saúde a essa população e que, muitas vezes, precisaram estar

presentes e participar de rituais de despedida entre os doentes na iminência de morte e seus familiares. Nesse sentido, torna-se mais complexo a realização de rituais de despedida (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020a).

A morte e o morrer são fenômenos naturais da vida que instigam, afligem e provocam temor a quase totalidade das pessoas, incluindo profissionais de saúde (VICENSI, 2016). É fato irrefutável que todos morreremos. E isso acontecerá a todos a qualquer tempo, sem distinção entre raça, língua ou nação; ricos ou pobres; velhos, jovens ou crianças. Todos os seres vivos morrerão e, justamente, por estarem vivos e programados biologicamente para isto: nascer, crescer, envelhecer (para alguns) e, por fim, morrer.

Embora distintos, a morte e o morrer são comumente vistos como abstrações de um mesmo fenômeno como esclarece Luper (2010, p.56): “o termo ‘morte’ é ambíguo: pode ser um processo ou o produto (resultado) de um processo”. Cabe esclarecer que a morte é um evento único e individual, que se encerra a vida biológica e o morrer é considerado um processo que ocorre ao longo da vida, a cada momento vivido. A classificação biológica da morte está ligada a vários âmbitos como social, filosófico, antropológico, espiritual e religioso e o processo de morrer consiste em caminhos que permitem ao homem um entendimento da sua condição pela qual a pessoa irá passar até chegar a morte (FERREIRA, WANDERLEY, 2012; SANTOS *et al.*, 2018).

A vida e a morte fazem parte da existência humana. No entanto, apesar desse vínculo, existem sérias dificuldades em entender e aceitar a morte, principalmente se pensarmos em nossa própria. Em condições normais não temos a experiência direta da morte, somente indireta, graças a morte dos outros. Sendo assim não pensamos na morte, somente quando em situação extrema de doença ou que ela se impõe a consciência. Quando isso acontece, a morte que até então estava fora de cogitação, passa a ser vivenciada com sofrimento e recusa. Ninguém nos ensinou a morrer. No entanto, uma vez que vivemos, estamos sujeitos ao tempo e suas condições, sendo submissos aos seus efeitos.

Todo ser vivo é, de forma consciente ou não, um *ser-para-a-morte* (ARIÈS, 2012; MACHADO *et al.*, 2016). A impraticabilidade de se pensar na própria morte explica o fato das sociedades contemporâneas têm de negligenciar a reflexão sobre o processo de morte e morrer e suas significações. Norbert Elias (1991, p.19) caracteriza a morte como consequência do processo civilizador: “Como outros

aspectos animais, a morte, tanto como processo, quanto como imagem mnemônica, é empurrada mais e mais para os bastidores da vida social durante o impulso civilizador. Para os próprios moribundos, isso significa que eles também são empurrados para os bastidores, são isolados”.

O historiador francês Philippe Ariès, conhecido por seu livro “a história da morte no Ocidente” (1977), revela que na Idade Média, século XII, a morte se dava de maneira natural e familiar, precedida de ritos específicos conforme a orientação litúrgica da família. Essa percepção durou muitos séculos entre as civilizações cristãs, sendo os costumes herdados de forma simples e sem caráter dramático. No século seguinte, a percepção da separação de si mesmo e do outro ocasionado pela morte, o esquecimento torna-se uma preocupação. Em uma tentativa de eternização, pessoas importantes são imortalizadas na forma de santos, apegando-se a crença que eles estariam vivendo em uma dimensão divina, ao lado de Deus. Inclusive era comum estes serem sepultados dentro das igrejas e, outros cristãos, que podiam pagar, serem enterrados próximos a igreja, como uma forma de fusão à santidade do outro (ARIÈS, 2012).

Ariès (2012) retrata também a associação entre o sexo e a morte, a partir dos séculos XIX e XX. O sexo até então pouco falado, surge nas poesias e faz alusão ao êxtase da morte e sexual. A indiferença dá lugar a romantização e a beleza da morte, em uma intensa demonstração de sentimentos e gestos desconhecidos no passado, o inconformismo com a súbita separação, o desespero e a lamentação da perda. No final do século XVIII a dificuldade em aceitar a morte chega ao ápice: o vestuário, a ostentação do luto e as grandes demonstrações de dor. Do século XIX até 1914, nasce o culto ao herói e as sepulturas passam a ser memoriais, apelando para o tom sombrio da morte, invocando a dor, a revolta e a saudade. E isso pode ser visto na arte, na música e na poesia, como uma forma de lamentar a perda, imortalizar a pessoa e trazer algum consolo.

Os dois últimos parágrafos nos fazem refletir sobre a mudança sofrida na sociedade em relação a morte. As contradições e as especificidades em cada época demonstram a morte no seio familiar, serena e calma da Idade Média enquanto que, nos dias atuais, nós a tratamos como um evento público, compartilhado e sofrido. As rupturas ocorridas ao longo dos anos colaboraram para as transformações do mundo até chegar ao que nós conhecemos hoje. No entanto, apesar das sucessivas mudanças, Ariès (2012) afirma que a morte sempre teve relação com a sociedade,

sendo considerado um acontecimento social e público e isso não sofreu alteração alguma. Surge então, a partir do século XX, em algumas zonas mais urbanizadas e industrializadas, um novo tipo de morrer.

As modificações das atitudes diante da morte e a clausura dos moribundos em leitos de hospitais propiciaram o que chamamos de medicalização da vida. Com isso, a duração do processo de morte sofreu significativas mudanças, principalmente por estar relacionada à predominância de doenças crônicas (ESSLINGER, 2004). O avanço tecnológico e científico que possibilitou diagnosticar e tratar as doenças precocemente e, com isso, aumentar a expectativa de vida, expôs a população ao maior risco de desenvolver doenças crônico-degenerativas (SILVA *et al.*, 2015).

A prevalência das doenças crônicas teve um papel importante na mudança do perfil epidemiológico, fazendo com que a saúde da população mundial passasse de uma condição em que prevaleciam as doenças infecciosas para uma condição de cronicidade (VICENSI, 2016). Nesse sentido, Morin (1997) traz a ideia de que a morte e a velhice são eventos anormais, desencadeados pelo fenômeno “viver”, em uma concepção patológica, por necessitarem de intervenção, inclusive médica, para sanar as desordens instaladas ao longo do processo. A consciência da morte irá desencadear um traumatismo que levará o homem a incessante busca por uma adaptação dessa realidade, que encontrará seus fins na crença da imortalidade.

O avanço científico também incitou o desejo humano de alcançar a imortalidade a qualquer custo e, com isso afastar o temor da morte a partir da obstinação terapêutica. E a crescente incorporação tecnológica permitiu o aumento da sobrevida aos pacientes portadores de doenças crônicas, ou mesmo terminais, estabilizando sua condição de saúde pela manutenção artificial da vida. Com isso, a equipe de saúde viu nesses procedimentos inovadores o fio de esperança que rege os cuidados a fim de postergar a morte. E essa transição de cenários refletiu-se tanto no campo da saúde, no saber-fazer desses profissionais que lidam com a finitude do corpo, quanto nos valores morais envolvidos no processo de morrer, impulsionando o debate no campo da ética e da bioética.

Outro apontamento feito por Morin (1997) é a perda da individualidade diante da morte. Quanto mais próxima a pessoa for daqueles atingidos pela perda, mais a individualidade dos membros do grupo será afetada. A morte do semelhante não é sentida da mesma forma de alguém distante, de um escravo, inimigo ou animal. Quando uma pessoa próxima morre, sua própria individualidade é negada.

Kubler-Ross (2017) afirma a condição solitária e impessoal daquele que morre. A proximidade da morte retira a pessoa do seu ambiente familiar e o insere em uma sala de emergência, muitas vezes sob uma maca fria ao som estridente de sirenes, sem sequer ter a atenção de alguém para falar ou ter uma mão para segurar. Perde-se o direito de opinar.

Essa abordagem mecanizada, fria e despersonalizada dos profissionais descrita por Kubler-Ross, pode ser a resposta ao reflexo abordado por Morin: a negação da própria individualidade. Será essa abordagem uma forma de reprimimos nos medos e ansiedades diante de nossa própria morte? O fato de se concentrar em procedimentos e parâmetros pode ser um ato de defesa diante da limitação de nossos atos e, principalmente, diante da lembrança da própria mortalidade.

1.2 Um novo paradigma para os cuidados de fim de vida

Do ponto de vista existencial de Heidegger, o cuidado acontece antes de qualquer comportamento humano, o que significa dizer que é encontrado em toda atitude e situação de fato. O cuidado é o modo-de-ser essencial da humanidade. Está presente em tudo, portanto é o fenômeno ontológico-existencial básico, quer dizer, fundamental para a interpretação do sujeito (GARCIA *et al.*, 2020). O cuidado é caracterizado pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas em lugares e tempos distintos a sua realização. O cuidado em saúde tem sido influenciado, através dos tempos, pelos paradigmas que envolvem o processo saúde-doença. O renascimento com os miasmas, os determinantes do ambiente social e laboral, no século XVIII com a chegada das indústrias e, finalmente, no século XIX o avanço da microbiologia. Segundo Oliveira e Egry (2000), até o século XIX, as teorias interpretativas sobre o processo saúde-doença poderiam ser compreendidas em duas vertentes: *Ontológica* e *Dinâmica*.

Na *ontológica*, a doença assume caráter de entidade natural que possui a capacidade de invadir o corpo e assim produzir o estado de doença e, na *dinâmica*, compreende a doença como produto desarmônico entre as forças vitais dos seres humanos e que seu restabelecimento advém da restauração do equilíbrio. Assim, percebe-se que, a partir da concepção da segunda vertente, a *dinâmica*, houve uma

naturalização da doença. O ser humano deixa de ter papel passivo nesse processo e começa buscar diferentes procedimentos terapêuticos para restauração de suas forças vitais (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Na Idade Média, a medicina ocidental experimentou um relativo retrocesso devido ao Cristianismo que levou ao crescente abandono da prática clínica em favor da preservação do espírito e, conseqüentemente, sua salvação. Ao final deste período, as frequentes guerras e o aumento das epidemias na Europa trouxeram novamente a preocupação com as formas de transmissão das doenças. A ciência médica se desenvolveu rapidamente durante os séculos XVII e XIX: progresso da anatomia, da fisiologia e doença, dentre outras. Neste contexto, a revolução sanitária do século XIX pode ser identificada como um conjunto de intervenções sistemáticas sobre o ambiente físico para torná-lo mais seguro. Já haviam sido lançadas as bases da Epidemiologia, voltada para a observação e o registro da ocorrência das doenças nas populações quando a teoria contagionista superou a atmosférico-miasmática de períodos anteriores (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Com o aparecimento da bacteriologia, a concepção ontológica firmou-se bem-sucedida e suas aquisições levaram ao abandono dos critérios sociais na formulação e no enfrentamento dos problemas de saúde das populações, pois quando as tentativas de explicar o contágio resultaram na compreensão de que pequenas partículas invisíveis seriam as causadoras da doença, foi retomada então tal vertente da causalidade. Iniciava-se assim a era bacteriológica, e neste período desenvolvimento das vacinas para a prevenção das doenças representou grande avanço (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

A partir do século XX, iniciou-se uma preocupação com o uso excessivo de tecnologias, surgindo assim novos conceitos, abarcando o processo de cuidado e envolvendo o cuidado individual e integral, o acolhimento, a humanização dentre outros. São fatores que possuem relação com a subjetividade do sujeito, buscando laços entre aqueles que cuidam e os que são cuidados (SILVA, 2006; VICENSI, 2016).

Surge então a crise do uso exagerado das tecnologias nas práticas de saúde. O modelo de atenção à saúde ensinado na graduação das profissões da área da saúde no Brasil baseia-se em prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças (OLIVEIRA; FLÁVIO; MARENCO, 2011; MAINGUE *et al.*, 2020). Os profissionais de saúde aprendem que sua missão é lutar contra a morte e ante uma

situação de incurabilidade, esse modelo é ineficaz. No entanto, esgotados seus recursos, sua missão é cuidar da vida, e a morte, tanto quanto o nascimento, é parte dela (BANDEIRA *et al.*, 2014; OLIVEIRA-CARDOSO, SANTOS, 2017).

Com o avançar das discussões sobre saúde, foi percebida que a garantia do cuidado mais individualizado e, conseqüentemente, a promoção da saúde, precisava ir além do discurso da “ausência de doença”. Tornou-se necessário um paradigma contextualizado com os “novos” conceitos que envolvem o processo dinâmico de vivenciar a saúde e a doença. A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, definiu a promoção à saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde”, incluindo maior participação no controle desse processo.

Nesse sentido, a autonomia do paciente nos remete à dignidade humana e a busca pela qualidade das relações, incluindo também o respeito as suas decisões e o preparo do profissional para lidar com seu processo de finitude. Diante das afirmações, percebe-se que o sujeito se torna ativo quando participa da construção do seu processo de saúde, logo passando a ser visto como um elemento central, diferente da lógica que denomina uma pessoa pela sua doença A, ofuscando sua personalidade e sua capacidade de decisão, ou participação – “um paciente”. A reflexão sobre a legitimidade e o respeito à autonomia do paciente/usuário, faz surgir o questionamento sobre o fazer todo o possível para impedir ou postergar a morte.

Esse tipo de atendimento humanizado que respeita a autonomia do paciente se enquadra na Política Nacional de Humanização (PNH) da Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) e, nesta perspectiva da Humanização e da Integralidade do cuidado, o modelo assistencial promove o atendimento às necessidades de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, em processo de morte e morrer, buscando o cuidado individualizado.

Os Cuidados Paliativos, no entanto, refletem a necessidade de mudança de paradigma sobre os conceitos de corpo humano, o adoecimento e a morte (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014). É importante salientar que os Cuidados Paliativos não são sinônimos de cuidados de fim de vida, mas está no seu contexto. A terminalidade da vida é definida quando a possibilidade da morte próxima é inevitável e, nessa condição, a assistência ao paciente sua família deve contemplar as etapas da doença terminal, objetivando principalmente o alívio do sofrimento e evitar medidas fúteis diante da irreversibilidade do quadro.

Nesse sentido, os Cuidados Paliativos consistem em ofertar cuidados que visam garantir o controle de sintomas físicos e psíquicos, considerando os interesses da pessoa e suas relações existenciais e sociais, atentando para a qualidade de vida (MAINGUE *et al.*, 2020). Seu objetivo não é curativo e sim o controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos e a melhora da qualidade de vida.

Santos em “Um discurso sobre as Ciências” (2006), ao referir sobre a abordagem do paradigma emergente no que tange à relação do sujeito com o objeto, discorre que este opõe-se ao paradigma dominante, haja visto que a proposta do paradigma dominante é o distanciamento, a não interferência no objeto. No “novo” paradigma, no entanto, existe uma relação de reciprocidade entre sujeito e objeto, sendo o sujeito extensão do objeto.

No caso, os cuidados de fim de vida surgem como uma resposta à obstinação terapêutica da manutenção da vida (MAINGUE *et al.*, 2020). Neste sentido, o intuito deste tipo de cuidado é a compreensão da dimensão das condições de vida de pessoas em estado de doença, com objetivo de permitir uma abordagem mais humana e diferenciada no cuidado.

É importante destacar que a ação paliativa usa mão de medidas terapêuticas que assegure a redução das repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do indivíduo. Ou seja, seu principal objetivo é assegurar a melhor qualidade de vida possível aos pacientes e sua família, tendo como componentes essenciais o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual, emocional e social durante o acompanhamento e no pós-morte. Prestar um cuidado competente, qualificado e diferenciado a um indivíduo nesta fase é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, no sentido interdisciplinar, cada um dentro da área de sua competência.

No entanto, a maioria dos pacientes continuam a receber assistência inadequada conforme aponta o relatório da OMS, afirmando que mais de 20 milhões de pessoas, no mundo inteiro, precisam de tratamento nos moldes dos Cuidados Paliativos todos os anos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020). Isso se deve a deficiência no conhecimento da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos (OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2017; JOAQUIM *et al.*, 2018) e a insegurança diante dos conflitos éticos (VICENSI, 2016; MAINGUE *et al.*, 2020). Ainda há a situação do diagnóstico tardio de doença muito avançada.

Ao remeter a Kuhn (2013) quanto ao surgimento de um novo paradigma, este aponta, de forma contrária ao pensamento de Popper, que o surgimento ocorre por ruptura e não por acúmulo do saber, isso fica claro quando se analisa o surgimento da abordagem dos Cuidados Paliativos, no contexto dos cuidados de fim de vida, fortemente marcado pelo rompimento com os preceitos metodológicos e técnicos enraizados pela obstinação terapêutica, a partir de um processo de construção histórica e social.

Em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017) criou um grupo de trabalho responsável por definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice* que fossem recomendados em todos os países para pacientes com câncer. Em 1990, a OMS publica sua primeira definição de Cuidados Paliativos, significando-o como “o cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura e considerando o controle da dor e de outros sintomas, bem como problemas psicossociais e espirituais primordiais” (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

No Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos Cuidados Paliativos são encontradas na literatura desde a década de oitenta, mais fortemente demarcadas na legislação a partir da década de 2000. A Resolução 1.805/2006 respalda a suspensão de tratamentos fúteis para o enfermo com doença incurável, caso o mesmo ou seu representante legal opte por isso. O Código de Ética Médica, a partir da Resolução nº1.931/2009 passou a incluir os Cuidados Paliativos como princípio fundamental. As diretivas antecipadas de vontade (DAV), são previstas na Resolução nº 1.995/2012 como recurso orientador a respeitar o anseio da pessoa.

No entanto, os profissionais da saúde são confrontados com o processo de morrer, com a dor e o luto, e muitas vezes não estão preparados para lidar com esse fenômeno. Diante disso, vários estudos, inclusive de Crippa et al. (2015), Eich, Verdi e Martins (2015), Vicensi (2016), Oliveira-Cardoso e Santos (2017), Santos *et al.* (2018) e Maingue *et al.* (2020) propõem a inserção dos conceitos de bioética ainda na graduação para auxiliar os profissionais da saúde a enfrentar melhor os dilemas éticos envolvidos nos cuidados de fim de vida, os Cuidados Paliativos, sobre a morte e o sofrimento humano. Para tanto, as autoras propõem um desafio às universidades e escolas da área da saúde: que incluam na formação desses

profissionais o desenvolvimento de valores como compaixão, sensibilidade, entrega e ética, a fim de lidar melhor com pacientes em fase terminal.

De acordo com Morin (2010), o ensino fornece conhecimento e novos saberes. Esse conhecimento será sempre uma tradução daquilo que foi ensinado, seguida de reconstrução. A percepção desses profissionais acerca da morte, ainda que sejam ensinados na graduação, será uma tradução da realidade vivenciada na prática, comportando assim o risco de erro. O conhecimento científico surge no sentido de superar os pilares que sustentaram ou ainda sustentam a ciência, muitas vezes responsáveis pelos equívocos na compreensão dos fenômenos humanos. O avanço tecnológico separou o homem da morte, dos seus ritos e da sua naturalidade tipicamente humana para deixá-la quase que controlada. Nesse sentido, verifica-se a necessidade de voltarmos à humanização e à integralidade do cuidado, visando principalmente a tomada de decisão e o respeito à autonomia do paciente como um desafio a equipe de saúde e absolutamente essencial para a promoção da qualidade de vida e do bem-estar do paciente e de sua família.

2 O CUIDADO EM SAÚDE DIANTE DA FINITUDE HUMANA E SEUS ASPECTOS BIOÉTICOS

Para a construção deste capítulo, foi realizada uma revisão integrativa de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), por meio dos descritores “Cuidados Paliativos”, “bioética” e “terminalidade”, utilizando-se textos completos e em português. Foram encontrados 68 artigos e destes, foram selecionadas 38 publicações que atenderam aos critérios de inclusão e estabeleceram relação consistente com a temática. Após seguir os passos descritos na literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), foi possível classificar os resultados das publicações em categorias, salientando seus principais resultados a fim de sintetizá-los e buscar fundamentar a prática baseada em conhecimento científico.

2.1 O alívio dos sintomas e suas implicações éticas

Nesta categoria os artigos mencionados expõem a discussão sobre o cuidado em saúde e o uso de determinadas tecnologias, discorrendo sobre as questões éticas ligadas a seu uso. Sabe-se que o cuidado paliativo possui como um dos seus objetos o alívio dos sintomas desconfortáveis ao paciente em fim de vida, buscando oferecer-lhe qualidade de vida. No entanto, a busca pelo bem-estar do outro como uma ação essencial do cuidado envolve questões éticas a serem ponderadas.

A bioética é definida como reflexão de caráter transdisciplinar, focalizada prioritariamente no fenômeno da vida humana, legada aos grandes avanços da tecnologia, ciências biomédicas e do cuidado a saúde de todas as pessoas, independente da sua condição social (GOLDIM, 2006). O princípalismo é a corrente de estudo mais difundida da bioética e, a partir da obra “Princípios da ética biomédica” de Beauchamp e Childress (2002), sua força teórica foi consolidada a

partir da proposição dos seus quatro princípios norteadores: respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O princípio do respeito à autonomia defende a autodeterminação do indivíduo e sua capacidade de decidir, em sua ótica sobre o melhor para si. Ele está pautado no direito à liberdade individual para tomar decisões quanto aos assuntos que afetam sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais, segundo seus valores, suas expectativas, suas necessidades, suas crenças, entre outros (MEDEIROS *et al.*, 2020). A beneficência é a busca do bem do ser humano exigindo ações positivas, implicando com isso o uso do conhecimento e habilidade técnica para minimizar riscos e maximizar benefícios ao paciente. O princípio da não maleficência ampara-se na tradição hipocrática aplicando-se a todas as pessoas, e a justiça que se associa à equidade na distribuição de benefícios, nesse caso, na área de saúde em geral (MEDEIROS *et al.*, 2020).

O estudo de Crippa *et al.* (2015) levantou a discussão sobre o uso de fármacos para assegurar o combate a infecções e minimizar a dor em pacientes no estágio final de vida. Eles asseguram que não há um consenso sobre isso, no entanto, são enfáticos em defender seu uso a fim de assegurar a minimização do sofrimento e desconfortos, assegurando que o bem do paciente deve prevalecer, independente da expectativa de vida, demonstrando uma defesa do princípio da beneficência, embora respeitando a autonomia do doente. Ele alega a necessidade de identificar as implicações éticas destas intervenções por meio de monitoração rotineira desses tratamentos, para assegurar o princípio da beneficência.

Da mesma forma, os autores Eich, Verdi e Martins (2015) evidenciam a dificuldade sobre a decisão pela sedação paliativa. No seu estudo, eles ratificam a necessidade de reflexão da equipe multiprofissional junto aos familiares da pessoa doente acerca dos problemas e conflitos éticos gerados. Sendo assim, para que se possa deliberar uma decisão prudente e responsável, se faz necessário que os fatos sejam esclarecidos, tanto ao paciente quanto aos seus familiares e os possíveis conflitos éticos dos profissionais sejam ponderados para que o desejo do paciente seja respeitado.

Também se discutiu as questões relativas à alimentação dos pacientes terminais para assegurar a qualidade de vida. Destaca-se aqui também o princípio da beneficência. No entanto, os autores enfatizam a importância do respeito à vontade do paciente (autonomia) quando ele tem condições de decidir a partir de um

juízo adequado (CRIPPA *et al.*, 2015; MORAIS *et al.*, 2016). Em ambos os estudos, a ideia de manter a autonomia do paciente está de acordo com o juízo deste sobre acontecimentos futuros e sua decisão sobre o que deverá ser feito. Eles recomendam inclusive que se deve garantir o direito à informação e o respeito à autonomia do paciente em relação à tomada de decisão para qualquer outra intervenção terapêutica, que deve ser proposto antecipadamente, durante o processo de adoecimento, antes que sua capacidade de decisão seja afetada.

Vasconcelos *et al.* (2013) relacionam os princípios da beneficência ao da não maleficência com o tratamento medicamentoso ao paciente com HIV/Aids. Eles relatam a grande dificuldade dos profissionais de saúde em decidir corretamente quando ofertar os Cuidados Paliativos exclusivos e decidir com segurança sobre a suspensão do tratamento antirretroviral. Isso significa que, muitas vezes, os pacientes sofrem um longo processo de distanásia e muitos morrem durante essa terapêutica. Medeiros *et al.* (2020) reforçam que a decisão terapêutica de iniciar ou não tratamento a partir da ótica dos Cuidados Paliativos é uma discussão que mescla aspectos técnicos e questionamentos éticos e deve agregar o valor da dignidade humana do paciente. Sendo assim, deve-se pensar de forma coletiva, ouvindo os profissionais de saúde envolvidos, a família e o próprio paciente para que não entre na seara do excesso de medicalização e, conseqüentemente, na obstinação terapêutica.

Percebe-se a complexidade da temática bioética quando relacionada ao cuidado do paciente em cuidados de fim de vida. De maneira geral, os profissionais muitas vezes se encontram em impasses éticos relacionados a questões que nem sempre a resposta é tão óbvia, sendo necessário consultar seus princípios bioéticos da dignidade humana, autonomia, beneficência e não maleficência, e valores pessoais, ancorados na religião e nas suas crenças a fim de respondê-las (SOUSA; LUSTOSA; CARVALHO, 2019). Dessa forma, o conhecimento da bioética beneficia a assistência ao paciente em cuidados paliativos, que, não se resume a protocolos, mas envolve princípios da proporcionalidade, razoabilidade e boa-fé objetiva que devem estar presentes nas decisões clínicas, a partir do respeito aos direitos humanos (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

Nenhum tratamento por si só é fútil; a futilidade é atributo de valor relativo, ligado à realidade do tratamento e ao contexto clínico geral, ou seja, caso haja expectativa de cura ou caso se trate principalmente de alívio. Desta forma, limitação

terapêutica não é decisão a ser tomada isoladamente por um profissional, mas pela equipe em saúde, considerando-se que a responsabilidade jurídica é sobretudo institucional. Sendo assim, o diálogo com os pacientes ou responsáveis deverá ser um dos principais pilares éticos que tange o cuidado paliativo (PARANHOS; REGO, 2014; PALHARES; SANTOS; CUNHA, 2016, SILVA *et al.*, 2016).

O respeito ao princípio da autonomia e da beneficência, possibilita a oferta de benefícios ao paciente mediante a promoção de assistência numa perspectiva que atenda às suas necessidades, físicas, psicossociais e espirituais. Assim, torna-se visível que a prática do cuidado integral é o princípio norteador da assistência à saúde e que extrapola a técnica do cuidar.

2.2 A importância da comunicação no respeito a autonomia

Nesta categoria, os estudos trazem à tona a discussão sobre a importância e a necessidade da manutenção do diálogo entre pacientes e familiares com a equipe de saúde. A comunicação eficaz permitirá a manutenção da autonomia do paciente, a partir do direito de escolha em relação ao seu tratamento e ao reconhecimento do seu direito de tomar decisões. O estudo de Crippa *et al.* (2015) aponta que a assistência psicossocial dirigida a pacientes terminais em ambientes hospitalares deve ser otimizada e a comunicação, o *feedback* entre o paciente e o profissional, melhorada. Posto isso, é imprescindível que se aperfeiçoe a escuta terapêutica, a fim de ajudar o paciente a compreender, reconhecer e transformar a dor, enfrentando a doença e a morte. Seria uma forma mais ampla de aplicar o princípio da beneficência.

Comunicar-se de forma que se exponha a verdade e a comunicação é apontada como componente necessário para a relação terapêutica, sendo condição elementar para o paciente exercer autonomia, no entanto, é preciso reconhecer os limites emocionais do paciente em relação ao que será exposto. Diante disso, ressalta-se a importância de os profissionais desenvolverem habilidades de comunicação (ABREU; FORTES, 2014). O profissional deve fornecer ao paciente ou à família a mais completa informação a fim de promover uma compreensão adequada do problema, discutindo com ele opções diagnósticas e terapêuticas

cabíveis e o ajudando na escolha daquela que lhe é mais benéfica. No trabalho de Abreu e Fortes (2014), o silêncio foi colocado como importante obstáculo para a autonomia e resolução de pendências por parte do paciente que ainda teria condições de decidir e atuar socialmente.

O conhecimento propicia o entendimento e o diálogo e a confiança permite ao paciente consentir sobre a realização ou não de intervenções ao seu corpo. Os benefícios que cada tratamento poderá trazer, abarcados pelos Cuidados Paliativos, devem ser levados em consideração para evitar que o paciente seja submetido a tratamentos desnecessários.

O respeito ao princípio da autonomia está ligado ao processo de tomada de decisão. Permitir que o próprio paciente escolha o que deve ser feito em relação ao seu tratamento significa reconhecer, de maneira patente, o seu direito de tomar decisões segundo seu plano de vida e de ação, fundamentado em suas aspirações e crenças pessoais. Tal modelo deve garantir o direito de decisão não somente nas escolhas mais amplas dos cuidados, como também nas situações cotidianas (VASCONCELOS *et al.*, 2013; ABREU; FORTES, 2014; PARANHOS; REGO, 2014; PALHARES; SANTOS; CUNHA, 2016; SILVA *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2020).

Crippa *et al.* (2015) e Scottini, Siqueira e Moritz (2018), defendem que as diretivas antecipadas de vontade possibilitam que a pessoa deixe previamente declaradas as ações a serem tomadas quando ela não estiver mais apta a se manifestar. Ou seja, considerar uma pessoa autônoma, significa dizer que ela deve possuir a capacidade para compreender, analisar uma situação e ter habilidade para escolher entre várias hipóteses, com o objetivo de decidir-se intencionalmente por uma das alternativas que lhe são apresentadas, livre de qualquer influência para tomar esta decisão.

Essa discussão deve se valer do princípio da autonomia, pautado em diálogo esclarecedor que permita ao paciente recusar tratamento com conhecimento e liberdade, entendendo que é possível evitar o conflito moral quando se respeita a autonomia do paciente, mesmo que este não esteja comunicativo no momento da tomada de decisão. Também é importante considerar os recursos bioéticos, a exemplo das diretivas antecipadas de vontade, como estratégia que visa auxiliar a tomada de decisão – pela equipe multiprofissional, paciente e seus familiares –, de modo a atender ao melhor interesse do paciente (SILVA *et al.*, 2016).

O artigo de Santo *et al.* (2013) lembra que a Constituição Federal Brasileira, reconhece a dignidade da pessoa humana, fundamentado no Estado Democrático de Direito, e afirma que ninguém deverá ser submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante. Lei Orgânica da Saúde reconhece a preservação da autonomia das pessoas em defesa de sua integridade física e moral, no entanto, não as autoriza a tentar findar suas vidas. É importante lembrar que, no Brasil, a eutanásia é uma prática ilegal além de ser uma temática complexa que envolve discussões e impasses éticos gerados no cenário nacional. É dever do estado assegurar a proteção da vida de todo cidadão, inclusive daqueles em precárias condições de saúde e que desejem dar um fim ao sofrimento (SANTO *et al.*, 2013).

De acordo com os profissionais entrevistados no artigo de Rodriguea, Cazeta e Ligeiro (2015) e Scottini, Siqueira e Moritz (2018) a tomada de decisão é um princípio importante a ser respeitado para a autonomia do paciente e envolve não só a questão do tratamento, como também dos profissionais que desejam em seus cuidados, o local de atendimento e permanência e, inclusive, a definição de qual será seu limite para o conhecimento da verdade sobre a extensão de sua doença e possibilidades de prognóstico, cooperando de maneira ativa e com segurança.

Um exemplo claro sobre a dificuldade em compreender e assegurar a autonomia como um direito do outro foi encontrado no trabalho de Paranhos e Rego (2014). Tais problemas emergiram diante das relações entre profissionais e os pais de pacientes internados em uma unidade intensiva pediátrica. Os profissionais demonstraram grande preocupação em não desconsiderar os preceitos legais de reconhecer a vontade dos pais. No entanto, refletindo sobre o equilíbrio emocional e o desconhecimento técnico dos pais, eles reivindicam para si a autoridade técnica e moral para decidir em nome de seus pacientes até mesmo quando devem morrer, sem considerar imprescindível que os demais interessados participem da decisão.

O trabalho de Vicensi (2016), também relata que não ficou evidente, nas respostas das participantes, todos profissionais de saúde, a preocupação de inserir a família no processo decisório, bem como de que exista, de fato, discussão em defesa da prática dos Cuidados Paliativos. A prática dos Cuidados Paliativos depende de uma abordagem harmônica cujo foco é amenizar e controlar os sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais e não buscar a cura de determinada doença. Para isso, é necessário que a equipe multidisciplinar busque a qualidade de vida para este paciente, sendo capaz de trabalhar com os seus medos, angústias e

sofrimentos e da família (VASCONCELOS *et al.*, 2013; RODRIGUEA; CAZETA; LIGEIRO, 2015; FERREIRA; LOPES; MELO, 2017).

O envolvimento multidisciplinar é extremamente importante frente aos indivíduos que vivenciam o processo de morrer. Seu envolvimento pode nesses pacientes a capacidade de escolher sobre suas necessidades reais, tornando-os autônomos, compartilhando decisões em parceria e em posse dos seus direitos de forma plena (BALDESSIN, 2017). Entretanto, uma série de problemas surge de forma evidente. Se analisarmos o processo de hospitalização, há a renúncia à vontade do paciente diante de uma rotina diária que difere de sua rotina comum, as formas de identificação e registros, a maneira impessoal com que os pacientes são tratados caracterizando uma perda de autonomia (VASCONCELOS *et al.*, 2013; RODRIGUEA; CAZETA; LIGEIRO, 2015; FERREIRA; LOPES; MELO, 2017; BALDESSIN, 2017).

Os estudos de Wittmann-Vieira e Goldim (2012) e Abreu e Fortes (2014) corroboram com este aspecto, sugerindo que a estrutura física dos hospitais e a postura dos profissionais acabam por interferir na perda da autonomia do paciente. Eles destacam que os pacientes em Cuidados Paliativos internados em locais que propiciem um cuidado diferenciado poderão ter resultados melhores em relação às questões sociais e ao meio ambiente, ressaltando suas características. Os resultados de sua pesquisa demonstraram a importância de oferecer esse novo tipo de cuidado com a finalidade de permitir que os pacientes possam participar ativamente no processo de tomada de decisão e tenham a possibilidade de ter um viver adequado no pouco tempo de vida que ainda lhes resta. Eles citam o respeito à autonomia dos pacientes, a liberação de visitas, inclusive crianças, o estímulo à vinda de seus líderes religiosos, o auxílio na organização de comemorações de interesse do paciente e o fato de terem sempre alguém a seu lado um familiar ou alguém do círculo de amizade. Além disso, há o estímulo aos pacientes para trazerem objetos pessoais que tornam o quarto uma extensão de sua casa.

Uma possibilidade apontada por Dantas (2016) para assegurar o direito da autonomia dos pacientes é a inserção da prática da Terapia Assistida por Animais (TAA). No estudo, ressalta-se a importância da equoterapia como opção de tratamento auxiliar podendo proporcionar melhorias nos aspectos de saúde, podendo inclusive favorecer a formação de vínculos entre o animal e o paciente, durante sua prática. Esse dado corrobora com a concepção criada pelo norte-

americano Edward Osborn Wilsons (1984) sobre a Biofilia, que é uma hipótese que fundamenta a existência da necessidade humana de se relacionar com a natureza como meio de promoção de bem estar biopsicossocial, vinculando-os a sensação de paz e tranquilidade. Nesse sentido, o estudo de Anatta *et al.* (2019) defende que a biofilia, compreendida com a inserção de jardins em hospitais, e a prática da TAA poderiam favorecer a humanização nos ambientes hospitalares, principalmente aqueles com Cuidados Paliativos. Neste estudo foi observado que os pacientes ficavam mais felizes e estimulados na presença de animais, reduzindo emoções negativas mediadas pela verbalização de boas recordações, trazendo conforto para o enfrentamento da doença. No entanto, mesmo com dados que atestam a efetividade da prática, como limitação a prática da biofilia está na logística, com a necessidade de equipe de manutenção e o aumento do risco de biossegurança nos hospitais.

Abreu e Fortes (2014) discutem ainda que a escolha do local de tratamento e morte foi citada como importante no seu trabalho, embora seja reconhecida a dificuldade de viabilizar uma assistência adequada quando a escolha é pela própria residência. Nesse caso, faz-se necessária a avaliação das necessidades e preferências do paciente juntamente com a disponibilidade de assistência formal e informal no domicílio.

Sousa, Lustosa e Carvalho (2019) discutem a postura superprotetora e paternalista dos profissionais de saúde e da família devido à sua dificuldade em lidar com pacientes portadores de doenças que ameacem a vida. Esse despreparo pode ser reflexo da dificuldade em revelar um diagnóstico sombrio e, com isto, ferindo o princípio da autonomia, este paciente não se apropriará da realidade de sua condição de saúde e não exprimirá sua vontade em relação ao programa terapêutico que lhe será proposto.

Parte importante dos cuidados no final da vida é o conhecimento sobre sua situação para que se possa exercer a autonomia e o seu poder decisório, de acordo com suas expectativas e interesses. Para que se possa exercer o princípio da autonomia, se faz necessário a revelação cuidadosa da verdade sobre o diagnóstico, estado de saúde, opções de conduta, planejamento e tratamento – e também sobre as expectativas futuras (SCOTTINI; SIQUEIRA; MORITZ, 2018). Observa-se que, com o avanço da idade e do agravamento da doença e das condições de vida, decisões sobre a vida e a morte são negadas aos pacientes. A

reflexão sobre o direito de decisão busca enfatizar o profundo respeito ao ser humano, considerando seu agir e sua pluralidade de ideias, possibilitando suas escolhas (KOVACS, 2011).

Outro problema destacado está na relação entre o paciente e sua família, pois esta pode criar uma relação de dependência comprometendo a autonomia do paciente. A vontade de estar próximo, se sentir útil pode levar a uma percepção e proteção exagerada, tornando o cuidado “asfixiante”. Muitas vezes esse cuidado superprotetor é evidenciado quando a família deseja ocultar a verdade sobre o estado de saúde/diagnóstico do paciente e, com isso, negando-lhe o direito de decisão e o exercício de sua autonomia (RODRIGUEA; CAZETA; LIGEIRO, 2015; ANDRADE *et al.*, 2016).

Alguns pacientes, inclusive, solicitam que seja mantido sigilo sobre sua situação de saúde aos seus familiares. É comum que muitos não queiram que as informações sobre seu diagnóstico e tratamento sejam revelados, principalmente se estas informações se tratarem de doenças estigmatizantes, como por exemplo a aids. Para Vasconcelos *et al.* (2013) e Andrade *et al.* (2016) o profissional deve manter o sigilo, o que demonstra respeito ao poder decisório destes, à sua autonomia.

O cuidado aos familiares é uma das partes principais no cuidado global com esses pacientes. Na ausência da capacidade do paciente em analisar a situação, por exemplo, devido à perda da capacidade cognitiva, será preciso então que a família decida sobre o cuidado. E eles têm necessidades específicas e apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios de humor e ansiedade durante o acompanhamento – que, muitas vezes, persistem após a morte do ente querido. Talvez o remédio mais eficaz seja a qualidade do relacionamento mantido entre o paciente e seus cuidadores e entre o paciente e sua família (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

As famílias revelam que a comunicação inconsistente é uma de suas maiores preocupações. Eles afirmam sobre a necessidade da manutenção de um relacionamento aberto capaz de se estabelecer uma comunicação terapêutica proporcionando um cuidado humanizado tanto ao paciente quanto para sua família (OLIVEIRA; FLÁVIO; MARENGO, 2011). A falta de comunicação por parte do profissional foi justificada por consumir tempo demais e por estes considerarem que a discussão não é benéfica para os pacientes, por ser desgastante e desconfortável.

Apesar de reconhecerem a importância de falar sobre a morte com os pacientes e familiares, muitos relatam que só tiveram esse tipo de conversa quando surgiu uma oportunidade vinda por parte do paciente (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

A comunicação em Cuidados Paliativos muitas vezes inclui questões de forte conteúdo emocional a torna desafiadora para todos os envolvidos. No entanto, é preciso reconhecer seu papel enquanto instrumento para enfrentar problemas éticos, e ainda como prerrogativa para o exercício da autonomia, tanto para a relação terapêutica, o ajustamento psicológico e resolução de pendências.

2.3 A falta de preparo profissional

A compreensão adequada dos Cuidados Paliativos prestados a um doente terminal é ponto primordial do tratamento, para que, independente da expectativa de vida, seja dada a melhor assistência ao enfermo. No entanto, os profissionais da saúde que trabalham com Cuidados Paliativos são confrontados com o processo de morrer, com a dor e o luto, e muitas vezes não estão preparados para lidar com esse fenômeno, que os leva a pensar em sua própria finitude. Diante disso, vários estudos (CRIPPA *et al.*, 2015; EICH; VERDI; MARTINS, 2015; SILVA *et al.*, 2016; CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2020) propõem a inserção dos conceitos de bioética ainda na graduação para auxiliar os profissionais da saúde a enfrentar melhor os dilemas éticos envolvidos nos Cuidados Paliativos, sobre a morte e o sofrimento humano. Para tanto, os autores propõem um desafio às universidades e escolas da área da saúde: que incluam na formação desses profissionais o desenvolvimento de valores como compaixão, sensibilidade, entrega e ética, a fim de lidar melhor com pacientes em fase terminal.

O modelo de atenção à saúde, ensinado na graduação das profissões da área da saúde no Brasil, baseia-se em prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças (SOUSA; LUSTOSA; CARVALHO, 2019). Os profissionais de saúde aprendem que sua missão é lutar contra a morte e ante uma situação de incurabilidade, esse modelo é ineficaz. No entanto, esgotados seus recursos, sua missão é cuidar da vida, e a morte, tanto quanto o nascimento, é parte dela. Ante

uma situação de incurabilidade, esse modelo é ineficaz (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2020).

Como observam Silva *et al.* (2015) e Pineli *et al.* (2016), em geral, à disciplina curricular que trata da bioética é ministrada antes do aluno de graduação ter começado a vivenciar situações clínicas, razão pela qual não conseguem reconhecer sua importância e, normalmente, a abordagem desses tópicos é feita com base apenas na perspectiva da deontologia, considerando o código de ética daquela determinada profissão. As discussões acerca da terminalidade vêm aumentando e sugere a necessidade da sua inserção transversal no currículo da graduação, em todas as disciplinas, e não apenas como um tópico isolado (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

É imprescindível que no processo de formação, se tenha maior estímulo a discussão desses assuntos, a fim de possibilitar a reflexão e a construção de metodologias que favoreçam o nascimento de profissionais mais sensíveis, enxergando o paciente como alguém com crenças e valores próprios que precisam ser respeitados. A humanização da assistência em saúde requer um processo reflexivo acerca dos princípios e valores bioéticos que norteiam a prática profissional. Além do tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde ao seu principal objeto de trabalho – o doente/ser fragilizado – a humanização pressupõe nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018).

Ao prover o cuidado, o profissional se expõe à angústia e ao sofrimento experimentado pelo paciente em processo de finitude. Muitas vezes, sem ter recebido preparo adequado em sua formação para enfrentar essas situações, e sem apoio para administrá-las, o profissional pode sucumbir ao estresse, que o impedirá de exercer suas atividades de maneira efetiva e, pior, poderá levá-lo ao adoecimento crônico como o desenvolvimento da síndrome de Burnout (SILVA; LIMA; SEIDL, 2017; PACHECO; GOLDIM, 2019).

O trabalho de Rodriguea, Cazeta e Ligeiro (2015) e Ferreira, Nascimento e Sá (2018) expõe a necessidade que os profissionais, que lidam com a finitude dos seus pacientes em Cuidados Paliativos, têm de trabalhar seus sentimentos e inferem sobre o apoio do psicólogo como facilitador do fluxo de suas emoções, orientando suas defesas e colaborando com a compreensão de suas limitações. A falta de

preparo pode acarretar no adoecimento do profissional que atua com essa clientela (SILVA; LIMA; SEIDL, 2017). Somado a isso, a carência de recursos e de serviços de referência, a sobrecarga de trabalho e a ausência de espaço para discutir as vivências na atenção aos pacientes terminais são fatores que deixam os profissionais de saúde mais suscetíveis a doenças psicológicas, além de gerar frustração entre eles, por não conseguirem prestar cuidado de boa qualidade.

Ferreira, Nascimento e Sá (2018) e Campos, Silva e Silva (2019) afirmam que os profissionais da área da saúde parecem estar despreparados para conduzir com proficiência esses sofridos momentos da vida dos pacientes terminais. Além do despreparo técnico, os profissionais alegam dificuldade no manejo da espiritualidade dos pacientes em cuidado paliativo. Afirmam que não se sentem preparados para abordar os assuntos espirituais e religiosos, ainda que reconheçam sua importância no fim da vida.

Alguns inclusive, quando indagados sobre as questões ligadas ao sentido da vida, sentem-se no dever de conversar sobre isso com o usuário e seus familiares (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019). Há necessidade de procurar atender suas necessidades espirituais, permitindo, por exemplo, que um ministro de sua religião se faça presente e promova o conforto espiritual que necessita, entre outros. Ao agir dessa forma, portanto, o profissional estará cuidando de forma humanizada, solidária, valorizando o princípio bioético da beneficência, bem como o da não maleficência, por abster-se também de provocar possíveis danos à saúde do paciente sob Cuidados Paliativos (VASCONCELOS *et al.*, 2013; FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018).

Muitas vezes, por não saberem lidar com tamanho sofrimento, os profissionais lançam mão de mecanismos de defesa tornando suas atitudes mecânicas, para evitar seu próprio sofrimento. No entanto, a manutenção dessa estratégia e a inflexibilidade das ações podem acarretar o sofrimento psíquico e o adoecimento. Dentre as atitudes que auxiliam a enfrentar esta realidade, alguns estudos elencaram a prática regular de exercício físico e o tratamento psicoterápico (SILVA; LIMA; SEIDL, 2017; PACHECO; GOLDIM, 2019). Além de apontar a necessidade de se capacitarem para fornecer Cuidados Paliativos, bem como de espaços para estimular a troca de experiências entre a equipe.

3 A ABORDAGEM DA MORTE E DO MORRER, DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Vimos anteriormente que a morte é um evento cotidiano e que apesar da consciência de sua existência, o morrer não é mais encarado como um processo natural e está rodeado de intervenções. Estas interferências têm sido de fato discutidas por diferentes áreas do conhecimento, porém a saúde é a que mais tem contato por assim dizer da temática, por seu envolvimento direto com todos os ciclos vitais do ser humano.

Da mesma forma que a sociedade excluiu a morte do seu cotidiano a tornando distante e asséptica, os profissionais parecem utilizar dessa metodologia se esquivando ainda durante o processo de formação e durante sua prática profissional. Alguns estudos (BANDEIRA *et al.*, 2014; DIAS *et al.*, 2014; LIMA; NIETSCHE, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; MEDEIROS; MACHADO ALVARENGA, 2018) trazem à tona a questão do despreparo dos profissionais diante de pacientes fora de possibilidades de cura, tornando o cuidado daqueles que estão no processo de morte um cenário composto por sentimentos de sofrimento, angústia, fracasso e medo. A dor, a impotência e a frustração contribuem para a negação da morte e do morrer e muitas vezes, sem saber o que fazer ou como se posicionar diante do sofrimento do outro e do seu próprio.

Isso ocorre, pois não houve o mesmo preparo na graduação para lidar com a morte da mesma forma que são preparados para a manutenção da vida. As incertezas relacionadas a temática são lacunas deixadas pela falta de discussão e da reflexão de forma ampliada e contextualizada desse fenômeno complexo. No entanto, o ensino sobre a morte torna-se um desafio ainda maior, pois com frequência os docentes também não se sentem qualificados para discutir sobre o evento em sala de aula ou apreensivos devido ao seu próprio despreparo (BANDEIRA *et al.*, 2014; LIMA; NIETSCHE, 2016).

Os cursos de graduação privilegiam muito mais a formação técnico-científica, impessoal e mecanizada, com ênfase nas disciplinas que instrumentalizam o cuidado para a preservação da saúde e cura das doenças, mas pouco respaldo ao cuidado a pessoa que vivencia o processo de morte (BANDEIRA *et al.*, 2014). O ensino sobre a morte durante a graduação é pertinente para auxiliar esse aluno na

construção de sua identidade profissional, a fim de que ele conheça e reconheça seu papel social enquanto enfermeiro e parte integrante da equipe de saúde, responsável pela assistência humanizada e integral ao indivíduo e sua família ao longo de todo o ciclo vital (LIMA; NIETSCHE, 2016).

O estudante de enfermagem necessita compreender a morte e não apenas explicá-la e, para apreender este conhecimento, é fundamental que a educação esteja além dos conceitos biológicos e que possibilite ao estudante a reflexão e apropriação maior dos conteúdos da sociologia, antropologia, filosofia e psicologia (BANDEIRA *et al.*, 2014). É necessária a instrumentalização do discente diante desse fenômeno complexo que será absorvido a partir da compreensão ampliada da vida (DIAS *et al.*, 2014).

Outro aspecto apontado pelos estudos é além da falta de preparo docente, a ausência de espaços formais para esta abordagem. Os currículos abordam a questão de forma pragmática, sob o ponto de vista científico, com enfoque nos sinais abióticos e técnicas superficiais de preparo do corpo. As questões relacionadas aos sentimentos, emoções e as mudanças que a morte acarreta pouco são abordados (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

É necessário que o discente seja instrumentalizado para que a compreensão da morte de maneira adequada, que é integrante ao processo de viver e cabe aos docentes e as instituições de ensino de enfermagem o papel de proporcionar espaços para debate e reflexões, revendo o paradigma instituído sobre a morte. É necessário transcender o conhecimento reducionista que fragmenta a morte como o fim de tudo, para alcançar o pensamento que amplie, integre e promova a circularidade dos diferentes eventos da vida, de forma continuada e contínua.

No estudo de Oliveira *et al.* (2016), foi observado que a compreensão da morte para os estudantes ocorre a partir do momento que a pessoa se descobre finita e passa compreender melhor a finitude do outro e que este processo é destinado a todos. Nessa perspectiva, além da morte ser um processo biológico, natural e de encerramento da vida, ela também é considerada um processo de renovação espiritual. Sendo assim, a religião neste caso possa trazer respostas para compreender o desconhecido, remediar a dor, o medo e as incertezas geradas pela morte.

É necessário falar mais sobre morte tanto no âmbito institucional quanto familiar e religioso. A falta de preparo dos profissionais e a ausência da temática nos

currículos de graduação não são os únicos responsáveis pela falta de compreensão do fenômeno e conseqüentemente das habilidades necessárias para o cuidado. É fundamental repensar a construção social e histórica da forma como esses indivíduos foram expostos ao entendimento da morte. No entanto, é imprescindível o entendimento que as unidades acadêmicas são responsáveis pela formação de agentes reflexivos e transformadores, promotores do conhecimento e das boas práticas que envolve todo o processo de saúde, inclusive o de morte e morrer.

Ao se destacar a necessidade de troca de saberes populares e científicos para a formação das Representações Sociais, ressalto a necessidade de apresentação, mesmo que de forma preliminar e ainda relativamente superficial, a inserção da temática sobre o conteúdo de morte nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem das cidades do Rio de Janeiro e Niterói, que, como pode ser observado na metodologia, serão os cenários do presente estudo. Para isso, realizei uma busca nos meses de agosto e setembro de 2018, das ementas dos cursos de graduação em enfermagem das quatro principais universidades públicas do estado Rio de Janeiro.

Todos os quatro cursos de graduação são ofertados na modalidade bacharelado, presenciais e em tempo integral. O bacharelado em enfermagem credencia o enfermeiro para a prática profissional assistencial em enfermagem, não o qualificando para a docência. No entanto, sabemos que dentre as principais atividades do enfermeiro está o ensino em saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) fundamentam-se nas recomendações do Conselho Nacional de Educação (CNE) / Câmara de Educação Superior (CES) através da Resolução CNE/CES Nº 3 de 07 de novembro de 2001 e da Resolução CNE/CES Nº 4 de 06 de abril de 2009 que dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização do curso de graduação em Enfermagem, bacharelado, na modalidade presencial.

A partir dessa proposição, as instituições de ensino em enfermagem, passaram a construir seus Projetos Pedagógicos guiados pelos eixos temáticos: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais e as Ciências da Enfermagem que envolve: Fundamentos da Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem, além da

realização de Estágio Supervisionado nos últimos dois semestres do curso, totalizando 20% da carga horária total (rede básica e hospitalar) (BRASIL, 2001).

É previsto pelas DCN/ENF a formação de enfermeiros críticos-reflexivos, capazes de agir e transformar o contexto nos quais estão inseridos e para isso, o processo de ensino-aprendizagem é fundamental. É importante destacar que o ensino de enfermagem é pautado em ações executadas a partir de um conjunto de princípios científicos que as fundamentam, princípios estes que necessitam ser ensinados e aprendidos.

Sendo assim, buscou-se nas ementas das disciplinas a temática sobre o conteúdo de morte e assim poder inferir sobre a realidade do ensino e aprendizagem. Os quadros a seguir, mostram o conteúdo programático/ objetivo geral/ementa das disciplinas dos cursos de Graduação em Enfermagem das respectivas universidades: UNIRIO, UERJ e UFRJ. Não foi possível até o momento analisar o Plano Político Pedagógico da Universidade Federal Fluminense por não dispor do conteúdo via internet.

No quadro 1 será apresentada a inserção da temática da morte na matriz curricular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Sua estrutura curricular passou a vigorar a partir do ano de 2012, abrangendo 48 disciplinas distribuídas em 10 períodos letivos, no regime de crédito, somando 4.065h de carga horária total.

Quadro 1 – A inserção da temática morte na matriz curricular do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO

DISCIPLINA	OBJETIVOS GERAIS/EMENTA
OPTATIVA: Temas Emergentes em Saúde da Mulher	Contextualiza a mulher em relação a gênero e cidadania, saúde, direitos sexuais e reprodutivos, violências sociais e dos serviços, mortalidade materna.

Fonte: A autora, 2020.

No quadro 2 será apresentada a inserção da temática da morte na matriz curricular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Sua estrutura

curricular passou a vigorar a partir do ano de 1996, abrangendo 57 disciplinas distribuídas em 9 períodos letivos, no regime seriado, somando 5.850 h de carga horária total.

Quadro 2 – A inserção da temática morte na matriz curricular do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ

DISCIPLINA	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO
Promovendo e Recuperando a Saúde Mental 2	O processo do envelhecer em nossa sociedade perdas e lutos físicos, psíquicos, relativos ao trabalho e à autonomia. Proximidade da morte. A articulação das várias etapas do ciclo vital.
Saúde do Adolescente, do Adulto, do Idoso e o Mundo do Trabalho 2	Preparo do corpo após a morte.
Saúde do Adolescente, do adulto, do idoso e o Mundo do Trabalho 3	Princípios fundamentais durante a ressuscitação cardiopulmonar e cerebral básica e avançada nas unidades de emergência e terapia intensiva;
Saúde e Mulher 1	Identificar as principais causas que configuram o perfil epidemiológico da morbimortalidade materna e da mulher brasileira; levantar as percepções sobre as causas de morbimortalidade da mulher;
Promovendo e Recuperando a Saúde Mental 5	Abordagem das questões que envolvem vida e morte Atitudes diante da morte. O contato com os limites. Dimensão subjetiva da morte e do morrer Intervenções de enfermagem nos momentos-limite
Atenção Integral à Saúde da Criança 2	Abordagens clínicas - Hospitalização; Processo de admissão e alta; Técnicas básicas e O Morrer;
Promovendo e Recuperando a Saúde Mental 7	Relação de ajuda com clientes internados, sobretudo quando submetidos a perdas (exames invasivos, cirurgias, mutilação, proximidade da morte).

Fonte: A autora, 2020

No quadro 3 será apresentada a inserção da temática da morte na matriz curricular da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Sua estrutura curricular passou a vigorar a partir do ano de 2011, com disciplinas distribuídas em 8 períodos letivos, no regime de crédito, somando 4.390 h de carga horária total.

Quadro 3 – A inserção da temática morte na matriz curricular do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ

DISCIPLINA	OBJETIVOS GERAIS/EMENTA
Bioestatística EM	Construir índices e taxas de mortalidade, natalidade, incidência e letalidade
Cuidados de enfermagem ao cliente hospitalizado II	Orientação e ajuda a família face aos problemas ligados a prognósticos mais sérios.
Cuidados de enfermagem ao cliente hospitalizado III	Desenvolver habilidades para ajudar clientes e famílias nas situações de vida e morte. Os clientes sob cuidados intensivos. Essencialidade de enfermagem para o paciente crítico. Solução de enfermagem. Cuidados intermediários. Situações vida-morte.
Deontologia da Enfermagem	Situações de vida e de morte, atuação junto ao paciente terminal.

Fonte: A autora, 2020.

Conforme o conteúdo exposto nos quadros acima pode-se perceber que se faz necessário a inclusão da temática sobre morte no currículo, visto que o aluno necessita dessa formação para que adquira saberes e competências essenciais para sua prática assistencial. A fragilidade curricular é destacada principalmente no escasso modo de abordar o assunto para algumas universidades (sendo inclusive abordado apenas em uma disciplina optativa). Compreender como é realizado o ensino aprendizagem é fundamental para que se tenha dimensão do processo de cuidar do profissional de enfermagem. O desenvolvimento das competências práticas deve ser baseado em razão do conhecimento apreendido e vivenciado ainda na formação deste aluno.

No tópico anterior foi feito o levantamento das ementas dos cursos de graduação em enfermagem das principais universidades públicas do Rio de Janeiro e constatado que pouco se aborda da temática sobre morte e morrer nos currículos. Sabemos que as DCN/ENF objetiva formar enfermeiros “generalistas, humanistas, críticos e reflexivos” e espera-se que este profissional possa agir de forma interventiva em relação as situações inerentes ao processo saúde/doença. No entanto, ao observar os currículos é possível afirmar que o conteúdo relacionado ao processo de morte e morrer é pouco abordado, como se o mesmo não fizesse parte desse contexto.

4 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

A construção deste capítulo foi realizada a partir de uma revisão integrativa de literatura nas bases de dados BDNF, LILACS, MEDLINE e Base de Dados Virtuais em Psicologia (BVS-Psi), utilizando os escritores por meio dos descritores "Saúde" and "Espiritualidade" and "Religiosidade". Foram selecionadas 40 publicações que atenderam aos critérios de inclusão e estabeleceram relação consistente com a temática. Após seguir os passos descritos na literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), foi possível classificar os resultados das publicações em categorias, são elas: Conceitos e concepções sobre religiosidade e espiritualidade; Religiosidade e espiritualidade como estratégias de enfrentamento da doença e Necessidade de suporte espiritual e a falta de preparo profissional.

4.1 Conceitos e concepções de espiritualidade e religiosidade

Apesar de serem tratados como sinônimos na maioria dos estudos há uma clara dificuldade na realização de trabalhos com a temática da religiosidade e espiritualidade pela diversidade e complexidade das suas definições. Em termos gerais os autores definem religiosidade como a adesão a crenças e a práticas relativas a uma instituição religiosa organizada e a espiritualidade como a afinidade estabelecida entre uma pessoa e um ser ou uma força superior na qual ela acredita. Ou seja, a religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (MARTINS *et al.*, 2012; ESPINHA *et al.*, 2013; SILVA; PASSOS; SOUZA, 2015; AMORIM *et al.*, 2017; SILVA; DE MAZZI, 2019).

Existem dois tipos de religiosidade descritos: intrínseca e extrínseca. Na primeira, a religião tem um lugar central na vida do indivíduo, é seu bem maior. Nela o indivíduo agrega diferentes parâmetros culturais, conceitos morais e ideais específicos que oferecem significado à existência humana (DUARTE; WANDERLEY, 2011; MARTINS *et al.*, 2012; ESPINHA *et al.*, 2013; SIQUEIRA; FERNANDES; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2019). Na segunda, a religião está vinculada a um conjunto de atividades e crenças e é um meio utilizado para obter outros fins, como

consolo, sociabilidade, distração e status (KOENIG; KING; CARSON, 2012; ALVES *et al.*, 2016; SIQUEIRA; FERNANDES; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2019). Apesar do grande número de evidências, o conceito de espiritualidade ainda não é consensual. A espiritualidade pode ser definida como uma busca pessoal para entender questões relacionadas o fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas (KOENIG; KING; CARSON, 2012; SILVA; PASSOS; SOUZA, 2015).

A religião caracteriza-se, ao longo do tempo e do espaço, como extremamente variável, de um contexto cultural para outro, de um período histórico para outro, inclusive com marcante influência na organização e desenvolvimento inicial da assistência no campo da saúde em nosso país. Porém, existe uma formulação multidimensional que descreve a religião em vários aspectos, sendo ela considerada um conjunto de crenças, leis e ritos que visam um poder que o homem considera supremo, do qual se julga dependente, com o qual pode entrar em relação pessoal e do qual pode obter favores (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010; VIEIRA; ZANINI; AMORIM, 2013; AMORIM *et al.*, 2017; BRAVIN *et al.*, 2019).

A atitude religiosa é medida pelo envolvimento dos indivíduos em práticas religiosas como orações, leituras de material religioso, adoção de crenças definidas a partir de uma tradição religiosa específica, participação em cultos e outras reuniões religiosas, etc. Essa opção se justifica pela pressuposição de que pessoas que apresentam uma atitude religiosa mais clara, com um envolvimento religioso significativo e bem definido, podem adotar as crenças religiosas como referenciais cognitivos importantes para as suas interações. Essas crenças podem ser orientadoras e definir posicionamentos cognitivos e comportamentais do indivíduo frente a situações de risco e eventos estressores. Além disso, ao serem orientadoras, podem promover segurança e senso de sentido para a existência (VIEIRA; ZANINI; AMORIM, 2013; SIQUEIRA; FERNANDES; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2019).

Espiritualidade diferencia-se do conceito de religião, por ter significado mais amplo. A religião é uma expressão da espiritualidade, e espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade. Religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são

sinônimos. Religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas, representando uma dimensão social e cultural da experiência humana. Espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido (VIEIRA; ZANINI; AMORIM, 2013; AMORIM *et al.*, 2017).

Religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que facilitam a proximidade do homem com o sagrado. A espiritualidade, por sua vez, tem relação com a reflexão e pela busca pessoal sobre o significado da vida com relação ao sagrado, que pode ou não estar atrelado a uma religião.

4.2 Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento da doença

As estratégias de enfrentamento com base na religiosidade incluem o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas geradas pela experiência dos problemas da vida. A religiosidade e a espiritualidade atribuem significado a experiência de adoecimento. Muitas vezes é o único apoio encontrado para a compreensão e o enfrentamento das dificuldades impostas pelos sintomas e as formas de manejo das situações de estresse.

Vários estudos têm investigado a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011; PORTES; GUIMARÃES, 2012; ALVES *et al.*, 2016; EVANGELISTA *et al.*, 2016; AMORIM *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2019). A ligação entre eles está na identificação que as vivências religiosas e espirituais tinham correlação significativamente positiva sobre a taxa saúde doença. Esses resultados estão relacionados aos efeitos positivos na redução da mortalidade em geral, assim como nas áreas da imunologia, saúde mental, doenças cardiovasculares, doenças infecto parasitárias como o HIV e neoplasias (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011; PORTES; GUIMARÃES, 2012; SILVA; DE MAZZI, 2019).

Esse resultado constitui subsídios alcançados pelas pessoas que buscam se fortalecer diante das adversidades impostas pela condição patológica. Além da condição patológica, a religião pode exercer papel estabilizador e pode representar um fator influenciador para as relações sociais e familiares. Além disso, algumas práticas religiosas são capazes de proporcionar aspectos positivos na saúde física e mental dos seus praticantes, na medida em que aconselham a adoção de hábitos e condutas saudáveis (SILVA; PAIVA; PARKER, 2013; SANTOS *et al.*, 2015; BRAVIN *et al.*, 2019).

Dentre os benefícios mencionados está a influência na adaptação psicológica com o fortalecimento das emoções de conforto, suporte social, redução da carga emocional da doença com sua possível aceitação e o auxílio na preservação da saúde (SILVA; PASSOS, SOUZA, 2015; SILVA; DE MAZZI, 2019). Evidências demonstram a associação positiva da religiosidade com a saúde mental, sendo considerada como fator protetor para o suicídio, abuso de drogas e de álcool, sofrimento psicológico e psicoses (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011; SANTOS *et al.*, 2015; AMORIM *et al.*, 2017).

O enfrentamento religioso é uma estratégia importante e regula a resposta emocional causada pelo processo de incapacidade funcional causada pela doença ou pela idade avançada, reparando o esvaziamento existencial fazendo a pessoa sentir-se acolhida e apaziguada na realidade de seu corpo de hoje incapacitado ou envelhecido (SANTOS; ABDALA, 2014; BRAVIN *et al.*, 2019). Há também o apego dos cuidadores à fé. O sofrimento e o desgaste causado pela doença, a crença no milagre da cura pode apresentar-se como uma fonte de apoio para o enfrentamento da doença e do seu tratamento (ALVES *et al.*, 2016; AGUIAR; CAZELLA; COSTA, 2017).

Mas há situações onde a busca religiosa pode piorar o quadro clínico, causando o enfrentamento negativo e o uso inadequado dos serviços de saúde. São aspectos negativos relacionados ao fanatismo e o tradicionalismo opressivo (ALVES *et al.*, 2016; REINALDO; SANTOS, 2016; SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO, 2018). A oposição ao tratamento proposto pelas instituições de saúde, principalmente quando relacionado a saúde mental, é bastante desafiador por causar a inviabilidade do cuidado para as pessoas em sofrimento (FREITAS, 2013). A rigidez e a inflexibilidade associada a resistência ao tratamento, pode dificultar a

adesão e com isso, tornar os pacientes vulneráveis ao abuso espiritual (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

A religião pode afetar positivamente a saúde física e mental por meio de rede de apoio social, redução de comportamentos não saudáveis, redução da pressão arterial e tensão muscular durante oração e meditação e maior adesão a tratamentos médicos e cuidados preventivos.

4.3 Necessidades de suporte espiritual e a falta de preparo profissional

Os pacientes muitas vezes descobrem força e consolo em sua espiritualidade, tanto informalmente através de conexões mais profundas com familiares e amigos, como formalmente através de comunidades e práticas religiosas. No entanto, os clínicos modernos ignoram regularmente as dimensões da espiritualidade quando se considera a saúde dos outros - ou mesmo a si mesmos.

Durante muito tempo, os profissionais de saúde mental negavam os aspectos religiosos da vida humana, inclusive considerado patológico quando em se tratando de pacientes psiquiátricos. No entanto, estudos demonstram que a religiosidade é um aspecto de grande importância na vida humana e possui associação positiva com boa saúde mental (KIM; HUH; CHAE, 2015; EVANGELISTA *et al.*, 2016; AGUIAR; CAZELLA; COSTA, 2017; FIGUEREDO *et al.*, 2019). Talvez seja por isso que, muitos profissionais ainda se sentem hesitantes e com pouca confiança para abordar estes aspectos, abarcados pela falta de inclusão adequada dessa temática durante o processo de formação acadêmica (ESPINHA *et al.*, 2013; EVANGELISTA *et al.*, 2016; SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO, 2018; CUNHA; SCORSOLINI-COMIN, 2019).

Sem modelos bem estruturados de avaliação e treinamento dos profissionais em formação, torna-se dificultada a introdução desse suporte na prática clínica diária, já tão sobrecarregada com funções administrativas e pelo pouco tempo disponível. No entanto, como demonstram os estudos, diante de situações de doença, as pessoas tendem a expressar suas necessidades espirituais nas formas mais sutis. Sendo assim, tanto o doente quanto sua família podem se beneficiar da assistência espiritual se houver uma abordagem neste sentido.

Estudos internacionais apontam que muitos profissionais de saúde refletem sobre a necessidade de abordar e atender as necessidades espirituais de seus pacientes, independentemente de suas próprias crenças, religiosas ou espirituais. No entanto, há o desconforto nessa abordagem visto que sentem-se como se isso fosse além de seu papel como cuidador (RASSOULIAN; SEIDMAN; LÖFFLER-STASTKA, 2016; SANDERS *et al.*, 2016; CUNHA; SCORSOLINI-COMIN, 2019; FIGUEREDO *et al.*, 2019). Ainda há a divergência entre autores sobre o envolvimento do terapeuta nas questões religiosas sob o ponto de vista de colocar em risco a individualidade e a integridade do tratamento. Há o apontamento que, apesar da oração ser um fato de conforto e esperança, não há consenso se o profissional deve se manter em posição neutra ou defender e incentivar a vivência religiosa (ALMEIDA; KOENING; LUCCHETTI, 2014; AGUIAR; CAZELLA; COSTA, 2017; BRAVIN *et al.*, 2019). Ainda há a queixa recorrente em relação a formação acadêmica, durante a qual o assunto não é abordado, deixando uma lacuna entre os parâmetros de avaliação desse envolvimento ser benéfico ou não para a relação terapêutica.

Seguindo essa tendência, a *NANDA International* (NANDA I), ao atentar para o cuidado espiritual nos diagnósticos de Enfermagem, fornece estímulo à importância de um estudo formal acerca da temática Saúde e Espiritualidade na graduação. Alunos do curso de Enfermagem acreditam que a espiritualidade influencia na saúde de seus pacientes e no próprio atendimento por parte do enfermeiro e, apesar de a maioria desejar abordar esse aspecto, poucos se julgam preparados para tal (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011; ESPINHA *et al.*, 2013; SIQUEIRA; FERNANDES; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2019; FIGUEREDO *et al.*, 2019).

Os resultados apontam que os profissionais, de maneira geral, são favoráveis à criação de disciplinas que preparem o profissional sobre a temática religiosa/espiritual. No Brasil, são escassos os cursos que abarquem em seus currículos conteúdos sobre a interface religião e/ou espiritualidade e a área da saúde, reservando-se o assunto para momentos práticos de ensino (ALMEIDA; KOENING; LUCCHETTI, 2014; SANDERS *et al.*, 2016; AGUIAR; CAZELLA; COSTA, 2017; CUNHA; SCORSOLINI-COMIN, 2019).

A falta de treinamento e de habilidade em identificar as demandas dos pacientes impelem a negação ou a rejeição da dimensão espiritual. Percebe-se a

falta de preparo e percepção dos profissionais revelando a dificuldade em atender a demanda espiritual dos pacientes (VANCINI *et al.*, 2017; SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO, 2018; FIGUEREDO *et al.*, 2019). Entretanto, serão poucos profissionais que não terão contato com situações em que a religião poderá nortear condutas e até dilemas éticos.

Além do pontuado nos parágrafos anteriores deste item, destaco que, no mundo moderno, considera-se que, no geral, a preocupação em manter a vida não contempla o entendimento da inevitabilidade da morte e que não se está organizado psicologicamente para lidar com ela. A morte é somente encarada como angustiante para o indivíduo que é portador de uma doença fatal, assim como para aquele que aparentemente é saudável, inclusive para aqueles que os que o rodeiam, como amigos e familiares e, até mesmo, para os profissionais de saúde que atuam nas instituições hospitalares. Muitas vezes a morte traz consigo a necessidade de entender o significado da vida e da própria morte, como que procurando estratégias para o enfrentamento dessa realidade. A forma como cada um a significa, modifica-se de acordo com os valores e crenças que cada ser humano adota.

Vimos anteriormente que a espiritualidade e a religiosidade são vistas como forma de enfrentamento diante de uma situação difícil de saúde, fornecendo apoio, consolo e esperança, além de produzir influência positiva e suporte emocional, tanto para os pacientes, quanto para seus familiares e os profissionais. No entanto, há grande dificuldade de abordar tais questões por falta de preparo dos profissionais ou devido à construção de barreiras pessoais a fim de esconder seus próprios sentimentos e emoções em relação à situação.

5 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Em 2016, a Teoria das Representações Sociais (TRS) completou 55 anos e, desde sua publicação, a partir da obra de Serge Moscovici “*La psychanalyse, son image et son public*”, nasceu uma nova abordagem da Psicologia Social (SÁ, 1998; VALA, 2000; FARR, 2003). E desde então, a teoria se desenvolveu e ganhou adeptos, superando o modelo dicotômico entre as representações individuais e coletivas, iniciando um novo olhar científico na busca do pensamento, das ações e dos sentimentos do sujeito, na busca pela compreensão dos seus objetos e suas práticas. Mas para dissertar sobre ela, faz-se necessário primeiramente mencionar seus precursores: Émile Durkheim, Lucien Lévy-Bruhl e Jean Piaget.

Durkheim teve influência na construção da Teoria das Representações Sociais por ter descrito o conceito de “representações coletivas”, diferenciando-as das “representações individuais”. Desta forma, definiu que as primeiras têm como substrato a sociedade em sua totalidade, enquanto que as últimas, a consciência de cada um, sendo, desta forma, variáveis. As representações coletivas não são o denominador comum das representações individuais, mas sua origem, sendo homogêneas e vividas por todos os membros de um grupo, perdurando por gerações e tendo por função “preservar o vínculo entre eles, prepará-los para pensar e agir de modo uniforme” (MOSCOVICI, 2001, p. 47).

Lévy-Bruhl estudou as relações entre as sociedades e suas representações, procurando elaborar uma ciência dos costumes. Para tal, distinguiu dois tipos principais de sociedades: as primitivas e as civilizadas, marcadas por modos de pensar opostos, denominados, respectivamente, de mentalidade primitiva e de mentalidade civilizada, e diferenciam tanto no plano qualitativo, quanto em sua amplitude. Para o estudioso, a mentalidade civilizada se orienta pela busca lógica das informações relativas a um fenômeno e as causas que servem para explicá-lo, enquanto a mentalidade primitiva não está submetida aos princípios de contradição e causalidade, mas voltada para o sobrenatural e, desta maneira, os vínculos que estabelece entre os fenômenos são de natureza mística (MOSCOVICI, 2001, 2005).

Já Piaget, influenciou a Teoria das Representações Sociais ao realizar estudos sobre os pensamentos infantis e adultos. Estes estudos mostraram, dentre

outras coisas, que: 1. O pensamento baseado em imagens apresenta-se como um dos modos de pensamento social; 2. A partir de fragmentos de conhecimento as pessoas constroem seu universo e dão sentido à realidade; 3. Os julgamentos morais são próprios da idade; 4. Com o crescimento, o egocentrismo se atenua, as pessoas compreendem melhor o ponto de vista dos outros e interiorizam as regras sociais, surgindo o respeito mútuo e a cooperação (MOSCOVICI, 2001).

A partir das distinções de Lévy-Bruhl e Piaget, Moscovici (2005) propõe a coexistência, nas sociedades contemporâneas, de dois tipos de universos de pensamento: os *universos reificados* e os *universos consensuais*. Os primeiros são compreendidos como mundos restritos, caracterizados por objetividade e rigor lógico e metodológico, onde se produzem e circulam as ciências e as teorizações abstratas. Já nos últimos, que são as teorias do senso comum, encontram-se as práticas interativas do dia a dia, onde são produzidas e circulam as representações sociais, sem limites especializados, menos sensíveis à objetividade e mais a sentimentos compartilhados de plausibilidade. No universo reificado, a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais, enquanto que no universo consensual, ela é percebida como um grupo de pessoas iguais e livres, cada um com possibilidade de falar em nome do grupo (MOSCOVICI, 2005).

Para Moliner e Guimelli (2015) afirmam que a evolução teórica de Moscovici fez nascer o interesse de outros pesquisadores para o assunto das representações sociais. O investimento em estudos que envolviam a difusão dos saberes, a relação entre pensamento e comunicação e a origem do senso comum formaram os elementos de um novo programa de pesquisa para os pesquisadores da Psicologia Social. A representação social se mostrou como elo entre o mundo individual e o mundo coletivo, sem com isso ser produzida em conjunto, mas como um produto dos grupos sociais que constituem essa sociedade. Para Moscovici a comunicação explicava a emergência e a transmissão das representações a partir de processos de influência, normalização e de conformidade (MOLINER, 2001). Ou seja, uma representação é afetada por estes processos da mesma forma que ela os influencia, pois representar é um ato cognitivo e faz parte da linguagem humana. Um indivíduo influencia e se deixa influenciar pelos demais.

Cabe mencionar que os fenômenos de representação social são construídos nos universos consensuais de pensamento, enquanto os objetos de pesquisa são

elaborados no universo reificado da ciência (SÁ, 2002). De acordo com Moscovici (2001), a noção original de Durkheim atribuída às representações coletivas cedeu lugar às representações sociais devido à importância de considerar uma diversidade de origem, tanto nos indivíduos. Quanto nos grupos. Além disso, fazia-se necessário deslocar a ênfase sobre a comunicação que permite aos sentimentos dos indivíduos convergirem, de modo que algo individual pudesse tornar-se social e vice-versa.

Com isso, Moscovici trouxe, concomitantemente, uma problemática específica e outra de caráter mais geral e universal. Revelaria sua dimensão específica ao tratar a questão concernente à difusão e apropriação do conhecimento científico pelo homem dito comum e sua faceta mais geral, ao propor a análise dos processos por meio dos quais os sujeitos, em interação social, constroem teoria acerca dos objetos sociais, tornando possível a comunicação e a organização dos comportamentos (VALA, 2000; MOSCOVICI, 2003).

Assim, Moscovici (1981, p. 181) define representações sociais como:

Um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.

Enquanto Jodelet (2001, p. 22) as define como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que se tem objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Nesse sentido, Jodelet (2001) ao discutir acerca da importância das representações sociais para a vida cotidiana, afirma que tal fato se dá pela necessidade própria de mantermo-nos informados sobre o mundo à nossa volta, haja vista ser preciso a ele ajustarmos-nos, saber como modular nossos comportamentos dominá-lo física ou intelectualmente e identificar e resolver os problemas que se apresentam.

Campos (2005), por sua vez, apresenta a teoria das representações sociais como um constructo que permite compreender a dimensão normativa e os processos de transformação dos conhecimentos partilhados por um dado grupo acerca da realidade social. Denominada, também, de saber ingênuo ou natural, esta forma de conhecimento se diferencia do conhecimento dito científico, considerando sua relevância para a vida social, bem como para a elucidação dos processos cognitivos e das interações sociais (JODELET, 2001). O objetivo central da formação

de representações, portanto, é a transformação do não-familiar em familiar, através de processos mentais cognitivos, que permite ao sujeito e aos grupos sociais incorporarem o novo e transformarem o já conhecido. Este processo de incorporação permite que as representações sociais sejam geradas por dois processos: ancoragem e objetivação. Por ancoragem, tem-se o processo que transforma um objeto estranho em algo familiar, utilizando, para isso, um pensamento pré-existente. Já a objetivação, é o processo de materializar um conceito e tornar concreto o que é abstrato (SÁ, 1998; 2002; VALA, 2000; MOSCOVICI, 2005). Por sua vez, a tarefa da definição das representações sociais apresenta-se como significativamente complexa e difícil, tendo levado o próprio Moscovici, na obra em que a propôs, a destacar que se a sua realidade é fácil de captar, o mesmo não ocorre com seu conceito (SÁ, 2002).

Como ocorre com o conceito de representações, utilizado em muitos setores das Ciências Humanas com sentidos sobremaneira distintos e, por vezes imprecisos, alerta-nos Flament (2001) que o mesmo pode ocorrer em relação às representações sociais, quando não observadas características mínimas. Assim, Sá (2002), citando Farr (1992), aponta para a necessidade de maior precisão em relação ao conceito das representações sociais, bem como das formas pelas quais se relacionam com outros termos chave nas ciências sociais, pelo risco que se corre de tudo ser considerado representação social.

Uma das principais vantagens da teoria das representações sociais é sua capacidade de mostrar uma realidade que existe, da qual muitas vezes não nos damos conta, mas que possui grande poder mobilizador e explicativo. Por isto, faz-se necessário estudá-la para compreender e identificar como esta realidade atua na motivação das pessoas e nas suas práticas.

A fim de uma melhor compreensão, Sá (2002), citando Moscovici, delimita três tipos de representações sociais: As hegemônicas, largamente partilhadas pelos membros de um grupo, sem que tenham sido produzidas por eles, não sendo discutíveis e constituindo os pilares de uma sociedade; as emancipadas, produzidas nas relações intergrupais, permitem diferenciar os grupos divergentes - são elaboradas por um grupo, podendo adquirir autonomia e serem apropriadas para outros grupos; - e as polêmicas, elaboradas por dois grupos em conflito, mas não são compartilhadas pela sociedade como um todo, correspondendo a visões

divergentes entre grupos com interesses opostos e posicionamentos diferentes face ao objeto de representação.

Ainda Flament (1987) classifica as representações em autônomas e não autônomas. As primeiras são aquelas cujo princípio organizador é interno, ou seja, é o núcleo central. Já as últimas, são aquelas que dependem de vários temas independentes, não havendo núcleo central. Para a existência de uma representação fazem-se necessários um sujeito e um objeto, ou seja, alguém (um grupo, uma população, um conjunto social), responsável pela gênese da representação, e algo, um ambiente social, material, ideal/abstrato) a ser representado, interpretado, simbolizado. Frente a isto, Jodelet (2001) define representação social como uma forma de saber prático, que liga um sujeito a um objeto.

No que se referem à sua constituição, as representações sociais configuram-se a partir de três dimensões principais: informação, que se “refere à organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social”; campo de representação, remetendo “à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições acerca de um aspecto preciso do objeto da representação”; e atitude, que “termina por focalizar a orientação global em relação ao objeto da representação social” (SÁ, 2002, p. 31).

Abric (1994, p. 13) define representações sociais como “[...] o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui uma significação específica”. Elas são determinadas, ao mesmo tempo, pelo próprio sujeito (sua história, vivência), pelo sistema social e ideológico no qual se encontra inserido e pela natureza dos vínculos que mantém com tal sistema (ABRIC, 2001a).

Tendo em vista a explicação adequada dos fenômenos das representações sociais deve dar conta de suas origens, de seus fins ou funções e das circunstâncias de sua produção, pode-se dizer, de acordo com Abric (2000) que as mesmas possuem quatro funções, quais sejam: *função de saber*, as representações sociais permitem compreender e explicar a realidade; *função identitária*, as representações sociais definem a identidade e protegem a especificidade dos grupos; *função de orientação*, as representações sociais guiam os comportamentos e as práticas sociais; *função justificatória*, as representações sociais permitam a *posteriori*, justificar as tomadas de posição e os comportamentos.

As representações sociais produzem normas de conduta, regulam comportamentos, prescrevendo possibilidades para a ação: os comportamentos frequentes ou comuns, os comportamentos pouco frequentes ou pouco prováveis, porém aceitáveis ou justificáveis e aqueles considerados inaceitáveis, não condizentes com o objeto social representado (CAMPOS, 2005). Assim, não se pode deixar de relacionar as representações sociais com as práticas sociais, entendendo que estas se influenciam reciprocamente. Em outras palavras, baseado em Rateau e Rouquette (1998, p. 39), “o que pensamos depende daquilo que fizemos [...] e aquilo que fizemos em um dado momento, depende daquilo que pensamos então, ou daquilo que pensamos anteriormente”. Nessa perspectiva, recomenda o autor, que convêm percebermos as representações como uma condição das práticas e estas como um agente transformador daquelas.

De acordo com a proposição de Moscovici, a estrutura de cada representação tem duas faces, tão pouco dissociáveis quanto à frente e o verso de uma folha de papel: a sua face figurativa e a sua face simbólica, fazendo compreender em todo sentido uma figura e em toda figura um sentido. A partir deste entendimento, pode-se extrair uma primeira caracterização dos seus processos de formação (SÁ, 2002).

Neste sentido, explica Sá (2002, p. 46):

[...] a duplicação de um sentido por uma figura, pela qual se dá a materialidade a um objeto abstrato, é cumprida pelo processo de objetivação. A duplicação de uma figura por um sentido, pela qual se fornece um contexto inteligível ao objeto, é cumprida pelo processo de ancoragem.

A grande teoria das representações sociais, conforme Sá (1998; 2002) denomina as proposições originais de Moscovici, desdobra-se em três correntes teóricas complementares: processual, estrutural e relacional.

A abordagem processual, desenvolvida por Denise Jodelet, possui estreita proximidade com a proposta original de Moscovici e enfatiza o processo de constituição das representações, centrando-se no aspecto constituinte das representações. Ela considera que o acesso ao conhecimento das representações sociais parte do entendimento do ser humano como produtor de sentidos, focalizando-se na análise das produções simbólicas, dos significados e da linguagem, através dos quais o sujeito constrói o mundo em que vive (SÁ, 1998).

A estrutural, desenvolvida por Jean-Claude Abric, enfatiza a estrutura atual dos conteúdos cognitivos das representações. Ela procura identificar a estrutura ou o núcleo das representações, como elas se organizam e quais os elementos que as constituem. Suas referências se encontram nas obras de Abric (1976) e Flament (2003), que implicitamente desenvolveu maiores contribuições sobre a teoria do núcleo central de uma representação. Essa abordagem se ocupa com o conteúdo cognitivo das representações e o concebe como um conjunto estruturado e não como uma simples coleção de ideias e valores. Sua principal contribuição está centrada na organização do conteúdo da representação em um núcleo rígido – matriz e abstrata - e um sistema periférico – concreto e operacional, que possuem características e funções distintas. Ambos com elementos dinamizados com seus significados, crenças e significações, frutos de determinismos históricos, simbólicos e sociais particulares àqueles que participam de um grupo social. Outra contribuição relevante desta perspectiva é a comparação entre representações, uma vez que elas serão distintas apenas se o núcleo central tiver composição significativamente diferente (SÁ, 1998).

Já a relacional, desenvolvida por Willem Doise, enfatiza as relações sociais que originam as representações, centrando-se no aspecto sócio-contextual das representações (SÁ, 1998; 2002). Ela centra-se mais sobre o aspecto sócio-contextual das representações sociais e privilegia uma orientação metodológica estatística-correlacional (SÁ, 1998).

Para Moliner e Guimelli (2015), ao contrário de alguns pesquisadores as abordagens das representações sociais não são rígidas. Mas elas permitem ao pesquisador observar o objeto escolha e a melhor abordagem para estudar as representações deste sobre este objeto. Esta escolha deve ser feita a partir de um olhar sobre a dinâmica representacional.

No presente trabalho, serão utilizadas as abordagens processual e estrutural. Como se considera que a abordagem processual é aquela mais próxima da própria produção de Moscovici, pode-se pensar que seu aprofundamento já foi feito nas páginas anteriores. Torna-se importante, então, aprofundar, um pouco mais a estrutural.

A Teoria das Representações Sociais desde sua criação vem sendo amplamente estudada e difundida e sua abordagem estrutural, ao longo dos anos, foi ganhando destaque por sua principal contribuição que é a Teoria do Núcleo

Central proposta por Jean-Claude Abric, em 1976. Em seu estudo, Abric propôs a hipótese do núcleo central que poderia ser formulada a partir da ideia de que a organização de uma representação social possui características específicas e é organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se de um ou mais elementos, que dão significados a essa representação (ABRIC, 2000). Sendo assim, as representações sociais podem ser consideradas um duplo sistema formado um núcleo (um conjunto restrito de elementos, que definem e organizam a representação e, tendem a ser estáveis) e seu sistema periférico (que possui a maior parte dos elementos da representação, com caráter flexível e prático, possibilitando à adaptação da representação as mudanças no cotidiano de suas práticas) (ABRIC, 1994; SÁ, 2002; WACHELKE; WOLTER, 2011).

O núcleo central é determinado: 1. Pela natureza do objeto representado; 2. Pelo tipo de relações que o grupo mantém com este objeto e, por fim, 3. Pelo sistema de valores e normas sociais do grupo. Ele possui duas funções fundamentais: uma função geradora: elemento que se cria e dá sentido aos outros elementos da representação e uma função organizadora: determina a natureza das ligações, unindo e estabilizando a representação. O elemento central (ou os elementos centrais) assegura a continuidade e resiste a mudança de uma representação. Ou seja, para que ocorra a transformação de uma representação, é necessária toda a modificação do núcleo central (ABRIC, 2000).

Abric (2000) e Sá (2002) ainda descrevem duas dimensões do núcleo central: uma dimensão funcional: elementos com características descritivas e operacionais, ligadas às práticas sociais e que determinam as condutas em relação ao objeto e uma dimensão normativa: elementos imbuídos de valores e julgamentos, ligados a história e a ideologia do grupo.

Os trabalhos de Claude Flament (2003) foram fundamentais para o avanço na análise da organização dos elementos periféricos em torno do núcleo central. Ele descreveu como a estrutura de uma representação busca diversas formas de se adequar a mudança de ação no grupo (WOLTER; WACHELKE; NAIFF, 2016). Em suas observações ele conclui que o sistema periférico possuem três funções primordiais: função de concretização: resultam da ancoragem dos elementos a realidade, facilmente reconhecidos e transmitidos; função de regulação: possui papel essencial na adaptação a novas transformações, constituindo um aspecto móvel e evolutivo da representação e função de defesa: na maioria das vezes a

transformação de uma representação ocorre no sistema periférico, dando lugar a novas interpretações e integrando elementos contraditórios (ABRIC, 2000).

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de Estudo

Com o propósito de alcançar os objetivos almejados e responder as questões norteadoras propostas para esta investigação, foi realizada uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem metodológica qualitativa e quantitativa, fundamentada nas Abordagens Processual e Estrutural da Teoria das Representações Sociais (TRS) no âmbito da Psicologia Social (ABRIC, 2001b; SÁ, 1998).

Como afirma Minayo (1994, p. 21-22), “nas ciências sociais, a pesquisa qualitativa busca responder a questões particulares dos sujeitos, não se preocupando com dados que possam ser quantificados, mas sim com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes humanas”. Caracteriza-se por ser descritivo-exploratório, pois pretende descrever com exatidão fatos ou fenômenos de uma realidade, com a necessidade de se explorar uma situação não ou pouco conhecida, da qual se precisa de maiores informações. Ao explorar uma realidade, podem-se identificar suas características, sua mudança ou sua regularidade (LEOPARDI, 2001).

Na pesquisa quantitativa, segundo Polit e Beck (2011, p. 29): “o cientista reúne evidências empíricas evidência fundamentada na realidade objetiva e relacionada, direta ou indiretamente, através dos sentidos mais do que através de crenças pessoais ou palpites”. Nela se evidencia no método, que a coleta de dados se dá em condições de controle e o pesquisador analisa os dados numéricos através de procedimentos estatísticos.

6.2 Cenários e participantes do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em duas universidades públicas do estado do Rio de Janeiro: uma estadual e uma federal. A escolha dos campos se deu por

oferecerem curso de graduação em enfermagem e por possibilitar uma análise da estrutura do processo de aprendizagem em instituições com características semelhantes. Minayo (1994) refere que o campo de pesquisa é um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação. No estudo em tela, considera-se que o campo está delimitado empiricamente e, por se tratar de uma pesquisa social, o recorte espacial se dá pelas pessoas e pelos grupos convivendo em uma dinâmica de interação social.

Os participantes do estudo foram estudantes do último ano do curso de graduação em Enfermagem. Foram selecionados estudantes maiores de 18 anos e que acompanharam a turma desde o início da graduação. A participação na pesquisa teve caráter voluntário a partir da aceitação livre e espontânea de seus objetivos e desenho metodológico. Faz-se necessário enfatizar que houve contato prévio com os participantes a fim de sensibilizá-los sobre a importância e o objetivo da pesquisa bem como o agendamento dos encontros para a coleta de dados, onde foi estabelecendo a data, o horário e o local.

O desenvolvimento desse estudo foi realizado pelo próprio pesquisador, não havendo colaboradores para a coleta de dados. O mesmo foi dividido em três etapas, para as quais houve a adequação dos participantes e técnicas de pesquisa. A seguir, apresento um quadro-síntese do percurso metodológico realizado.

Quadro 4 – Síntese do percurso metodológico

	PRIMEIRA ETAPA	SEGUNDA ETAPA	TERCEIRA ETAPA
Cenários	Duas unidades acadêmicas: uma estadual e outra federal		
Participantes	Estudantes do último ano dos cursos de graduação em Enfermagem das universidades supra referidas.		
Coleta de dados	Caracterização dos participantes Coleta de Evocações Livres Escala de religiosidade da Universidade de Duke (DUREL)	Coleta de <i>Choix-par-Bloc</i> e <i>Mise-en-cause</i>	Entrevista semiestruturada individual em profundidade orientada por um roteiro temático
Análise de dados	Análise estatística simples e SPSS para as variáveis de caracterização e escala de religiosidade. Quadro de Quatro Casas instrumentalizado pelo <i>software</i> EVOC para as palavras evocadas	Análise de <i>Choix-par-Bloc</i> e <i>Mise-en-cause</i>	Técnica de análise de conteúdo lexical informatizada através da análise hierárquica descendente por meio do <i>software</i> Iramutec

Fonte: A autora, 2020.

6.3 Primeira etapa: Análise prototípica e de similitude por coocorrência

O objetivo desta etapa foi identificar como os elementos da estrutura das representações sociais da morte e do morrer para o graduando de enfermagem.

6.3.1 Cenários e participantes do estudo

Conforme mencionado anteriormente, os participantes da pesquisa foram estudantes do último ano do curso de graduação em Enfermagem. Participaram 149 estudantes no total, sendo 91 da universidade estadual e 58 da unidade federal.

Após ciência e autorização da faculdade, como estratégia para a abordagem desses participantes, a autora entrou em contato com os professores das disciplinas teóricas que eram ministradas na unidade de ensino, para tomar conhecimento sobre os dias de aula e, com autorização destes, foi solicitado um espaço durante as aulas para que a autora pudesse apresentar e coletar os dados. Em sala, após apresentação da pesquisa, aqueles que concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), e em seguida, respondiam os instrumentos de pesquisa. Nenhum participante recusou-se a responder.

6.3.2 Coleta de dados

Os dados foram coletados utilizando três instrumentos, preenchidos no mesmo dia pelos próprios participantes, em sala de aula. Esta etapa ocorreu no período de março a outubro de 2019.

O primeiro instrumento tratou-se de um questionário de caracterização com levantamento sociodemográfico (APÊNDICE B) com variáveis como idade, sexo, estado civil, renda, afiliação religiosa, estado ocupacional etc. Considerou-se estes dados relevantes no aprofundamento da construção dos resultados e da discussão.

O segundo instrumento trata da Coleta de Evocações Livres. Foi solicitado ao participante que escrevesse cinco palavras que viessem prontamente à sua mente quando ouvir um determinado termo indutor. Vale ressaltar que ocorreu previamente um treinamento com os participantes utilizando outros termos indutores para verificar se realmente houve o entendimento para a aplicação deste método. Após este entendimento, foi aplicado o questionário com os termos indutores: “Morte” e “Morrer” e, justificada a primeira palavra evocada para cada termo indutor (APÊNDICE C).

A Técnica de Evocações Livres também é conhecida como associação livre de palavras. Ela possibilita a apreensão das projeções mentais de maneira descontraída e espontânea, revelando inclusive, os conteúdos implícitos ou latentes que podem não ser revelados nas produções discursivas (OLIVEIRA et al., 2005).

A técnica foi adotada a fim de identificar como os elementos da representação social da morte estão organizados e estruturados, e como se relacionam. Destaca-se que esta técnica é caracterizada como um teste projetivo/associativo e busca acessar a organização e a estrutura internas da representação, permitindo o alcance mais rapidamente do que em uma entrevista, dos elementos que constituem o universo semântico do objeto estudado e a apreensão da percepção da realidade do grupo social. Cabe ressaltar que a evocação livre se adequa à teoria do núcleo central das representações sociais em sua abordagem estrutural, que se constitui como a base teórica para a análise dos dados obtidos (ABRIC, 2001b; OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Com intuito de mensurar as influências da religiosidade e espiritualidade nas questões ligadas a saúde para esses estudantes, o terceiro instrumento utilizado foi a *Duke Religious Index* – DUREL (ANEXO A). Nela, os participantes marcaram uma resposta para cada item referente às frequências de práticas de atividades religiosas organizacionais e não organizacionais; e uma resposta para cada item da religiosidade intrínseca.

Essa escala foi criada pelo *Departmento Psychiatry and Behavioral Sciences* da Universidade de Duke, localizada em Durham nos Estados Unidos da América e traduzida para o português em 2008 por uma equipe cinco autores (MOREIRA-ALMEIDA, 2006). A DUREL é composta por 5 itens que captam as três dimensões da religiosidade que mais se relacionam com a saúde: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não-Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI). As pontuações das dimensões deverão ser analisadas separadamente e seus escores não podem ser somados (TAUNAY *et al.*, 2012).

6.3.3 Análise de Dados

6.3.3.1 1ª Momento: Análise da Caracterização dos Participantes e da Escala de Religiosidade

Na coleta de dados, inicialmente, as respostas do questionário de dados sociodemográficos foram digitadas em planilhas, como preenchido pelos participantes. Em seguida, os dados foram substituídos por codificações para análise estatística descritiva através das frequências simples realizada com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS - Pacote Estatístico para Ciências Sociais).

No que se refere ao cálculo do índice de religiosidade através da escala DUREL, as categorias foram analisadas separadamente e em conjunto. Neste tipo de instrumento, o participante marca apenas uma opção em cada uma das 5 questões presentes no material e os pesquisadores atribuirão nota de 1 a 6 para cada resposta, conforme modelo proposto. O instrumento é composto por cinco questões sendo as duas primeiras referentes as categorias RO e RNO (sendo que 1 representa muita religiosidade e 6 pouca religiosidade), e demais são pertencentes à categoria RI que vai de três a quinze (três é a pontuação mínima, demonstrando as muita religiosidade e quinze é a pontuação máxima, demonstrando pouca religiosidade).

Os resultados obtidos nesta escala quando avaliadas em conjunto variam de 3 a 27, onde quanto maior o escore mensurado para cada dimensão, maior o significado e influência da religiosidade na vida do indivíduo. Não há um escore definido pela escala, há somente instruções de contagem da pontuação: RO - reverter item da questão 1 para obter a pontuação da religiosidade organizacional, RNO - reverter item da questão 2 para obter a pontuação da religiosidade não observacional, e RI - reverter itens das questões 3-5 e somá-las para obter pontuação da religiosidade intrínseca. Se faz necessário inverter os itens de pontuação antes da análise e, em separado, examinar cada dimensões em um modelo de regressão. Durante a análise, não é recomendado a inclusão de todas as dimensões em um único modelo, devida forte colinearidade múltipla entre elas, e

não é recomendado o uso da pontuação total pois pode anular os efeitos dos itens (KOENIG; PARKERSON; MEADOR, 1997).

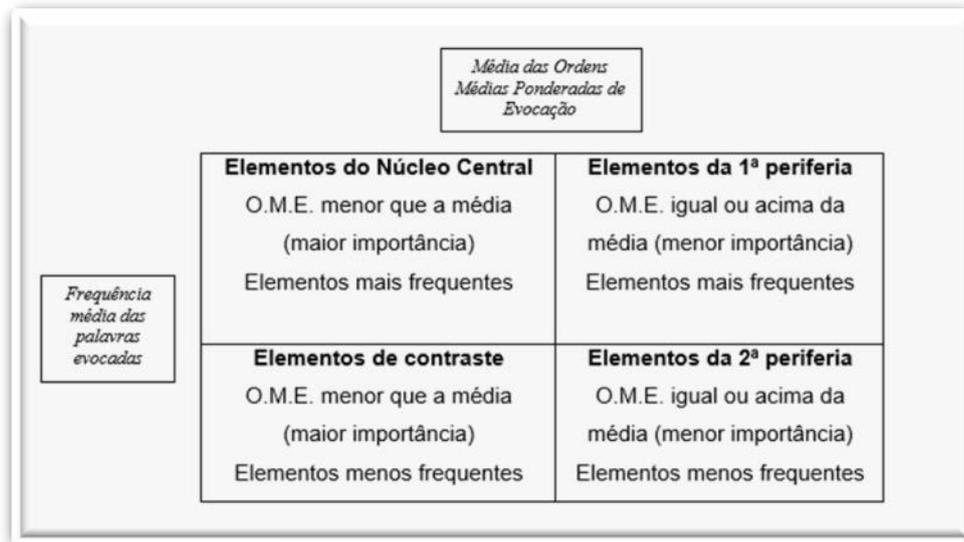
6.3.3.2 2ª Momento: Análise das evocações Livres

Para o tratamento dos dados obtidos a partir das evocações foram utilizadas duas técnicas de análise: a técnica de construção do Quadro de Quatro Casas e a Análise de Similitude. A análise de evocações livres por meio da técnica de construção do Quadro de Quatro Casas será instrumentalizada pelo *software* EVOC (*Ensemble de programm espermittantL'analyse dès evocations*) versão 2003. Ela é baseada nos critérios de saliência dos elementos coletados, de forma a identificar os elementos do sistema central e do sistema periférico das representações e, para isso, considera a frequência e a ordem de evocação dos termos produzidos, conforme definido por Vergès (2001) e Sá (2002). O *software* EVOC realiza cálculos estatísticos e construção de matrizes de coocorrências, que servem de base para dois tipos de análises: a construção do quadro de quatro casas e a análise de similitude (FLAMENT apud OLIVEIRA, 2001).

A abordagem estrutural possui técnicas específicas para sua análise e a mais utilizada no Brasil é a prototípica ou análise das evocações livres. Nesse tipo de análise, o conteúdo e a estrutura dos elementos periféricos de uma representação social podem ser expressos a partir da construção do Quadro de Quatro Casas (Figura 1). Ele é formado a partir do cruzamento entre a frequência e a ordem hierarquizada das evocações (SÁ, 2002; WACHELKE; WOLTER, 2011).

O Quadro de Quatro Casas, como o próprio nome descreve, é composto de quatro quadrantes, onde, no alto e à esquerda, ficam situados os termos mais significativos para o participante e, provavelmente, o núcleo central da representação. As palavras localizadas no quadrante superior direito e no quadrante inferior esquerdo são os elementos da 1ª periferia e os elementos de contraste, respectivamente. Já aquelas localizadas no quadrante inferior direito constituem os elementos mais periféricos da representação, ou 2ª periferia (SÁ, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Figura 1 – Representação Esquemática do Quadro de Quatro Casas



Fonte: VERGÈS, 2000.

Neste sentido, o quadrante superior esquerdo engloba os elementos com frequência maior ou igual à frequência média definida pelo pesquisador e de menor ordem média de evocação (mais prontamente evocados). O quadrante superior direito, ou primeira periferia, encontram-se os elementos periféricos mais importantes em função das suas elevadas frequências, mas possuem, simultaneamente, ordem de evocação tardia. No quadrante inferior direito ou segunda periferia encontram-se os elementos menos frequentes e menos importantes, porque, além de ter menor frequência, são também evocadas nas últimas posições. Por fim, no quadrante inferior esquerdo localizam-se os elementos que, apesar de apresentar baixas frequências, são considerados muito importantes pelos participantes pela ordem de evocação, levando-o a ser caracterizado como uma zona de contraste, reveladora da existência de um subgrupo que sustenta uma representação distinta daquela observada no grupo social analisado.

6.3.3.3 3º Momento: Análise de similitude por coocorrência

A próxima técnica adotada foi a Análise de Similitude por coocorrência, baseada no cálculo de conexidade entre os elementos da representação. Para a realização deste tipo de análise seguiu os passos propostos por Pecora (2007).

Sendo assim, realizei todo o procedimento até a montagem do Quadro de Quatro Casas; após, calculei a coocorrência das palavras contidas neste quadro. Para a realização desta análise, utilizei o princípio de conexão espontânea admitindo que os termos fornecidos pelos participantes em associação livre, guardam relação entre si, logo apresentam determinado grau de conexão (PECORA, 2007). Para o cálculo dos índices entre cada par de palavras foi montada uma tabela de coocorrências, que gerou a árvore máxima a partir destes índices, que é caracterizada como uma representação gráfica das conexões entre os elementos de uma representação social (SÁ, 2002; PECORA, 2007).

O ponto de partida para a construção desse gráfico são os maiores índices de similitude, ou seja, as conexões mais fortes. Através desta identificação foi possível desenhar graficamente a árvore, unindo palavra a palavra por traços, até que todos os termos estejam nela representados. O suporte da análise de similitude decorre da teoria dos “grafos”, através do qual uma árvore máxima é um grafo conexo e sem ciclo, ou seja, aquele no qual todos os elementos, são ligados entre si, existindo um só caminho para ir de um elemento a outro (FLAMENT apud OLIVEIRA 2001; SÁ, 2002). Na prática, isto significa que uma árvore máxima não forma ciclos e, se isto ocorrer durante a sua construção, deve-se ignorar a relação e procurar, na sequência, outra conexão (PECORA, 2007).

Na interpretação destes gráficos, considera-se a hierarquia de valores das ligações entre os termos, a relação de vizinhança entre eles e a conotação assumida por cada um deles em função dos outros que a ele se ligam (OLIVEIRA et al., 2005). Esta análise “possibilita mais um nível de explicitação, tanto do conteúdo quanto da estrutura da representação, confirmando ou questionando a hipótese de centralidade resultante da construção do Quadro de Quatro Casas” (OLIVEIRA, 2001, p. 143).

6.4 Segunda etapa: Realização dos testes de centralidade da Representação Social

As Representações Sociais como forma de conhecimento são compostas por diversos cognemas que se relacionam entre si. Sabendo que cognema é o elemento cognitivo básico e a menor unidade possível da cognição (CODOL, 1969), Flament e

Rouquette (2003) descreveram operacionalmente uma representação social como “conjunto de elementos cognitivos ligados por relações. Estes elementos e estas relações encontram-se atestados em determinados grupos” (FLAMENT; ROUQUETTE, 2003, p. 13). Se consideramos que a representação social forma um conjunto estruturado, devemos então concebê-la como um conjunto de cognemas ligados por relações, compartilhados por uma população e que dão sentido a um objeto cotidiano. Estes cognemas, ativados pelo objeto, se relacionam entre si e formam uma totalidade (WOLTER *et al.*, 2015).

De acordo com Flament (2001) alguns cognemas centrais são essenciais (ou absolutos), pois sem eles, não haveria conexão com outros elementos, conforme o objeto para o grupo em questão. Esses cognemas são extremamente estáveis e pouco maleáveis, só se modificam com alterações de grande porte no contexto social do grupo e na sociedade. Ainda há outros elementos que não possuem tantas associações como os primeiros, porém são maleáveis (POLLI; WACHELKE, 2013).

Sendo assim, essa etapa da pesquisa tratou dos testes para verificação da centralidade e das ligações do núcleo central. Para a confirmação da centralidade foram utilizados os testes de *Mise-en-Cause* (MEC) publicada por Moliner em 1989 e *Choix par Blocs* (CPB), proposta por Christian Guimelli em 1994 (WACHELKE; WOLTER, 2011).

6.4.1 Cenários e participantes do estudo

Participaram desta etapa 106 estudantes no total, sendo 61 da universidade estadual e 45 da unidade federal. E conforme a etapa anterior, a autora entrou em contato com os professores das disciplinas teóricas que eram ministradas na unidade de ensino e, com autorização destes, foi solicitado um espaço nos dias das aulas para que a autora pudesse apresentar e coletar os dados.

Em sala de aula, após apresentação da pesquisa, aqueles que concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e em seguida, respondiam os instrumentos de pesquisa. Somente uma turma participou dessa fase presencialmente, com o preenchimento de 21 questionários na universidade estadual.

No entanto, a partir de março de 2020, com o advento da pandemia por Coronavírus e a necessidade do isolamento social, o cenário deste estudo passou a ser o ambiente virtual, após aprovação do novo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. Assim, as informações sobre a pesquisa e o instrumento de coleta de dados foram digitalizadas a partir do *Google Forms* (armazenado *in cloud* no *Google Drive*).

6.4.2 Coleta de dados

Foi utilizado um questionário de caracterização socioeconômica simplificado (APÊNDICE D) que foi anexado aos testes realizados, CPB e MEC. Após esclarecimento sobre os testes, foram aplicados os dois instrumentos, de forma concomitante e preenchidos pelos próprios participantes, em sala de aula ou no ambiente virtual. A coleta do CPB e MEC ocorreu entre março a abril de 2020 com 106 participantes. Para a operacionalização desta segunda etapa da pesquisa foi utilizado o resultado do Quadro de Quatro Casas e da análise de similitude da primeira etapa.

Wachelke (2009) ressalta que os testes CPB e MEC são duas técnicas complementares para compreender, respectivamente, a estrutura interna da representação e destacar os elementos que compõe o núcleo central.

O CPB ou escolha sucessivas por blocos é um teste que realiza a hierarquização dos termos evocados, na qual permite uma abordagem quantitativa para os elementos de representação e, através dela, evidenciamos as relações de similitude no interior da representação, bem como aquelas de antagonismo ou exclusão através do cálculo do índice de distância, permitindo comparar a importância relativa de certos elementos (GUIMELLI, 1994; SÁ, 2002). Para isto, elaborou-se uma lista com 15 elementos para cada termo indutor e, a partir desta, os entrevistados escolheram as cinco palavras que mais caracterizavam o objeto testado e as cinco que menos o caracterizavam, anotando também as palavras restantes (APÊNDICE E).

Para a coleta do MEC, solicitou ao participante que respondesse uma pergunta negativa com relação aos 15 termos candidatos ao núcleo central da

análise prototípica, tendo como resposta “sim”, “não” e “talvez” (APÊNDICE F), permitindo a verificação se o elemento desconsiderado mantém a identidade do objeto social representado (WACHELKE, 2009). Enquanto a análise de similitude avalia a quantidade de ligações de um determinado elemento com outros elementos, a técnica *mise-en-cause* proposta por Moliner é um método de verificação de centralidade do núcleo central (WOLTER; WACHELKE; NAIFF, 2016).

As palavras testadas pelo CPB e MEC para o termo indutor morte foram: fim, triste, dor, saudade, ciclo, medo, perda, fase, natural, passagem, descanso, sofrer, vida, enterro e choro. Para o termo indutor morrer foram: fim, medo, triste, descanso, dor, ciclo, sofrer, processo, natural, passagem, saudade, perda, angústia, despedida e eternidade.

6.4.3 Análise de dados

Para cada instrumento de coleta de dados, foi realizada uma análise distinta.

A análise de *Choix-par-Bloc* identifica a estrutura da representação. Sendo assim, cada grupo foi analisado a partir da atribuição de valor (que alterna de +1 a -1) para cada item. Posteriormente, este grupo foi analisado a partir do destaque médio de cada item somando-se o total dos valores conferidos pela soma das relações entre dois elementos e dividindo-o pelo número de indivíduos que compunham o grupo. O maior destaque foi para aquele item com maior pontuação (AUBERT; ABDI, 2002).

A conexão de cada item é calculada a partir do índice de similitude: as relações entre o número de coocorrências entre duas palavras e o número de indivíduos. A operação é executada para cada par de cognemas e permite desenvolver a "matriz de similitude" entre todos os itens do corpus dentro do mesmo grupo de indivíduos (MOLINER, 1994). Quanto mais o índice de similitude é próximo de 1, mais os itens em questão estão relacionados. É a combinação de relevância e conectividade que permite considerar os cognemas como um elemento central (AUBERT; ABDI, 2002).

A análise do *Mise-en-Cause* é baseada na afirmação que os elementos centrais de uma representação são rígidos e imutáveis. Ela baseia-se na lógica da

dupla negação entre os elementos centrais cujo questionamento (primeira negação) faz uma refutação maciça (segunda negação) do objeto que induz a representação social. Sendo assim, o cálculo percentual é realizado para a verificação das três respostas (“sim”, “não”, “talvez”) qual foi a mais escolhida. Se a resposta negativa estiver concentrada em mais de 75%, podemos deduzir que o cognema presente nesta pergunta faz parte do núcleo central da representação (VERGÈS, 2001). Neste estudo, adotou-se a frequência de 75% de refutação (dupla negação) para confirmar a centralidade (FLAMENT; ROUQUETTE, 2003).

6.5 Terceira etapa: A abordagem processual das Representações Sociais

O objetivo desta etapa foi identificar o conteúdo das representações sociais da morte para os graduandos de enfermagem, segundo a abordagem processual da Teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados através da entrevista semiestruturada individual.

6.5.1 Cenários e participantes do estudo

Participaram desta etapa 30 estudantes no total, sendo 15 da universidade estadual e 15 da unidade federal. Este número foi alcançado a partir das recomendações metodológicas de Oliveira, Gomes e Marques (2005) que consideram que, nos estudos de representação social, este quantitativo pode ser utilizado se as entrevistas forem realizadas em profundidade, como é o caso do presente estudo. Além disso, outros estudos como os de Barbosa (2009) e Oliveira (2001) foram realizados com esta diretriz.

Conforme a etapa anterior, com o advento da pandemia por Coronavírus e a necessidade do isolamento social, a autora entrou em contato com os participantes da pesquisa, através do contato telefônico. Os participantes foram informados do motivo da ligação, lembrados da pesquisa e do direito de abandonar a entrevista a qualquer momento.

6.5.2 Coleta de Dados

Considera-se que as técnicas de coleta de dados nas pesquisas em representações sociais podem ser delimitadas em dois grupos principais, quais sejam: métodos interrogativos e associativos (ABRIC, 2001b). Assim, nesta etapa, para a coleta, foi realizada a entrevista semiestruturada individual em profundidade orientada por um roteiro temático (APÊNDICE G). Segundo Gauthier et al. (1998, p. 31), esta técnica da entrevista semiestruturada caracteriza-se por “mesclar questões abertas e fechadas, além de incluir um número pequeno de perguntas abertas, nas quais o entrevistador utiliza de “certa liberdade”. Nesta técnica, o entrevistado não fica restrito a um questionário fechado, sendo exposto a questões que norteiam os objetivos do estudo e são conduzidos pelo pesquisador, por meio de um roteiro.

Segundo Triviños, esta técnica é entendida como:

Aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Para Abric (2001b), a entrevista em profundidade se constitui como importante método aos estudos de representações sociais, sendo caracterizada como uma situação de interação finalizada. Esta técnica continua sendo utilizada como importante ferramenta para o acesso ao conteúdo das representações, porém observa-se que, para um maior controle e ordenação das informações coletadas existe a necessidade de associar está a outras técnicas de coleta de dados.

Desta maneira, cinco participantes foram abordados na faculdade após todos os esclarecimentos relativos à pesquisa e estes acordaram em conceder seu depoimento em uma sala apropriada, cedida pela instituição, constituindo um ambiente tranquilo e favorável para a técnica. Com o advento da pandemia, a autora entrou em contato com os outros 25 participantes da pesquisa e a entrevista foi realizada através de chamada telefônica.

O roteiro foi organizado a partir de indicações temáticas de maneira que o entrevistador pudesse adequar o seu sentido ao entrevistado. Para a entrevista, ressalta-se que não houve perguntas fixas e todas foram conduzidas de acordo com o discurso do participante, não perdendo de vista o objeto do estudo. O tempo aproximado de duração das entrevistas foi de 30 minutos, sendo a conversa gravada em aparelho digital e, posteriormente, transcritas.

6.5.3 Análise de Dados

Para a análise das informações obtidas com as 30 entrevistas, com o auxílio do *software* IRAMUTEQ 0.7 alfa 2 e para isto foi salvo em arquivo compatível, o open office. Foi preparado um corpus com as entrevistas transcritas na íntegra e, destes, foram suprimidas as falas do entrevistador. Ao início de cada entrevista foi inserida uma linha de comando contendo o número da entrevista e caracteres utilizados para caracterização, faculdade e religião. Estes caracteres estão presentes na identificação de cada unidade de contexto elementar (UCE).

O IRAMUTEQ é um *software* gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud que permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras (NOGUEIRA, 2019). Ele é ancorado no *software* R e na linguagem *Python* (CAMARGO; JUSTO, 2013). Ao submeter o corpus à análise pelo IRAMUTEQ, esta passa pelas seguintes etapas: lexicográfica, que indica e reformata as unidades de texto para que sejam identificadas quanto a quantidade e, em seguida, sejam reformatadas estas mesmas unidades. Esta etapa também identifica a quantidade de palavras, frequência média e hapax (palavras com frequência um), pesquisa o vocabulário e reduz as palavras à base em suas raízes (formas reduzidas), cria o dicionário das formas reduzidas e identifica formas ativas e suplementares (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Em seguida, o *software* passa à etapa de especificidades em que associa textos com variáveis, seguido pela terceira etapa, classificação hierárquica descendente (CHD) ou método *Reinert* (no *software*). Nesta etapa, os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. Através do

cruzamento de segmentos de textos e palavras, obtém-se a classificação definitiva, o *software* organiza a análise de dados em um dendograma que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013; NOGUEIRA, 2019).

A partir desta classificação, cada uma das classes pode ser descrita pelo seu vocabulário característico. O programa fornece, então, através de cálculos, os segmentos de texto mais característicos de cada classe permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe ou o seu contexto semântico (campo linguístico). Na perspectiva da TRS, as classes podem indicar o conhecimento do senso comum ou teorias sobre um objeto ou sobre aspectos de uma representação (CAMARGO; JUSTO, 2013).

6.6 Aspectos éticos

O desenvolvimento do trabalho atendeu a todos os pré-requisitos éticos em pesquisa com seres humanos, como recomenda a resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). A referida Resolução tem por objetivo principal fazer respeitar os referenciais da bioética – tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros – e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Antes da entrada em campo e do início da coleta de dados, foi obtida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o parecer Nº 3.383.384 e CAAE 13012319900005259 (ANEXO B)¹ e do Hospital Universitário Gaffree e Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro sob o parecer Nº 3.674.031 e CAAE 13012319.9.3001.5258 (ANEXO C). No entanto, devido a pandemia por Coronavírus e a necessidade do isolamento social, a autora solicitou novo parecer ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que o cenário da pesquisa sofreu drástica mudança. Assim sendo, a Universidade do Estado do Rio

¹ Foi solicitado uma emenda para retificar o conteúdo que constava na parte de apresentação do projeto. Ele se encontra junto ao ANEXO B.

de Janeiro emitiu novo parecer favorável, Nº 4.021.453 e CAAE 31169120.1.0000.5282 (ANEXO D).

A participação dos sujeitos ocorreu de maneira voluntária após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo, simultaneamente, o seu anonimato.

7 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1 A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem: caracterização dos participantes do estudo

Participaram desta etapa do estudo 149 estudantes do último ano da graduação em enfermagem de duas universidades públicas situadas do Rio de Janeiro: uma Estadual e uma Federal. Foram selecionadas algumas variáveis pertinentes ao estudo e sua relação com o objeto e submetidas a análise estatística para a melhor compreensão das representações sociais deste grupo.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes por unidade acadêmica. Rio de Janeiro, 2020

	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	80	87,9	49	84,5
Masculino	11	12,1	9	15,5
Idade				
20 - 25 anos	76	83,5	41	70,7
26 -30 anos	10	11	15	25,9
> 31 anos	5	5,5	2	3,4
Estado civil				
Solteiro	83	91,2	55	94,7
Casado	6	6,6	3	5,3
Outros (divorciado ou viúvo)	2	2,2	0	0
Situação de moradia				
Com os pais ou companheiro	78	85,7	43	74
Mora com outros	10	11	11	19
Sozinho	3	3,3	4	7
Possui filhos				
Não	84	92,3	57	98,3
Sim	7	7,7	1	1,7
Total	91	100	58	100

Fonte: A autora, 2020.

Conforme expresso na tabela 1, a maioria dos estudantes que participaram do estudo eram do sexo feminino (Estadual: 80, 87,9%; Federal: 49, 84,5%), com idade entre 20 a 25 anos (Estadual: média 24,2, 83,5%; Federal: média 24,9, 70,7%). Com

relação ao estado civil, 76 participantes na unidade Estadual (91,2%) e 41 na Federal (94,7%) se encontravam solteiros e destes, a maior parte moravam com os pais ou companheiros (Estadual: 78, 85,7%; Federal: 43, 74%). Em ambas unidades, a maioria referiu não ter filhos (Estadual: 84, 92,3%; Federal: 57, 98,3%).

Esses dados corroboram com a Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (COFEN/ FIOCRUZ, 2017). Segundo esta pesquisa, a enfermagem brasileira é composta principalmente por mulheres (357.551, 86,2%), seus profissionais apresentam faixa etária predominante entre 26 a 35 anos (186.970, 45%) e a quase metade é casada (180.818, 43,6%).

Em 2018, a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições de Ensino Superior (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR, 2018), realizou um levantamento do perfil socioeconômico dos estudantes de graduação das universidades federais do Brasil. De acordo com esse levantamento, 54,6% dos estudantes universitários são do sexo feminino, a média de idade está entre 24 e 25 anos (49,3%).

A tendência de crescimento da participação do sexo feminino nos cursos de graduação, principalmente no curso de enfermagem, se confirma ao longo das pesquisas citadas. Segundo a ANDIFES (2018), estes números podem ser compreendidos pois elas as mulheres são a maioria absoluta no ensino médio devido à evasão dos estudantes do sexo masculino que têm, por sua vez, entrada “precoce” no mercado de trabalho.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes por religião. Rio de Janeiro, 2020

Religião	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
Sem religião	27	29,7	31	53,5
Católica	27	29,7	14	24,1
Evangélica	27	29,7	7	12,1
Espírita	10	10,9	6	10,3
Total	91	100	58	100

Fonte: A autora, 2020.

Acerca da religião (Tabela 2), 29,7% dos entrevistados da unidade Estadual declararam-se sem religião, católicos e protestantes, sendo a minoria seguidores da religião espírita (10, 10,9%). Na unidade Federal, 53,5% se declarou sem religião, seguidos de católicos (14, 24,1%), evangélicos (7, 12,1%) e espíritas (6, 10,3%).

De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), a partir de resultados do censo 2010, com relatório divulgado em 2012, mostrou que o Brasil é majoritariamente católico, acumulando o percentual de 64,6% em todo território nacional, seguido de 22,1% de protestantes, 2% de espíritas, 8% de pessoas sem religião e 0,3% de umbandistas e candomblecistas (estes últimos somados juntos). O relatório aponta, ainda, que se consolidou o crescimento da população evangélica, que passou de 15,4% em 2000 para 22,2% em 2010.

Apesar dos resultados do último censo demonstrarem a predominância da religião católica, a amostra da população do estudo declarou-se, em sua maioria sem religião. Ao longo dos últimos recenseamentos da população brasileira, vem se tornando crescente o grupo que se autodeclara “sem religião”. Segundo Rodrigues (2012), até a década de 1950, não havia essa categoria, sendo registrado apenas como religião não declarada. Do ponto de vista social, cultural e político, o crescente grupo que se desgarrar de pertença religiosa, contudo permanecem com a crença em Deus ou força superior.

Segundo a tabela 3, que apresenta a distribuição dos participantes sem religião, a maior parte, tanto na unidade Estadual (23, 95,8%) quanto na Federal (20, 64,5%), referiu acreditar em Deus.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes sem religião, segundo a crença em Deus. Rio de Janeiro, 2020

Acredita em Deus	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
Sim	23	95,8	20	64,5
Não	1	4,2	11	35,5
Total	24	100	31	100

Fonte: A autora, 2020.

A população brasileira tem modificado seu perfil religioso nos últimos anos. Anteriormente havia um predomínio da religião católica, fruto principalmente do processo de colonização do país e por ser uma das organizações religiosas mais forte e mais rigidamente estruturadas no mundo (LUNA *et al.*, 2019). No entanto,

conforme os dados do IBGE (2010), observa-se uma mudança no quantitativo de adeptos das religiões, sobretudo das tradicionais.

O espiritismo é uma das religiões que apresentou crescimento de 65% desde o Censo realizado em 2000, passando de 2,3 milhões da população (1,3%) para 3,8 milhões (2%) em 2010. Em comparação as religiões espíritas de origem afro-brasileiras, como a umbanda e o candomblé, houve redução ou estagnação. No ano de 1991, 0,4% da população e em 2000 e 2010, permaneceram 0,3%. De acordo com Silva et al. (2016), essas religiões possuem trajetória de conflito com as religiões predominante e este fato poderia ser o causador desse resultado.

Em relação a abordagem do conteúdo sobre morte e morrer durante o decorrer da graduação, a tabela 4 nos mostra que os participantes confirmam a sua aproximação com a temática (Estadual: 73; 80,2%; Federal: 42, 72,5%). No entanto, quando questionado sobre a suficiência, a maioria nega (Estadual: 78; 85,7%; Federal: 43, 74,1%).

Tabela 4 – Distribuição dos participantes segundo a abordagem do conteúdo sobre morte e morrer durante o decorrer da graduação. Rio de Janeiro, 2020

Abordagem do conteúdo	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
Sim	73	80,2	42	72,5
Não	18	19,8	16	27,5
Foi suficiente?				
Não	78	85,7	43	74,1
Sim	13	14,3	15	25,9
Total	91	100	58	100

Fonte: A autora, 2020.

Como visto anteriormente, no capítulo sobre “A abordagem da morte no processo de formação do enfermeiro”, a partir da revisão das ementas dos principais cursos de graduação em enfermagem do Rio de Janeiro, foi possível perceber o esforço na formação de profissionais generalistas com foco em diversos cenários, apoiando-se o cuidado nos aspectos relacionados principalmente ao viver humano. No entanto, se faz necessário apoiar-se em abordagens ampliadas e proporcionar

um olhar atento às questões que envolvem o ser humano em todo o seu ciclo de vida, inclusive a morte.

Ainda no âmbito acadêmico, as ementas dos cursos demonstram a aproximação do estudante com a morte logo nos primeiros semestres dos cursos, na disciplina de anatomia com a manipulação de cadáveres e peças anatômicas dos laboratórios. O desconforto gerado por estar diante de um corpo ou parte dele, normalmente não é comentado e o conceito de morte passa despercebido ou muitas vezes, passa a ser tratado como algo normal.

O envolvimento com a morte e a consequência de sua percepção muitas vezes se dá a partir da realização de tarefas, no cotidiano do cuidado através da vivência do processo de morte de seus pacientes e com isso, vir à tona a lembranças de suas próprias perdas. Embora as ementas dos cursos não abordem de forma efetiva o processo de morte e morrer, e as discussões acerca dessa temática muitas vezes se faz no cotidiano da prática, a vida estudantil/profissional colocará esses alunos diante de tal processo.

O mundo contemporâneo nega o processo de morte, nega ao sujeito a consciência de que ele vai morrer (ARIÈS, 2012) e isso se reflete na formação do enfermeiro, levando-os a um grande despreparo na assistência prestada por não ter reflexão sobre a mesma, resultando em atos mecânicos e ao afastamento da situação para evitar o sofrimento. Observa-se, uma vez indagados sobre a prestação dos cuidados a um paciente em processo de morte/morrer, a maior parte dos participantes respondem que já vivenciaram este processo (Estadual: 65; 71,4%; Federal: 39, 67,2%).

Tabela 5 – Distribuição dos participantes segundo o cuidado prestado a paciente em processo de morte e morrer durante o decorrer da graduação. Rio de Janeiro, 2020

Cuidado a paciente em processo de morte/morrer	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
Sim	65	71,4	39	67,2
Não	26	28,6	19	32,8
Total	91	100	58	100

Fonte: A autora, 2020.

E quando questionados sobre a morte de alguém próximo, a maior parte dos participantes responderam que também vivenciaram este processo (Estadual: 73; 80,2%; Federal: 50, 86,2%). O fato de os estudantes alegarem terem tido morte de alguém próximo, no seu meio pessoal, seja de amigos, parentes, conhecidos e outros, nada mais natural que solidarizar-se com o outro a partir de sua própria experiência.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes segundo a perda de alguém próximo. Rio de Janeiro, 2020

Perda de alguém próximo	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
Sim	73	80,2	50	86,2
Não	18	19,8	8	13,8
Total	91	100	58	100

Fonte: A autora, 2020.

E quando questionados sobre o pensamento do próprio processo de morte e morrer a morte, a maior parte dos participantes responderam que já pensaram (Estadual: 82; 90,1%; Federal: 54, 93,1%).

Tabela 7 – Distribuição dos participantes segundo o pensamento sobre o próprio processo de morte e morrer. Rio de Janeiro, 2020

Pensamento sobre a própria morte	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
Sim	82	90,1	54	93,1
Não	9	9,9	4	6,9
Total	91	100	58	100

Fonte: A autora, 2020.

A morte e o morrer, de acordo com Machado *et al.* (2016), são eventos não apenas biológicos, mas também de dimensão religiosa, social, filosófica e antropológica. O homem, como único animal dotado de consciência, sofre sua morte antecipadamente e, desta maneira, o significado da morte e os mistérios que a

envolvem são preocupações centrais em todas as culturas desde os tempos mais remotos.

A partir dessa afirmação e os dados até aqui expostos, é possível verificar que a amostra dos estudantes que participaram desta etapa do estudo pode ter alguma dificuldade em lidar com o processo de morte, tendo em vista que apesar do conteúdo ter sido abordado durante o curso, a sensação de insuficiência é recorrente na maioria. Tanto que foi percebido durante esta coleta de dados o desconforto de grande parte dos estudantes ao falar sobre fenômeno da morte.

Essa análise demonstra a necessidade de uma educação para a morte durante o curso de graduação. Se faz necessário que o futuro profissional entenda esse processo como parte integrante do ciclo de vida, dando-lhe subsídios para o melhor lidar com a morte e desenvolver o cuidado de forma integral, focando não somente sobre suas formas de atuação sobre o corpo, mas também mente e espírito, conforme orienta o programa nacional de humanização da saúde, o Humaniza Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS).

7.2 Escala de Religiosidade de Duke

Com o objetivo de verificar o índice de religiosidade dos participantes do estudo, foi aplicada a escala de religiosidade de Duke (DUREL). A tabela 8 mostra a média de religiosidade efetiva entre os participantes.

Tabela 8 – Média de Religiosidade efetiva entre os entrevistados da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020

	Estadual	Federal
Média de Religiosidade efetiva entre os entrevistados		
Religiosidade Organizacional – item I	3,79	2,79
Religiosidade não Organizacional – item II	3,9	2,69
Religiosidade Intrínseca – itens III, IV e V	3,74	2,90

Fonte: A autora, 2020.

O desenvolvimento teórico dos conceitos de religiosidade extrínseca e religiosidade intrínseca foi realizado inicialmente por Gordon Allport em 1966, que culminou com a criação de uma escala de Orientação Religiosa. Segundo o autor, as dimensões das religiosidades extrínseca e intrínseca são independente e mutuamente opostos e excludentes. De fato, que a dimensão extrínseca está voltada a forma como a pessoa vive uma religião, utilizando-a como apoio pessoal e ter suas relações sociais em torno da comunidade religiosa (SOARES; ALMINHANA, 2020).

Enquanto a religiosidade intrínseca, está ligada à procura de significado, unidade, transcendência e busca do mais alto potencial humano. Nesse sentido, espera-se que essa dimensão esteja relacionada a posturas de maior aceitação de si e do outro, sendo outras necessidades vistas como supérfluas (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010).

Para Allport, a religiosidade se desenvolve em função dos estágios da maturidade psicológica, no desenrolar das capacidades cognitivas e emocionais necessárias para a maturidade da religião em cada etapa da vida, baseado na personalidade. Na idade adulta, muitos indivíduos carregam o pensamento mágico de satisfação como meio de apaziguar seus medos e ansiedades, ou na necessidade de pertencer a um grupo social. A maturidade religiosa advém do desejo de experiencias relevantes (SOARES; ALMINHANA, 2020).

Em face dos resultados apresentadas na tabela 8, pode-se inferir que os discentes da unidade estadual possuem um índice maior de religiosidade nas três dimensões que ela analisa, a organizacional, a não-organizacional e a intrínseca. Ao mesmo tempo, chama a atenção que o maior índice, para ambos os grupos sociais, se refere ao da religiosidade intrínseca, apontando que a visão religiosa e sua vivência cotidiana possuem mais importância que a frequência a um templo religioso em si ou a uma comunidade específica.

Seguindo a avaliação de cada questão da escala, sobre a religiosidade organizacional, que envolve a participação de atividades religiosas em igrejas e outros templos religiosos, a tabela 9 mostra que dos entrevistados da unidade Estadual, 24 (26,4%) praticam atividade religiosa junto à comunidade ou frequenta o templo religioso algumas vezes ao ano, seguidos daqueles que participam uma vez por semana (22, 24,2%). Para os entrevistados da unidade Federal, a maioria frequenta algumas vezes por ano ou nunca (16, 27,6%).

Tabela 9 – Distribuição dos participantes de acordo com a questão sobre a religiosidade organizacional da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020

Frequência de dedicação do tempo a atividades no templo religioso	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
1. Nunca	11	12,1	16	27,6
2. Uma por ano ou menos	8	8,8	10	17,2
3. Algumas vezes por ano	24	26,4	16	27,6
4. Duas a três vezes por mês	10	11	7	12,1
5. Uma vez por semana	22	24,2	4	6,9
6. Mais do que uma vez por semana	16	17,6	5	8,6
Total	91	100	58	100
Média		3,79		2,79
Desvio Padrão		1,623		1,565

Fonte: A autora, 2020.

Sobre a religiosidade não organizacional, ou seja, as práticas religiosas individuais, como preces, por exemplo, a tabela 10 mostra que, dos entrevistados da unidade Estadual, 35 (38,4%) praticam a oração ou leitura da bíblia diariamente, seguidos daqueles que praticam duas ou mais vezes por semana (15, 16,5%). Para os estudantes da unidade Federal, raramente ou nunca o fazem (21, 36,2%), seguidos daqueles que realizam poucas vezes por mês (12, 20,7%), revelando uma baixa prática religiosa não organizacional por parte do grupo dos entrevistados.

Tabela 10 – Distribuição dos participantes de acordo com a questão sobre a religiosidade não organizacional da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020

Frequência de dedicação do tempo a atividade religiosa individual	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
1. Raramente ou nunca	11	12,1	21	36,2
2. Poucas vezes por mês	14	15,4	12	20,7
3. Uma vez por semana	5	5,5	3	5,2
4. Duas ou mais vezes por semana	15	16,5	10	17,2
5. Diariamente	35	38,4	10	17,2
6. Mais do que uma vez por dia	11	12,1	2	3,4
Total	91	100	58	100
Média		3,9		2,69
Desvio Padrão		1,627		1,667

Fonte: A autora, 2020.

Os resultados das dimensões organizacional e não-organizacional demonstrados nas duas tabelas anteriores, corroboram com os dados encontrados na caracterização dos participantes da pesquisa, onde temos na unidade Estadual o predomínio de católicos e evangélicos (27, 29,7%) e na unidade Federal o predomínio de pessoas que não possuem religião (31, 53,5%). Em ambas as dimensões os participantes da unidade Estadual tiveram maior percentual, no entanto os dados revelam uma alta prática religiosa não organizacional por parte deste grupo de entrevistados.

A terceira dimensão avaliada pela DUREL é a religiosidade intrínseca (RI), na qual demonstra a busca pela internalização ou da introspecção e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos (TAUNAY *et al.*, 2012). Para sua melhor visualização, as dimensões da RI são avaliadas em três partes, distribuídas nas tabelas 11, 12 e 13, a seguir.

Tabela 11 – Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 1 da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020

Sentimento da presença de Deus ou Espírito Santo	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
1. Não é verdade	3	3,3	11	19
2. Em geral não é verdade	5	5,5	2	3,4
3. Não estou certo	6	6,6	9	15,5
4. Em geral é verdade	20	22	14	24,1
5. Totalmente verdade para mim	57	62,6	22	37,9
Total	91	100	58	100
Média		4,35		3,59
Desvio Padrão		1,047		1,499

Fonte: A autora, 2020.

A tabela 11 demonstra, de acordo com a religiosidade intrínseca, que a maioria dos estudantes, tanto da unidade Estadual (57, 62,6%), quanto da unidade Federal (22, 37,9%), sentem a presença de Deus ou do Espírito Santo.

Tabela 12 – Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 2 da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020

Crenças religiosas estão realmente por trás de toda maneira de viver	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
1. Não é verdade	11	12,1	16	27,6
2. Em geral não é verdade	5	5,5	9	15,5
3. Não estou certo	12	13,2	6	10,3
4. Em geral é verdade	43	47,3	19	32,8
5. Totalmente verdade para mim	20	22	8	13,8
Total	91	100	58	100
Média		3,62		2,9
Desvio Padrão		1,236		1,471

Fonte: A autora, 2020.

Na tabela 12 é possível verificar que para os estudantes, tanto da unidade Estadual (43, 47,3%), quanto da unidade Federal (19, 32,8%), sentem que suas ações possuem ligação com suas crenças religiosas.

Tabela 13 – Distribuição dos participantes de acordo com a religiosidade intrínseca – questão 3 da escala de religiosidade de Duke. Rio de Janeiro, 2020

Esforço para viver a religião em todos os aspectos da vida	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
1. Não é verdade	17	18,7	29	50
2. Em geral não é verdade	11	12,1	10	17,2
3. Não estou certo	14	15,4	3	5,2
4. Em geral é verdade	30	33	9	15,5
5. Totalmente verdade para mim	19	20,9	7	12,1
Total	91	100	58	100
Média		3,25		2,22
Desvio Padrão		1,411		1,499

Fonte: A autora, 2020.

E a última parte da avaliação da dimensão da religiosidade intrínseca, que avalia o esforço do sujeito em viver a sua religião em todos os aspectos de sua vida, a tabela 13 demonstra que na unidade Estadual, em geral essa afirmação é verdadeira para 30 (33%) dos pesquisados. No entanto, para 29 (50%) estudantes da unidade Federal, essa afirmativa não se aplica, confirmando os dados da caracterização dos participantes, onde a maioria denominou-se sem religião.

No entanto, ao analisar as duas primeiras partes dessa dimensão, a percepção da sua relação com o sagrado ou transcendente, pode não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas, mas influencia sobremaneira nos aspectos da sua vida. Inclusive entre os estudantes ditos sem religião de pertença, pois pode-se perceber na caracterização que a maioria acredita em Deus, tanto na unidade Estadual (23, 95,8%), quanto na unidade Federal (20, 64,5%), corroborando mais uma vez com este achado.

Como abordado anteriormente no capítulo “Espiritualidade e Religiosidade no cuidado em saúde” apesar da espiritualidade e a religiosidade serem tratados como

sinônimos, suas definições são bem distintas. A religião se refere a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, que facilitam a relação com o sagrado e a religiosidade indica o quanto a pessoa acredita, segue e pratica uma determinada religião (MARTINS *et al.*, 2012; ESPINHA *et al.*, 2013; SILVA; PASSOS; SOUZA, 2015). A espiritualidade se refere como a busca pessoal pela compreensão de questões existenciais maiores como o fim da vida e o seu sentido, e suas relações com o sagrado ou o transcendente (STRELHOW; SARRIERA, 2018) que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas (KOENIG; KING; CARSON, 2012; SILVA; PASSOS; SOUZA, 2015).

Ao considerarmos que a finitude humana é um evento que fascina e ao mesmo tempo aterroriza a humanidade, e são a fonte de temor, angústia e ansiedade, sua abordagem durante a graduação pode provocar desconforto. Isso se deve, principalmente, a certeza que temos de nosso fim e por estar relacionado ao conflito gerado pela inquietude da ausência de respostas, ocasionando o medo e o anseio. Além disso, a percepção construída de que os profissionais de saúde possuem como missão lutar a favor da vida, discutir sobre a morte em sala de aula se tornar algo desafiador.

A sociedade em geral, sobretudo quando relacionamos o contexto cultural e religioso que vivemos, tem dificuldade de lidar com a morte, seja ela de si mesmo quanto do outro. A religiosidade, no entanto, pode ajudar o indivíduo no enfrentamento do luto e é considerada como uma variável protetiva, pois dá suporte ao indivíduo reduzindo a probabilidade de vivenciar eventos negativos, como a depressão, e auxiliando no equilíbrio emocional.

A religiosidade e a espiritualidade podem proporcionar ao indivíduo a sensação de que a vida tem significado e propósito, fazendo com que este consiga responder de forma positiva as demandas do cotidiano. Aliás, esse efeito positivo pode ser visualizado na saúde desses indivíduos através de estilo de vida mais saudáveis, na inibição de comportamentos e atitudes prejudiciais ao bem-estar, além de estar atrelado ao apoio social de pequenos grupos, contribuindo para a sensação de pertencimento, se se sentirem amadas e cuidadas (VIEIRA; ZANINI; AMORIM, 2013).

Foram realizados alguns cruzamentos de dados entre os itens da escala de religiosidade e algumas variáveis da caracterização, o resultado que mais se destacou foram os cruzamentos dos resultados da escala de religiosidade com as

variáveis sexo e unidade acadêmica, como serão descritos a seguir. Outras variáveis não foram descritas porque não ofereceram resultados estatisticamente significativos.

A média de religiosidade para os estudantes foi, na unidade Estadual 4,1 (n=91); sendo 7,9 para os homens (n=11) e 6,6 para mulheres (n=80) e na unidade Federal 3,6 (n=58); sendo 8,9 para homens (n=9) e 9,4 para mulheres (n=49). Esses cruzamentos permitiram evidenciar as desigualdades na religiosidade em relação a unidade acadêmica e ao sexo. Foi possível observar que, em relação ao sexo, somente a religiosidade organizacional e não organizacional, apresentou diferença em relação ao sexo, sendo as mulheres com maior prática religiosa, 65,9% na unidade Estadual e 39.6% na Federal.

Esse dado corrobora com o estudo de Abdala, Kimura, Duarte, Lebrão e Santos (2015) que considera que a mulher está mais propensa a desenvolver a religiosidade, devido sua maior abertura em expressar sentimentos religiosos e no envolvimento das tarefas organizacionais dos templos. No entanto, para este estudo, percebeu-se que os homens da unidade estadual possuíram maior média de religiosidade em relação as mulheres.

Alguns estudos revelam a maior facilidade das mulheres em atribuir elementos da religiosidade para sua vida, como a frequência a templos religiosos e a busca pelo apoio divino que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas (SILVA; PASSOS; SOUZA, 2015; STRELHOW; SARRIERA, 2018). O estudo de Silva e Domingues (2018), identificou-se que as mulheres dão mais significado à religião do que os homens, pois elas apresentaram maior envolvimento, assumindo, por exemplo, lideranças nas atividades desenvolvidas nos templos. Destacou-se neste estudo que, as normas de adesão e de vínculo para os gêneros nas inúmeras igrejas pentecostais e as diferenças encontradas guardam relação direta com o padrão ideológico-cultural de feminilidade e masculinidade no contexto social.

Pode-se perceber que a análise da religiosidade dos participantes pela escala de religiosidade de DUKE, que os menores índices foram encontrados nas tabelas da religiosidade intrínseca, que leva a crer a necessidade pela habilidade de identificar e objetivar a si mesmo e ser reflexivo em relação a sua religiosidade. E em consequência, a geração de uma cosmovisão de si e do outro, independente do sentimento religioso, encontrado nas tabelas da religiosidade organizacional e não

organizacional. Suas crenças religiosas e filosóficas ocupam lugar de ordenação de vida e pensamento, incluindo concepções morais e éticas.

Sabe-se que que o maior nível de religiosidade organizacional e intrínseca são preditores de melhor qualidade de vida física e mental (STRELHOW; SARRIERA, 2018; SOARES; ALMINHANA, 2020). Considerando os achados, acredita-se que a maior habilidade de comunicação e intervenções na área de religião e espiritualidade, pode, pois, ser usada como incremento para o ensino e, conseqüentemente, para a assistência a esse grupo populacional, aumentando a qualidade de vida e a saúde do graduando.

Embora os estudos sobre religiosidade e espiritualidade relacione-os como estratégia de enfrentamento para contornar as dificuldades da vida, será preciso caminhar na análise dos estudos para se permitir fazer alguma inferência entre o impacto da religiosidade desses jovens a temática da representação social da morte e do morrer.

7.3 Estudo 1: Análise prototípica das Evocações Livres e Análise de Similitude por Coocorrência

Conforme descrito no capítulo referente à trajetória metodológica do estudo, a análise prototípica foi realizada a partir do programa *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* (EVOG) 2005 e pôde-se, a partir de então elaborar o quadro de quatro casas das palavras morte e morrer para o grupo geral e, para a comparação das variáveis que apresentaram maior associação estatística, quais sejam, instituição de ensino e religião.

A montagem do Quadro de Quatro Casas se deu com a incorporação dos termos constituintes da representação estudada, das frequências, das ordens médias de evocação e dos resultados dos testes estatísticos realizados. A Análise de Similitude ocorreu a partir da discussão dos prováveis elementos centrais da representação estudada optando-se pela formação da árvore de similitude por coocorrências (PECORA; SÁ 2008), demonstrando assim, a conexidade dos diferentes elementos da representação entre si (SÁ, 2015).

A seguir serão apresentados os resultados da análise realizada.

7.3.1 Análise prototípica das Evocações Livre e a Análise de Similitude por coocorrência ao termo indutor morte para estudantes de enfermagem

A partir da aplicação da técnica de Evocações Livres, como citado anteriormente, foi solicitado para cada participante da pesquisa (n=149) que evocasse cinco palavras ao termo indutor “morte”. Dessa forma, originou-se um universo de 715 palavras ou expressões, sendo que destas 133 foram termos diferentes. Com base na Lei de Zpif de distribuição de palavras, como sugerem Oliveira et al. (2005), foi escolhida, como frequência mínima 10, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 35. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,9, conforme apresentado no quadro 5.

Quadro 5 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte

O.M.E.	<2,90			≥2,90		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 35	Fim	74	2,203	Saudade	37	3,324
	Triste	58	2,431			
	Dor	44	2,864			
O.M.E.	<2,90			≥2,90		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
< 34	Ciclo	31	2,677	Descanso	29	3,517
	Medo	29	2,621	Sofrer	22	2,955
	Perda	23	2,652	Vida	20	3,450
	Fase	12	2,667	Enterro	19	3,421
	Natural	12	2,417	Choro	17	3,059
	Passagem	12	2,167	Eternidade	17	3,235
				Luto	13	2,923
				Angústia	11	3,364
				Família	10	3,300

Nota: N= 149; Fmín.= 10; Finter.= 35; Rang= 2,90

Fonte: A autora, 2020.

De acordo com a Teoria do Núcleo Central (ABRIC, 2000; SÁ, 2002), os elementos localizados no quadrante superior esquerdo do Quadro de Quatro Casas caracterizam o possível núcleo central da representação, uma vez que elas foram frequentemente mais evocadas e mais prontamente evocadas. Cabe destacar, no entanto, que nem todos os componentes desta casa são, necessariamente, centrais, ao mesmo passo que elementos presentes em outros quadrantes podem ser caracterizados como tais, em determinadas situações (ABRIC, 2003; SÁ, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2005), porém o núcleo central encontra-se nesse quadrante.

Assim, no quadrante superior esquerdo estão presentes as palavras mais prontamente evocadas e com maiores frequências de evocação, quais sejam: *fim*, *triste* e *dor*, que indicam uma dimensão ao mesmo tempo relacionada aos sentimentos e aos aspectos afetivos, como *triste* e *dor*, quanto aos aspectos práticos e funcionais da morte, tal como a palavra *fim*.

Considerando, em particular a análise de cada cognição, o elemento com maior destaque refere-se ao *fim*, com frequência de evocação 74 e uma ordem média de importância de 2,203, representando maior frequência do núcleo. Os termos padronizados sob tal denominação foram: Fim, fim de um ciclo, final de um ciclo, fim de vida, final, finalização, finitude, fim e início, acabar, game over, encerramento, término, fim da linha, terminalidade.

Pensar sobre morte, para muitas culturas, está vinculada a tristeza do funeral, a decomposição do corpo e a perda da individualidade, ou seja, a perda total de significado de pessoa no ambiente que se vive, fazendo com que a pessoa que morre deixe de ser reconhecida como ser humano, restringindo-se a ser apenas um corpo. Há a ideia da possibilidade da perda da essência do ser humano encontrando-se a sua finitude e esse sentimento aflora naquele que se depara com a morte do outro, fazendo que este evento seja refletido e vivenciado como se fosse sua própria morte (ARIÈS, 2012).

Esse mesmo autor aborda que, dentro de uma perspectiva linear, a morte significa perda, ausência e ruptura, oposto à lógica da vida que é vista pela integralidade e plenitude do ser. O medo coletivo e pessoal demonstra uma necessidade de rompimento do ser humano contra sua própria natureza, chegando ao ponto do sujeito negá-la e até mesmo agir como se não existisse.

O segundo elemento a se destacar no provável núcleo central foi *triste*, com frequência de 58 e ordem média de evocação 2,431. Os termos padronizados sob

tal denominação foram: triste, tristeza, melancolia. E o terceiro elemento foi *dor*, com frequência de 44 e ordem média de evocação 2,864. Os termos padronizados sob tal denominação foram: dor, dolorosa.

A presença desses elementos corrobora com os estudos que afirmam a existência destes sentimentos no enfrentamento do processo de morte/morrer, o que tende a acarretar a sua negação por parte dos profissionais de enfermagem, de forma a evitar o confronto com os sentimentos negativos e vivenciar tal processo (PRAXEDES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2018). A dor e a tristeza estão intimamente associadas ao entendimento da vulnerabilidade de ser estar vivo e, muitas vezes, o processo de finitude é encarado com revolta e não aceitação.

No quadrante inferior esquerdo encontram-se as palavras *ciclo*, *medo*, *perda*, *fase*, *natural* e *passagem*. Estes apresentaram baixas frequências e foram prontamente evocados, podendo demonstrar variações da centralidade da representação para grupos específicos (OLIVEIRA, 2013). Estes elementos fazem parte da chamada zona de contraste, sendo enunciados por um menor quantitativo de sujeitos, porém com um grau de importância relevante pela ordem de evocação. Esta zona pode revelar a existência de um subgrupo com uma representação social diferente, cujo núcleo central seria constituído por um ou mais elementos deste quadrante, mas pode, igualmente, se apresentar como um complemento da primeira periferia (ABRIC, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Assim, os elementos *ciclo*, *fase*, *natural* e *passagem* parecem reforçar um posicionamento frente a terminalidade pelos participantes, presente no núcleo central por meio da palavra fim. Essa relação pode ser considerada uma prática de enfrentamento, na tentativa de naturalizar a morte. Os termos *medo* e *perda* reforçam o sentido presente dos sentimentos dor e tristeza.

No quadrante superior direito, a primeira periferia, encontra-se a palavra *saudade* com frequência de 37 e ordem média de evocação 3,324. Conforme Abrid (2000) e Oliveira *et al.* (2005), as cognições presentes nesta casa abarcam componentes periféricos considerados mais relevantes. Sua posição foi determinada pela destacada frequência e a atribuição de menor importância pelos sujeitos, dentre a totalidade das evocações produzidas. Assim, o termo *saudade* corrobora com as atitudes desses participantes frente à morte, reforçando a ideia da finitude ligada à palavra fim presente no núcleo central e à palavra *perda* na zona de contraste.

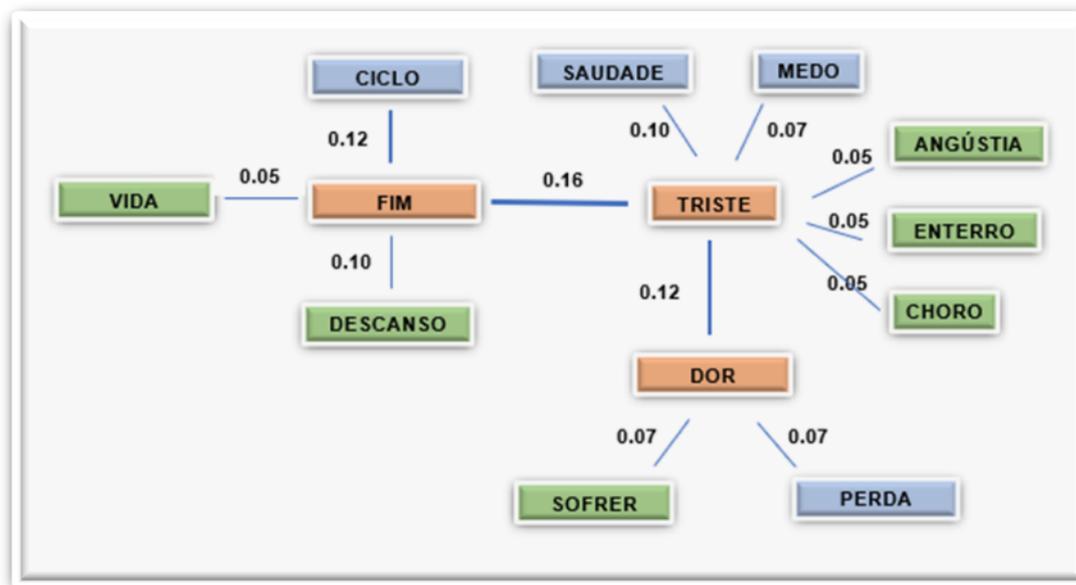
No quadrante inferior direito encontramos elementos que se relacionam mais à vida cotidiana e podem sofrer mais influências do contexto imediato, são eles: *descanso, sofrer, vida, enterro, choro, eternidade, luto, angústia e família*. De acordo com os pressupostos da abordagem estrutural, estes elementos configuram a segunda periferia da representação social em questão, sendo pouco frequentes e definidos como menos importantes entre as evocações enunciadas pelos participantes da pesquisa (ABRIC, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2005; OLIVEIRA, 2013).

Nesta perspectiva, as palavras descanso e eternidade expressam uma dimensão imagética, relacionada ao imaginário de alívio após a morte. Entretanto, as palavras sofrer e angústia referem-se a sentimentos de pesar, demonstrando que a sua representação é permeada por sofrimento gerado diante da saudade pela perda daqueles que partiram. As palavras vida, enterro, choro e luto são elementos concretos e ligadas a prática frente a situação de morte, evidenciando ligação com os termos triste e dor do núcleo central. Deste modo, é possível perceber a ancoragem desses elementos a partir da interface com o núcleo central e a situação concreta na qual a representação foi elaborada.

Todos os profissionais de saúde, de um modo geral e em algum momento, vivenciarão a morte dos seus pacientes. Em qualquer que seja o cenário de trabalho, as instituições de saúde existem para satisfazer as necessidades de cuidado e os profissionais estarão ali para a implementação do cuidado. A qualidade da assistência está na garantia da prevenção e da promoção da saúde, no acesso ao serviço e no estabelecimento de conformidades ou adequações para o atendimento integral das necessidades, oferecendo o cuidado digno e humanizado a todos.

A seguir, apresenta-se a análise de similitude a partir das palavras presentes no quadro de quatro casas. De forma complementar Sá (2002, p. 123) destaca que “a grande quantidade de laços que um elemento mantenha com outros elementos da representação têm sido frequentemente tomado como um segundo indicador, além da saliência, de sua provável participação no núcleo central”. A análise da conexão dos elementos evocados apresentada na figura 2 da árvore máxima a seguir, apoia essa hipótese:

Figura 2 – Árvore de Similitude do termo indutor morte



Nota: n=139

Fonte: A autora, 2020.

Em relação à Figura 2, destaca-se que o número de participantes (n=139) é inferior ao número daqueles que participaram das evocações (n=149). Isso porque, cada sujeito só pôde participar da Análise de Similitude caso tivesse evocado, no mínimo, dois dos elementos constantes no Quadro de Quatro Casas, já que isso se deve à ideia cocorrência/conexidade entre dois termos, proposta por Pecora (2007) e Sá (2002).

O grafo reforça a possibilidade de centralidade de três blocos de palavras, todas pertencentes ao quadrante do núcleo central da estrutura representacional. O bloco *triste* com sete ligações (*triste-fim*, *triste-dor*, *triste-saudade*, *triste-medo*, *triste-angústia*, *triste-enterro*, *triste-choro*), o bloco *fim* com quatro ligações (*fim-triste*, *fim-ciclo*, *fim-descanso*, *fim-vida*) e o bloco *dor* com três ligações (*dor-triste*, *dor-sofrer*, *dor-perda*). A força de ligação entre os blocos é distinta, sendo a maior evidenciada entre *fim-triste* (0,16) seguida de *triste-dor* (0,12).

Conforme demonstrado na figura, o elemento *triste* constitui a dimensão conceitual da morte para esses sujeitos e parece ser o elemento que centra as maiores forças de ligação da representação. Juntamente com esse elemento, as palavras *saudade*, *sofrer*, *angústia* e *medo* constituem a dimensão conceitual da representação; a dimensão imagética é representada por *descanso* e a simbólica por *ciclo*.

De modo geral, a análise prototípica em articulação com os blocos de palavras constituídas na análise de similitude, caracterizam a representação hegemonicamente relacionada à compreensão da morte como um fenômeno marcado pelo encerramento de um ciclo ou como parte integrante da vida, do sofrimento causado pela separação e em seguida pela aceitação religiosa do descanso e da eternidade. Essa representação parece estar intimamente relacionada ao imaginário de vida feliz após a morte, em que as crenças religiosas e a religiosidade incluem a noção de que a morte pode trazer paz e harmonia com Deus, corroborando com a análise da aceitação da morte segundo Kubler-Ross.

A análise conceitual de aceitação da morte como último estágio do processo de morrer proposta por Kubler-Ross (2017) entende que o medo e a aceitação da morte são indissociáveis e estão relacionados à procura do sentido da vida. O instrumento canadense *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) mensura as atitudes frente à morte baseado na análise da referida autora, que define três tipos de aceitação: a morte como fato da vida ou parte integrante dela; a aceitação religiosa de vida feliz e em conformidade com Deus após a morte e a morte como alternativa para o término do sofrimento (NIA *et al.*, 2016; MACHADO *et al.*, 2019).

Chama atenção a ausência de proposições relacionadas à profissão e ao compromisso social, o que aponta que a ancoragem da representação talvez esteja no ingênuo, diferenciado do conhecimento científico adquirido durante a graduação. Essa informação corrobora com o dado encontrado sobre o conteúdo de morte e morrer ter sido abordado de forma insuficiente durante a graduação. Sabe-se que o preparo para a morte nos cursos de graduação em enfermagem está pautado na realização de procedimentos extremamente técnicos, onde a reflexão em relação à terminalidade não são encorajados.

7.3.1.1 Análise prototípica complementar e comparativa entre variáveis: unidades acadêmicas e grupos religiosos ao termo indutor morte

Buscando melhor entender o grupo estudado, foram realizadas análises complementares e comparativas entre variáveis. A primeira foi a análise da comparação das evocações das unidades acadêmicas. Os participantes da unidade

Estadual (n=91) originaram um universo de 436 palavras ou expressões, sendo que destas 98 foram termos diferentes. Com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 7, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 21. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,9, conforme apresentado no quadro 6.

Quadro 6 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes da unidade Estadual

O.M.E.	< 2,90			≥ 2,90		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 21	Fim	45	2,378	Saudade	26	3,462
	Triste	38	2,605			
	Dor	25	2,560			
< 20	Medo	20	2,450	Descanso	16	3,188
	Ciclo	19	2,526	Eternidade	13	3,308
	Perda	16	2,813	Vida	12	3,500
	Sofrer	16	2,750	Angústia	11	3,364
				Choro	11	3,273
				Enterro	8	3,000
				Fase	8	3,250

Nota: N= 91; Fmín.= 7; Finter.= 21; Rang= 2,90

Fonte: A autora, 2020.

Os participantes da unidade Federal (n=58) originaram um universo de 279 palavras ou expressões, sendo que destas 81 foram termos diferentes. Com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 6, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 12. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,9, conforme apresentado no quadro 7.

Quadro 7 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes da unidade Federal

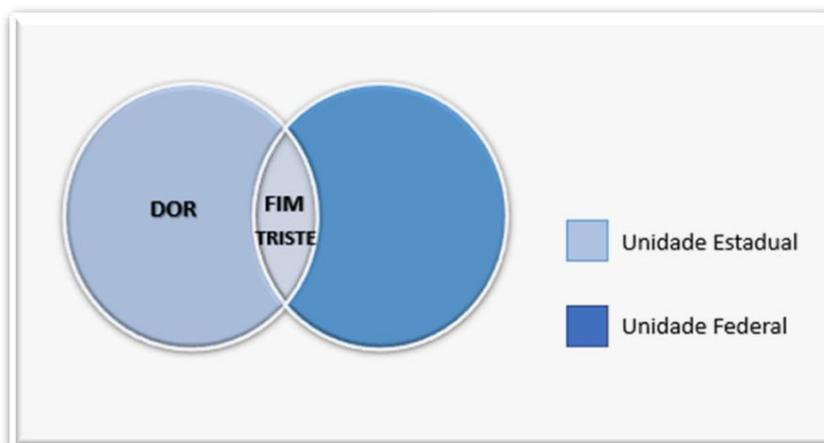
O.M.E.	<2,90			≥2,90		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 12	Fim	29	1,931	Dor	19	3,263
	Triste	20	2,100	Descanso	13	3,923
				Ciclo	12	2,917
< 11	Luto	7	2,857	Enterro	11	3,727
	Perda	7	2,286	Saudade	11	3,000
	Choro	6	2,667	Medo	9	3,000
	Passagem	6	2,000	Vida	8	3,375
	Natural	6	1,833	Família	7	3,286
				Sofrer	6	3,500

Nota: N= 58; Fmín.= 6; Finter.= 12; Rang= 2,90.

Fonte: A autora, 2020.

Da mesma forma que o quadro de quatro casas da análise geral das evocações, o possível núcleo central das Representações Sociais da morte para os estudantes das unidades estadual e federal foi composto pela dimensão afetiva associada ao termo triste e a dimensão prática, com a palavra fim. A palavra dor apareceu somente neste quadrante para os estudantes da unidade estadual, sendo esse subgrupo responsável pela presença deste elemento no quadrante. A figura 3 demonstra a conjunção dos elementos centrais para esses dois grupos sociais.

Figura 3 – Conjunção entre os elementos constituintes do provável núcleo central entre unidades acadêmicas ao termo indutor morte



Fonte: A autora, 2020.

A elevada frequência e a baixa ordem média de evocação do elemento *fim*, no quadro de quatro casas geral e no quadro das duas unidades acadêmicas, principalmente na unidade federal que teve menor OME, permite inferir que se trata

de um elemento estável e constante e, provavelmente, compõe o núcleo central da representação em tela (WACHELKE; WOLTER, 2011; ABRIC, 2000).

O sistema periférico do quadro de quatro casas das representações sociais dos estudantes de ambas unidades possui elementos com características práticas e concretas (perda, enterro, fim, luto e choro) e elementos imbuídos de sentimentos (dor, sofrer, saudade, medo, descanso e angústia). No entanto, comparando a estrutura dos sistemas entre as unidades acadêmicas, nota-se que a unidade federal possui caráter prático, ancorando elementos da realidade e a unidade estadual, de caráter afetivo.

Sabe-se que o objetivo central da formação de representações é a transformação do não-familiar em familiar, através de processos mentais cognitivos, que permitem ao sujeito e aos grupos sociais incorporarem o novo e transformarem o já conhecido. Este processo de incorporação permite que as representações sociais sejam geradas por dois processos: ancoragem e objetivação. Por ancoragem, tem-se o processo que transforma um objeto estranho em algo familiar, utilizando, para isso, um pensamento pré-existente. Por sua vez, a objetivação é o processo de materializar um conceito e tornar concreto o que é abstrato (WACHELKE; WOLTER, 2011; OLIVEIRA, 2013).

No entanto, a partir da observação dos quadros, verifica-se que a formação ofertada não está propiciando o necessário preparo para que possam lidar com a morte tal como se verifica comparativamente ao que se reporta à manutenção da vida. Isso, considerando que os cursos de graduação privilegiam a objetividade do cuidado, valorizando mais a formação técnico-científica, impessoal e mecanizada, com ênfase nas disciplinas que instrumentalizam o cuidado para a preservação da saúde e cura das doenças, em detrimento dos aspectos subjetivos implícitos nos cuidados que se realizam na vivência do processo de morte (BANDEIRA *et al.*, 2014).

O estudante de enfermagem necessita compreender a morte e não apenas explicá-la e, para apreender este conhecimento, é fundamental que a educação se fundamente para além dos conceitos biológicos e que possibilite ao estudante a reflexão e uma maior apropriação dos conteúdos que abranjam e integrem outras áreas de conhecimento que apresentam interfaces com o cuidado humano. Logo, é

necessária a instrumentalização do discente diante desse fenômeno complexo que será absorvido a partir da compreensão ampliada da vida.

Em relação à variável religião, foram analisados e comparados os grupos daqueles que não tinham religião, católicos, evangélicos e espíritas. Em se tratando de pessoas que não professavam religião (n=58), foram evocadas 280 palavras, sendo 79 diferentes. Com base na Lei de Zpif de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 8, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 15. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,8, conforme apresentado no quadro 8.

Quadro 8 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes sem religião

O.M.E.	< 2,80			≥ 2,80		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 15	Fim Triste	32 20	1,875 2,600	Dor	19	2,895
< 14	Ciclo Perda	14 10	2,500 2,400	Saudade Medo Descanso Sofrer Vida	13 13 11 10 8	3,154 2,846 3,818 2,900 3,875

Nota: N= 58; Fmín.= 8; Finter.= 15; Rang= 2,8

Fonte: A autora, 2020.

Observa-se, no quadro de quatro casas para aqueles que não professam religião, que o provável núcleo central foi composto pelas palavras *fim* e *triste*, a zona de contraste é representada pelos elementos *ciclo* e *perda*. A primeira periferia é formada apenas pelo cognema *dor* e a segunda é composta pelos termos *saudade*, *medo*, *descanso*, *sofrer* e *vida*. A estrutura representacional da morte para estes participantes apresenta a mesma dimensão prática e afetiva quadrante geral e o sistema periférico possui elementos ligados as emoções e sentimentos (*saudade*, *medo*, *sofrer*).

Em se tratando de estudantes católicos (n=41), foram evocadas 205 palavras, sendo 70 diferentes. Com base na Lei de Zpif de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 5, sendo excluídas da composição do Quadro de

Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 15. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,8, conforme apresentado no quadro 9.

Quadro 9 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes católicos

O.M.E.	< 2,80			≥ 2,80		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 13	Triste	20	2,650	Dor	14	3,214
	Fim	18	2,667	Saudade	13	3,385
< 12	Descanso	9	2,778	Eternidade	8	3,750
	Medo	9	2,778	Angústia	6	3,500
	Perda	7	2,714	Vida	5	3,000
	Sofrer	6	2,667			
	Enterro	5	2,600			
	Ciclo	5	2,200			

Nota: N= 41; Fmín.= 5; Finter.= 13; Rang= 2,80

Fonte: A autora, 2020.

No quadro de quatro casas para as estudantes católicas, o provável núcleo central é composto pelas palavras *triste* e *fim*, a zona de contraste é representada pelos elementos *descanso*, *medo*, *perda*, *sofrer*, *enterro* e *ciclo*. A primeira periferia é formada pelas palavras *dor* e *saudade*, e a segunda pelos termos *eternidade*, *angústia* e *vida*. Observa-se que o sistema periférico possui elementos carregados de sentimentos (dor, saudade, angústia). No entanto, também relaciona elementos ligados a concepção de eternidade, característica do cristianismo.

Em se tratando de estudantes evangélicos (n=34), foram evocadas 155 palavras, sendo 49 diferentes. Com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 4, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 10. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,80, conforme apresentado no quadro 10.

Quadro 10 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes evangélicos

O.M.E.	< 2,80			≥ 2,80		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 10	Fim	19	2,526	Choro	10	3,000
	Triste	15	2,067			
< 9	Dor	7	2,429	Saudade	9	3,667
	Medo	6	2,000	Descanso	8	3,875
	Ciclo	5	2,800	Enterro	7	3,571
	Eternidade	4	2,750	Perda	4	3,500
	Passagem	4	2,250	Vida	4	3,500
	Família	4	2,000			

Nota: N= 34; F_{mín.}= 4; F_{inter.}= 13; Rang= 2,80

Fonte: A autora, 2020.

O quadro de quatro casas para os evangélicos, o provável núcleo central é composto pelas palavras *fim* e *triste*, a zona de contraste é representada pelos elementos *dor*, *medo*, *ciclo*, *eternidade*, *passagem* e *família*. A primeira periferia é formada apenas pelo cognema *choro* e a segunda é composta pelos termos *saudade*, *descanso*, *enterro*, *perda* e *vida*. O sistema periférico possui elementos práticos (*choro*, *enterro*, *perda*) e imbuídos de sentimentos (*saudade*). Essa representação parece estar intimamente relacionada a compreensão da morte como fenômeno de encerramento da vida e do sofrimento e em seguida, pela aceitação religiosa do descanso e a eternidade.

Em se tratando de estudantes espíritas (n=16), foram evocadas 75 palavras, sendo 44 diferentes. Com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 2, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 5. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,80, conforme apresentado no quadro 11.

Quadro 11 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morte para estudantes espíritas

O.M.E.	< 2,80			≥ 2,80		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 4	Fim Dor	5 4	1,400 2,250	Ciclo	7	3,286
< 4	Sofrer Passagem Triste Saudade Perda	3 3 3 2 2	2,667 1,667 1,667 2,500 2,000	Vida Aceitação Liberdade Inevitável Luto Natural Aprender Desconhecido	3 2 2 2 2 2 2 2	3,000 5,000 4,500 4,000 4,000 3,000 3,000 3,000

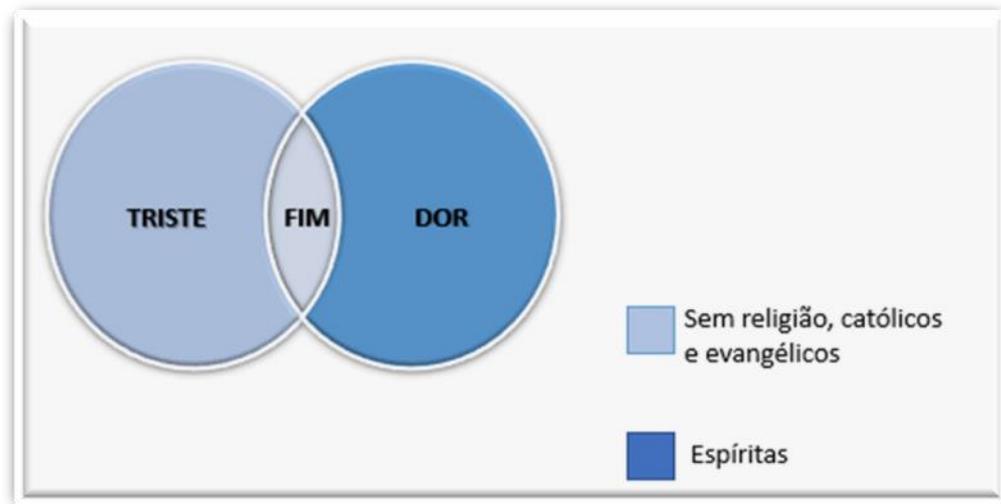
Nota: N= 16; Fmín.= 2; Finter.= 5; Rang= 2,80
Fonte: A autora, 2020.

Para os espíritas, o provável núcleo central foi composto apenas pela palavra *fim* e a zona de contraste por *dor*, *sofrer*, *passagem*, *triste*, *saudade* e *perda*. A primeira periferia é formada apenas por *ciclo* e a segunda é composta pelos termos *vida*, *aceitação*, *liberdade*, *inevitável*, *luto*, *natural*, *aprender* e *desconhecido*. A estrutura representacional da morte para estes participantes apresenta apenas a dimensão conceitual (*fim*). O sistema periférico possui elementos que ainda não havia sido exposto (*aceitação*, *liberdade*, *aprender* e *desconhecido*). Essa representação parece compreender a morte como libertadora.

Para o espiritismo, a morte e a destruição do corpo físico é a libertação da alma que se encontra em estado de felicidade. Assim ela é vista como um evento glorioso, na qual é carregada de aprendizado e compreensão pois, uma vez que o espírito é imortal, o medo da morte dá lugar a esperança pela vida futura e o reencontro com aqueles que possui laços afetivos (KARDEC, 1994).

Da mesma forma que o quadro de quatro casas da análise geral e da análise por unidade, o provável núcleo central para as diferentes religiões foi composto pela dimensão afetiva associada ao termo *triste* e a dimensão prática, com a palavra *fim*. No entanto, somente para os espíritas a palavra *triste* não apareceu neste quadrante. A figura 4 demonstra a conjunção dos elementos centrais para esses grupos sociais.

Figura 4 – Relação entre os elementos constituintes do provável núcleo central entre as diferentes religiões ao termo indutor morte



Fonte: A autora, 2020.

Quando o preparo para lidar com as situações que envolvem a morte e morrer não são adequadas na formação acadêmica, a religião e a fé em Deus configuram ferramentas importantes que são mobilizadas para o enfrentamento desses momentos. Tanto profissionais quanto acadêmicos acabam deixando o saber científico e conceitual do ser profissional de saúde e externam seu lado humano, aflorando suas concepções religiosas e culturais, expressando sofrimento e angústia por não saber ou não ter o que fazer diante da morte.

O sofrimento, a angústia e o medo da morte refletem conteúdos representacionais que expressam pensamentos e sentimentos preexistentes ou adquiridos até então acerca do fenômeno pesquisado, de modo que o distanciamento enquanto atitude, seja pela fala ou contato, pode ser interpretado como estratégia encontrada por muitos dentre os participantes para a redução do medo e da ansiedade que os afligem (SOUZA *et al.*, 2017).

7.3.2 Análise prototípica das Evocações Livre e a Análise de Similitude por coocorrência ao termo indutor morrer para estudantes de enfermagem

Da mesma forma que foi feita para o termo anterior, foi solicitado para cada participante (n=149) que evocasse cinco palavras ao termo indutor “morrer”. Dessa forma, originou-se um universo de 701 palavras ou expressões, sendo que destas 141 foram termos diferentes. Com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, como sugerem Oliveira et al (2005), foi escolhida, como frequência mínima 10, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 42. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,9, conforme apresentado no quadro 12.

Quadro 12 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer

O.M.E.	< 2,90			≥ 2,90		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 42	Fim Medo Triste	72 46 43	2,569 2,652 2,674	Descanso	45	2,956
< 42	Dor Ciclo Sofrer Processo Natural Passagem	33 30 24 20 13 12	2,333 2,567 2,792 2,550 2,538 2,500	Saudade Perda Angústia Despedida Eternidade Família Doença	21 20 16 14 12 12 10	3,048 3,000 3,188 3,929 2,917 3,750 3,100

Nota: N= 149; Fmín.= 10; Finter.= 42; Rang= 2,90

Fonte: A autora, 2020.

Assim, no quadrante superior esquerdo, onde podemos encontrar o provável núcleo central da representação (ABRIC, 2000; SÁ, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2005), estão presentes as palavras mais prontamente evocadas e com maiores frequências de evocação, quais sejam: *fim*, *medo* e *triste*, que indicam uma dimensão relacionada aos aspectos afetivos como *medo* e *triste*, quanto aos aspectos práticos e funcionais da morte e do morrer tal como a palavra *fim*.

Segundo a classificação dos elementos do núcleo central por Abric (2000) e Sá (2002), destaca-se que, para essa representação, as palavras *fim*, *medo* e *triste*, possuem características normativas, ou seja, ligadas ao sistema de valores do grupo estudado, originados do sistema de valores dos indivíduos, consistindo em uma dimensão fundamentalmente social do núcleo.

Considerando, em particular a análise de cada cognição, o elemento com maior destaque refere-se ao *fim*, com frequência de evocação 72 e uma ordem média de importância de 2,569, representando maior frequência do núcleo. Os termos padronizados sob tal denominação foram: Fim, finalizar, fim da dor, fim e início, fim da vida, finitude, acabar, acabado, acabou, cessar, ciclo encerrado, conclusão, encerrar, encerramento, final, finalizar, finitude, término, terminar Finalidade.

Cabe esclarecer que a morte é um evento único e individual, que encerra a vida biológica e o morrer é considerado um processo que ocorre ao longo da vida, a cada momento vivido (ARAÚJO; VIEIRA, 2004). A classificação biológica da morte está ligada a vários âmbitos como social, filosófico, antropológico, espiritual e religioso e o processo de morrer consiste em caminhos que permitem ao homem um entendimento da sua condição pela qual a pessoa irá passar até chegar a morte (FERREIRA; WANDERLEY, 2012; SANTOS *et al.*, 2018).

Mesmo fazendo parte do cotidiano desses profissionais, a morte e o morrer são considerados como situação disparadora de reações e sentimentos negativos, podendo interferir negativamente na qualidade da assistência prestada ao paciente e seus familiares diante da possibilidade do óbito (VICENSI, 2016; NUNES; ARAÚJO; SILVA, 2016). Acredita-se que isso decorre do modelo de atenção à saúde ensinado na graduação das profissões da área da saúde no Brasil, que se baseia principalmente em prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças. Os profissionais de saúde aprendem que sua missão é lutar contra a morte e ante uma situação de incurabilidade, esse modelo é ineficaz. No entanto, esgotados seus recursos, sua missão é cuidar da vida, e a morte, tanto quanto o nascimento, é parte dela (ABRÃO *et al.*, 2013, BANDEIRA *et al.*, 2014; OLIVEIRA-CARDOSO, SANTOS, 2017).

O segundo elemento a se destacar no provável núcleo central foi *medo*, com frequência de 46 e ordem média de evocação 2,652. Os termos padronizados sob tal denominação foram: medo, receio, pavor. E o terceiro elemento foi *dor*, com

frequência de 43 e ordem média de evocação 2,674. Não houve necessidade de padronização para este termo.

O morrer provoca sentimentos e reações tanto quanto a morte. Isso ocorre devido à sensação de ser esquecido ao encerrar o ciclo biológico (FERREIRA, WANDERLEY, 2012; SANTOS *et al.*, 2018). Esses sentimentos são vivenciados também pelos profissionais de saúde que se sentem desamparados, tanto pelas perdas quanto pela tentativa de sua compreensão. Muitos profissionais de enfermagem não conseguem expressar o choro e a angústia que vivenciam quando não é possível manter a vida. Esse sentimento de impotência e frustração causa sofrimento a esses profissionais e são geradores de conflitos entre a vida e a morte (VICENSI, 2016; SEIFFERT *et al.*, 2020).

Na zona de contraste, no quadrante inferior esquerdo encontram-se as palavras *dor, ciclo, sofrer, processo, natural e passagem*. Estes elementos fazem parte da chamada zona de contraste e parecem reforçar a atitude de enfrentamento diante da terminalidade pelos participantes, presente no núcleo central por meio da palavra fim. Apesar da menor frequência de citação pelos participantes, o grau de importância desses termos pode ser percebido, evidenciado pela baixa ordem de evocação e isso faz refletir sobre a tentativa de naturalização do processo de morrer e vivenciá-lo como que fazendo parte do ciclo da vida. Os termos *dor* e *sofrer* reforçam o sentido presente dos sentimentos tristeza.

Continuando a análise, a primeira periferia, o quadrante superior direito, encontra-se a palavra *descanso* e os termos padronizados sob tal denominação foram: Descansar, descanso, alívio, calma, calma, paz, paz no céu, sossego. A primeira periferia é composta por componentes periféricos considerados mais relevantes devido à sua alta frequência, no entanto, com baixa atribuição e menor importância pelos sujeitos. Assim, o termo descanso corrobora com as atitudes desses participantes frente ao morrer reforçando a ideia de alívio para a dor ligada as palavras *dor* e *sofrer* na zona de contraste e a palavra fim no provável núcleo central.

E na segunda periferia, no quadrante inferior direito encontramos os elementos: *saudade, perda, angústia, despedida, eternidade, família e doença*. O sistema periférico de uma representação social é composto pela primeira e segunda periferias e, não se trata de um componente menor da representação, ao contrário,

sendo fundamental, pois, associado ao sistema central, permite a ancoragem na realidade.

Segundo Abric (2000), se organiza em torno do seu núcleo central, constituindo-se em seus elementos mais acessíveis, mais vivos e mais concretos. Dada a sua flexibilidade, viabiliza a integração de informações e até de práticas diferenciadas, bem como certa heterogeneidade de comportamentos e de conteúdo, o que, por sua vez, não consiste em sinal de representações diferentes (ABRIC, 2000).

Nesta perspectiva, a palavra eternidade constitui a dimensão imagética, as palavras saudade e angústia compõe a dimensão afetiva e os termos perda, despedida, família e doença estão ligadas às práticas ou comportamentos desses estudantes frente ao morrer, evidenciando ligação com os termos triste e fim do núcleo central. Sendo assim, a representação evidencia que as sensações e as emoções que envolvem o morrer estão ligadas ao sentimento de pesar e que a sua representação é permeada por sofrimento gerado diante da saudade pela perda daqueles que partiram.

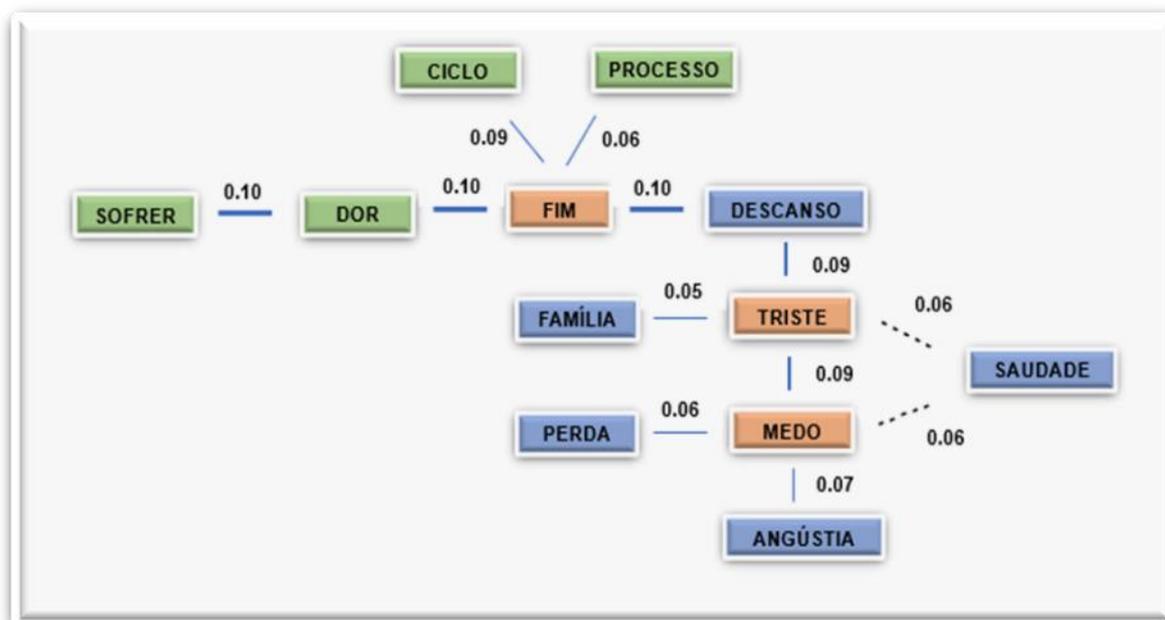
Apesar do sofrimento causado pela perda e pela dor dos familiares, a morte faz parte da existência do ser humano e todos iremos vivenciá-la um dia. Nesse sentido, sem que a vida seja banalizada, o futuro profissional de saúde deve estar ciente e ser preparado para acompanhar o processo de finitude, sem que o sentimento de culpa ou incompetência assale seu pensamento. Esses sentimentos devem ser substituídos pelo entendimento que a morte não é uma doença que necessita de intervenção ou cura, mas significa outra fase da vida. A morte deve ser entendida como a última oportunidade de entregar o cuidado digno e humanizado a esses que estão passando pelo processo de morrer (OLIVEIRA-CARDOSO, SANTOS, 2017; SANTANA et al., 2017; SEIFFERT *et al.*, 2020).

A terminalidade deve ser contemplada como processo natural e a assistência voltada para o alívio do sofrimento e a promoção do conforto, proporcionando qualidade de vida ao paciente. No entanto, o receio da morte e o desconhecimento sobre questões éticas que envolvem a terminalidade fazem com que o sentimento de despreparo e a insegurança tome conta do profissional (SANTANA *et al.*, 2017).

Como já citado anteriormente, em determinados contextos, elementos presentes na periferia da representação, podem ser considerados centrais diante das altas frequências com que foram evocados (SÁ, 2015). Sendo assim como feito

anteriormente para a evocação do termo morte, foi realizada a análise da conexidade dos elementos (SÁ, 2002; SÁ, 2015), conforme apresentada na figura 5 da árvore máxima a seguir:

Figura 5 – Árvore de Similitude do termo indutor morrer



Nota: N=132.

Fonte: A autora, 2020.

A estrutura representacional do morrer para estudantes apresenta, conforme descrito na análise prototípica, as dimensões afetiva e imagética. A palavra *fim* possuiu o maior número de ligações, totalizando quatro: fim-dor (0,10), fim-descanso (0,10), fim-ciclo (0,09) e fim-processo (0,06). A figura demonstra que a palavra *fim* concentra as maiores forças de ligação da representação. É importante lembrar que esse elemento faz parte da dimensão imagética da representação que foi caracterizada pelos termos *fim*, *ciclo*, *processo* e *descanso*.

É possível observar o sofrimento gerado diante da incerteza e da saudade pela perda daqueles que partiram. O morrer também está marcado por ciclos e processos que determinam sua imprecisão, no entanto traz consigo o benefício do descanso. De modo geral, os resultados da análise estrutural sugerem que a categorização prototípica realça uma estrutura marcada pelo encerramento de um ciclo ou processo, parte integrante da vida, intimamente atrelada à tristeza, à dor, ao medo, à angústia causada pela despedida e, em seguida, pela aceitação religiosa do descanso após o sofrimento. Assim como a representação da morte, o morrer

também está relacionado ao imaginário de vida feliz a partir desse retorno a harmonia com o divino.

A articulação das palavras constituídas na análise de similitude caracteriza a representação do morrer hegemonicamente relacionada ao fim. Novamente estão ausentes na representação proposições relacionadas à enfermagem, corroborando com o que encontramos na literatura sobre a oferta escassa pelo tema e poucos espaços para reflexão nos cursos de graduação em enfermagem. Normalmente a abordagem está pautada na realização de procedimentos extremamente técnicos, acarretando um trabalho voltado apenas para a prática e, quase sempre, desqualificado.

7.3.2.1 Análise prototípica complementar e comparativa entre variáveis: unidades acadêmicas e grupos religiosos ao termo indutor morrer

Na tentativa de compreender o grupo estudado, novamente foram realizadas análises complementares e comparativas entre variáveis, sendo a primeira a comparação das evocações das unidades acadêmicas.

Os participantes da unidade Estadual (n=91), originaram um universo de 431 palavras ou expressões, sendo que destas 91 foram termos diferentes. Com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 7, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 16. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,5, conforme apresentado no quadro 13.

Quadro 13 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes da unidade Estadual

O.M.E.	< 2,50			≥ 2,50		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 16	Triste	31	2,387	Fim	35	2,571
	Dor	21	2,381	Medo	33	2,636
	Ciclo	18	2,333	Descanso	25	2,800
				Saudade	18	2,833
				Sofrer	16	2,688
< 15	Enterro	8	2,000	Processo	15	2,533
	Natural	7	2,286	Perda	12	3,583
				Angústia	11	3,091
				Despedida	10	4,300
				Doença	10	3,100
				Família	8	3,750
				Choro	8	3,625
				Eternidade	8	3,000

Nota: N= 91; F_{mín.}= 7; F_{inter.}= 16; Rang= 2,50

Fonte: A autora, 2020.

Os participantes da unidade Federal (n=58), originaram um universo de 270 palavras ou expressões, sendo que, destas, 97 foram termos diferentes. Com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 5, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas, as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 12. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,8, conforme apresentado no quadro 14.

Quadro 14 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes da unidade Federal

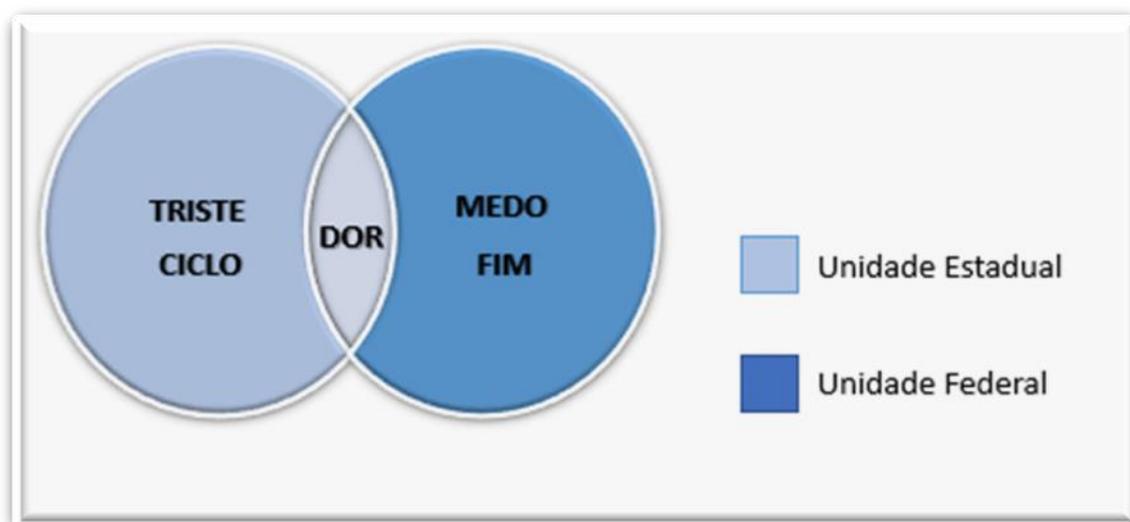
O.M.E.	< 2,80			≥ 2,80		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 12	Fim	37	2,568	Descanso	20	3,150
	Medo	13	2,692	Triste	12	3,417
	Dor	12	2,250	Ciclo	12	2,917
< 11	Perda	8	2,125	Sofrer	8	3,000
	Passagem	6	1,667	Natural	6	2,833
	Processo	5	2,600	Angústia	5	3,400
				Viver	5	3,000

Nota: N= 58; F_{mín.}= 5; F_{inter.}= 12; Rang= 2,80

Fonte: A autora, 2020.

Quando comparamos o quadro de quatro casas da análise geral das evocações do morrer, com o quadro para os estudantes das duas unidades acadêmicas, percebe-se que o possível núcleo central desta também foi composto pela dimensão afetiva associada aos termos triste e medo, a dimensão prática, com a palavra fim. A palavra dor apareceu para ambas as unidades e a palavra ciclo para os estudantes da unidade estadual. A figura 6 demonstra a conjunção dos elementos centrais para esses dois grupos sociais.

Figura 6 – Conjunção entre os elementos constituintes do provável núcleo central entre unidades acadêmicas ao termo indutor morrer



Fonte: A autora, 2020.

Somente elemento *dor* faz conexão entre as duas representações, possuindo maior frequência e menor OME na unidade estadual. No quadro de quatro casas geral, ele está presente na zona de contraste. O sistema periférico do quadro de quatro casas das representações sociais dos estudantes de ambas unidades possui elementos com características práticas e concretas, tais como descanso, natural e viver, e de sentimentos como medo, saudade, sofrer, triste e angústia.

Assim, não se pode deixar de relacionar as representações sociais com as práticas sociais. Como considera Rouquette (1998, p. 39), “o que pensamos depende daquilo que fizemos [...] e aquilo que fizemos em um dado momento, depende daquilo que pensamos então, ou daquilo que pensamos anteriormente”. Nessa perspectiva, que convêm percebermos as representações como uma condição das práticas e estas como um agente transformador daquelas.

No entanto, a partir da observação dos quadros, verifica-se que representação do morrer para esses alunos aparenta não incorporar elementos que possam garantir a transformação da representação da morte trazida do senso comum. Discutir o conteúdo de morte durante a formação, é garantir um cuidado qualificado e humano, comprometido com valores éticos de respeito a vida e a dignidade da pessoa em todo seu ciclo vital. Formar profissionais preparados para vivenciar o processo de morrer, poderá contribuir para amenizar os anseios e dificuldades destes e garantir as habilidades e competências necessárias para a tomada de decisão em situações complexas nos diversos cenários de prática.

E esse cuidado também deve ser dirigido as pessoas que estão em momento crítico da vida. E essa temática é relevante pois os profissionais de enfermagem convivem diretamente e por mais tempo com os pacientes, expostos à vivência do processo de morrer e se faz imperativo que este profissional esteja preparado desde à sua formação. As escolas de saúde deveriam treinar para prevenir doenças e promover a saúde com objetivo de manter a vida e quando isso não for mais possível, proporcionar dignidade ao paciente terminal, no qual ao cessar as medidas curativas, isso não significa o fim do cuidado.

Nesse sentido, o preparo para a morte através da comunicação e do diálogo em sala de aula, deveria ser pautado tanto em conteúdo teórico relacionado aos procedimentos técnicos quanto na capacidade de lidar com seus próprios sentimentos e usá-los de modo racional e resolutivo. O apoio encontrado na religião pode ser uma ferramenta de suporte e em substituição a falha encontrada no preparo acadêmico.

Continuando a análise, neste subitem, serão apresentadas as análises estruturais das representações sociais sobre o morrer para as diferentes religiões. Para aqueles que se consideram sem religião, (n=58), originaram um universo de 275 palavras ou expressões, sendo que destas 80 foram termos diferentes. Com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 7, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 15. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,8, conforme apresentado no quadro 15.

Quadro 15 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes sem religião

O.M.E.	< 2,80			≥ 2,80		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 14	Fim	38	2,711	Descanso Ciclo	21	3,048
	Triste	14	2,643		16	2,813
< 14	Dor	13	2,000	Sofrer Saudade	9	3,222
	Medo	11	2,091		8	3,500
	Perda	10	2,500			
	Processo	9	2,778			
	Natural	9	2,667			

Nota: N= 58; Fmín.= 7; Finter.= 15; Rang= 2,8.

Fonte: A autora, 2020.

Observa-se, no quadro de quatro casas para aqueles que não professam religião, que o provável núcleo central foi composto pelas palavras *fim* e *triste*, a zona de contraste é representada pelos elementos *dor*, *medo*, *perda*, *processo* e *natural*. A primeira periferia é formada por *descanso* e *ciclo* e a segunda é por *sofrer* e *saudade*. A estrutura representacional do morrer para estes participantes parece estar relacionada a compreensão do fenômeno natural de encerramento da vida.

Em se tratando de estudantes católicos (n=41), foram evocadas 198 palavras, sendo 72 diferentes. Com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 5, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 13. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,7, conforme apresentado no quadro 16.

Quadro 16 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes católicos

O.M.E.	< 2,80			≥ 2,80		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 13	Fim	16	2,625	Medo	21	2,714
	Descanso	10	2,500	Triste	15	2,733
< 12	Sofrer	8	2,500	Dor	9	2,778
	Eternidade	6	2,161	Saudade	7	3,286
				Família	6	4,500
				Angústia	5	3,600
				Doença	5	3,400

Nota: N= 41; Fmín.= 5; Finter.= 13; Rang= 2,70

Fonte: A autora, 2020.

No quadro de quatro casas para as estudantes católicas, o provável núcleo central foi composto pelas palavras *fim* e *descanso*, a zona de contraste é representada pelos elementos *sofrer* e *eternidade*. A primeira periferia é formada pelas palavras *medo* e *triste*, e a segunda pelos termos *dor*, *saudade*, *família*, *angústia* e *doença*. O provável núcleo central possui duas dimensões a saber: conceitual a partir da palavra *fim* e imagética com a palavra *descanso*, mas a zona de contraste e o sistema periférico possui elementos carregados de sentimentos (*sofrer*, *medo*, *triste*, *dor*, *saudade* e *angústia*). Relaciona também elementos ligados a concepção do descanso e eternidade, característica do cristianismo.

Em se tratando de estudantes evangélicos (n=34), foram evocadas 152 palavras, sendo 55 diferentes. Com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 5, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 10. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,70, conforme apresentado no quadro 17.

Quadro 17 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes evangélicos

O.M.E.	< 2,70			≥ 2,70		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 10	Fim	14	2,286	Descanso	10	3,200
	Dor	10	2,400	Triste	10	2,800
< 9	Saudade	5	2,200	Medo	9	2,889
	Ciclo	5	1,600	Angústia	7	3,429
				Processo	6	3,167
				Despedida	5	4,200
				Perda	5	4,200

Nota: N= 34; Fmín.= 5; Finter.= 10; Rang= 2,70

Fonte: A autora, 2020.

O quadro de quatro casas para os evangélicos, o provável núcleo central é composto pelas palavras *fim* e *dor*, a zona de contraste é representada pelos elementos *saudade* e *ciclo*. A primeira periferia é formada por *descanso* e *triste* e a segunda é composta pelos termos *medo*, *angústia*, *processo*, *despedida* e *perda*. O

sistema periférico possui elementos práticos (despedida, perda), imagéticos (descanso, processo) e sentimentos (triste, medo, angústia).

Em se tratando de estudantes espíritas (n=16), foram evocadas 76 palavras, sendo 42 diferentes. Com base na Lei de Zipf de distribuição de palavras, foi escolhida, como frequência mínima 2, sendo excluídas da composição do Quadro de Quatro Casas as palavras evocadas em número menor que esse pelos sujeitos. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 4. A Ordem Média de Evocação (O.M.E) foi de 2,20, conforme apresentado no quadro 18.

Quadro 18 – Quadro de Quatro Casas ao termo indutor morrer para estudantes espíritas

O.M.E.	< 2,20			≥ 2,20		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E
≥ 4	Fim	4	2,000	Ciclo	5	3,200
	Processo	4	1,500	Medo	5	3,200
				Despedida	4	3,500
				Descanso	4	3,000
				Triste	4	2,250
< 3	Cuidado	2	1,500	Perda	3	3,667
	Viver	2	1,500	Sofrer	3	3,000
				Morte	2	5,000
				Aceitação	2	4,000
				Família	2	3,000
				Individual	2	3,000
				Natural	2	2,500

Nota: N= 16; Fmín.= 2; Finter.= 4; Rang= 2,20

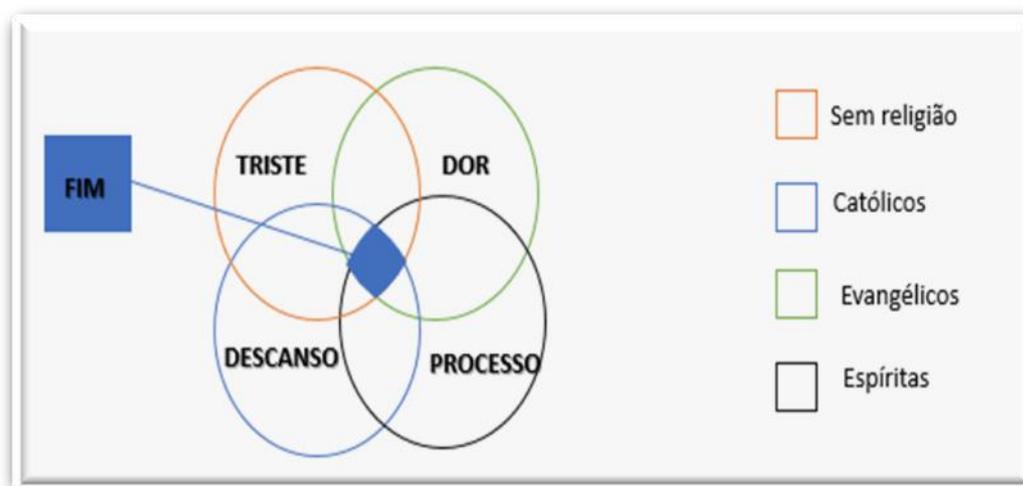
Fonte: A autora, 2020.

Para os espíritas, o provável núcleo central foi composto pelas palavras *fim* e *processo* e a zona de contraste por *cuidado* e *viver*. A primeira periferia é formada por *ciclo*, *medo*, *despedida*, *descanso* e *triste* e a segunda é composta pelos termos *perda*, *sofrer*, *morte*, *aceitação*, *família*, *individual* e *natural*. A estrutura representacional do morrer para estes participantes apresenta a dimensão imagética (fim e processo) e o sistema periférico possui elementos que ainda não havia sido exposto (aceitação e individual).

Do mesmo modo que no quadro de quatro casas da análise geral e por unidade acadêmica, o provável núcleo central a análise para as diferentes religiões

foi composta pela dimensão imagética associada ao termo fim. A figura 7 demonstra a conjunção dos elementos centrais para esses grupos sociais.

Figura 7 – Conjunção entre os elementos constituintes do provável núcleo central entre as diferentes religiões ao termo indutor morrer



Fonte: A autora, 2020.

O processo de morrer poderá despertar questionamentos e sentimentos de sofrimento, angústia e dor. As unidades de ensino estão preparando o graduando de enfermagem para lidar com a vida e, como profissional, lidar com a morte e o morrer no cotidiano de suas práticas. Sendo assim, cabe à academia preparar esse estudante de maneira mais integral, com conteúdo que possibilitem a maior reflexão acerca da temática (VICENSI, 2016; SOUZA *et al.*, 2017; PRAXEDES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2018).

De acordo com a abordagem privilegiada neste estudo, considerando que os núcleos centrais são muito semelhantes, aquilo que caracteriza distintivamente a morte e o morrer é representado periféricamente. Adiante, serão discutidos mais dois estudos: o estudo sobre o método de escolhas sucessivas por blocos (CPB) que mostra ligações de similitude a partir de cognemas elencados como mais característicos dos respectivos objetos (hierarquização), pelos participantes. E o teste de centralidade mise-en-cause (MEC) no qual será aprofundada a hipótese de centralidade das duas representações sociais em tela.

7.4 A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem: caracterização dos participantes para os testes de centralidade

Nesta etapa da pesquisa, utilizou-se testes *choix-par-bloc* e o *mise-en-cause* para verificar a centralidade dos elementos e a ligação entre eles. Destaca-se que esta etapa foi planejada a partir do resultado da anterior, o que significa dizer que o quadro de quatro casas e a análise de similitude por coocorrência foram os critérios para se escolher os candidatos ao núcleo central que foram testados neste momento. A coleta para ambos os testes foi realizada ao mesmo tempo, entre março a maio de 2020, através de um questionário para caracterização dos sujeitos seguido de dois questionários, um para cada termo indutor. A caracterização dos participantes é mostrada na tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição dos participantes para os testes de centralidade. Rio de Janeiro, 2020

	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	55	90,1	36	80
Masculino	6	9,9	9	20
Idade				
20 - 25 anos	52	85,2	37	82,2
26 -30 anos	9	14,6	7	15,6
> 31 anos	0	0	1	2,2
Religião				
Sem religião	19	30	16	35,5
Católica	18	29	10	22,3
Espírita	9	14	7	15,5
Evangélica	17	27	12	26,7
Total	61	100	45	100

Fonte: A autora, 2020.

Para os testes de centralidade, conforme expresso na tabela 14, a maioria dos estudantes que participaram do estudo eram do sexo feminino (Estadual: 55,

90,1%; Federal: 36, 80%), com idade entre 20 a 25 anos (Estadual: 52, 85,2%; Federal: 37, 82,2%). Em relação a religião, 19 (30%) entrevistados na unidade Estadual e 16 (35,5%) na unidade Federal, declararam-se sem religião, seguidos de católicos na unidade Estadual (18, 29%) e protestantes na unidade Federal (12, 26,7%). Acerca da participação na primeira fase do estudo, 65 alunos (61,3%) da amostra não participaram desta etapa. Sendo 41 participantes participaram das duas fases (evocações e testes de centralidade), sendo 26 na unidade Estadual (42,7%) e 15 na Federal (33,3%). A seguir serão apresentados os resultados da análise realizada.

7.4.1 Estudo 2: *Choix-par-bloc* (CPB) ou escolhas sucessivas por blocos

O teste *Choix-par-bloc* ou escolha sucessiva por blocos (CPB) é um método de hierarquização dos termos evocados. Para isto, elaborou-se uma lista com 15 elementos para cada termo indutor e, a partir desta, os entrevistados escolheram as cinco palavras que mais caracterizavam o objeto testado, as cinco que menos o caracterizavam, anotando também as palavras restantes. As palavras utilizadas no *Choix-par-bloc* para o termo indutor morte foram: fim, triste, dor, saudade, ciclo, medo, perda, fase, natural, passagem, descanso, sofrer, vida, enterro, choro. Enquanto para o termo indutor morrer foram: fim, medo, triste, descanso, dor, ciclo, sofrer, processo, natural, passagem, saudade, perda, angústia, despedida e eternidade.

Conforme foi esclarecido anteriormente, este método permite explorar a relação que une os elementos que compõe a representação social dois a dois, explicando sua organização e fazendo suposições de "centralidade" dos elementos da representação. A relevância de cada item é calculada da seguinte forma: o valor +1: mais característico, -1: menos característico e 0: palavras restantes. Quanto maior a pontuação, maior destaque para o respectivo item (AUBERT; ABDI, 2002).

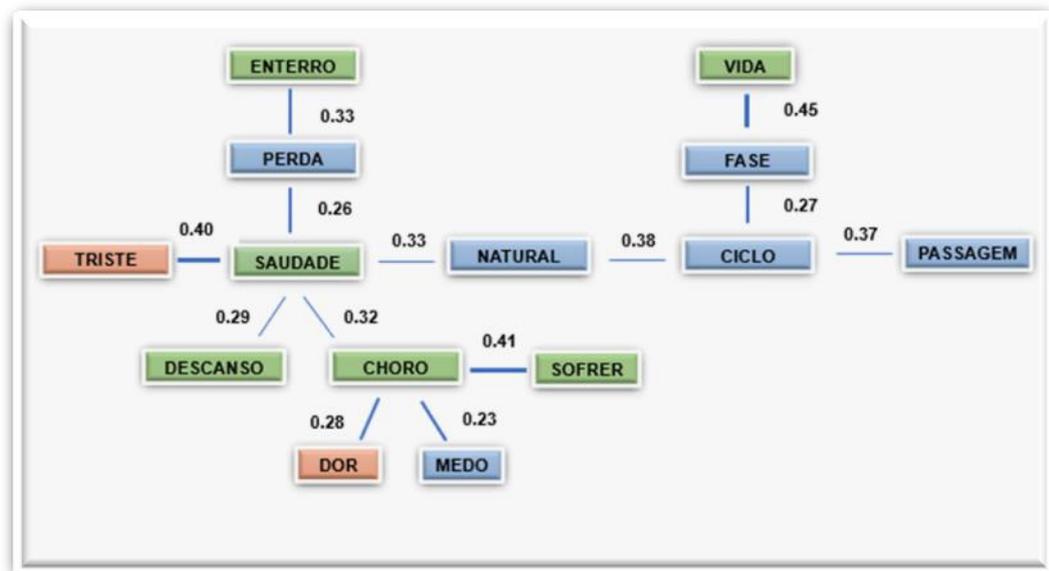
O índice de similitude são as relações entre o número de coocorrências entre duas palavras e o número de indivíduos, permitindo desenvolver a "matriz de similitude" entre todos os itens do corpus dentro do mesmo grupo de indivíduos

(MOLINER, 1994). É a combinação de relevância e conectividade que permite considerar os cognemas como um elemento central (AUBERT; ABDI, 2002).

7.4.1.1 Análise do método CPB para o termo indutor morte

Em relação ao resultado do teste de CPB para o termo indutor morte, a figura 8, mostra a árvore de similitude para os graduandos construída a partir dos resultados.

Figura 8 – Árvore máxima de similitude a partir do teste de *Choix-par-bloc* (CPB) para os elementos da morte



Nota: N=106.

Fonte: A autora, 2020.

Observa-se que o resultado da árvore máxima de similitude a partir do teste CPB para os elementos do termo indutor morte, há uma discrepância em relação a árvore de similitude por coocorrências. No CPB a ligação mais forte que temos foi na conexão fase-vida (0.45), seguida de choro-sofrer (0.41) e triste-saudade (0.40). Dessas ligações, a última apresenta o cognema triste, que foi o único que compôs o provável núcleo central, de acordo com a análise prototípica.

A ligação fase-vida (0.45) foi a mais forte da representação e são termos que, no quadro de quatro casas, eram pertencentes a zona de contraste e segunda

periferia, respectivamente. Essa conexão demonstra a ligação entre a dimensão imagética (fase, ciclo, passagem) com a prática (vida), inferindo-se que a vida é composta de etapas e uma delas é a morte.

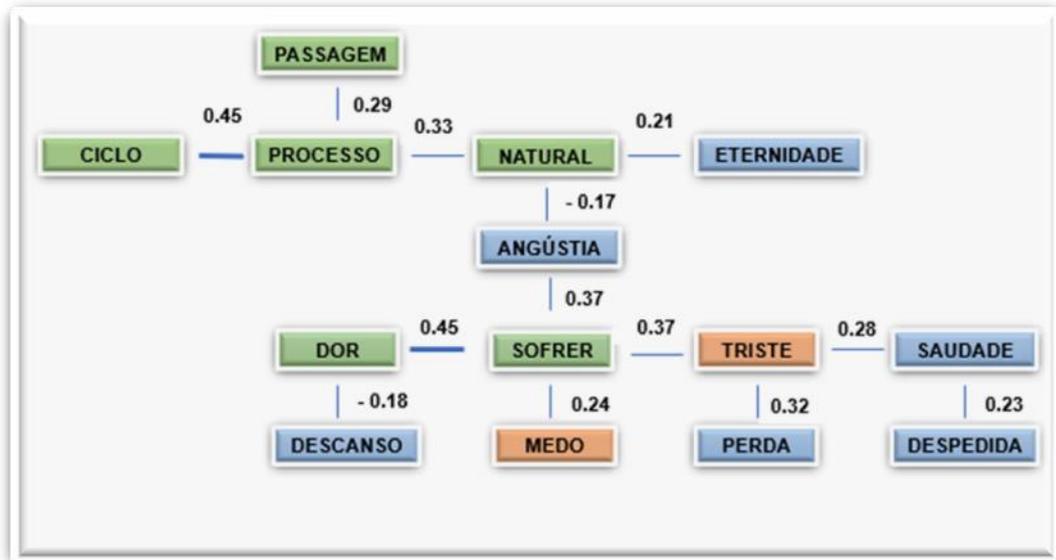
O termo saudade foi o que apresentou o maior número de ligações. Da maior força de ligação para a menor temos: triste-saudade (0.40), saudade-natural (0.33), saudade-choro (0.32), saudade-descanso (0.29) e saudade-perda (0.26). O termo choro apresentou quatro ligações, dentre elas a segunda maior da representação: choro-sofrer (0.41), choro-saudade (0.32), choro-dor (0.28) e choro-medo (0.23). Essas ligações estão diretamente relacionadas a dimensão afetiva da representação.

No bloco maior de palavras, cujo o elemento central é saudade pode-se inferir que se trata de uma representação que une elementos da dimensão prática (perda, enterro, choro, natural) e afetiva (saudade, triste, sofrer, dor e medo). Pode-se destacar que o elemento saudade faz o elo de ligação entre essas as duas dimensões e que, junto com o elemento natural, faz a ponte para o segundo bloco de palavras, cujo elemento central é a palavra ciclo e as conexões contextualizam a naturalização da morte.

7.4.1.2 Análise do método CPB para o termo indutor morrer

Em relação ao resultado do teste de CPB para o termo indutor morrer, a figura 9, mostra a árvore de similitude para os graduandos construída a partir dos resultados.

Figura 9 – Árvore máxima de similitude a partir do teste de *Choix-par-bloc* (CPB) para os elementos do morrer



Nota: N=106.

Fonte: A autora, 2020.

Ao examinarmos a árvore máxima do CPB para o morrer, destaca-se novamente a discrepância em relação à árvore de similitude por cocorrências apresentada anteriormente. Observa-se na representação gráfica, uma divisão em dois blocos, ligados pelo elemento angústia. As ligações mais fortes foram na conexão processo-ciclo e sofrer-dor, ambos com força de ligação 0.45.

A árvore de similitude mostra a oposição entre duas dimensões: uma dimensão imagética e subjetiva do morrer e outra afetiva e prática. O elemento angústia faz o elo de ligação entre essas duas dimensões. E os prováveis elementos centrais a partir deste teste, ou seja, os que mais fizeram laços são sofrer, natural e processo.

O termo sofrer foi o que apresentou o maior número de ligações, temos: sofrer-dor (0.45), sofrer-triste (0.37), sofrer-angústia (0.37) e sofrer-medo (0.24). Essas ligações estão diretamente relacionadas a dimensão afetiva da representação. Esse bloco de palavras, cujo elemento central desta conexão é o termo sofrer, pode inferir que se trata de uma ligação de elementos afetivos (dor, medo, triste, saudade) e práticos (despedida, perda).

O CPB e o índice de similitude são técnicas importantes para evidenciar a matriz da representação e a relação entre os seus elementos. No entanto, não permite identificar a centralidade desses elementos (ROUQUETTE; RATEAU, 1998).

Sendo assim, faz-se necessário o uso de testes de centralidade para verificar quais são os elementos mais conexos e salientes da representação, ou seja, quais são os elementos centrais. Neste estudo optou-se pela utilização da técnica *Mise-en-cause*.

7.4.2 Estudo 3: *Mise-en-cause* (MEC) ou técnica do questionamento

Mise-en-cause ou técnica do questionamento é um método de verificação da centralidade do núcleo central, em que se faz perguntas aos participantes com os candidatos à centralidade a fim de comprová-la. Nesse método solicita-se aos participantes, através de pergunta negativa, tendo como resposta sim, não e talvez, que indiquem se a desconsideração do elemento permite manter a identidade do objeto social de interesse (WACHELKE, 2009). Os cognemas que mais se destacaram na análise do quadro de quatro casas como possíveis elementos do núcleo central constituíram a estrutura das frases do *mise-en-cause*. Dessa forma, para o termo indutor morte foram: fim, triste, dor, saudade, ciclo, medo, perda, fase, natural, passagem, descanso, sofrer, vida, enterro, choro. Enquanto para o termo indutor morrer foram: fim, medo, triste, descanso, dor, ciclo, sofrer, processo, natural, passagem, saudade, perda, angústia, despedida e eternidade.

Este teste baseia-se na característica de não negociação do elemento central para os participantes (ROUQUETTE; RATEAU, 1998). Nele os resultados são obtidos a partir das respostas negativas a uma pergunta negativa, ou seja, a dupla negação para o reconhecimento da centralidade dos elementos candidatos ao núcleo central. Como referido no método, adotou-se a frequência de 75% de refutação (dupla negação) para confirmar a centralidade (FLAMENT; ROUQUETTE, 2003).

7.4.2.1 Análise do teste MEC para o termo indutor morte

Na tabela 15, pode-se visualizar a distribuição das respostas às perguntas negativas relativas à cada elemento, distribuídos pelas respostas: sim (descarta-se a

centralidade do elemento), talvez (aqueles que não foram escolhidos) e não (confirma-se que o elemento é inegociável).

Tabela 15 – Distribuição das respostas à técnica do questionamento (MEC) para o termo indutor morte. Rio de Janeiro, 2020

	SIM		TALVEZ		NÃO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Fim	54	51	27	25.4	25	23.6	106	100
Triste	65	61.3	20	18.9	21	19.8	106	100
Dor	85	80.2	15	14.1	6	5.7	106	100
Saudade	21	19.8	26	24.5	59	55.7	106	100
Ciclo	27	25.5	17	16	62	58.5	106	100
Medo	64	60.4	35	33	7	6.6	106	100
Perda	24	22.6	27	25.5	55	51.9	106	100
Fase	31	29.2	27	25.5	48	45.3	106	100
Natural	87	82.1	11	10.3	8	7.6	106	100
Passagem	40	37.7	35	33	31	29.3	106	100
Descanso	66	62.3	24	22.6	16	15.1	106	100
Sofrer	80	75.4	20	18.9	6	5.7	106	100
Vida	24	22.6	15	14.1	67	63.3	106	100
Enterro	96	90.5	6	5.7	4	3.8	106	100
Choro	91	57.6	34	32.1	11	10.3	106	100
Total	822	51.7	350	22	418	26.3	1.590	100

Fonte: A autora, 2020.

Conforme expresso anteriormente, este teste baseia-se na propriedade qualitativa dos elementos centrais e sua característica de não negociação (ROUQUETTE; RATEAU, 1998). No entanto, observa-se que para o termo indutor morte não houve elemento favorável a centralidade. O elemento vida obteve o valor 63,3%, mais próximo do adotado para refutação, mas ainda assim, não se tornou elegível por não ter atingido a frequência necessária de 75% (dupla negação).

Os elementos avaliados pertencem ao quadro de quatro casas ao termo indutor morte, o provável núcleo central e os demais quadrantes, não tiveram seus representantes com resultado positivo ao teste de centralidade, ou seja, não confirmaram a centralidade. Desta forma, infere-se que não há palavras indispensáveis quanto a representação da morte.

7.4.2.2 Análise do teste MEC para o termo indutor morrer

Na tabela 16, pode-se visualizar a distribuição das respostas às perguntas negativas relativas à cada elemento, distribuídos pelas respostas: sim (descarta-se a centralidade do elemento), talvez (aqueles que não foram escolhidos) e não (confirma-se que o elemento é inegociável).

Tabela 16 – Distribuição das respostas à técnica do questionamento (MEC) para o termo indutor morrer. Rio de Janeiro, 2020

	SIM		TALVEZ		NÃO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Fim	42	39.6	17	16	47	44.4	106	100
Medo	72	67.9	27	25.5	7	6.6	106	100
Triste	58	54.7	38	35.9	10	9.4	106	100
Descanso	56	52.9	33	31.1	17	16	106	100
Dor	82	77.3	20	18.9	4	3.8	106	100
Ciclo	39	36.8	27	25.5	40	37.7	106	100
Sofrer	81	76.4	21	19.8	4	3.8	106	100
Processo	42	39.6	35	33	29	27.4	106	100
Natural	89	84	12	11.3	5	4.7	106	100
Passagem	42	39.6	40	37.7	24	22.7	106	100
Saudade	42	39.6	28	26.4	36	34.	106	100
Perda	33	31.1	18	17	55	51.9	106	100
Angústia	72	67.9	19	18	15	14.1	106	100
Despedida	76	71.1	17	16	13	12.3	106	100
Eternidade	33	31.1	38	35.9	35	33	106	100
Total	853	53.7	396	24.9	341	21.4	1.590	

Fonte: A autora, 2020.

Observa-se que, para o termo indutor morrer também não houve elemento favorável a centralidade. O elemento perda obteve o valor 51,9%, mais próximo do adotado para refutação, mas não se tornou elegível por não atingir a frequência necessária de 75% (dupla negação). Todos os elementos avaliados pertencem ao quadro de quatro casas ao termo indutor morrer e não confirmaram a centralidade. Desta forma, infere-se que não há palavras indispensáveis quanto a representação do morrer.

7.5 Análise da centralidade a partir do conjunto dos estudos

A partir do conjunto das análises anteriormente descritas, pretende-se entendê-la em sua completude a partir de cada elemento estudado. Desta forma, foi elaborado um quadro para cada termo indutor exibindo os resultados da análise estrutural com indicação da referida centralidade, nos seguintes estudos: 1. Análise prototípica – demonstrando a organização estrutural dos cognemas; 2. Análise de similitude por CPB – confirmando a provável centralidade e o 3. Método MEC – que diagnostica os elementos centrais.

A análise de similitude por coocorrência será apresentada, porém não entrará na discussão pois sua relação é estabelecida somente no critério de frequência a partir das evocações, podendo gerar um viés de interpretação no conjunto da análise (NOGUEIRA, 2019). O quadro 19 apresenta os resultados dos estudos para o termo indutor morte.

Quadro 19 – Conjunto dos resultados dos estudos da análise estrutural acerca do termo indutor morte

	FIM	TRISTE	DOR	SAUDADE	CICLO	MEDO	PERDA	FASE	NATURAL	PASSAGEM	DESCANSO	SOFRER	VIDA	ENTERRO	CHORO
Análise Prototípica	X	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Similitude	X	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Choix-par-bloc (CPB)	.	.	.	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X
Mise-en-cause (MEC)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Fonte: A autora, 2020.

Nota-se nos resultados, conforme descritos anteriormente, estrutura da representação. A análise prototípica apresentou como provável núcleo central os

elementos fim, triste e dor. A partir destes e de outros que estiveram presentes no quadro de quatro casas e apresentaram altas frequências, foram realizados outros testes: *choix-par-bloc* (CPB) e *mise-en-cause* (MEC). Triste e dor se mantiveram centrais e os elementos periféricos saudade, ciclo e choro apresentaram maior número de ligações no teste do CPB. Nenhuma palavra obteve centralidade no resultado do teste de MEC, sendo a mais próxima, com o maior índice de refutação, foi o cognema vida, mas não atingindo o padrão adotado de 75% (dupla negação).

Desta forma, partindo da indicação de centralidade pela análise prototípica, os elementos triste e dor tem-se como centrais na representação social da morte para graduandos de enfermagem. A estrutura construída por expressões negativas reforça os sentimentos provocados pela morte e que foram elaborados pela influência do convívio social, dos meios de comunicação e por particularidades de cada indivíduo.

Para a representação social do morrer (quadro 20), são exibidos os resultados da análise estrutural e os métodos da análise prototípica, CPB e MEC, assim como foi realizado para a morte. Da mesma maneira, como foi pontuado na representação anterior, a análise de similitude por coocorrências não foi inserida neste conjunto dos resultados.

Quadro 20 – Conjunto dos resultados dos estudos da análise estrutural acerca do termo indutor morrer

	FIM	MEDO	TRISTE	DESCANSO	DOR	CICLO	SOFRER	PROCESSO	NATURAL	PASSAGEM	SAUDADE	PERDA	ANGÚSTIA	DESPEDIDA	ETERNIDADE
Análise Prototípica	X	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Similitude	X	X	X												
<i>Choix-par-bloc</i> (CPB)	.		X				X	X	X						
<i>Mise-en-cause</i> (MEC)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Fonte: A autora, 2020.

Os resultados do quadro acima, conforme descritos anteriormente, apresentam a estrutura da representação. A análise prototípica apresentou como provável núcleo central os elementos fim, medo e triste. A partir destes elementos centrais e de outros, os periféricos, que estiveram presentes no quadro de quatro casas e apresentaram altas frequências, também foram testados a partir do *choix-par-bloc* (CPB) e do *mise-en-cause* (MEC). Medo e triste se mantiveram centrais, sendo que triste também apresentou maior número de ligações no teste do CPB, juntamente com os elementos periféricos sofrer, processo e natural. Nenhuma palavra obteve centralidade no resultado do teste de MEC. Partindo da indicação de centralidade pela análise prototípica, os elementos medo e triste tem-se como centrais na representação social da morrer para graduandos de enfermagem.

O nascimento e a morte fazem parte da vida, a primeira marca o início e o último, seu término. Conforme Oliveira, Quintana e Bertolino (2010, p. 1080) “A morte é uma das únicas certezas da vida, e deveria ser natural, no sentido da sua aceitabilidade, por ocorrer em todos os seres vivos e, logicamente, por ser parte integrante do ciclo vital”. A morte não é apenas um fenômeno biológico, mas um acontecimento social significado pelo contexto cultural (CARDOSO et al., 2019). E quando pronunciada, a palavra morte desencadeia diversas reações e sentimentos, como a tristeza, o medo e a dor, podendo inclusive gerar comportamentos inadequados, por trazer à tona lembranças desconfortáveis.

A morte é um evento cotidiano e estima-se que milhões de pessoas morrem no Brasil a cada ano e por diferentes causas. No entanto, a temática sobre o morrer continua sendo um assunto considerado complexo e difícil abordagem (BANDEIRA et al., 2014). A morte e o morrer são fenômenos naturais da vida que instigam, afligem e provocam temor a quase totalidade das pessoas, incluindo profissionais de saúde (VICENSI, 2016).

E a presença desses elementos triste, medo e dor, corroboram com os estudos que afirmam a negação da morte e do morrer por parte dos profissionais de enfermagem, de forma a evitar que sentimentos negativos sejam ativados ao vivenciar tal processo (PRAXEDES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2018). Os três elementos de destaque na representação social da morte e do morrer para esses estudantes, estão associados a fragilidade que é a vida e a veracidade da finitude.

Outra vez, ressalta-se a observação de que a representação da morte e do morrer, para esse grupo estudado, está fundamentada na configuração

compartilhada pelos seus pares, ou seja, equivalente a percepção do senso comum. Consequentemente uma representação construída pelo posicionamento de uma sociedade que nega sua existência e de memórias sociais relacionadas a morte ruins.

Abric (1994) evidencia as relações entre as representações e as práticas sociais em três direções: 1. As representações determinam as práticas sociais: conforme a obra clássica *Folies et representations sociales*, de Jodelet (1989), cuja representação social determinou as práticas frente a doença mental; 2. As práticas sociais determinam as representações: essa concepção de que a prática é condicionante a representação, pressupõe apenas que as condições materiais e objetivas podem determinar ideologias e representações. Nesse sentido, o sujeito ativo é ocultado e torna-se totalmente dependente das relações; 3. As representações e as práticas sociais como polos independentes: nesse sentido, aceita-se as duas vertentes anteriores, de que as práticas sociais são determinadas pelas representações, e essas representações foram constituídas a partir de práticas coletivas arcaicas, que certamente definiram a natureza das relações sociais entre os indivíduos e grupos, asseguradas pela tradição e comunicação oral. Nesse sentido, aceita-se uma relação de reciprocidade entre as representações sociais e as práticas sociais, assumindo um carácter dialético e de total indivisibilidade, que atua em um sistema que gera, justifica e legitima o outro.

Essas três formas de compreender as relações entre as representações e as práticas sociais demonstram a dificuldade em tentar definir sua natureza. No entanto, partindo do pressuposto da correspondência entre elas, ou seja, uma sendo determinante da outra, conjectura-se que a capacitação profissional possa ser utilizada como ferramenta de suporte para o cuidado qualificado e, consequentemente, a possibilidade de superação do paradigma da negação da morte por parte deste profissional.

7.6 Análise Processual das representações sociais da morte e do morrer para graduandos de enfermagem

Neste capítulo será analisada a produção discursiva dos participantes acerca das representações sociais da morte e do morrer para graduandos de enfermagem. Esta análise foi realizada com auxílio do *software* Iramuteq através do comando análise lexical (Método *Reinert*). A tabela 17 apresenta a caracterização dos participantes que participaram desta etapa.

Tabela 17 – Distribuição dos participantes da entrevista. Rio de Janeiro, 2020

Sexo	Estadual		Federal	
	N	%	N	%
Feminino	11	73.3	14	93.3
Masculino	4	26.7	1	6.7
Religião				
Sem religião	3	20	3	20
Católicos	3	20	5	33.3
Evangélicos	3	20	4	26.7
Espíritas	6	40	3	20
Total	15	100	15	100

Fonte: A autora, 2020.

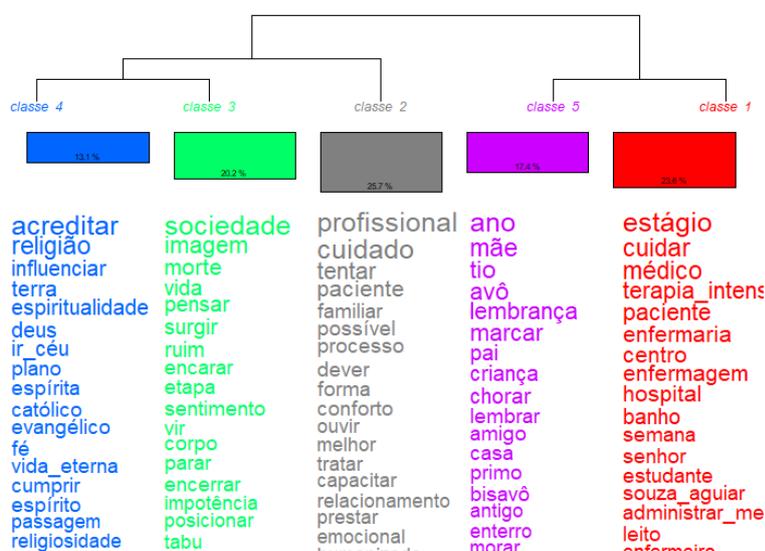
Conforme expresso na tabela, a maioria dos estudantes que participaram desta etapa do estudo eram do sexo feminino (Estadual: 11, 73.3%; Federal: 14, 93.3%). Com relação a religião e a importância desta variável na compreensão da representação da morte e do morrer, tentou-se equilibrar o número de participantes entre os credos preferidos, para que se pudesse desvelar o conteúdo discursivo, mantendo discreta variação apenas de cunho pessoal.

O corpus de análise foi composto por 30 linhas estreladas correspondentes às entrevistas, das quais foram processadas e analisadas pelo software na versão 0.7, alpha 2, em um tempo aproximado de 33 segundos. Foram obtidos 1449 segmentos de texto e destes, 1210 foram analisados e obteve uma pertinência de 83,51%.

Salienta-se que esse tipo de análise, para ser útil à classificação de qualquer material textual, requer a classificação ou aproveitamento mínimo entre 70 a 75% dos segmentos de texto (CAMARGO; JUSTO, 2016).

Com 4304 formas, o corpus apresentou 52.216 ocorrências, a lematização de palavras obteve um total de 2560, com 2295 formas ativas de palavras e 254 formas suplementares. Após o dimensionamento dos segmentos de texto e classificados em função dos vocabulários, as classes de segmentos de textos foram definidas em 5 classes, como mostra o dendograma exposto na Figura 10, a seguir. Destaca-se que no dendograma há um certo equilíbrio textual, mas o predomínio encontra-se na classe 2, com 25,7% (311) das unidades de contexto elementar (UCE) classificadas, seguida pela classe 1 com 23,6% (286), classe 3 com 20,2% (244), classe 5 com 17,4% (211) e por fim, a classe 4 correspondeu a 13,1% (158) do corpus analisado.

Figura 10 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente



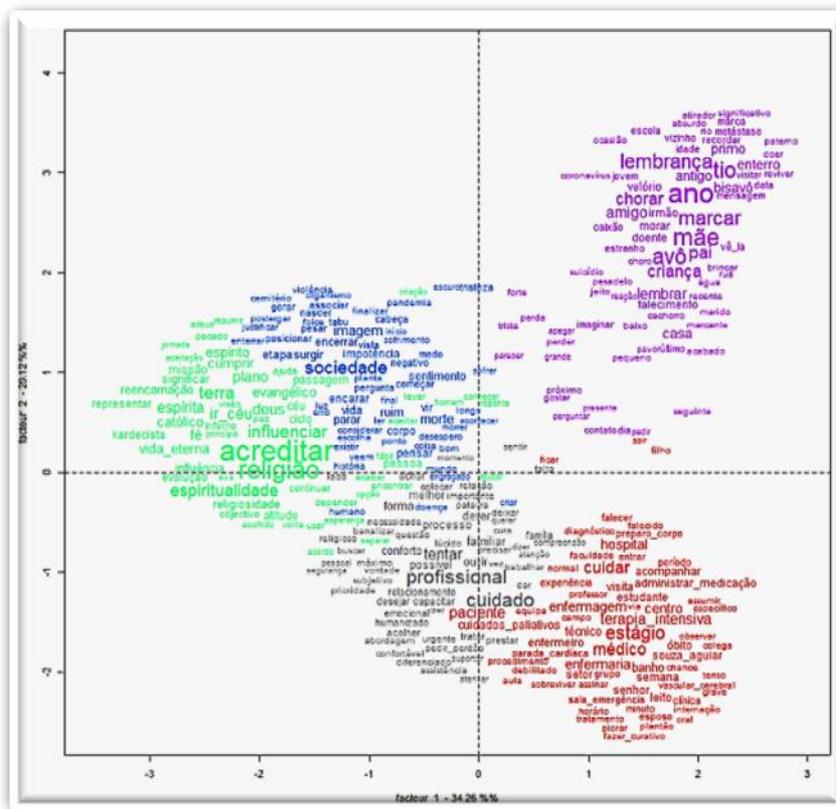
Fonte: A autora, 2020, elaborado através do Iramuteq.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ilustra as relações estabelecidas entre as classes, organizando os resultados através do conteúdo semântico. Primeiramente, o corpus foi dividido em dois eixos. O primeiro eixo deu origem a classe 2 e, seu subeixo originou as classes 3 e 4. O segundo eixo originou as classes 1 e 5. Ao analisar as divisões do conteúdo é possível inferir que existem diferenças que não permitem um único bloco de significação. O *software* calcula e

fornece os Segmentos de Texto (ST) mais característicos das classes, permitindo a contextualização do vocábulo típico de cada uma delas.

Ao realizar a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), o Iramutec permitiu visualizar, sob a forma de um plano fatorial, as oposições resultantes da CHD, conforme demonstrado na Figura 11.

Figura 11 – Análise Fatorial de Correspondência

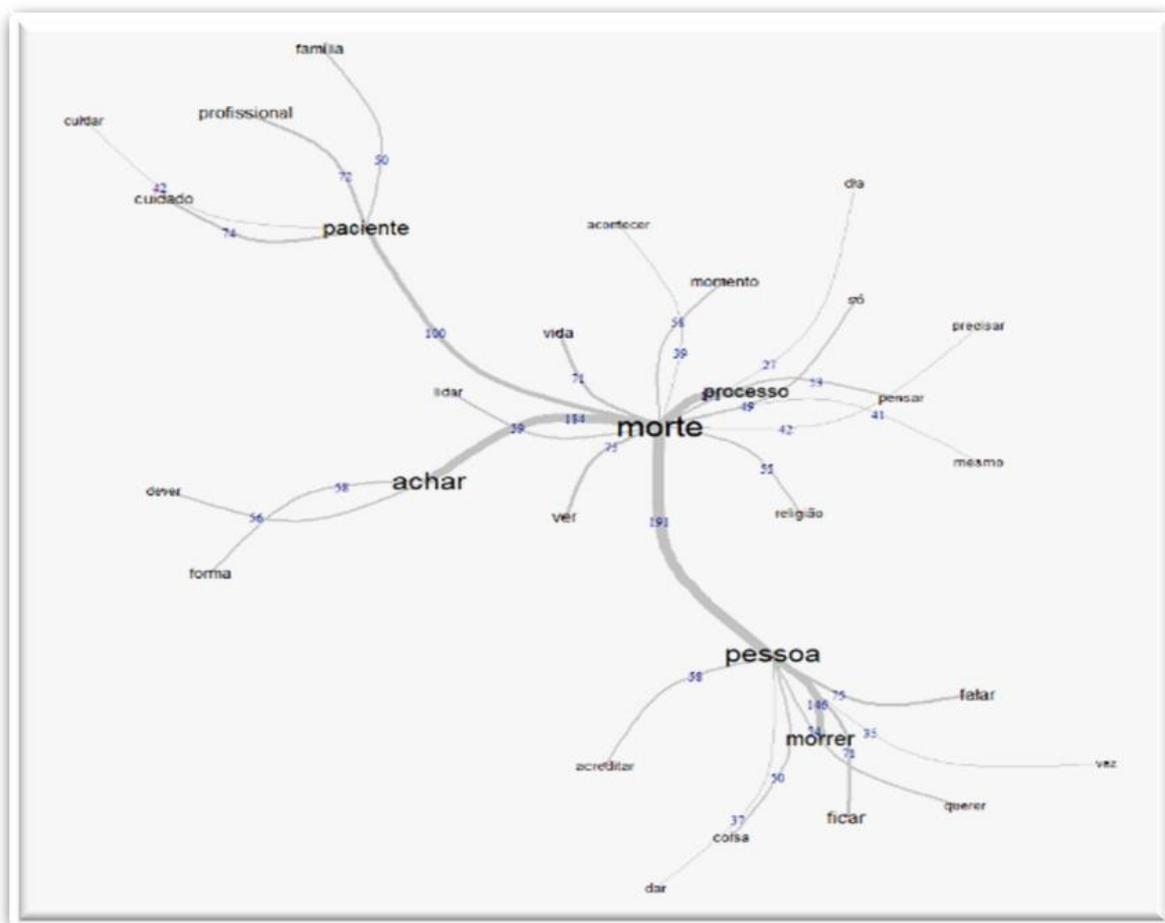


Fonte: A autora, 2020, elaborado através do Iramutecq.

Pode-se observar que as cinco classes estão localizadas em quadrantes opostos, abrangendo contextos semânticos específicos. Nogueira (2019) e Mendes et al, (2016) referem que a disposição das classes é determinada a partir da raiz semântica da palavra que mais interferiu na classe, permitindo perceber a ação das variáveis e seus atributos.

O *software* também possibilitou a análise de similitude por cocorrência que, de acordo com Nogueira (2019), auxilia a identificação da estrutura do corpus. A Figura 12 demonstra a relação das palavras com maior frequência e sua conectividade de acordo com a representação da morte e do morrer para os participantes da pesquisa.

Figura 12 – Árvore de similitude do conteúdo lexical



Fonte: A autora, 2020, elaborado através do Iramuteq.

A árvore de similitude do conteúdo lexical demonstra que o elemento morte apresentou o maior número de ligações, entretanto, o cognema possui forte ligação com outros quatro cognemas a saber: morte-pessoa, morte-achar, morte-processo e morte-paciente. À exceção do cognema achar, a palavra morte aparece no contexto de ligações relacionada a finitude. Essas ligações evidenciam quatro eixos. Na porção superior, temos o primeiro eixo formado a partir da palavra paciente que se liga a cuidado, profissional, família e cuidar, demonstrando que o cuidado profissional também deve abranger o cuidado ao familiar. No ramo superior esquerdo, temos o eixo formado a partir da ligação entre as palavras achar, forma, dever, lidar e ver que estão mais próximas da palavra central morte. Esse ramo parece estar relacionado a forma como os profissionais fazem a morte.

Essa primeira combinação de eixos faz lembrar a inflexão em direção a dificuldade dos profissionais e familiares, da sociedade em geral em relação a concepção da morte. Destaca-se que, quando o local da morte deixou de ser a casa e passou a ser o hospital, a decisão sobre o momento da morte ficou a cargo dos profissionais, que por sua vez, tentam lutar contra esse temido desfecho e a sensação de fracasso. Percebe-se que a dificuldade de falar sobre a morte, ocorre porque, paulatinamente, ela deixou de ser entendida como um acontecimento natural para ser concebida como uma fatalidade, um opróbrio a ser escondido.

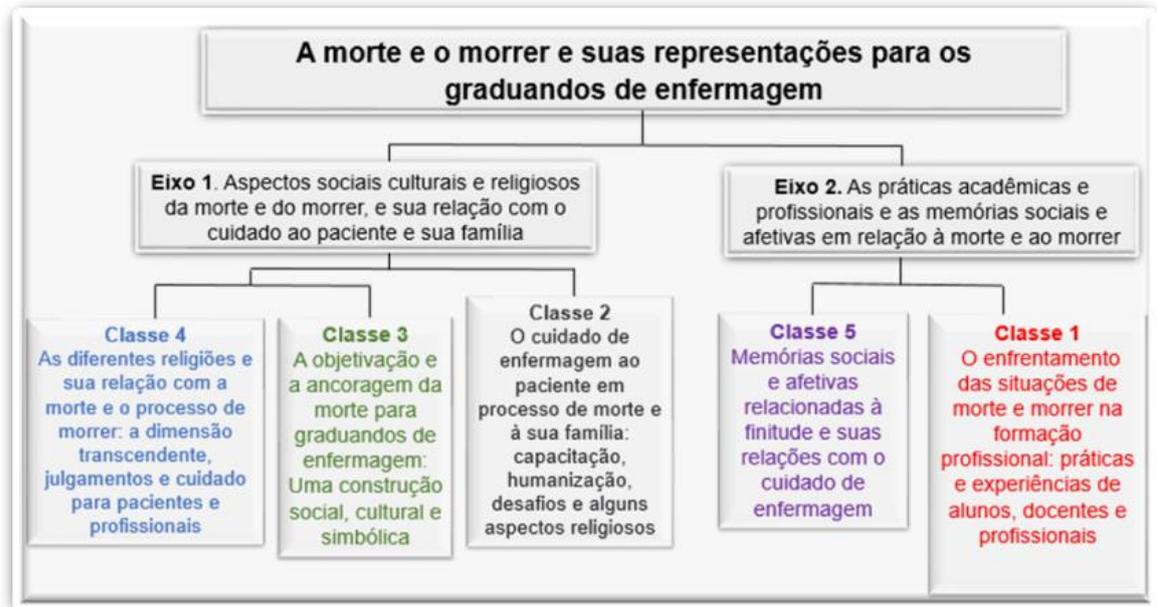
No ramo superior direito, temos a ligação de morte com processo, como um momento ou etapa da vida, demonstrando que a morte faz parte do cotidiano humano. Também há a relação da morte com a vida, momento, só, pensar, precisar, mesmo, acontecer e dia, validando a afirmativa da sua naturalização. No ramo inferior, a palavra morte faz ligação forte com pessoa, que se conecta fortemente com morrer, falar, ficar, acreditar, querer, coisa, dar e vez. Esses dois ramos apresentam o sentido de que a morte e a vida fazem parte do mesmo ciclo, sendo um o início e o outro o final.

Percebe-se na construção da árvore a oposição das palavras paciente e pessoa. A primeira está ligada a situações de cuidado e que necessita do auxílio profissional, enquanto a segunda, há verbos que indicam ação como falar, ficar, acreditar e querer. Vivemos em uma sociedade excludente e pode ser que essa relação de oposição acompanha a vivência histórica da negação da autonomia da pessoa em processo de morte. A sociedade banuiu a morte e aqueles que estão mais próximos dela para os hospitais, descaracterizando a pessoa que outrora era ativa e responsável por suas ações, agora fragilizada e dependente. Após a explanação geral dos dados gerados pelo método *Reinert*, pode-se tratar então das classes geradas pela análise pelo IRAMUTEQ.

Conforme as figuras anteriores demonstraram, o corpus de análise contém elementos associativos que foram progressivamente subdivididos e formaram os eixos de acordo com a proximidade e oposição dos conteúdos das classes. Inicialmente, o corpus foi denominado de “A morte e o morrer e suas representações para os graduandos de enfermagem”. Ele foi dividido em dois eixos de U.C.E., denominados de “ Aspectos sociais culturais e religiosos da morte e do morrer, e sua relação com o cuidado ao paciente e sua família” e “As práticas acadêmicas e profissionais e as memórias sociais e afetivas em relação à morte e ao morrer”, os

quais foram progressivamente subdivididos e formaram as classes, conforme pode ser visto na Figura 13.

Figura 13 – Apresentação esquemática dos eixos e das classes



Fonte: A autora, 2020.

Com o intuito de conhecer os conteúdos constitutivos da representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem, a seguir serão descritos e discutidos os conteúdos das classes geradas pela análise método *Reinert* do IRAMUTEQ. Para melhor compreensão do conteúdo que emergiu da análise do *software*, serão inseridos elementos que ajudarão a elucidá-lo: variáveis de análise com associação estatística e unidades de contexto elementar (UCE) com valores de qui-quadrado (χ^2) mais significativos pertencentes a cada classe. Será abordado, a partir deste tópico, o conteúdo contido no eixo 1.

7.6.1 Eixo 1. Aspectos sociais culturais e religiosos da morte e do morrer, e sua relação com o cuidado ao paciente e sua família

O corpus foi dividido e, a partir dessa primeira divisão binária, surge o primeiro eixo denominado “Aspectos sociais culturais e religiosos da morte e do morrer, e sua relação com o cuidado ao paciente e sua família” sofreu uma segunda divisão binária formando a classe 2 denominada “O cuidado de enfermagem ao paciente em processo de morte e à sua família: capacitação, humanização, desafios e alguns aspectos religiosos” e as classes 3 e 4, respectivamente: “A objetivação e a ancoragem da morte para graduandos de enfermagem: Uma construção social, cultural e simbólica” e “As diferentes religiões e sua relação com a morte e o processo de morrer: a dimensão transcendente, julgamentos e cuidado para pacientes e profissionais”. Nesse momento, com a finalidade de explicitar o conteúdo contido nas classes que formam o eixo de forma clara, os dados serão descritos e discutidos de acordo com o conjunto temático e a dimensão representacional que abordam, tendo como base de análise a teoria das representações sociais e outros autores de relevância para a temática.

7.6.1.1 Classe 2. O cuidado de enfermagem ao paciente em processo de morte e à sua família: capacitação, humanização, desafios e alguns aspectos religiosos

A classe 2 é composta por 311 UCE's, totalizando 25,7% do corpus de análise. A partir do dendograma, as palavras que apresentaram maior significância e associação com a classe foram: **profissional, cuidado, tentar, paciente, familiar, possível, processo, dever, forma e conforto**. Pelas palavras de maior frequência, a classe trata sobre o significado do cuidado aos pacientes em processo de morte e morrer para os entrevistados, destacando-se as palavras profissional, capacitar, relacionamento e família demonstrando a importância do preparo profissional para o

enfrentamento das questões emocionais associadas a terminalidade, bem como o acolhimento e o relacionamento com os familiares.

No quadro 21 a seguir, serão apresentadas as palavras principais que compõe a classe, frequência de aparecimento e valor de χ^2 .

Quadro 21 – Frequência, valor de χ^2 e formas principais da classe 2

Frequência	χ^2	formas
95	119.66	Profissional
89	115.17	Cuidado
54	78.37	Tentar
114	61.1	Paciente
40	42.93	Familiar
21	42.19	Possível
85	38.95	Processo
42	38.43	Dever
56	36.15	Forma
21	33.95	Conforto

Fonte: A autora, 2020, elaborado através do Iramuteq.

A classe demonstra as diferentes formas de cuidado profissional, ao paciente e seu familiar, bem como a falta de cuidado. A morte é um momento geralmente difícil de ser enfrentado, tanto para a pessoa que está morrendo quanto para seus familiares que estão vivenciando este processo. Dependendo do nível de aceitação, o relacionamento existente entre a pessoa que está morrendo e aqueles que o cerca, suas crenças e a forma como ocorre, o enfrentamento desta condição pode se dar de diferentes formas.

A comunicação e a relação interpessoal são elementos importantes para assegurar aos pacientes e seus familiares, na medida do possível, a busca pelo atendimento de suas necessidades. Esta atitude também parte do profissional, a partir do acolhimento das demandas dos pacientes e familiares, e o reconhecimento do sofrimento de ambos. A partir disso, é possível ao profissional a oferta de cuidados adequados, seja através de medicações e intervenções específicas ou mesmo, pelo compartilhamento de suas angústias, transmitindo-lhe formas de

enfrentar sua condição atual, minimizando sintomas de ansiedade e depressão e estimulando sua capacidade de decisão, de acordo com sua autonomia.

não devemos negligenciar a assistência que deve ser prestada a esse paciente e ficar pensando que ele vai morrer pois, todo mundo morre. Cabe ao profissional prestar o cuidado de forma digna e humanizada. **** *ID_04 *_1 *Rel_3 score: 444.15

por exemplo até a forma de tocar o paciente você tenta ser mais delicado possível, de não querer que a pessoa sinta dor. Essa é a diferença do cuidado para o paciente em processo de morte. **** *ID_08 *_1 *Rel_3 score: 414.83

Eu acho que o cuidado deveria ser sempre humanizado e proporcionar o melhor possível para aquela pessoa, levando em consideração que ele ainda é um ser vivo e deve ser tratado com respeito e cuidado, não falar qualquer coisa. **** *ID_23 *_2 *Rel_3 score: 321.63

O cuidado ao paciente em processo de morte, na maioria das vezes, está localizado no ambiente hospitalar. E sendo assim, nesse espaço, temos a reunião de um número significativo de indivíduos que necessitam de atenção e cuidado, independentemente de sua doença ou do grau de comprometimento de sua saúde. É um local que precisa ter acolhimento e conexão entre os sujeitos, para que se possa proporcionar o alívio de dores físicas e emocionais. Os indivíduos que ali estão para serem cuidados, necessitam ser vistos em sua totalidade, no seu contexto de vida e de morte, e ser amparado nesse processo (OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2017; VASQUES et al., 2019).

O cuidado profissional representado pelos participantes, são destacados a partir da visão global daquele que sofre, não somente no atendimento de suas necessidades físicas, mas também na identificação de suas necessidades mais iminentes, inclusive na possibilidade de sua morte e preparo do corpo.

quando deixamos o paciente nu e o colocamos no cobre_corpo, eu acho que ainda é um processo de cuidado e que temos que tratar da melhor forma possível. **** *ID_07 *_1 *Rel_1 score: 404.50

eu sei que muitos casos não há expectativa de cura e que o momento da espera da morte não é um processo longo. No entanto, eu acho que os profissionais deveriam aproveitar muitas coisas em relação ao cuidado do paciente e em relação aos acompanhantes. **** *ID_10 *_1 *Rel_1 score: 394.08

eu tentei dar o meu melhor para ela e fazer o que precisava, mas eu sabia que ela realmente não estava ali ela já estava indo embora. O que eu pude perceber nesse setor que os pacientes em processo de morte eram bem cuidados. **** *ID_14 *_1 *Rel_2 score: 349.93

Os depoentes relacionaram o paciente em processo de morte e morrer à sua elegibilidade para os Cuidados Paliativos. Sabe-se que essa abordagem objetiva a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017).

Esse tratamento é indicado para pacientes com doença crônica, evolutiva e progressiva em diferentes estágios. Seu foco principal está no cuidado daquele que sofre, atendendo suas necessidades físicas, minimizando a dor e os sintomas desagradáveis bem como atendendo outros sofrimentos que permeiam o adoecer e a possibilidade iminente de morte (SILVA, 2016; MAINGUE *et al.*, 2020).

o cuidado deve ser humanizado minimizando ao máximo a maleficência e tentar trazer o máximo de conforto para ele, principalmente para os pacientes que já estão no final, que estão em cuidados_paliativos. **** *ID_15 *_1 *Rel_3 score: 370.07

e me colocando no lugar dele eu gostaria de estar sendo bem tratada tendo os cuidados que devem ser prestados a mim na situação de cuidados_paliativos. Como eu falei, o cuidado mais humanizado possível para poder passar por esse estágio com a mínima dignidade. **** *ID_04 *_1 *Rel_3 score: 306.46

No entanto, sabe-se que cada pessoa é composta por um contexto socioeconômico, espiritual e psicológico singular, e esses não são dissociáveis e não deverão ser considerados em separado (COSTA, 2019). Sendo assim, um de seus pressupostos é o envolvimento do indivíduo em sua integralidade, apoiando-o a viver mais ativamente possível e propiciando a tomada de decisão sobre sua própria vida e finitude. Nesse sentido, os depoentes expressaram:

nós chegamos com a pré_concepção de algo de que sabemos que é o melhor para esse paciente e, quando prestamos o cuidado, temos que deixar de lado o pessoal e ver como profissional. Existem momentos que temos que separar as coisas. **** *ID_19 *_2 *Rel_3 score: 390.35

todos os cuidados que prestaram, ela entendia que era para ficar curada. Eu acho que o principal cuidado deveria ser o paciente estar ativo no processo de morte e não só no processo de cura da doença. **** *ID_11 *_1 *Rel_3 score: 322.13

Em relação ao familiar, os participantes relacionaram atitudes profissionais de cuidado aos familiares que estão diante a internação e a terminalidade de seu ente querido.

tem familiar que é mais choroso e fica perguntando, por ser mais preocupado. Então, o profissional tem mais cautela no cuidado e a conversa é feita de forma mais calma, com mais informações e conseguimos perceber que a família consegue lidar bem com o todo processo e de forma mais objetiva. **** *ID_18 *_2 *Rel_4 score: 388.61

eu acho que o profissional tem que dar conforto ao familiar e ter cuidado. A única coisa que aprendi na faculdade sobre isso foi confortar a família e leva-la para um local adequado. **** *ID_29 *_2 *Rel_2 score: 361.51

é preciso ter o cuidado a família do paciente e dar apoio. São sentimentos muito conflitantes que envolve o respeito, a empatia e a tentativa de ajudar e ter solidariedade, mas também sentir desespero porque é um ser humano que está morrendo. **** *ID_26 *_2 *Rel_2 score: 323.59

A hospitalização e o processo de morte e morrer, traz consigo a sensação de perda da identidade, angústia e isolamento do paciente. Assim, a estratégia familiar para o apoio, exige a sua reorganização decorrente da adaptação ocasionada pela situação. A assistência familiar decorre da possibilidade de estar próximo, de ajudar no que for preciso, estar ciente das mudanças que podem ocorrer e se tudo está ocorrendo de forma apropriada. Nesse sentido, o cuidado profissional associado ao fortalecimento dos laços familiares, poderá proporcionar meios para o enfrentamento dessa situação de forma mais humana e segura (SANTANA; PESSINI; SÁ, 2017; CARDOSO et al., 2018).

então o profissional pode tentar fazer essa aproximação para que seja um processo de todos, tanto da família quanto da pessoa, de modo a ligar a família a esse paciente e que eles possam se ouvir. **** *ID_11 *_1 *Rel_3 score: 356.39

da mesma forma que o paciente precisa participar ativamente do processo de morte, a família que vive esse processo precisa participar. A equipe profissional de saúde tem muita responsabilidade nessa relação entre família e o paciente. **** *ID_11 *_1 *Rel_3 score: 318.55

Nesta perspectiva, o papel do profissional de saúde é estar junto a esse familiar, ter a capacidade de ouvi-lo e estimular seus pensamentos positivos, bem como permitir que este possa expressar seus sentimentos e medos. A criação do vínculo entre o profissional e o familiar possibilita a melhora do cuidado, da qualidade de vida e, conseqüentemente, promovendo a morte digna (SANTANA; PESSINI; SÁ, 2017).

Destaca-se no relato dos participantes, a importância do apoio processo de luto e aconselhamento ao familiar, bem como a dificuldade do próprio aluno em se perceber atuante nessa situação.

porque se falamos que o paciente está em cuidados de fim_vida, mas o familiar crê que a pessoa vai viver o profissional tem que concordar com a fé dela, mas ser realista. **** *ID_16 *_2 *Rel_1 score: 358.52

a família sempre deseja a melhora que o paciente fique bem e consiga ir para casa. Eu acho que deve ser difícil manter essa relação profissional e família eu não sei exatamente. **** *ID_17 *_2 *Rel_4 score: 295.66

Além da assistência ao familiar no processo de luto, antes e após a morte do ente, a equipe de saúde, principalmente o enfermeiro, poderá traçar possíveis intervenções para as suas necessidades a partir do estabelecimento da comunicação efetiva, o apoio emocional e as tomadas de decisões. A crença na cura do paciente pode ser um mecanismo psicológico de proteção da família e uma estratégia de enfrentamento diante das mudanças ocasionadas pelo luto (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019). Cabe ao profissional se fazer presente e transmitir ao familiar e ao paciente o apoio e a segurança necessários para o processo de aceitação da terminalidade da vida, no entanto, essa tarefa se torna árdua uma vez que não se tem o preparo adequado para a vivência desta situação.

O enfermeiro é considerado por alguns autores o elo principal entre o paciente, seu familiar e os demais profissionais, uma vez que sua presença constante e sua compreensão acerca do cuidado é essencial no planejamento, direcionamento e execução de suas ações (SANTANA; PESSINI; SÁ, 2017; CARDOSO et al., 2018). Os participantes corroboram com essa afirmativa.

então baseada nas experiências que eu tive, o relacionamento da equipe de enfermagem é mais cuidadoso com os familiares desse paciente do que com os outros. A enfermagem acaba dando mais atenção e tenta explicar como é o cuidado, o que mudou e como o paciente se comportou. **** *ID_25 *_2 *Rel_2 score: 357.01

eu acho a enfermagem um pouco mais humanizada do que outros profissionais de saúde, por exemplo, os médicos. A enfermagem está mais ligada a pessoa e não somente ao cuidado. Acredito que isso aconteça por estar mais próximo e estar acompanhando a evolução do paciente. **** *ID_24 *_2 *Rel_1 score: 349.54

os enfermeiros atendem o paciente como um todo e sabendo que ele está em processo de morte nosso objetivo é orientá-lo explicar o que vai acontecer o que ele vai passar e tentar prescrever o melhor cuidado. **** *ID_20 *_2 *Rel_4 score: 340.45

Quando a morte se aproxima, porém, é comum pacientes terminais tentarem entender o sentido da vida, o sentido da morte, da doença e do sofrimento. Essas questões são expressas em sentimentos de angústia e que podem ser aliviados com a abordagem dos aspectos religiosos e espirituais, que têm sido considerados essenciais para o enfrentamento de situações estressoras (VICENSI, 2016; DE SOUZA; NASCIMENTO; SPEZANI, 2019), melhorando a aceitação da sua finitude. Logo, se faz necessário que o profissional tenha algum aprofundamento teórico sobre os valores espirituais e religiosos dos pacientes, conforme expresso nas falas a seguir.

a religião afrodescendente, por exemplo, o candomblé ou outra religião que a sociedade não tenha muito conhecimento, pode acabar dificultando o cuidado profissional devido à falta de conhecimento de sua religião e assim, o profissional pode acabar impondo sua religião sobre a religião do paciente. **** *ID_13 *_1 *Rel_2 score: 319.36

a morte é um propósito e a religião de cada pessoa influencia no seu entendimento. E trabalhar esse conceito com o paciente deveria ser assim, os nossos conceitos de religião deveriam estar inertes e deveríamos tentar entender como o paciente lida com isso e manejar da melhor forma possível. **** *ID_18 *_2 *Rel_4 score: 310.56

Esse conhecimento, por parte do profissional, foi elencado pelos participantes como parte de sua capacitação para além do cuidado ao corpo físico. O cuidado espiritual que será prestado, deverá ser elaborado em conjunto com o paciente, para que se consiga traçar intervenções que tenham potencial no enfrentamento desse momento de tanta dificuldade, atingindo as nuances mais profundas e tangíveis da alma (DE SOUZA; NASCIMENTO; SPEZANI, 2019).

Os depoentes relatam que o preparo e a capacitação do profissional para interagir e cuidar do indivíduo no seu processo de finitude deve ser levado em consideração desde a sua formação, levando-o a praticar essa aprendizagem no seu dia-a-dia, como futuro profissional.

a importância dessa aula está em capacitar o profissional e dar a ferramenta para lidar com essa situação para tentar minimizar o envolvimento emocional que existe e que pode ser prejudicial e poder dar ferramentas para ele continuar prestando assistência à família e ao próprio paciente da melhor forma possível. **** *ID_15 *_1 *Rel_3 score: 513.92

Entretanto, para a maioria dos profissionais de saúde, inclusive os de enfermagem, a abordagem sobre a finitude e as questões espirituais e religiosas, não constitui uma tarefa fácil, sobretudo porque eles possuem uma educação

insuficiente a respeito do assunto. O cuidado baseado na cura não prepara esses acadêmicos e futuros profissionais para lidar com a finitude de seus pacientes, podendo favorecer seu afastamento e, percebido frequentemente como manifestação de negligência na assistência e levá-lo gradativamente, a uma postura de dessensibilização, com atitudes mecanizadas (BANDEIRA *et al.*, 2014; VICENSI, 2016; VASQUES *et al.*, 2019). A falta de preparo para a vivência desta situação durante a graduação é percebida nas falas dos participantes.

o que falta para o profissional oferecer um cuidado diferencia do é estar capacitado e psicologicamente preparado para conseguir ouvir que o paciente vai morrer. Ouvir ele dizer que está tranquilo com isso e ficar tranquilo também. **** *ID_27 *_2 *Rel_2 score: 387.70

eu acho que todos os nossos esforços acabam não conseguindo chegar a prestar esse conforto. É complicado porque eu não consigo me colocar na posição desse paciente e pode ser que, talvez, o meu cuidado possa interferir no processo de cuidado. **** *ID_10 *_1 *Rel_1 score: 386.96

não houve a abordagem do processo da perda familiar ou no sentido de estar capacitado como profissional para suportar essa situação. A temática da morte deveria ser abordada de forma a nos orientar como se posicionar diante da família e de suportar estar presente no momento da morte a beira_leito. **** *ID_28 *_2 *Rel_4 score: 340.50

O cuidado ao indivíduo precisa ser visto em seu contexto de vida e de morte, em sua totalidade, pois o processo de morte e morrer também faz parte de sua existência. Cada indivíduo é único, com suas fragilidades e potencialidades a serem consideradas nesse contexto de cuidado. É comum que pacientes em processo de morte e morrer recebam assistência inadequada e ineficaz (SILVA, 2016; COSTA, 2019).

eu acredito que essa falta de cuidado aconteça com frequência porque eu já ouvi outros pacientes comentarem que os profissionais fazem esse tipo de comentário maldoso em relação a pessoa em processo de morte. **** *ID_12 *_1 *Rel_3 score: 397.34

o mínimo que precisamos fazer é nos colocar no lugar desse paciente e é isso que eu tento fazer. Mas pelas coisas que eu escuto, percebo que falta isso nos profissionais. **** *ID_19 *_2 *Rel_3 score: 437.09

eu presenciei o cuidado dos profissionais e era muito frio. Acho que algumas mortes, de alguma forma, foram provocadas por falta de administrar medicação, ela morre mais rápido ou deixar no tempo dela. **** *ID_03 *_1 *Rel_4 score: 324.47

Reitera-se que a morte ainda é comumente negada na sociedade atual (MORIN, 1997) e, mesmo os profissionais de saúde tendem a negá-la, sem

enfrenta-la realmente. Lidar com a finitude do paciente sem o devido preparo pode levar, gradativamente, o profissional a uma postura de dessensibilização do cuidado, favorecendo atitudes mecanizadas e por vezes, consideradas negligentes (VASQUES et al., 2019).

o cuidado ao paciente que está em processo de morte é relativizado pelos profissionais. Eles entendem que o paciente vai morrer e vida que segue. **** *ID_22 *_2 *Rel_3 score: 354.38

isso é muito conflitante para mim pois, tem profissionais que falavam para não ter determinado cuidado com o paciente em processo de morte porque não adiantaria. Mas eu fazia porque ele estava vivo e conversava comigo. **** *ID_13 *_1 *Rel_2 score: 351.81

de forma geral, os profissionais de saúde pensam que a pessoa em processo de morte não precisa de muito cuidado. **** *ID_06 *_1 *Rel_1 score: 338.79

eu prezo muito pela assistência humanizada que todo mundo fala. Dar o máximo de conforto mesmo para aquele paciente e promover pequenos cuidados, que as pessoas negligenciam porque acham que não vai fazer tanta diferença. **** *ID_09 *_1 *Rel_2 score: 319.42

Além disso, a hospitalização implica estabelecer relações entre os indivíduos adoecidos, sua família e os profissionais de saúde. Esse cuidado e as relações se tornam ainda mais complexas quando os profissionais não conseguem visualizar a necessidade do outro, negligenciando, por vezes, as queixas e solicitações de familiares e pacientes.

nós não vimos esse exemplo de cuidado profissional em outros momentos como estagiário como aluno nós conseguimos preencher esse sentido profissional de trabalhar o lado emocional do paciente e do acompanhante pela perda pela história pelo que viveram. **** *ID_10 *_1 *Rel_1 score: 351.30

o que acontece é que só vão tentar conversar quando o familiar está saturado cansado eu acho que o profissional deveria ter esse olhar estar mais presente independente da pessoa manifestar ou não sua tristeza seu sofrimento. **** *ID_18 *_2 *Rel_4 score: 318.69

eu vejo que a equipe tenta limitar o tempo da visita ou algo assim para ser o mais rápido possível e continuar o processo de cuidado, mas família está ali para suprir outras necessidades que não são técnicas. **** *ID_15 *_1 *Rel_3 score: 317.97

De maneira geral, como visto anteriormente, as grades curriculares da enfermagem e da maioria das profissões de saúde, contemplam questões relacionadas à vida, à cura e ao tratamento, sem que exista uma reflexão voltada para a finitude da vida e situações de sofrimento, bem como a espiritualidade e

religiosidade. Do mesmo modo, também é oportuno que as próprias instituições de saúde propiciem a criação de espaços para que os profissionais já formados possam se capacitar e aprimorar seus conhecimentos.

7.6.1.2 Classe 3. A objetivação e a ancoragem da morte para graduandos de enfermagem: Uma construção social, cultural e simbólica

A classe 3 é composta por 244 UCE's, totalizando 20,17% do corpus de análise. A partir do dendograma, as palavras que apresentaram maior significância e associação com a classe foram: **sociedade, imagem morte, vida, pensar, surgir, ruim, encarar, etapa e sentimento**. Pelas palavras de maior frequência, a classe trata sobre o posicionamento da sociedade frente o processo de morrer e a morte.

No quadro 22 a seguir, serão apresentadas as palavras principais que compõe a classe, frequência de aparecimento e valor de χ^2 .

Quadro 22 – Frequência, valor de χ^2 e formas principais da classe 3

Frequência	χ^2	formas
32	99.96	Sociedade
20	60.69	Imagem
148	56.24	Morte
57	46.85	Vida
45	46.21	Pensar
16	41.67	Surgir
23	39.7	Ruim
16	38.45	Encarar
13	37.58	Etapa
26	35.89	Sentimento

Fonte: A autora, 2020, elaborado através do Iramuteq.

A classe demonstra a forma de pensamento da sociedade em relação a morte e o morrer. Sabemos que a morte é algo difícil de lidar, e nessa perspectiva, os

profissionais de saúde merecem destaque, visto que a morte em seu cotidiano é uma constante. Sua reação perante a morte e o morrer, dependerá da construção social que tiveram: a partir dos conhecimentos ingênuos, formados no cotidiano familiar; a partir do preparo acadêmico, durante sua formação e por fim, a partir do tempo e do cuidado que dispensaram a esse paciente.

Nesse sentido, cabe pensar na forma como a representação social é construída a partir da produção de saberes e no cotidiano de cada indivíduo. Representar vai além de formulação de conceitos acerca de um determinado fato, mas na produção de comportamentos embasados em experiências sociais, de forma social e coletiva, no conjunto de conceitos construídos diante de um fenômeno social. Ou seja, todos os aspectos da vida do sujeito, inclusive a inserção no momento histórico-cultural, são formadores dessa representação de fenômenos sociais que fazem parte do seu contexto (SÁ, 1998; JODELET, 2001; MARKOVÁ, 2006; WACHELKE; WOLTER, 2011).

O homem é um ser formador de representações sociais, ou seja, atribui sentidos a situações, a objetos e também a pessoas que o rodeiam (SÁ, 1998; JODELET, 2001). Estes significados estão intrinsecamente relacionados à cultura e ao período histórico em que ele está inserido e o fenômeno da morte é algo que está amplamente relacionado com esse pressuposto.

eu acho que, a sociedade em geral, se posiciona com sofrimento tristeza e pensam na morte como algo ruim. As pessoas sempre veem a morte como uma coisa negativa. **** *ID_17 *_2 *Rel_4 score: 393.97

no primeiro momento, é um pensamento negativo. Mas depois vem uma imagem de conformidade. São sentimentos bem negativos de tristeza e raiva. A sociedade não aceita e não falamos sobre a morte. **** *ID_24 *_2 *Rel_1 score: 357.30

A forma como pensamos a morte gera sofrimento. A sociedade encara a morte como algo muito ruim, inclusive eu. A sociedade não consegue ver que a morte faz parte de um ciclo. **** *ID_06 *_1 *Rel_1 score: 341.43

Diferentes compreensões e sentidos foram atribuídos a morte e a atuação do ser humano foi modificada ao longo da história (ARIÈS, 2012). Na construção da representação social da morte foi incorporado gradualmente simbolismos, valores e significados, de acordo com o contexto histórico, econômico, cultural e político, resultantes da interação social dos indivíduos, exercendo influência no conjunto de conhecimentos, opiniões e imagens. Nesse sentido, Mota *et al.* (2011) ressaltam

que, embora a morte faça parte da vida, a dificuldade de falar sobre a morte repassa a todos, mesmo em se tratando de futuros profissionais de saúde.

nós só pensamos sobre a morte quando alguma coisa afeta a vida. Então, a sociedade não se posiciona. A morte é vista como um tabu e parece que a vida nunca vai chegar ao fim, e deixa para falar sobre isso depois. ****
*ID_18 *_2 *Rel_4 score: 314.76

quando amamos alguém nós queremos que a dor da pessoa acabe. A sociedade vê a morte como um tabu. Eu acho que falamos muito pouco sobre a morte e a sociedade acaba enxergando pelo lado ruim. **** *ID_11 *_1 *Rel_3 score: 265.38

A morte é um assunto que pode gerar resistência por fazer emergir lembranças de situações desagradáveis ou até mesmo ascender o sentimento de medo. Esse temor está relacionado a consciência da finitude da vida (ARIÈS, 2012; MACHADO et al.; 2016) e comumente, não é encarado como um processo natural pela sociedade (BANDEIRA *et al.*, 2014).

outra questão que eu nunca parei para pensar (...) pensando até na sociedade, a morte é um negócio que nós não mencionamos. **** *ID_30 *_2 *Rel_2 score: 292.70

a sociedade não se posiciona muito bem. No geral, as pessoas encaram a morte de pessoas próximas com revolta e tristeza, outros com aceitação. Acho que depende da situação. **** *ID_22 *_2 *Rel_3 score: 280.53

As pessoas, no geral, sabem que um dia vão morrer só que não ligam para isso. A morte é uma certeza que temos, mas é uma coisa que nós não pensamos. **** *ID_25 *_2 *Rel_2 score: 258.16

Os sentimentos negativos expressos em relação à morte estão relacionados ao sistema cultural que infere que devemos lutar contra ela. A sociedade contemporânea tem dificuldade de pensar na morte em si, nos aspectos do processo e nas suas múltiplas significações. O pensamento de que devemos “travar uma batalha” torna a morte como algo injustificado ou inesperado, concebendo aos profissionais de saúde a ideia de falha dos seus esforços em manter a vida (NEGRINI, 2014).

Essa necessidade de negá-la revela a transformação da morte como algo detestável por romper o andamento normal da vida. A morte deixa de ser parte constituinte do ciclo de vida e passa a ser desconsiderada, ocultada do dia-a-dia e tratada com aparente indiferença. Desenvolve-se a beleza do morto, estética fúnebre signo da ausência do sofrimento, e o luto deixa de ser praticado

coletivamente, tornando-se privatizado, com finalidade de poupar a sociedade (RODRIGUES, 2006).

A transferência do morrer para o hospital, além de despersonalizar a pessoa, ao mesmo tempo, protege a família da morte e da pressão emocional que dela resulta e protege a sociedade da publicidade da morte. Assim, a morte passa a ser um evento de responsabilidade técnica, passível de controle e nasce o mito da imortalidade humana (RODRIGUES, 2006; ARIÈS, 2012). O encobrimento da morte e de todos os eventos indesejáveis provocados por ela, está na crença da possibilidade de abolir a terminalidade da experiência humana ou no ajuste da vida a essa realidade (NEGRINI, 2014).

a morte surgiu no mundo porque eu acredito que a partir do momento que há a vida há a morte e a morte pode acontecer pela idade ou pela violência. **** *ID_28 * _2 *Rel_4 score: 259.51

eu acho que a sociedade enfrenta muito mal a morte principalmente a morte gerada por violência porque vê todos os dias nos jornais poucas pessoas têm facilidade em aceitar. **** *ID_23 * _2 *Rel_3 score: 216.30

acho que a sociedade em geral por mais que saibamos que todos vamos passar por isso nós temos muito medo da morte devido à incerteza em torno dela infelizmente às vezes lidamos com a morte como um meio de chamar atenção para outras situações. **** *ID_26 * _2 *Rel_2 score:199.38

O silenciamento da morte e a questão do tabu também está relacionada ao sentido social atribuído aos meios sociais de comunicação. O distanciamento da realidade, as notícias veiculadas pela imprensa de mortes violentas, reverberam e acentuam o medo produzido por aquilo que ninguém quer falar. Nesse contexto, a mídia ganha destaque na formação de opinião e sentido, favorecendo o processo de comunicação, seja para a informação ou não.

Um depoente destaca o posicionamento da sociedade diante da morte ocasionada pelo novo Coronavírus, causador da *Coronavírus disease 2019*. Além dos impactos socioeconômicos, a pandemia pode ser considerada uma crise sob o ponto de vista epidemiológico e psicológico, associando a perda em massa, tanto de vidas humanas, quanto de rotinas e conexões sociais, devido ao distanciamento social imposto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020).

saber como a sociedade se posiciona diante da morte no meio de uma pandemia é genial. Eu acho que as pessoas banalizam a morte, principalmente agora durante a pandemia, as pessoas realmente têm desprezo. **** *ID_10 * _1 *Rel_1 score: 251.56

Essas perdas provocadas pela pandemia, principalmente com a morte de milhares de pessoas, temos a presença do luto, que é o processo vivido após a morte, seja por pequenas ou grandes perdas. E a forma com que cada indivíduo irá vivenciá-lo, dependerá de sua faixa etária, seu desenvolvimento cognitivo e emocional, das condições da perda e a própria dinâmica familiar, assim como a cultura e o ambiente social que ele está inserido (KOVÁCS, 2013; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020b).

o sentimento é de tristeza por perder alguém então a sociedade em geral nós não estamos preparados para a morte para alguns a morte depende do significado das coisas que a pessoa fez na vida. **** *ID_13 *_1 *Rel_2 score: 299.54

eu não consigo pensar de outra forma. A morte é uma coisa inevitável para todos. **** *ID_16 *_2 *Rel_1 score: 220.36

A morte é tratada como tabu no mundo ocidental moderno e deverá ser evitada e tratada de forma diferente por trazer sentimentos desagradáveis que deveriam sequer ser pensados. Ela passou a ser vista com distanciamento, quase sempre negada. Antes, contudo, a morte era vivenciada como um acontecimento corriqueiro, familiar e partilhado por todos, principalmente nos rituais, como velórios mais longos e na reunião dos familiares e amigos para uma refeição em homenagem ao morto (RODRIGUES, 2006; ARIÈS, 2012; NEGRINI, 2014).

A tendência do afastamento da ideia da morte também foi surgindo por meio dos avanços tecnológicos na prevenção e no tratamento de doenças, com isso a expectativa de vida aumentou e hoje, muitas pessoas sobrevivem até a idade avançada. A sociedade, portanto, impugna a morte e em sua maioria, apresenta uma visão negativa a ela, delegando aos profissionais de saúde a imposição de controlá-la e torna-la mais cômoda (RODRIGUES, 2006; NEGRINI, 2014; MACHADO *et al.*, 2016).

quando penso em morte, lembro da caveira e não deveria ser. Vem a imagem de uma caveira, coisas escuras e aquela figura da morte com uma foice e querendo pegar as pessoas. **** *ID_18 *_2 *Rel_4 score: 223.95

a imagem daquele manto preto segurando uma foice. E o sentimento que tive com a morte de familiar foi desespero e impotência. Não temos força e não conseguimos lutar contra esse sentimento. **** *ID_16 *_2 *Rel_1 score: 222.33

engraçado que todas as imagens são em preto e branco todas elas. Ninguém entende a morte como algo bom porque a perda é vista como algo ruim. **** *ID_29 *_2 *Rel_2 score: 208.90

Conforme expresse nas falas, a morte inquieta a compreensão da finitude da condição humana e, muitas vezes, na tentativa de trazer significado, torna-se familiar aquilo que foi aprendido ao longo da vida. E nesse sentido, de se fazer familiar aquilo que não era anteriormente, a representação social utiliza-se de dois mecanismos: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem capta e fixa ideias estranhas, reduzindo-a a imagens comuns e colocando-as em um contexto conhecido e familiar. A objetivação materializa o conceito e torna concreto o que anteriormente era abstrato (SÁ, 1998; 2002; VALA, 2000; MOSCOVICI, 2005).

Nesse contexto as falas objetivam a morte como algo escuro, preto e branco e a ausência de cores. Essa oposição claro e escuro, preto e branco também pode estar relacionada a morte como ausência de saúde, como algo feio e obscuro, necessitando de reparação. No nosso cotidiano, a procura por bens de consumo relacionados a saúde como serviços estéticos e vitaminas, tentam garantir a beleza e a juventude a qualquer custo, a fim de preservar a aparência saudável e o vigor da vida, afastando qualquer vestígio da morte.

Ao mesmo tempo, percebe-se então, nessa tentativa de tornar familiar, uma certa tendência de domesticação da morte, tornando-a não somente parte da configuração do imaginário, mas de simbolismos que expressam a efemeridade da vida. Compreender a finitude como parte de um ciclo, constitui o entendimento de que a vida é composta de um conjunto de transformações e a morte é o seu encerramento (KOVÁCS, 2013).

a morte sempre existiu e é o ciclo da vida. Nascer, crescer e morrer. A imagem que eu tenho da morte são de pessoas tristes. **** *ID_21 *_2 *Rel_1 score: 280.88

uma perda muito grande para quem fica, não para quem vai. Porque quem vai não sente a morte, ela é só mais uma etapa nós nascemos crescemos e morremos. Eu acho que as pessoas morrem porque é um ciclo da vida. **** *ID_29 *_2 *Rel_2 score: 220.72

eu acho que a morte ocorre para dar espaço para outras pessoas virem e para elas fazerem coisas diferentes. Algumas morrem antecipadamente e outras morrem porquê completou o ciclo e encerrou a vida. **** *ID_13 *_1 *Rel_2 score: 206.43

do ponto de vista biológico eu acredito que a morte surgiu de algum mecanismo para tentar controlar a população para não termos uma superpopulação surgiu a partir do momento que o próprio planeta entendeu que não conseguiria ter suporte para um número excessivo de criaturas de animais. **** *ID_12 *_1 *Rel_3 score: 193.87

Podemos observar que a ancoragem da morte, nos trechos acima, está ligada a condição humana acerca da finitude ao considera-la parte integrante das etapas da vida: nascer, crescer e morrer. Observa-se também sua ancoragem enquanto fato necessário para garantir o futuro, com o controle populacional e a possibilidade de diversificar pessoas, seus pensamentos e ações.

Apesar da negação e do afastamento, é possível perceber a dor e o pesar que podem variar de acordo com o nível de tolerância e a formação para a morte, seja por meio da crença religiosa ou pelo preparo profissional. Desmistificar a morte e entender que ela faz parte de um processo natural e que todos iremos passar, implica na criação de mecanismos que a tornem mais aceitável e passível de reflexão.

para mim a morte pode ser uma experiência boa ou ruim. Quando a pessoa tem uma doença que traz muito sofrimento, a morte pode ser libertadora. Mas para quem é muito apegado à vida e não quer morrer por medo, a morte torna-se ruim. **** *ID_01 *_1 *Rel_3 score: 227.50

eu acho que a sociedade não tem uma posição ou quando tem, ela se posiciona negativamente no sentido de ser ruim morrer, a não ser para quem está sofrendo. **** *ID_24 *_2 *Rel_1 score: 195.18

A reação do indivíduo diante à situação de finitude dependerá da cultura, das crenças e da sua formação. No entanto, quando refletimos diretamente sobre a atitude do profissional de saúde perante a morte, principalmente quando olhamos para a formação desses indivíduos, percebe-se a necessidade da formação acadêmica voltada para além da restauração da saúde com vistas ao prolongamento da vida. Isso porque esses graduandos, ao se deparar com a morte, vislumbram-na como insucesso e levando-os a sentimento de culpa e tristeza.

e quando é com o paciente o sentimento de impotência existe por pensarmos que talvez pudéssemos ter feito algo para evitar a morte e o sentimento de dor e pesar pela família. **** *ID_16 *_2 *Rel_1 score: 210.84

na enfermagem principalmente por que se não consegui fazer o meu trabalho que é promover a saúde e nós associamos vida a saúde e a pessoa morre eu associo todos os sentimentos negativos possíveis como impotência e tristeza. **** *ID_18 *_2 *Rel_4 score: 199.85

É relevante que ainda durante a graduação, estes futuros profissionais sejam capacitados científica e psicologicamente para lidar com o morrer de seus pacientes. Entretanto, conforme afirma Bandeira et al. (2014), habitualmente os profissionais se

reconhecem limitados a trabalhar com pacientes em fase final de vida, e o cuidado se torna um fardo, em um ambiente composto por sofrimento, angústia e medo.

o processo de aceitação é algo que demora porque traz muitas lembranças a sociedade vê a morte como algo ruim e com muita tristeza não há muita aceitação da morte eu acho que foi pouco abordado na graduação. ****
*ID_13 *_1 *Rel_2 score: 239.75

acho que a sociedade não se posiciona e essa é a minha preocupação quando entramos na área da saúde apesar de não falarmos isso, mas nós só aprendemos com a morte quando vemos alguém morrendo. **** *ID_18 *_2 *Rel_4 score: 203.41

O medo do profissional está relacionado à própria morte e à morte do outro, sendo relevante entender como este reage frente à morte de seus pacientes e o impacto provocado por ela. Alguns profissionais demonstram atitude de negação, outros buscam naturalizá-la a cada vivência. O morrer pode ser catalizador de sentimentos ambíguos, por um lado gera tristeza, impotência e insucesso e, por outro, de alívio e libertação tanto para a família quanto para o próprio paciente (MOTA et al., 2011; BANDEIRA et al., 2014; MACHADO et al., 2016). Muitos inclusive, ativam mecanismos de defesa demonstrando sentimentos de frieza e insensibilidade (MOTA et al., 2011), decorrentes da falta de preparo e inadequação diante da situação que envolve a morte e o morrer.

eu acredito que ao mesmo tempo a parcela da sociedade que não trabalha na área de saúde tende a encarar a morte como algo triste e de profundo pesar já na área da saúde alguns profissionais tendem a banalizar a morte. **** *ID_12 *_1 *Rel_3 score: 238.49

Na revisão de literatura voltada para identificar o cuidado em saúde diante da finitude humana e seus aspectos bioéticos, constatou-se que a falta de preparo profissional acerca desse assunto e a necessidade de sua abordagem de forma transversal no currículo dos cursos de graduação em saúde. Nesse sentido, a temática ao ser negligenciada nas instituições formadoras, repercute negativamente na atitude profissional, visto sua falta de preparo, permitindo aflorar dificuldades e sofrimentos vivenciados por profissionais e acadêmicos.

Essa falta de preparo repercute sobre a conduta profissional que, por vezes, torna-se fria, distante, impessoal e tecnicista. E a contínua exposição desses e o estresse gerado pelo contato cotidiano com a morte e o morrer dos pacientes, sem que se tenha dispositivos protetores para o alívio e a elaboração do luto, pode afetar a saúde mental dos profissionais (VICENSI, 2016; OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS,

2017; SANTOS *et al.*, 2018; MAINGUE *et al.*, 2020). O estresse constante e a dificuldade para enfrentar situações da melhor forma possível, é um fator preocupante para o desenvolvimento de doenças, como a síndrome de Burnout.

A capacitação não isentará o profissional de se envolver com o paciente e, conseqüentemente sofrer ao vivenciar o processo de sua morte. No entanto, permitirá que este elabore o luto permitindo sua reflexão e discussão com outros profissionais, sendo um elemento de suporte para o seu fortalecimento. Além disso, a capacitação permitirá que o profissional esteja preparado para promover a morte digna e humanizada dos pacientes que estiverem sob seus cuidados.

Lidar com a morte é algo desafiador e, por mais que se busquem formas para amenizar a dor da perda e no enfrentamento das situações, ela é assustadora e considerada fonte de temor. Assim, muitas religiões adotam procedimentos e ritos com a finalidade de amenizar o sofrimento e ajudar as pessoas a lidarem melhor com ela. Pessoas com crenças religiosas elevadas tendem a ter um maior grau de aceitação de morte e sentido de vida (RODRIGUES, 2006; PEREIRA, 2013).

quando temos uma religião a pessoa lida mais fácil com todo o processo, desde a doença até a morte. Para mim é só mais uma etapa da vida e, infelizmente, é uma etapa muito dolorosa e triste. **** *ID_29 *_2 *Rel_2 score: 216.01

eu penso na morte e imagino a pessoa caminhando indo em busca da luz. Eu encaro a morte como algo bom, não encaro como algo ruim. **** *ID_04 *_1 *Rel_3 score: 248.52

eu acho que não existe vida sem morte. A imagem que vem na minha cabeça é um universo paralelo, não o céu é algo diferente do que esse que estamos. **** *ID_22 *_2 *Rel_3 score: 247.69

Segundo Perboni, Zilli e Griebeler (2018) e Avellar e Rocha (2020), muitos profissionais atribuem significado à morte a partir de suas crenças religiosas, baseados em suas doutrinas. Desta forma, a morte poderá ser mais facilmente aceita ou não de acordo com a interpretação religiosa de cada pessoa, sendo considerada uma estratégia de enfrentamento e entendimento sobre o morrer. A religiosidade e a espiritualidade são utilizadas como suporte para o enfrentamento da perda de seus pacientes e referem encontrar um pouco de conforto para o alívio do sofrimento durante o processo de elaboração do luto profissional (AVELLAR; ROCHA, 2020).

O sentimento de perda é uma experiência que, segundo Freud (1996), todo ser humano vivência desde o nascimento. O nascimento consiste na primeira

experiência de angústia devido a separação e desta, ocorre este sentimento em diversas etapas da vida e em diversos contextos, como o processo de separação conjugal, afastamento social ou perda de pessoa próxima.

Sendo assim, o luto é um processo, um conjunto de reações e emoções resultantes do processo de perda de algo ou alguém, não sendo contudo, o processo de aniquilação da memória ou da presença, mas a elaboração da ausência concreta, mas a permanência da vitalidade dos mesmos na consciência (SOUZA; SANTOS, 2015). E para o processo de elaboração do luto, a religião e a espiritualidade oferecem suporte as pessoas que estão vivenciando suas perdas, amenizando a dor e o sofrimento, e dando-lhe força por acreditar em algo superior que rege sua vida.

e de um ponto de vista filosófico eu acredito que seja o mesmo motivo conseguir parar e ter um novo começo a partir da morte. **** *ID_12 *_1 *Rel_3 score: 306.84

é uma etapa da vida que se encerra ou as vezes se inicia dependendo do ponto de vista. Estou aqui pensando eu acho que as pessoas morrem porque é o momento. **** *ID_04 *_1 *Rel_3 score: 256.07

A crença na transcendência humana, para alguns participantes, parece ser parte do processo de elaboração do luto e como tentativa de amenizar a dor e o sofrimento causado pela partida (SOUZA *et al.*, 2017). A naturalização da morte pode ser entendida como fruto do consolo e da esperança geralmente incentivado pelas religiões.

eu acredito que a morte tenha surgido para poder ver o quanto a pessoa errou e acertou e, depois, para poder voltar e acertar. **** *ID_01 *_1 *Rel_3 score: 226.39

a sociedade não está preparada para lidar com a morte e acho que isso é cultural. Os espiritualistas veem como se a pessoa tivesse finalizado a tarefa e agora ela poderá seguir em outro caminho. **** *ID_19 *_2 *Rel_3 score: 222.35

as pessoas morrem porque elas cumpriram o que vieram cumprir em vida. Mas pode ser que tenham que vir outras vezes para cumprir o resto. **** *ID_22 *_2 *Rel_3 score: 209.33

Observamos aqui a relação da morte como passagem para outro caminho e como reinício para consertar o errado, como forma de contextualizá-la como algo familiar. A morte é o fim da vida, e para designá-la, muitas vezes, utilizam-se expressões como passagem, descanso e recolhimento, refletindo uma ancoragem na concepção religiosa de quem as utiliza. Essa forma de simbolizar a morte não

está apenas pautado no fenômeno das mudanças físico-biológicas, mas na possibilidade de existência após morte. As crenças acerca da morte e do processo de morrer, guardam estreita relação com os dogmas religiosos. As religiões creem na manutenção da vida após a morte, acreditam que o status da pessoa que morre será definido de acordo com a conduta nesta vida, sendo recompensado ou punido pelos seus atos.

a morte é o encerrar de um ciclo, mas não é o final da vida. **** *ID_02 *_1 *Rel_4 score: 236.00

pensando em uma sociedade cristã como é a nossa eu vejo que a morte é muito penalizada. Para muitos, a morte é o juízo_final, a última oportunidade. **** *ID_15 *_1 *Rel_3 score: 219.83

Para os cristãos, a morte é o mais cruel inimigo dos seres humanos devido a sua origem no pecado. No entanto, para o apóstolo Paulo, a morte ocorre somente para aquele que vive sujeito ao pecado, pois, para aqueles que vivem em Cristo, a morte é a entrada na vida eterna. Na bíblia Nova Almeida atualizada (2017), na carta aos Coríntios o apóstolo afirma que “prefere se ausentar do corpo para morar com o Senhor” (2 Cor.5:8) e na carta aos Filipenses ele afirma que “morrer é lucro” (Fl. 1:21). Nesse caso, a morte é desejada pois, seu efeito de finitude foi aniquilado e o cristão poderá viver na plenitude da comunhão com Cristo. Para aqueles que vivem no pecado, a morte é o juízo final, pois esta será a última morte e não terá, portanto, a oportunidade de viver em Cristo.

A sociedade cristã a morte está associada aos pecados que cometemos na vida e não está ligado as coisas boas eu acho que é uma carga negativa. **** *ID_15 *_1 *Rel_3 score: 320.02

gênesis o primeiro livro quando começa fala sobre quando Caim mata Abel a primeira morte que se tem notícia essa é a imagem do surgimento da morte que vem na minha cabeça. **** *ID_17 *_2 *Rel_4 score: 193.50

Vislumbra-se na fala dos participantes que a morte e o pecado produzido pelo homem estão associados. A punição em decorrência da desobediência do pecado está fortemente representada na morte. Para Bock (2018), a morte é a manifestação visível do pecado no mundo, enquanto que a morte de Cristo é a manifestação da sua misericórdia ao mundo, vencendo a morte com a morte. Precisamente pela obediência e o amor de Cristo e sua entrega gratuita mostra a superação da morte e do pecado.

o pior é justificar algo que não é justificável eu acho que a sociedade relativiza a morte fica buscando no passado as coisas de errado que a pessoa fez mesmo que a pessoa tenha tentado se consertar. **** *ID_05 *_1 *Rel_4 score: 222.22

se pensar pela biologia a morte ocorre porque o organismo para de funcionar ou porque a pessoa mereceu, não sei. **** *ID_30 *_2 *Rel_2 score: 199.05

deixar de lado as bobagens as brigas e as crises da relação humana e valorizar as melhores coisas que as pessoas podem proporcionar para nós a sociedade se divide muito e procura justificar a morte dos outros. **** *ID_05 *_1 *Rel_4 score: 218.61

Justificar a finitude da vida é uma tarefa subjetiva e ao mesmo tempo intrigante para esses participantes. Segundo Silva et al. (2012), através da ótica da religião, o homem busca explicações que lhe confortem ou traga respostas para suas angústias. E a morte é uma grande fonte de angústia e tormenta devido ao terror de deixar de existir. A religião, portanto, acompanhou o processo de transformação do homem e na influência dos seus costumes, na cultura e na formação do conceito moral e ética, servindo como base para relacionamentos interpessoal.

A ignorância do homem em relação às enfermidades que o assolavam, proporcionou a humanidade o processo de divinização do desconhecido, acreditando no seu poder de causar e curar doenças, bem como de seus representantes na terra e suas interferências no processo saúde-doença e nos fenômenos da vida e da morte. Assim, a humanidade absorveu normas e pensamentos, formas de julgamentos a partir da diretriz religiosa acerca de diversos temas relacionados a saúde (FARIA; SEIDL, 2005; SILVA *et al.*, 2012).

7.6.1.3 Classe 4. As diferentes religiões e sua relação com a morte e o processo de morrer: a dimensão transcendente, julgamentos e cuidado para pacientes e profissionais

A classe 4 é composta por 158 UCE's, totalizando 13,6% do corpus de análise. A partir do dendograma, as palavras que apresentaram maior significância e associação com a classe foram: **acreditar, religião, influenciar, terra, espiritualidade, deus, ir_céu, plano, espírita e católico**. Pelas palavras de maior frequência, a classe trata sobre os aspectos religiosos e o processo de morte e morrer para os entrevistados, demonstrando a importância da religião no enfrentamento das questões emocionais associadas a terminalidade.

No quadro 23 a seguir, serão apresentadas as palavras principais que compõe a classe, frequência de aparecimento e valor de χ^2 .

Quadro 23 – Frequência, valor de χ^2 e formas principais da classe 4

Frequência	X²	formas
66	228.75	Acreditar
56	174.4	Religião
28	102.89	Influenciar
17	99.29	Terra
18	87.8	Espiritualidade
24	80.29	Deus
15	79.49	Ir_céu
12	72.7	Plano
10	67.14	Espírita
11	65.97	Católico

Fonte: A autora, 2020, elaborado através do Iramuteq.

A classe demonstra a forma de pensamento de cada religião em relação a morte e o morrer, bem como expressa a influência dela nas atitudes profissionais, da pessoa em processo de morte e de seus familiares. Diante de uma situação iminente de morte, não sabendo ao certo como se posicionar frente ao sofrimento e à dor

que, na maioria das vezes, não pode ser aliviada, cada pessoa reage de acordo com as suas interpretações e sentimentos. Na perspectiva da morte, os sentimentos podem se tornar confusos e fazer emergir reflexões sobre o sentido da vida.

As visões sobre a morte e a forma de conceber a realidade modificam-se de acordo com os valores e crenças adotados pelos indivíduos. Desta forma, a preparação para a morte a partir da ótica da religião poderá ser fundamental para sua aceitação, seja para profissionais, para a própria pessoa em processo de morte e para os seus familiares.

Magalhães (2016) ressalta que o cristianismo e suas vertentes possuem o mesmo denominador comum, que é a ressurreição dos mortos e a promessa da vida eterna. Para os católicos, a morte implica na salvação, através da figura de Jesus. É o ápice da vida humana, segundo Torres (2018), pois a morte terrena é vista como o início da vida eterna. Igualmente, para os protestantes, a morte é geradora da vida eterna, todavia, para isso, é necessário a ausência do pecado.

para mim a morte é o fim de um ciclo pois eu acredito na vida_eterna. Muitas pessoas acreditam em carma e eu não. Eu acredito que nós morremos porque temos um processo a cumprir e ao final dele, a vida acaba. **** *ID_28 *_2 *Rel_4 score: 474.46

O tempo e a limitação da vida são extremamente importantes para esses cristãos, sendo a morte também considerada consequência do pecado. Pela redenção em Cristo, a morte cristã passa a ser consumada pelo “morrer com cristo” (HENRIQUES, 2014).

sou católica e a minha religião acredita que a pessoa morre e vai ser julgado no juízo_final pelo que ela fez na terra e vai viver a vida_eterna no ir_céu ou ir_inferno. **** *ID_27 *_2 *Rel_2 score: 767.53

sou evangélica na minha religião quando a pessoa morre nós falamos que ela ficará esperando a volta de deus, no dia do juízo_final, mas isso é para quem realmente morreu aceitando a jesus como único salvador e ir_céu morar com ele. **** *ID_17 *_2 *Rel_4 score: 481.11

porque para nós evangélicos nós acreditamos na vida_eterna então é só o encerramento desse ciclo terreno a morte é do corpo, mas não do espírito eu não vou generalizar e dizer que todos sejam assim. **** *ID_02 *_1 *Rel_4 score: 467.65

nós acreditamos que existe a dualidade entre céu e inferno e a morte seria uma passagem do nosso espírito para um desses locais de acordo com o que você fez durante a vida. **** *ID_18 *_2 *Rel_4 score: 440.96

O paraíso, localizado no céu, é a aspiração mais profunda do homem e está relacionada ao estado de felicidade definitiva, entretanto, o inferno é considerado o local de condenação eterna. Alcançar a vida eterna é o desígnio do homem ao morrer, todavia, a concepção da condenação ao inferno que é destinada aqueles que cometeram pecados contra Deus, contra o próximo e contra si mesmo. Para alcançar a graça da salvação, é condição indispensável a comunhão com Deus, e para isso, é necessário o arrependimento dos pecados (CNBB, 2000).

Nesses pecados contra Deus são chamados pecados mortais, a exemplo dos homicidas, suicidas e outros. Portanto, para esses, o inferno é o “estado de exclusão definitiva da comunhão com Deus e com os bem-aventurados” (CNBB, 2000, p. 291).

o suicídio é algo completamente abominável e todo o discurso vai girar em tentar convencê-lo de que a vida vale a pena a religião interfere na forma de acreditar que a morte é um fato e que a vida é dada por deus e só ele pode tirá-la. **** *ID_18 *_2 *Rel_4 score: 527.11

por exemplo na minha religião temos uma visão diferente das pessoas que se suicidam tem amigos que falam que a pessoa que se suicidou estava sofrendo e agora está em um lugar melhor, mas para mim não é o que eu acredito é bem diferente. **** *ID_17 *_2 *Rel_4 score: 444.08

então por exemplo eu acredito ser pecado ir para uma festa e beber demais não era para fazer aquilo e acaba encerrando quebrando o ciclo e pagando o preço de não ter uma vida_eterna com deus. **** *ID_02 *_1 *Rel_4 score: 427.34

Sendo assim, a morte para estes indivíduos pode ser para a salvação ou condenação eterna. Nesse sentido, a necessidade de arrependimento pelos pecados cometidos é fundamental para a purificação da alma e para o encontro com Deus. A doutrina cristã revela que a salvação vem pela fé, do relacionamento do indivíduo com Deus (CAMPOS, 2016)

Para os espíritas, a morte física é apenas parte do encerramento de um ciclo e o início de outro, fazendo surgir uma noção positiva para o fenômeno morte (AVERSA, 2018) e relacionando que a morte não se opõe a vida, nem um ponto final para a existência, permanecendo o espírito vivo infinitamente (KARDEC, 1994).

sou espírita kardecista e a morte significa uma passagem. Nós acreditamos que somos espíritos em constante evolução e quando a pessoa vem na terra é para cumprir uma parte dessa evolução e resgatar coisas que fez em vidas passadas. **** *ID_11 *_1 *Rel_3 score: 742.58

Vida e morte para os espíritas são ressignificadas a partir da crença na reencarnação. Acreditar em uma existência pós-morte requer uma vivência espiritual iniciada na vida terrena, uma vez que ambas estarão interligadas estreitamente, formando uma série de causas e efeitos que o processo de morrer não a interrompe (DENIS, 1998).

nós acreditamos que existe vida após a morte. Um plano para o qual o nosso espírito vai. **** *ID_19 *_2 *Rel_3 score: 408.65

sou espírita kardecista e para minha religião a morte é como se fosse um processo da vida é a única certeza que temos é que vamos morrer, mas, não significa que acabou e adeus. **** *ID_19 *_2 *Rel_3 score: 391.26

Assim, a morte é considerada uma mudança de estado, sendo o corpo destruído para a libertação do espírito, o “eu” consciente e sensível (DENIS, 1998). A passagem para o mundo espiritual só será possível para aquele que desencarnou, cujo o corpo pereceu, mas a alma permanecerá. Acreditar que o espírito evolui continuamente se torna uma preocupação constante na necessidade do enriquecimento moral do indivíduo. Nesse sentido, a caridade é o princípio básico do kardecismo, onde os adeptos necessitam ajudar o outro e viver em fraternidade (KARDEC, 1994).

A educação para a morte dos indivíduos espíritas não significa uma preparação para a conquista do céu, conforme visto com os cristãos. O processo evolutivo do espírita é ajustado de acordo com suas escolhas e não consiste apenas no viver, mas no existir e no transcender (KARDEC, 1994; AVERSA, 2018).

A morte no contexto da umbanda e do candomblé os postulados sobre a morte e o morrer são semelhantes. Sua oralidade é um instrumento de serviço da sua estrutura dinâmica dessas religiões e a comunicação deve se realizar constantemente.

acredito que temos uma missão aqui e quando cumprimos essa missão ou parte dela nós estamos liberados para passar para o outro lado. **** *ID_02 *_1 *Rel_4 score: 613.32

na minha religião acreditamos que se a pessoa está passando pelo processo de morte é porque precisa passar nós acreditamos que tudo na nossa vida é um aprendizado. **** *ID_01 *_1 *Rel_3 score: 497.89

Na interpretação do candomblé, a morte está ligada a vida pois o morrer é a passagem para outra dimensão e a convivência com outros espíritos, orixás e guias. Sacramento (2018) e Bandeira (2010) referem que o aiê é o local onde os seres

humanos vivem em constante contato com a natureza e o orum é um mundo paralelo e sobrenatural, onde alocam-se os orixás, divindades e espíritos, inclusive os mortos são encaminhados para esse local. Sacramento reforça que a morte não implica no aniquilamento da vida, mas a transição de estado que pertence a um ciclo religioso e vital.

A umbanda é uma religião tipicamente brasileira e sofreu influências das crenças indígenas, católicas, espíritas, africanas e orientais (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010). Para ela, a vida e a morte são processos sagrados e constituintes da existência humana. E nesse processo, as pessoas são autoras de suas ações que podem impedir, estagnar ou aprimorar a evolução do espírito (CUMINO, 2010), no entanto, a morte está associada entre o medo do desconhecido e a necessidade pela nova oportunidade, no sentido de recomeço (BANAGGIA, 2018).

Em relação aos que se declaram sem religião, é importante esclarecer que, independente da falta de uma configuração institucional que agregue esses indivíduos ou mesmo, o partilhar de uma “unidade de crenças”, possuem como característica comum a indiferença e a falta de compromisso com as instituições religiosas, no entanto, mantêm suas crenças e/ou espiritualidade (NICOLINI, 2017, p. 446). Nesse sentido, possuem imaginário religioso próprio e, muitas vezes, unindo elementos de várias religiões, sem qualquer interesse e absorvido pelas dinâmicas do seu cotidiano.

eu não aceito bem a morte, mas eu acredito que quando a pessoa morre vai para outro plano. É difícil dizer, porque eu não tenho religião. **** *ID_07 *_1 *Rel_1 score: 532.56

eu acredito, não sei explicar ao certo, não tem uma definição, eu acredito nas crenças ancestrais mais voltadas para a natureza, onde a morte é um processo. **** *ID_10 *_1 *Rel_1 score: 427.34

Nota-se que a espiritualidade pode abranger pessoas sem religião, no caso a fidelidade a uma vertente religiosa específica, mas que acreditam em algo superior e pedem força para superar as adversidades da vida e as situações cotidianas, com a esperança de alcançarem melhores resultados. Além disso, verifica que a abordagem dos aspectos religiosos e espirituais são essenciais par ao enfrentamento de situações estressoras, bem como a enfermidade do corpo e a sua terminalidade.

Constata-se que esse grupo sem religião são produto, muitas vezes, de um processo de desconversão em relação às instituições religiosas, em razão do excesso de normas que se chocam com o desejo de liberdade e de experimentação por parte dessa juventude (RODRIGUES, 2012; CAMURÇA, 2017).

eu não sigo uma religião, mas eu tenho muita fé em deus. Tudo na minha vida é regido por deus então eu acho que a espiritualidade influencia na forma como vemos as situações não é a religião. **** *ID_06 *_1 *Rel_1 score: 553.64

Percebe-se ainda na fala dos participantes que se declararam religiosos, um novo olhar sobre a religião. Esse fenômeno sociocultural-simbólico, segundo Novaes (2006) se deve as transformações da sociedade em relação as religiões e a perda de sua capacidade normativa, com a manutenção da possibilidade da influência de forma livre para as experimentações.

eu entendo que a religiosidade é quando acreditamos na religião e a espiritualidade envolve uma questão do espírito independente se sou evangélica, católica, umbandista, candomblecista ou se tenho ou não outra religião. **** *ID_19 *_2 *Rel_3 score: 723.00

ficar ao lado porque é isso que a pessoa quer o calor humano sou católica eu sou católica por opção e eu amo tudo que o catolicismo representa, mas eu acredito em algo que a minha religião não acredita que é reencarnação. **** *ID_29 *_2 *Rel_2 score: 581.56

para quem fica a morte é o fim e a saudade para quem morre de repente pode ser um novo começo eu não acredito que existe uma religião totalmente correta eu posso acreditar que vou para um paraíso ou de repente vou reencarnar. **** *ID_30 *_2 *Rel_2 score: 425.19

Desse modo, segundo Novaes, “os jovens estão menos submetidos a tradicionais autoridades religiosas, [e] vivem um momento de desaparecimento de fronteiras simbólicas (...) entre religião e novas crenças seculares e para-religiosas” (2006, p.135). Para a autora, esse novo olhar expõe um campo de possibilidades, abrindo espaço para a legitimação de novos saberes e interações religiosas, bem como o abandono da religião e a adesão do estado religioso sem religião.

Kubler-Ross (2017) afirma que, anteriormente, havia muitos adeptos a crença da existência de Deus, inclusive na expectativa da vida futura após a morte, quando as dores e os sofrimentos seriam aliviados. Hoje o número de pessoas que alimentam essa crença diminuiu, conforme visto no resultado do último censo e ao

longo dos últimos recenseamentos da população brasileira, que vem se tornando crescente o grupo que se autodeclara “sem religião” (RODRIGUES, 2012).

Nesse sentido, para alguns participantes, a morte é aceita mais facilmente do que para outros, pois é interpretada por cada um através do seu prisma religioso.

dependendo da religião, pode ser que ela sofra mais porque acredita que a morte é o fim de tudo. Sendo que a morte é um processo natural, uma passagem. **** *ID_11 * _1 *Rel_3 score: 541.12

se foi uma pessoa boa ela ir_céu. Se a pessoa não acredita em reencarnação, pode pensar que vai morrer e que será o seu fim, que acabou e não vai mais voltar. **** *ID_24 * _2 *Rel_1 score: 566.71

pode ser que a pessoa queira mais tempo para se consertar. Eu acredito que a religião pode gerar o medo da morte ou ser conforto e alegria para a pessoa. A morte é o fim de um ciclo. **** *ID_14 * _1 *Rel_2 score: 489.31

A aceitação do processo de morrer por parte da pessoa que morre e de seus familiares depende de muitos fatores. A última etapa da vida, quando condicionada por doença prolongada e incurável, é extremamente complexa e muitas vezes envolve o sofrimento da pessoa que vive o processo e de quem lhe é próximo, inclusive dos profissionais de saúde. Nesse sentido, Oliveira-Cardoso e Santos (2017) partilham a opinião de que o processo de luto, por vezes complicado, está associado a perdas importantes para os doentes, seus familiares e profissionais de saúde, conduzindo-os ao sofrimento. Não é possível qualificar qual o processo é mais doloroso, se cuidar da pessoa ou se a perder, ambos farão parte de um difícil período da vida.

As práticas religiosas e espirituais mostram-se cada vez mais presentes no cotidiano de vida particular e social de grupos, em diferentes sociedades, sendo capazes de propiciar a atribuição de significados a diversas situações que se apresentem na vida do indivíduo. Nessa perspectiva, a assistência prestada a pacientes que vivenciam o processo de morte e morrer pode ser visto como uma possibilidade de inclusão da espiritualidade e da religiosidade no cuidado deste profissional.

apesar de não acreditar em uma religião, eu vejo que os pacientes acreditam muito em deus e na igreja e acho que isso influencia muito na vivência do processo de morte. **** *ID_07 * _1 *Rel_1 score: 599.26

eu acredito que pode influenciar a partir do momento que a pessoa tem fé eu sempre acho que as pessoas quando estão doentes recorrem a deus ou algo superior. **** *ID_17 * _2 *Rel_4 score: 514.01

acho que influencia, pois, a religião pode ajudar, mas vai depender da pessoa do seu entendimento em relação a religião porque se eu entendo que quando morrer eu ir_céu e isso será ótimo então vou dar adeus e ir_céu ficar com deus. **** *ID_14 *_1 *Rel_2 score: 507.98

Na esfera do cuidado paliativo, o paciente se encontra mais susceptível a sentir maior carência espiritual e religiosa (VIEIRA *et al.*, 2017; ARRIEIRA *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2019). Nessas circunstâncias, o atendimento espiritual pelo profissional de saúde é fundamental, principalmente a enfermagem, que despende maior disponibilidade no cuidado a esse grupo de pacientes e seus familiares, pois é o grupo que passa mais tempo com esses usuários. Portanto, os profissionais de enfermagem são aqueles que ao cuidar, se deparam com paciente debilitado, fragilizado e ansioso, sendo necessário o diagnóstico dessas necessidades para o seu atendimento integral (VIEIRA *et al.*, 2017).

que cumpriram a missão e estará com deus geralmente pessoas céticas ou que não acreditam tendem a não aceitar e não querer ir embora dizem não poder morrer eu acho que religião ajuda muito nesse processo de aceitação. **** *ID_02 *_1 *Rel_4 score: 669.87

e acho que a espiritualidade e a religiosidade podem influenciar nas suas atitudes, mas não é só isso acho que conta muito o estado psicológico o nível de aceitação e até mesmo acreditar que quando a pessoa morre vai para um outro plano. **** *ID_07 *_1 *Rel_1 score: 611.87

se a pessoa tem fé a espiritualidade firmada e equilibrada a tendência é acreditar a morte como o propósito de algo ou alguma filosofia que a sustente sobre essa crença. **** *ID_18 *_2 *Rel_4 score: 432.13

Cabe ao profissional respeitar a história espiritual, os ritos e as tradições religiosas do paciente, com a clareza que seu papel está em ajudá-lo a encontrar respostas as suas inquietações, dentro de suas crenças ou descrenças, acolhendo suas necessidades da melhor forma possível, para que ele possa se sentir mais preparado para o enfrentamento da situação de morte e morrer.

a religião influencia muito quem é ateu eu penso assim tem mais dificuldade em lidar com isso porque talvez não acredite no que a pessoa ou a sua alma representa é muito difícil porque não é preconceito nem nada disso. **** *ID_29 *_2 *Rel_2 score: 573.93

mas se a pessoa que não acredita em reencarnação também vai acreditar que a vida continua que ela só ir_céu e que vai ficar junto de deus. **** *ID_11 *_1 *Rel_3 score: 485.12

quando a pessoa tem uma religião ele sabe sobre as coisas que viveu na terra e tudo que ele fez, mas sempre colocando a presença de alguma divindade se outra religião ou de deus. **** *ID_09 *_1 *Rel_2 score: 391.59

O profissional deverá acolher as necessidades espirituais, sem, contudo, oferecer conselhos espirituais ou religiosos. Nesse sentido, cabe o aprofundamento teórico sobre os valores espirituais e religiosos do paciente, para que juntos, possam ampliar as possibilidades de intervenções com potencial para ajudá-lo neste momento de dificuldade, de forma que o cuidado ofertado avance para além do corpo físico, atingindo as nuances mais profundas da alma (GOMES et al., 2019; MANUEL *et al.*, 2019; DE SOUZA; NASCIMENTO; SPEZANI, 2019).

eu não tenho religião, mas acho que influencia, por exemplo, o espírita que acredita em reencarnação e o católico ou evangélico que não acreditam. A atitude deles podem influenciar o paciente. **** *ID_24 *_2 *Rel_1 score: 782.53

eu acredito que seja errado usar da religião, em alguns momentos. Quando eu pergunto se a pessoa é evangélica ou se acredita em deus, percebo que a pessoa se sente acolhida segura quando fala sobre algo que ela acredita. **** *ID_02 *_1 *Rel_4 score: 599.87

essa questão de ter descanso ou usar a palavra deus ou falar na divindade em outras religiões oxalá e afins tem vários nomes que eu não domino, mas quando falamos isso, acabamos por impor uma religião para a pessoa, independente dela acreditar ou não. **** *ID_09 *_1 *Rel_2 score: 546.84

nós temos o hábito de cobrar muito do outro ou tratá-lo como se ele acreditasse no mesmo que eu. Então, a religiosidade e a espiritualidade podem influenciar tanto positivamente quanto negativamente. Positivamente porque eu acredito em alguma coisa e negativamente com a imposição da minha crença. **** *ID_11 *_1 *Rel_3 score: 464.10

Diante da necessidade espiritual e religiosa do paciente, é possível inferir e sugerir que o profissional de saúde consiga alcançar novas possibilidades de intervenção. Nesse sentido, a oferta do auxílio espiritual está na compreensão do contexto espiritual do paciente e no incentivo da prática de suas crenças, como por exemplo, na leitura de textos religiosos, realização de orações e rezas, meditação, promoção do encontro com os membros de sua religião etc (DE SOUZA; NASCIMENTO; SPEZANI, 2019). No entanto, conforme afirmam Panzini et al. (2011), apesar da importância cultural da espiritualidade, religiosidade e das crenças pessoais, por diversos motivos, seja desinteresse ou preconceito, essas dimensões tem sido negligenciadas na prática profissional.

O cuidado espiritual é uma forma de entendimento dos profissionais acerca do enfrentamento das doenças e do processo de morte dos pacientes que estão ao seu cuidado. E compreender a espiritualidade desse profissional e como este lida

com estas questões na sua prática assistencial, são conhecimentos que podem direcionar suas intervenções. No entanto, diante da gestão das tecnologias em saúde e os custos para a atenção a saúde, prestar o cuidado espiritual é um grande desafio para esses profissionais (IENNE; FERNANDES; PUGGINA, 2018).

O cuidado holístico abrange todas as dimensões do ser humano, inclusive com a retomada da espiritualidade do paciente. Nesse ínterim, destaco a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, classificada como interacionista, uma vez que sua prática acontece através das interações paciente/enfermeira.

Esta influência mútua no cuidado é uma experiência que necessita de diálogo entre pessoas, no qual cada uma delas sente a disponibilidade, a proximidade e a compreensão uma da outra, além de partilharem histórias de vida, trajetórias e angústias (WATSON, 2020). Cabe destacar que a teórica defende que as intervenções espirituais podem ser desenvolvidas e articuladas ao aconselhamento, melhorando os resultados do tratamento de enfermagem (MANUEL *et al.*, 2019).

Para tanto, é necessário que o profissional esteja preparado para identificar as necessidades espirituais do paciente e preparado para trabalhar com elas. Nesse sentido, a reflexão realizada a partir da revisão de literatura para identificar a espiritualidade e religiosidade no contexto dos cuidados em saúde, verificou-se a relevância da dimensão espiritual na assistência e a necessidade de integralizar todas as dimensões do ser humano, ao biopsíquico, espiritual e social.

Foi constatado que as práticas religiosas são capazes de proporcionar aspectos positivos ou negativos na saúde física e mental dos seus praticantes. No entanto, algumas barreiras foram apontadas como falta de tempo, falta de conhecimento e medo de impor suas crenças demonstra a insegurança e a falta de treinamento com relação a esse tema (THIENGO *et al.*, 2019).

eu acho que ninguém gostaria de morrer sozinho. Sou espírita kardecista e na minha religião, morrer significa ascender para outro plano pois você concluiu a sua missão aqui na terra. Assim, a religiosidade e a espiritualidade do profissional influenciam bastante. **** *ID_23 *_2 *Rel_3 score: 768.15

sou da umbanda e a morte para a minha religião é recomeço. Eu acho que a religiosidade e a espiritualidade influenciam bastante, principalmente no que o profissional vai fazer e como ele vai se comportar diante da morte. **** *ID_22 *_2 *Rel_3 score: 454.84

na tentativa de ajudar você pode acabar influenciando, pois, dependendo da crença dessa pessoa, ela vai ter formas de lidar com esse processo. **** *ID_25 *_2 *Rel_2 score: 410.31

Muitos enfermeiros relatam dificuldades para implementar o cuidado integral, sendo as principais o desconforto para discutir assuntos espirituais e a falta de preparo sobre sua própria espiritualidade (PANZINI *et al.*, 2011; DE SOUZA; NASCIMENTO; SPEZANI, 2019). Muitos profissionais se sentem hesitantes principalmente pela falta de inclusão adequada dessa temática durante o processo de formação acadêmica. Como apontado anteriormente, diante de situações de doença, as pessoas tendem a expressar suas necessidades espirituais nas formas mais sutis. Sendo assim, tanto o doente quanto sua família podem se beneficiar da assistência espiritual se houver uma abordagem neste sentido.

isso seria uma forma de aceitação nós temos que acreditar em algo para não surtar eu acho que em qualquer parte da vida seja na religião seja na profissão temos que acreditar e se apegar a algo. **** *ID_02 *_1 *Rel_4 score: 454.52

o profissional ficará mais tranquilo de saber que cada um tem a sua hora também influencia acho que a religião e a fé seja no que for ajuda a pessoa a colocar a cabeça no lugar para tomar as suas decisões e seguir a vida. **** *ID_27 *_2 *Rel_2 score: 439.75

Como pode ser observado nos relatos dos participantes, a religiosidade e a espiritualidade do profissional demonstram a importância da concepção da morte relacionada a uma crença religiosa de forma a conduzir pensamentos e no conforto diante da terminalidade do paciente.

eu acredito que existe influência entre a religiosidade e espiritualidade do profissional sobre suas atitudes na forma como encaram a morte. Para eles, a morte tem um significado maior e a religiosidade dá uma justificativa para o que está acontecendo. **** *ID_21 *_2 *Rel_1 score: 432.15

em algumas religiões é bem forte e se a pessoa não tem religião, eu acho que fica esse sentimento de ter alguma coisa para confortar. **** *ID_09 *_1 *Rel_2 score: 460.05

Conforme aponta Araújo e Vieira (2004, p. 363), “o ser humano não está preparado para aceitar a imposição de que seu destino é morrer e prefere acreditar que a morte é o começo de uma nova vida infinita”. Para os autores, a morte é interpretada como um processo de transição espiritual entre dois mundos, revelando a crença que conforta, negando que a morte é o fim da vida.

Como visto, há nos trechos em destaque que faz referência ao importante papel da religião no enfrentamento dos profissionais diante de situações que envolvem a morte e o morrer. No tocante ao processo formativo, no capítulo que investigou a composição das matrizes curriculares dos cursos de graduação em

enfermagem, a pesquisa revelou que os cursos investigados ainda oferecem uma formação tecnicista baseada na perspectiva biomédica, pouco centrada na humanização da assistência e nos cuidados paliativos.

Sabemos que as DCN/ENF objetiva formar enfermeiros “generalistas, humanistas, críticos e reflexivos” e espera-se que este profissional possa agir de forma interventiva em relação as situações inerentes ao processo saúde/doença. No entanto, ao observar os currículos é possível afirmar que o conteúdo relacionado ao processo de morte e morrer é pouco abordado, como se o mesmo não fizesse parte desse contexto. É necessário que o discente seja instrumentalizado para que a compreensão da morte de maneira adequada, que é integrante ao processo de viver e cabe aos docentes e as instituições de ensino de enfermagem o papel de proporcionar espaços para debate e reflexões, revendo o paradigma instituído sobre a morte.

Torna-se importante transcender o conhecimento reducionista que fragmenta a morte como o fim de tudo para alcançar o pensamento que amplie, integre e promova a circularidade dos diferentes eventos da vida, de forma continuada e contínua.

Há pouco preparo do acadêmico da saúde para trabalhar as situações de perda, morte e luto. É possível inferir que as práticas religiosas e na espiritualidade, há certo conforto em relação aos conhecimentos construídos relativos às técnicas e procedimentos terapêuticos, porém há um sentimento de negação ao lidar com a finitude de seus pacientes. O suporte emocional, muitas vezes, é encontrado fora da universidade, junto aos familiares, amigos ou ajuda profissional. Percebe-se que há uma espécie de desamparo desse acadêmico para lidar com as próprias reações e despreparo para lidar com a situação de morte, podendo ser estendida inclusive, ao que concerne ao apoio e conforto ao paciente e à família.

7.6.2 Eixo 2. As práticas acadêmicas e profissionais e as memórias sociais e afetivas em relação à morte e ao morrer

Com a segunda divisão do corpus, surge o eixo denominado “As práticas acadêmicas e profissionais e as memórias sociais e afetivas em relação à morte e

ao morrer” que sofreu uma segunda divisão binária formando a classe 1 denominada “O enfrentamento das situações de morte e morrer na formação profissional: práticas e experiências de alunos, docentes e profissionais” e a classe 5 “Memórias sociais e afetivas relacionadas à finitude e suas relações com o cuidado de enfermagem”. Novamente, com a finalidade de explicitar o conteúdo, os dados serão descritos e discutidos de acordo com o conjunto temático e a dimensão representacional que abordada.

7.6.2.1 Classe 1. O enfrentamento das situações de morte e morrer na formação profissional: práticas e experiências de alunos, docentes e profissionais

A classe 1 é composta por 286 UCE's, totalizando 23,64% do corpus de análise. A partir do dendograma, as palavras que apresentaram maior significância e associação com a classe foram: **estágio, cuidar, médico, terapia intensiva, paciente, enfermagem, centro, enfermagem e hospital**. De acordo com as palavras de maior frequência, a classe retrata os períodos da graduação e os locais de estágio em que os estudantes puderam acompanhar o cuidado aos pacientes em processo de morte. Destaca-se a percepção da assistência do profissional a esse paciente e sua família, e demonstra a importância do preparo durante o processo de ensino para o enfrentamento das questões emocionais associadas a terminalidade.

No quadro 24 a seguir, serão apresentadas as palavras principais que compõe a classe, frequência de aparecimento e valor de χ^2 .

Quadro 24 – Frequência, valor de χ^2 e formas principais da classe 1

Frequência	X²	formas
45	111.6	Estágio
58	89.71	Cuidar
34	86.3	Médico
28	74.27	Terapia intensiva
112	73.66	Paciente
22	62.78	Enfermaria
23	61.86	Centro
34	59.22	Enfermagem
41	57.28	Hospital

Fonte: A autora, 2020, elaborado através do Iramuteq.

O processo de morte, bem como as especulações sobre a temática, povoa o pensamento humano, causando, muitas vezes, uma mistura de temor e descaso. Como visto anteriormente, o homem medieval vivenciava a morte de modo pacífico e familiar, mas hoje, com a tecnologia da vida moderna, a diversidade do pensamento cultural e das crenças, um evento considerado comum outrora, tenta ser banido do pensamento e das ações das pessoas (ARIÈS, 2012). Ser considerado algo comum e corriqueiro não significa entender a morte como um acontecimento passivo. O medo e os sentimentos que a cercam fizeram com que o homem adquirisse a repulsa pela aceitação da sua terminalidade como algo natural, gerando a negação e o isolamento social em torno do evento.

Com o avanço da ciência, a morte se tornou previsível e passível de controle. Aos profissionais de saúde foram atribuídas a capacidade de prolongar a vida e a redução da taxa de mortalidade, alterando o significado da morte. Ela deixa de ser natural e parte do ciclo da vida, para ser um evento patológico advindo de grave enfermidade, necessitando da retirada do enfermo de sua casa para um ambiente controlado. O hospital passou a ser o local da morte (PRAXEDES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2018).

Nessa lógica de pensamento, a morte recebe o estigma de fracasso que deve ser ocultada. A família e o paciente não são comunicados ou informados corretamente e a equipe se esforça para que tudo pareça bem, ocultando a todos

essa situação inconveniente. Percebe-se a necessidade de adiar a morte quando, mesmo diante de um quadro irreversível, se investe em novos regimes terapêuticos e exames diagnósticos mais sofisticados. O doente só morrerá quando a equipe determinar (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTONINO, 2010; PRAXEDES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2018).

Os profissionais de saúde esquecem-se que somos seres para a morte (MORIN, 1997) e como tal, a partir do momento que nascemos estamos aptos a morrer, seja qual for o momento. A finitude humana é uma possibilidade concreta, independe do desejo pela imortalidade. E nesse sentido, percebe-se a dificuldade dos profissionais de saúde, em especial dos profissionais de enfermagem, ao vivenciar os processos de adoecimento e terminalidade dos pacientes. A necessidade de enfrentamento diante dessa situação, tem implicação na preparação teórica e prática, baseada na aquisição de competências e habilidades desses futuros profissionais, para torna-los aptos a prestar um cuidado humanizado em todos os momentos da vida, desde o nascimento até a morte (VICENSI, 2016; PRAXEDES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2018; THIENGO *et al.*, 2019).

Os depoentes relatam a vivência e o cuidado aos pacientes em processo de morte nos cenários de prática, durante a graduação.

no sexto período nós fizemos estágio no centro de terapia_intensiva e cuidamos de pacientes críticos. Eu já cuidei de dois pacientes em cuidados_paliativos e quando voltamos, na semana seguinte, eles haviam morrido. **** *ID_08 *_1 *Rel_3 score: 554.79

eu cuidei de um senhor, é a experiência mais recente que eu tenho e a mais tranquila. No estágio do quinto período, quando eu estava na enfermaria de clínica, nós tínhamos acabado de assumir o plantão quando um paciente entrou em parada_cardíaca. **** *ID_04 *_1 *Rel_3 score: 532.76

Em relação a isto, os estudantes referem a necessidade de maior cuidado aos pacientes em processo de morrer, provavelmente relacionando a maior gravidade dos casos.

no centro de terapia_intensiva do hospital souza_aguiar tinha uma paciente com diagnóstico de acidente vascular_cerebral. Ela veio muito ruim da sala_emergência e nós cuidamos dela. Nós assumimos os cuidados e fizemos o que podíamos. Nós demos o banho e administrar_medicação. Ele estava intubado. **** *ID_08 *_1 *Rel_3 score: 405.09

Eu fiz estágio por interesse no centro de terapia_intensiva durante as férias. Eu fiquei um mês e cuidei de uma senhora que estava em processo de morrer. **** *ID_14 *_1 *Rel_2 score: 394.32

na graduação quando estávamos no estágio no centro de terapia_intensiva nós cuidamos de uma pessoa assim em processo de morte e eu vejo que ele precisava de mais atenção, de mais cuidado. **** *ID_03 *_1 *Rel_4 score: 344.65

Nos hospitais a preocupação com os custos e investimentos, se deve, principalmente às unidades críticas da assistência, pois elas exigem maior recurso tecnológico, físico, materiais e humanos. As unidades de terapia intensiva (UTI) são reconhecidas pelo seu atendimento a populações com necessidades especiais que demandam de maior cuidado e, deste modo, é fundamental a busca pela qualidade e segurança do paciente. Nesse contexto, o alcance da qualidade do cuidado depende da otimização dos recursos existentes e a alocação de profissionais qualificados para a assistência (PADILHA *et al.*, 2010). Ressalta-se que, nesse sentido, a qualificação profissional está tanto no reconhecimento das características do serviço e no domínio das atividades realizadas, quanto na singularidade das necessidades da população atendida.

eu estava na enfermaria quando a médica deu a notícia para o paciente que ele estava em cuidados_paliativos. Ela conversou com ele e com a família, mas também o encaminhou para a psicóloga. **** *ID_27 *_2 *Rel_2 score: 402.27

eu não acompanhei o final o processo de morte, nós cuidamos de vários pacientes. O primeiro cuidado e o que eu acho mais importante é o respeito. **** *ID_15 *_1 *Rel_3 score: 401.09

não é o cuidado tecnológico, uma tecnologia dura, mas o respeito é um item muito importante para todas as outras tecnologias. Eu realizei muitos procedimentos técnicos porque, geralmente, no hospital souza_aguiar os pacientes estão totalmente dependentes da equipe de enfermagem. **** *ID_15 *_1 *Rel_3 score: 294.34

Assim, os profissionais da saúde precisam compreender os valores subjacentes as diferentes representações das pessoas cuidadas, bem como entender seus próprios valores sobre a morte, para que se possa conferir significado ao cuidado realizado (MORIN, 2010). Logo a compreensão dos sistemas e significados que influenciam as ações dos profissionais diante da terminalidade, poderão impactar o cuidado ao fim de vida (GAMA, BARBOSA, VIEIRA, 2012).

A capacidade do profissional em se adequar as necessidades do paciente demonstra respeito por sua autonomia. Esse cuidado centrado no paciente está diretamente relacionado a capacidade de estabelecer o cuidado empático, melhorando a satisfação do paciente, seu bem-estar e ajudando na adesão ao tratamento (GELBECKE *et al.*, 2011; PRADO *et al.*, 2018).

Esse relacionamento profissional-usuário ficou conhecido como tecnologia leve do cuidado, descrita por Merhy e Feuerwerker (2009). Além desta, existe a tecnologia dura, relacionada a métodos propedêuticos e procedimentos, e a tecnologia leve-dura relacionada aos saberes. As tecnologias leves demandam da vontade humana e seu interesse nas ações de reciprocidade, atenção e afetividade. Uma vez estabelecida, o paciente consegue resgatar sua imagem singular e única. Ela contrapõe com a tecnologia dura, que omite a subjetividade humana, reduzindo-a a diagnósticos e condutas terapêuticas.

No cenário tecnológico que vivemos, a humanização da assistência tem sido desconstruída pela fragmentação técnica do cuidado, organizando equipes por especialidades, maximizando o tecnicismo (SILVA *et al.*, 2019). No entanto, o cuidar vai além da assistência propriamente dita. O sofrimento, o medo e a angústia necessitam ser acolhidos como parte do olhar profissional objetivando ajudar o outro a encontrar sentido na sua doença e sua existência, obtendo autoconhecimento, autocontrole a própria cura.

O equilíbrio entre a humanização do cuidado e a tecnologia se faz presente quando, no relato abaixo, a administração de medicação para o alívio da dor é percebida como oferta de cuidado humanizado aos pacientes em processo de morte, garantindo-lhes uma vida digna e com qualidade, enquanto ela durar.

pelo que observei são mais cuidados_paliativos. Por exemplo, nós chegamos no setor e a paciente estava internada, sendo administrar_medicação em bomba_infusora indicando uma medicação típica de cuidados_paliativos para alívio da dor e logo essa senhora veio a falecer. **** *ID_12 *_1 *Rel_3 score: 401.26

Percebe-se a necessidade desses futuros profissionais terem sensibilidade no reconhecimento da dor e o conhecimento adequado para manejá-la. Sendo assim, destaco a necessidade da compreensão sobre os cuidados paliativos pelos acadêmicos e profissionais de saúde, em especial os profissionais de enfermagem.

Conforme mencionado nos capítulos anteriores, o conhecimento do profissional de saúde acerca dos cuidados paliativos torna-se indispensável, visto que a sua prática está diretamente relacionada a assistência de pessoas em todo seu ciclo vital, seja em situações de saúde ou doença. Nesse sentido, assistir pessoas acometidas por graves enfermidades e potencialmente fatais exige a visão diferenciada e humanizada acerca das suas necessidades e de seus familiares, o

autocontrole diante dos desafios enfrentados, inclusive na morte, e o comprometimento para que a assistência atinja o alcance desejado, promovendo a qualidade de vida e o alívio dos sintomas de forma integral.

No centro de terapia_intensiva os pacientes são graves, as ela estava consciente e isso é bem complicado. Ela estava em cuidados_paliativos, mas nós não sabíamos o que era, foi nosso primeiro dia. **** *ID_06 *_1 *Rel_1 score: 278.85

O capítulo que investigou o cuidado diante da finitude humana, em relação a comunicação entre a equipe de saúde e os familiares, demonstrou o despreparo dos profissionais no estabelecimento de um diálogo sincero e se mostrou inadequado para a promoção dos cuidados aos pacientes terminais. Essa dificuldade pode ser fruto de um ensino deficiente ou mesmo com ênfase na busca incessante pela vida e pela cura e, com isso, omitindo o suporte emocional e as práticas humanizadas ao paciente e sua família.

A partir dos trechos das falas dos participantes, foi possível identificar a interação entre eles e os familiares, de certa forma conferindo-lhe apoio, tranquilidade e conforto, demonstrando empatia e acolhimento diante do processo de morte e morrer. Além disso, mencionaram que esse cuidado deve ser realizado da forma mais tranquila possível, com delicadeza, sem pressa e com muito cuidado, sobretudo respeitoso, buscando oferecer o melhor para o paciente e sua família.

eu penso que o profissional de enfermagem pode ser a ponte dessa relação entre família e o paciente em processo de morte. **** *ID_11 *_1 *Rel_3 score: 337.79

nós trabalhamos muito esse relacionamento com a família e esse cuidado com a família. Por exemplo, durante o estágio, junto com a professora, quando nós mobilizamos a paciente para o banho no leito, nós sempre conversávamos com a acompanhante e acabamos nos envolvendo. **** *ID_10 *_1 *Rel_1 score: 317.17

recentemente eu cuidei de um paciente com diagnóstico de câncer na enfermaria e a família não sabia o que estava acontecendo. Ele havia acabado de receber o diagnóstico de câncer bem avançado e a saturação de oxigênio estava baixa. Ele precisou de cuidados intensivos e precisou administrar a noradrenalina. **** *ID_22 *_2 *Rel_3 score: 273.10

Foi destacado o desenvolvimento do vínculo entre os estudantes e determinados pacientes e familiares, inclusive com incentivo do professor que os acompanhavam no cenário de prática. Nesse caso, pode-se inferir que o vínculo foi estabelecido a partir da proximidade dos alunos com o paciente e sua família,

estabelecendo a qualidade das conexões entre os elementos do cuidado – futuros profissionais, paciente, família.

O estabelecimento da interação entre a tríade – profissional, paciente – família - é um sistema complexo, permeado por contradições e desordem. O acolhimento ao familiar nem sempre ocorre da forma desejada ou esperada, e não são todos que mostram disposição para concretizá-lo (SOUZA *et al.*, 2013; NUNES; ARAÚJO; COSTA, 2017). Assim, os profissionais podem deixar de oferecer o acolhimento aos pacientes em processo de morte e morrer e seus familiares devido a agitação do dia-a-dia, a rotina burocrática e, até mesmo, por preferir evitar lidar com estas situações (NUNES; ARAÚJO; COSTA, 2017).

até porque muitas notícias muitas coisas que acontecem em relação à equipe tendem a passar do acompanhante para o paciente e nós, como estudantes. fiz estágio na enfermaria de clínica e tinha muitas pessoas em tratamento para o câncer e vivenciamos alguns óbitos. Alguns pacientes relatavam que não queriam a família perto, mas acho que era uma forma de proteger a família. **** *ID_03 *_1 *Rel_4 score: 346.36

a professora percebemos que, além do papel do enfermeiro, mas dentro dos atributos da equipe de enfermagem, nós fazíamos a ligação entre a nutrição, médicos, técnicos de enfermagem, toda a equipe. **** *ID_10 *_1 *Rel_1 score: 306.83

os profissionais nunca chegaram a conversar com a família então nós tínhamos todo cuidado no preparo da administrar_medicação. Eu percebia que, devido a demanda de cuidados, era bem tenso, tinham muitos pacientes para cuidar e todos os leitos ocupados. **** *ID_10 *_1 *Rel_1 score: 289.45

As deficiências no cuidado realizado pelos profissionais diante do processo de morte e morrer, ocorrem tanto no cuidado ao paciente quanto no prestado a sua família, não se restringindo a enfermagem, mas permeando as ações dos outros profissionais da equipe multidisciplinar. Algumas causas dessas falhas envolvem a falta de conhecimento dos profissionais; o distanciamento entre profissionais, pacientes e sua família; a sobrecarga de trabalho e a falta de integração da equipe multiprofissional para o cuidado integral (SOUZA *et al.*, 2013; NUNES; ARAÚJO; COSTA, 2017).

é uma crítica e eu comentei no último dia de estágio. Que na enfermaria de clínica os médicos criaram o hábito de discutir o caso do paciente na beira_leito. **** *ID_09 *_1 *Rel_2 score : 433.41

dentro dos atributos da equipe de enfermagem nós fazíamos a ligação entre a nutrição, os médicos, os técnicos de enfermagem e toda a equipe. Porque, por exemplo, teve uma situação que a paciente não falava direito e,

simplesmente, a equipe achava que ela não gostava da comida. **** *ID_10 *_1 *Rel_1 score: 302.64

O médico estava mais preocupado em fechar o diagnóstico e a enfermagem, devido à falta de tempo, às vezes focava o tempo dela com pacientes que ainda precisavam. Eu via as enfermeiras indo ao leito poucas vezes. **** *ID_02 *_1 *Rel_4 score: 329.10

Para a efetivação do cuidado integral há de se estabelecer mudanças no cotidiano das instituições de saúde, buscando a autonomia e a responsabilização do cuidado ao paciente, possibilitando o real encontro entre quem cuida e quem é cuidado, permitindo o estabelecimento do vínculo e priorizando a singularidade do sujeito. Conhecer as necessidades do paciente e sua família é possibilitar que a expressão individual e coletiva, se reconhecendo e respeitando a diversidade de opiniões (GELBCKE *et al.*, 2011).

Em relação aos cenários de prática, a idade do paciente pode ser considerado um fator de impacto para a vivência da perda e elaboração do luto. Assim como a maioria das pessoas, os participantes demonstraram grande pesar diante da perda de pacientes jovens e crianças. Nesse sentido, pode-se inferir que a morte de pessoas idosas ou doentes terminais, possa ser considerada mais tolerável e natural, devido à cronologia do desenvolvimento humano: nascer, crescer, reproduzir e morrer. Acredita-se que o idoso viveu sua história, deixou seu legado e a morte constitui-se de um evento esperado.

o último campo de estágio da faculdade foi na pediatria e eu fiquei no centro de terapia_intensiva pediátrico. Eu acompanhei a morte de uma criança de nove anos. **** *ID_16 *_2 *Rel_1 score: 417.73

é aquele grande marco como quando acontece a morte de uma criança no centro de terapia_intensiva pediátrico, nós não esperamos, mas acontece. Diferente de quando estamos na enfermaria de clínica e temos pacientes em cuidados_paliativos. Nós sabemos que uma hora vai acontecer. **** *ID_18 *_2 *Rel_4 score: 349.34

A morte de neonatos e crianças constitui um evento anormal e inesperado, pois não conseguiram seguir a cronologia da vida e pouco puderam deixar marcas na família e na sociedade. Diante disso, torna-se um evento de grande desafio para os profissionais de saúde, a perda de um paciente jovem, principalmente quando em face de problemas de saúde agudos ou fatores externos (BALDISSERA *et al.*, 2018; GONÇALVES; SIMÕES, 2019).

Do mesmo modo ocorre quando a morte ocorre na gestação, seja do filho ou da própria mãe. A perda gestacional, quando nas primeiras semanas de gestação,

quando pouco se nota o crescimento uterino, percebe-se o luto e nem sempre é socialmente aceito. Quando ocorre em gestação avançada, o luto pode ser considerado maior devido a perdas das características de grávida e da elaboração simbólica provocada pela perda do filho perdido e dos sonhos que foram colocados em suspenso (LEMOS; CUNHA, 2015). A perda da mãe provoca sentimentos complexos que vão desde a dor da perda que vem carregada de sentimento de revolta com a possibilidade de descaso no atendimento. A morte nesse momento, via de regra, mobiliza e aciona os posicionamentos da sociedade (MENEZES; LUNA, 2017).

na primeira semana me colocaram na terapia_intensiva, mas não tive a oportunidade de ver ninguém morrer. Depois de um mês, fui para a sala_emergência e foi bem trágico. A primeira paciente que cuidei foi uma gestante de vinte e quatro semanas de gestação de gemelar. **** *ID_20*_2 *Rel_4 score: 314.06

A temporariedade é um conceito relativo quando se trata da terminalidade (KOVACS, 2014). Os sentimentos se tornam mais facilmente evidenciados por ser uma perda considerada de maior significado para a família e sociedade, principalmente por relacionarem o ocorrido a pessoas do seu convívio.

Nesse sentido, o cuidado se torna algo complexo por envolver as necessidades bio-psico-sócio-espirituais e afetivas e está diretamente relacionada ao processo de interação entre o profissional e o paciente. O envolvimento emocional a partir da proximidade com o paciente, quando interrompido, como na presença da morte, provoca o sentimento de perda e o luto, resposta esperada frente a separação (PRADO *et al.*, 2018).

Muitas vezes, o sofrimento e o sentimento de perda podem ser ocasionados pelas memórias afetivas relacionadas à morte de entes queridos.

mas a morte da minha avó me marcou porque eu me sinto mal até hoje quando vivencio a morte do outro. **** *ID_06*_1 *Rel_1 score: 410.33

desde o dia que minha mãe morreu, eu precisei encarar situações e mudar meu pensamento, minha forma de ver a vida. **** *ID_12*_1 *Rel_3 score: 364.88

mas acho que a religiosidade e a espiritualidade influenciam em como lidar com a morte. Por exemplo, havia uma enfermeira que o pai tinha falecido há duas semanas e o paciente que ela estava cuidando faleceu. **** *ID_16*_2 *Rel_1 score: 272.16

Foi evidenciado nas falas dos participantes que a finitude do paciente abala o emocional, e que as sensações e os sentimentos que envolvem o processo são muitos negativos e tomados de muita tristeza, impotência e medo. Encarar a terminalidade é angustiante para quem vivência, podendo ser terrível para quem a observa devido as rupturas que ela provoca, tanto em quem morreu quanto em quem continua a viver (KUBLER-ROSS, 2017). Sendo assim, torna-se indispensável ajustes no modo de entender, perceber e viver a morte (ARANTES, 2019).

O processo de morte tem sido motivo de aflição e agonia pois nos mostra o quão susceptível e vulnerável é o estar vivo e, mesmo um processo natural, universal e inevitável como o morrer sequer possa ser imaginado ou discutido. A não aceitação e a revolta diante dessa situação pode ser demonstrada apenas na negligência e na omissão do fato (SOUZA et al., 2013; NUNES; ARAÚJO; COSTA, 2017).

o estágio no hospital, eu cuidei de uma paciente em cuidados_paliativos. Ela estava quase morrendo e vivenciar isso, saber que aquela pessoa está no fim_vida, mexeu comigo e abalou um pouco o emocional. **** *ID_09 *_1 *Rel_2 score: 380.09

nós só tivemos uma aula sobre processo de morte e morrer no sétimo período, mas nós acompanhamos mortes no sexto período quando passamos pelo estágio no centro de terapia_intensiva. Não é fácil para todo mundo. **** *ID_14 *_1 *Rel_2 score: 309.34

eu fique um pouco aflita quando soube que no sexto período faríamos estágio no centro de terapia_intensiva. **** *ID_08 *_1 *Rel_3 score: 303.13

a rotatividade do hospital souza_aguiar é muito grande. Esse paciente que eu fiz o preparo_corpo não era o paciente que estava cuidando. Ver uma pessoa morta na minha frente foi bem difícil porque não somos capacitados na faculdade. **** *ID_07 *_1 *Rel_1 score: 299.48

Apesar de se tratar de futuros profissionais, pessoas que estarão vivenciando ou que já vivenciaram situações de morte o morrer de pacientes na rotina de suas aulas práticas, as falas demonstram que, para eles a finitude é um acontecimento desconfortável.

Conforme exposto até o momento, estudos comprovam o despreparo dos acadêmicos da área da saúde em geral para lidar com o processo de morte e morrer. Muitos, inclusive, ao se graduar, questionam sobre sua finalidade profissional e manifestam sentimentos de incapacidade, constrangimento, dor e culpa, procurando alguma falha nos procedimentos que justifique (GONÇALVES; SIMÕES, 2019). A impotência e a frustração contribuem para a negação da morte e

do morrer e, muitas vezes, sem saber o que fazer ou como se posicionar diante do sofrimento do outro e do seu próprio, os profissionais acabam por agir com indiferença, tornando seu trabalho frio e mecanizado.

é relativo pois vivi experiências diferentes em cada campo de estágio que passei em relação ao processo de morte. No estágio do hospital souza_aguiar, a paciente teve uma parada_cardíaca e nós estávamos fazendo massagem_cardíaca quando a médica falou para não continuar. Ela decidiu que não era para continuar. **** *ID_08 *_1 *Rel_3 score: 443.62

então eu percebi que as estudantes que estavam cuidando dela estavam alvoroçadas pois ela havia tido uma parada_cardíaca. A técnica de enfermagem que reconheceu a parada_cardíaca e a médica que estava de plantão falou para não fazer nada pois já tinha passado da hora dela morrer. **** *ID_03 *_1 *Rel_4 score: 325.31

na realidade, eu só conheço o hospital_universitário. As pessoas que estavam sem um bom prognóstico eram deixadas de lado. No estágio do centro de terapia_intensiva nós participamos da discussão dos casos com a equipe e falaram só que ele estava clinicamente normal e passaram para o outro caso. **** *ID_03 *_1 *Rel_4 score: 300.93

Os cursos de graduação, especialmente a enfermagem, estão pautados em procedimentos extremamente técnicos e o encorajamento a reflexão dos alunos acerca da finitude possui menor ênfase. Sendo assim, percebe-se a necessidade do processo de mudança na preparação desses futuros profissionais, para que eles sejam tecnicamente competentes e capazes de lidar com seus próprios sentimentos, instrumentalizando-os para o cuidado humanizado.

Ao observar as últimas falas, percebe-se a complexidade no entendimento sobre a decisão da não ressuscitação e do evidente abandono de pessoas sem tratamento efetivo. A vida e a morte são paradoxos que rondam o imaginário humano e quando se trata do cuidado assistencial a saúde, as decisões tornam-se ainda mais melindrosas. Apesar do avanço tecnológico, a morte é inevitável e sua certeza nos faz refletir sobre a determinação do momento que a vida chega ao fim. As práticas constantes na atualidade são tentativas de prolongamento da vida e, aceitar o seu fim, é uma tarefa árdua e de difícil decisão.

O momento de cessar com as tentativas de ressuscitação pode ocasionar questionamentos sobre deixar morrer ou prolongar o sofrimento. E nesse sentido, surgem as questões associadas a bioética. O termo eutanásia é oriundo dos radicais gregos “eu” (bom, verdadeiro) e “thanatos” (morte) e, desta junção, temos a “boa morte” (CHAO; CHAN; CHAN, 2002). No entanto, o Brasil é defeso a prática da

eutanásia e prevê sua proibição no Código Penal vigente, no artigo 121, que fala que matar alguém se configura como homicídio simples e no código de Ética Médico, descrito na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº1931/2009, no artigo 41, capítulo V que é “vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a seu pedido ou de seu representante legal”.

Há vários terminologias e classificações, mas as mais comuns são a eutanásia ativa - a forma mais controversa onde há a administração de uma substância letal a pedido expresso da pessoa ou família a fim de promover a morte de forma digna – e a passiva – quando a morte é promovida através de uma conduta omissiva, suspendendo condutas que ainda eram possíveis e poderiam beneficiar o paciente (TAN, 2017). Já a ortotanásia, mais aceita pelos setores conservadores da sociedade, tem seu nome proveniente dos radicais gregos “orthos” (reto, correto) e “thanatos”, indicando a morte a seu tempo, nem antes e nem depois, fornecendo cuidados necessários para que o paciente não sofra. De forma prática, decorre da decisão de não estender a vida artificialmente além dos padrões naturais (NUCCI, 2017).

No entanto, com a publicação da Resolução nº 1805/2006, do Conselho Federal de Medicina, que possibilita a suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente em fase terminal. A norma foi questionada pelo Ministério Público Federal que defendeu o direito à vida, considerando-a inconstitucional e declarando que a conduta dos profissionais que praticavam a ortotanásia como criminosa. Posteriormente após intenso debate, em 2010, o Ministério Público Federal considerou que a interrupção do tratamento não fere a Lei Maior de 1988 (DOURADO, 2020). Várias tentativas para a legalização da eutanásia foram realizadas, mas não lograram sucesso. Inclusive ocupa pouco espaço no debate público. A inserção dessa temática no sistema normativo, por exemplo, na permissão para ortotanásia, poderia contribuir para uma reflexão mais saudável e decisões mais claras dos profissionais de saúde, facilitando a aplicação da lei.

A temática sobre a morte não agrada a todos, porém deveria ser amplamente discutida pois, para muitos, o *memento mori*² é carregado de sofrimento e dores. E no cuidado a saúde, ao paciente que se encontra em processo de morte, requer

² *Memento mori* é uma expressão latina cujo significado é “lembre-se de que você é mortal” (OXFORD ENGLISH DICTIONARY, 2001).

decisões que este não pode tomar, deixando nas mãos dos profissionais as deliberações sobre sua vida.

A seguir, percebe-se a preparação dos estudantes que ostentam a manutenção da vida, no que tange seus aspectos técnicos e práticos, e a negação da morte a partir do entendimento que ela não era esperada.

eu estava cuidando de um paciente e dei banho nele. No outro dia, ele faleceu. Eu passei na enfermaria para vê-lo e ele já havia falecido. **** *ID_13 *_1 *Rel_2 score: 447.81

no quarto período eu cuidei de uma paciente que estava internada e, durante o processo de internação, ela teve uma infecção. Quando acabei o estágio, fiquei sabendo do seu falecimento e eu não esperava isso. **** *ID_22 *_2 *Rel_3 score: 341.77

em um dia o paciente estava bem entre aspas e no outro, quando nós chegamos no estágio, ele havia falecido. Inclusive o corpo havia sido preparado e estava na enfermaria. **** *ID_24 *_2 *Rel_1 score: 322.94

no estágio, eu cuidei de uma paciente entre aspas morta (...) uma semana antes, ela estava bem e aguardando por uma cirurgia no centro de terapia intensiva intensivo cardíaco. **** *ID_02 *_1 *Rel_4 score: 472.94

Portanto, faz-se necessário que os estudantes de enfermagem encontrem nos cursos de formação o apoio necessário para a discussão e a reflexão acerca do enfrentamento, com maior naturalidade, as questões que envolvem a morte e o morrer. Mas para que esse preparo seja efetivo e forme profissionais qualificados, necessita-se incluir disciplinas que abordem com maior veemência o conteúdo e de modo transversal, ou seja, que consiga ser ofertado em todas as disciplinas, independentemente se o conteúdo tem íntima relação com o evento morte (BANDEIRA *et al.*, 2014).

Os currículos do curso de formação precisam estar voltados para contribuir com o desenvolvimento de habilidades e competências do profissional, para que ele possa prestar a assistência para além da técnica, mais humana e integral, possibilitando o cuidado ao paciente, respeitando sua autonomia como indivíduo e estendendo a atenção aos seus familiares (GELBCKE *et al.*, 2011). Dessa forma, é necessário o entendimento sobre a importância na formação de profissionais críticos e reflexivos, capazes de trabalhar temas amplos e que não seguem um fluxo comum (BANDEIRA *et al.*, 2014).

meus amigos, outros estudantes da minha turma tiveram experiência com a morte em outros períodos da graduação. Na sala emergência do hospital,

eu acho que é normal entre aspas para os profissionais vivenciar a morte de pacientes todos os dias. **** *ID_07 * _1 *Rel_1 score: 287.25

tanto que quando fomos para o estágio na sala_ emergência tiveram três óbitos em uma manhã. A professora deu a oportunidade de ir com a enfermeira do setor ver o preparo_corpo. **** *ID_08 * _1 *Rel_3 score: 282.69

A inserção da temática sobre a morte no currículo é um desafio para o docente, pois este atua como mediador na construção do conhecimento e o aluno, por sua vez, necessita refletir sobre o que está aprendendo e assim, fomentar seu próprio saber (FREITAS *et al.*, 2016). No entanto, de acordo com os depoimentos dos participantes, questiona-se qual o melhor momento para inserção da temática sobre a morte.

Eu cuidei de um paciente em processo de morte na minha primeira disciplina prática no hospital. Ele foi diagnosticado com câncer de bexiga. **** *ID_18 * _2 *Rel_4 score: 380.28

porque tinha tanta informação ao meu redor e eu estava em um ambiente novo, com pessoas diferentes, e eu precisava unir o que eu havia aprendido na teoria com a prática. Além disso, era a minha primeira experiência com um paciente, a primeira vez no estágio do hospital. **** *ID_18 * _2 *Rel_4 score: 287.12

A abordagem teórica confronta os valores e as experiências dos acadêmicos possibilitando a reflexão sobre as questões que envolvem a finitude. As atividades práticas, nos estágios supervisionados servem como estreitamento entre teoria e prática, para que os discentes tenham subsídios necessários para a realização das atividades referentes à sua futura profissão.

Como observam Silva *et al.* (2015), em geral, a disciplina curricular onde se encontra inserido o conteúdo de morte, trata da bioética e nela, a abordagem é feita com base na perspectiva da deontologia, sem que o aluno tenha vivido situações práticas, e muitas vezes, sem o reconhecimento de sua importância. É imprescindível que, no processo de formação, se tenha maior estímulo à discussão desses assuntos a fim de possibilitar a reflexão. Vários estudos sugerem que a sua inserção seja de modo transversal, em todas as disciplinas da graduação, não apenas como um tópico isolado (BANDEIRA *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2017; JOAQUIM *et al.*, 2018; GONÇALVES; SIMÕES, 2019).

A insuficiência e superficialidade da abordagem teórica do fenômeno da terminalidade nos cursos de graduação, diminui as oportunidades ao treinamento do enfermeiro em formação, impedindo e dificultando o seu entendimento sobre a

prática do cuidado. Está evidenciado que oferta pelo tema está diretamente associada a fragilidade curricular na oferta de disciplinas que abordam o assunto, sendo inclusive abordado em algumas unidades através de disciplina optativa.

O desenvolvimento das competências práticas deve ser baseado em razão do conhecimento apreendido e vivenciado ainda na formação. No entanto, conforme evidenciado, a escassa abordagem e reflexão sobre a temática incide absolutamente na compreensão do processo de cuidar, mostrando-se insuficiente para a aquisição de uma práxis cuidativa e sensível diante das necessidades humanas que emergem nesta fase da vida (VICENSI, 2016).

Reitero que a troca de saberes populares e científicos são imperativos para a formação das Representações Sociais e sendo assim, emerge neste contexto, o desafio e a necessidade de uma educação para a morte e a efetivação de estratégias e mecanismos para o desenvolvimento de habilidades nesta área. Assim, podemos vislumbrar a possibilidade de uma assistência de qualidade e humanizada, mais próxima ao paciente e sua família, garantindo ao indivíduo seus direitos de cidadania e dignidade.

7.6.2.2 Classe 5. Memórias sociais e afetivas relacionadas à finitude e suas relações com o cuidado de enfermagem

A classe 5 é composta por 211 UCE's, totalizando 17,44% do corpus de análise. A partir do dendograma, as palavras que apresentaram maior significância e associação com a classe foram: **ano, mãe, tio, avô, lembrança, marcar, pai, criança, chorar e lembrar**. Pelas palavras de maior frequência, a classe trata sobre o significado do fenômeno morte para os participantes, destacando-se palavras relacionadas ao cotidiano familiar e social, demonstrando a influência da memória na construção das representações associadas a terminalidade.

No quadro 25 a seguir, serão apresentadas as palavras principais que compõe a classe, frequência de aparecimento e valor de χ^2 .

Quadro 25 – Frequência, valor de χ^2 e formas principais da classe 5

Frequência	χ^2	formas
52	215.32	Ano
46	170.75	Mãe
32	149.05	Tio
42	138.96	Avô
32	131.57	Lembrança
33	131.26	Marcar
25	97.6	Pai
26	88.69	Criança
26	88.69	Chorar
26	70.83	Lembrar

Fonte: A autora, 2020, elaborado através do Iramuteq.

A concepção sobre a morte e a atitude do homem diante dela altera de acordo com o contexto histórico, social e cultural. Nesse sentido, cabe salientar que, na atualidade, a mídia desenvolve o importante papel na veiculação das informações, sendo formadoras de opiniões e contribuindo para a dispersão do conhecimento, muitas vezes até equivocado. A morte como fenômeno físico, exaustivamente estudada e mantêm, até o presente momento, o status de objeto de pesquisa, no entanto, permanece ainda um mistério para a humanidade. A reflexão acerca da finitude provoca desconforto justamente por ser algo inevitável e certo – um dia a vida chegará ao fim. E essa certeza aciona sentimentos como o medo e a angústia, e desperta atitudes de defesa, como a negação e o ocultamento.

Assim, o fenômeno da morte permitiu a formação de representações ao longo da existência da humanidade, tanto na consciência coletiva quanto na individual, mesmo antes da sua compreensão. No entanto, a temática não faz parte de uma discussão atual. Em muitos campos do saber, como na filosofia, história, sociologia, biologia, antropologia e psicologia, discutiram o assunto ao longo da história pois a morte não faz parte de uma categoria específica, é uma questão transversal e essencialmente humana.

A compreensão da morte pelo indivíduo é dinâmica e ocorre ao longo do seu desenvolvimento. Desde a infância, as pessoas têm contato com perdas, no entanto,

o significado da morte é entendido mais claramente a partir da adolescência. O adulto evidencia a possibilidade de sua ocorrência e o idoso, quando a probabilidade aumenta, sua aceitação faz parte do entendimento de a velhice é a última etapa no ciclo do desenvolvimento humano. A morte está relacionada ao desenvolvimento humano, somada a cultura e as situações de perda que vivenciamos, contribuem para a formação da visão sobre a finitude humana (VON HOHENDORFF; MELO, 2009).

Nesse sentido, os participantes relatam mortes de familiares ocorridos durante a infância e destacam a falta de conhecimento prévio sobre o assunto.

o primeiro contato que eu tive com a morte foi com sete anos, quando meu tio faleceu. Acho que foi quando eu tomei conhecimento do que era a morte. **** *ID_02 *_1 *Rel_4 score: 555.54

acho que eu tinha uns cinco ou seis anos quando perdi minha avó e eu não tinha ideia da morte. Na hora, eu não tive essa sensação de perda, só quando eu perguntei para minha mãe. **** *ID_01 *_1 *Rel_3 score: 547.76

falou que ela faleceu porque estava doente. Agora, eu ficaria só com as lembranças da minha avó e eu não iria mais vê-la. Eu chorei. Eu não tinha compreensão ainda do que era morte. **** *ID_04 *_1 *Rel_3 score: 425.99

A sociedade contemporânea não fala de morte com as crianças, pois para alguns, falar sobre morte pode parecer crueldade uma vez que é difícil falar sem elaborar os significados da vida que nela se encerra (OLIVEIRA; ROCHA, 2017). Paiva (2011) afirma que as crianças não participam do processo de morte e dos seus rituais como forma de proteção dos pais para evitar o sofrimento. No entanto, ao tentar protegê-la, subestima-se a sua capacidade de olhar para a realidade e reconhecer suas perdas. Essa atitude reforça a valorização dos ganhos e nega a perda, reforçando a dificuldade de lidar com elas e a elaboração do luto ao longo da vida.

a lembrança mais antiga que eu tenho foi a morte de uma cachorra quando eu tinha oito anos. Eu era muito apegada e passei uns três dias chorando. **** *ID_23 *_2 *Rel_3 score: 659.42

Uma vez que a morte faz parte da vida, preparar o ser humano para vivenciar as perdas desde a infância faz-se necessário como processo formação de representações. O ser humano deverá aprender a conviver com a ausência: o brinquedo que quebrou, o animal que morreu, o amigo que mudou de apartamento, a morte de alguém querido.

a morte do meu tio, foi a primeira morte na família, eu lembro que chorei muito no enterro. Mas a lembrança que mais me marcou foi a morte dos meus avós. **** *ID_22 *_2 *Rel_3 score: 758.10

a mais antiga é do falecimento de uma conhecida, era como uma tia. Ela era amiga de adolescência da minha mãe e das minhas tias e me marcou porque foi à primeira vez que fui ao velório. **** *ID_05 *_1 *Rel_4 score: 640.80

a lembrança da morte do meu avô, eu tinha oito ou nove anos quando ele morreu. Lembro que fui ao velório, mas meus pais disseram que não era bom ver um cadáver quando criança. **** *ID_10 *_1 *Rel_1 score: 663.31

foi quando eu perdi meu bisavô, eu tinha sete ou oito anos. A lembrança desse episódio, o que mais me marcou foi ver minha família se arrumando para ir ao enterro. **** *ID_18 *_2 *Rel_4 score: 476.58

minha mãe não me deixou entrar onde o corpo estava sendo velado, falou que não era uma imagem para criança. Eu tinha uns quatro anos. **** *ID_05 *_1 *Rel_4 score: 474.76

Os participantes relatam que ouviram “que a morte não é assunto para crianças” e que, nessa fase, foram impedidos ir a velório ou, na sua impossibilidade, de ver o cadáver. Paiva (2011) refere que, geralmente a alegação da proteção, está na dificuldade de falar sobre o tema da morte com crianças. Precisa-se resguardar a própria construção social e cognitiva dos adultos por temer que elas não compreenderão, e adotar o silêncio e a negação, fazendo de conta que a terminalidade não fará parte do mundo infantil.

A morte um dia acontecerá de maneira inevitável a todos. Consequentemente, evitar falar para proteger a criança, poderá dificultar seu entendimento sobre o ciclo natural da vida. Para Oliveira e Rocha (2017), esconder a realidade pode ser um dos principais fatores de manifestações patológicas desenvolvidas na infância. Além disso, conforme pode ser visto nos depoimentos, a criança é capaz de captar o que está acontecendo ao seu redor e perceber as diferenças nas ações daqueles que o cercam.

foi uma perda que eu tive quando tinha uns quatro anos. Era o tio da minha mãe e eu tinha uma relação muito forte com ele. Eu lembro exatamente da minha mãe me contando e lembro até a roupa que eu estava vestindo. **** *ID_11 *_1 *Rel_3 score: 647.22

a lembrança que mais me marcou, foi a morte da minha avó paterna. Eu era bem pequena, tinha seis anos. Me marcou porque eu estava com ela em um dia e no outro, quando me arrumei para ir à casa dela, e não fui. **** *ID_04 *_1 *Rel_3 score: 599.44

a lembrança mais antiga e a que mais me marcou foi quando meu avô morreu pois, eu morava com ele. **** *ID_21 *_2 *Rel_1 score: 498.81

no dia que ele morreu, eu o vi deitado nesse quarto escuro. Foi uma lembrança que me marcou quando eu era criança, mas, com o passar dos anos, não é mais uma lembrança que me marca tanto. **** *ID_13 *_1 *Rel_2 score: 479.92

O suporte emocional, a sensibilidade e a delicadeza ao falar sobre a morte para crianças, adequando a linguagem ao seu nível cronológico, permitindo-a determinar o que será falado, faz parte do cuidado que os adultos deverão ter para formar o pensamento sobre a finitude nos pequenos. Segundo Kovacs (2014), as questões que envolvem a morte e vida, principalmente os processos de rompimento e separação do corpo estão presentes no consciente da criança. Sua aguda capacidade de observação leva a manifestações de sintomas, quando o adulto, na tentativa de protegê-la, evita falar sobre a morte. A criança sente-se confusa e desamparada, sem a possibilidade de conversar e elaborar o luto. Negar a realidade não alivia a dor da perda, somente aumenta e posterga o sofrimento.

A adolescência é a etapa na qual o jovem se depara com a construção da sua identidade, parte do seu desenvolvimento. Nessa etapa, o jovem entende o significado da morte, porém não pensa sobre o fato devido à dificuldade para pensar na possibilidade de perder pessoas próximas, provavelmente fruto do seu pensamento mágico de imortalidade de onipotência (ESSLINGER; KOVACS, 1999).

a lembrança mais antiga que eu tenho é justamente da morte da minha mãe quando eu tinha treze anos de idade. Foi a experiência mais traumática pela qual eu já passei na vida e um marco de passagem para a minha fase de adulto. **** *ID_12 *_1 *Rel_3 score: 602.13

mas a lembrança da morte da minha bisavó que mais me marcou, foi por eu ter idade de assumir responsabilidades. Como minha mãe era quem mais cuidava da minha bisa e ela é muito sentimental e frágil, então, eu peguei esse cuidado um pouco pra mim. **** *ID_02 *_1 *Rel_4 score: 526.17

mas a morte de familiar que mais me marcou foi do meu tio, ele era meu vizinho. Eu estava com uns quatorze anos quando ele faleceu. A morte dele me marcou porque ele me incentivava ir para a faculdade. **** *ID_16 *_2 *Rel_1 score: 513.82

eu lembro da situação de morte dele. Ele estava no hospital e eu não podia visitá_lo por ter idade menor que doze anos. Eu pedia para minha mãe para vê_lo e ela não deixava. **** *ID_11 *_1 *Rel_3 score: 493.63

O fato de os adolescentes não pensarem muito sobre a morte, não impede que, caso ocorra, sua vida permanecerá a mesma, inclusive pode significar mudanças para toda a vida, conforme os relatos acima. Para Von Hohendorff e Melo (2009), o jovem está no auge da vida, buscando seu lugar no mundo e consolidando sua identidade, não permitindo se envolver emocionalmente e mantendo afastados

os pensamentos sobre a finitude. Esslinger e Kovacs (1999) ressaltam que este comportamento é fruto da fábula pessoal de que os adolescentes são invulneráveis e esse pensamento fica evidente quando levados a necessidade de viver intensamente, inclusive desafiando a morte, o jovem possui comportamentos abusivos como o uso de drogas e direção perigosa, envolvendo-os em acidentes, muitas vezes fatais.

A boa comunicação e o diálogo, são a base e a sustentação que deverá ser ofertada pelos pais, ou responsáveis, para estes jovens que vivenciam o processo de luto. Esse cuidado permitirá que o adolescente se reconheça e repense suas vivências, assumindo verdades que o situe no momento presente, mesmo que estas não lhe agrade, como no caso da morte e da perda de um ente querido, permitindo ressignificar seus sentimentos e seu lugar como sujeito (OLIVEIRA; ROCHA, 2017).

A compreensão da morte sofre influência de diferentes variáveis, além da cronológica. A construção do imaginário sobre a morte na infância, a negação, o estresse do momento e o temor podem contribuir para o distanciamento do assunto. Os avanços da ciência, fatores culturais e os lutos vivenciados ao longo do desenvolvimento do indivíduo também podem construir o pensamento acerca da terminalidade (KOVACS, 2014).

uma morte recente e que mais me marcou foi o falecimento do meu avô. Vai fazer dois anos e, como aconteceu em casa, foi algo que me marcou muito. **** *ID_08 *_1 *Rel_3 score: 865.51

não é uma lembrança muito antiga. Faz dois anos que a minha mãe faleceu e foi a lembrança que mais me marcou. **** *ID_24 *_2 *Rel_1 score: 719.06

foi uma morte que me marcou bastante porque ele morava na casa do sobrado, em cima da minha casa e era um pouco escuro. **** *ID_13 *_1 *Rel_2 score: 661.29

A morte na vida adulta pode ser encarada como motivo de frustração, uma vez que esses indivíduos estão ansiosos para viver aquilo que foi planejado. O impacto da morte de alguém próximo pode prejudicar o processo desapego familiar, comum ao jovem adulto que deseja sair de casa e construir uma nova vida, principalmente para aqueles mais apegados ou dependentes da família (VON HOHENDORFF; MELO, 2009).

A proximidade e a formação do vínculo dos participantes com seus familiares podem ser consideradas como fator definidor para a compreensão do fenômeno,

uma vez que as relações estão baseadas no afeto e firmemente ancoradas no pensamento ingênuo que serão mantidas por longa data. Bowlby (1989) afirma que o comportamento de apego é definido como qualquer forma de comportamento que resulta em uma pessoa alcançar e manter proximidade com outro indivíduo, considerando-se mais apto para lidar com o mundo. Logo, o contato com o outro e a busca pelo seu aconchego, são ações que geram proximidade e apego. Ao se deparar com a perda, o ser humano experimenta as mais intensas e variadas emoções, diretamente relacionada ao apego, e a elaboração do luto em direção ao restabelecimento de uma relação com o objeto perdido.

a morte da minha avó e de dois tios me marcaram bastante. Acho que morte de parente me marca mais. **** *ID_27 *_2 *Rel_2 score: 584.94

a última que foi um tio, irmão do meu pai, mas que não era tão próximo. A vida dele não estava muito correlacionada com a minha. **** *ID_03 *_1 *Rel_4 score: 531.01

eu lembro da minha mãe, dela no caixão. A imagem que me vêm é a lembrança é da minha mãe e da sua morte. **** *ID_24 *_2 *Rel_1 score: 403.72

A perda é vivenciada de forma consciente e, na maioria das vezes, é considerada mais temida do que a morte. A morte em si não pode ser vivenciada por aquele que vive de modo concreto, assim, a única morte experienciada é a perda, quer concreta, quer simbólica (KOVACS, 2014). Ela, por outro lado, pode trazer crescimento com a possibilidade de fortalecimento, dependendo da forma como é elaborado o luto. Desde a negação e o afastamento do indivíduo em relação a morte até seu fortalecimento diante da situação, é notável na elaboração do luto o processo gradativo de assimilação e a possibilidade de convivência com as perdas durante a vida.

Mediante a tantas reações e cada qual acompanhando as particularidades de cada indivíduo, é importante refletir as diferentes formas de enfrentamento perante a morte. Só quem viveu a perda de alguém próximo sabe a dor e a confusão emocional geradas pela ausência. Nas falas a seguir, os participantes relatam a dor compartilhada por seus entes e as privações causadas pela morte.

a lembrança que mais me marcou, foi o falecimento da minha avó materna, eu tinha uns doze anos e ela morava em outro estado. Eu lembro principalmente da reação da minha mãe, como ela enfrentou a situação. **** *ID_16 *_2 *Rel_1 score: 675.93

Essas lembranças doem por causa deles. Meu primo tinha seis anos e só soube da morte do pai no outro dia e chorou muito. **** *ID_03 *_1 *Rel_4 score: 628.86

meu primo me informou por mensagem sobre a morte do meu tio e pediu para avisar minha mãe e avó. Eu teria que avisar logo minha avó. Ela que sofre demais com a morte das pessoas e revive o passado. **** *ID_17 *_2 *Rel_4 score: 573.14

Outra situação levantada pelos participantes está na lembrança das perdas provocadas por violência, que compõe um quadro dramático e comum na sociedade contemporânea e, conseqüentemente, fazem parte da representação de experiências traumáticas relacionadas a morte.

eu não tenho lembranças familiares muito marcantes (...), mas uma situação que me marcou foi aquela que aconteceu na escola de realengo, onde um atirador matou várias crianças. **** *ID_19 *_2 *Rel_3 score: 611.59

eu lembro que quando criança, tinha uns sete ou oito anos e eu morava próximo a uma comunidade. Às vezes, tinha alguma morte por lá e eu já tinha consciência do que era morte e do que estava acontecendo. **** *ID_26 *_2 *Rel_2 score: 437.02

A vida é feita de rupturas, sendo a última delas o rompimento da vida em si pela morte. A finitude não pode ser vista apenas pelo seu aspecto biológico, reduzindo assim a experiência como a única certeza que temos na vida e que todos iremos passar, mas deve ser considerada um processo social, que impacta o meio ao qual o indivíduo estava inserido. O término da vida ocorre para aquele que morre, mas também para quem fica. Algo se rompe. E superar a dolorosa e difícil partida de alguém querido significar superar a morte, devendo se acostumar com a ausência da pessoa e retomar a vida.

Reunir as lembranças dos últimos momentos de um ente querido falecido é muitas vezes a forma de garantir a eternidade daquelas datas na memória, conforme expresso nos relatos a seguir.

cuidei da minha avó e ela tinha vários problemas de saúde. Na virada do ano, ela não gostava de passar essa data longe de casa, mas nesse ano, ela decidiu que era o último ano da vida dela e queria passar o natal e ano novo com a família. **** *ID_15 *_1 *Rel_3 score: 485.30

nesse dia das crianças, fomos na casa dessa tia e na hora de dar o presente ela disse que meu tio foi um pai muito bom e que não deixou faltar nada, nem o presente dele. **** *ID_03 *_1 *Rel_4 score: 431.13

a mais forte que foi a morte do meu avô. Ele tinha noventa e dois anos e um dia antes da sua morte nós havíamos nos reunido na casa dos meus avós para um almoço. Parecia uma despedida. **** *ID_20 *_2 *Rel_4 score: 462.11

A recordação dos acontecimentos, mesmo com a presença de componentes simbólicos, ocorre a partir da concepção que o indivíduo possui do presente, de acordo com a releitura e reconstrução dos fatos que marcaram o último dia do encontro com seus entes queridos. E assim, conforme exemplificado nas falas a seguir, a vivência da morte no tempo presente, pode fazer reviver lembranças de outras mortes e causar mal-estar devido a experiência traumática que viveram no passado.

eu acho que o processo de morte vai muito do que você está vivenciando no momento. Uma amiga tinha acabado de perder a tia, a outra reviveu a morte da mãe e a outra lembrou da morte do pai. **** *ID_03 *_1 *Rel_4 score: 597.00

em todas as ocasiões que eu lidei com a morte, esse foi um sentimento recorrente. A morte da minha mãe, de um tio, do meu avô e até de um cachorro me causaram muito mal. **** *ID_12 *_1 *Rel_3 score: 485.52

Observamos que a memória afetiva destes estudantes toca as experiências acadêmicas, o que pode, de algum modo fazer ressurgir sentimentos relacionados a perda, como a tristeza e o sofrimento. A perda é um fenômeno universal (BOWLBY, 2006) e, perder um paciente pode ter vários significados aos profissionais, mas em comum está a dificuldade de suportar a ausência. Essa privação pode fazer emergir emoções devido a projeção de sentimentos relacionados a alguma perda, por exemplo, um ente querido que faleceu. Muitas vezes, quando a morte é considerada inesperada, esta pode desencadear desespero e raiva, levando o profissional ao isolamento, para ressignificar seu próprio processo de luto.

A individualidade e a negação da morte, por extensão, têm estado estampadas nas emoções e no tratamento concedido aqueles que morrem. As lembranças trazem à tona de momentos de vida, protegendo o imaginário das condições da morte. Nesse mesmo sentido, a crenças que sempre trouxeram algum conforto, aplacando o terror da finitude, com a inserção de novos conhecimentos e possibilidades, esse novo universo simbólico de informações, romperam com a segurança de uma vida após a morte. E as incertezas em relação a continuidade da existência, conseqüentemente, trazem dúvidas aos viventes, que cada dia mais possuem dificuldades de se adaptar à realidade.

As memórias da morte que outrora estava cercada de momentos vividos nos últimos instantes de vida, em que se realizava os rituais e os preparativos fúnebres,

procura esconder e preservar apenas a memória da vida, e não o derradeiro momento da morte. Kovacs (2014) afirma que o processo de ocultamento suprimiu o caráter interativo da morte, não fornecendo um manual de condutas que pudessem orientar o enfrentamento dessa situação vista como embaraçosa.

A cultura, a história, a religião e o tempo presente contextualizam e influenciam a forma como se vive e se acompanha a morte de alguém. As lembranças da finitude de entes queridos, as imagens de terror sobre a morte veiculadas na mídia e o acompanhamento do sofrimento de pessoas internadas em processo de morte podem ser gatilhos para o sofrimento do profissional de saúde durante sua assistência.

A humanidade tenta esconder e minimizar os efeitos da morte se afastando e evitando falar sobre ela. Aos profissionais de saúde que, constantemente se deparam com a finitude, muitas vezes, a saída está na realização de procedimentos técnicos e a frieza. A última etapa da vida é partilhada com sofrimento e tristeza devido a concepção que construímos em torno dela e, principalmente, quando condicionada a doença prolongada e incurável. Os desafios traçados na busca pela continuidade da vida, provocam tensão a todos os envolvidos. A família imputa a instituição a missão de cuidar e postergar a morte, e por conseguinte, a responsabilidade recai para o profissional de saúde que, quando se depara com o inevitável, sofre devido a suas limitações.

Essa nova imagem construída em torno da morte, produz modificações que são oportunamente abordadas na construção do enfrentamento da morte: a profissionalização no tratamento de pessoas em processo de terminalidade e o tratamento do cadáver, como o preparo do corpo; a simplificação de ritos fúnebres e o luto velado, que não pode ser manifestado publicamente como sinal de vergonha (VON HOHENDORFF; MELO, 2009). Para os participantes da pesquisa, motivo de reflexão e assombro sobre o futuro que os espera.

8 MORTE E MORRER: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO

A partir da construção da análise, tanto estrutural quando processual, esta sessão pretende realizar a síntese da forma com a qual os graduandos de enfermagem representam a morte e o morrer, e para isso, será apresentado quatro bases que sustentam a representação: A experiência pessoal que envolve a religiosidade, a espiritualidade e a lembrança da perda de familiares; A dimensão afetivo profissional caracterizada pela expressão da tristeza ocasionada pelo fim da vida; A dimensão conceitual explicativa relacionada com as memórias sociais como elementos influenciadores das práticas, sugerindo o processo de naturalização da morte como parte integrante da vida; e por último a prática acadêmica que retrata as situações de cuidado desses estudantes e a necessidade de capacitação profissional, como ferramenta de suporte para o cuidado e superação do paradigma da negação da morte.

Para explicitar os conteúdos presentes nessa representação, é importante estabelecer a organização dos mesmos para que se possa compreender o pensamento social acerca da terminalidade. Do mesmo modo em que o cuidado de enfermagem se apresenta como um desafio a ser delineado a partir da complexa relação das questões socioculturais, o processo de formação dos profissionais de saúde e o contexto religioso.

Vale destacar que as representações sociais são construídas a partir da produção de saberes, no cotidiano de cada indivíduo, com a finalidade de facilitar a comunicação, gerando consenso e produzindo comportamentos diante de um fenômeno social (SÁ, 1998; JODELET, 2001; MARKOVÁ, 2006; WACHELKE; WOLTER, 2011; SANTOS; ALMEIDA; TRINDADE, 2011). A partir desta reflexão, concordando com Hall (1997), pode-se inferir que as representações sociais são uma forma de classificação, que estereotipa e estigmatiza narrativas. Ou seja, todos os aspectos da vida do sujeito, são formadores dessa representação e passam a ter papel central na naturalização das realidades sociais.

Nesse sentido, o que leva uma pessoa ou profissional a ser o que ele é, ou seja, o que o diferencia do outro? Sua singularidade está pautada nas suas experiências pessoais e, cada um carrega princípios e valores que são incorporados

e modificados durante a trajetória de sua vida. As escolhas e a forma como agimos diante de determinadas realidades, são decorrentes dessa troca entre representações e práticas construídas nas relações interpessoais. Assim, estamos em constante transformação uma vez que nossas experiências passam pelo processo de reflexão para ação e vice e versa.

Sabemos que o fenômeno da morte é vivenciado individualmente e construído socialmente (ARIÈS, 2012), e assim, segue abarcando uma rede de expressões simbólicas e representações que variam de acordo com os grupos sociais. A certeza da mortalidade gerou, ao longo do tempo, concepções acerca do tema, provocando a construção de representações sociais variadas, de acordo com cultura, com a religião e com história das diversas sociedades, a partir de processos de ancoragem e objetivação.

E para essa compreensão, se faz necessário o entendimento individual e social, associando elementos do presente e do passado, buscando analisar, através da perspectiva socio-histórica-cultural, as imagens construídas em torno da morte. Nesse contexto, percebe-se a objetivação da morte para esses estudantes como algo escuro, preto e branco e a ausência de cores. Os entrevistados reforçam uma ideia antiga, oriunda da mitologia grega onde a morte é nomeada por Thanatos e seu irmão gêmeo Hipnos, o sono.

Essa expressão figurativa pode ser vista em obras arcaicas e clássicas, e remetem a uma representação icnográfica, sobretudo na personificação de Morte e Sono. Segundo Haiganuch Sarian (1994/1995), a mais antiga representação da Morte foi transmitida na Teogonia de Hesíodo (final do século VIII e início do VII a.C.), com uma imagem descrita de duas crianças gêmeas adormecidas nos braços de Nix, a Noite. A sua direita uma criança branca e a esquerda uma criança negra, simbolizando, respectivamente, Thanatos e Hipnos. Em outra descrição, o autor os menciona como terríveis deuses, porém Hipnos seria “tranquilo e doce aos homens”, enquanto Thanatos tem “coração de ferro e alma de bronze, sendo odiado até aos deuses imortais”.

Considerando a representação social como construção do sujeito sobre um objeto, e essa construção se dá a partir de informações (tais como a figura descrita acima) que ele recebe, que seriam filtradas e arquivadas na memória, permitindo ao sujeito compreender e agir sobre ele (SANTOS, 1994). E essa memória compartilhada por meio de imagens, que rompem a linearidade do tempo e

simboliza a morte como a ausência de cores ou a dualidade entre o preto e o branco. A cor preta significa que as cores e a alegria foram escondidas e o escuro, a ausência da luz de uma vida que apagou e deixou de ser refletida. Inclusive temos o uso de velas em cerimônias fúnebres e datas comemorativas como o dia de Finados. Esse costume visa perpetuar a luz da pessoa falecida ou representar a busca pela luz na escuridão, iluminando o caminho que a levará para a vida eterna (REIS, 1991). Esse mecanismo de formação de representações pode ser uma tentativa de explicar um passado que não foi concluído, uma recordação que não pode ser dominada. Essa concepção de morte e morrer construída pelo grupo social e sua relação com a ausência de cores, ganha contornos de verdade, passando a organizar sua memória, seu pensamento e sua vida cotidiana.

O sistema cultural que vivemos, que possui interface com a teoria das representações sociais, é perpassado por crenças, atitudes, construções simbólicas e dogmas elaborados por diferentes religiões e aspectos morais que alimentam e influenciam as ações. E nesse sentido, para os participantes, o fim da vida não significa, portanto, o fim de tudo. A morte faz parte do ciclo da vida, no entanto, observa-se nessa representação que o fim está simbolizado como uma passagem, podendo ser para outro caminho ou para a possibilidade de uma nova vida, podendo inclusive reiniciá-la.

A situação da morte e seu desfecho ronda os pensamentos, podendo ser considerada por muitos, como algo obscuro e que foge a racionalidade humana. Sua dicotomia configura entre realidade da finitude e a possibilidade da imortalidade, geralmente carregada de suposições e conjecturas acerca do pós-morte, sem saber exatamente do que se trata. E nesse sentido, a busca do homem por explicações ou por uma resposta concreta sobre a morte, pode impulsioná-lo para a religião.

A palavra morte tem origem latina e deriva de mors (MICHAELIS, 2020) que significa o fim da vida. No entanto, os participantes da pesquisa também utilizaram expressões como passagem e descanso, ancorando a concepção religiosa da morte para quem as utiliza. Esse simbolismo está organizado na possibilidade de existência do pós-morte, crendo na manutenção da vida ou um recomeço. O questionamento em relação a finitude e a expectativa de outra existência parecem ter um denominador comum: a recusa de acreditar no fim, demonstrando que não estamos preparados para a morte e principalmente pelo que ela representa: a eliminação do mundo que conhecemos.

Seja qual for o motivo, o homem não consegue suportar a ideia de que não existe nada após a morte, apenas a decomposição e a destruição irreversível do corpo, revelando seu fim (URBAIN, 1997). A morte normalmente está vinculada a tristeza e ao luto do funeral, a decomposição do corpo e a perda do significado de pessoa, deixando de ser reconhecida como ser humano, restringindo-se a ser apenas um corpo (ARIÈS, 2012).

A pessoa morta perde o nome e sua essência de ser ativo, passa a ser um cadáver, constatação que se opõe ao sujeito, anteriormente com vida. Essa é uma realidade que não se pode fugir. A recusa e a dificuldade de acreditar no fim, conforme expresso anteriormente, e a necessidade de elaborar teorias explicativas sobre o pós-morte, surgem justamente ao se deparar com a possibilidade da não existência e a necessidade de se pensar em uma existência além da própria existência.

Nesse sentido, a morte pode ser considerada um fator estressor, tanto para o estudante quanto para o profissional de saúde. Enfrentar uma perda sozinho, sem estar adequadamente preparado, pode gerar intenso sofrimento quando consideramos a dimensão afetiva dos indivíduos, mesmo para aqueles mais experientes. Para Jean Delumeau (2009), o homem devido a sua racionalidade é o único ser que reconhece sua finitude e a teme, fazendo diferenciação entre medo e ansiedade. O primeiro se refere a sentimentos de temor, espanto e pavor por algo conhecido e o segundo, refere-se à inquietação devido ao desconhecido. Nesse contexto o futuro profissional demonstra sofrimento diante da constatação da morte pois, mesmo diante de todas as certezas, previsões e diagnósticos proporcionados pelas tecnologias, o medo pela certeza de sua não contestação e a angústia por desconhecer o que há por vir.

Ao se estudar o fenômeno das representações sociais, o pesquisador deve estar atento à linguagem e à ação comunicativa voltadas aos processos simbólicos e de produção de sentido na interação social. A produção de sentido ocorre a partir da interpretação de mensagens, por meio da linguagem. A noção de representações sociais propõe que nós não vivemos em um ambiente feito apenas de objetos, sejam naturais ou artificiais, mas também em um ambiente de pensamento, construído e reconstruído continuamente pela atividade cognitiva e comunicativa humana (SÁ, 2011) e, dentro desta construção, como pontuado, pode-se considerar a influência da cultura.

E dentro desse sistema de pensamento e comunicação, os participantes do estudo tentam elaborar teorias e constatações, a fim de conceitualizar a morte e tentar explicá-la. E com objetivo de tornar familiar e naturalizar a morte como parte integrante da vida, alguns citaram o controle de pessoas e a garantia da diversidade.

Essa reelaboração e construção do universo simbólico sobre a terminalidade são oriundas as transformações e discussões presentes na sociedade moderna. O crescente aumento da população, bem como as discussões acerca do consumo de combustível fóssil, água, grãos, peixes e florestas que estão excedendo a oferta. Cada dia surgem novas discussões acerca dos problemas ambientais que serão agravados consideravelmente com uma superpopulação, impossibilitando daqui uns anos a manutenção da vida (NAHRA, 2013). Desta forma, para a representação aqui exposta, a morte seria uma forma de controle para essa estabilização populacional.

No entanto, a cada ano temos a inserção de tratamentos inovadores e fórmulas que prometem desacelerar o processo de envelhecimento e a manutenção de um corpo saudável e em boas condições. Para isso, a ciência e a tecnologia lançam mão de vários produtos, métodos e alternativas para alcançar a juventude e assim, o desejo pelo corpo saudável tornou-se um incentivador do consumo. Para alguns estudiosos como Kirkwood (2001) e Temkin (2008), é equivocado pensar que envelhecemos pois somos programados para morrer e abrir caminho para a próxima geração. Para eles existem espécies que vivem consideravelmente mais do que os humanos, as tartarugas por exemplo, e envelhecem muito mais lentamente. Para Kirkwood (2001) somos programados para sobreviver e o envelhecimento ocorre por acumulação gradual de defeitos irreparáveis nas nossas células e, uma vez que a natureza desses defeitos for descoberta, teríamos a chance de controlar esse processo.

Assim, a busca pela maior realização de todas, a imortalidade, colocaria um fim nas incertezas e angústias causadas pelo medo da morte. No entanto, essa possibilidade pertence a um futuro não tão próximo que talvez não consigamos presenciar. Mas podemos vislumbrar o aumento da expectativa de vida e uma longevidade sadia, realidade nos países mais desenvolvidos, que deveria ser considerado como uma das principais realizações da nossa civilização contemporânea. Com o advento da tecnologia, dos meios diagnósticos e no avanço da medicina, a tendência do afastamento da ideia da morte e o aumento da expectativa de vida aumentou e hoje, muitas pessoas sobrevivem até a idade

avançada. Mas os efeitos do envelhecimento e o surgimento das doenças crônicas impuseram a necessidade do cuidado para além do olhar curativo.

E refletir sobre o cuidado nos remete a pensar em sua definição, quem cuida e por que cuidamos e, nessa perspectiva de compreensão, o cuidado tem diversos significados, considerando que está inserido na humanidade desde o início da história do ser humano e acompanha a evolução dos tempos e das sociedades (SILVA, 2009). Perdigão (2003) ressalta que o sentido do cuidado e/ou do cuidar integra o sentido do próprio existir humano. Assim, cuidamos naturalmente de nós mesmos e dos outros, pelo simples fato de existirmos com o(s) outro(s) no mundo.

E nesse sentido, cabe salientar que, desde o surgimento da vida existe o cuidado, tendo por objetivo apenas assegurar a manutenção da vida (RIESCO, 1998; COLLIÈRE, 1999; WALDOW, 2001). Segundo os dicionários clássicos de filologia, a palavra cuidado deriva do latim *cura* (*coera*) e expressava atitudes de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada, no contexto de relações de amor e amizade). Para outros dicionários, a palavra cuidado deriva de *cogitare-cogitatus* que tem o mesmo significado, o de cura: cogitar e pensar no outro, colocar atenção e preocupação pelo outro (SILVA JÚNIOR, 2005; BOFF, 2005). Logo, o cuidado se apresenta quando algo ou alguém tem importância para nós então, passo a dedicar-me a ele, disponho-me a participar do seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas conquistas, enfim, de sua vida.

Todo o ser humano, a seu modo, possui a capacidade do cuidado e/ou do cuidar. Boff (2005) ressalta que “cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2005, p. 34). O cuidado é uma relação amorosa para com a realidade, anula as desconfianças e confere sossego e paz a quem o recebe.

E na prática acadêmica desses estudantes, são retratadas situações de cuidado a pessoas em processo de morte. E, através das representações até aqui expostas, vislumbra-se que estes ainda estão pouco preparados para assistir, entender, acompanhar e ajudar realmente um ser humano que esteja vivenciando difíceis momentos que antecedem sua morte. A abordagem incipiente do tema na sua formação está diretamente relacionada a essa percepção da falta de preparo

gerando insegurança e formando obstáculos para a realização do cuidado adequado.

A humanização da assistência têm sido o foco da enfermagem contemporânea e assuntos que transcendem a dimensão biológica do indivíduo, como a religiosidade e a espiritualidade, tem ganhado destaque nas investigações dos últimos anos. A compreensão das experiências e vivências que relacionam a religiosidade e a espiritualidade a saúde, tenta provar como as crenças e os comportamentos religiosos se relacionam ou interferem na saúde, como também em outros aspectos da vida.

No entanto, apesar da importância dessa temática, esta investigação não observou sua inclusão nos currículos das faculdades pesquisadas, podendo inferir a falta de preparo dos futuros profissionais para lidar com essas questões. Essa insuficiência no ensino corrobora com os achados de outros estudos (SANDERS *et al.*, 2016; CUNHA; SCORSOLINI-COMIN, 2019; FIGUEREDO *et al.*, 2019) e encaminha-se na direção contrária as pesquisas que demonstram que a religiosidade e a espiritualidade associadas com a prática clínica mostram inúmeros benefícios para a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde.

Nesse sentido, o estímulo e a valorização da dimensão espiritual do paciente em processo de finitude esbarram na dificuldade dos profissionais em atender essa demanda, devido à falta de treinamento e da habilidade de identificar essa necessidade (VANCINI *et al.*, 2017; SILVA; MOREIRA-ALMEIDA; CASTRO, 2018; FIGUEREDO *et al.*, 2019).

Além disso, esses alunos conservam imagens, ideias e sensações próprias sobre suas experiências com a finitude e compartilham o pensamento comum do sofrimento e pesar ao vivenciar a perda dos seus pacientes. A compreensão desse processo e as possibilidades de melhor desfecho, inclusive na observação do cuidado à dimensão espiritual, atribuem as unidades formadoras a responsabilidade de contribuir para uma educação profissional para a morte.

É importante ressaltar que os futuros profissionais de saúde ao optarem por conviver com a morte e tê-la como companheira de trabalho, não se tornaram livres de sentimentos e percepções acerca das crenças relacionadas a finitude (VICENSI, 2016). E quando formados, por mais preparados que possam estar, não significa que se sintam familiarizados e, inclusive, se deparam diariamente com o temor de sua própria morte. No trabalho de Silva, Resende e Andrade (2019) apontam que o

sentimento de impotência e o receio do envolvimento emocional, são dificuldades enfrentadas pelos profissionais no cuidado ao paciente em fim de vida. E, como consequência dessa dificuldade de compreender o fenômeno da morte, acabam por se afastar dos pacientes ou tomam atitudes frias.

E esse estresse constante e a dificuldade para lidar com seus próprios sentimentos pode desencadear o desenvolvimento de doenças, como a síndrome de Burnout. Pesquisas mostram os custos emocionais de cuidar de pessoas em sofrimento, realçando a associação entre fadiga por compaixão e o estresse no trabalho, e quando este se torna crônico, poderá se transformar em Burnout (GÓMEZ-URQUIZA *et al.*, 2017; GIORGI *et al.*, 2018), ou mesmo conduzi-los ao estresse pós-traumático primário (CHEN; CHEN, 2018). De fato, a possibilidade desses estudantes serem afetados pelas suas vivências e a preocupação empática estabelecida com os pacientes, constitui fatores de risco para o desenvolvimento da fadiga por compaixão, sendo considerada uma ameaça à saúde mental e ao bem-estar dos futuros enfermeiros.

Os cursos de formação de profissionais de saúde não deveriam carregar o fardo da mudança do pensamento ingênuo, nascido no seio familiar e social, mas contribuir na formação de sentido a partir da inserção e partilhamento de novas ideias. Como ocorreu no estudo de Lima *et al.* (2018), que foi dirigido ao grupo de alunos de enfermagem o método participativo de ensino-aprendizagem sobre a morte e o morrer e nele, a atuação dos alunos centrava-se na exposição de suas experiências, produzindo sentidos e significados sobre elas. O resultado demonstrou que os estudantes foram capazes de desenvolver a consciência de ser produto e produtor de sentidos e de uma cultura de práticas sobre o lidar com a morte e o morrer. Nesse sentido, a comunicação do grupo viabilizou a partilha de informações e ampliou a possibilidade de compreensão sobre um tema tão mobilizador que é a finitude.

Outros estudos evidenciam que a inserção de atividades teórico-práticas no contexto do cuidado a pacientes em fim de vida, melhoram a percepção sobre a preparação dos alunos, inclusive nas suas vivências pessoais de perda de familiares próximos ou amigos (OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2017; LIN *et al.*, 2018; PRAXEDES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2018; OLIVEIRA, 2019). Os resultados positivos revelam a melhoria do conhecimento e na aquisição de habilidades para o enfrentamento da morte do paciente e no cuidado ao familiar. Alguns estudos

sugerem a criação de grupos de apoio como um ambiente seguro para que os alunos possam refletir e compartilhar seus sentimentos relacionado a morte dos pacientes (LIN *et al.*, 2018; PRAXEDES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2018).

Outra possibilidade para a inserção da temática da morte na graduação, é o ensino sobre os Cuidados Paliativos. Essa prática é uma modalidade de assistência que exige o olhar atento e cauteloso do cuidador, cuja atenção está direcionada as necessidades e limitações do paciente, fundamentada no seu bem-estar biopsicossocial e espiritual a pessoa acometida por uma doença sem perspectivas de cura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020; MAINGUE *et al.*, 2020). A abordagem desse cuidado é indicada desde o diagnóstico para todos os pacientes com doenças graves, progressivas e incuráveis, as quais ameacem a continuidade da vida. Ou seja, um paciente pode ter o cuidado paliativo integrado ao seu tratamento desde o diagnóstico e não apenas no final da vida.

No entanto, estudos (VICENSI, 2016; VIEIRA, 2017; VERRI *et al.*, 2019) evidenciam uma característica comum entre alunos e professores: ambos não obtiveram preparo ou formação para o cuidado ao paciente em processo de finitude ou sobre o cuidado paliativo. E essa característica parece ser um dos principais obstáculos relacionados ao déficit curricular dos cursos de enfermagem e saúde em geral. E como consequência, percebemos abordagens relacionadas ao despreparo profissional: práticas altamente invasivas, por vezes fúteis e insuficientes de um olhar mais humanizado ao sofrimento desses pacientes.

Nesse sentido, o ensino deveria estar pautado no cuidado integral à pessoa, envolvendo aspectos preventivos e a oferta do cuidado adequado a sua condição de saúde. Esse tipo de atendimento humanizado se enquadra na Política Nacional de Humanização (PNH) da Assistência à Saúde, e promove o atendimento às necessidades de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, em processo de morte e morrer, buscando o cuidado individualizado.

Pode-se dizer que a formação de profissionais de saúde a partir da política de humanização cria movimentos institucionais visando a ruptura do modelo tecnicista e biomédico. A tentativa de incentivar a postura mais atenciosa e comunicativa, para além dos aspectos biológicos do adoecimento, provoca a mudança institucional das práticas de cuidado e na formação dos profissionais de saúde.

Corroborando com esse movimento, a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 do Ministério da Saúde dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, os cuidados paliativos mostram-se como atributo indispensável para uma assistência inovadora em saúde, possibilitando ao enfermeiro a desempenhar um papel importante no fortalecimento do SUS.

O olhar para a promoção da sobrevivência com a preservação da qualidade de vida deve ser a diretriz dos profissionais que promovem o cuidado paliativo. E para desenvolver esse cuidado pautado em práticas humanizadas, esses profissionais devem ser incentivados desde a graduação para a percepção da importância do seu cuidado e da necessidade do envolvimento de outros profissionais, de diversas áreas de conhecimento, ou equipe multidisciplinar, para que possa abranger todas as necessidades dos pacientes e seus familiares (OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2017; JOAQUIM *et al.*, 2018). E para isso, a habilidade de comunicação é um fator essencial e deve ser mantida constantemente entre esses profissionais, o paciente e sua família (SILVA, 2016; SOARES; ROCHA; FIGUEIREDO, 2015; OLIVEIRA; BERTONI, 2019).

O encontro dos profissionais de saúde com a dor e a morte gera, muitas vezes, limitações para sua atuação, principalmente considerando esse cenário de sofrimento e angústia relacionado a representação social negativa da morte e do morrer. Nesse sentido, faz-se necessário que a abordagem do conteúdo sobre a morte seja trabalhada desde a formação profissional, necessitando de investimentos de natureza pedagógica no preparo para lidar com este fenômeno. Para a qualidade da assistência prestada, o profissional de enfermagem necessita competência técnica, conhecimento, raciocínio, percepção e sensibilidade (LIMA *et al.*, 2018).

A formação acadêmica do enfermeiro deve objetivar a sua característica generalista, o que dificulta a atenção específica em relação a determinado assunto. Por vezes, os estudantes enfrentam situações como disciplinas optativas, carga horária de estágio reduzida ou falta de bases teóricas relacionadas à abordagem da morte e do morrer, bem como dos cuidados paliativos. Essas dificuldades resultam no despreparo, na insegurança, na resistência e no desconhecimento profissional durante a prática, sendo necessário, caso seja do interesse, realizar o aprimoramento a partir de cursos de especialização. Para que a mudança real

ocorra, as universidades precisam se reformular a fim de atender as necessidades de uma sociedade em constante mutação.

Apesar dos avanços no ensino com a implementação das Diretrizes Curriculares, a estrutura compartimentalizada em disciplinas e reduzida integração entre elas, deixa a margem temas que deveriam ser transversais, tais como a humanização, o processo de morte e morrer e os cuidados paliativos (COSTA, SILVA, LIMA, RIBEIRO *et al.*, 2018).

No entanto, não é tão simples quanto parece. Cada indivíduo traz consigo seu arcabouço de representações, não sendo possível alcançar a plena compreensão do fenômeno morte pelo grupo ao trabalhar habilidades de comunicação e diálogo em uma situação de difícil manejo. É preciso introduzir na formação acadêmica a visão crítico-reflexiva sobre o processo de morte como uma medida urgente, uma vez que prestar cuidados de qualidade as pessoas em situação de finitude é possível, desde que o profissional esteja preparado para isso (JAFARI *et al.*, 2015; LIMA *et al.*, 2018).

A partir da compreensão da representação social como produto humano, passível de construção e reconstrução, é possível inferir que os objetos morte e morrer, que compreendem os processos que culminam a finitude humana, poderão ser passíveis de nova interpretação por esses futuros profissionais de enfermagem. Considerando que a sociedade ocidental considera essa temática como tabu, vislumbra-se a possibilidade de inserção de uma nova abordagem, considerando as diversas situações de cuidar, com franqueza e seriedade. Para Jodelet (1984, p.34), partilhar uma ideia é também afirmar um vínculo social, uma identidade e, a adesão coletiva, contribui para o estabelecimento e o reforço do vínculo social.

A representação, composta por elementos negativos atrelada ao sofrimento e a dor ocasionados pela morte e o processo de morrer, se caracteriza por conhecimentos produzidos e sustentados pelo grupo na produção do senso comum. Assim, para a teoria das representações sociais, diferente da racionalidade científica, a racionalidade do grupo só poderá ser compreendida dentro do contexto em que este está inserido. Para isto, é preciso que compreendamos a forma como o grupo percebe a realidade, ou seja, suas representações sociais, pois, é com base nesta realidade representada, que o grupo irá fundamentar a sua tomada de decisão.

Nesse sentido, ao estabelecer paralelos entre os discentes das unidades acadêmicas, percebe-se que, em ambas, estes atores sociais possuem representações da morte e do morrer como fenômenos marcados por uma dimensão pragmática, a de fim, atrelada à compreensão de ser parte integrante da vida. Da mesma forma, o sofrimento causado pela separação está vinculado aos elementos imbuídos de sentimentos, como triste, medo e dor. No entanto, comparando a estrutura dos sistemas periféricos, nota-se que a unidade federal possui caráter também prático, organizando-se a partir de elementos da realidade, enquanto a unidade estadual, organiza-se nos de caráter afetivo e simbólico.

Nesse sentido, cabe destacar que as unidades apresentam poucas diferenças em relação ao entendimento prático sobre a morte e o morrer. No entanto, percebe-se que a vivência do processo de morte e a percepção da finitude parece ter distinções para cada grupo estudado, principalmente quando consideradas as respectivas grades curriculares das unidades acadêmicas. No capítulo sobre “A abordagem da morte e do morrer, da espiritualidade e religiosidade no processo de formação do enfermeiro”, pode-se perceber que, apesar da escassez do conteúdo, algumas unidades oferecem-no em disciplinas eletivas, abordando a temática mesmo que de modo superficial.

Conforme exposto anteriormente, mesmo fazendo parte do cotidiano dos profissionais de saúde e dos estudantes de enfermagem, a morte e o morrer são consideradas situações disparadoras de reações e sentimentos negativos, similar ao encontrado no senso comum, da população em geral. Nesse sentido, pode-se inferir que ocorra prejuízos na qualidade da assistência prestada ao paciente e seus familiares diante da possibilidade do óbito.

A importância do cuidar como ato humano é explícito por criar possibilidades, favorecer condições de pertencimento e interesse, permitindo dar e receber ajuda. Com vistas a um cuidado em saúde humano e de qualidade, é possível deslumbrar a necessidade de enfrentamento de valores, sentimentos e sentidos a fim de que estes futuros profissionais se sintam cada vez mais capacitados, prontos para ajudar os pacientes nesse caminhar para a finitude.

CONCLUSÃO

No presente estudo foram investigadas as representações sociais da morte e do morrer para graduandos de enfermagem e, para compreender a estrutura e o processo de pensamento do grupo acerca dos objetos em tela, buscou-se o emprego da triangulação teórica e metodológica ao longo dos resultados e discussão, conforme as abordagens estrutural e processual. Assim, em face do estudo multimetodológico, observou-se a pertinência deste tipo de trabalho para a compreensão do pensamento social de um grupo sobre um objeto. A representação dos sujeitos acerca da morte e do morrer foi investigada através da discursividade e de testes associativos e analisada pela forma como se estrutura e como se pensa cada um dos objetos.

A estrutura de pensamento do grupo, verificou-se que as duas representações sociais possuem elementos compartilhados, mas que cognitivamente foram ativados de formas diferentes. Na análise prototípica e de similitude a palavra fim foi evidenciada a partir do surgimento da dimensão conceitual da representação da morte e do morrer pelos acadêmicos de enfermagem, sendo representada e organizada pelos sentimentos triste, medo e dor. A palavra fim organiza, protege e reforça os significados e estabiliza a representação e, juntamente com outros elementos como ciclo, perda, natural, passagem, descanso, eternidade, enterro, angústia e família, que constituem seu núcleo figurativo.

Na análise estrutural dos dados, foram realizados testes para confirmação da centralidade dos elementos que emergiram na análise prototípica e de similitude por coocorrência como prováveis termos centrais. A análise prototípica apresentou como provável núcleo central do termo indutor morte os elementos fim, triste e dor; e para o termo indutor morrer os elementos fim, medo e triste. A partir destes e de outros que estiveram presentes no quadro de quatro casas e apresentaram altas frequências, foram realizados os testes de *choix-par-bloc* (CPB) e *mise-en-cause* (MEC) para cada termo indutor.

No teste do CPB, para o vocábulo morte, os elementos fim, triste e dor se mantiveram centrais e os elementos periféricos saudade, ciclo e choro apresentaram maior número de ligações. Para o vocábulo morrer, as palavras fim, medo e triste se

mantiveram centrais, sendo que triste apresentou maior número de ligações, juntamente com os elementos periféricos sofrer, processo e natural. Para o teste de MEC nenhuma palavra obteve centralidade no resultado para ambos termos indutores.

A morte é um evento cotidiano e dificilmente uma pessoa não terá contato com ela no decorrer de sua vida. Apesar de sua vivência ter sido afastada do âmbito familiar e ter sido institucionalizada, expressando a necessidade de torna-la desconhecida da sociedade. No entanto, essa temática continua sendo um assunto considerado complexo, que aflige e provoca temor na população em geral e, principalmente, para os profissionais de saúde. E a presença dos termos triste, medo e dor, demonstram que a representação da morte e do morrer para esses estudantes está fundamentada na configuração compartilhada pelos seus pares, ou seja, no conhecimento ingênuo e equivalente a percepção do senso comum.

Conseqüentemente essa representação parece ser construída e fundamentada no posicionamento da negação da finitude, como forma de evitar a manifestação de sentimentos negativos. Contestar a morte significa evitar que esses sentimentos, oriundos das memórias sociais, sejam ativados ao vivenciar tal processo. Os três elementos que ganharam destaque na representação social da morte e do morrer para esses estudantes, estão associados a fragilidade que é a vida e a veracidade da finitude para uma sociedade que nega sua existência.

Na abordagem processual dos dados, foi evidenciado cinco classes que se dividiram em dois eixos principais: Eixo 1: Aspectos sociais, culturais e religiosos da morte e do morrer, e sua relação com o cuidado ao paciente e sua família. Este eixo abrange as classes: 2. O cuidado de enfermagem ao paciente em processo de morte e à sua família: capacitação, humanização, desafios e alguns aspectos religiosos; 3. A objetivação e a ancoragem da morte para graduandos de enfermagem: uma construção social, cultural e simbólica; 4. As diferentes religiões e sua relação com a morte e o processo de morrer: a dimensão transcendente, julgamentos e cuidado para pacientes e profissionais. E o Eixo 2: As práticas acadêmicas e profissionais e as memórias sociais e afetivas em relação à morte e ao morrer. Esse eixo compreende as classes: 1. O enfrentamento das situações de morte e morrer na formação profissional: práticas e experiências de alunos, docentes e profissionais; 5. Memórias sociais e afetivas relacionadas à finitude e suas relações com o cuidado de enfermagem.

O fim, como elemento central da estrutura, o cuidado e a necessidade de capacitação como parte integrante do processo, determinaram a construção da representação. Associado a estes elementos, emergem as questões da dinâmica e de estrutura da morte e do morrer fundamentados na compreensão do fenômeno da finitude como o encerramento de um ciclo e parte integrante da vida. O medo e o sofrimento gerados pela incerteza do processo e pela saudade daqueles que partiram, dão lugar a aceitação religiosa do descanso e da eternidade, dando concretude a simbologia de paz e vida feliz após a morte.

Os aspectos até aqui retratados fornecem um panorama presente nas memórias sociais e simbólicas dos indivíduos sobre a finitude. As formas de concepção da morte traduzem a organização das instituições sociais, especialmente familiar e religiosa, pautando sua visão de mundo. Nesse sentido, as lembranças sociais acerca do processo de terminalidade estarão sofrendo influência tanto das ações humanas, quanto influenciam essas mesmas ações, ou seja, no cuidado.

A falta de capacitação para o cuidado dos pacientes em processo de morte durante a graduação e a dificuldade em fazê-lo demonstrou que, de alguma forma, esta situação poderá ter sido motivo de sofrimento. Além disso, percebeu-se a falta de compreensão sobre os Cuidados Paliativos pelos acadêmicos participantes do estudo, destacando que esse tipo de cuidado como se especificamente ao paciente em processo de morte ou em cuidados terminais e, muitas vezes, nominando o paciente terminal como paciente “paliativo”.

Compreender o significado de Cuidados Paliativos é de suma importância para os acadêmicos e para os profissionais que prestam cuidados a pacientes que se encontram fora do prognóstico de cura, e em alguns casos, encaminham-se para o processo de terminalidade. E nesse sentido, para que o cuidado paliativo seja corretamente instituído e garanta a qualidade de vida, devolvendo a autonomia a pessoa adoecida e sua família, considerando suas preferências, contrapondo ao modelo paternalista e antiquado, garantindo o alívio do sofrimento de forma efetiva.

Considerando os achados deste estudo, apesar de ter atingido os objetivos previamente delineados, possui percalços que impedem a generalização dos seus resultados. Das limitações pertinentes, a realização em apenas duas instituições e a redução do tempo de coleta de dados devido ao início da pandemia por Coronavírus no Brasil, sendo necessário portanto, adequação das etapas da pesquisa.

A proposta inicial, previamente estabelecida no projeto da tese, foi modificada, reduzido o número de unidades acadêmicas e de estudos, deixando de coletar dados para os Esquemas Cognitivos de Base (SCB – *Schémas Cognitifs de Base*). Sendo assim, urge a necessidade de tecer outras discussões sobre os resultados, propondo caminhos para novos estudos e pesquisas. Sugere-se, *a posteriori*, a aplicação do questionário do SCB para avaliar as dimensões ativadas pelos conectores para o grupo estudado; a pesquisa em outras instituições e unidades acadêmicas, podendo incluir grupos de profissionais já formados.

Diante desses resultados, se faz necessário pensar em um cuidado de enfermagem com elementos a partir das representações do grupo estudado e suas especificidades. As práticas de cuidado dissociam-se do vivido e da transmissão do saber para se ater-se à práxis do cuidado, quando esses estudantes relatam o acolhimento e o atendimento humanizado aos pacientes em processo de morte e morrer e sua família.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. B. B.; FORTES, P. A. C. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. *Rev. bioét.*, v. 22, n. 2, p. 299-308. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222011>. Acesso em: 23 jun. 2020.
- ABRÃO, F. M. S. et al. Representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. *Rev. bras. enferm.*, v. 66, n. 5, p. 730-37, 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500014>. Acesso em: 30 mar. 2020.
- ABRIC, J. C. *Jeux, Conflits et représentations sociales*. 1976. 484 f. Thèse de doctorat (Doctorat et Psychologie de la communication) - Université de Provence, Aix-en-Provence, 1976.
- ABRIC, J. C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. 253 p.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2 Ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.
- ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). [tradução Lilian Ulup]. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001a. p.155-69.
- ABRIC, J. C. Metodología de recolección de las representaciones sociales. In: ABRIC, J. C. *Práticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán S.A. de C.V., 2001b. p. 53-74
- AGUIAR, P. R.; CAZELLA, S. C.; COSTA, M. R. A Religiosidade/Espiritualidade dos Médicos de Família: Avaliação de Alunos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). *Rev. bras. educ. med.*, v. 41, n. 2, p. 310-319, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20170009>. Acesso em: 04 out. 2020.
- ALMEIDA, A. M.; KOENING, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev. bras psiquiatr.*, v. 3, n. 6, p. 176-82. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24839090>. Acesso em: 27 out. 2018.
- ALMEIDA, A. M. O; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. *Teoria das Representações Sociais 50 anos* (Org.). Brasília: Technopolitik, 2011. 666 p.
- ALVES, D. A. et al. Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. *Rev. CuidArt*, v. 7, n. 2, p. 1318-24. 2016. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/336>. Acesso em: 28 out. 2018.

AMORIM, D. N. P. et al. Association between religiosity and functional capacity in older adults: a systematic review. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 20, n. 5, p. 722-730, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170088>. Acesso em: 28 out. 2018.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (Brasil). OMS: mais de 20 milhões precisam de #CuidadosPaliativos todos os anos. Rio de Janeiro: ANCP, 2020. Disponível em: <https://paliativo.org.br/oms-mais-de-20-milhoes-precisam-de-cuidadospaliativos-todos-os-anos/>. Acesso: 26 mai. 2020.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (Brasil). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. 592 p.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (Brasil). V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES – 2018. ANDIFES, 2020. Disponível em: <http://www.andifes.org.br/v-pesquisa-nacional-de-perfil-socioeconomico-e-cultural-dos-as-grifos-2018/graduandos-as-das->. Acesso em: 30 mai. 2020.

ANDRADE, C. G. et al. Palliative care and bioethics: study with assistance nurses. *Rev Fund Care*, v. 8, n. 4, p. 4922-4928, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4922-4928>. Acesso em: 28 out. 2018.

ANUNCIAÇÃO, C. T.; THIENGO, P. C. S. *A representação social do cuidado de enfermagem para pacientes com aids*. 2009. 83 f. Monografia (Bacharelato em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Portugal: Oficina do livro, 2019. 216 p.

ARAÚJO, P. V. R.; VIEIRA, M. J. A questão da morte e do morrer. *Rev. bras. enferm.*, v. 57, n. 3, p. 361-63, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000300022>. Acesso em: 30 mar. 2020.

ARIÈS, P. *História da morte no ocidente*. Ed. Especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. 146 p.

ARRIEIRA, I. C. O. et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 52, n. e03312, p. 1-8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-S1980-220X2017007403312.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

AUBERT, J.; ABDI, G. Représentations sociales de la gymnastique chez des enseignants stagiaires d'éducation physique et sportive et choix d'enseignement. *Staps*, v. 59, n. 3, p. 9-22, 2002. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-staps-2002-3-page-9.htm>. Acesso em: 06 out. 2018.

AVELLAR, A. M. F. M.; ROCHA, F. N. Dificuldades no enfrentamento da morte e do morrer por profissionais de saúde: a perspectiva da Psicologia. *Revista Mosaico*, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2020. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2225/1370>. Acesso em: 10 set. 2019.

AVERSA, V. P. *Saber morrer: o papel pedagógico da morte na doutrina espírita kardecista à luz do ser-para-a-morte heideggeriano e da aceitação da morte enquanto libertação em Leon Denis*. 2018. 141 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Religião) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

BALDESSIN, A. Morrendo bem equipado. *Medicina Ribeirão Preto.*, v. 38, n. 1, p.55-9, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/425/426>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BALDISSERA, A. E. et al. Perspective of nursing professionals on death in the emergency. *Journal of Nursing UFPE*, v. 12, n. 5, p. 1317-1324, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a234545p1317-1324-2018>. Acesso em: 26 set. 2019.

BANAGGIA, G. Canalizar o fluxo: lidando com a morte numa religião de matriz africana. *Mana*, v. 24, n. 3, p. 09-32, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-49442018v24n3p009>. Acesso em: 16 out. 2020.

BANDEIRA, L. C. C. A morte e o culto aos ancestrais nas religiões afro-brasileiras. *Último Andar*, v. 19, p. 33-39, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/ultimoandar/article/view/13304>. Acesso em: 16 out. 2020.

BANDEIRA, D. et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 400-7. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00400.pdf. Acesso em: 27 out. 2018.

BARBOSA, B. F. S. *A criança portadora do vírus HIV: representação social de enfermeiro e suas implicações para a prática do cuidado*. 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário *Rev. bras. enferm.*, v. 60, n. 5, p. 546-51. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a12.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2016.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios da ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2013. 574 p.

BÍBLIA. Português. *Nova Almeida atualizada*. 3 Ed. Rio de Janeiro, Sociedade Bíblica do Brasil, 2017.

- BOCK, V. M. *O culto aos mortos como lugar teológico a partir do tratado: o cuidado devido aos mortos em santo agostinho*. 2018. 116 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2018.
- BOFF, L. O cuidado essencial: o princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, v. 1, n. 1, p. 28-35, 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- BOWLBY, J. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 144 p.
- BOWLBY, J. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. 4 Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 232 p.
- BRASIL, Casa Civil. *Decreto-Lei nº 2.848*, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1940.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 12 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução 41 de 31 de outubro de 2018*. Diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 23 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. *Nota Técnica Nº 07/2020*. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-COV -2 (COVID 19), dentro dos serviços de saúde (complementar à nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020). Brasília, DF, 17 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRAVIN, A. M. et al. Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. *Rev Bras Enferm.*, v. 72, n. 2, p. 541-51, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0051>. Acesso em: 20 set. 2020.
- BRITO, M. A. et al. Palliative care in pediatrics: a reflective study. *Journal of Nursing UFPE*, v. 9, n. 3, p. 7155-60, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i3a10446p7155-7160-2015>. Acesso em: 26 mai. 2020.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Análise do corpus textual. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em 20 maio 2017.

CAMPOS, L. S. Protestantes brasileiros diante da morte e do luto: observações sobre rituais mortuários. *REVER*, v. 16, n. 3, p. 144-173, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21724/rever.v16i3.31185>. Acesso em: 16 out. 2019.

CAMPOS, P. H. F. As representações sociais como forma de resistência ao conhecimento científico. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. *Representações sociais: uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 85-98. (Coleção Memória Social).

CAMPOS, V. F. et al. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Rev. bioét.*, v. 27, n. 4, p. 711-718, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>. Acesso em: 16 out. 2019.

CAMURÇA, M. A. Os “Sem Religião” no Brasil: Juventude, Periferia, Indiferentismo Religioso e Trânsito entre Religiões Institucionalizadas. *Estudos de Religião*, v. 31, n. 3, p. 55-70, 2017. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ER/article/view/8481>. Acesso em: 20 mar. 2018.

CARDOSO, J. F. et al. Cuidado ao familiar de um paciente com neoplasia em estágio terminal. *Revista Presença*, v. 4, n. 12, p. 31-61, 2018. Disponível em: <http://sistema.celsolisboa.edu.br/ojs/index.php/numerohum/article/view/161>. Acesso em: 07 set. 2020.

CHAO, D. V.; Chan N. Y.; Chan W. Y. Euthanasia revisited. *Rev. Family Practice*, v. 2, n. 19, p. 128-134, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/19.2.128>. Acesso em: 08 abr. 2018.

CHEN, S. C; CHEN, C. F. Antecedents and consequences of nurses' burnout. *Manage Decision*. v. 56, n. 4, p. 777-792, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/MD-10-2016-0694>. Acesso em: 05 fev. 2018.

CNBB. *Catecismo da Igreja Católica*: Edição típica Vaticana. São Paulo: Loyola, 2000. 940 p.

COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem*. 4 Ed. Coimbra: Ledil, 1999. 385 p.

CODOL, J. P. Note terminologique sur l'emploi de quelques expressions concernant les activités et processus cognitifs en psychologie sociale. *Bulletin de Psychologie*, v. 23, n. 280, p. 63-71. 1969. Disponível em: psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/download/437/381/. Acesso em: 6 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - FIOCRUZ/COFEN, Rio de Janeiro, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução nº 1.805*, de 9 de novembro de 2006. Diário Oficial da União. Brasília, nº 227, p. 169, 28 nov. 2006. Seção 1.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução nº 1.931*, de 24 de setembro de 2009. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 1 p. 90, Retificada publicada no Diário Oficial da União de 13 de outubro de 2009, seção I, p. 173, 13 out 2009. Seção 1.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). *Resolução nº 3*, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). *Resolução nº 4*, de 6 de abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília, 2009.

COSTA, D. A. S.; SILVA, R. F.; LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface*, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>. Acesso em: 20 nov. 2020

CRIPPA, A. et al. Aspectos bioéticos nas publicações sobre cuidados paliativos em idosos: análise crítica. *Rev. bioét.*, v. 23, n. 1, p.149-60, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231055>. Acesso em: 17 set. 2018.

CUMINO, A. *História da Umbanda: uma religião brasileira*. São Paulo: Madras, 2010. 400 p.

CUNHA, V. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. A Dimensão Religiosidade/Espiritualidade na Prática Clínica: Revisão Integrativa da Literatura Científica. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 35, e35419, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35419>. Acesso em: 04 out. 2020.

DANTAS, M. M. M. Amiotrofia Muscular Espinal, terminalidade e desligamento do programa de equoterapia: reflexão sobre o rompimento de vínculos. *Psicol Argum.* v. 34, n. 86, p. 256-272, 2016. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=16433&dd99=view&dd98=pb>. Acesso em: 20 set. 2020.

DE SOUZA, M. T.; NASCIMENTO, C. A.; SPEZANI, R. S. Influências da espiritualidade e religiosidade na assistência de enfermagem a pacientes que fazem o processo morte-morrer. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 10, n. 2, p. 32-38, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.1919>. Acesso em: 20 set. 2020.

DENIS, L. *O problema do ser, do destino e da dor*. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 1998. 410 p.

DIAS, M. V. et al. Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: percepções à luz do pensamento complexo. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 35, n. 4, p. 79-85. 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45177>. Acesso em: 27 out. 2018.

DOURADO, M. F. O. Deixar morrer, matar ou morrer: dilemas morais que envolvem a vida. *Revista Thema*, v. 17, n. 1, p. 273-280, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15536/thema.V17.2020.273-280.1323>. Acesso em: 20 jun. 2020.

DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. S. Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 27, n. 1, p. 49-53. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n1/a07v27n1.pdf>. Acesso em: 27 out. 2018.

EICHM, M.; VERDI, M. I. M.; MARTINS, P. P. S. Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos. *Rev. bioét.*, v. 23, n. 3, p. 583-92, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233095>. Acesso em: 17 out. 2020.

ELIAS, N. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1991. 134 p.

ESPINHA, D. C. M. et al. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 34, n. 4, p. 98-106, 2013. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400013>. Acesso em: 27 out. 2018.

ESSLINGER I. *De quem é a vida, afinal?* Descortinando cenários da morte no hospital. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 252 p.

ESSLINGER, I. KOVACS, M. J. *Adolescência: vida ou morte?* Série Jovem Hoje. São Paulo: Editora Ática, 1999. 96 p.

EVANGELISTA, C. B. et al. Espiritualidade no cuidar de pacientes em Cuidados Paliativos: Um estudo com enfermeiros. *Esc. Anna Nery*, v. 20, n. 1, p. 176-182, 2016. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>. Acesso em: 27 out. 2018.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.A. (Org.) *Textos em representações sociais*. 8 Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. p. 31-59.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000300012>. Acesso em: 18 mar. 2018.

FERREIRA, J. M. G.; NASCIMENTO, J. L.; SA, F. C. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Rev. bras. educ. med.*, v. 42, n. 3, p. 87-96, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170134>. Acesso em: 04 out. 2020.

FERREIRA, A. M. Y.; WANDERLEY, K. S. Sobre a morte e o morrer: um espaço de reflexão. *Revista Temática Kairós Gerontologia*. v. 15, n. 12e, p. 295-307, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v115iEspecial12p295-307>. Acesso em: 30 mar. 2020.

FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F. E.; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Rev SBPH*, v. 14, n. 2, p. 85-98, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a07.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

FIGUEREDO, L. P. et al. Espiritualidade Dirigida ao Ensino de Enfermagem da Residência em Saúde Mental e Psiquiatria. *REVISA.*, v. 8, n. 3, p. 246-54, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p246a254>. Acesso em: 20 set. 2020.

FLAMENT, C. Pratiques et representations sociales. In: BEAUVOIS, J. L.; JOULE, R. V.; MONTIEL, J. M. (Ed.). *Perspectives cognitives et conduits sociaux*. Causset: DelVal, 1987. p. 143-50.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 173-186.

FLAMENT, C.; ROUQUETTE, M. L. *Anatomie des idées ordinaires*. Paris: Armand Colin, 2003. 176 p.

FREITAS, E. O. et al. A influência da espiritualidade na qualidade de vida do paciente oncológica: reflexão bioética. *Revista Nursing*, v. 17, n. 222, p. 1266-1270. 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20156/1/2016013.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.

FREITAS, M. H. Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: implicações para a prática psi. *Psico-USF*, v. 18, n. 3, p. 437-44. 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v18n3/a10v18n3.pdf>. Acesso em: 27 out. 2018.

FREUD, S. *Luto e melancolia* (1915). Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 243- 263. (Edição Standard Brasileira, vol. XIV).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: processo de luto no contexto da COVID-19*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%Bade-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>. 2020a. Acesso em: 20 set. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%Bade-e-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-cuidados-paliativos-orienta%C3%A7%C3%B5es-aos-profissionais-de-sa%C3%Bade.pdf>. 2020b. Acesso em: 20 set. 2020.

GAMA, G.; BARBOSA, F.; VIEIRA, M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int J Palliat Nurs.*, v. 18, n. 6, p. 267-73, 2012. Disponível em: <http://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2012.18.6.267>. Acesso em: 11 out. 2018.

GARCIA, F. R. et al. Directions for nursing academics towards care: heideggerian contributions to education. *Rev Fun Care*, v. 12, p. 313-18, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.6977>. Acesso em: 26 mai. 2020.

GAUTHIER, J. H. M. *Pesquisas em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 302 p.

GELBCKE, F. L. et al. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. *Enfermagem em Foco*, v. 2, n. 2, p. 116-119, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n2.108>. Acesso em: 24 set.2020.

GIORGI, F. et al. Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *J Adv Nurs*, v. 74, n. 3, p. 698-708, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13484>. Acesso em: 18 abr. 2018.

GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. *Rev HCPA*, v. 26, n. 2, p.86-92, 2006. Disponível: <https://bit.ly/2G5j0rQ>. Acesso em: 31 jul. 2019.

GOMES, M. P. et al. Ressignificação da existência e do cotidiano. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 10, n. 1, p. 2-6, 2019. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1712>. Acesso em: 12 ago. 2019.

GÓMEZ-URQUIZA, J. L. et al. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse*, v. 37, n. 5, p.e1–e9, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2017508>. Acesso em: 15 ago. 2019.

GONÇALVES, J. R.; SIMÕES, J. R. S. A percepção do enfermeiro no lidar com a morte durante a assistência. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 11, n. 5, 2019. Disponível em:

<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/viewFile/961/904>.

Acesso em: 20 mar. 2019.

GUIMELLI, C. La fonction d'infirmière: pratiques et représentations sociales. In: ABRIC, J. C. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. p. 83-107.

HAIGANUCH, S. Morte e Sono na arte grega: notas de iconografia funerária. *Classica*, n. 718, p. 63-74, 1994/1995. Disponível em:

<https://classica.emnuvens.com.br/classica/article/view/660/610>. Acesso em: 12 out. 2020.

HALL, S. The work of representation. In: HALL, S. (Org.). *Representation, cultural representation signifying practices*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage/Open University, 1997. p.13-74.

HENRIQUES, A.C.V. *Sobre a morte e o morrer: concepções e paralelismo entre o Catolicismo Romano e o Budismo Tibetano*. 2014. 261f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religiões). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religiões, Centro de Educação. Universidade Federal da Paraíba, 2014.

IBGE. *Censo 2000*. Brasil, 2000. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=783>.

Acesso em: 30 mai. 2020.

IBGE. *Censo 2010*. Brasil, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30 mai. 2020.

IENNE, A.; FERNANDES, R. A.; PUGGINA, A. C. A espiritualidade de enfermeiros assistenciais interfere no registro do diagnóstico sofrimento espiritual? *Esc. Anna Nery*, v. 22, n. 1, e20170082, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0082>. Acesso em: 17 de out.2020.

JAFARI, M. et al. Caring for dying patients: attitude of nursing students and effects of education. *Indian J Palliat Care*, v. 21, n. 2, p. 192-97, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26009673>. Acesso em: 21 ago. 2018.

DELUMEAU, J. *A história do medo no ocidente, 1300-1800: Uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. Tradução de Maria Lucia Machado. 696 p.

JOAQUIM, F. L. et al. Produção científica sobre as contribuições fenomenológicas para o estudo da tanatologia na enfermagem. *Rev. Cubana de Enfermería*, v. 34, n. 3, 2018. Disponível em:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1197>. Acesso em: 29 mar. 2020.

JODELET, D. *Les Représentations Sociales*. Paris: Les Presses universitaires de France, 1re édition, 1989. Collection: "Sociologie d'aujourd'hui". 424 p.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). [tradução Lílian Ulup]. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

KARDEC, A. *O que é espiritismo*. São Paulo: IDE, 1994. 213 p.

KIRKWOOD, T. *The End of Age*. London: Profile Books, 2001. 129 p.

KIM, N. Y.; HUH, H. J.; CHAE, J. H. Effects of religiosity and spirituality on the treatment response in patients with depressive disorders. *Comprehensive Psych*, v. 4, n. 1, p. 26-34. 2015. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25956752>. Acesso em: 27 out. 2018.

KOENIG, H. G.; KING, D.; CARSON, V. *The handbook of religion and health*. 2nd. ed. New York: Oxford University Press; 2012. 1169 p.

KOVÁCS, M. J. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicol Ciênc Prof.*, v. 31, n. 3, p. 482-503, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>. Acesso em: 16 out. 2018.

KOVÁCS, M. J. (coord.) *Morte e desenvolvimento humano*. 5 Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. 123 p.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. bioét.*, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011>. Acesso em: 16 out. 2018.

KOENIG, H. G.; PARKERSON, G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. *American Journal of Psychiatry*, v. 154, n. 6, p. 885-6. 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167530>. Acesso em: 06 out. 2018.

KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. 10 Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017. 304 p.

KUHN, T. S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2013. 259 p.

LEOPARDI, M. T. et al. *Metodologia de Pesquisa em Saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344 p.

LEMONS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. *Psicol. cienc. prof.*, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>. Acesso em: 24 set. 2020.

LIMA, R. et al. Death education: sensibility for caregiving. *Rev Bras Enferm.*, v. 71, n. Suppl 4, p.1779-84, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0018>. Acesso em: 20 abr. 2019.

LIMA, M. G. R., NIETSCHKE, E. Ensino da morte por docentes enfermeiros: desafio no processo de Formação acadêmica. *Rev Rene.*, v. 17, n. 4, p. 512-9. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4946>. Acesso em: 27 out. 2018.

JIE, L. J. et al. The Impact of the End-of-Life Nurse Education Consortium on Attitudes of Undergraduate Nursing Students Toward Care of Dying Patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. v. 20, n. 4, p. 340-348, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000445>. Acesso em: 15 ago. 2019.

LUNA, P. S. P et al. Análise Bibliométrica sobre Catolicismo no Brasil e no mundo utilizando a base Scopus. *Interdisciplinary Scientific Journal*, v. 6, n. 3, p. 225-242, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v6n3a12>. Acesso em: 27 fev. 2020.

LUPER, S. *A filosofia da morte*. São Paulo: Madras, 2010. 272 p.

MACHADO, R. S., et al. Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de los Cuidados*, v. 20, n. 45, p. 91-97, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.10>. Acesso em: 27 fev. 2020.

MACHADO, R. S. et al. Tradução e adaptação cultural do Death Attitude Profile Revised (DAP-R) para uso no Brasil. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 28, e20180238, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0238>. Acesso em: 02 out. 2020.

MAGALHÃES, J. S. S. *A morte entre idosos em comunidades presbiterianas do Nordeste Brasileiro*. 2016. 86 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – UNIDA/ Faculdade Unidade de Vitória, Vitória, 2016.

MAINGUE, P. C. P. M. et al. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. *Rev. bioét.*, v. 28, n. 1, p. 135-46, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020281376>. Acesso em: 26 mai. 2020.

MANUEL, D. S. et al. A espiritualidade no cuidado paliativo em insuficiência cardíaca, à luz da Teoria de Jean Watson. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 10, n. 2, p. 64-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.1904>. Acesso em: 26 mai. 2020.

MARKOVÁ, I. *Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente*. Petrópolis: Vozes; 2006. 309 p.

MARTINS, A. J. et al. A concepção de família e religiosidade presente nos discursos produzidos por profissionais médicos acerca de crianças com doenças genéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 17, n. 2, p. 545-53. 2012. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200027>. Acesso em: 27 out. 2019.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. *Bases Teóricas de Enfermagem*. Tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Maria Augusta Moraes Soares, Valéria Giordani Araújo. 4 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 608p.

MEDEIROS, M. O. S. F. et al. Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida. *Rev. bioét.*, v. 28, n. 1, p. 128-134, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020281375>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MEDEIROS, M. M.; MACHADO, L. O. C. L.; ALVARENGA, R. M. Diretrizes curriculares nacionais para o curso de Enfermagem: tanatologia e a formação do enfermeiro. *Ensino, Saúde e Ambiente*, v. 11, n. 1, p. 158-66, 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/20888/15703>. Acesso em: 27 out. 2018.

MENDES, F. R. P. et al. Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre assistência hospitalar e atenção primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 2, p. 343–350, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690218i>. Acesso em: 10 nov. 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 10 nov. 2017.

MENEZES, R.A.; LUNA, N. Pregnancy and maternal brain death: decisions on the fetal life. *Interface*, v. 21, n. 62, p. 629-39, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0334>. Acesso em: 10 set. 2020.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea, In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Bahia: Editora UFS, 2009. p. 29-56.

MICHAELIS. Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/>. Acesso em: 12 out. 2020.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 14 Ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MOLINER, P. Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In: GUIMELLI, C. (Coord.). *Structures et transformation des représentations sociales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994, p. 199-232.

MOLINER, P.; GUIMELLI, C. *Les représentations sociales*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble, 2015. 139 p.

MORAIS, S. R. et al. Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review. *Rev. dor*, v. 17, n. 2, p. 136-140, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160031>. Acesso em: 04 out. 2020.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL-SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497). *Soc Sci Med.*, v. 63, n. 4, p. 843-5. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16650515>. Acesso em: 29 set. 2018.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Rev Psiq Clin.* v. 37, n. 1, p. 12-5. 2010. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003>. Acesso em: 27 out. 2018.

MORIN, E. *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 354 p.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. 13. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2010. 344 p.

MOSCOVICI, S. *Social cognition: perspectives on everyday understanding*. London: Academic Press; 1978. 141 p.

MOSCOVICI, S. On social representations. In: FORGAS, J. P. (Ed.). *Social cognition: perspectives on everyday understanding*. London: Academic Press, 1981. p. 181-209.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Ed.). *As representações sociais*. Tradução Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 45-66.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. [tradução de Pedrinho A. Guareschi. 3 Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005. 404 p.

MOTA, M. S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 32, n. 1, p. 129-35, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100017>. Acesso em: 18 out. 2019.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev Bras Enferm.* v. 65, n. 2, p. 361-7. 2012. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>. Acesso em: 27 out. 2018.

NAHRA, C. O dia em que a morte morrerá. *Veritas*. v. 58 n. 1, p. 87-98, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-6746.2013.1.12988>. Acesso em: 15 jun. 2018.

NEGRINI, M. A significação da morte: um olhar sobre a finitude humana. *Sociais e Humanas*, v. 27, n. 1, p. 29-36, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/6592/pdf>. Acesso em: 18 jan. 2019.

NIA, H. S. et al. Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. v. 4, n. 1, p. 2-10, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709813/>. Acesso em: 02 jun. 2018.

NICOLINI, M. H. O. *Religião e Poder Civil, arranjos e resistências*. Curitiba: CRV, 2017. 534 p.

NOGUEIRA, V. P. F. *As Representações sociais da espiritualidade e da religiosidade para pessoas que vivem com HIV/Aids: estrutura de pensamento, enfrentamento da síndrome e cuidado de enfermagem*. 2019. 269 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2019.

NOVAES, R. *Os jovens, os ventos secularizantes e o espírito do tempo*. As Religiões no Brasil: continuidades e rupturas. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 135-160.

NUCCI, G. S. *Código penal comentado*. 17 Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017. 1692 p.

NUNES, N. L. F.; ARAÚJO, K. M.; SILVA, L. D. C. As evidências sobre o impacto psicossocial de profissionais de enfermagem frente à morte. *Rev Interd*. v. 9, n. 4, p. 165-72, 2016. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/545>. Acesso em: 29 mar.2020

OLIVEIRA, D. C. *A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais*. 2001. 225 f. Tese (Professor Titular) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, D. C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Rev. Latino-am. Enferm.*, v. 21, n. esp., p. 276-286, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700034>. Acesso em: 05 fev. 2018.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Ed.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB, 2005. p. 365-400.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C. Análise estatística dos dados textuais na pesquisa das Representações Sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo de saúde. In: MENIN, M. S. S; SHIMIZU, A. M. (Org). *Experiência e Representações Sociais: questões teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.157-200.

OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C.; GOMES, A. M. T; TRIGUEIRO, M. C. T. V. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Ed.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB, 2005. p. 105-140.

OLIVEIRA, E. S. et al. O processo de morte e morrer na percepção de acadêmicos de enfermagem. *Journal of Nursing UFPE*, v. 10, n. 5, p. 1709-16, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13546/16319>. Acesso em: 27 out. 2018.

OLIVEIRA, J. C.; BERTONI, L. M. Memória coletiva e teoria das representações sociais: confluências teórico-conceituais. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.*, v. 12, n. 2, p. 244-262, 2019. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202019000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2020.

OLIVEIRA, L. C. Cuidados Paliativos: Por que Precisamos Falar sobre isso? *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 65, n. 4, p. e-04558, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.558>. Acesso em: 16 jan. 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a02>. Acesso em: 10 nov. 2016.

OLIVEIRA, F. T. et al. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. *Rev. bioét.*, v. 19, n. 1, p. 247-58, 2011. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2616553/mod_resource/content/1/ARTIGO_REV_BIOETICA_bioetica-medicos-terminalidade.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BERTOLINO, K. C. Reflexões acerca da morte: Um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.*, v. 63, n. 6, p. 1077-1080, 2010.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600033>. Acesso em: 20 set. 2019.

OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; SANTOS, M. A. Grupo de Educação para a Morte: uma Estratégia Complementar à Formação Acadêmica do Profissional de Saúde.

Psicologia: Ciência e Profissão. v. 37, n. 2, p. 500-14, 2017. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1982-3703002792015>. Acesso em: 30 mai. 2020.

OLIVEIRA, L. I. S.; ROCHA, M. A. L. Conversando sobre morte com crianças em fase terminal. *Psicologia*. p. 1-15, 2016. Disponível em:

<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0408.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*. Copenhaga, Dinamarca, Europa, Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Palliative Care*. Copenhaga, Dinamarca, Europa, Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. Copenhaga, Dinamarca, Europa, Gabinete Regional da OMS para a Europa, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *10 Principais causas de morte no mundo*. Washington, EUA: OPAS, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo Coronavírus)*. Washington, EUA: OPAS, 2020.

OXFORD. *Dictionary Cambridge*. 3 Ed. Reino Unido. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/oxford>. Acesso em: 12 out. 2020.

PADILHA, K. G. et al. Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: a pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive Crit Care Nurs*. v. 26, n. 2, p. 108-13, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.12.002>. Acesso em: 31 dez. 2018.

PACHECO, C. L.; GOLDIM, J. R. Percepções de equipe interdisciplinar sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica. *Rev. bioét.*, v. 27, n. 1, p. 67-75, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019271288>. Acesso em: 04 out. 2020.

PAIVA, F. C. L. et al. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. bioét.*, v. 22, n. 3, p. 550-60, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014223038>. Acesso em: 01 out. 2019.

PAIVA, L. E. *Arte de falar de morte para crianças: a literatura infantil como recurso para abordar a morte com crianças e educadores*. São Paulo: Ideias e Letras, 2011. 288 p.

PANZINI, R. G. et al. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument related to spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 1-13, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>. Acesso em: 20 jul. 2018.

PARANHOS, G. K.; REGO, S. Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações éticas. *Rev. bioét.*, v. 22, n. 3, p. 519-528, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014223035>. Acesso em: 21 jun. 2018.

PECORA, A. R. *Memórias e representações sociais de Cuiabá e da sua juventude, por três gerações, na segunda metade do século XX*. 2007, 218 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PERBONI, J.; ZILII, F.; GRIEBEIER, S. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Pers. bioét.*, v. 22, n. 2, p. 288-302, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900031>. Acesso em: 17 mai. 2018.

PERDIGÃO, A. C. A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: os pressupostos filosóficos. *Análise Psicológica*, v. 4, n. 21, p. 485-497, 2003. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312003000400007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 mai. 2019.

PEREIRA, J. C. Procedimentos para lidar com o tabu da morte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2699-2709, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900025>. Acesso em: 18 mai. 2019.

PINELI, P. P. et al. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. *Rev. bras. educ. med.*, v. 40, n. 4, p. 540-546, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01182015>. Acesso em: 04 out. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.
POLLI, G. M., WACHELKE, J. Confirmação de Centralidade das Representações Sociais pela Análise Gráfica do Questionário de Caracterização. *Temas em Psicologia*. v. 21, n. 1, p. 97-104. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a07.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

PORTES, L. H.; GUIMARÃES, M. B. L. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. *Rev APS.*, v. 15, n. 1, p. 101-12. 2012. Disponível: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1421/599>. Acesso em: 27 out. 2018.

PRADO R. T. et al. Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 39, p. e2017-0011, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>. Acesso em: 17 nov. 2018.

PRAXEDES, A. M.; ARAÚJO, J. L.; NASCIMENTO, E. G. C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Psic., Saúde & Doenças*. v. 19, n. 2, p. 369-76, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190216>. Acesso em: 30 mar. 2020.

RASSOULIAN, A.; SEIDMAN, C.; LÖFFLER-STASTKA, H. Transcendence, religion and spirituality in medicine: Medical students' point of view. *Medicine*. v. 95, n. 38, p. e4953. 2016 Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5044923>. Acesso em: 27 out. 2018.

RATEAU, P.; ROUQUETTE, M.-L. *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Grenoble: PUG. 1998. 160 p.

REINALDO, A. M. S.; SANTOS, R. L. F. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde debate*. v. 40, n. 110, p. 162-71. 2016. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611012>. Acesso em: 27 out. 2018.

REIS, J. J. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia das letras, 1991. 360 p.

RIESCO, M. L. G. Enfermagem obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. *Rev. Latino-am. Enferm.*, v. 6, n. 2, p. 13-5, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691998000200003>. Acesso em: 28 mai. 2019.

RODRIGUEA, L. A.; CAZETA, F. L.; LIGEIRO, F. Autonomia do Paciente em Cuidados Paliativos e a Intervenção do Psicólogo: Um Olhar Bioético. *Rev. CuidArt*, v. 9, n. 2, p. 131-141, 2015. Disponível em:

<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revista%20CuidArt%20-%20Jul%20-Dez%202015.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

RODRIGUES, D. S. Os sem religião nos censos brasileiros: sinal de uma crise de pertencimento institucional. *Horizonte*, v. 10, p. 1.130-152, 2012. Disponível em: <http://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2012v10n28p1130>. Acesso em: 28 mai. 2019.

RODRIGUES, J. C. *Tabu da Morte*. 2 Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 260 p.

ROUQUETTE, M. L. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Ed.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p. 39-4.

SÁ, C. P. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 110 p.

SÁ, C. P. *Núcleo central das representações sociais*. 2 Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. 96 p.

SÁ, C. P. *Estudos de psicologia social: histórica, comportamento, representações e memória*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. 458 p.

SACRAMENTO, D. R. *Candomblé e a morte: um estudo socioantropológico do culto aos egúns em um terreiro de santo Amaro-BA*. 2018. 18 f. Monografia (Bacharelato em Humanidades) – Instituto de Humanidades e Letras, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.

SANDERS, L. et al. Perceptions of Spirituality and Spiritual Care in Religious Nurses. *Journal of Christian Nursing*. v. 33, n. 4, p. 214-19. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27610904>. Acesso em: 28 out.2018.

SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. *Bioethikos.*, v. 3, n. 1, p. 77-86. 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2016.

SANTANA, J. C. B. et al. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. *Rev Bioet.*, v. 25, n. 1, p. 158-67, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251177>. Acesso em: 30 mar. 2020.

SANTANA, J. C. B.; PESSINI, L.; SÁ, A. C. Vivências de profissionais de saúde frente ao cuidado de pacientes terminais. *Enfermagem Revista*. v. 20, n. 1, p. 1-12, 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/15410>. Acesso em: 15 mar. 2018.

- SANTOS, M. F. S. Representação social e a relação indivíduo-sociedade. *Temas psicol.*, v. 2, n. 3, p. 133-142, 1994. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000300013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 set. 2020.
- SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. 4 Ed. São Paulo: Cortez, 2006. 91 p.
- SANTO, C. C. E. et al. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm.* v. 18, n. 2, p. 72-378. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32588>. Acesso em: 07 nov. 2016.
- SANTOS, A. P. D. et al. Morte e morrer: uma perspectiva antropológica e pedagógica sobre o morrer. *Rev. Formação@Docente.* v. 10, n. 2, p. 220-34, 2018. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas-izabela/index.php/fdc/article/view/1955/1015>. Acesso em: 29 mar. 2020.
- SANTOS, A. R. M. et al. Associação entre prática religiosa e comportamentos de risco à saúde em adolescentes de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* v. 20, n. 3, p. 284-96. 2015. Disponível: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.20n3p284>. Acesso em: 28 out. 2018.
- SANTOS, N. C.; ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* v. 17, n. 4. p. 795-805. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n4/1809-9823-rbagg-17-04-00795.pdf>. Acesso em: 28 out. 2018.
- SCOTTINI, M. A.; SIQUEIRA, J. E.; MORITZ, R. D. Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. *Rev. bioét.*, v. 26, n. 3, p. 440-450, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263264>. Acesso em: 4 out. 2020.
- SEIFFERT, C. S. L. C. et al. The death and die process for nursing team of intensive therapy center. *Rev Fun Care*, v. 12, p. 364-72, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7242>. Acesso em: 30 mar. 2020.
- SILVA, C. G.; PAIVA, V.; PARKER, R. Religious youth and homosexuality: challenges for promotion of health and sexual rights. *Interface.* v. 17, n. 44, p. 103-17. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100009>. Acesso em: 28 out. 2018.
- SILVA, C. R., et al. Religião e morte: qual a relação existente? *Revista Enfermagem Contemporânea.* v. 1, n. 1, p. 130-141, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v1i1.49>. Acesso em: 27 jan. 2018.
- SILVA C. R. L. et al. Percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas sobre a tecnologia dura no cuidado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 18, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i3.4509>. Acesso em: 01 out. 2019.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>. Acesso em: 28 set. 2018.

SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. *Informe-se em promoção da saúde*, n. 2, p. 3-5, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>. Acesso em: 12 nov. 2018.

SILVA, J. V. F., et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: Sério desafio de Saúde Pública. *Ciênc. Biol. Saúde*. v. 2, n. 3, p. 91-100. 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/2079/1268>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SILVA, J. V.; DOMINGUES, E.A.R. Evidências de religiosidade em residentes de cidade sul mineira. *Rev Fund Care*, v. 10, n. 1, p. 52-61, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.52-61>. Acesso em: 20 maio 2020.

SILVA, L. D. M.; RESENDE, M.C.; ANDRADE, R.Z. Atitudes de profissionais de saúde em cuidados paliativos sobre a morte e o morrer. *Perspectivas em Psicologia*, v. 23, n. 1, p. 213-235, Disponível em: <https://doi.org/10.14393/PPv23n1a2019-51160>. Acesso em: 21 out. 2019.

SILVA, L. F. A.; LIMA, M. G.; SEIDL, E. M. F. Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade. *Rev. bioét.*, v. 25, n. 1, p. 148-157, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251176>. Acesso em: 4 out. 2020.

SILVA M. C. M.; MOREIRA-ALMEIDA, A; CASTRO, E. A.B. Elderly caring for the elderly: spirituality as tensions relief. *Rev Bras Enferm*. v. 71, n. 5, p. 2461-8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0370>. Acesso em: 15 jun. 2019.

SILVA, S. K.; PASSOS, S. M. K.; SOUZA, L. D. M. Associação entre religiosidade e saúde mental em pacientes com HIV. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. v. 17, n. 2, p. 36-51. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000200003. Acesso em: 28 out. 2018.

SILVA, S. M. A. S. Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 62, n. 3, p. 253-257, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.338>. Acesso em: 28 nov. 2018.

SILVA, T. C. V.; MAZZI, N. R. A espiritualidade no cuidado perioperatório: a perspectiva do paciente. *J. Nurs. Health*. v. 9, n. 2, p. e199205, 2019. <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047263/3.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

SIQUEIRA, J.; FERNANDES, N. M.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *J. Bras. Nefrol.*, v. 41, n. 1, p. 22-28, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0096>. Acesso em: 15 out. 2020.

SOARES, E. O.; ROCHA, S. S. FIGUEIREDO, M. L. F. Palliative care in pediatrics: a reflective study. *Journal of Nursing UFPE*, v. 9, n. 3, p. 7155-60, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i3a10446p7155-7160-2015>. Acesso em: 26 mai. 2020.

SOARES, R. T.; ALMINHANA, L. O. Religiosidade madura e personalidade: uma revisão do conceito de religiosidade intrínseca em Allport. *HU Rev.*, v. 44, n. 4, p. 437-46, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2018.v44.26390>. Acesso em: 30 mai. 2020.

SOUZA, A. S. S. S.; SANTOS, F. S. Histórias de morte e luto: um estudo sociodemográfico antropológico da vivência da morte em um grupo operativo no CRAS. *Revista de Psicologia*, v. 6, n. 2, p. 50-58, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/2581>. Acesso em: 25 out. 2019.

SOUZA L. P. S. et al. A morte e o morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. *Enferm Glob.* v. 12, n. 32, p. 230-7, 2013. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.12.4.163241/153161>. Acesso em: 09 set. 2019.

SOUZA M. C. S. et al. Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 4, p. e3640016, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003640016>. Acesso em: 30 mar. 2020.

SOUSA, G. M.; LUSTOSA, M. A.; CARVALHO, V. S. Dilemas de profissionais de unidade de terapia intensiva diante da terminalidade. *Rev. bioét.*, v. 27, n. 3, p. 516-527, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273336>. Acesso em: 26 set. 2019.

SPSS. *Inc. Corporate History*. Disponível em: <http://www.spss.com.hk/corpinfo/history.htm>. Acesso em 20 nov. 2019.

STRELHOW, M. R. W.; SARRIERA, J. C. El bienestar de los adolescentes y su relación con la espiritualidad y la religiosidad: revisión sistemática de la literatura reciente. *Soc. Infanc.* v. 2, p. 233-257, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5209/SOCI.59473>. Acesso em: 20 out. 2019.

TAN, S. H. The case against physician-assisted suicide and voluntary active euthanasia: a jurisprudential consideration. *Singapore Academy of Law Journal*, p. 275-400, 2017. Disponível em: https://ink.library.smu.edu.sg/cgi/viewcontent.cgi?article=4224&context=sol_research. Acesso em: 16 maio 2019.

TAUNAY, T. C. D'E; GONDIM, F. A. A; MACÊDO, D. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GURGEL, L. A.; ANDRADE, L. M. S.; CARVALHO, A. F. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiq Clín.*, v. 39, n. 4, p. 130-5. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000400003. Acesso em: 29 set.2018.

TEMKIN, L. "Is living longer living better?", *The Journal of Applied Philosophy*, v. 25, n. 3, p. 193-210, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-5930.2008.00411.x>. Acesso em: 20 nov. 2019.

THIENGO, P. C. S. et al. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* v. 24, p. e58692, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>. Acesso em: 20 jan. 2020.

THIENGO, P. C. S. *A representação social do cuidado ao paciente soropositivo ao HIV/Aids entre profissionais de saúde*. 2013. 222 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

TORRES, V. A. R. *Diante da morte ainda não somos todos modernos: O ideário do bem morrer e do Ethos Católico no Brasil*. 2018. 423 f. Tese (Doutorado em Ciência da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

TOMASSO, C. S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. *Rev. Latino-am. Enferm.*, v. 19, n. 5, p. 8, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500019>. Acesso em: 28 out. 2018.

URBAIN, J. D. Morte. In: ROMANO, R. (Org.). *Enciclopédia Einaudi. Vida/Morte. Tradições – Gerações*. Lisboa: Imprensa Nacional, Casa da Moeda, 1997. p. 381-417.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Org.). *Psicologia Social*. 4 Ed. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2000. p. 457-502.

VASQUES, T. C. et al. Equipe de enfermagem e complexidades do cuidado no processo de morte-morrer. *Trab. educ. saúde*, v. 17, n. 3, e0021949, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00219>. Acesso em: 07 set. 2020.

VANCINI, R. L. et al. Benefícios da prática da espiritualidade e religiosidade para pessoas com epilepsia. *Rev. Ciênc. Méd.*, v. 26, n. 1, p. 27-35, 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/875993/3729-12866-2-pb.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019.

VASCONCELOS, M. F. et al. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2559-66, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900010>. Acesso em: 05 jun. 2018.

VERGÈS, P. *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* : manuel version 2.00. Aix-en-Provence : Laboratoire Méditerranéen de Sociologie, 2000.

VERGÈS, P. L'analyse des représentations sociales par questionnaires. *R. franc, sociol.*, v. 42, n. 3, p. 537-561, 2001. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2001_num_42_3_5373. Acesso em: 06 out. 2018.

VERRI, E. R. et al. Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos. *Journal of Nursing UFPE*, v. 13, n. 1, p. 126-36, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13ila234924p126-136-2019>. Acesso em: 20 nov. 2020.

VICENSI, M. C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. *Rev. bioét.*, v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>. Acesso em: 25 abr. 2020.

VIEIRA, A. T. et al. Cuidado paliativo ao cliente oncológico: percepções do acadêmico de enfermagem. *Rev Fund Care*, v. 9, n. 1, p. 175-80, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5329/pdf_18. Acesso em: 12 jun. 2019.

VIEIRA, T. M.; ZANINI, D. S.; AMORIM, A. P. Religiosidade e Bem-Estar Psicológico de Acadêmicos de Psicologia. *Interação Psicol.* v. 17, n. 2, p. 141-51. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/26678>. Acesso em: 28 out. 2018.

VON HOHENDORFF, J.; MELO, W. V. Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. *Estud. pesqui. psicol.*, v. 9, n. 2, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2020.

WACHELKE, J. F. R. Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações (INCEV): Exemplo de Aplicação no Estudo da Representação Social sobre Envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, n. 22, v. 1, p. 102-110, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722009000100014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 out. 2018.

WACHELKE, J. F. R. Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações (INCEV): Exemplo de Aplicação no Estudo da Representação Social sobre Envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, n. 22, v. 1, p. 102-110, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100014>. Acesso em: 05 nov. 2019.

WACHELKE, J; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicol. Teor. Prat.*, v. 27, n. 4, p. 521-526, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/17.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

WALDOW, V. R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 3 Ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001. 189 p.

WATSON CARING SCIENCE INSTITUTE. 10 Caritas Processes®. WCSI, 2020. Disponível em: <https://www.watsoncarinbhgscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>. Acesso: 15 Mar. 2020.

WATSON, J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis; 2004. 242 p.

WILSON, E. O. *Biophilia*. Cambridge: Harvard University Press; 1984. 176 p.

WITTMANN-VIEIRA, R.; GOLDIM, J. R. Bioética e Processo de Enfermagem. In: ALMEIDA, M. A. et al. *Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 67-75.

WOLTER, R. P. et al. Temporalidade e representações sociais: Estabilidade e dinâmica dos elementos ativados pelo regime militar brasileiro. *Psicologica*. v. 58, n. 1, p. 107-125. 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_58-1_6. Acesso em: 29 set. 2018.

WOLTER, R. P.; WACHELKE, J. F. R.; NAIFF, D. G. M. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais e o Modelo dos Esquemas Cognitivos de Base: Perspectivas Teóricas e Utilização Empírica. *Temas em Psicologia*. v. 24, n. 3, p. 1139-1152, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n3/v24n3a18.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

ZAGONEL, I. P. S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev. Latino-am. Enferm.*, v. 7, n. 3, p. 25-32. 1999. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1376/1406>. Acesso em: 07 nov. 2016.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem**, desenvolvida pela **doutoranda Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade**, sob orientação do **Professor Antonio Marcos Tosoli Gomes**. Pretende-se como objetivo geral analisar a representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem e a sua relação com a espiritualidade e a religiosidade desenvolvidas por estes atores sociais. A coleta de dados será realizada em três etapas: **1ª Etapa: Auto-preenchimento dos questionários: sócio-demográfico, evocações livres e escala de religiosidade; 2ª Etapa: Auto-preenchimento dos formulários de associação de palavras e 3ª Etapa: Entrevista em profundidade, guiada por um roteiro temático que será gravada em aparelho digital de mp3.**

Existe um desconforto e risco mínimo para você que se submete à coleta de dados, pois por alguma questão a pesquisa poderá abordar algum assunto íntimo e delicado. Este risco é justificado pelo benefício que esta pesquisa proporcionará, pois com o resultado obtido, a assistência em saúde poderá ser melhor organizada para atendimento aos clientes. Caso se sinta desconfortável, você poderá se retirar da pesquisa e, como medida cautelar a ser empregada para evitar e/ou reduzir os potenciais danos, caso seja necessária intervenção, será oferecido atendimento pelo Espaço de Cuidado Integral do Programa de extensão “Saberes e Práticas Criativas em Saúde” - PROCRIAR, localizado no 5º andar da Faculdade de Enfermagem UERJ (Boulevard 28 de setembro, 57, Vila Isabel).

Os dados coletados serão utilizados nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável, onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento.

Eu, _____ **declaro** que concordo em participar desse estudo e ei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e retirar minha autorização se assim o desejar. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Em caso de dúvidas, poderei solicitar mais esclarecimentos a doutoranda Priscila Cristina da Silva Thiengo (profprithiengo@gmail.com) ou ainda o Comitê de Ética e Pesquisa do HUPE (Av. 28 de setembro, 77 térreo Vila Isabel – CEP 20551-030 - Tel: 21-2868.8253 – E-mail: cephupe@uerj.br) e das unidades co-participantes da pesquisa **CEP UNIRIO: E-mail: cephugg@gmail.com, Tel/fax: (21)1264-5177**) para esclarecimentos ou informações quanto a validade da pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador: _____

Participante de pesquisa: _____

APÊNDICE B - Caracterização dos Participantes da Pesquisa

Questionário nº _____

Data: ____/____/____

- A. Unidade de ensino: UERJ () UNIRIO ()
- B. Período que está cursando: 8º () 9º () 10º ()
- C. Sexo: F () M () D. Idade: _____
- E. Qual o seu estado marital atual? () Solteiro (a) () Casado (a) () Outros
- F. Com quem mora: () Sozinho (a) () Com os pais ou companheiro () Outros
- G. Você tem filhos? () Sim () Não Se sim, quantos: _____
- H. Religião: () Sem religião
 Se não possui religião, acredita em Deus: () Sim () Não
 () Católica
 () Espírita, especificar: () Kardecista () Umbanda () Candomblé
 () Evangélica
 () Outra religião, especificar: _____
- I. Se você não possui uma religião, mas adota práticas de alguma em específico, informe qual: _____
- J. Quais são as 3 principais fontes de informação utilizadas por você?
- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| () Rádio | () Conversas na graduação |
| () Televisão | () Conversas pessoais |
| () Jornal | () Cursos de capacitação |
| () Sites em geral | () Revistas científicas |
| () Revistas em geral | () Artigos científicos |
| () Livros em geral | () Livros científicos |
| () Manuais técnicos | () outros |
- K. No decorrer da graduação, já foi abordado o conteúdo de morte/morrer?
 () Sim () Não Qual período? _____
- L. No decorrer da graduação, já foi abordado o conteúdo de espiritualidade e religiosidade?
 () Sim () Não Qual período? _____

M. Você acha que foi suficiente?

() Sim () Não Por que? _____

N. Alguma vez já cuidou de um paciente em processo de morte/morrer?

() Sim () Não

O. Alguma vez já cuidou de um paciente em processo de morte/morrer?

() Sim () Não

P. Como você classifica a atuação da enfermagem diante da finitude humana?

P'. Individualizada, com atitudes de atenção a pessoa no processo de morte/morrer

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

P". Mecanizada e afastada da pessoa no processo de morte/morrer

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Q. Como você classifica a atuação dos profissionais de saúde diante da finitude humana?

Q'. Individualizada, com atitudes de atenção a pessoa no processo de morte/morrer

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Q". Mecanizada e afastada da pessoa no processo de morte/morrer

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

R. Você já teve perda de alguém próximo?

() Sim () Não Grau de Parentesco: _____

SR. Você já pensou na sua própria morte? () Sim () Não

APÊNDICE C - Instrumento para coleta de Evocações Livres

Instrumento nº _____
 _____/_____/_____

Data:

1. COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES

O participante do estudo deverá ser orientado a fornecer cinco palavras que lhes vêm imediatamente à mente em relação à expressão indutora que precede cada quadro. O registro das respostas deverá ser feito pelo participante, respeitando a ordem em que tenham sido evocadas. Após as evocações, solicitar que o participante do estudo diga se a palavra é neutra, positiva ou negativa. Solicitar que justifique a primeira palavra evocada no impresso.

Evocação do termo indutor “Morte”

Ordem	Evocação	+, - ou +-
1		
2		
3		
4		
5		

Justificativa para a primeira palavra evocada:

Evocação do termo indutor “Morrer”

Ordem	Evocação	+, - ou +-
1		
2		
3		
4		
5		

Justificativa para a primeira palavra evocada:

APÊNDICE D - Questionário de caracterização socioeconômica simplificado
(Utilizado para caracterização – MEC e CPB)

Questionário nº ____ Data: ____/____/____

A. Participou da primeira etapa? Sim () Não ()

B. Unidade de ensino: UERJ () UNIRIO ()

C. Período que está cursando: 8º () 9º () 10º ()

D. Sexo: F () M () E. Idade: ____

F. Religião: () Sem religião

Se não possui religião, acredita em Deus: () Sim () Não

() Católica

() Espírita, especificar: () Kardecista () Umbanda () Candomblé

() Evangélica

() Outra religião, especificar: _____

APÊNDICE E - Questionário de “*Choix par bloc*”

TERMO INDUTOR MORRER

Escolha, a seguir, 5 palavras que, na sua opinião, são mais características do **MORRER**, 5 que sejam menos características e 5 neutras.

	CINCO PALAVRAS MAIS CARACTERÍSTICAS DO MORRER
	1. _____
FIM	2. _____
MEDO	3. _____
TRISTE	4. _____
DESCANSO	5. _____
DOR	
CICLO	CINCO PALAVRAS MENOS CARACTERÍSTICAS DO MORRER
SOFRER	1. _____
PROCESSO	2. _____
NATURAL	3. _____
PASSAGEM	4. _____
SAUDADE	5. _____
PERDA	
ANGÚSTIA	CINCO PALAVRAS RESTANTES
DESPEDIDA	1. _____
ETERNIDADE	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____

TERMO INDUTOR MORTE

Escolha, a seguir, 5 palavras que, na sua opinião, são mais características da **MORTE**, 5 que sejam menos características e 5 neutras.

	CINCO PALAVRAS MAIS CARACTERÍSTICAS DA MORTE
	1. _____
FIM	2. _____
TRISTE	3. _____
DOR	4. _____
SAUDADE	5. _____
CICLO	
MEDO	CINCO PALAVRAS MENOS CARACTERÍSTICAS DA MORTE
PERDA	1. _____
FASE	2. _____
NATURAL	3. _____
PASSAGEM	4. _____
DESCANSO	5. _____
SOFRER	
VIDA	CINCO PALAVRAS RESTANTES
ENTERRO	1. _____
CHORO	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____

APÊNDICE F - Questionário de *mise-en-cause***TERMO INDUTOR MORTE**Marque um "X" segundo a sua resposta **SOBRE A MORTE**

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 1. Pode haver morte sem fim? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Pode haver morte sem estar triste? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Pode haver morte sem dor? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Pode haver morte sem saudade? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 5. Pode haver morte sem ser um ciclo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 6. Pode haver morte sem medo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 7. Pode haver morte sem perda? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 8. Pode haver morte sem ser uma fase? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 9. Pode haver morte sem ser natural? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 10. Pode haver morte sem passagem? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 11. Pode haver morte sem descanso? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 12. Pode haver morte sem sofrer? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 13. Pode haver morte sem vida? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 14. Pode haver morte sem enterro? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 15. Pode haver morte sem choro? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |

TERMO INDUTOR MORRER

Marque um "X" segundo a sua resposta **SOBRE O MORRER**

- | | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 1. Pode-se morrer sem fim? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Pode-se morrer sem medo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Pode-se morrer sem ficar triste? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Pode-se morrer sem descanso? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 5. Pode-se morrer sem dor? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 6. Pode-se morrer sem estar em um ciclo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 7. Pode-se morrer sem sofrer? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 8. Pode-se morrer sem processo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 9. Pode-se morrer sem ser natural? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 10. Pode-se morrer sem passagem? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 11. Pode-se morrer sem saudade? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 12. Pode-se morrer sem perda? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 13. Pode-se morrer sem angústia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 14. Pode-se morrer sem despedida? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |
| 15. Pode-se morrer sem eternidade? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Talvez | <input type="checkbox"/> Não |

APÊNDICE G - Roteiro temático de entrevista semi-estruturado

1. PROCESSO DE MORRER

- A. Qual a lembrança mais antiga que você possui acerca da morte? Qual a lembrança que mais te marcou?
- B. Alguma vez já cuidou (ou ouviu de quem já cuidou) de uma pessoa em processo de morte/morrer? Conte como foi essa experiência.
- C. Quais os cuidados que você prestou para esse paciente/pessoa?
- D. Como é o cuidado a um paciente/pessoa em processo de morte/morrer na realidade?
- E. Como deveria ser o cuidado a um paciente/pessoa em processo de morte/morrer?
- F. Quanto ao relacionamento com os pacientes em processo de morrer e seus familiares, como você vê hoje a atuação da equipe de saúde? E do enfermeiro?
- G. Na sua opinião, quais as necessidades mais urgentes das pessoas que estão morrendo?

2. MORTE, ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

- H. Na sua opinião, o que significa morte para sua religião?
- I. Qual(is) a(s) influencia(s) da religiosidade/espiritualidade do profissional sobre suas atitudes diante do processo de morrer?
- J. Você considera que a espiritualidade e a religiosidade influenciam na forma que os profissionais encaram a morte?
- K. Qual(is) a(s) influencia(s) da religiosidade/espiritualidade da pessoa que está vivenciando o processo de morte?

3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE

- L. O que é morte para você?
- M. Na sua opinião, porque as pessoas morrem?
- N. Como a morte surgiu no mundo?
- O. Quais são as imagens que a morte possui?
- P. Quais sentimentos você possui quando tem/teve contato com a morte?
- Q. Na sua opinião, como a sociedade se posiciona diante da morte?

4. MORTE NA FORMAÇÃO

- R. Como o conteúdo sobre a morte foi abordado na graduação?
- S. Como deveria ser abordado?

ANEXO A - Escala de Religiosidade da Universidade de Duke

- I. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
1. Mais do que uma vez por semana
 2. Uma vez por semana
 3. Duas a três vezes por mês
 4. Algumas vezes por ano
 5. Uma vez por ano ou menos
 6. Nunca
- II. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
1. Mais do que uma vez ao dia
 2. Diariamente
 3. Duas ou mais vezes por semana
 4. Uma vez por semana
 5. Poucas vezes por mês
 6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

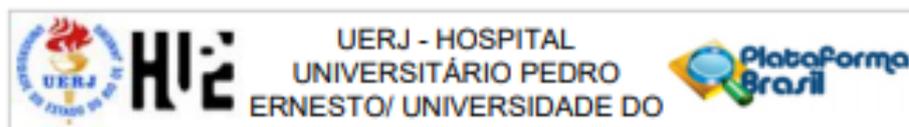
III. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

IV. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – HUPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem

Pesquisador: Priscila da Silva Thiengo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13012319.9.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.383.384

Apresentação do Projeto:

As disfunção da articulação temporomandibular é uma doença que afeta o osso, a cartilagem e os tecidos musculoesqueléticos associados, caracterizada pela presença de dor facial e articular, limitação de abertura de boca, travamento e ruídos articulares. O objetivo deste trabalho prospectivo, duplo-cego, randomizado será avaliar a melhora de abertura interincisal e dor articular através de escala analógica visual em 60 pacientes. Neste ensaio clínico os pacientes serão divididos em 3 grupos aleatórios de acordo com a técnica de tratamento que será utilizada. Os pacientes do grupo 1 serão submetidos a artrocentese isolada e os do grupo 2 e 3 a artrocentese seguida de infiltração de ácido hialurônico ou plasma rico em plaquetas (PRP), respectivamente. Os pacientes serão reavaliados para avaliação de abertura interincisal e dor articular após 2 semanas, 1, 3 e 6 meses.

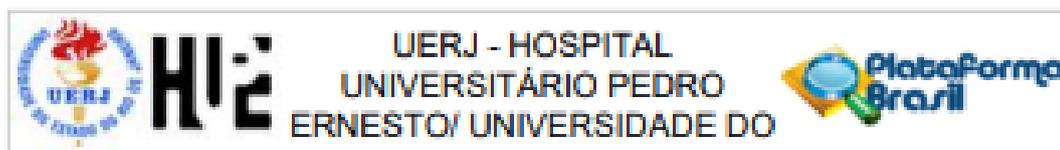
Objetivo da Pesquisa:

AAvaliar a máxima abertura interincisal após intervenção comparando os Grupos Controle, ácido hialurônico e PRP na fase pré-operatória e após 2 semanas, 1, 3 e 6 meses.

Objetivo Secundário:

Avaliar a melhora na dor após intervenção comparando os Grupos Controle, ácido hialurônico e

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Tênego
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-6253 **E-mail:** cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.383.384

PRP na fase pré-operatória e após 2 semanas, 1, 3 e 6 meses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prezado pesquisador: Caracteriza-se como risco direto para os participantes da pesquisa a possibilidade de desconforto ou constrangimento no momento do preenchimento dos questionários. Os pesquisadores devem se comprometer a minimizar os riscos ou desconfortos que possam vir a ser causados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Através do presente estudo esperamos obter resultados que ajudem a esclarecer as dúvidas associadas a efetividade da artrocentese e a infiltração

de PRP e AH em pacientes com dor articular e diminuição da função mandibular ao observar as mudanças de máxima abertura interincisal (MAI) e dor.

O presente estudo será um ensaio clínico prospectivo, duplo-cego, randomizado, realizado em 60 pacientes encaminhados ao Hospital Universitário

Pedro Ernesto (HUPE-UERJ), no Rio de Janeiro, apresentando distúrbios nas articulações temporomandibulares, como artralgia, deslocamento de disco articular e doenças degenerativas da ATM, segundo os critérios de diagnóstico das doenças temporomandibulares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos dados necessários para apreciação ética e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa. Toda a documentação pertinente foi apresentada

Recomendações:

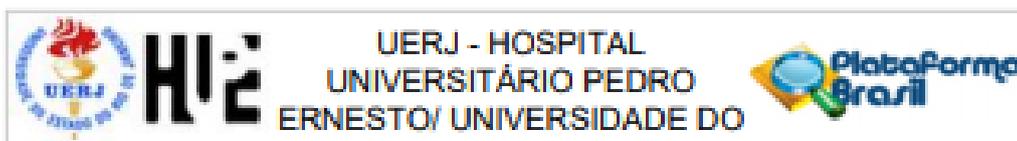
Acertar endereço do CEP no TCLE.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa - Caso seja necessário você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE para esclarecimentos ou informações quanto a validade da pesquisa: Av. 28 de setembro, 77 térreo Vila Isabel – CEP 20551-030 - Tel: 21-2868.8253 – Email: cep-hupe@uerj.br.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.283.284

Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BÁSICAS DO PROJETO_1323751.pdf	31/03/2019 22:07:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.docx	31/03/2019 22:06:42	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Orçamento	or.docx	31/03/2019 21:48:29	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	31/03/2019 21:47:24	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFF.pdf	31/03/2019 21:47:02	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UERJ.pdf	31/03/2019 21:46:02	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UNIRIO.pdf	31/03/2019 21:43:09	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFRJ.pdf	31/03/2019 21:42:04	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	29/03/2019 14:39:24	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/03/2019 14:39:09	Priscila da Silva Thiengo	Aceito

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Tênis

Bairro: Vila Isabel

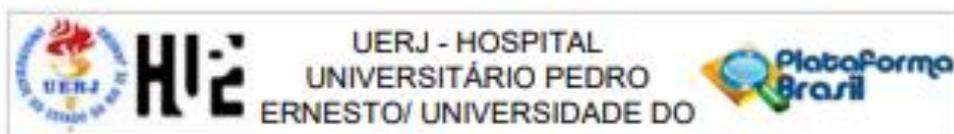
CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-6253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.383.388

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

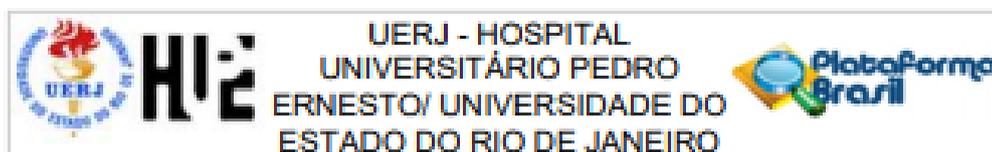
Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Junho de 2019

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Tímaco
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.501-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2869-8253 **E-mail:** oep.hupe.interno@gmail.com

Nota: Este segundo parecer foi uma emenda solicitada para retificar o conteúdo que constava na parte de apresentação do projeto: uma pesquisa sobre disfunção da articulação temporomandibular.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem

Pesquisador: Priscila da Silva Thiengo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13012319.9.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.643.817

Apresentação do Projeto:

Emenda para aprovação de documentação e alteração de informações relativas ao protocolo.

Objetivo da Pesquisa:

Emenda para aprovação de documentação e alteração de informações relativas ao protocolo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Emenda para aprovação de documentação e alteração de informações relativas ao protocolo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

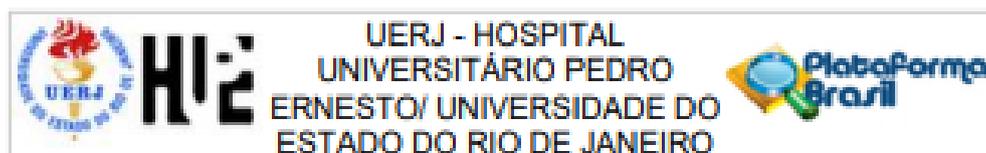
Justificativa da Emenda:

Solicito incluir novo TCLE (corrigido de acordo com a recomendação feita de substituição do endereço do CEP) e a correção dos dados do parecer consubstanciado (está apresentando um outro projeto sobre disfunção da articulação temporomandibular).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos enviados a este Comitê estão dentro das boas práticas em pesquisa e apresentando todos dados necessários para apreciação ética.

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Têniao
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2066-8233 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.663.817

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda apresenta todas as informações necessárias para avaliação ética. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, a Emenda pode ser enquadrada na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações_BÁSICAS_141084 6 E1.pdf	08/08/2019 10:34:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.docx	08/08/2019 10:32:05	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.docx	31/03/2019 22:06:42	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Orçamento	or.docx	31/03/2019 21:48:29	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	31/03/2019 21:47:24	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFF.pdf	31/03/2019 21:47:02	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UERJ.pdf	31/03/2019 21:46:02	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UNIRIO.pdf	31/03/2019 21:43:09	Priscila da Silva Thiengo	Aceito

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Tênis

Bairro: Vila Isabel

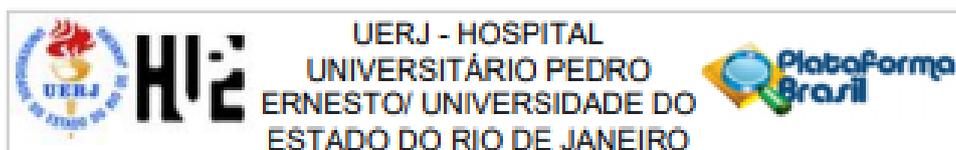
CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupa.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.613.617

Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFRJ.pdf	31/03/2019 21:42:04	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	29/03/2019 14:39:24	Priscila da Silva Thiengo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Outubro de 2019

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Tâncos
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21) 3868-8253 **E-mail:** cnp.hupa.interno@gmail.com

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - HUGG

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem

Pesquisador: Priscila da Silva Thiengo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 13012319.9.3001.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.674.031

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de doutorado que tem como objeto a representação social da morte e do morrer para alunos de graduação em enfermagem e as suas relações com a espiritualidade e a religiosidade destes participantes. Os participantes do estudo serão estudantes do último ano do curso de graduação em Enfermagem das universidades públicas da cidade do Rio de Janeiro e Niterói. O critério que será empregado na seleção será possuir idade maior de 18 anos e acompanhar a turma desde o início da graduação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: analisar a representação social da morte e do morrer para graduandos de enfermagem e a sua relação com a espiritualidade e a religiosidade desenvolvidas por estes atores sociais.

Objetivos específicos:

Descrever a estrutura e os conteúdos das representações sociais da morte e do morrer para o graduando de enfermagem;

Identificar o núcleo central das representações sociais da morte e do morrer;

Descrever a estrutura e os conteúdos das representações sociais da espiritualidade e da religiosidade para os acadêmicos de enfermagem;

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21) 6364-5317

Fax: (21) 6364-5177

E-mail: cephugg@gmail.com

**UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO**



Continuação do Parecer: 3.674.001

Descrever as experiências e práticas de enfrentamento da morte de pacientes dos participantes do estudo no processo de formação universitária em enfermagem;

Discutir a relação da espiritualidade e da religiosidade do graduando nas construções representacionais da morte e do morrer destes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco para o participante gerado pela pesquisa será mínimo e, como medida cautelar, caso seja necessária intervenção, será oferecido atendimento psicossocial através das práticas integrativas em saúde oferecidas pelo Espaço de Cuidado Integral do projeto de extensão "Saberes e Práticas Criativas em Saúde" - PROCRIAR, localizado no 5º andar da faculdade de enfermagem UERJ (Boulevard 28 de setembro, 57, Vila Isabel).

O principal benefício desse estudo que será a melhoria na qualidade da assistência e no cuidado contínuo de forma holística e integral ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu as pendências apontadas, assim a pesquisa atende o que preconiza o Sistema CEP/Conep.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 do CONEP/MS, cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/HUGG os relatórios parciais (semestrais) e final do projeto aprovado. Reiteramos que o envio deve ser feito via site da PLATAFORMA BRASIL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1377008.pdf	05/10/2019 20:24:33		Aceito
Outros	PROCRIAR.pdf	05/10/2019 20:24:00	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	PUNIRIO.docx	05/10/2019 20:18:01	Priscila da Silva Thiengo	Aceito

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-604

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)1264-5217

Fax: (21)1264-5177

E-mail: cephugg@gmail.com

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



Continuação do Parecer: 3.671/001

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPnovo.docx	05/10/2019 20:15:44	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.docx	05/10/2019 20:15:20	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.docx	31/03/2019 22:08:42	Priscila da Silva Thiengo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/03/2019 14:39:09	Priscila da Silva Thiengo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 31 de Outubro de 2019

Assinado por:

Jorge Francisco da Cunha Pinto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)1264-5317 Fax: (21)1264-5177 E-mail: cephugg@gmail.com

ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidado de enfermagem e suas representações sociais para acadêmicos e profissionais de enfermagem: autonomia profissional, processo de morte e morrer e espiritualidade e religiosidade em tempos de pandemia pelo COVID-19

Pesquisador: Antonio Marcos Tosoli Gomes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31169/20.1.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.021.453

Apresentação do Projeto:

Segundo relato do pesquisador: "Trata-se de um projeto destinado a atender, em grande medida, as necessidades de pesquisa do RELIGARES – Grupo de Estudos em Religiosidade e Espiritualidade no Contexto do Cuidado de Enfermagem e da Saúde, ligado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ) da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O objetivo do projeto é analisar as implicações da autonomia profissional, papel próprio, crença religiosa e espiritual no contexto das unidades de ensino superior e de saúde em tempos de pandemia. Na última década, há um grande debate entorno da autonomia profissional e do papel próprio do enfermeiro, assim como tem havido uma expansão no reconhecimento das influências espirituais e seu impacto no bem-estar físico e mental do indivíduo. Em especial neste ano, que iniciou com a notícia de uma pandemia, causada por uma nova doença classificada como COVID 19. Método: Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva

com abordagem metodológica qualitativa e quantitativa, fundamentada nas Abordagens Processual e Estrutural da Teoria das Representações Sociais (TRS) no âmbito da Psicologia Social. O presente estudo terá como cenário o ambiente virtual, uma vez que neste momento estamos em plena pandemia e o isolamento social é fortemente recomendado. Serão elegíveis e incluídos para

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL. E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.539-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.001.453

o estudo graduandos de qualquer instituição superior de ensino no Brasil e profissionais de saúde atuantes direta ou indiretamente no combate ao COVID-19 que aceitarem participar dos estudos. O recrutamento dos participantes será realizado através das redes sociais online, tais como Facebook, Instagram. A ferramenta utilizada para a coleta de dados será a plataforma Google Forms (armazenado in cloud no Google Drive) e o contato por meio telefônico (os participantes serão informados do motivo da ligação, lembrados da pesquisa e do direito de abandonar a entrevista a qualquer momento, e que a conversa será gravada). O desenvolvimento desse estudo será dividido em três etapas, a seguir: Primeira etapa: Análise prototípica e de similitude por co-ocorrência. 1º Momento: Caracterização dos participantes do estudo. Será aplicado um questionário de caracterização de todos os participantes da pesquisa com levantamento sócio-demográfico. 2º Momento: Evocações Livres e Escala de Religiosidade da Universidade de Duke. A Técnica de Evocações Livres também é conhecida como associação livre de palavras. Com intuito de mensurar as influências da religiosidade e espiritualidade nas questões ligadas a saúde, utilizarei a Duke Religious Index – DUREL. Análise de Dados: 1º Momento: Análise da Caracterização dos Participantes e da Escala de Religiosidade Inicialmente, será realizada análise dos dados de caracterização e da escala de religiosidade através de análise estatística descritiva, com auxílio do software Statistical Package for the Social Science. 2º Momento: Análise das evocações Livres. Para o tratamento dos dados obtidos a partir das evocações serão utilizadas duas técnicas de análise: a técnica de construção do Quadro de Quatro Casas e a Análise de Similitude. A análise de evocações livres será instrumentalizada pelo software EVOC versão 2003. A partir da definição do Quadro de Quatro casas, a próxima técnica adotada será a Análise de Similitude por co-ocorrência, baseada no cálculo de conexidade entre os elementos da representação. Segunda etapa: realização dos testes de centralidade da representação social. 1º Momento: Coleta de Choix-par-Bloc e Mise -en-cause. Para a coleta do choix-par-bloc será elaborada uma lista com todos os elementos que constarão no quadro de quatro casas para cada evocação e, a partir dela, os entrevistados deverão escolher as três palavras que mais caracterizam esse objeto e os três itens que menos o caracterizam. O mise-en-cause será a proposição de questões em negativo com as mesmas palavras para verificação da concordância e da discordância. 2º Momento: Esquemas Cognitivos de Base. Para a coleta dos Esquemas Cognitivos de Base, os participantes responderão ao questionário e serão convidados a evocar três palavras que lhes vêm imediatamente a mente a partir dos termos indutores candidatos ao núcleo central expostos na análise prototípica da primeira etapa e em seguida, a justificativa será registrada em um instrumento, por escrito para cada termo evocado. Análise de dados: 1º Momento: Análise de

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL. E 3ºand. | 20.118
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.001.453

Chave-par-Bloc. Cada grupo de palavras será analisado a partir da atribuição de valor (que varia de +1 a -1) para cada item. 2º Momento: Análise do Mise-en-cause. Se a resposta negativa estiver concentrada em mais de 70%, podemos deduzir que o cognema presente nesta pergunta faz parte do núcleo central da representação. 3º Momento: Esquemas Cognitivos de Base. Por fim, a análise dos Esquemas Cognitivos de Base será feita a partir dos conectores ativados por elemento evocado do núcleo central e dividido pelo número de conexões possíveis. Terceira etapa: a abordagem processual das Representações Sociais. A coleta de dados se dará através da entrevista semiestruturada. O objetivo desta etapa é entender o conteúdo representacional dos conteúdos a serem pesquisados. Análise de Dados: Para a análise das informações obtidas com as entrevistas, será utilizada a técnica de análise de conteúdo lexical informatizada através da análise hierárquica descendente por meio do software Alcesta 4.10.*

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar as representações sociais do cuidado de enfermagem no contexto da pandemia do COVID-19 para acadêmicos de enfermagem com vistas a compreender as dimensões da autonomia profissional, do processo de morte e morrer neste contexto e da espiritualidade e religiosidade. No contexto de uma pandemia como a que se está enfrentando, estas três dimensões são fundamentais para ser compreendidas e analisadas de modo que se possa subsidiar práticas de cuidado de enfermagem mais autônomas, com base para o enfrentamento grave de situações de morte e o contexto de religiosidade e espiritualidade que interferem no desenvolvimento deste cuidado.

Objetivos específicos:

- Descrever as representações sociais do cuidado de enfermagem para acadêmicos e para profissionais de enfermagem no contexto do COVID-19;
- Descrever as representações sociais da autonomia profissional do enfermeiro para acadêmicos e profissionais de enfermagem no contexto da assistência a pacientes com COVID-19, em especial neste momento de implantação de protocolos e de conhecimento da infecção;
- Descrever as representações sociais da morte e do morrer para acadêmicos e profissionais de enfermagem em especial no momento atual da pandemia no Brasil em que há um crescimento do número de mortes no país;
- Descrever as representações sociais da espiritualidade e da religiosidade para acadêmicos e profissionais de enfermagem com vistas a aprofundar estas dimensões em meio a uma epidemia que exige um esquema de isolamento social e precaução respiratória e de contato na unidade

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.001453

humanos.

- Instrumento de Coleta de Dados – apresenta os instrumentos que irá utilizar na coleta de dados em anexo ao Projeto detalhado.
- Cronograma – apresenta as etapas do estudo de forma detalhada e adequada ao desenvolvimento da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para maio de 2021. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1546507.pdf	06/05/2020 16:30:17		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_COEP.pdf	06/05/2020 16:28:22	Antonio Marcos Tosoli Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FORMA_FINAL.doc	06/05/2020 16:27:31	Antonio Marcos Tosoli Gomes	Aceito
Folha de Rosto	FR_COVID.pdf	26/04/2020 15:44:25	Antonio Marcos Tosoli Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COVID.docx	27/04/2020 12:06:46	Antonio Marcos Tosoli Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOVIDFORMAFINAL1.docx	27/04/2020 12:05:01	Antonio Marcos Tosoli Gomes	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Formulário: A.001-453

hospitalar;

- Identificar o pensamento social de acadêmicos e de profissionais de enfermagem acerca da pandemia e da infecção pelo COVID-19 já que estas possuem fortes conotações simbólicas ligadas às religiões, como a sua compreensão como castigo divino ou a imposição de limites a ações consideradas inadequadas, como relações homossexuais e aborto;

- Analisar o cuidado de enfermagem como uma tecnologia complexa que abarque a autonomia profissional, o enfrentamento da morte e do processo de morrer e as dimensões da espiritualidade e da religiosidade no contexto de uma pandemia como a do COVID-19, para acadêmicos e profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo o pesquisador: "Tendo em vista que este assunto envolve aspectos emocionais e apoiado ainda na resolução do 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, consideramos que o presente estudo, ainda que de maneira involuntária e indesejada, apresenta riscos de ordem emocional para os participantes da pesquisa. O presente estudo visa entender de que maneira as questões relacionadas a autonomia profissional, o papel próprio do enfermeiro e a religiosidade e espiritualidade influenciam a vida do graduando e do profissional de saúde neste momento de pandemia."

Benefícios:

Segundo o pesquisador: "Considera-se como benefícios a compreensão das representações de acadêmicos e profissionais para a análise de suas práticas e planejamento de possíveis intervenções que permitam mudanças em ambas, visando boas práticas. Destaca-se também a divulgação científica e acadêmica acerca destas representações."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está adequadamente estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Orçamento: trata-se de financiamento próprio, apresentado de forma detalhada pelo pesquisador.

- Folha de rosto: preenchida, assinada, datada e carimbada pela direção da Faculdade de enfermagem - ENF/UERJ.

- TCLE: o pesquisador apresenta o documento redigido de acordo com os critérios éticos expressos na Resolução nº 466/2012 que trata de protocolos de pesquisa envolvendo seres

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.021.493

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Maio de 2020

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. - SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** alca@uerj.br