



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

CONVERSAÇÃO SOBRE A MORTE NO PROCESSO DE CUIDAR: UMA  
CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

ROBERTA DE LIMA

RIO DE JANEIRO, RJ

2017

ROBERTA DE LIMA

CONVERSAÇÃO SOBRE A MORTE NO PROCESSO DE CUIDAR: UMA  
CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia de Assunção Ferreira

Rio de Janeiro, RJ

2017

L732c Lima, Roberta de  
Conversação sobre a morte no processo de cuidar:  
uma contribuição para a formação do Enfermeiro /  
Roberta de Lima. -- Rio de Janeiro, 2017.  
156 f.

Orientadora: Márcia de Assunção Ferreira.  
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio  
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Morte. 2. Atitude Frente à Morte. 3. Educação  
para a Morte. 4. Aprendizagem. 5. Estudantes de  
enfermagem. I. Ferreira, Márcia de Assunção, orient.  
II. Título.

Roberta de Lima

CONVERSAÇÃO SOBRE A MORTE NO PROCESSO DE CUIDAR: UMA  
CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Orientadora: Márcia de Assunção Ferreira

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Doutora em Enfermagem.

11 de maio de 2017

Aprovada por:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia de Assunção Ferreira – Orientadora (Presidente da Banca)

---

Prof. Dr. Franklin Santana Santos – 1º Examinador (PLACSE - Pinus Longaeva Assessoria e Consultoria em Saúde e Educação)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Brito Bergold – 2ª Examinadora (Enfermagem – UFRJ-Macaé)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Priscilla Valladares Broca – 3ª Examinadora (EEAN - UFRJ)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcelle Miranda da Silva – 4ª Examinadora (EEAN - UFRJ)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marléa Chagas Moreira – Suplente (EEAN - UFRJ)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Priscilla Silva Machado – Suplente (Enfermagem e Obstetrícia - UFES)

Rio de Janeiro

Maio – 2017

## DEDICATÓRIA

A minha avó Zenith de Aquino (*in memoriam*) e à minha prima-irmã Nina que são os meus maiores exemplos de amor, dedicação e cuidado; que me ensinaram o significado de cuidar com amor e ternura; e ao meu marido Mauro e meu filho Guilherme que são a expressão do amor pleno e me permitem aplicar o que aprendi sobre a vida.

## AGRADECIMENTOS:

Agradeço a Deus e à Espiritualidade Superior por terem me concedido este tempo de aprendizado e por terem me permitido despertar elementos facilitadores de minha caminhada: a minha espiritualidade, minha alegria e minha capacidade de resiliência.

À professora Doutora Márcia de Assunção Ferreira, por ter concordado em seguir ao meu lado no desafio de compor um trabalho em uma temática tão difícil e mobilizadora. Por ter paciência e amor; por muitas vezes entender e ver além do que um corpo físico pode expressar. Desejo que a luz que você espalha entre seus estudantes se multiplique e que te ajude sempre em sua caminhada. Meu eterno agradecimento e admiração que por palavras não vão conseguir expressar tudo...

Aos professores que compuseram a Banca Examinadora, professor Franklin Santana Santos, Leila Brito Bergold, Priscilla Valadares Broca, Marcelle Miranda da Silva, Marléa Chagas Moreira e Priscilla Silva Machado pela imensa colaboração na avaliação desta tese.

Ao professor Franklin Santana Santos por inúmeras contribuições desde o início deste doutorado e por ter escrito tantas coisas que me influenciaram muito na construção da tese.

Aos meus pais, pelos valores aprendidos e por terem me concebido e me dado a possibilidade de existir no mundo.

À minha avó, Zenith de Aquino (*In memoriam*) por ter me ensinado o que eu considero minhas maiores qualidades: cuidar das pessoas com amor, com simplicidade e com alegria. Seu ensinamento em mim a torna eterna.

À Nina, prima, irmã, amiga, mãe postiça e tantos outros adjetivos bons e bonitos. Com você também aprendi a cuidar e amar. Este título de doutora é tanto meu quanto seu! Você me deu asas quando disse: “vai estudar porque eu ainda estou viva e posso te ajudar”. Meu eterno agradecimento e admiração pela força que você representa. Eu amo você! Obrigada por tudo e por cuidar do meu filho como se fosse seu. Sem você eu não teria conseguido.

Ao meu marido Mauro e meu filho Guilherme. Vocês são a luz da minha vida. Mauro sempre pronto a me ajudar em tudo e Guilherme discutindo a temática morte para me ajudar no doutorado (!). A parte difícil do meu morrer será deixar vocês, pois amo nossa relação familiar! Mauro, eu me tornei uma pessoa melhor depois de te conhecer. Te amo! Obrigada por cuidar de nós e ser meu guardião sempre.

A todos os meus familiares, irmãos, primos, primas, tios, tias, agregados, madrinha (...) não poderei citar um ou outro, pois o todo é importante! Sei que me ausentei muito para estudar, mas foi por uma causa nobre, pois a morte não avisa! Precisamos ensinar sobre isso!

À minha sogra, Dona Noemia, e a toda a família do meu marido Mauro por me darem apoio e cuidarem dos meus meninos nos momentos que eu estava estudando.

Aos meus amigos de longa data, Seu Roberto e Dona Eliane, que sempre acreditaram que eu poderia ir além – sou fã de vocês!

Aos amigos de caminhada: da UFRJ Macaé, da UFRJ Sede, do INCA e amigos pessoais de longas datas... Todos contribuíram para minha formação de doutorado, seja por gestos, palavras, cafés em conjunto ou vibrações à distância... Enfim, pessoas que completam minha vida e me trazem alegria. Obrigada pela companhia!

À minha amiga-irmã Aline Reis Souza de Oliveira, alma gêmea que cuida de mim à distância e me salva sempre que preciso. São pessoas como você que me fazem acreditar que existem anjos na Terra. Obrigada!

A minha galera da “República do Chá”, Leila Bergold, Beatriz Dias, Ines Souza e Rejane Marques por terem me aturado e compartilhado comigo muitas emoções!!! Saudade de vocês sempre!

Leila Bergold, para você tinha que ser à parte! Pessoa que me inspirou a fazer a parte da dinâmica de morte, que me ensinou tantas coisas sobre a vida acadêmica e sobre o morrer. Meu eterno agradecimento e reconhecimento à super pessoa, super professora e super enfermeira que você é. Tenho orgulho de dizer que você ensina com a preocupação de

compartilhar conhecimentos e fazer os estudantes evoluírem como profissionais e como pessoas no mundo. Bonito de ver!

Para minhas amigas Joana Darc e Sandra Marques por terem acreditado no projeto e compartilhado a execução do embrião desta tese na disciplina de Cuidados I na UFRJ Campus Macaé. São pessoas como vocês que fazem a gente reacender a vontade de lecionar. Muito obrigada por todo o apoio de sempre!

À minha querida professora Isabel Cruz que foi minha luz na graduação, me mostrando lá no início que eu teria potencial para chegar até aqui. Você está eterna em minha mente! Carrego seus ensinamentos até hoje. Obrigada por ter acreditado em minha capacidade de crescimento!

Ao Helcio, psicólogo, companheiro de tantas horas. Pelas nossas elaborações conjuntas pude preparar meu caminho e chegar mais longe do que imaginei. Obrigada!

Ao meu grande amigo Rodrigo Nogueira da Silva, meu super gênio e minha força jovem! Obrigada pela sua disposição em me ajudar sempre! Você é muito especial, torço para o seu sucesso. Você vai para o céu sem escalas!

Laís e Nicole, não sei até hoje como cumpriram a missão impossível das transcrições... Obrigada por me ajudarem em tantas coisas: na execução do curso, no decorrer do doutorado, nas conversas amigas e em tantos outros detalhes.

Aos meus companheiros do grupo de pesquisa NUCLEARTE que me ajudaram na execução da coleta de dados e na construção da tese através dos exercícios em sala de aula.

Aos participantes da pesquisa que tiveram a coragem de encarar um tema difícil como a morte e que possibilitaram a elaboração desta tese através de suas experiências. Espero que cada um tenha levado dentro de si o necessário para viver melhor consigo mesmo e com os outros. E que construam uma vida feliz!

A todos os alunos que passaram por mim enquanto fui professora da UFRJ Macaé, pela oportunidade de se relacionar e por me permitir aprender sobre a vida e sobre a

importância e responsabilidade de ser professor, sendo um grande incentivo à minha capacidade e criatividade no ensinar.

Aos meus pacientes do INCA – HC IV e seus familiares que ampliam minha visão de mundo a cada atendimento e que me fizeram enriquecer muito mais a elaboração da discussão desta tese.

A todo corpo docente da Escola de Enfermagem Anna Nery que contribuiu com o meu enriquecimento relacionado ao saber da enfermagem.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ pela ajuda de sempre, especialmente à Sonia da Pós-Graduação que em toda a minha vida acadêmica esteve torcendo para o meu sucesso. Viu, Soninha? Finalmente consegui e não morri antes de terminar!!!

Aos que porventura não citei, atribuam esta falha ao cansaço e não à falta de afeto!

**TREM BALA**  
**(Ana Vilela, 2016)**

Não é sobre ter  
Todas as pessoas do mundo pra si  
É sobre saber que em algum lugar  
Alguém zela por ti  
É sobre cantar e poder escutar  
Mais do que a própria voz  
É sobre dançar na chuva de vida  
Que cai sobre nós

É saber se sentir infinito  
Num universo tão vasto e bonito  
É saber sonhar  
E, então, fazer valer a pena cada verso  
Daquele poema sobre acreditar

Não é sobre chegar no topo do mundo  
E saber que venceu  
É sobre escalar e sentir  
Que o caminho te fortaleceu  
É sobre ser abrigo  
E também ter morada em outros corações  
E assim ter amigos contigo  
Em todas as situações

A gente não pode ter tudo  
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?  
Por isso, eu prefiro sorrisos  
E os presentes que a vida trouxe  
Pra perto de mim

Não é sobre tudo que o Teu dinheiro

É capaz de comprar  
E sim sobre cada momento  
Sorriso a se compartilhar  
Também não é sobre correr  
Contra o tempo pra ter sempre mais  
Porque quando menos se espera  
A vida já ficou pra trás

Segura teu filho no colo  
Sorria e abrace teus pais  
Enquanto estão aqui  
Que a vida é trem-bala, parceiro  
E a gente é só passageiro prestes a partir

Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá  
Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá

Segura teu filho no colo  
Sorria e abrace teus pais  
Enquanto estão aqui  
Que a vida é trem-bala, parceiro  
E a gente é só passageiro prestes a partir

## RESUMO

LIMA, Roberta de. **Conversação sobre a morte no processo de cuidar**: uma contribuição para a formação do Enfermeiro. Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Introdução: O objeto é a morte e o processo de morrer nas experiências de vida e de formação profissional de estudantes de enfermagem. Objetivo geral: Propor uma tecnologia de processo de ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro sobre a morte e o processo de morrer. Objetivos específicos: Identificar os sentidos atribuídos à morte e ao processo de morrer pelo estudante de graduação; caracterizar suas dificuldades em lidar com o processo de morte e morrer e aos respectivos cuidados; analisar a aplicabilidade da tecnologia aplicada no ensino sobre a morte e ao morrer. Método: Pesquisa qualitativa, participativa e de validação da tecnologia aplicada. Campo: universidade pública, federal, na cidade do Rio de Janeiro. Participantes: estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem. Critérios de inclusão: matrícula ativa, a partir do sexto período; de exclusão: estar afastado das atividades do curso. Participaram 25 estudantes, divididos em três grupos. Produção de dados: questionário sobre o perfil sócio-econômico-demográfico e cultural dos participantes; tecnologia de processo de ensino composta por desenho relacionado à temática; simulação de cuidado em caso de morte; grupo focal; observação participante. Avaliação: formulário e Escala de Medo da Morte de Collet-Lester (EMMC-L) em pré e pós-teste. Registros: áudio e fotográfico. Encerramento por saturação teórica e empírica. Análise: Dados do perfil por estatística descritiva/percentual; dados textuais por análise temática de conteúdo; dados da EMMC-L pelo software IBM® SPSS® *Statistics for Windows*, versão 24. Conclusão: A morte se relaciona a crenças religiosas, tristeza pela perda e ansiedade pela morte dos pacientes. Os cuidados mais evidentes foram: com o corpo, família e aspectos religiosos, ampliação do conhecimento real dos estudantes sobre o tema, reduzindo informações fragmentadas e/ou imaginárias que ampliam a preocupação com a morte, aguçamento da percepção dos sentimentos e crenças pessoais que influenciam comportamentos no cuidado. Houve diminuição do medo da morte de si e do outro. A tecnologia de processo de ensino mostrou ser um recurso potente para a aprendizagem sobre o cuidar no processo de morte-morrer, viabilizando a educação para a morte, com ampliação do conhecimento sobre o cuidado de si e o cuidado do outro relacionado ao fim de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Morte. Atitude Frente à Morte. Educação para a Morte. Aprendizagem. Estudantes de enfermagem.

## ABSTRACT

LIMA, Roberta de. **Talking about death in the caring process**: a contribution to the formation of the Nurse. Rio de Janeiro, 2017. Thesis (Doctorate in Nursing) - Anna Nery School of Nursing. Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

**Introduction:** The subject is Death and dying process in life experiences and in the professional training of nursing students. **Aim:** To propose a technology of teaching-learning process to be used in nursing education to work with the theme of death and dying process. **Objectives:** To identify the meanings of death and dying process by undergraduate students; to characterize the difficulties that the nursing students face regarding the death and dying process; to analyze the applicability of a teaching-learning process technology developed with undergraduate nursing students in teaching about care directed towards death and dying. **Design:** Descriptive, qualitative and participatory validation research. **Setting:** Undergraduate Program of a nursing school in Rio de Janeiro. **Participants:** students of the referred Undergraduate Program. **Inclusion criteria:** active registration, after the sixth semester; **Exclusion:** being away from the program activities. 25 students participate in the study, divided into three groups. **Data production:** participant observation, paintvoice, photovoice, focus group, a sociodemographic questionnaire, and by an evaluation questionnaire. All participants were pre- and post-tested using the revised Collett-Lester Fear of Death Scale (C-LFDS). The audio recordings were analyzed by content analysis. The C-LFDS data were analyzed using IBM® SPSS® *Statistics for Windows* version 24. **Conclusion:** The death was related to religious beliefs, sorrow for loss, and anxiety about patients deaths during undergraduate training. The most evident cares were: for the body, family, and religious aspects, increasing the students' real knowledge of the subject, reducing fragmented and/or imagined information that amplifies the preoccupation with death, sharpened perception of the feelings and personal beliefs that influence behavior in the care. There was a decrease in the fear of death of self and of the other. The teaching-learning process technology has proved to be a powerful resource for learning about caring in the death and dying process and an enabling strategy of education for death. It has also increased the knowledge about caring for yourself and for others related to the end of life.

**KEYWORDS:** Death. Attitude to Death. Education for Death. Learning. Nursing Students.

## RESUMEN

LIMA, Roberta de. **Conversación sobre la muerte en el proceso de cuidar: una contribución a la formación del enfermero.** Rio de Janeiro, 2017. Tesis (Doctorado em Enfermería) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Introducción: El objeto es la muerte y el proceso de morir en las experiencias de vida y de formación profesional de estudiantes de enfermería. Objetivo general: Proponer una tecnología de proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del enfermero sobre la muerte y el proceso de morir. Objetivos específicos: Identificar los significados atribuidos a la muerte y al proceso de morir por el estudiante de graduación; caracterizar las dificultades que tienen estos alumnos para lidiar con el proceso de la muerte y el morir y a los respectivos cuidados; analizar la aplicabilidad de la tecnología aplicada en la enseñanza sobre la muerte y el morir. Método: Investigación, cualitativa, participativa y de validación de la tecnología aplicada. Campo: Universidad pública, federal, ubicada en la ciudad de Rio de Janeiro (UFRJ-EEAN). Participantes: Estudiantes del Curso de Graduación en Enfermería. Criterios de inclusión: Matrícula activa, a partir del sexto periodo; y de exclusión: estar ausente de las actividades del curso. Participaron 25 estudiantes, divididos en tres grupos. Producción de datos: Cuestionario sobre el perfil socio-económico-demográfico y cultural de los participantes; tecnología de proceso de enseñanza compuesto por diseño relacionado a la temática; simulación de cuidado en caso de muerte, grupo focal, observación participante. Evaluación: Formulario y Escala de Miedo de la Muerte de Collet-Lester (EMMC-L) en pre y post-test. Registros: Audio y fotográfico. Término por saturación teórica y empírica. Análisis: Datos del perfil fueron analizados por estadística descriptiva/porcentual; datos textuales por análisis temática de contenido; datos de la EMMC-L por el *software* de IBM® SPSS® *Statistics for Windows*, versión 24. Conclusión: La muerte se relaciona con las creencias religiosas, -tristeza por la pérdida y la ansiedad por la muerte de los pacientes. Los cuidados más evidentes fueron: con el cuerpo, familia y aspectos religiosos, ampliación del conocimiento real de los estudiantes sobre el tema, reduciendo informaciones fragmentadas y/o imaginarias, que amplían la preocupación con la muerte, aguzamiento de la percepción de los sentimientos y creencias personales que influyen en el comportamiento en el momento de la atención. Hubo disminución del miedo de la muerte de si y del otro. La tecnología del proceso de enseñanza se ha mostrado un recurso potente para el aprendizaje sobre el cuidar en

el proceso de muerte-morir, viabilizando la educación para la muerte, con ampliación del conocimiento sobre el cuidado de si y el cuidado del otro relacionado al fin de la vida.

**PALABRAS CLAVE:** Muerte. Actitud Frente a la Muerte. Educación para la Muerte. Aprendizaje. Estudiantes de Enfermería.

## Lista de Figuras

Figura 1 – Fluxograma do processo de busca, análise e seleção da amostra.....	47
Figura 2 – Esquema descritivo das fases das atividades das dinâmicas da primeira etapa.....	58
Figura 3 – Etapas metodológicas da pesquisa.....	60
Figura 4 – Cena representando as formas de lidar com o luto.....	73
Figura 5 – Cena representando a espiritualidade para lidar com a morte e o morrer.....	75
Figura 6 – Cena representando as etapas do preparo do corpo após a morte.....	89
Figura 7 – Cena representando o momento da comunicação de uma má notícia.....	91

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 – Manifestação do medo de sua própria morte.....	109
Gráfico 2 – Manifestação do medo sobre o seu próprio morrer.....	109
Gráfico 3– Manifestação do medo sobre a morte dos outros.....	111
Gráfico 4– Manifestação do medo sobre o morrer dos outros.....	111
Gráfico 5 – Manifestação do medo da morte.....	112
Gráfico 6 – Avaliação do curso por 25 estudantes de graduação em enfermagem..	121

## Lista de Tabelas

Tabela 1 – Média e desvio padrão das escalas antes e depois da tecnologia de processo.....	113
--	-----

## Sumário

INTRODUÇÃO.....	22
Objeto do estudo .....	28
Questões norteadoras .....	28
Objetivos.....	28
Geral.....	28
Específicos .....	29
Justificativa e contribuições.....	29
CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL .....	31
Morte no contexto sociocultural .....	31
Morte no ocidente e no oriente e seu tabu .....	32
Morte no contexto da saúde .....	36
Processo de comunicação e a área de saúde .....	37
CAPÍTULO II - O ENSINO SOBRE MORTE E MORRER NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	45
Como estudantes de enfermagem encaram ou lidam com a morte e o morrer.....	46
Expressão artística como estratégia para aprender a lidar com a morte e o morrer.....	50
Simulação em laboratório como estratégia pedagógica no ensino do cuidado de enfermagem no fim da vida .....	50
CAPÍTULO III - MÉTODO.....	53
Produção e análise de dados .....	54
Descrição das etapas de produção de dados com as dinâmicas.....	56
Cuidados Éticos .....	60
CAPÍTULO IV - SENTIDOS, SIGNIFICADOS DA MORTE E AS DEMANDAS PARA A PESSOA DA ENFERMEIRA: CUIDAR DE SI.....	62
Condições de produção: perfil dos participantes .....	63
Sentimentos frente a morte. ....	63
Adequabilidade da morte nas gerações: a idade em que se “deve” ou se “espera” morrer.....	67
Morte aguda x morte crônica.....	69
Experiências prévias com a morte .....	69
Funcionalidade na mobilização de afetos: usos e abusos da morte .....	70
Formas de lidar com o luto e luto não autorizado .....	71
Morte e espiritualidade .....	73
Discussão .....	75
CAPÍTULO V - A MORTE E SUAS DEMANDAS PARA A ENFERMAGEM: CUIDAR DO OUTRO .....	82

Morte: difícil aceitação .....	83
O que é ser enfermeira nesse contexto de cuidar.....	84
A difícil arte de pertencer ao campo profissional da saúde e de ser familiar .....	86
Preparo do corpo morto .....	87
Cuidar da família: a comunicação .....	89
Como confortar a família do paciente e como trabalhar a dor do outro .....	90
Discussão .....	91
CAPÍTULO VI - ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES PARA O DELINEAMENTO DE AÇÕES .....	104
Aplicabilidade da tecnologia .....	105
Resultados da escala.....	105
Resultados da avaliação dos participantes .....	114
CONCLUSÃO.....	122
REFERÊNCIAS .....	125
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	135
APÊNDICE B – Roteiro do Grupo Focal .....	137
APÊNDICE C – Casos para simulação de preparo do corpo pós-morte.....	138
APÊNDICE D – Avaliação geral do curso .....	141
ANEXO B – Escala de medo da morte de Collet-Lester .....	146
ANEXO C – Produção pictórica 1 .....	148
ANEXO D – Produção pictórica 2 .....	149
ANEXO E – Produção pictórica 3 .....	150
ANEXO F – Produção pictórica 4.....	151
ANEXO G – Produção pictórica 5 .....	152
ANEXO H – Produção pictórica 6 .....	153
ANEXO I – Produção pictórica 7.....	154
ANEXO J – Produção pictórica 8 .....	155
ANEXO K – Produção pictórica 9 .....	156

## INTRODUÇÃO

O processo de formação do enfermeiro na contemporaneidade se constitui como um desafio, pois a formação profissional deve ser feita com competência técnica e política, desenvolvendo-se o conhecimento, raciocínio, percepção e sensibilidade para questões relacionadas à vida e à sociedade, trabalhando e intervindo em contextos de incertezas e complexidades (BRASIL, 2000; SILVA *et al.*, 2010).

No campo da saúde, os profissionais lidam no seu cotidiano com a promoção da saúde, tratamentos, reabilitação e com as mais variadas situações críticas, deparando-se constantemente com a dualidade entre a vida e a morte. Abordar a morte em qualquer área não é uma tarefa simples. A morte é vista como um tabu. Há uma negação dela e uma representação de pavor e não aceitação. Por herança cultural ou formação pessoal cada pessoa carrega consigo uma representação individual da morte, que é influenciada pelo convívio social, meios de comunicação e particularidades de cada indivíduo que contribuem para sua mistificação (SOUSA *et al.*, 2009 [a]).

Em uma reflexão específica acerca do ensino de oncologia na formação do enfermeiro, Calil e Prado (2009) destacam a importância do ensino do enfermeiro estar de acordo com a demanda epidemiológica nacional, que abrange a atuação em oncologia em suas diversas etapas, que vão do cuidado primário até o terciário, incluindo reabilitação e intervenção em incapacidades. De acordo com estes mesmos autores, o ensino de Graduação em enfermagem deve ser orientado aos problemas mais relevantes do país, com fundamento nos diferentes níveis de atuação, subsidiado no desenvolvimento progressivo de competências.

De acordo com Pitta (1991), o constante encontro da equipe de saúde com o sofrimento, o agravamento da doença e com a morte e o morrer gera dificuldades para lidar e comunicar ao paciente sobre a sua doença e a aproximação de sua morte, tentando esconder do paciente, de forma consciente ou inconsciente, este fato. Existe uma trajetória defensiva de negação desta situação, funcionando como uma defesa psíquica, como tentativa de negação dos fatos e adiamento do sofrimento de todos os envolvidos naquela situação. É clara a dificuldade dos profissionais de saúde em lidarem com a morte, podendo trazer comprometimento na relação estabelecida com o doente e seus familiares, refletindo em sua própria saúde.

A capacitação dos enfermeiros para a sua atuação autônoma e com discernimento se traduz em uma integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade. A

reestruturação pedagógica fundamentada nos pilares da educação contemporânea inclui a formação de profissionais com a capacidade de aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser (DELORS, 1996).

A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996 trouxe mudanças na educação nacional, prevendo uma reestruturação dos cursos de graduação, extinguindo os currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso. Estas diretrizes definem que a formação do enfermeiro tem como objetivo dotar o profissional de conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais, que são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001).

Em seu trabalho sobre educação para a morte, Kovács (2012 [a]) aponta que os cursos da área de saúde têm se concentrado mais em procedimentos técnicos em detrimento de uma formação mais humanista. Há um treinamento desde as primeiras disciplinas, como a anatomia, a despersonalizar os conteúdos humanos, dividindo o corpo em partes e não relacionando este a uma vida ou a uma morte.

A mesma autora aponta ainda que a enfermagem é a profissão que está mais próxima do paciente, expondo esta categoria ao enfrentamento do curso da doença, do prognóstico desta e da possibilidade de morte, constatando ainda que há poucos espaços dentro do curso de enfermagem que permitam trabalhar a relação enfermeiro-paciente e as emoções e sentimentos gerados no cuidado diário aos doentes e seus familiares (KOVÁCS, 2012 [a]).

Na área de saúde, o tema da morte não é devidamente abordado e a angústia desta temática também se reflete na educação médica e nas atitudes do médico frente à morte, onde as tentativas de isolamento emocional não são efetivas e geram distanciamento entre o médico e seus pacientes e familiares. A temática da morte poderá vir a ser trabalhada de forma efetiva a partir da iniciativa da inserção deste assunto nas graduações da área de saúde, no trabalho em conjunto com os profissionais atuantes nas diversas áreas e no âmbito das especialidades (SANTOS, 2009).

Sobre a formação na área de saúde, Araújo e Silva (2007, p. 673) destacam:

Mostra-se urgente que as instituições formadoras invistam na capacitação de seus alunos em habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal. Para quem trabalha com seres humanos em situações de doença e, mais especificamente, com aqueles que vivenciam a presença da morte anunciada, é necessário aprender não apenas realizar técnicas assistenciais ou operar aparelhos que realizam intervenções diagnósticas ou terapêuticas. É preciso ser educado para saber quando e o que falar,

como possibilitar posturas de compreensão, aceitação e afeto, como calar e escutar, como estar próximo e mais acessível às necessidades destas pessoas.

Quanto mais precoce a discussão sobre o processo de morte e morrer e a finitude humana, mais preparados os alunos estarão para o desempenho de suas funções como enfermeiro. De acordo com Araújo e Silva (2012) as habilidades de comunicação não são adquiridas com o tempo, ou seja, profissionais mais experientes não possuirão maior habilidade na comunicação se não forem adequadamente capacitados para esta finalidade. Portanto, avaliar o que está sendo ensinado e o que se pode complementar neste ensino-aprendizado se constitui peça fundamental na melhoria dos futuros profissionais e em suas atuações nos diversos cenários de prática.

Para Sousa *et al.* (2009 [a]) familiarizar-se com a morte é fundamental desde a graduação, facilitando o preparo pessoal e profissional que poderá minimizar o estresse e a ansiedade, possibilitando ao profissional o esclarecimento de suas preocupações frente ao desconhecido. Nesta pesquisa evidenciou-se que as enfermeiras manifestam dificuldades emocionais em trabalhar com pacientes em seu processo de morte e morrer, o que pode ser gerado em sua formação que é voltada às ações técnicas e práticas.

Desde o início da formação o estudante de enfermagem tem a ideia de que como atuante da área de saúde ele terá que lutar para a preservação da vida, devendo-se evitar a todo o modo a morte. O acontecimento da morte é encarado como fracasso, insucesso, dificultando a sua aceitação enquanto derrota. Fato que é explicado pelo paradigma cartesiano, na dualidade vida e morte (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

Não é frequente a abordagem desta temática na graduação e algumas vezes, esta dificuldade pode emergir do fato do próprio professor sentir-se inseguro ao tratar este tema, visto que ele também não recebeu treinamento adequado. Esta falta de preparo pode levá-lo a se proteger da dor, do sofrimento e da reflexão sobre a sua própria finitude. A criação de espaços para sensibilização, autoconhecimento e reflexão sobre o tema da morte e do morrer na graduação, especificamente na enfermagem, é um passo importante na capacitação deste aluno para assistir a vida e o processo de morte e morrer com qualidade (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

Sobre espaços que facilitem a discussão do processo de morte e morrer, Covolan *et al.* (2010) complementam que as oportunidades de reflexão criadas na educação formal podem contribuir para a formação de profissionais mais aptos para lidarem com este fenômeno que correlaciona aspectos físicos, psíquicos e sociais, onde, por esta formação diferenciada, abrirá a possibilidade de humanização da morte e integralidade dos cuidados

repercutindo na atuação destes profissionais em suas diversas áreas de escolha, assim como na melhoria de sua qualidade de vida e na de seus pacientes.

Bouso *et al.* (2011), num estudo sobre crenças religiosas, doença e morte, esclarecem que a doença e a morte podem se tornar situações de aproximação com o divino na tentativa de salvação ou resolução de problemas. Se a família é apegada aos aspectos espirituais ela consegue identificar recursos e manter sua energia para levar a situação estressante da doença adiante. A religião ou a religiosidade não tem o poder de resolução da situação, mas pode renovar as energias para que a família vá identificando recursos e aprendendo a lidar com as situações que surgem no decorrer do processo.

Kubler-Ross (2008), em seu estudo sobre a morte e o morrer, nos aponta que as pessoas podem elaborar o recebimento do diagnóstico da doença e das suas perdas passando pelos estágios classificados por ela como: choque, negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, sendo estes apresentados em sequências variadas em cada pessoa, não seguindo uma ordem certa.

O profissional de saúde está inserido em um contexto de vida e morte e em algum momento precisará estar entre uma e outra, independente da área de atuação escolhida. Receber um adequado treinamento que promova um autoconhecimento e a identificação de situações limite, além de estar em um espaço que permita a discussão dos múltiplos sentimentos que aparecem na relação de cuidado constitui-se como uma ferramenta eficaz na melhoria do cuidado humano nos tempos atuais. Estas atitudes devem começar o mais precocemente possível, ainda em sua formação, para amenizar o choque de lidar com a problemática da morte e da finitude humana.

As doenças potencialmente fatais geram um impacto psicológico tanto no paciente quanto na sua organização familiar, na qual a família enfrenta a perda da vida normal e se depara com a destruição do mito familiar de que as doenças fatais só acontecem com os outros. Como medidas de suporte para os familiares pode-se realizar reuniões familiares, atendimentos individuais e grupos de apoio psicológico, que devem ser disponibilizados nas diferentes fases do tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Outro aspecto que permeia a relação familiar se relaciona com as crenças religiosas relacionadas à doença e à morte. A doença frequentemente causa sofrimento e desencadeia a procura de significados para tentar compreender esta experiência avassaladora. Estes significados são modelados pela crença e estão inseridos em histórias de fé e compreensão do sagrado.

Acessar a dimensão religiosa e espiritual de um paciente representa uma compreensão mais profunda de suas crenças e valores, que irá permitir ao profissional atender melhor as suas necessidades. Pelo fato da formação na área de saúde ter um forte componente objetivo há uma relutância na abordagem de questões religiosas e espirituais (BOUSSO *et al.*, 2011).

Cada família tem uma maneira peculiar de reagir frente à situação de terminalidade. Estas reações possuem influências de vários fatores como história de vida, cultura, ideologia, mitos da sociedade relativos ao início e final de vida, religião e outros (SANTOS; BASSITT, 2011).

Trabalhar em família constitui-se uma tarefa árdua que exige do enfermeiro a análise acurada do contexto socioeconômico e cultural em que a família está inserida, com a análise das suas representações perante a sociedade e conhecendo a sua realidade para possibilitar o entendimento da família e da superação dos limites e possibilidades dentro deste contexto (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004).

Preparar a equipe de saúde para atuar junto ao paciente e familiar no contexto da sua finitude é primordial para o sucesso da relação de cuidado, pois conforme Pereira e Dias (2007) a atitude da equipe de saúde pode efetivamente facilitar ou dificultar o processo de despedida. Em sua pesquisa ficou evidenciado que ao se sentirem respaldados pela equipe, os familiares enfrentavam as dificuldades durante a internação de forma menos sofrida. Quando as famílias percebiam os profissionais com posturas técnicas, distantes ou desinteressados o sofrimento era experienciado de forma mais intensa, sendo expressos em forma de raiva, frustração e impotência, ressaltando a importância do treinamento para o desempenho de um atendimento humanizado.

Sobre atendimento humanizado Souza e Santos (2008, p. 38) descrevem:

A assistência humanizada aos familiares do paciente com câncer consiste no emprego de atitudes que originem espaços que permitam a todos verbalizar seus sentimentos e valorizá-los; identificar áreas potencialmente problemáticas; auxiliá-los a identificar fontes de ajuda, que podem estar dentro ou fora da própria família; fornecer informações e esclarecer suas percepções; ajudá-los na busca de soluções dos problemas relacionados ao tratamento; instrumentalizá-los para que tomem decisões sobre o tratamento proposto; e levar ao desempenho de ações de autocuidado dentro de suas possibilidades.

Trabalhar o contexto de saúde e doença de um indivíduo inclui não só um olhar sobre a pessoa acometida, mas também uma visão mais ampliada deste cenário, que é composto também por familiares e amigos deste. O enfermeiro pode atuar de forma intensa nesta

situação e trazer benefícios a todos os envolvidos nesta relação de cuidado, minimizando o choque inicial do diagnóstico e das notícias veiculadas no decorrer deste processo.

A família pode apresentar sentimentos de medo, culpa, depressão e raiva, na qual o enfermeiro deve estar atento para uma possível intervenção e para conhecer e reconhecer esta vivência e a intensidade dela. Muitas necessidades podem aparecer e estas podem ser traduzidas na necessidade de esperança, informação e apoio, dentre outras (GARGIULO *et al.*, 2007).

O paciente pode ter o discurso sobre a sua própria morte velado por conta do medo que sente em relação à reação que seus familiares podem ter caso tenham a certeza de que ele vai morrer. Este processo de não verbalizar seus sentimentos traz a sensação de isolamento e angústia, se traduzindo em uma espera aflita pelo desfecho, dificultando possíveis interações de cuidado pertinentes a este momento final. Estar trabalhando o lado sensível nestas relações utilizando estratégias terapêuticas de apoio psicossocial pode contribuir para a redução da angústia do paciente e de seus familiares (BERGOLD; LIMA; ALVIM, 2012).

Raramente o paciente é consultado sobre seus desejos e anseios, prevalecendo como ideal para familiares e doentes um local de internação cada vez mais sofisticado, sendo mensurado o padrão de atendimento pelo maior número de aparatos tecnológicos que a unidade disponibiliza. Ao invés destes aparatos se traduzirem em um maior conforto, repouso e tranquilidade os mesmos se traduzem em procedimentos invasivos que levam a um desgaste físico e emocional, não correspondendo ao foco de preocupação que se deve ter que é com a própria pessoa, sujeito do cuidado de enfermagem (KOVÁCS, 2010).

Apesar de haver algumas iniciativas relacionadas ao trabalho sobre a morte, o morrer e a finitude, é preciso compreender que as novas atitudes ainda enfrentam resistência pelo fato de a área da saúde ainda estar centrada numa assistência voltada para o paradigma cartesiano, sendo necessária uma profunda mudança conceitual na visão científica de saúde e doença (CAPRA, 2012).

Bouso e Poles (2007) apontam como obstáculos para morrer com dignidade: a falta de tempo/disponibilidade para o cuidado ao paciente e à família; o tratamento inadequado da dor e dos sintomas de desconforto físico; o oferecimento de perspectivas irreais, não condizentes com a realidade ou falsas ao paciente e sua família relacionado ao tratamento ou prognóstico; inabilidade de comunicação e tomada de decisão baseada na visão da equipe de saúde e não do paciente e de seus familiares.

Boemer (2007) destaca que o atendimento ainda é centrado em técnicas e tarefas, baseado na racionalidade científica que reduz o homem a um ser portador de sinais e sintomas

que se traduzem em uma patologia com tratamento específico, desconsiderando a sua singularidade, o tornando um objeto com relações estereotipadas e impessoais com quem cuida. Há necessidade de se colocar em prática o atendimento humano, buscando criar uma relação com o doente marcada pelo respeito à sua singularidade e pautada no diálogo.

De acordo com o apresentado até então, foi formulada uma proposta de trabalho com a graduação em enfermagem relacionada ao ensino sobre morte, morrer e finitude humana, visando à capacitação para a conversação sobre a morte e o morrer.

Observa-se que para traçar estratégias de ensino aplicada à formação do enfermeiro acerca do tema da morte e processo de morrer se faz necessário conhecer a produção científica da área de enfermagem para desvelar como os estudantes lidam com esse tema e os recursos utilizados no processo de ensino-aprendizagem. Portanto, esta pesquisa terá duas partes: a primeira dedicada ao levantamento da produção científica sobre o tema, investigada por meio de uma revisão de literatura; e a segunda investigada junto aos estudantes de enfermagem, por meio de uma pesquisa empírica de cunho participativo.

### **Objeto do estudo**

- Morte e o processo de morrer nas experiências de vida e de formação profissional de estudantes de enfermagem.

### **Questões norteadoras**

- Que sentidos os estudantes atribuem à morte e ao processo de morrer?  
- Quais dificuldades os estudantes têm para lidar com este processo?  
- Como uma tecnologia de processo de ensino-aprendizagem participativa pode ser aplicada junto ao estudante de graduação em enfermagem no ensino sobre o cuidado voltado à morte e ao morrer?

### **Objetivos**

#### *Geral*

Propor uma tecnologia de processo de ensino-aprendizagem a ser utilizada na formação do enfermeiro para se trabalhar com a temática da morte e o processo de morrer.

### *Específicos*

- Identificar os sentidos atribuídos à morte e ao processo de morrer pelo estudante de graduação em enfermagem.
- Caracterizar as dificuldades que tais alunos apresentam relativos ao processo de morte e morrer e aos cuidados a este relacionados.
- Analisar a aplicabilidade de uma tecnologia de processo de ensino-aprendizagem desenvolvida junto ao estudante de graduação em enfermagem no ensino sobre o cuidado voltado à morte e ao morrer.

### **Justificativa e contribuições**

O estudo justifica-se por propor melhorias para o enfermeiro em sua forma de encarar a doença, o doente, seus familiares e a forma mais adequada de comunicar-se com os envolvidos no cuidado, principalmente no que se refere à conversação sobre a morte no processo de cuidar. Araújo e Silva (2012) apontam que há uma carência na literatura nacional no que se refere ao processo de comunicação com pacientes sem prognóstico de cura.

O cuidado de enfermagem como uma prática complexa não pode ser pensado de uma forma reducionista, envolvendo somente domínio de técnicas e tecnologias. Deve-se pensar o cuidado considerando a complexidade de lidar com outro ser humano, tendo como implicações deste o conhecimento de sua história de vida, crenças, emoções, desejos, dentre outros, que permeiam a relação entre pessoas e que se revelam através de uma comunicação efetiva (FERREIRA, 2006). Ainda mais, ao tratar deste tema o docente tem a possibilidade de fazer circular todos os padrões de conhecimento da enfermagem: teórico, empírico, ético, estético (expressividade e subjetividade) e pessoal (entendimento de si, relacionamento autêntico e de reciprocidade com o outro) (CARPER, 1978; CESTARI, 2003)

A assistência de enfermagem no processo de morte e na finitude configura-se em um campo propício para a prática do cuidado, principalmente no que tange à sua dimensão sensível. Muitas vezes, o destaque na assistência é feito através das intervenções técnicas e aplicação de protocolos assistenciais que enfocam mais a doença do que o doente. Neste sentido, esta pesquisa aponta a importância de se considerar o universo da comunicação como um subsídio para o ensino adequado desta habilidade, facilitando ao aluno posteriormente um planejamento do cuidado integral, considerando as necessidades deste momento tão peculiar.

Assim, as contribuições poderão ser de natureza assistencial na medida em que discutirá a formação do enfermeiro e sua capacitação relacionada à comunicação, em especial,

a conversação sobre a morte e o morrer, possibilitando uma sensibilização e autoconscientização sobre o tema.

As contribuições para o campo de pesquisa e do ensino estão no fato de possibilitar discussões sobre os componentes do currículo de graduação em enfermagem, especificamente nas habilidades de comunicação trabalhadas durante a formação e por discutir a importância da abordagem do tema morte e morrer, formando assim profissionais mais preparados para o cuidado em todas as suas nuances e etapas e em todo o ciclo de vida. Destacam-se as contribuições para o campo dos cuidados fundamentais, tecnologias e do ensino de enfermagem.

## CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

### **Morte no contexto sociocultural**

A morte, conforme destaca Rodrigues (2006, p. 101), é um produto social e um produto da história, seja pelo ângulo de estilos particulares de acontecer dos indivíduos; da sua rejeição pelas práticas e crenças ou sob o ângulo de sua apropriação pelos sistemas de poder.

Na sociedade moderna ela é organizada socialmente de forma objetiva e essa objetivação do morrer é resultado do encontro de duas transformações que se relacionam: a primeira se constitui pelas racionalidades científicas das áreas médicas e mercantil, como a indústria funerária, e a segunda o declínio progressivo da religião no processamento da morte na modernidade. O modo como a morte é processada socialmente é o resultado do sentido à vida dado pelos grupos sociais e a forma como nos relacionamos com a morte na sociedade moderna é uma consequência da maneira como nos relacionamos com a vida (MATTEI; PEREIRA, 2007).

A morte faz parte do desenvolvimento humano desde o nascimento. A sensação de morte é vivida inicialmente na ausência da mãe nos primeiros meses de vida do indivíduo, na qual a criança interpreta a ausência da mãe e se sente desamparada e sozinha. Esta primeira impressão fica registrada e marca uma das representações mais fortes de todos os tempos, que é a morte como ausência, perda, separação e a consequente vivência de aniquilação e desamparo. Em contraponto há a representação da morte como figura maternal que acolhe e dá conforto, gerada também pela representação da mãe como acolhedora e receptiva, aparecendo acentuadamente em indivíduos que tentam suicídio diante de situações insuportáveis ou de impasses profundos (KOVÁCS, 2010).

Lidar com a morte é um desafio e continua sendo um dos objetos principais de medo do ser humano. Não há um consenso sobre o que é a morte e para onde vamos depois dela, se realmente vamos a algum lugar ou simplesmente deixamos de existir (PEREIRA, 2013; SANTOS, 2007). Essa dúvida nos angustia e não há respostas definitivas nem na religião, nos sistemas filosóficos ou nas ciências. Por isso pensar ou falar de morte nos remete a um questionamento que nos intriga e que tememos. Deixar de falar ou de pensar na morte de certo modo nos conforta, pois temos a fantasia de que ao deixarmos de concretizá-la em atos e pensamentos poderemos assim afastá-la de nosso convívio. Mas não se consegue tal empreendimento, pois a morte nos encontra através dos noticiários, na finitude de amigos ou parentes, da própria história da humanidade. Fica-se entre o real e o imaginário, o dito e o não

dito e as maneiras de se proceder em relação à morte tem se modificado ao longo dos anos e varia de acordo com cada cultura.

A morte do outro se caracteriza como o anúncio e a antecipação da morte de si, uma ameaça a nós, traduzindo-se em uma mutilação na comunidade através da quebra do seu curso normal, mexendo nas bases morais da sociedade, no seu sistema e no seu poder. A continuidade da vida individual de quem morreu, ou seja, da sua lembrança, depende frequentemente do comportamento dos sobreviventes. A morte real e completa acontece quando o morto é esquecido. Dependendo da cultura os grupos desvalorizados, não reconhecidos plenamente, não têm direito à sobrevivência, como exemplo citado pelo autor: os escravos, as crianças, os desviantes, os suicidas e os acidentados (RODRIGUES, 2006).

De acordo com este mesmo autor, a consciência da morte é uma marca da humanidade e existe uma imensa variedade de representações em torno dela, relacionadas à própria morte ou à morte dos outros. E realmente existem diferenças relacionadas ao tabu, incluindo a importância social de quem morreu ou relacionado à sua idade, onde se constata que a morte de um adulto se relaciona com dor e solidão enquanto a de uma criança é considerada mais grave na consciência coletiva.

A morte vista no contexto humano não significa apenas a destruição de um estado físico e biológico, se configura também pela morte de um ser que possui uma relação, que interage, que faz parte da sociedade e ocupa um lugar, desenvolve um papel. Os funerais aparecem como uma crise, um drama e uma solução, passando do desespero e angústia para o consolo e esperança (RODRIGUES, 2006).

A visão da morte também sofre influência de acordo com a sua causa. A morte natural é geralmente identificada como a morte por causas biológicas, tipo falência no funcionamento do organismo ou velhice. A morte matada é descrita como eventos relacionados a um responsável por sua causa, tipo acidentes, assassinato e suicídio. Estas mortes estão diretamente relacionadas a uma reação emocional da sociedade que recebem influência direta do que se é esperado culturalmente (RODRIGUES, 2006).

### **Morte no ocidente e no oriente e seu tabu**

Nascer e morrer são atos que fazem parte do ciclo natural do ser humano, sendo visto biologicamente como fenômeno natural, porém o ser humano traz consigo uma interpretação dos aspectos simbólicos, onde imprime significados e valores às coisas. Em decorrência disto o significado da morte varia no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas. Na sociedade Ocidental, devido a influências culturais ao longo da história, a representação da

morte foi se tornando sinônimo de fracasso, impotência e vergonha, existindo uma atitude de luta contra ela, que gera atitudes de decepção e negação se não se obtém o êxito nesta disputa (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

A morte no Ocidente é silenciada, numa tentativa de afastá-la de nossa consciência e convívio. Até o século XI a morte e tudo o que se relacionava a ela era vivida coletivamente e concebida como uma questão comunitária. Havia um papel a se cumprir, ritualizado, no qual o moribundo consciente de sua morte se prepara no leito, presidindo sua morte diante de familiares e amigos, tomando decisões relacionadas à morte e ao morrer, diante de uma assistência calma e facilitadora deste processo. A morte indesejada era aquela que fugia deste padrão de morte pública e comunitária, ou seja, o morrer em segredo, longe e inesperadamente, sem testemunha em um cerimonial (RODRIGUES, 2006).

A morte no Oriente se dá de uma forma oposta, conforme aponta Kóvacs (2010), há uma crença na existência de um espírito imortal que vive várias encarnações, fazendo assim da morte apenas uma iniciação numa outra forma de vida além daquela cujo fim representa. Na visão oriental a morte surge como um estado de transição, caracterizado também como um estágio de evolução para o qual se exige um preparo.

Durante a Idade Média até o século XVI a morte tinha um caráter alegre e folclórico, com participação efetiva da comunidade. Somente nos séculos XVII e XVIII a morte muda seu perfil, tornando-se macabra e sombria (RODRIGUES, 2006). Ainda nos tempos atuais ela possui este potencial de mexer com o imaginário humano, na qual a mesma aparece nos diversos meios de comunicação como desconhecida, enigmática e assustadora, representada geralmente por um esqueleto com foice e manto.

Ariès (1981; 1982) traz um estudo histórico aprofundado sobre a morte e destaca que existem cinco representações dela, sendo a morte domada, a morte de si mesmo, a morte longa e próxima, a morte do outro e a morte invertida.

Segundo este autor a morte domada que ocorria na idade média possui esta nomenclatura devido ao envolvimento dos indivíduos com os cuidados com o corpo dos moribundos e após a sua morte, caracterizando-se como domada. A morte de si mesmo tem relação com o que se espera que aconteça na sua própria morte e o que se espera após ela. Morte longa e próxima se dá na mesclagem de significativas modificações dos costumes vividos, nas ideias e no imaginário que geravam angústia e medo pelo fato da observação de um corpo morto ainda conter crescimento de unhas e cabelos, levando à crença de que poderia se enterrar alguém ainda vivo, fato este que culminou no aumento do tempo dos ritos funerários para um período de 48 horas.

A morte do outro, vista no século XIX, se baseia na substituição do medo da própria morte pelo medo da morte do outro, onde se é esperado cerimônias de cortejo para a despedida, na qual a expressão de dor pela perda e pela separação do ente querido é apropriada, ficando o seu foco na separação do corpo e do que este indivíduo representava, saindo da esfera do momento de morte em si. Considera-se uma morte romantizada pela crença de que esta poderia nos libertar e nos fazer encontrar com nossos entes queridos que já se foram.

Chegando ao século XX, no Ocidente, aparece então a morte invertida, fruto do desenvolvimento técnico-científico, industrialização e urbanização, no qual se é desejado o impedimento do ato de morrer e o prolongamento da vida, que passou a acontecer em locais especializados de tratamento de doenças, saindo assim da esfera domiciliar para a esfera hospitalar, tirando o indivíduo do seu cotidiano e colocando-o diante da racionalidade científica, com toda a sua capacidade de medicalização e controle deste momento por aparatos tecnológicos, tornando a morte escondida e distante do coletivo.

Nas sociedades tradicionais a morte se dava em esfera pública, compartilhada de forma coletiva que traduzia o pensamento da época de que a morte do outro é a sua própria morte. A partir do processo de diferenciação social, com o desenvolvimento da sociedade moderna e da morte ter se tornado institucionalizada, esse pensamento foi se alterando para uma morte encoberta, distante e negada. O ato de escondê-la a torna um acontecimento distante da vida, fato que pode servir para explicar o porquê de a morte aparecer publicamente na sociedade como um espetáculo mediado por meios de comunicação de massa (MATTEI; PEREIRA, 2007).

Na nova sociedade a morte vem assumindo também um caráter de desaparecimento. O corpo humano exerce uma vida em sociedade e como tal expressa uma marca nesta ocupação do seu lugar. Ao morrer, o corpo leva consigo o seu símbolo, se caracterizando como a morte do símbolo da estrutura social (RODRIGUES, 2006). Para conter esta dor de desaparecer e abrandar o sofrimento neste momento tão complexo, ao longo da história foram se criando maneiras de se proteger da morte para quem fica e para quem vai para o outro lado, na tentativa de garantir o sossego de quem ficou e a paz de quem partiu. Neste movimento aparecem os ritos funerários, que são diversos e que possuem as características de cada cultura e de suas crenças.

De acordo com cada sociedade veremos ritos funerários diferentes, que envolvem diferentes sentimentos e emoções, onde alguns são ritualizados e socialmente propostos. Geralmente as atitudes dos que sobreviveram se mantêm em duas configurações afetivas

básicas: tristeza e choro ou distância e indiferença. As emoções estão ligadas ao tipo de morte, da condição do morto (chefe, descendente, inimigo), da posição social do sobrevivente e de sua relação com este que agora desaparece (RODRIGUES, 2006). O enterro e as outras diversas maneiras de se lidar com o corpo morto é um meio de a comunidade permitir que este falecido caminhe para um lugar determinado e devidamente sob controle (PEREIRA, 2013; SANTOS, 2007).

Pereira (2013) aponta em seu estudo alguns procedimentos para lidar com o tabu da morte em nossa cultura relacionado ao aspecto religioso especificamente utilizado pela Igreja Católica, que têm como finalidade amenizar o sofrimento das pessoas e auxiliá-las a lidarem com a morte; são eles: a unção dos enfermos, as exéquias, a missa do sétimo dia e a tradição de se rezar pelos mortos.

Quando a morte acontece não envolve somente o morto ou seus conhecidos e familiares, há uma rede de interação para dar conta de todos os detalhes desta situação. Na sociedade moderna existe uma rede de processamento da morte constituída de cinco atores sociais predominantes, que traduzem o significado do morrer na modernidade, que são: a família, a religião, o estado, o mercado e a ciência (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

A família é composta da rede de parentes e amigos; a religião é aquela que dá à morte uma lógica espiritual com seus ritos específicos de acordo com cada religião; o estado com o processar da morte de forma burocrática, observando seus aspectos legais; o mercado que se traduz em funerárias, floriculturas, cemitérios etc. visando uma expectativa de lucro e a ciência com sua visão tecno-científica composta de redes de hospitais, clínicas, laboratórios farmacêuticos e outros, que possuem uma visão de morte como falha técnica de seus instrumentos de intervenção científica sobre a vida (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

É da mediação de todos estes atores sociais que a morte se torna ocultada, desaparecendo da esfera pública coletiva, emergindo apenas na lógica e nos interesses de atuação de cada um destes atores que compõem a rede. Portanto o morrer se difere socialmente de acordo com os recursos que cada um dispõe, ou seja, quanto mais recursos uma família possui mais distante fica a morte de seu cotidiano pela atuação dos demais segmentos envolvidos, relacionada à condição social e valores morais. Quanto mais densa esta rede menos pública a morte é, o que irá possibilitar o retorno das atividades normais da comunidade de forma mais rápida, pelo distanciamento do processo (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

### **Morte no contexto da saúde**

No contexto da saúde, Rodrigues (2006) nos aponta que os doentes e as doenças são considerados perigosos porque compõem uma categoria considerada intermediária, estando entre a condição de vivo ou morto e por isso as proteções simbólicas exercem grande relevância, sendo exemplo disto as práticas funerárias.

Pelo fato de a morte estar relacionada a algo que é sombrio e desconhecido criou-se uma rotina da morte, com ritos de passagem, permitindo ao morto não retornar e servindo também de proteção aos vivos, distanciando estes das mazelas de quem se foi. Quanto mais conhecido for este processo maior é o conforto e a minimização do medo da morte. Estes ritos suavizam o impacto do desaparecimento do indivíduo enquanto atuante na sociedade e na necessidade da reorganização destas relações sociais (RODRIGUES, 2006).

A representação da morte foi se modificando ao longo da história e ao se discutir a morte no contexto da saúde há que se considerar tudo o que é expresso na nossa cultura e que marcou a história. Nossa visão atual está permeada por nossa vivência no contexto social e em como nos organizamos enquanto comunidade. Os atores sociais que interagem neste momento são influenciados, conforme já descrito anteriormente por estes movimentos, estas relações.

Quando nos tornamos profissionais de saúde trazemos estas representações e vivências pessoais que se entrelaçam com o nosso ensino científico. Esta mescla precisa ser trabalhada, pois se tivemos momentos difíceis que não nos permitimos elaborar e desmistificar ficamos atrelados a uma visão que pode ser confusa e influenciar o nosso cuidado.

Abordando a questão específica deste ensino científico há de se considerar que em nossa cultura há um sentimento de orgulho relacionado às descobertas científicas, fruto das influências cartesianas e da física newtoniana. A nossa época é apontada como a Era Científica, onde há um predomínio do pensamento racional, valorizando ao extremo o conhecimento científico como única verdade.

É negado o tipo de conhecimento que possa vir de um modo intuitivo. Esta postura chamada de cientificismo domina ainda hoje nosso sistema educacional e nossas instituições sociais e políticas. Existe a separação entre mente e corpo que se traduz em um modelo de mundo de forma mecânica, visualizando os corpos humanos de maneira fragmentada, equivalente a uma máquina (CAPRA, 2012).

Esta divisão cartesiana entre matéria e mente originou um efeito profundo sobre o pensamento ocidental, na qual observamos que ao concentrar-se em partes do corpo similares às máquinas perdemos de vista o indivíduo como humano e reduzindo a saúde a um

funcionamento mecânico não há possibilidade de nos ocuparmos com o fenômeno da cura. O papel dos médicos é assumido então como um interventor, que irá consertar o defeito de um mau funcionamento de um mecanismo enguiçado de maneira física ou química. Esta separação originou também a separação entre o tratamento do corpo e a cura da mente, ficando de um lado os médicos e de outro psiquiatras e psicólogos (CAPRA, 2012).

Este paradigma ainda vigora e através dele observa-se a difícil tarefa de atuar no processo de morte e morrer, necessitando de uma profunda mudança conceitual na visão médica de saúde e doença. De acordo com este modelo biomédico somente o médico é capaz de saber o que é importante para a saúde do indivíduo e só ele poderá fazer algo, pois o conhecimento é racional, científico e se baseia na observação objetiva de dados clínicos. Neste sistema de pensamento há o desmerecimento pelo que não há possibilidade de mensurar, deixando de lado um importante aspecto do tratamento, que é a indissociação da mente e do corpo.

### **Processo de comunicação e a área de saúde**

A habilidade de comunicação é um aspecto fundamental de interação, permitindo ao indivíduo se relacionar com o mundo e consigo mesmo. Considerando esta importância é fundamental o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde que possam permitir o desencadeamento de relações interpessoais de qualidade (PEREIRA, 2005).

A palavra comunicação é derivada do latim, *communicatione*, e tem como definição:

Ato ou efeito de comunicar (-se); ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros sinais, signos ou símbolos, quer de aparelhamento técnico especializado, sonoro e/ou visual (FERREIRA, 2010, p. 545).

A comunicação é inerente ao ser humano e um meio de estabelecimento de relações de ajuda e cura. Por isso, todo o comportamento comunica e toda comunicação influencia o comportamento. A compreensão da comunicação humana nas relações interpessoais é perpassada pelas percepções do indivíduo pelo que é captado pelos seus cinco sentidos (visão, audição, paladar, tato e olfato), assim como das influências de sua cultura e de sua educação. Constantemente, o processo de comunicação envolve tomar decisões sobre o quê, quando, onde, por que e como transmitir uma mensagem (POTTER; PERRY, 2009).

De acordo com Silva (2007), a comunicação interpessoal pode ser dividida em comunicação verbal, que engloba as palavras expressas por linguagem escrita e falada, e não-

verbal, a qual envolve todas as manifestações de comportamento não expressas diretamente pelas palavras, como a postura corporal, expressões faciais, gestos, orientações do corpo, singularidades somáticas, distância dos indivíduos e ambiente. A mesma autora aponta que de acordo com estudos de psicologia social estima-se que apenas 7% do que pensamos é expresso por palavras, 38% são por sinais paralinguísticos, como entonação da voz, velocidade das palavras ditas entre outros, e 55% são expressos por sinais do corpo de forma não verbal.

Lidar com o universo de pacientes com doenças crônicas requer habilidades de comunicação que precisam ser treinadas desde a graduação. Este processo de acolhimento, informação da real situação e do que há por vir, exigem do profissional diversas habilidades que serão construídas ao longo de sua trajetória pessoal e profissional.

O cuidado ao indivíduo de forma holística, respeitando suas peculiaridades e individualidades, dentro do processo de cuidar do enfermeiro, é perpassado ao longo de toda a graduação. Os estudantes são levados aos diversos campos de atuação, no qual há contextos de vida e de morte, de situações agudas e crônicas, sendo permeados sobre como devemos nos estruturar para cada dilema instituído.

Mesmo nesta mesclagem de cenários se percebe que ainda falta muito a ser elaborado conjuntamente no que tange à transmissão de más notícias e o convívio com o ser em sua trajetória final. Araújo (2006) apud Araújo (2011) aponta que em sua pesquisa com pacientes oncológicos sem prognóstico de cura ficou evidenciado que as expectativas deste grupo iam além das habilidades técnico-científicas da enfermagem relacionadas ao controle de dor e sofrimento, enfatizando a importância da empatia, do suporte emocional e da informação. Esta autora destaca a importância do uso adequado da comunicação interpessoal como um instrumento essencial para um cuidado de qualidade no fim da vida.

Araújo e Silva (2007) apontam que muitos profissionais mostram um desconhecimento de técnicas de comunicação terapêutica, evitando o contato verbal e muitas vezes afastando-se de pacientes que estão vivenciando o processo de morte e morrer por desconhecimento de como trabalhar os sentimentos que emergem na situação de morte iminente.

Em um estudo sobre comunicação em enfermagem Mourão *et al.* (2009, p 144) esclarecem que:

A priorização da comunicação requer do profissional uma mudança de foco e atitude: do fazer para o escutar, perceber, compreender, identificar necessidades para, então, planejar ações. Nesta perspectiva, o escutar não é apenas ouvir, mas

permanecer em silêncio, utilizar gestos de afeto e sorriso que expressem aceitação e estimulem a expressão de sentimentos. Perceber constitui não apenas olhar, mas atentar e identificar as diferentes dimensões do outro, por meio de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade. Contudo, percebe-se ainda, na prática do enfermeiro a ausência da valorização do relacionamento pessoal e da adequação ao uso da comunicação no contexto do cuidado.

Ferreira (2006) discute que a efetividade da comunicação se sustenta pela empatia estabelecida entre os sujeitos na relação de cuidado, incluindo também o respeito ao outro, o respeito ao seu saber e à sua condição de participante deste processo de comunicação estabelecido. O sujeito do cuidado escuta a mensagem e a traduz de acordo com seu referencial sociocultural, portanto estar atento às diversas formas de comunicação estabelecidas nesta relação e entender o que está envolvido neste contexto é primordial para um cuidar adequado às necessidades do indivíduo e para a transmissão de notícias no decorrer do processo saúde-doença deste.

A filosofia dos cuidados paliativos é considerada como um conhecimento relativamente recente. São poucos os locais que disponibilizam este tipo de atendimento (ARAÚJO; SILVA, 2012). Por isso, a maioria dos graduandos em enfermagem vão se deparar com esta clientela necessitando de cuidados como estes em hospitais não especializados, aumentando a sua responsabilidade na comunicação com tais pacientes que apresentam uma alta demanda física, psicológica, social e espiritual.

Em um estudo realizado por Morais *et al.* (2009, p. 327) sobre pacientes hospitalizados e comunicação em enfermagem foi constatado que:

Esta profissão exerce um papel fundamental na prática do cuidar humanizado a partir de uma interação efetiva com o paciente hospitalizado, oportunizando uma comunicação genuína como um processo que visa à criação de espaços que viabilizem a satisfação do ser doente em suas necessidades, ao permitir a este partilhar sua vivência, angústias, medos, ansiedades e inseguranças.

Neste íterim, questiona-se: a capacitação dos alunos para lidar com o processo de morte e o morrer melhorará suas habilidades de comunicação com pacientes e familiares vivendo situações agudas ou crônicas no contexto da saúde e da doença? Estes alunos se sentirão mais preparados para assistirem um paciente envolto no processo da sua terminalidade?

A equipe de enfermagem lida constantemente com diversas situações de cuidados que demandam escolhas sobre o processo de saúde e doença, sendo a informação a principal ferramenta que estabelece o contato e o conhecimento acerca do que o paciente e seus

familiares desejam, e de que forma o cuidado pode ser mais eficiente para atender às demandas apresentadas em cada situação vivenciada neste contexto (LINO *et al.*, 2011).

A comunicação, envolvendo terminalidade e más notícias é uma área pouco explorada e de grande dificuldade no que se refere à relação doente/família/profissional de saúde, sendo apontada como uma das problemáticas mais difíceis e complexas na área das relações interpessoais. Os profissionais de saúde temem pelo tipo de reação emocional ou física do doente ou dos seus familiares e pela dificuldade de gerir a situação desencadeada a partir desta comunicação, além de se sentirem culpados e com medo de alguma atribuição de responsabilidades partindo desta informação (PEREIRA, 2005).

Apesar da comunicação de más notícias ou notícias difíceis estar mais voltada a quem informa o diagnóstico e o tratamento, ou seja, o profissional médico, os demais profissionais da área de saúde também estão inseridos nesta dinâmica, visto que o doente possui um atendimento multiprofissional. No que se refere à enfermagem há uma maior proximidade deste doente com a equipe, facilitando muitas vezes uma conversação<sup>1</sup> sobre situações difíceis com estes profissionais. Para tanto, a equipe de enfermagem deve possuir habilidades de comunicação para suprir as demandas apresentadas por este doente e seus familiares e amigos.

O Instituto Nacional de Câncer desenvolveu um trabalho sobre comunicação de notícias difíceis (BRASIL, 2010), apontando que o enfrentamento de situações difíceis é uma tarefa solitária e não compartilhada com outros profissionais e que o convívio com as más notícias caracterizam situações limite nas quais o sofrimento pode ser intolerável e gerar níveis crescentes de adoecimento dos profissionais, além de gerar silenciamentos, falsas promessas de cura ou comunicações abruptas dos prognósticos, trazendo sérios prejuízos à relação terapêutica estabelecida.

Este trabalho (BRASIL, 2010) trouxe a constatação de que o processo de comunicação não pode ser feito de maneira isolada, tendo na equipe interdisciplinar uma ferramenta que potencializa esse conhecimento de si em simultaneidade com o conhecimento compartilhado. O profissional de referência dá o primeiro passo e o restante da equipe vai complementando o entendimento com os rituais diferenciados de cuidado até o momento de assimilação da má notícia pelo paciente, momento em que a importância da equipe cresce, tanto no auxílio ao paciente em seu trabalho de luto quanto na troca interna entre os membros da equipe, auxiliando nas suas elaborações.

---

<sup>1</sup>Conversação deriva do latim *conversatione*, que significa ato ou efeito de conversar; palestra, colóquio, conversa; convivência, familiaridade (FERREIRA, 2010, p. 577).

Em um estudo realizado com 62 enfermeiros sobre diagnóstico e prognóstico graves foi revelado que a maioria dos enfermeiros considerou como uma dificuldade frequente ou muito frequente enfrentada em sua realidade, tanto comunicar o diagnóstico (85,5%) como o prognóstico (75,8%) ao paciente, sendo este um fator importante de estresse no seu dia a dia (MENDES *et al.*, 2007).

O tema notícias difíceis permeia todo o contato com a saúde e a doença no cuidado aos indivíduos. Ela não envolve somente a temática de morte e morrer, se considera também como má notícia, por exemplo, a perda de um acesso venoso, alguma negação de benefício, falta de transporte, cirurgias mutilantes, recidiva, progressão de doença, dentre outros, compondo o que o autor determinou de cascata de más notícias (BRASIL, 2010), apontando que mesmo os profissionais que não lidam tão diretamente com a terminalidade também sentem o peso de transmitir notícias difíceis no decorrer de sua vida profissional.

Autores apontam que a abordagem prematura sobre transmissão de más notícias e os mecanismos envolvidos pode ser uma ferramenta eficaz para o preparo dos futuros profissionais, auxiliando-os a reduzir a ansiedade frente a esta atuação (LINO *et al.*, 2011; VICTORINO *et al.*, 2007; ARAUJO; SILVA, 2007, 2012).

Para que a comunicação da verdade realmente ocorra deve-se atentar ao que, como, quando, quanto e a quem se deve informar. As pessoas doentes sabem, ou intuem, sobre o que está acontecendo com o seu corpo, mesmo sem informações disponíveis e no processo de comunicação de notícias difíceis podemos censurar o conteúdo verbal, mas é virtualmente impossível controlar todos os nossos movimentos, gestos e expressões corporais que se configuram como nossa comunicação não verbal. Deixamos de informar verbalmente, mas passamos a mensagem de forma não verbal, deixando o doente isolado em seus sentimentos e confuso em relação ao que irá acontecer no decorrer da sua trajetória (GOMES; SILVA; MOTA, 2009; KOVÁCS, 2012 [a])

Sobre a abordagem dos cuidados paliativos, Araújo e Silva (2012, p. 128) destacam que:

Ainda faz-se necessário que as instituições de ensino compreendam a importância da filosofia paliativista e facilitem sua implantação curricular na área da saúde, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação.

A comunicação nos momentos de morte e limite envolve o paciente, seus familiares e pessoas de seu convívio, gerando diversas situações de enfrentamento diário. Kovács (2012 [b]) em seu livro sobre educação para a morte traz a discussão de que há um

grande temor dos profissionais e dos familiares no que se refere a como informar o paciente sobre o diagnóstico de uma doença fatal ou sobre seu agravamento, no qual aparece o receio de que esta pessoa pode não estar preparada. Sobre este momento Kovács (2012 [b], p. 124) discursa:

Na verdade, a questão não é dar ou não a notícia, mas sim *como* fazê-lo. É, de fato, um processo de escuta, de ouvir as perguntas e detectar os sentimentos. Transmitir más notícias é uma arte, um compartilhamento da dor e do sofrimento; requer tempo, sintonia, privacidade. É difícil imaginar essa realidade dentro do contexto de um hospital com as suas rotinas e atividades. Mas, mesmo assim, este é o grande desafio: inserir nessa realidade da pressa, do tempo, das rotinas, do ritmo, a escuta e a acolhida que as notícias difíceis requerem para sua transmissão. E essa é uma atividade para a qual se necessita o mesmo tempo de treinamento que para os procedimentos técnicos mais sofisticados.

Sobre a capacitação adequada para estes momentos Mendes *et al.* (2007) citam que há uma tendência de rejeição aos temas que envolvam morte, diagnósticos e prognósticos graves ou situações-limite e a finitude humana, de modo geral na sociedade ocidental e em especial nas de origem latina. Experiências e vivências insuficientes e inadequadas podem gerar sofrimento e dificuldade aos profissionais que sabem que o paciente e a família esperam receber uma informação ao mesmo tempo clara e alentadora. Estes mesmos autores afirmam que os profissionais só poderão enfrentar tais situações se estiverem preparados intelectualmente e emocionalmente.

O profissional que lida com esta problemática não encontra um amparo adequado e um local próprio para discutir suas vivências nesta temática, pois:

É comum ouvir relatos de que as pessoas ligadas ao seu círculo familiar, seus amigos e o próprio profissional julgam não ser adequado falar sobre o assunto câncer. Sabemos que evitar falar sobre esse tipo de enfermidade é um estigma social ainda a ser superado e, por incrível que pareça, essa inibição também pode acontecer com aqueles que trabalham com oncologia. Esses relatos frequentes, comprovam que, quando os profissionais tentam dividir as suas angústias com as suas respectivas famílias, por exemplo, o assunto acaba sendo descartado. Constata-se que esses trabalhadores costumam experimentar um forte sentimento de “solidão profissional”. Além disso, mesmo no cotidiano de seu trabalho, eles não costumam encontrar tempo e espaço apropriado para fazerem sequer um desabafo. (BRASIL, 2010, p. 39).

Para o profissional, não saber qual a real situação do paciente ou saber o prognóstico é igualmente desconfortante, pois o mesmo se sente constrangido e desconfortável em dar más notícias referentes à piora do quadro. O convívio com a dor, perda e morte traz ao enfermeiro a vivência de seus próprios processos internos, trazendo à tona a fragilidade,

medos, vulnerabilidade e incertezas, que nem sempre são trabalhados ou compartilhados (Kovács, 2012 [a]).

Refletindo sobre este contexto de trabalho no qual existe tantas demandas e tantas exigências de cunho físico, psicológico, de raciocínio e de pensamento crítico para encontrar o melhor meio de se fazer uma assistência ideal e considerando nosso paradigma cartesiano de atuação na área de saúde é preocupante o modo como estamos formando nossos profissionais e em como esta formação se revelará neste quadro de atuação e relacionamento.

Macieira (2001) destaca que o esgotamento emocional e físico desenvolvido em muitos profissionais de saúde pode levar a uma disfunção profissional como insatisfação e frustração com o trabalho, erros, faltas e afastamentos, além de um mecanismo de defesa que se expressa na perda da compaixão. Cada vez mais nos distanciamos de quem precisa conversar sobre sua finitude, alegando não ter tempo, ou não ter o que conversar, expressando mais uma vez o paradigma cartesiano de que se a morte biológica é certa não temos mais o que investir naquele indivíduo, pensamento contrário à filosofia paliativista.

O discurso de que o que não é verbalizado para o paciente é com o intuito de poupá-lo de um desconforto de saber o que há de pior, ou seja, acreditando que se não há o conhecimento de sua morte não há sofrimento relacionado a ela é uma atitude inocente. Inocente no sentido de que este corpo que está caminhando para a morte dá sinais de que não está bem e quando o paciente tenta conversar sobre o que ele realmente está sentindo e não é correspondido este sim, pode representar um sofrimento maior do que a própria verdade.

Ao se esconder o diagnóstico de câncer por temer reações como depressão, entre outras, negamos o direito do paciente de tomar decisões acerca do seu tratamento e sua participação ativa e consciente no seu processo de cura e nas decisões acerca de sua própria vida (MACIEIRA, 2001). O ato de comunicar o diagnóstico de uma doença e seu prognóstico pertence ao profissional médico, mas toda a equipe interdisciplinar está envolvida neste processo de comunicação, visto que tanto o doente quanto os familiares buscam informações e apoio em todos os membros da equipe, cabendo a cada um destes participar da conversação e do planejamento terapêutico e de acompanhamento deste paciente e de sua família.

Diante do exposto, fica evidenciado que há um espaço pouco explorado sobre a comunicação e o processo de cuidar em enfermagem relacionados à morte e ao morrer, temática que pode ser preenchida com pesquisas voltadas aos profissionais, aos pacientes e aos familiares. O foco deve se voltar para o desenvolvimento precoce destas habilidades de comunicação e a identificação de sentimentos e emoções oriundos deste cuidado na finitude,

amenizando assim o confronto vivenciado após a formação acadêmica, passível de danos à saúde dos trabalhadores da saúde.

## **CAPÍTULO II - O ENSINO SOBRE MORTE E MORRER NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Para traçar estratégias de ensino no âmbito da morte e do processo de morrer se faz necessário o conhecimento do que se produziu sobre a temática, como os estudantes lidam com a morte e o morrer e quais foram os recursos utilizados para a construção de conhecimento relacionado a este.

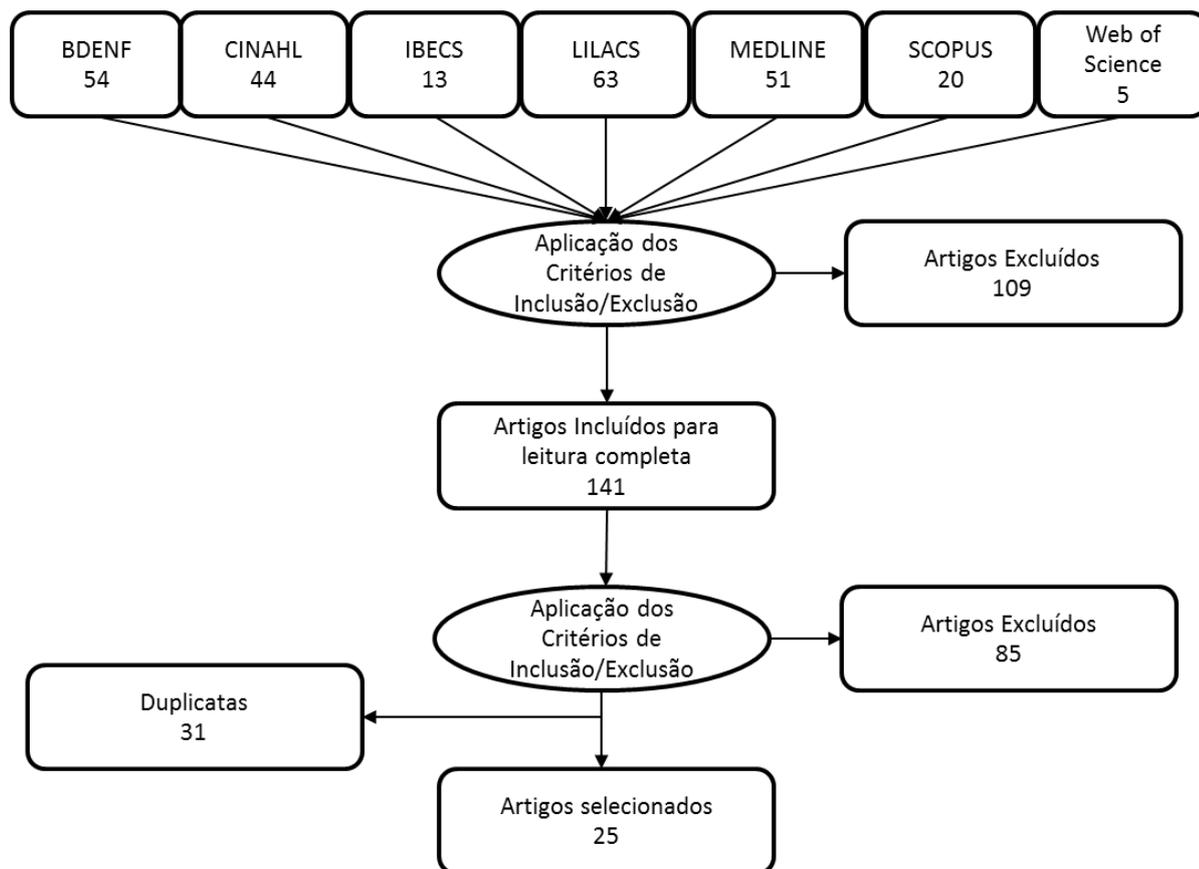
Enfermeiras lidam com o nascimento, as diversas fases da vida e com a morte em todos os ambientes de cuidado em que elas exerçam sua profissão. Lidar com a morte, no entanto, é algo que muitas enfermeiras não se sentem preparadas. Estratégias pedagógicas podem oferecer importante contribuição, visando o aprofundamento de questões relacionadas à morte e ao processo de morrer.

Para este capítulo realizou-se uma revisão de literatura em que foram feitas buscas nas bases de dados BDEF, CINAHL, IBECS, LILACS, MEDLINE, SCOPUS e Web of Science. Os critérios de inclusão foram: artigos abordando o processo de ensino-aprendizagem sobre a morte e o processo de morrer com estudantes de graduação em enfermagem; publicados no recorte temporal de 2010 a maio de 2015, últimos cinco anos a contar do ano de realização desta revisão. O critério de exclusão foi: artigos de revisão, sob qualquer metodologia.

Foi construída a seguinte estratégia geral de busca utilizando os DeCSs: (“Educação em Enfermagem” OR “Pesquisa em Educação de Enfermagem” OR “Bacharelado em Enfermagem” OR “Estudantes de Enfermagem”) AND (“Morte” OR “Tanatologia” OR “Atitude Frente à Morte”). Utilizando o MeSH, foi construída a seguinte estratégia geral de busca: (“Students, Nursing” OR “Education, Nursing” OR “Nursing Education Research” OR “Education, Nursing, Baccalaureate”) AND (“Death” OR “Thanatology” OR “Attitude to Death”). Estas estratégias gerais de busca foram adequadas às especificidades de cada base de dados.

Após a etapa de busca foi realizada inicialmente a leitura dos títulos e resumos e, posteriormente a uma aplicação preliminar dos critérios de inclusão e exclusão, a leitura dos artigos completos. Após nova aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e da remoção das duplicatas, foram selecionados os 25 artigos. O processo de análise e seleção dos artigos está graficamente representado na Figura 1 a seguir:

Figura 1 – Fluxograma do processo de busca, análise e seleção da amostra.



Fonte: Os autores (2017).

Os textos completos selecionados foram submetidos ao processo de análise de conteúdo temática, que gerou três categorias, sendo elas: Como estudantes encaram ou lidam com a morte e o morrer; Expressão artística como estratégia para aprender a lidar com a morte e o morrer e Simulação em laboratório como estratégia pedagógica no ensino do cuidado de enfermagem no fim da vida.

### **Como estudantes de enfermagem encaram ou lidam com a morte e o morrer**

Vários autores evidenciaram que os estudantes têm sensações de medo e angústia frente à morte e ao processo de morrer implicando em comportamentos de indiferença e negação. Em suas experiências de cuidado no âmbito da graduação em enfermagem os estudantes consideram natural desenvolverem uma assistência tecnicista como estratégia aceitável e ideal de enfrentamento da morte e do processo de morrer (PINHO; BARBOSA, 2010; CARVALHO; GERMANO; PESSOA JUNIOR, 2011; BORGES; MENDES, 2012; CANTÍDIO; VIEIRA; SENA, 2011; FERNANDEZ, 2010; EDO-GUAL *et al.*, 2014; VARGAS, 2010).

Esta dificuldade é sentida não só por estudantes, como também por docentes. Uma pesquisa realizada sobre a relação docente acadêmico no enfrentamento do morrer mostra que estar com o acadêmico se traduz em muitas dificuldades advindas da falta de preparo enquanto professor, da imaturidade e da falta de responsabilidade dos acadêmicos, por não conseguirem administrar a angústia e o sofrimento do estudante diante da morte de uma pessoa da qual ele cuidou, com vistas à cura, fato que deixa o docente desconfortável diante da morte, com maior dificuldade por ter que ampará-lo e ensiná-lo sobre o processo da morte e do morrer e, ao mesmo tempo, camuflar ou suportar sua própria angústia (PINHO; BARBOSA, 2010).

Os mesmos autores descrevem como estratégias utilizadas pelos docentes para driblar a condição de inabilidade e a falta de preparo para ensinar sobre a morte e o morrer a utilização do ensino voltado aos aspectos técnicos da morte, mantendo um caráter funcionalista e tecnicista desta, permitindo a fuga do cuidar do ser morrendo e do refletir sobre a finitude.

O ensino de graduação é um fator determinante para os estudantes no que tange ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da morte e do processo de morrer. Vargas (2010), Cantídio, Vieira e Sena (2011) e Pogrányivá *et al.* (2014) abordam a necessidade percebida pelos estudantes da inserção do ensino de cuidados ao fim da vida no curso de graduação em enfermagem. Aradilla-Herrero; Tomás-Sábado e Gómez-Benito (2012) demonstraram que o medo da morte está mais acentuado nas fases iniciais do curso de graduação em relação aos estudantes no fim do curso.

Carvalho, Germano e Pessoa-Junior (2011) mostraram que os estudantes apresentam uma diversidade de sentimentos como medo, angústia, insegurança, fracasso e tristeza, que variam na intensidade de acordo com a experiência sensível de cada um e que estes sentimentos levam os alunos a uma autoproteção; porém o grupo estudado reconhece esta fragilidade relacionada à temática, sendo receptivos a uma forma diferenciada de ensino, onde aprofunde a morte para além de conteúdos técnicos que a envolvem.

Ainda sobre o ensino de morte e morrer na graduação, Santos, Menezes e Gradvohl (2013) ao pesquisarem concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre o conhecimento, envolvimento e sentimentos relacionados à ortotanásia concluíram que há necessidade urgente da reformulação das grades curriculares dos cursos da área de saúde para contemplar reflexões sobre a morte e o morrer, facilitando uma compreensão que vá além da doença e modificando a visão de morte associada a derrota.

Existe um diferencial entre os gêneros no que se relaciona a medo da morte. Limonero *et al.*(2010) e Junior e Eltink (2011) apontam que estudantes do sexo feminino e mais jovens apresentam maiores níveis de medo da morte, comparado ao sexo masculino. Não ficou claro o motivo das jovens temerem mais a morte, porém caracterizou-se que a dor é um fator determinante para o julgamento do que é ou do que não é uma boa morte, sendo uma morte dolorosa portadora de um valor mais negativo.

A morte infantil/neonatal é encarada como mais dolorosa e de difícil aceitação, especialmente em ambientes como a maternidade. A morte em nossa sociedade é mais aceita quando a vida foi longa, trazendo uma sensação de que se viveu tudo o que podia. O morrer jovem se traduz em maior dor pela ausência deste tempo com as pessoas que amamos e da inexistência do convívio de quem tanto foi esperado, no caso de bebês na maternidade (McKENNA; ROLLS, 2011; JUNIOR; ELTINK, 2011).

As pessoas que vivem o processo de morrer despertam nos estudantes o julgamento de que o cuidado no fim de vida deve ser mais respeitoso e que deve atender melhor os seus desejos e necessidades. Há de se considerar o fator humano e suas peculiaridades, onde cada vida se traduz de uma forma única pelas experiências vividas ao longo de toda a sua trajetória (HUANG *et al.*, 2010; SMITH-STONER *et al.*, 2011; EK *et al.*, 2014).

Lidar com os familiares das pessoas que estão no processo de morrer representa um grande desafio para os acadêmicos. Estudantes afirmam que não sabem agir perante o luto dos familiares dos pacientes que morreram e relatam sentir medo de possíveis reações inesperadas por parte dos familiares em seu luto (CANTÍDIO; VIEIRA; SENA, 2011; GERMANO; MENEGUIN, 2013).

Outros estudantes entendem que o papel da família é crucial no processo de tomada de decisão clínica no cuidado de fim de vida. São nuances que se refletem no cuidado ao ser morrendo e aos seus familiares que são passíveis de aumentar o estresse nas relações de todos os envolvidos. É preciso entender cada contexto familiar para a escolha da melhor abordagem para amenizar o sofrimento de pacientes e familiares. Um estudo realizado com estudantes sobre o significado do processo morte/morrer aponta que o saber e a morte estão envolvidos com a temporalidade e historicidade de cada pessoa, tornando-se essencial um entendimento deste fenômeno baseado no científico, filosófico e ético deste contexto, servindo de base para o preparo de um cuidado humanizado ao doente e sua família (BENEDETTI *et al.*, 2013).

Bom relacionamento com os familiares e a oferta de um ambiente acolhedor foram considerados aspectos decisivos para que essas pessoas possam trabalhar bem o seu luto (BARRERE; DURKIN, 2014). Ademais, Parry (2011) aponta que alguns estudantes

entendem que o relacionamento com a família é tão importante quanto o estabelecido com as pessoas em seu leito de morte e Todaro-Franceschi (2011) cita que cursos de um semestre são mais eficazes em preparar os estudantes para lidar com o luto dos familiares do que cursos eletivos de 3 meses. Observo que a metodologia empregada no ensino desta temática é fundamental para o sucesso da intervenção pedagógica e para trabalhar os sentimentos que emergem relacionados à morte de si e do outro.

Estudantes de enfermagem apresentam dificuldades também em lidar com a ideia da própria morte. Pesquisa realizada por Edo-Gual, Tomás-Sábado e Aradilla-Herrero (2011) aponta que mulheres estudantes mais jovens são as que apresentam mais medo em relação à própria morte. Espinoza e Sanhueza (2012) afirmaram que estudantes que estão no meio do curso de graduação têm mais medo da própria morte que aqueles dos últimos anos do curso de graduação.

Ao executar uma estratégia pedagógica em que os estudantes eram desafiados a imaginar que suas vidas teriam fim em 30 minutos, Liu *et al.* (2011) constataram que os estudantes remeteram-se ao conceito tradicional da cultura chinesa *hsiao*, que implica em sentirem angústia por não poderem mais ajudar os seus familiares. Os mesmos deram mais valor à própria vida e preocuparam-se com seus familiares.

A cultura também foi um aspecto importante na forma como os estudantes de enfermagem encaram ou lidam com a morte e o processo de morrer. Segundo Iranmanesh *et al.* (2010), estudantes iranianos, que vivem em uma comunidade cultural característica do Oriente Médio, de religiosidade extrínseca, fundamentalmente islâmica, de índices de mortalidade maiores que os da Suécia, onde o núcleo familiar básico é mais tradicional e em que a formação acadêmica possuía poucas horas de estudo sobre a morte e o morrer, tinham menor probabilidade de interagir com pessoas no processo de morrer e mais medo da morte que os estudantes suecos.

Em estudo realizado por Smith-Stoner *et al.* (2011), estudantes de enfermagem californianos e noruegueses apresentaram maior tendência a seguir a proposta de cuidados paliativos que os estudantes suecos, que por sua vez apresentaram traços de obstinação terapêutica. Os estudantes noruegueses se preocuparam mais que os estudantes suecos sobre o cuidado a usuários em fim de vida e menos que os californianos.

### **Expressão artística como estratégia para aprender a lidar com a morte e o morrer**

Esta categoria temática foi formada por apenas dois artigos: Crawley, Ditzel e Walton (2012), que utilizaram livros infantis como estratégia de aprendizagem reflexiva; e Pimple e Dieker (2010), que desenvolveram atividades de expressão artística por meio de desenhos com estudantes inscritos numa disciplina obrigatória sobre cuidados de enfermagem no fim da vida.

Crawley, Ditzel e Walton (2012) desenvolveram com estudantes do primeiro ano de graduação em enfermagem uma dinâmica composta por cinco estágios: Seleção das histórias, cujos critérios de elegibilidade dos livros eram a afinidade com o tema, estilo de linguagem e qualidade das ilustrações; Contação de histórias, onde um docente lia as histórias em voz alta de forma imersiva e mostrava as figuras aos estudantes; Expansão das histórias, onde os pontos de vistas das histórias eram discutidos com os estudantes; Processamento das histórias, em que os estudantes refletiam sobre as histórias e especulavam sobre novos pontos de vista nas histórias; e Reconstrução das histórias, etapa em que o conteúdo das discussões poderia ser aplicado em futuras experiências práticas.

Pimple e Dieker (2010), por sua vez, buscaram nos próprios estudantes o conteúdo a ser abordado nas discussões. Os estudantes passaram por um período de reflexão silenciosa sobre as próprias experiências e sentimentos acerca da morte, depois foram incentivados a expressar-se por meio de pintura ou desenho e em seguida a explicar as suas produções. Ao final da dinâmica os estudantes responderam a um questionário de avaliação, cujos resultados demonstraram que os estudantes se sentiram satisfeitos com a estratégia pedagógica.

Os estudos buscaram demonstrar como estratégias pedagógicas que lançam mão de expressões artísticas, seja dos próprios estudantes ou de contos infantis, com foco no enfrentamento dos sentimentos dos estudantes de perda e luto frente às eventuais mortes de usuários podem ser efetivas. Entretanto, apenas Pimple e Dieker (2010) efetivamente realizaram uma avaliação estruturada, embora a descrição dos resultados dessa avaliação não tenha sido suficientemente clara.

### **Simulação em laboratório como estratégia pedagógica no ensino do cuidado de enfermagem no fim da vida**

Esta categoria temática foi composta por apenas três artigos: Leavy, Vanderhoff e Ravert (2011), que realizaram um estudo sobre o estresse emocional de estudantes de enfermagem frente às situações de emergência e morte; Galbraith *et al.* (2014), que

implementaram uma técnica de simulação interprofissional sobre notificação da morte aos familiares; e Fabro, Schaffer e Scharton (2014) que realizaram uma técnica de simulação sobre cuidados de enfermagem no fim da vida numa disciplina eletiva de um curso de graduação em enfermagem.

Leavy, Vanderhoff e Ravert (2011) realizaram uma pesquisa que buscou avaliar uma estratégia pedagógica de simulação de alta fidelidade, que envolvia situações de emergência clínica cujo resultado seria a morte de uma pessoa fictícia, por meio das visões dos estudantes que participaram da atividade. Foi observado que os estudantes que ainda não haviam vivenciado a morte de alguém aos seus cuidados se saíram melhores no desenvolvimento da atividade, comparado aos demais estudantes.

Este fato pode ser relacionado à memorização de sentimentos e emoções de perdas anteriores e que podem aparecer no cenário da morte e tem potencial de interferir nas condutas de cuidado caso não sejam ressignificadas. Os participantes entenderam que a estratégia pedagógica era de grande importância e após a realização da atividade, os mesmos indicaram que precisariam de mais tempo para discutir os aspectos emocionais.

Galbraith *et al.* (2014) desenvolveram uma pesquisa sobre o desenvolvimento, implementação e avaliação de uma estratégia pedagógica de simulação de alta fidelidade sobre a notificação da morte de um paciente aos familiares. Estudantes de graduação em enfermagem e em serviço social participaram da pesquisa e ambos relataram se sentir mais preparados técnica e emocionalmente para enfrentar situações reais que envolvem a comunicação de más notícias.

Fabro, Schaffer e Scharton (2014) relataram o desenvolvimento, implementação e avaliação de uma estratégia pedagógica de simulação de alta fidelidade sobre cuidados paliativos a uma pessoa fictícia com câncer em fase terminal, que compunha uma disciplina eletiva. Os estudantes que participaram da pesquisa relataram que a experiência foi satisfatória e lhes trouxe mais segurança, que durante a atividade surgiram sentimentos como ansiedade, medo e desconforto e que um significado de boa morte estaria para eles fortemente relacionado com alívio da dor.

Os estudos que compõem esta categoria tratam majoritariamente das ações de enfermagem frente à morte e o morrer, ao contrário dos estudos que compõem as outras categorias, em que são abordadas as maneiras de lidar com as reações emocionais dos estudantes de enfermagem frente a esses processos. Neste sentido, esta categoria, apesar de ser composta por poucos estudos, demonstra ser de grande importância para a prática profissional de enfermagem nos processos de morte e morrer ao tratar das intervenções de

enfermagem aos pacientes e familiares e do papel do enfermeiro na perspectiva interdisciplinar, além de também tratar dos significados da morte e dor morrer pelos estudantes.

Após a avaliação das três categorias emergentes foi observado que muitos estudos tratam das percepções dos estudantes de graduação em enfermagem sobre a morte e o morrer, porém ainda há poucas evidências de estratégias pedagógicas efetivas no ensino de graduação, dada a relevância do tema para a profissão.

Por isso, investir em metodologias que tragam intervenções que envolvam os estudantes e os sensibilizem para a atuação nesta temática se traduz como um passo importante na qualificação de futuros enfermeiros.

### CAPÍTULO III - MÉTODO

Pesquisa descritiva, qualitativa e participativa, realizada por meio de multitécnicas com dinâmicas de grupo, produção estética e entrevista grupal. Observa-se no entanto que apesar do seu caráter qualitativo, tendo em vista que um dos objetivos foi a verificação da aplicabilidade de uma tecnologia de ensino optou-se pela aplicação de uma escala em pré-teste e pós-teste com geração de dados quantitativos para esta avaliação. O campo da pesquisa foi a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Apesar de a UFRJ ter dois cursos de Enfermagem, um na capital (EEAN) e outro no interior do estado, em Macaé, a opção pelo campo da EEAN e não pelo de Macaé, local de origem da pesquisadora, foi feita por entender como possível conflito de interesse a participação de alunos nas etapas que são parte do conteúdo da disciplina do sexto período, ministrada pela autora desta tese, à época da produção de dados.

Os participantes foram 25 estudantes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar regularmente matriculado no Curso de graduação em enfermagem da EEAN; cursando disciplinas a partir do sexto período do curso; ter idade acima de 18 anos; de ambos os sexos; com disponibilidade de participação nos dias e horários estabelecidos para a produção de dados; que responderam positivamente ao convite até o quantitativo limite estipulado pela pesquisadora para compor os grupos. Como critérios de exclusão: alunos afastados por problemas de saúde ou qualquer outro impeditivo à participação nas etapas de produção de dados; exceder o limite de inscritos permitido para participação nos grupos, ou seja, 20 vagas para cada sessão de produção de dados.

A amostra foi aleatória, não probabilística e intencional, concebendo-se a representatividade a partir da qualidade das informações produzidas em face do alcance dos objetivos (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). O recrutamento dos participantes foi feito mediante um convite para a participação em um minicurso de ensino e pesquisa para alunos do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da UFRJ desta Escola. A divulgação aconteceu sob a forma de um cartaz, veiculado em uma rede social na internet, com a ajuda de bolsistas de iniciação científica e de mestrado em enfermagem do grupo de pesquisa liderado pela orientadora desta tese.

A opção pelos estudantes a partir do sexto período foi necessária pelo fato de a técnica de cuidado com o corpo pós-morte, que integra uma das dinâmicas de produção de dados, precisar de conhecimentos relacionados ao cuidado hospitalar, como: preparo do leito, uso de luvas descartáveis, lavagem das mãos, higiene do corpo no leito, dentre outros. E

também pelo fato de estarem vivenciando a fase de cuidados clínicos no campo hospitalar, o que permite aos alunos uma condição mais bem situada para o debate e discussão aplicada ao objeto desta pesquisa.

### **Produção e análise de dados**

Os dados foram produzidos mediante aplicação de dois métodos distintos, a saber:

1) O primeiro tratou da aplicação da escala de medo da morte de Collet-Lester (ANEXO 2), em duas etapas, antes e após a intervenção metodológica proposta. Esta escala foi aplicada visando mensurar quatro parâmetros, verificando se houve variação entre eles após a conclusão da intervenção.

A Escala de Medo da Morte de Collet-Lester (EMMC-L) consiste em quatro subescalas que proporcionam informações multidimensionais sobre as questões: medo da própria morte, o medo do próprio processo de morrer, medo da morte de outros e medo do processo de morrer de outros. As respostas são do tipo Likert e variam de 1 (nada) a 5 (muito). Os escores são obtidos para a escala total e para cada subdimensão, obtida pela média de respostas. Quanto mais alto o escore alcançado mais indicativo de que o sujeito apresenta maior medo da morte ou do processo de morrer.

Esta escala tem sido apontada na literatura como um elemento confiável e válido para mensurar o constructo da morte, contemplando dois subcomponentes interessantes de investigação, como a dimensão física e a dimensão psicológica do medo de sua própria morte e do seu próprio processo de morrer (VENEGAS; ALVARADO; BARRIGA, 2011). A mesma foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa mostrando que o instrumento apresenta índices de fidelidade satisfatórios e validade de constructo (LOUREIRO, 2010).

Os dados produzidos com a aplicação da EMMC-L foram analisados por meio do *software IBM® SPSS® Statistics for Windows*, versão 24. O procedimento de análise iniciou-se com a construção de um banco de dados, cujas variáveis corresponderam aos 28 itens da EMMC-L.

2) O segundo compôs-se de dinâmicas. As dinâmicas ocorreram no âmbito de minicursos de ensino e pesquisa para os alunos de graduação em Enfermagem, com o título de “Processo de morte e morrer e os cuidados com o corpo pós-morte”, estratégia aplicada para que os estudantes pudessem produzir dados para a pesquisa e também, usufruir de conhecimentos gerados nos grupos e agregar valor aos seus currículos. No total, cada minicurso teve 16 horas de carga horária, divididas em quatro etapas de 4 horas de duração.

Nestas etapas foram utilizadas estratégias variadas, que estão descritas na sequência deste capítulo.

Cada etapa ocorreu sequencialmente, se complementando, favorecendo o acesso ao imaginário e aos significados produzidos pelos participantes sobre a morte e o processo de morrer, expressos nas vivências/experiências relacionadas ao tema, de forma verbal e não verbal dos sujeitos.

Este aprofundamento é necessário, pois se observa na prática que mortes mal elaboradas no âmbito pessoal refletem e influenciam no atendimento profissional prestado às pessoas em fim de vida (SCHMIDT; GABARRA; GONÇALVES, 2011). O aprendizado possui um componente afetivo emocional importante que muitas vezes é negligenciado no processo de educar, principalmente no que se refere a temas tabu como o caso da morte (GÓIS; ABRÃO, 2015).

Os minicursos foram planejados para acontecer no turno da manhã e no turno da tarde, com até 20 vagas cada, nos laboratórios de enfermagem que se situam no Centro de Ciências da Saúde (CCS), na Cidade Universitária da UFRJ.

O limite de 20 vagas para cada minicurso deve-se pela metodologia ser composta por várias etapas, pautadas em dinâmicas, que exigem número limitado de participantes para que sua execução seja possível. Na primeira oferta houve 17 estudantes inscritos, todos atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos e suas inscrições foram confirmadas, porém, apenas oito compareceram no dia agendado. Este primeiro minicurso aconteceu de 02 a 05 de março de 2015 e contou com a colaboração de cinco auxiliares de pesquisa.

Na segunda divulgação houve 11 inscritos, todos habilitados a participar, mas somente cinco estudantes compareceram no período de 09 a 12 de março de 2015, horário da tarde, para a produção de dados. Deste minicurso, o apoio foi dado por quatro auxiliares de pesquisa.

Na terceira divulgação houve inscrição de 13 estudantes, alguns incentivados pelos participantes anteriores e porque souberam da possibilidade de ser a última versão do minicurso. Para este minicurso compareceram 12 estudantes, e o mesmo ocorreu nos dias 23 e 30 de maio de 2015.

Os minicursos foram sendo oferecidos na medida em que a pesquisadora foi identificando a necessidade de produção de dados para definir o delineamento dos dados empíricos da pesquisa, a fim de responder às questões norteadoras, confrontando-os com os objetivos. Quando se identificou na pré-análise que não havia novos elementos nas produções, mas sim, recorrência nas informações, tomou-se a decisão de cessar a fase de produção.

Encerrou-se a produção de dados com o total de três minicursos e 25 participantes, sendo 23 mulheres e dois homens.

Cabe ressaltar que os dois primeiros cursos foram realizados no período de greve da universidade, aproveitando a ausência de aulas durante a semana, o que favoreceu o desenvolvimento do mesmo neste período, mas que também pode ter influenciado na baixa frequência, haja vista que quando em greve, os estudantes diminuem sua estada no Campus Universitário.

### **Descrição das etapas de produção de dados com as dinâmicas**

Primeira etapa<sup>2</sup>: Arrumação da sala em semicírculo. Apresentação pessoal e dos alunos e apresentação da proposta da pesquisa. Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido após a leitura conjunta e explicação do mesmo. Realização de uma dinâmica composta de fases: a primeira, uma sensibilização para o tema com o toque de uma música instrumental no ambiente, lançando a questão para a reflexão durante a música: “como vivencio a situação de morte?” Esta música não é fixa e pode ser escolhida a cada experiência de aplicação do método. No caso desta pesquisa, a escolhida foi "Pavane pour une infante defunte", de Maurice Ravel. A intenção do autor dessa obra musical revela-se pelo ritmo lento e melodia melancólica, que contribui para criar um ambiente propício para a reflexão sobre o tema. Essa música é indicada por ser clássica e pouco conhecida do grande público, visando reduzir a influência de outras lembranças pessoais relacionadas aos estímulos musicais amplamente conhecidos. A duração do momento musical foi de aproximadamente seis minutos, com o objetivo de induzir um estado de relaxamento e reflexão sem ser cansativo.

A questão introduzida antes da música foi formulada visando conduzir os alunos a refletirem sobre suas vivências e experiências pregressas com o tema, com o intuito de mobilizar a produção de sentidos sobre o objeto “morte”, a partir de suas próprias referências. A opção para que os participantes falassem da vivência objetivou que eles se colocassem no processo e não dessem definições propriamente ditas sobre o objeto. Solicitou-se que os estudantes escutassem a música nesta perspectiva e depois iniciassem a expressão artística através de um desenho individual, motivado pela questão, elaborado com o material que lhes foram disponibilizados (lápiz de cor, lápis de cera e papéis em branco tamanho A4).

Na sequência a pesquisadora solicitou que cada aluno mostrasse ao grupo o seu desenho e explicasse o sentido do mesmo. No decorrer das exposições, a pesquisadora fez

---

<sup>2</sup> Esta etapa é fruto de uma criação conjunta da autora desta tese com a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Brito Bergold, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UFRJ Campus Macaé.

intervenções, visando trabalhar sentimentos e emoções emergidos de vivências/experiências anteriores dos estudantes relacionadas à morte e ao processo de morrer. Finalizando a apresentação dos desenhos de todos os integrantes do grupo realizou-se a segunda fase, que consistiu na montagem de uma cena a partir da pergunta: "Como eu cuida na situação de morte". Solicitou-se que os alunos se dividissem em grupo e criassem uma cena relacionada a essa questão. Aguardou-se que eles discutissem as cenas criadas, que teve a colaboração de todos os participantes na criação do cenário idealizado. Após a explicação do grupo sobre o cenário e cena criados, foi feito o registro fotográfico da cena e encerrou-se o primeiro período de 4 horas de produção de dados. O registro dos dados verbais foi feito por meio de gravação em áudio. As fases da primeira etapa estão descritas no esquema a seguir:

Figura 2 – Esquema descritivo das fases das atividades das dinâmicas da primeira etapa.



Fonte: Os autores (2017).

Segunda etapa: utilização como recurso sensibilizador a apresentação de um filme produzido pelo Japão em 2008, dirigido por Yojiro Takita, intitulado Okuribito, sendo traduzido em seu lançamento no Brasil como “A partida”. O filme relata a importância do cuidado com o corpo pós-morte para quem está partindo e para seus familiares, trazendo a

discussão de aspectos emocionais e culturais relacionados à morte e ao processo de morrer. O objetivo da utilização deste recurso foi o de mobilizar os alunos através das imagens e da mensagem do filme para o que envolve esta temática tão complexa. Após a exibição do filme, realizou-se um grupo focal visando aprofundar e validar os aspectos revelados nas outras etapas da pesquisa, cuja gravação foi feita em áudio, para facilitação da transcrição exata do seu conteúdo. O debate foi estimulado pelas seguintes questões norteadoras: Como conversar com alguém que está morrendo? O que se diz? Como conversar com a família? O que dizer e o que não dizer? Você se sente preparado para esta conversação? O que você considera necessário para melhor prepará-lo para enfrentar profissionalmente esta situação? (APENDICE B).

Terceira etapa: exposição dialogada com os participantes sobre a morte, finitude e a evolução do processo de morrer através dos tempos, sendo apresentadas as etapas da técnica de cuidados com o corpo pós-morte e o que envolve o processo de morte e morrer.

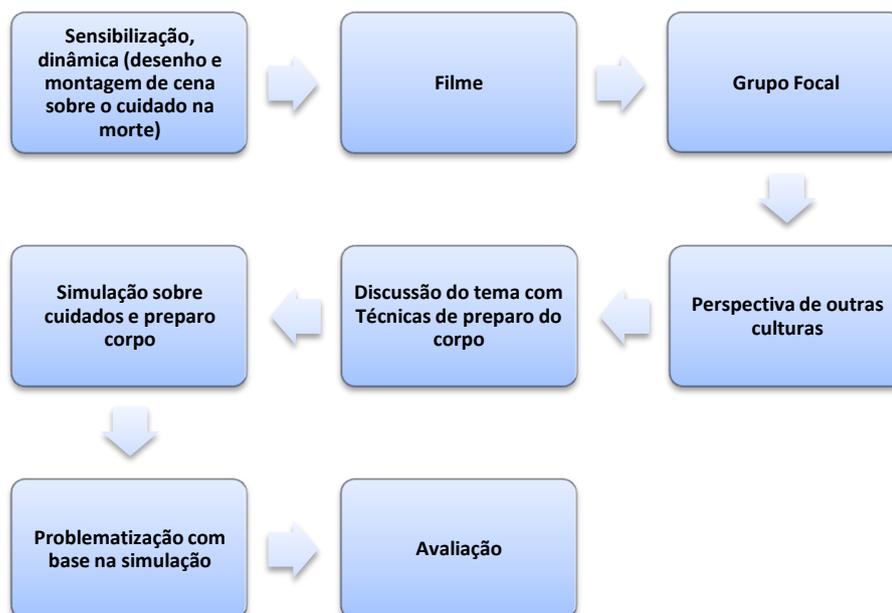
Quarta etapa: elaboração de uma simulação de cuidados com o corpo pós-morte, desenvolvida em um laboratório com a disponibilidade de um manequim para simulação da referida técnica e do local de ambiente de preparo, utilizando como recurso cinco casos com a descrição de quem é a pessoa morta que deverá ser cuidada, o que ocasionou a morte, se tem familiar para ver o corpo após o preparo, entre outros, para compor um cenário que seja similar ao que acontece na realidade de nossa profissão (APÊNDICE C). Após esta parte prática fez-se a avaliação de todo o processo de produção de dados pelos participantes.

Esta proposta metodológica buscou produzir dados de pesquisa, mas também contribuiu para desenvolver o conhecimento dos estudantes a partir de uma abordagem participativa. O conhecimento é acessado a partir de recursos estéticos e projetivos, que estimulam a expressão de sentimentos e conhecimentos pessoais dos participantes, e a partir de uma discussão grupal ao final, objetivando a construção em conjunto de conhecimentos que pudessem ajudar a compreensão da situação em debate que, no caso desta pesquisa, trata-se da morte. As etapas metodológicas estão sequenciadas na Figura 3.

Em todas as etapas aplicou-se a observação participante, com registros em bloco de notas pelos auxiliares da pesquisa, além dos demais registros específicos indicados na descrição de cada técnica aplicada. De acordo com Trentini e Paim (2004) o propósito da observação participante é o engajamento nas atividades que ocorrem na situação social e a observação e registro das atividades, observação dos atores com as suas relações e com o que se estabelece neste meio físico da situação.

Todo o material gravado foi transcrito fidedignamente e submetido ao método de análise de conteúdo, utilizando-se a técnica de análise temática, aplicando-se as etapas metodológicas indicadas por Bardin (2010). Nesta análise amplia-se a compreensão crítica dos sentidos das comunicações presentes nos discursos dos participantes. Reúne um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (que podem ser quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (que são as variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010). Este método mostra-se eficaz como uma ferramenta para a compreensão da construção de significados que os indivíduos exteriorizam em seus discursos, apresentando-se como adequada para a pesquisa proposta.

Figura 3: Etapas metodológicas da pesquisa.



Fonte: Produção do grupo de pesquisa (2017).

Explorou-se o dito sobre o tema presente nos discursos manifestos dos participantes, como também não se absteve de buscar o não dito nas mensagens (OLIVEIRA, 2011), na identificação dos significados construídos. Somou-se a isso, considerações sobre os documentos que tratam dos conteúdos dos currículos, balizadas pelo referencial temático e teórico-conceitual aplicado na pesquisa. Após análise, delinearum-se duas grandes categorias temáticas, no âmbito das quais organizou-se subcategorias específicas que articularam os sentidos da morte e morrer para os estudantes de graduação em enfermagem.

O capítulo IV trata dos sentidos, significados da morte e as demandas para a pessoa da enfermeira, no qual se pode identificar as demandas do tema para o cuidar de si. Neste capítulo, observa-se que os sentidos construídos mobilizam os sentimentos frente a morte, a adequabilidade da morte nas gerações, ou seja, a idade em que se “deve” ou se “espera” morrer; a morte em situações agudas e crônicas; experiências prévias com a morte; a mobilização de afetos e a funcionalidade da morte, com seus usos como chantagem emocional; as formas de lidar com o luto; e morte e espiritualidade.

O capítulo V trata do tema morte e de suas demandas para a enfermagem no que diz respeito a cuidar do outro. Os sentidos construídos relevam as questões da difícil aceitação da morte, a atuação da enfermeira, a difícil situação de ser enfermeira e familiar frente a situação de morte, o preparo do corpo após a morte, a comunicação no cuidado à família que vivencia a morte de um ente querido, como confortar a família do paciente e como trabalhar a dor do outro.

O capítulo VI aborda as estratégias e possibilidades para o delineamento de ações e aponta a aplicabilidade da tecnologia de processo de ensino-aprendizagem e faz uma avaliação geral desta tecnologia, em atendimento ao terceiro objetivo desta tese.

### **Cuidados Éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, em atendimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata da normatização de pesquisas realizadas com seres humanos, sendo aprovado pelo mesmo em parecer de 04/11/14, de número 856.571. Nesse sentido, foram garantidos os direitos que aos participantes cabem no que tange a liberdade, autonomia, anonimato, confidencialidade de dados, beneficência e não maleficência.

Sobre os riscos e benefícios: o tema proposto e a metodologia para abordagem não oferecem prejuízos físicos aos participantes. A abordagem psicológica, a princípio, não trouxe danos aos participantes. Os possíveis riscos de ordem emocional, relacionado a algum assunto abordado que pudesse gerar desconforto ou constrangimento foram previstos e a equipe da pesquisa, composta por profissional de saúde estava formalmente preparada para atender às pessoas nas suas necessidades físicas e psicológicas de baixa densidade tecnológica. Os benefícios virão a partir dos resultados da pesquisa referentes ao ensino relacionado à temática da morte e do processo de morrer, podendo servir de parâmetro para a construção de uma tecnologia de processo relacionada ao tema.

Todos os participantes foram convidados a integrar a pesquisa em caráter voluntário, sem ônus financeiro ou outro de qualquer ordem, sem riscos relacionados à exposição individual de suas ideias, vulnerabilidade institucional ou processos pedagógicos de avaliação dos estudantes.

Esta garantia lhes foi dada mediante contrato escrito, expresso em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que ambos assinaram - participantes e pesquisadora - sendo suas identidades nominais mantidas em sigilo, uma vez que os depoimentos foram identificados por códigos que não permitem identificações. Como a pesquisa previa registro fotográfico de cenas, os participantes foram solicitados a autorizarem o uso de suas imagens para fins exclusivos desta pesquisa e dos produtos científicos delas derivados. Para o projeto ser desenvolvido solicitou-se autorização formal à direção da Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ, estando a mesma de acordo com esta execução.

## **CAPÍTULO IV - SENTIDOS, SIGNIFICADOS DA MORTE E AS DEMANDAS PARA A PESSOA DA ENFERMEIRA: CUIDAR DE SI**

Negamos a morte de várias maneiras, porém esta faz parte de nosso dia a dia, aparecendo em noticiários, rádio, jornais e até na proximidade de nossas relações através da morte de parentes e amigos. Extrair das pessoas o que este tema tabu significa requer um conjunto de métodos que possa contribuir para esta elucidação, tanto de forma pensada e racional, quanto na sua forma subjetiva (SANTOS, 2007).

A percepção da morte gera desordem em qualquer pessoa. Ela não passa despercebida em nenhum cenário. A mesma supera todas as tentativas humanas de vencê-la. O morrer do outro é tão provocativo ao nosso equilíbrio psíquico e emocional quanto a percepção de nossa própria morte. Estudar e refletir sobre a morte e o processo de morrer se traduz como melhor caminho para o embasamento de ações envolvendo a terminalidade e para compreendê-la como parte integrante da vida (VICENSI, 2016).

Saber entender sua própria história e contexto e considerar que cada um possui variáveis baseadas nesta trajetória se faz necessário ao se pensar na morte, pois as escolhas de fim de vida estarão relacionadas ao modo como vivemos até então. Quando fazemos este exercício pessoal começamos a vislumbrar a complexidade que está envolvida em deixar de existir (MANCHOLA *et al.*, 2016).

O modo como as pessoas morrem foi modificado nos últimos 50 anos, passando-se a medicalizar ou institucionalizar o ato de morrer, trazendo consequências em nossa visão sobre ela, nos levando a acreditar que a ocorrência da morte é motivo de vergonha, derrota ou falha, pois com todo o aparato tecnológico à disposição não podemos aceitar que ela ocorra (SILVA; HORTALE, 2006).

A maioria das universidades ainda não valoriza o cuidar para além do curar e continua mantendo o foco em ações que valorizam a tecnologia de ponta, destacando como preceito a ser seguido a salvação da vida a qualquer custo, trazendo como cenário a dor e sofrimento prolongado. Pouco se aprende sobre como lidar com o fim de vida e questões emergentes desta situação (PESSINI, 2016).

É no contato com o outro que acontece a diferenciação, o reconhecimento e a construção pessoal. Saber da dor do outro e de sua finitude traz à tona a projeção de nossa própria finitude e de nossa dor. É através desta identificação humana com o doente que o profissional se reconhece como um ser aberto ao sofrimento, pois também se reconhece frágil

e vulnerável, passível de todas as possibilidades que a vida pode trazer, sendo a morte sua maior certeza (SILVA, 2009).

Conforme Santos (2007) afirma, é necessário um conjunto de métodos para abordar esse tema e captar os sentidos que se produzem sobre ele, portanto, apresenta-se a seguir a análise das categorias que emergiram do material produzido no conjunto de dinâmicas desenvolvidas e suas relações com o cuidado de si.

### **Condições de produção: perfil dos participantes**

Para que se possa entender mais apropriadamente os sentidos produzidos pelos participantes, apresenta-se alguns dados de seu perfil. Majoritariamente, são solteiros (23), havendo dois casados, todos sem filhos. Um participante não passou pela experiência de perdas de familiares e amigos por morte. Os participantes estavam cursando do sexto ao oitavo período, sendo 16 estudantes do sexto período (64%), três do sétimo período (12%) e seis do oitavo período (24%). A amostra foi composta por 23 pessoas do sexo feminino e duas do sexo masculino.

Sobre a religião, 10 se declararam católicos (40%) e os outros 60% se distribuíram em: seis evangélicos (dois da Assembleia de Deus, um da Igreja Batista, um autodenominado protestante, um de denominação não declarada, uma autodenominada evangélica apostólica); dois espíritas e um da Umbanda. Um citou “fé, independente da religião”; dois agnósticos; um sem religião e dois ateus.

Questionados sobre a experiência profissional na área de saúde, 17 declararam não possuir (68%) e oito (32%) já trabalharam ou trabalham na área. Sobre a experiência em preparo do corpo pós-morte 17 participantes nunca passaram por esta experiência e oito já prepararam um corpo morto.

### **Sentimentos frente a morte.**

Quando nos deparamos com a morte em nosso cotidiano, seja na perda de parentes e amigos, na mídia ou no nosso trabalho, apresentamos reações diversas. Abordados sobre a temática os participantes expressaram reações e sentimentos:

Pra mim a morte faz parte da vida, eu levo isso como uma verdade. É um processo natural, que todo mundo vai passar e que pelo menos eu tento levar como leveza. Eu acho que a partir do jeito que você age com as pessoas, a partir das relações que você constrói, você consegue construir uma coisa que vai fazer com que a vida da outra pessoa que se foi, de repente, valha a pena para você. Que ela se perpetue na

sua vida. É isso, a planta morre, cai a semente, mas cresce outra coisa que germina e vai construir outras coisas (P. 8).

Esta experiência da morte como um ciclo natural da vida também foi evidenciada na pesquisa de Lima *et al.* (2014), aparecendo nos discursos dos enfermeiros pesquisados o entendimento da morte como um ciclo natural da vida do ser humano. Esta visão permite ver a morte como um fato concreto, mas distante de acontecer.

A forma como a morte aparece causa espanto, visto que não pensamos nela por herança cultural ocidental. E a sua chegada modifica o contexto vivido e requer de todos uma postura quanto ao enfrentamento da situação. Esta postura pode variar dependendo do gênero ou da visão de mundo que cada pessoa possui. Os sentimentos relacionados à morte foram elucidados nos depoimentos a seguir:

Você tem que ser forte. Você precisa desenvolver aquela roupa social com alguém, você não quer que a sua mãe fique nervosa, então você vai ser forte quando a sua avó morrer. A vida é energia, uma hora ela vai acabar. [Em relação ao seu desenho de árvore]: simboliza essa sensação, é uma coisa que não vai dar mais fruto. De maneira figurada a morte (P. 9; ANEXO 3).

A morte é um evento que muda a vida radicalmente. Se você está ocupado com a faculdade, naquele momento você esquece de tudo: trabalho, dinheiro, até as dores físicas, porque alguém que você gostava morreu. É um evento que tira a sua identidade, você não pensa mais em você, na sua roupa, na dor, no cansaço, você esquece de você e só vive aquela dor. Desenhei uma menina, porque eu noto que normalmente as mulheres se expressam muito diferente dos homens em situação de morte. Normalmente, ou elas tomam a frente ou então desabam totalmente, então são dois extremos que eu vejo muito. [sobre o reconhecimento do corpo no hospital]: eu só consegui olhar pro rosto da minha tia e ver que ela estava com uma expressão muito horrível, eu só olhava para aquela expressão (P. 10; ANEXO 4).

Eu sou um pouco mais equilibrada nessa situação de morte porque eu procuro me colocar no lugar da pessoa. Será que eu gostaria de estar viva, mas não numa condição de vida razoável, estar sobrevivendo e não vivendo? Procuro pensar nos momentos que a pessoa estava bem. Por mais que eu esteja com saudade, ela deixou saudade boa, então está tudo bem (P. 13).

Eu vejo a morte como uma transição. Transição principalmente para quem fica. É uma experiência extremamente solitária, porque a vida segue. Mas só duas pessoas marcaram a minha vida: uma que eu nem cheguei a conhecer (pai) e o meu avô. Meu pai morreu eu tinha cinco dias de vida. Foi em um acidente de trabalho. [Sobre a morte do avô]: num belo dia vi sair todo mundo e eu fiquei na casa do vizinho e de repente, voltou todo mundo mal de preto e disseram: “Seu avô não volta mais, um dia a gente explica”, e eu estou esperando a explicação até hoje (P. 12).

A técnica do desenho explicitou a dificuldade de enfrentamento da morte, sendo relacionado a momentos de escuridão, solidão, tristeza e angústia relacionadas à perda de alguém significativo. Foi descrita a sensação de não ter feito o suficiente para quem partiu e do sofrimento de não poder salvar. Os discursos trazem os sentimentos frente à perda e o luto.

[Sobre o desenho]: Eu fiz o meu coração fragmentado, destruído, dentro de um abismo, na escuridão. Por algum tempo não conseguindo enxergar a luz que existe do lado de fora, a vida que existe do lado de fora. E aqui uma pessoa cercada [a pessoa enlutada], não por dúvidas, mas sem perspectiva, seguindo sozinha sem nada, sem escolha, sem caminho... Sozinha no meio da tempestade. Tem um azul simbolizando a vida do lado de fora, a luz. Mas por algum momento a gente não consegue enxergar isso; a gente fica afundado, submerso em tristeza (P. 2; ANEXO 5).

O desenho que eu fiz representa a sensação de perder alguém. O tempo para, por isso eu fiz um relógio, ele não está marcando hora, está completamente parado. E as setas são as direções: se vai atravessar, se vai seguir a vida ou se vai ficar em luto, remoendo o que poderia ter feito, o porquê de não estar com a pessoa no momento que ocorreu. A ponte significa que você vai mudar; esse lado aqui da ponte significa ficar na escuridão, sozinho, largado; aí atravessa a ponte e vai ganhar cores, o dia lindo (P1; ANEXO 6).

O enterro objetiva a perda, é um momento de concretização de que não há mais volta, não há esperança de voltar a vida. Esta angústia está manifesta no discurso de P1:

A gente enterra mesmo, joga terra em cima, pensei assim: meu Deus, agora foi! Acabou! Não vou mais vê-la! Aí eu fiquei desesperada, chorei, passei dois dias chorando. Meu pai perdeu a voz no momento em que ele soube. Ele ficou rouco, perdeu a voz (P.1)

O momento de perda nos remete a uma gama de sensações e sentimentos, nos fazendo optar por formas de lidar com ela. Algumas pessoas optam por ajudar as pessoas próximas e ignorar seus próprios sentimentos frente ao ocorrido, dificultando o seu contato com a situação de morte:

A pessoa vai embora, é uma confusão tão grande, tanta coisa que você sente, que você fica perdido dentro daquilo. E a minha fuga foi resolver os problemas de todo mundo menos os meus. Perdi a minha amiga mais recente em um acidente de carro e boa parte da família dela estava no carro. Era pra eu estar também, então rolou uma culpa, porque “Se eu estivesse lá, o que eu poderia ter feito?” Eu tentei ajudar o pai dela, eu tentei ajudar a avó, a tia, o mundo inteiro e eu fui deixando pra sentir aquilo depois, sabe? Eu não derramei uma lágrima por meses, mas também a hora que eu parei, eu desabei. Eu passei meses muito mal. Eu não tenho medo da morte, eu não tenho medo de lidar com a morte, mas a ausência e essa confusão, essa bagunça de sentimentos, eu acho que pra mim é o que mais incomoda (P. 25).

A tendência da atualidade em esconder a morte aparece no desenho de um participante, com parentes morrendo em hospital. A experiência dentro de casa é somente com a morte de animais de estimação:

Eu não tive muita experiência com a morte. Sempre as pessoas da minha família morreram dentro de um hospital. Por isso eu desenhei uma pessoa morrendo sozinha

no CTI e a família do lado de fora, porque era isso que sempre acontecia, a gente só recebia a mensagem de que a pessoa tinha morrido. Minha experiência de ver a morte foi com os meus animais. Eles estavam em casa e eu via eles morrendo... Então, nessa parte já tinha todo um ritual, a minha mãe me ajudava, a gente enterrava os bichos e assim que eu sofria a morte, mas com a minha família eu não sofri. A única vez que eu sofri mesmo foi no enterro do meu avô, o pai do meu pai, que quando eu vi meu pai chorando, aí eu sofri realmente, mas sofri pelo meu pai, não pelo meu avô. Sempre que morria alguém eu já via no funeral, não via o processo. Morria sempre afastado, com segurança. (P. 23; ANEXO 8).

A incerteza de quando será a morte de alguém significativo foi ponto de discussão para um participante, pois o mesmo observou que as pessoas morrem e nós não expressamos nosso amor e gratidão, por não considerar a morte como algo que poderá acontecer em qualquer momento, mesmo quando não há o seu anúncio através de uma doença crônica e fatal. E muitas vezes, sabendo desta possibilidade, estando à beira do leito, não há o discurso dos sentimentos por não querer objetivar esta finitude, deixando de se expressar.

A dor da perda e a quantidade de sentimentos deixam este momento confuso e difícil de se vivenciar, aparecendo muitas vezes a sensação de culpa por não ter feito tudo o que poderia para a pessoa durante sua vida.

Quando meu avô morreu foi exatamente assim e eu acho que o que eu mais percebo na minha mãe, que no fundo a incomoda, apesar da crença, é: “será que ele morreu sem saber o quando eu o amava?” Por que eu não estava ali com ele?”. Quando ela fala do meu avô é uma tristeza tão grande! Ele estava lá no hospital, ela estava do lado, aí ele teve aquela melhora, ela saiu para tomar um café e quando ela voltou ele tinha ido embora. E ela assim: “ele foi embora e eu não estava aqui... Ele sabe que eu amo, que eu estava aqui com ele. Será que ele realmente vai ter essa noção lá do outro lado?” Isso é uma coisa que pesa bastante (P. 15).

A dúvida do que é melhor para quem está morrendo permeia os pensamentos e ações de familiares e pessoas próximas, permanecendo a ideia de que o hospital possui todo o aparato tecnológico para gerar conforto nos últimos dias, mesmo que a pessoa que está morrendo tenha o desejo de morrer em casa. Este fato foi trazido por um participante que relata a angústia da perda de seu avô, que pediu para morrer em casa com a companhia de seus familiares. A esperança de reverter o quadro de finitude levou a família a ignorar o pedido do avô e levá-lo ao hospital, onde acabou morrendo.

A morte de alguém muito próximo e amado incita a pensar na morte de outras pessoas queridas, gerando uma sensação da vida estar fora de controle, podendo acontecer tudo sem que possamos definir como, quando e onde acontecerá. Tanto a própria morte quando a dos outros não está sob nosso domínio, fato que preocupa e angustia ao se deparar com o inevitável fim.

Eu não sei lidar com a morte, nem tão cedo eu vou aprender. Aqui [mostra o desenho] foi o dia do velório do meu avô [Choro]. Já faz seis anos, mas até hoje me dói. A sensação que eu tive era de pedir para ele não ir. Agora eu vejo que podia ser um egoísmo. Eu fiquei muito triste. Meu pai é uma pessoa muito durona e ele não chora por nada. E nesse dia eu acho que caiu a ficha dele questionando o que ele tinha feito pelo pai. Se tinha dado toda a atenção. A gente não queria aceitar, não queria ver. E ele: “você têm que aceitar”. E ele muito emagrecido, e pedia: “eu só quero morrer em casa, sabe? Eu queria morrer aqui, com você, com a minha família”. E a gente: “não vô, o senhor tem que ir pro hospital, a gente vai tratar do senhor”. No final da vida dele, a gente levou ele para o hospital, achando que ele iria melhorar e ele não melhorou [Choro]. Então você vê que mesmo a pessoa indo ela sente. É um carinho, um cuidado com você. E isso me emocionou demais. Ele era uma pessoa que não merecia ter sofrido (P. 19).

A certeza da morte não nos torna fortalecidos no momento que ela aparece. Temos concepções sobre a morte que são reavaliadas quando ela acontece. Os participantes destacam as suas concepções e suas dúvidas por não terem experimentado a perda de alguém próximo:

Eu desenhei umas nuvens, um tempo nublado, chuva e dois pássaros. A gente nasce com a única certeza de que vai morrer. A gente não tem certeza se vai estudar, se vai pra faculdade, do que vai ser; mas morrer você já sabe. Você nasce, cresce, se reproduz ou não e morre. E eu tenho a morte como uma passagem de uma pessoa, que ela cumpriu o que ela veio cumprir aqui e precisou retornar e foi embora. Não perdi pessoas muito, muito próximas a mim ainda, não sei qual seria a minha reação. A gente não está preparado pra isso. Mas a gente tem que entender também que vale a pena fazer em vida, enquanto as pessoas estão vivas aqui, que a gente possa marcar o coração delas de forma positiva e deixar uma lembrança boa. Lembrar você vai lembrar sempre. Você nunca vai esquecer, mas você tem que lembrar de uma forma positiva, que aquilo não seja um sofrimento pra você. Porque a pessoa que foi não ia gostar de te ver sofrendo (P. 20).

No meu desenho eu misturei uma pessoa triste, com algo na mão que seria para simbolizar uma lembrança de alguma pessoa que se foi. E tem uma casa, colorida. Apesar da pessoa estar triste, o contexto não é de tristeza. Eu nunca perdi ninguém próximo, mas eu já perdi pessoas próximas às pessoas mais próximas. Então eu acabei vivenciando a tristeza, o sentimento de perda por tabela. A gente acaba absorvendo um pouco. Apesar do luto e do choro ser uma fase, a gente tem que ter isso em mente, de se apegar as coisas boas, de pensar em como aquela pessoa te deu, te fez bem, de quanto aquela pessoa pôde contribuir. Eu fui uma vez no enterro da bisavó de uma amiga minha, por solidariedade. E aí quando eu vi a avó dessa minha amiga fechando o caixão e ela chorando eu pensei: “meu Deus e se for a minha mãe um dia, sabe? (P. 18).

### **Adequabilidade da morte nas gerações: a idade em que se “deve” ou se “espera” morrer**

Existem diferentes concepções sobre a morte e o processo de morrer nas várias etapas da vida. A morte de uma criança, de um jovem, de um adulto ou de um idoso possui variáveis que nos levam a crer, sob a ótica ocidental, que o morrer na terceira idade é melhor do que morrer jovem, pois quando se parte na juventude existe a impressão de que não houve tempo suficiente para se realizar tudo o que deseja.

A alta demanda e o tempo exigido na graduação mexem com os pensamentos sobre a morte, pois os estudantes se angustiam ao se imaginar morrendo após tanto tempo dedicado a uma formação. Pensar sobre a morte nos exige o exercício de reavaliar escolhas e relações estabelecidas. É um exercício importante para aprofundar nosso conhecimento e entender pelo que passam as pessoas que estão em fim de vida, seja em qual idade estiverem. Sempre há o que se perder em todas as idades e o ganho dependerá da concepção de vida que cada um carrega consigo.

Vários discursos mostram a preocupação em coisas a fazer antes de morrer e a sensação de não viver o que deseja. O imaginário de boa morte na idade avançada permeia os pensamentos e influência nas escolhas profissionais:

Eu penso mais no medo que eu tenho de não ter vivido muito, o bastante, do que como eu vou morrer. Eu tenho muito medo. Eu tenho muito mais facilidade de ver um idoso partir, porque eu tenho a ideia de que ele viveu, que ele aproveitou, que ele fez as escolhas dele, do que ver uma pessoa mais jovem. Estou optando na profissão em lidar com pessoas idosas, a cuidar de pessoas idosas, porque eu acho que eu não vou conseguir ver uma criança partindo, eu realmente não gosto, não consigo ter essa ideia de que eu não vivi o que eu queria tanto viver. Já abdiquei de tanta coisa, estudando aqui, se eu morrer amanhã eu vou ficar muito revoltada. Eu quero fazer outras coisas, sabe? (P. 22).

Eu não posso morrer sem ter feito algumas coisas. Eu tenho uma lista [risadas] que eu quero fazer em vida e eu tenho fé que eu vou conseguir realizar isso tudo antes de morrer (P. 20).

Não precisa ser velho, não precisa ter uma doença crônica, você não precisa ter câncer, você não precisa de nada, você pode morrer na rua. É, basta estar vivo. Eu falo: Mãe, eu quero ser enterrada com esse sapato [risadas], com salto roxo. Será que isso vai acontecer e ninguém vai fazer o que eu quero? Eu falo que eu quero doar meus órgãos, mas eu não quero doar tudo. Eu passei a pensar muito nisso, depois de perder uma pessoa jovem. Mas se acontecer, pelo menos disse o que eu queria. Eu preparei mais ou menos a minha família (P. 16).

Nem sempre morrer idoso significa ter vivido tudo em sua plenitude, conforme destacado no depoimento a seguir:

De certa forma é mais fácil aceitar a morte do idoso do que de uma pessoa jovem, mas às vezes a pessoa morreu com 100 anos e ela morreu com tanto desgosto, sabe? Com muito arrependimento de não ter feito o que queria na vida e uma pessoa de 20 anos pode ter ido se sentindo satisfeita de ter feito o que ele queria. Se sentir completo (P. 18).

E há também o discurso de estar vivo, mas de não viver conscientemente tudo, que pode ser comparado à morte em vida, onde não há uma percepção do todo, sendo levado pela rotina sem aprofundar as experiências:

Essa coisa da gente deslocar um pouco da atenção, de focar em outras coisas, eu acho que isso acontece não só com a morte em si, mas até durante a vida. Às vezes a gente tem algum problema e se ocupa muito com o trabalho, com a família, com outras coisas. Mas eu acredito que pode até ser uma forma de morte também, porque você acaba não vivendo também o que tem que viver e tá fugindo mesmo pra lá. Então eu acho que a gente acaba pensando na morte do corpo em si, mas também tem essas questões do dia-a-dia que afetam o nosso processo natural de viver (P.18).

Porque a gente passa a vida toda pra viver, a gente nunca tá pensando no dia de amanhã. Eu vou viver, porque amanhã eu vou morrer. A gente tá sempre vivendo e vivendo e vivendo... a gente não pensa que aquilo o que a gente tá fazendo pode acabar no morrer. Pode até ser que algumas pessoas pensem todos os dias que amanhã vai morrer, mas eu acho muito difícil isso (P. 24).

### **Morte aguda x morte crônica**

A forma que se morre também leva a pensamentos variados sobre o tema. A morte aguda é uma forma de morrer sem tempo para preparo ou despedida, sendo abrupta. Morrer lentamente, por um processo crônico, permite elaboração e despedidas. Embora nem sempre se está preparado para enfrentar e resolver tudo o que o fim exige, os estudantes discutem questões envolvendo as duas formas e suas percepções sobre a própria morte e o morrer dos outros:

Eu também penso muito nos outros, nas formas de morrer. Eu não quero morrer assim... eu não quero morrer queimada, eu não quero morrer afogada. Coisas assim. Uma coisa que mudou muito pra mim foi porque eu perdi uma pessoa muito nova, não perdi um avô, não... perdi um amigo de 22 anos, sabe? Durante a semana ele morreu. Eu acho que quando você tem um processo assim da pessoa estar doente, de certa forma você já vai se preparando, mas do nada? É pior, aquela pessoa que é importante pra você, não existe mais (P. 16).

Eu cresci com ela, então era aquela coisa. Ela tinha a minha idade, ela tinha os mesmos planos que eu, em alguns aspectos... acabou... do nada. Ela estava saindo da minha casa pra voltar pra casa dela e acabou (P. 25).

### **Experiências prévias com a morte**

A experiência com a morte de pessoas próximas marca a forma de encarar a morte e o processo de morrer durante a vida. Esta vivência pode afetar a forma de cuidar das pessoas e de si mesmo quando o assunto é finitude. Pode fazer com que haja um afastamento, numa tentativa de defesa de sensações de dor e desamparo que já foram experimentados em outros momentos. A forma como foi conduzida a perda pode marcar e influenciar atos e ações relacionadas a morte e luto.

Vários participantes expressaram suas dores relacionadas às perdas de pessoas significativas. Estas experiências anteriores provocam emoções e mobilizam sentimentos que podem ser complexos e se mesclarem aos sentimentos de familiares vivenciando perdas e luto.

Quando eu era pequena, a mãe de uma amiga morreu. Eu tinha uns 11 anos e teve o velório e tudo mais e meu pai me traumatizou. Eu não queria ver, eu nunca gostei de ver a pessoa no caixão. E o meu pai me forçou muito e ele falava assim: “E quando eu morrer?” Eu só tinha 11 anos, né? E isso foi um trauma pra mim. E depois disso, toda vez que alguém próximo morria, eu não queria ir, eu sempre ficava em casa dormindo, fiquei me isolando, sabe? Eu nunca quis, eu não gostava do sofrimento. A última experiência foi no ano passado, a mãe do meu pai faleceu e eu fui. Então eu desenhei que sou eu dormindo, eu prefiro ficar longe da pessoa, eu não quero ver, eu fico mais com a imagem da pessoa, a saudade, do que lembrar da pessoa ali (P. 14).

Quando criança também tinha essa sensação de “O meu pai ou minha mãe não pode morrer, eu vou ficar...” eu tinha essa sensação, tenho medo de ficar sozinha, sabe? Passei por isso também, não entrei em estado de depressão, mas eu pensava bastante nisso, quando eu vivenciei a primeira experiência de morte, dali eu comecei a ter noção de que as pessoas morriam. Fiquei com medo de perder meus pais (P. 22).

Quando é parente, eu tenho dificuldade de ver a pessoa morta, eu gosto de manter a lembrança da pessoa bem, feliz... eu não gosto de ver a pessoa morta. Mas quando é com outra pessoa, quando eu não tenho muita ligação, não tenho problema. Mas, família eu não consigo. Alguém muito próximo a mim, eu não consigo mesmo. Eu desabo na mesma hora. Eu não chego nem perto de caixão. Vou no enterro, mas eu fico de longe (P. 13).

No âmbito das experiências prévias, há relatos de mortes que não permitem despedidas, principalmente as que ocorrem de forma aguda. E há experiências relacionadas a despedidas e de como algumas vezes os pedidos relacionados à finitude são ignorados, por dificuldade de aceitação da morte:

O meu avô falou que queria juntar todo mundo no aniversário dele pra falar sobre o funeral dele. E eu: “vô, mas você está novo! Você joga vôlei de praia sozinho, dupla... pelo amor de Deus!, E ele: não! Vamos conversar sobre o meu funeral, quero a família inteira lá no meu aniversário para falar do meu funeral. Minha mãe já deixou tudo arrumado. A música do sétimo dia, deixou tudo arrumado (P. 1).

### **Funcionalidade na mobilização de afetos: usos e abusos da morte**

Algumas pessoas se aproveitam da morte e do medo que esta gera, persuadindo pessoas a realizarem o que se pede em nome da morte estar próxima, favorecendo uma chantagem emocional. Este fato foi apontado por dois participantes:

E assim, eu vivi muito isso lá em casa. Minha mãe fala toda hora “ai, eu acho que eu vou morrer”. Aí ela vira e fala: “se eu morrer agora?”. Quando eu saio com minhas amigas ela me manda mensagem: “quando você chegar eu já estou gelada, morta em casa! (risos). Ela me deixa muito maluca! E ela fala isso o tempo todo. As frases só vão mudando e eu percebo que é carência. Às vezes realmente ela sente dor no peito, a pressão está alta e isso me deixa nervosa. Agora a maioria das vezes eu vejo que é pura carência. Eu me sinto culpada. Quando ela me manda mensagem eu acho que eu tenho que ir pra casa, acaba o meu momento ali (P. 5).

Esse meu ex-namorado, ex... futuro ex, ele é assim. Ele ameaça de se matar o tempo inteiro. Ele liga pra mim e diz: preciso me despedir de você porque eu não aguento mais (P. 4).

### **Formas de lidar com o luto e luto não autorizado**

A maioria dos participantes encontra na espiritualidade o apoio necessário para lidar com a dor da perda. Pensar que a pessoa que morreu está vivendo de outra forma e em um lugar melhor conforta e traz a ideia de continuidade.

Se for pensar que existe um outro lugar, onde as pessoas que não estão mais aqui estão lá, é uma forma de conforto, você ter a sua fé, e aí, a saudade já não precisa ser uma coisa ruim, ela já vira um sentimento bom, porque você vai aceitando e amadurecendo a ideia de que ela não vem mais, não volta mais, mas que ela vai estar ali pelas lembranças e por tudo o que ela viveu com você e tudo mais (P. 7).

Quando a minha tia faleceu eu fiquei muito tempo lembrando da morte... de como foi a morte dela e a minha mãe conversou muito comigo, que eu tinha que lembrar das coisas boas que ela fez em vida e não lembrar daquele momento. É um processo que não tem como a gente fugir, vai acontecer. É uma sensação de vazio. Quando eu beijei a minha avó, senti uma sensação de vazio, sem ter a quem recorrer. Por mais que eu não conheça a pessoa, não seja da família, é uma pessoa que está morrendo e eu penso nas pessoas que estão sofrendo porque ela está morrendo e é difícil demais. Isso é muito complicado. (P. 11).

[AO DESCREVER O DESENHO COM UMA PONTE]: No caso, ficar sozinha em luto ou atravessar e tentar aproveitar. Não é esquecer a pessoa que morreu, mas superar. Como se aquela ponte não afetasse mais a você, não te limitasse de fazer algo mais, porque na escuridão a gente não faz nada, a gente fica triste, fechado, sozinho e a parte colorida do desenho mostra o que a gente está precisando no momento, procurar estar de volta nos estudos, procurar entrar em atividade normalmente. Eu fiquei um mês lá, sem querer sair de casa. Quando eu voltei eu também não consegui retomar. Eu reprovei a faculdade e tudo, mas eu estou atravessando a ponte! Recuperar o que eu perdi nesse tempo; não foi perdido, é o que eu me neguei a fazer. Eu poderia muito bem ter voltado, continuado a estudar, mas eu tirei esse tempo para ficar na minha cidade. Eu moro longe (P.1; ANEXO 6).

Eu desenhei isso pra mostrar que realmente a gente quer que a pessoa fique aqui, mas talvez não seja o melhor pra ela. Ele estava sofrendo. Hoje eu vejo que ele com certeza deve estar melhor onde está e eu sei que as outras pessoas que já se foram da minha família também (P. 17).

Existem perdas que não são socialmente reconhecidas no seu pesar, como o luto por animais de estimação, o luto de amantes e o luto por aborto, pouco discutido. Os participantes destacaram a perda relacionada aos animais:

Em relação a perder animais de estimação, pra quem não tem pode achar que é besteira mas é uma dor muito forte. Eu tenho cachorro e eu sei que ele tá velho, a gente fica pensando: "Meu Deus, como vai ser?" A gente chega em casa é o cachorro com aquela festa e o tempo inteiro a família passando com a companhia do cachorro. Ele é da família, sabe? É o bebezinho da família. Eu perdi animais e sofri muito. Antes de perder um amigo o meu conhecimento de luto era perder animais de estimação (P. 16).

Eu lido relativamente bem com essa situação, mas quando ela falou dos animais... (P. 18).

Nós vimos o pombo morrendo um dia [risos], ficamos desesperadas. Em frente ao PA, foi... tenso (P. 23).

Eu sempre gostei muito de animais [choro] Eu tive dois periquitos quando eu era pequena e eles morreram. Mas até que eu lidei bem. Fiquei triste... Só que agora eu continuo sem ter animais... [choro]. Talvez seja muito mais difícil aceitar a morte do animal do que de uma pessoa porque o animal parece inocente (P. 18).

Parece que é sua responsabilidade. Você é responsável por ele. No homem não, tem uma rede de apoio. O animal não, ele tem só você (P. 23).

As formas de lidar com o luto apareceram também na segunda etapa da dinâmica de grupo, refletida na construção de um cenário de cuidado na situação de morte, onde se destacou as características de vivenciar o luto de formas distintas, sendo para algumas pessoas uma forma ideal onde se tem amparo e para outras o isolamento como forma de absorção do ocorrido, conforme destaque no discurso do participante e da análise da foto a seguir:

Figura 4 – Cena representando as formas de lidar com o luto.



Fonte: grupo 1, curso 2 (2015).

A gente parou pra pensar que cuidar depende mais de quem vai cuidar do que de quem vai ser cuidado porque a minha forma de agir no luto é uma, a forma dela é outra. Eu, por exemplo, eu gosto de ficar sozinha, eu gosto de me isolar. A melhor forma de cuidar de mim é me manter confortável num cantinho. Ela, por exemplo, queria um abraço, não gosta de ficar sozinha. Ela no luto dela com apoio e eu no meu cantinho sozinha (P. 4).

### **Morte e espiritualidade**

Quando analisamos fenômenos relacionados ao nascer e ao morrer nos deparamos com o que há de sagrado na criação humana, onde várias religiões enfocam o porquê de estarmos nascendo e para onde vamos no fim desta existência. A visão espiritualista também apareceu nos relatos dos estudantes, conforme evidenciado nos exemplos de excertos a seguir:

Pra mim essas quatro coisas estão envolvidas nas respostas da morte, que é a luz, a energia, a paz e Deus (P. 8)

Minha primeira experiência de morte, foi com a minha avó com 12 anos, eu lembro que eu só pensava *assim...* eu sou evangélica, então eu pensava: Deus, se for *pra* ela melhorar, que ela melhore logo, se não for, leva *pra* ela não sofrer. Eu guardo muito isso *pra* mim até hoje (P. 13).

Eu perdi um cunhado com 18 anos, foi overdose no caso dele. Então assim, foi difícil de ver o meu cunhado nesse plano espiritual que eu vi a minha bisavó, que por ter sido uma morte difícil e assim, tudo o que eu presenciei que ele fez eu não conseguia aceitar a morte dele e ao mesmo tempo não conseguia ver que ele estava bem, num plano espiritual bom. Até hoje eu ainda tenho aquilo comigo: por que com ele? Por que tão novo? Por que foi daquela forma? (P. 5).

Eu me isolei e fiquei pensando: “tudo bem, ele morreu. Mas na minha cabeça sei que ele foi descansar, tá com Deus, foi em paz”. Foi assim. Pra mim na hora ele sofreu menos. Ele vai pro céu, ele está com Deus e todo mundo chorando, se jogando no túmulo, e eu lá quieta sabendo dentro de mim que ele iria pro céu. (P. 24; ANEXO 9).

É claro que a gente sente saudade, mas eu acredito que um dia vamos todos nos reencontrar e isso não me assusta (P. 15).

A gente tá sendo preparado para morrer, a gente tá sendo purificado. Toda vez que a gente vai numa missa a gente se confessa pra poder sair de lá preparado pra se morrer... [risos] Você tá salva. Mas não é isso o que eu identifico todos os dias, porque a gente não vive pensando que vai morrer. A gente passa o resto da semana tentando fazer de tudo pra não pecar, mas a gente não pensa em morrer. A gente não tá querendo morrer, mas toda a vez que a gente tá com aquela crença, com aquela religião é pra evitar que a sua morte seja dolorosa no sentido pós-morte. Se você vai pra um lugar, se você vai pra outro (P.24)

A espiritualidade também apareceu na montagem de um cenário de cuidado, expressa na segunda etapa da primeira dinâmica sobre a temática, onde se destacou o ato de rezar como uma forma de cuidado para quem está morrendo ou morreu e para um cuidado de si, sendo demonstrada na foto e no discurso a seguir:

Figura 5 – Cena representando a espiritualidade para lidar com a morte e o morrer.



Fonte: grupo 2, curso 2 (2015).

Não precisa ser o cuidado pessoa, pode ser o cuidado Enfermeira. Eu diversas vezes me vi no hospital rezando, na beira do leito, por alguém que tinha acabado de partir e vi com acompanhante também, tentando mostrar a minha solidariedade, dar um amparo. [Em relação ao cuidado espiritual, se faz para auxiliar a si mesma ou para o outro]: Eu faço por mim. Já aconteceu de ser pedido da pessoa, mas geralmente eu faço por mim. Pedindo paz, luz e também conforto pra família também e oração para os que ficam também. Eu me sinto em paz, comigo mesma. Pelo menos eu fiz alguma coisa, mesmo talvez quando eu não pudesse fazer mais nada, eu tentei fazer alguma coisa (P. 2).

Em um relato sobre tentativa de suicídio, emergiu como os profissionais de saúde trazem em seu discurso a espiritualidade como forma de explicação sobre fatos que envolvem vida e morte:

Eu fiquei muito próximo da morte, os médicos não sabiam como eu estava viva, um médico perguntou: “qual a sua religião?”. “você acredita em Deus?” “porque no seu caso foi milagre de Deus e agradeça muito a Deus por você estar viva novamente”, porque eu fiquei bem próximo da morte e já vivi o meu luto porque eu demorei muito tempo pra me recuperar daquilo (P. 5).

Sobre o tema da espiritualidade, importa considerar, também, as ideias veiculadas sobre a ausência de religião:

Eu sou ateia. Consigo lidar bem com a morte, não chorar, não fazer escândalo. A minha irmã é muito religiosa, chora muito, fica muito abalada e nós sempre tivemos família unida. Minha família me julga um pouco por isso. Minha avó fala que eu fujo da situação, estou sendo fria por não ter sentimentos, mas não é. Eu só entendo de uma maneira diferente. Às vezes as pessoas ficam mantendo a religião como se fosse uma fuga. Eu tenho sentimentos! Eu só entendo que não tem uma vida após a morte. Morreu acabou. Você tem que fazer enquanto a pessoa está viva (P. 23).

### **Discussão**

A morte ainda é vista pelos profissionais de saúde como fracasso. Preparar-se para viver a própria morte e a dos outros com sensibilidade ainda se constitui um tabu, sendo pouco explorada nas discussões universitárias e em suas disciplinas, pois falar de morte nos remete ao medo e a angústia frente a preocupação sobre a finitude e sobre a fragilidade da vida humana (MONDRAGÓN-SÁNCHEZ *et al.*, 2015).

A construção de significados é pessoal e intransferível, calcado na cultura e na biografia. Este não é linear e recebe o suporte da ciência, da espiritualidade, dos fios que tecem a identidade da pessoa, da família e da comunidade. Os sentimentos dos familiares de pacientes com câncer são semelhantes aos dos profissionais que os assistem no cuidado, como sintomas depressivos, negação, raiva, culpa e pensamento mágico, sentindo-se impotentes diante do avançar da doença e do limite de recursos pessoais e científicos. São utilizados recursos internos baseados na espiritualidade e na fé, pois geralmente não há estímulos para a busca de elaboração de sentimentos nos locais de trabalho ou na própria formação profissional (SILVA, 2009).

Esta construção de significados e as atitudes relacionadas à morte sofrem influências de um sistema de crenças pessoais, culturais, sociais e filosóficas, moldando os comportamentos de forma consciente e inconsciente, com reflexo na assistência prestada (PETERS *et al.*, 2013).

O medo da morte deve ser trabalhado com exercícios de autoconhecimento, facilitando a elaboração de sentimentos oriundos deste medo, pois na falta deste exercício observamos a tendência natural de afastamento da morte, deixando a pessoa em fim de vida e seus familiares desprovidos de uma assistência de qualidade. Esta reflexão do próprio processo de vida, onde se inclui a finitude, leva as pessoas a posicionarem-se de modo verdadeiro perante questões existenciais, segundo sua cultura e orientação pessoal, facilitando o cuidado do outro através do cuidado de si (GONÇALVES *et al.*, 2013).

A ressignificação de vivências anteriores com a morte de pessoas significativas e a possibilidade de verbalização destes sentimentos também se constitui como cuidado de si,

visto que muitas vezes são estes cenários internos mal elaborados que nos remetem ao afastamento do cuidado de indivíduos e famílias no processo de finitude pela associação de sua história de vida e a situação dos pacientes (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Algumas crianças que vivenciaram a morte de pessoas próximas podem ficar com medo de perderem seus pais, pois descobriram que a morte pode acontecer e que não há como saber quem irá. Esta angústia muitas vezes precisa ser trabalhada para que não haja problemas emocionais oriundos desta percepção de perda (ANTHONY, 2009).

A forma como se internaliza estas perdas reaparece no contato como profissional, no âmbito da finitude. Perceber esta ligação e ressignificar estas vivências se faz necessário para que se consiga assistir a um paciente terminal em todas as suas nuances, assim como dar apoio aos familiares que estão passando por experiências similares às vividas pessoalmente.

Sobre onde morrer, destaca-se que profissionais que atuam na área de cuidados paliativos oncológicos entendem o ideal de morte como aquele que acontece no domicílio, rodeado por familiares (KAPPAUN; GOMES, 2013). Porém, morrer em casa possui nuances a serem consideradas que poderão comprometer o óbito, sendo apontado a falta de estrutura de muitas famílias brasileiras para abrigar e cuidar de pessoas doentes que estão em degradação física e emocional, com elevada demanda. Este modelo foi inspirado nos padrões europeus para o final de vida, sendo necessário critério para a realidade brasileira (CORDEIRO; KRUSE, 2015).

A culpa de não saber lidar com o processo de finitude no domicílio pode trazer sérios danos à família, contribuindo para um luto complicado. O protagonismo na vida vivida e na escolha de onde e como será a sua morte ainda esbarra em fatores econômicos e políticos importantes (CORDEIRO; KRUSE, 2015).

Pessoas que vão contra o ideal de morte em domicílio, que não aceitam o fim e decidem investir em recursos para manutenção da vida, são apontados na mídia como errados por provocarem maior sofrimento e prolongar a morte, tornando-a indigna e sem qualidade (KAPPAUN; GOMES, 2013). Encontrar um equilíbrio entre estas situações faz parte de uma discussão ampliada sobre morte e o processo de morrer que temos que enfrentar enquanto profissionais da área de saúde e enquanto pessoa que está viva e passará por estas escolhas em alguma fase da vida.

Um estudo sobre o cuidado e conforto para uma boa morte indicou a associação deste com conforto físico por meio de tecnologias duras, principalmente para alívio da dor e do desconforto respiratório. Foi destaque para este grupo que o atendimento deve ser isento de procedimentos invasivos incapazes de oferecer qualquer alternativa real de reverter a situação

de terminalidade, ou seja, que se traduzam em prolongamento da vida sem resultar na cura, levando a prolongamento do sofrimento de pacientes e familiares (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

Pesquisa realizada com enfermeiros, relacionada à morte, apontou como recurso utilizado para se defender do medo da morte o distanciamento, pois muitos acreditam que o envolvimento afetivo e emocional ou até religioso pode ser traduzido como ato antiético, que se refletirá em uma assistência inadequada. Acreditam que para o desenvolvimento de uma assistência ideal deve-se evitar construção de vínculos afetivos, demonstração de carinho ou amizade, visto que os pacientes irão morrer e com isso gerar sofrimento para que cuida (ABRÃO *et al.*, 2013; LUZ *et al.*, 2016).

A categoria de enfermagem é apontada como a que mais se desgasta emocionalmente com a morte do paciente devido ao acompanhamento de sua trajetória, com constantes internações e acompanhamento da dor e do sofrimento. Utiliza-se a estratégia de distanciamento do paciente como tentativa de mascarar a morte, omissão de assuntos relacionados à finitude, não criar vínculos e não individualizar o atendimento (HERMES e LAMARCA, 2013).

A despeito destes resultados que indicam o afastamento, Silva, Campos e Pereira (2011) afirmam que cuidar do paciente em processo de morte e morrer deve ser tão gratificante quanto a ressuscitação de um paciente com parada cardíaca, partindo da visão de que a morte faz parte da vida. A promoção da boa morte se traduz em prestar cuidados de enfermagem com dignidade e respeito, gerando uma terminalidade com o mínimo de sofrimento e dor.

Um estudo do enfrentamento do cuidado para a morte realizado com técnicos de enfermagem evidenciou que os mesmos utilizam como recurso estratégias apoiadas nos preceitos morais, éticos e religiosos, sendo neste último utilizada a concepção de que a morte é um desígnio de Deus e não do Homem. Apontam como cuidados pertinentes nesta fase a sedação, alimentação e higiene e a abordagem às necessidades físicas, psicológicas e sociais (BERALDO; ALMEIDA; BOCCHI, 2015).

A aceitação da doença e suas consequências transparecem através da resignação e da naturalidade em enfermeiros atuantes no contexto oncológico onde há uma convivência direta com o sofrimento e as necessidades psicobiológicas e espirituais da pessoa com câncer, aprimorando a escuta e a sensibilidade (LUZ *et al.*, 2016).

Em uma pesquisa realizada em uma UTI foi descrito que no momento que ocorre o óbito cada profissional tem sua ocupação determinada: o médico confirma o óbito, anota o

horário e comunica à enfermagem, além de preencher o atestado de óbito. A enfermeira entrega o atestado de óbito aos familiares e os técnicos de enfermagem preparam o corpo e comunicam ao profissional da capela. As reações neste momento foram diversas, variando se a morte era esperada ou inesperada e pelo tempo de convívio do paciente com a equipe. Observou-se maior impacto em morte de jovens e na morte inesperada. Na equipe observada alguns demonstraram sentimentos enquanto outros não alteraram sua expressão e rotina de trabalho. Alguns utilizaram o recurso do humor com eufemismos e brincadeiras para alívio da tensão (SILVA; MENEZES, 2015).

Foram apontadas como estratégias de enfrentamento nestas situações de instabilidade emocional e estresse a religiosidade e/ou espiritualidade e a mecanização e despersonalização do cuidado, levando ao distanciamento e racionalização no momento da morte (KUHN; LAZZARI; JUNG, 2011).

Nos resultados desta pesquisa identificou-se o tema da idade mais apropriada para se morrer e, nesse interim, destaca-se que a idade no momento que se morre se constitui um fator que traz diferenças no cuidado em fim de vida, pois muitos profissionais apresentam dificuldade em aceitar a morte de uma criança ou jovem. Há um contraste relacionado à aceitação da morte em relação à faixa etária daquele que morre, se um adulto ou uma criança ou jovem. A justificativa da melhor aceitação da morte de um idoso se pauta no fato de que o idoso já teve a oportunidade de usufruir da vida e se realizar, enquanto a criança ou o jovem interrompe esta possibilidade com a morte (MENEZES; BARBOSA, 2013; COCENTINO; VIANA, 2011).

A morte de um idoso apresenta características peculiares, como o seu enfrentamento de forma mais natural, como parte do ciclo de vida, onde estes preferem estarem acompanhados de seus familiares. Por outro lado, os familiares nem sempre aceitam desta forma natural, como demonstrado na tentativa de adiar a morte ao recorrer a socorro médico em hospitais, mesmo contra a vontade do idoso, levando o mesmo para morrer no hospital, mesmo que ele verbalize a vontade de morrer em sua casa (SOUSA; RIBEIRO, 2013).

Esta visão de melhor aceitação da morte de um idoso marca o processo de decisões de fim de vida. Ao adulto ou idoso recai a necessidade do resgate de pendências, em que a equipe deve dar foco na resolução de conflitos e de problemas existentes. No caso do fim da vida da criança o esperado fica na realização dos desejos dela, pois supõe-se que a mesma não viveu tempo suficiente para a produção de pendências a serem resolvidas (MENEZES; BARBOSA, 2013).

Apesar de haver melhor aceitação da morte de um idoso, os profissionais de enfermagem ainda são pouco preparados para lidar com os aspectos envolvidos no envelhecimento no que se relaciona à sua complexidade e especificidade inerentes deste ciclo de vida (SOUSA; RIBEIRO, 2013).

No caminhar para a velhice o ser humano se depara cada vez mais com a morte, presenciando-a na família, na vizinhança e nos amigos. Há também o convívio com o corpo cada vez mais limitado, algumas vezes mutilado e impedido de trabalhar ou desenvolver atividades que antes eram possíveis. Esta limitação traz à consciência a finitude na interação dinâmica do processo saúde-doença-velhice. Este processo leva o idoso a apresentar um luto antecipado tão perturbador quanto a morte efetiva de alguém, se constituindo um desafio para a equipe de saúde (GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013).

O tema morte mobiliza o pensamento sobre a transcendência do ser. A espiritualidade e a religiosidade vêm à tona e se constituem em apoios quando há a percepção da impotência diante da terminalidade, se constituindo como recursos para superar o sofrimento (LIMA *et al.*, 2014).

Considera-se a espiritualidade como fonte de força que traz conforto tanto para os pacientes quanto para os profissionais, sendo um mecanismo para o enfrentamento e aceitação da doença, porém ainda há um despreparo dos profissionais para lidarem com questões relacionadas à espiritualidade dos pacientes, dificultando esta assistência (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Foi destaque em alguns depoimentos a utilização da espiritualidade como forma de melhoria de si, destacando a ida à igreja e o ato de se confessar como protetor e preparatório para a morte; rituais católicos de acordo com a opção religiosa do participante citado. A utilização da espiritualidade também foi recurso utilizado como suporte para lidar com a perda de pessoas significativas, com expressão de um imaginário desta pessoa que morreu habitando um lugar melhor e sagrado, onde as dores cessaram e há um conforto e paz.

Esta visão de céu é oriunda de religiões que destacam a vida após a morte, com a certeza de que, independente da forma como se morre, há um ressurgir em outra vida, mantendo a essência perfeita e sem sequelas de como se fez a passagem para este mundo novo. Uma das funções da religião se concentra em amenizar o sofrimento e ajudar a lidar com a perda (PEREIRA, 2013).

A visão de integridade da essência da pessoa que morreu se traduz como recurso importante no caso de mortes agudas e com desconfiguração de corpos, fato que impressiona e compromete o luto dos amigos e familiares, sendo importante mecanismo de reestruturação

pessoal após a perda, conforme evidenciado pela descrição de algumas mortes de amigos e familiares dos participantes.

A espiritualidade/religiosidade/fé interferem de maneira positiva no enfrentamento de obstáculos e dificuldades da vida, fortalecendo a resiliência e melhorando a qualidade de vida. Incentivo e promoção de medidas de educação voltadas a este tema são importantes para pacientes e profissionais, trazendo benefícios a todos (ROCHA; CIOSAK; 2014).

Estudo realizado com estudantes de graduação apontou a espiritualidade como fator protetor relacionado à ansiedade, atuando como promotor de saúde e preservação de um estado de saúde melhor (CHAVES *et al.*, 2015).

Historicamente a religião influencia o modo de pensar e agir das pessoas, levando à aceitação ou a rejeição da morte. Nos discursos observou-se esta influência ao descrever a visão de morte como descanso ou início de uma vida melhor, com a continuação pós-morte, demonstrando a ideia de aceitação da finitude, sendo similar à pesquisa de Medeiros e Bonfada (2012) com profissionais de enfermagem sobre esta temática. Estes autores evidenciaram que estes profissionais utilizam a religião como forma de suporte para lidarem com a morte, sendo este um fator de conforto e ajuda para suportar dificuldades, influenciando a maneira de aceitação do fim de vida.

Com base nos resultados até então evidenciados, entende-se que é preciso falar sobre a morte, problematiza-la no âmbito da formação profissional e mobilizar recursos para enfrenta-la no intuito de ajudar as pessoas nas suas vivências e experiências com a morte e o processo de morrer. Deste modo pretende-se que este evento não surja como uma surpresa, mas como algo esperado devido a situação dos pacientes, possibilitando maior preparo para lidar com essa situação.

O autoconhecimento foi apontado por uma pesquisa sobre o ensino de enfermagem e os cuidados de pessoas ao fim de vida como fundamental para posicionarem-se de modo verdadeiro frente às questões que envolvem o seu próprio processo de vida e sua finitude (GONÇALVES *et al.*, 2013).

Com isso, a posição assumida é que se faz necessário um melhor preparo, desde a formação, para saber suportar situações de perda, frustração e morte. A perda no controle da situação e a possibilidade de morte fazem com que o enfermeiro encare suas limitações e questione suas habilidades profissionais (LIMA *et al.*, 2014).

O cuidado pessoal engloba o enfrentamento de diversos sentimentos e emoções relacionados à sua própria morte e ao morrer do outro. Este aprofundamento precisa ser facilitado desde o início da graduação em saúde para possibilitar uma formação mais ampla,

capaz de transformar o estudante em um profissional habilitado para lidar com situações limite e torná-lo resistente aos embates emocionais que fazem parte da assistência.

Os profissionais de saúde precisam de cuidados porque os mesmos são preparados para lidarem com a cura de doenças. Ao se depararem com uma doença com quadro irreversível comumente sentem-se impotentes, necessitando de um espaço de escuta e algumas vezes de atendimento por um profissional da área de saúde mental (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

Trabalhos que envolvam a identificação de sentimentos e emoções oriundas de situações de estresse vivenciadas no cuidado podem contribuir para o autoconhecimento e fortalecimento pessoal, a fim de minimizar possíveis desgastes comprometedores da saúde física e mental destes futuros profissionais.

Nesta pesquisa foi evidenciada a necessidade de oferta de momentos de discussão sobre o cuidado de si relacionado à morte e ao morrer, pois este tema ainda se constitui como tabu em nossa sociedade e interfere na assistência prestada, assim como na resolução de conflitos pessoais que poderão surgir em decorrência da experiência de acompanhamento de mortes próximas.

## **CAPÍTULO V - A MORTE E SUAS DEMANDAS PARA A ENFERMAGEM: CUIDAR DO OUTRO**

A enfermagem como arte e ciência do cuidado vem ao longo dos seus anos investindo na construção de uma prática cientificamente fundamentada, visando à construção de um campo de ciência próprio e com conhecimentos que amparem as pessoas que necessitem de conforto, bem-estar, atenção e alívio dos sofrimentos (FERREIRA, 2011).

É uma profissão que cuida do indivíduo desde o planejamento para a sua concepção até a sua fase final e depois dela também, executando os cuidados com o corpo pós-morte. Ou seja, desde antes de nascer até depois de sua morte a enfermagem ampara e cuida das pessoas.

Há uma sobrecarga emocional no atendimento dos próprios sentimentos e daqueles a quem prestamos cuidado, como os pacientes e seus familiares. Estabelecer um cuidado integral ao indivíduo e sua família, respeitando as necessidades de ambos e criar estratégias para este cuidado se constitui em um desafio diário.

A vivência dos profissionais com o processo de morrer é única e de impacto individual, levando o profissional a se deparar com a sua própria finitude ao acompanhar a finitude do outro. O sofrimento se intensifica se o doente é jovem ou se deixará filhos pequenos, ocorrendo a transferência para a sua própria vida (KAPPAUN; GOMEZ, 2013).

O encontro com a morte faz parte do cotidiano e desperta sentimentos difíceis de serem abarcados, pois não há um preparo adequado para trabalhar com a morte. É necessário que os profissionais de enfermagem sejam assistidos de forma holística e reconhecidos como seres humanos biopsicossociais e espirituais e não somente como meros provedores de cuidado (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2014).

Pesquisa realizada por Germano e Meneguim (2013) com estudantes do quarto ano de graduação em enfermagem evidenciou fatores desgastantes no atendimento a pacientes em cuidados paliativos. As dificuldades encontradas no relacionamento com familiares, dificuldade em lidar com a morte; em estabelecer comunicação não-verbal, sentimento de impotência e frustração, preocupação com uma morte digna, a complexidade do cuidado, registros incompletos no prontuário, na assistência e falhas na comunicação interpessoal foram os resultados encontrados e, parte deles, convergem com os resultados desta tese.

Faz parte do planejamento de ações de cuidado humanizado a escuta, percepção, compreensão e identificação de necessidades dos pacientes em fase final de vida. Deter conhecimentos e habilidades de comunicação verbal e não-verbal é imprescindível na decodificação das necessidades dos pacientes que muitas vezes são difíceis de se

compreender. Essa comunicação poderá subsidiar o paciente no enfrentamento do processo de terminalidade (BRITO *et al.*, 2014).

A comunicação verbal ocorre por meio de estratégias como despertar temáticas sobre religiosidade/fé, visando orientar o perdão de falhas que possam interferir na paz interior e medo da morte e ajuda com palavras de apoio. Entender expressões faciais faz parte da compreensão da comunicação não-verbal, possibilitando identificar fatores que aumentem o sofrimento do indivíduo em relação ao seu fim, entendendo o que não é falado verbalmente, mas que é sentido por este (BRITO *et al.*, 2014).

### **Morte: difícil aceitação**

Os significados construídos a partir dos desenhos mostram que o primeiro discurso que surge e que nem sempre é como relatamos é que a morte é parte da vida. Na sociedade ocidental há uma dificuldade de aceitação da morte:

Você vai se contrastar com pessoas que não aceitam necessariamente a morte (...) é um processo natural, mas as pessoas não necessariamente estão preparadas para isso, e aí a gente tem que ajudar no preparo das pessoas para a situação da morte (P. 8).

O mesmo participante prossegue em sua análise apontando o risco de tornar o fenômeno tão natural a ponto de ser entendido como descaso à pessoa que está inserida no contexto de cuidado frente à morte, explicitado na seguinte fala:

É muito a sua postura. Você pode se tornar uma pessoa fria por achar que é normal e minimizar o sentimento do outro. Você tem que saber lidar com o outro (P. 8).

O seu desenho continha uma pena, uma pipa, uma bailarina, o rio, um dia de sol. Observa-se por esta representação as demandas paradoxais para o enfrentamento da morte, onde se deve ser forte e ser leve para dar conta da situação pessoal e profissional.

Pra mim a morte precisa ter leveza, pra dar tranquilidade pra quem esteja morrendo e tem que ter amor. Ser como uma bailarina, porque tem que ter muita força. Você tem que ter muita força pra poder demonstrar leveza Uma bailarina não é uma coisa fraca (P. 8; APÊNDICE H).

Observa-se neste discurso a dificuldade de lidar com a situação que envolve a morte pelo que se espera de demonstração de sentimentos. Veem-se como características de pessoas fortes: não chorar, não demonstrar sentimentos, ser uma fortaleza emocional, sensação de não poder sentir a perda.

Às vezes a gente se prende na sensação de não poder sentir esta perda, uma coisa ruim, fica triste, chora, dá uma sensação de impotência. A gente sempre acha que poderia fazer alguma coisa por aquela pessoa (P. 7).

A gente começa a presenciar mortes, doenças e formas de morrer. Poxa, eu não queria morrer assim! Eu tenho medo. Eu não tenho medo de morrer, a morte pode chegar pra mim, a morte vai chegar, não tenho problema nenhum, eu sei que eu vou morrer, mas eu não quero morrer afogada, porque vai doer. Eu tenho pavor de pensar na forma como eu vou morrer, porque se eu morrer com um tiro, eu acho que eu não vou sofrer tanto quanto tomar uma facada. Você vai pegando isso pra você e aí sim a questão da morte vai vindo e você vai pensando, você vai refletindo (P. 24).

Como estratégias de enfrentamento desta situação uma participante verbaliza:

A primeira coisa que a gente deveria fazer, além de priorizar aquela pessoa que está lá é pensar em como você está se sentindo. A partir do momento que você aceita os seus sentimentos, você consegue lidar melhor com a própria pessoa que está passando pelo processo de morte e com as outras pessoas que vão precisar de você (P. 7).

Por estar mais próximo do paciente e de seus familiares o profissional de enfermagem é mais solicitado nos momentos difíceis, gerando uma sobrecarga física e emocional. Por isso, este profissional precisa de mecanismos para entender e lidar com sentimentos que emergem desta interação, necessitando equilibrar sentimentos e emoções de si e das pessoas aos seus cuidados. No momento em que a morte acontece emanam diversos pensamentos e emoções que precisam de elaboração.

A pessoa está sofrendo, na cama de hospital e tudo mais. Então a gente vai começando a aceitar esse processo de morte ao longo do tempo e já pensando... que foi esse balãozinho que eu fiz de uma pessoa em um lugar melhor. Aí eu já entro na parte de religiosidade e fé (P. 7).

Sobre a gente ter que respeitar a hora da pessoa e a gente não respeita, sabe? É até um pouco egoísta, mesmo. Às vezes a pessoa está sofrendo, a gente está vendo que a pessoa está sofrendo e quer que a pessoa continue ali com a gente. E eu lembro que quando a minha avó faleceu. Todo mundo vendo que ela estava sofrendo muito. Ela morreu com 88 pra 89 anos, acamada há quase três. E aí o meu pai falou: ela descansou; e o meu tio: “Não, não... ela estava bem! Como assim ela descansou?” Ele não aceita até hoje, ele não aceita de jeito nenhum. Pra ele ela estava ótima, só que estava todo mundo vendo que não estava (P. 14).

### **O que é ser enfermeira nesse contexto de cuidar**

Diante de suas múltiplas funções e responsabilidades, aprender a cuidar de forma ampla atentando para todas as necessidades de um indivíduo desperta nos estudantes preocupações e sentimentos neste trajeto de apreensão de conteúdos e a relação com o momento final de uma pessoa, conforme se evidencia nos significados contidos nos conteúdos

dos discursos. O desconhecimento inicial do que é ser uma enfermeira fica destacado também, aumentando a preocupação no decorrer do aprendizado:

A enfermeira também tem que ser um pouco bailarina... [risos] no que faz, quando ela cuida de alguém. Daí a gente tem que segurar, tem que ter toda aquela força *pra* conseguir se mostrar leve no cuidado do outro que está moribundo. Você entende que é um processo natural, mas as pessoas não necessariamente estão preparadas *pra* isso, e aí, a gente tem que ajudar no preparo das pessoas para a situação da morte como esse processo natural (P. 8).

Quando eu falei que ia fazer enfermagem, minha mãe virou pra mim e disse: “Enfermeiro faz o que?”. Eu já comecei com aquele estresse: “mãe não começa”. Hoje em dia a minha mãe diz que ser enfermeira é meu superpoder (P.4).

A atuação como profissional muitas vezes a torna distante da percepção dos ambientes de cuidado e de quantos fatores estressantes se pode encontrar neles. Um destes destaques foi feito na descrição de um participante da pesquisa que estava acompanhando um familiar internado. Neste momento houve a percepção de vários sons que contribuem para o aumento do estresse e de como as relações possuem um potencial para se complicarem ao longo das horas e dias de internação hospitalar:

[Sobre cuidados com uma tia]: Foi marcante porque quando ela ficou internada, eu fiquei com ela, revezando com a minha mãe. Na última noite dela viva eu fiquei com ela e foi um filme de terror! Queria pegar todas as maquininhas de infusão e quebrar! Todas as maquininhas! Eu queria quebrar a enfermaria inteira porque eu não aguentava aquele “*pi-pi-pi*.. Pensei: assim que a minha tia se curar eu vou mudar de profissão, eu vou mudar de carreira, vou virar arquiteta. Inventei qualquer coisa, *pra* não ter que ouvir mais esse barulhinho (P. 10).

A exigência física e emocional que a profissão de enfermagem demanda faz com que alguns estudantes questionem sobre sua capacidade de corresponder ao que se exige e a adequar o que se aprende na teoria e o que se faz efetivamente como prática:

Eu tinha essa dúvida da enfermagem porque eu fiz o técnico e foi um impacto. A teoria é aquela coisa, o banho no leito, tudo direitinho. Chegou lá na hora foi um balde praticamente em cima do paciente. A gente ficou: nossa! Esse que é o banho no leito que vocês dão aqui? Mas na verdade, o paciente ficava mais confortável com aquilo do que com a técnica que a gente tinha aprendido. Isso foi o que eu percebi, mas realmente às vezes eu fico me questionando. Sempre me cobrei. Sempre procurei tratar as pessoas do jeito que eu gosto de ser tratada. E o meu primeiro campo de estágio foi o CTI, então isso já me lembra morte (risos), foi aquela coisa, aquela confusão na minha cabeça. Aí foi o grupo, foi problema de família, teve tudo junto. Eu nem sei como eu consegui passar por aquilo tudo, acho que foi Deus mesmo que me ajudou, meus professores (P. 3).

Eu acho que às vezes me coloco excessivamente no lugar das pessoas, entendeu? O CTI é um campo que eu acho incrível e que eu queria trabalhar, mas o pouco que eu conheço de mim mesma acho que eu não teria condições emocionais para trabalhar

no CTI. Não sei, não sei se tem que ter uma estrutura emocional diferente para isso, não sei (P. 3).

### **A difícil arte de pertencer ao campo profissional da saúde e de ser familiar**

Ao serem convidados a discutir o tema e se projetarem no campo da assistência, os estudantes produziram sentidos sobre as dificuldades que enfrentam por pertencerem ao campo da saúde, ainda que estejam em formação. Os conteúdos evidenciaram a difícil arte de integrar o campo da saúde e o enfrentamento das situações que envolvem o processo de morte e morrer. Os sentimentos que surgem ao cuidar de alguém que está morrendo são conflitantes. Há um deslocamento de profissional para possível familiar de alguém que está morrendo, transparecendo a ausência de preparo anterior para esta vivência, questionado sobre qual postura seria a mais adequada, a forma como gostaríamos de ser tratados, se estivéssemos na mesma situação que aquele familiar.

Integrar a área de saúde não isenta o profissional de sentir as perdas. Existe uma ilusão pessoal e dos familiares de que os profissionais estão mais preparados para vivenciar estes momentos pelo fato de trabalhar com o paciente na doença. E por este fato há uma espera de atuação que desconsidera os sentimentos enquanto familiares, não os permitindo sentir.

A gente tem que priorizar mesmo, aquela pessoa está morrendo naquele momento. E eu tenho que pensar nela, tenho que pensar em como ela deve estar se sentindo. E eu falo assim, como profissional de enfermagem, que um dia vou passar por essa situação, ou então como uma parente de alguém que vai morrer, que pode morrer perto de mim. Às vezes a gente se prende na sensação de não poder sentir essa perda. Ou então porque nós somos muito egoístas, a gente tem muito medo de perder as pessoas ou coisas ou o que seja. Eu acho que a partir do momento em que você aceita os seus sentimentos, você consegue lidar melhor com a própria pessoa que está passando pelo processo de morte (P. 7).

Por você ser da saúde, por você ser enfermeiro, parece que é sua obrigação de estar sempre preparado para tudo, entendeu? A minha avó faleceu, e a minha mãe: “Ah, pelo amor de Deus, eu não tenho estrutura” E eu não tinha estrutura nenhuma, mas eu tive que ir. Eu ia no banheiro, chorava e voltava e ia lá, secava e engolia a lágrima e fiquei super mal. A própria família, os amigos vinham: “Ih, ele é acostumado com isso, ele faz enfermagem”. Eles acham que gente acaba ficando dessensibilizado: “Está acostumado a ver morte”. Que você por ser enfermeiro, por você ser da enfermagem, você vai saber resolver, você vai dar conta, você sempre dá conta (P. 9).

A minha tia morreu nos meus braços e todo mundo falando: “faz alguma coisa, faz alguma coisa”, e eu falei assim: “Gente, ela morreu”. Não consegui chorar. Eu fiquei dias sem dormir. Eu deitava na cama e eu só lembrava da imagem de mim, sentada no chão, ela no meu colo. Eu fiquei sem dormir, eu não conseguia nem dormir sozinha. Ela teve um infarto fulminante (P. 11).

Mecanismos de fuga adotados pelos profissionais no momento da morte podem ser interpretados pelos familiares como descaso e frieza, levando a uma fragmentação do cuidado. Os estudantes expressam dúvida quanto à postura que se deve adotar, variando entre o afastamento e o envolvimento que pode levar a reações não adequadas àquele momento.

### **Preparo do corpo morto**

O preparo do corpo se traduz como uma das técnicas de enfermagem de fácil compreensão, porém de difícil execução. Nesta técnica não há urgência e nem ansiedade ligada ao tempo de execução que vá impactar na melhora ou piora do quadro do paciente. A urgência é burocrática. A dificuldade neste momento é a de lidar com as suas emoções em torno da temática morte e saber lidar com as diversas demandas que surgem a partir do óbito, que geralmente envolve a transmissão desta notícia e o amparo aos amigos, familiares e equipe de saúde.

O choro... O choro é sinal de fraqueza, mas quem falou? Homem tem muito isso, mas hoje em dia eu me permito e choro, mas antigamente não, principalmente no trabalho. Com aquelas pessoas de dez, quinze anos manipulando um corpo como um pedaço de carne, eu recém-formado, querendo explicar, querendo fazer tudo certinho, deixar a família ver. Escutava: “Não, a família entra depois!” Existe isso. Na prática, você é moldado, você não consegue, às vezes, fazer o que você sabe que tem que fazer. E aí existe essa expectativa toda em cima de você e o sistema é esse aí. (P. 9).

Eu vi o preparo do corpo no hospital. O jeito como os profissionais lidavam com aquela pessoa. Não é porque a pessoa morreu que a gente tem que perder o respeito por ela; é uma coisa meio bruta, eu pensei: “Eu não quero que eles façam assim com a minha avó”. Eu já sabia que ela *ia* morrer. Eu já estava me preparando. Esperando o momento que o médico *ia* chegar e falar: “A sua avó morreu”. Eu acho que é um bloqueio que o profissional tenta criar, *pra* ele não sofrer com aquilo, tipo: eu vou ter que passar por isso, eu vou ter que preparar o corpo, então eu vou tentar não me envolver com isso, vou fazer o meu trabalho, vou preparar o corpo e ponto final. Só que esquecem o outro lado, que ali é uma pessoa, que tem família, tem toda uma história (P. 11).

Ela vai tentando se afastar da empatia. Em vez dela se sensibilizar com a pessoa, ela tenta se afastar, não vai acontecer comigo, eu estou fazendo o meu trabalho. Meu trabalho é preparar esse corpo, esse corpo nunca foi uma pessoa *pra* mim, é um corpo e eu vou preparar ele (P. 6).

A questão não foi o preparo do corpo em si, mas foi ver o filho que estava chorando. Foi uma coisa que me afetou bastante, eu fiquei mal. A professora até falou no dia seguinte, ela percebeu que a gente não estava bem. O preparo do corpo em si não foi o problema, foi o sofrimento tão de perto. Acho que esse foi o problema (P. 15).

A gente viu, a gente viveu o que aconteceu. A gente viu eles aumentarem a quantidade de noradrenalina na paciente, simplesmente para poder passar ela do turno da noite pra manhã. Sei lá, para o preparo do corpo não ser de madrugada, para ser da outra equipe. A gente ficou chocada com isso, a gente é muito inocente. Falaram pra gente que era pra esperar o marido dela chegar pra se despedir dela, mas

ela também já não estava nem respondendo, tudo isso era mentira. E aí quando a gente viu aquele vovô, o sofrimento do vovô. Realmente ela chorou (a parceira de estágio), eu como tenho dificuldade pra externalizar, ela chorou por mim. Eu fiquei lá, depois eu chorei (P. 24).

A gente escuta isso dos professores: “você não quer ser enfermeiro? Engole o choro, vai lá e faz (P. 23).

Na segunda parte da dinâmica se evidenciou as etapas que compõem o preparo do corpo, como o tamponamento das cavidades e o momento em que o profissional tem que entregar os pertences do paciente que faleceu.

Este momento também se traduz em dificuldade, visto que algumas instituições possuem protocolo de entrega de joias e demais pertences e muitas vezes os familiares não querem que retire do corpo do familiar morto a aliança, cordões, etc. Esta tentativa de entrega dos pertences em um momento tão delicado pode ser traduzido como desrespeito à dor do outro, deixando muitos profissionais preocupados. É o profissional de enfermagem que está presente no preparo do corpo e é ele o responsável pela retirada destes pertences, antes da realização da higiene e preparo. Segue a foto e sua descrição pelo grupo:

Figura 6 – Cena representando as etapas do preparo do corpo após a morte.



Fonte: grupo 3, curso 3 (2015).

A gente fez um familiar que quis acompanhar o preparo do corpo, aí no caso, eu seria o profissional que estou atendendo o familiar que está sofrendo, estou entregando os materiais. Estou tentando entregar os materiais, mas ela está sofrendo e a 11 está terminando o tamponamento (P. 15).

### **Cuidar da família: a comunicação**

O cuidado a um indivíduo deve ser extensivo aos seus familiares e amigos, pois a vivência de uma doença afeta a todos de forma direta ou indireta. Entender qual é o melhor método para inserir estes familiares no contexto do cuidado exige do enfermeiro o conhecimento de formas de comunicação eficazes, que esta comunicação seja clara e possível de entendimento, possibilitando tomadas de decisão em conjunto em prol de um objetivo e que traga conforto a quem está sendo assistido.

Ele estava apavorado de estar no hospital, de estar com aquele problema todo, que já tinha sofrido metástase. Era um caso complicado, e ele estava apavorado. Eu não sabia nem por onde começar e não sabia o que fazer e todo mundo mudando de assunto... então, se os professores e médicos estão mudando de assunto, eu que sou aluna, né? Quem sou eu pra fazer diferente? Mas o que me marcou foi que aquele paciente estava apavorado, com medo de morrer. A médica falou alguma coisa com ele e ele parado, sem expressar, sem esboçar nenhuma reação, só as lágrimas desciam. Eu achei aquilo um quadro, sabe aqueles quadros de natureza morta? Muito marcante, ele não mexia a sobrancelha, não franzia a testa, só as lágrimas escorrendo. Expressando Estou aceitando isso que vocês estão me falando, mas tem uma grande dor aqui (P. 10).

Você tem que ser forte. Mas, ao mesmo tempo enquanto profissional você vai dar uma notícia, você tem que saber dar a notícia, você tem que ser leve. Mas depende muito do contexto em que você está inserido. É muito difícil você fazer uma receita de bolo. Depende de muitas coisas. Esse caminho que a morte representa que todo mundo vai passar, independente das crenças e tal. Mas é um caminho, aonde vai dar a gente não sabe (P. 9).

No contexto da comunicação, um grupo de participantes optou por montar um cenário na segunda etapa da dinâmica simulando o momento da comunicação de uma má notícia aos familiares e equipe.

A cena foi composta por uma pessoa sentada simulando o paciente que estava recebendo a notícia, acompanhada de duas profissionais de enfermagem ao lado da cadeira dele e o médico cirurgião em pé, olhando o relógio e comunicando uma notícia ruim, com pressa e sem muito preparo. As estudantes descreveram que esta cena foi baseada em uma cena real vivida pelas mesmas:

Tinha um paciente com câncer terminal, com histórico de depressão e tentativas de suicídio que achava que fazendo uma cirurgia que não explicaram para ele que era paliativa, ele ia ser curado. E no dia que ele ia subir para o centro cirúrgico, o cirurgião chegou pra ele e falou secamente que não tinha garantia de que ele ia

voltar da cirurgia e que muito provavelmente ele ia morrer na mesa. Isso foi no 10C aqui do hospital. Então estava no 10º andar, lugar que não tem grade e o leito do paciente era do lado da janela (P. 12).

Não tinha nenhum preparo, foi de qualquer jeito, jogaram a informação assim (P. 11).

Figura 7 – Cena representando o momento da comunicação de uma má notícia.



Fonte: grupo 2, curso 1 (2015).

### **Como confortar a família do paciente e como trabalhar a dor do outro**

Os estudantes apresentam muitas dúvidas sobre qual seria a abordagem ideal nos casos relacionados à finitude, pois a graduação na área de saúde não possui um espaço amplo para esta discussão, deixando o aprendiz com a reflexão do que poderia ser ideal para si, não correspondendo ao aprofundamento necessário e individualizado em cada caso:

Em relação à morte de outras pessoas desconhecidas, no hospital me afeta não a pessoa em si, mas o sofrimento dos familiares, isso me deixa muito mal, a pessoa pode não ter o conhecimento e o sofrimento pode ser muito grande por achar que nunca mais vai ver aquela pessoa, nunca mais vão ter contato e esse sentimento de vazio é muito ruim. Então, eu sofro pela pessoa estar sentindo isso. A gente sente saudade, fica mal. Eu já presenciei duas vezes no estágio isso. Pessoas totalmente desconhecidas sofrendo a perda de um ente querido e eu não sei se é porque a gente no hospital fica muito naquela de “Ah, não é o paciente que eu estou cuidando, ah, eu não vou chegar”, sabe? Eu tenho vontade de chegar e falar alguma coisa que

possa confortar, mas ao mesmo tempo penso que nada do que eu falar vai adiantar. Porque é muito fácil chegar e falar que eu já passei por isso e que sei o que está sentindo, mas a gente não sabe, cada um tem uma dor diferente, a pessoa pode estar destruída por dentro, como pode estar mais ou menos. E eu chegar e confortar, não vai adiantar (P. 15).

Eu também tenho muita dificuldade de lidar com a dor das pessoas. Porque eu sei que lidei com a minha, o que me ajudou a lidar com a minha. Mas assim, de imaginar que não importa se era bandido, assassino, estuprador, que fez coisas horríveis, eu imagino que ela vai sofrer e pronto. E aí eu tenho dificuldade, ter essa sensibilidade de lidar com a dor de outra pessoa. Porque eu aprendi a lidar com a minha mas com a dos outros eu acho muito difícil, em relação ao que eu poderia fazer (P. 16).

Há uma tendência de o profissional misturar suas próprias crenças com as dos seus assistidos, confundindo o foco de atenção, pois a morte de alguém remete aos próprios pensamentos e crenças:

Independente da crença da mãe do bandido, por mais que ela possa acreditar que ele está num lugar ruim, eu penso que ninguém é 100% ruim, é completamente ruim. Então por mais que ela possa pensar: “Ah, meu filho vai pro inferno” alguma coisa vai ter pra consolar. Ele pode ter sido uma pessoa ruim para a sociedade, mas talvez... E para a mãe não importa se ele era um bandido ou não. Vai que tem alguma coisa ali, alguma coisa positiva que ela vai poder lembrar. Até o fato da simples lembrança: “Ah, a senhora viu seu filho crescendo, ajudou ele (P. 18).

### **Discussão**

A sociedade espera que o profissional de saúde se mostre forte para lidar com situações relacionadas ao processo de morrer, inibindo sentimentos que indiquem fraqueza, como o choro ou angústia. Quando o profissional ou o estudante não atende a esta expectativa social gera um sentimento interno de impotência.

A proximidade com a morte no dia a dia desperta o profissional a pensar sobre ela, como ela ocorre, de que formas, gerando uma angústia de algo imprevisível e incontrolável, que necessita de espaço para elaboração destes sentimentos.

Há necessidade de manejo e compreensão de dores, angústias, adoecimento e mortes que acontecem no cotidiano hospitalar, pois algumas pessoas vivenciando perdas negam esta dor pela pressão social de que os mesmos precisam ser fortes e não chorarem. Há um desconhecimento de onde e como se pode obter ajuda nestes casos, dificultando a resolução do luto (SOUZA; MOURA; CORRÊA, 2009).

A arte e a ciência da enfermagem indicam que o cuidado deve ser desenvolvido de modo criativo, empático, dedicado e respeitoso à dignidade e à individualidade de pacientes, com possibilidades ilimitadas de atuação, que inclui o foco na pessoa, família e/ou comunidade. (POTTER; PERRY, 2013). No entanto, lidar com situações críticas que

envolvem a perda da vida traz uma sobrecarga emocional difícil de lidar, que por vezes embota a criatividade do profissional.

O debate sobre as relações entre o cuidado e a morte traz à tona as significações dos espaços e, sem surpresas, a imagem do CTI veio à tona. O Centro de Tratamento Intensivo (CTI) é, comumente, significado como sinônimo de morte.

Visto como local especial no âmbito hospitalar, o CTI conta com a presença de uma tecnologia médica de última geração, visando preservar e sustentar a vida de pessoas em estado grave ou em risco. Traz a dualidade da visão milagrosa pelo progresso técnico-científico da medicina que pode salvar vidas e da assustadora possibilidade de manter um indivíduo em sofrimento prolongado quando não há mais possibilidade de manutenção da vida por meios naturais (PESSINI, 2016).

Apesar da alta tecnologia do CTI, a medicina ainda não é capaz de refazer cérebros destruídos por hemorragias, recuperar enfisematosos sem função pulmonar viável ou reverter uma falência múltipla de órgãos, por exemplo. A escolha de qual paciente é viável para o CTI se constitui como um dilema. No Brasil ainda prevalece a ideia de enviar o paciente para ter cuidados intensivos mesmo sem ter a possibilidade de uma vida a longo prazo, estendendo a agonia e o sofrimento, para ter a sensação de ter feito tudo o que podia para salvar aquela vida. Por sua vez, a instituição de saúde que deveria ter critérios para a inclusão de pacientes nesta modalidade de tratamento também não recusa a sua entrada por medo da reação dos familiares e dos processos que podem ser gerados alegando descaso com a manutenção da vida (PASTERNAK, 1994).

Pacientes em fase terminal passam muitas vezes por cuidados em CTI, chegando a morrer lá, afastado de familiares e amigos. A medicina paliativa entende que na ausência de possibilidades de cura é preciso haver investimento em conforto, cuidado das necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Dificilmente estas necessidades poderão ser abordadas em um local como a UTI, principalmente pela restrição de contato entre as pessoas neste local. É preciso uma evolução no ensino da área de saúde para promover o treinamento dos futuros profissionais no que se relacione à finitude humana, para possibilitar aos que não têm cura um adeus à vida com dignidade (PESSINI, 2016).

A finitude traz à tona a discussão de questões bioéticas relacionadas ao direito de morte e autonomia do paciente, como por exemplo a discussão sobre a morte assistida que é permitida em quatro países da Europa Ocidental (Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Suíça), dois países norte-americanos (Canadá e Estados Unidos), nos estados de Oregon, Washington, Montana, Vermont e Califórnia; e na Colômbia (único da América do Sul), devem considerar

o contexto em que estão inseridos, onde sofrerão influências históricas, religiosas, socioeconômicas e culturais. Ampliar nossa visão de forma crítica e estimular discussões destas nuances se faz necessário para o aprofundamento de direitos e deveres perante o processo de finitude e o ato de morrer (CASTRO *et al.*, 2016).

Outra importante demanda para a enfermeira é o cuidado do corpo morto. O preparo do corpo é uma mescla de ritual com seguimento de uma rotina e rigor técnico, sendo executado apenas pela equipe de enfermagem. O sofrimento das pessoas desta equipe são geralmente diluídos pelo cumprimento das rotinas. O sofrimento poderá ser de maior ou menor intensidade variando com a personalidade de quem cuida, de sua história de vida, vínculo com o paciente e de quanto tempo este esteve sob os cuidados (RIBEIRO; BARALDI; SILVA, 1998).

A cultura influencia o comportamento e os rituais esperados no momento da morte. A técnica de cuidados com o corpo pós-morte se constitui em um procedimento com etapas específicas que incluem: elevação da cabeceira da cama para prevenção da alteração de coloração da face; retirada de pertences do corpo do paciente; retirada de todos os equipamentos, sondas e cateteres do corpo; higienização do corpo; tamponamento das cavidades de forma não aparente; identificação do corpo através de etiquetas e utilização de ataduras em cabeça, e membros, alinhando o corpo para ser colocado no caixão (POTTER; PERRY, 2013).

A equipe de enfermagem precisa estar preparada para conduzir adequadamente situações de terminalidade, não se afastando do sofrimento do outro nem se permitindo vivenciar a dor do outro, necessitando de investimento no preparo psicológico destes profissionais para a prevenção de conflitos psíquicos, visto que o preparo do corpo após a morte evidencia a morte consolidada, levando muitas vezes à visualização da sua própria morte (MEDEIROS; BONFADA, 2012).

A criação de estratégias educativas de caráter permanente e de modo articulado entre ensino e serviço e a implementação de espaços de apoio emocional e psicológico aos profissionais de saúde se constituem como medidas preventivas de adoecimento e promoção da saúde (MEDEIROS; BONFADA, 2012).

Os familiares devem ser questionados sobre o desejo de participarem desta etapa de preparo ou da possibilidade de despedida do corpo ainda no leito, pois este momento faz parte da elaboração do luto dos familiares, sendo a equipe de enfermagem responsável por propiciar este momento, visto que esta técnica é de sua responsabilidade na equipe da área de saúde.

Tanto a morte quanto os cuidados com o corpo pós-morte são temas pouco discutidos na formação profissional e também com os profissionais de saúde nos seus locais de atuação. Esta ausência de preparo adequado se reflete em uma dificuldade para o cuidado de forma integral ao paciente em finitude e seus familiares.

Neste momento crucial em que surgem diversas demandas de ordem física e emocional do paciente e dos seus familiares, o profissional poderá apresentar dificuldades no manejo de sentimentos e emoções relacionados a esta vivência, resultando por vezes em um distanciamento do corpo sem vida enquanto sujeito com história de vida, se mantendo focado em aspectos técnicos para desassociar-se das emoções envolvidas. A tristeza é o sentimento prevalente, aparecendo constantemente como mecanismo de fuga a participação nas rotinas a serem seguidas e de forma rápida na tentativa de minimizar seus sentimentos e se livrar rapidamente daquela cena desconfortável (KUHNS; LAZZARI; JUNG, 2011).

Por outro lado, o ensino, por vezes, reforça o embotamento de emoções dos profissionais como forma de suportar lidar com o corpo morto. O ensino da área de saúde tem como marco a disciplina de anatomia, esperada por todos por ser o momento de enfrentamento do medo de um corpo sem vida. Alguns autores apontam este como o momento em que se inicia a desumanização do cuidado, onde se inicia a expropriação dos sentimentos e de negação dos aspectos existenciais e simbólicos da morte, tendo como estratégia o distanciamento dos aspectos afetivos para obter o conhecimento (SILVA; AYRES, 2010).

Essa questão está evidenciada em um prefácio escrito por Roosevelt Moisés Cassorla (2010):

Assim eu me via quando vi o primeiro cadáver. Não senti nada, a não ser curiosidade, diante daquela coisa cheirando formol. Senti o formol, não a morte. Depois as piadas e a “coragem” que procurávamos ter, dissecando a carne morta. Era necessária muita “vida” para conviver com a morte, ou melhor, para negá-la. Mas, não éramos desumanos. Éramos apenas jovens, moleques aterrorizados, que vínhamos estudar anatomia para que depois, médicos, pudéssemos combater a morte, ficar do lado da vida. Mas, havíamos de passar por essa iniciação: demonstrar a nós mesmos que desprezávamos a morte – e, por isso, ousávamos enfrentá-la! Um dia, entre os cadáveres em que aprendíamos a salvar vidas, imitando cirurgias, encontrei uma jovem, que atendera semanas antes, viva, em seu leito, e que passara a um colega, melhorada. Impressionara-me sua beleza, beleza de moça pobre, desnutrida, beleza mais de alma, de olhar, que de pele ou de toque. Estava bela também na morte, mas só bela para mim, que a conhecera. Para todos era apenas um monte de tecidos, de órgãos e matéria. Nesse dia chorei: o choro que em quatro anos havia contido. Mas tive que chorar escondido, envergonhado por ser humano.

A prática profissional vai além do estudo de patologias, medicamentos ou procedimentos e necessita ampliar suas formas de ensino para capacitar o estudante para entender e respeitar as fragilidades humanas e também se deparar com suas próprias limitações enquanto ser humano, devendo fazer parte do plano de ação do professor a contribuição por meio de discussões que favoreçam o amadurecimento pessoal (ALVES; COGO, 2014). O despreparo para lidar com situações envolvendo morte e processo de morrer transparece em atitudes desestimuladoras, conforme os relatos dos participantes desta pesquisa.

É preciso melhorar e aprofundar a discussão sobre morte e o processo de morrer não só nas universidades, mas também nos locais de trabalho dos profissionais de saúde, oferecendo suporte emocional e trabalhando as questões oriundas desta atuação junto à terminalidade e sua complexidade, minimizando o estresse, a dor e o sofrimento, além da facilitação de estratégias para lidar com sentimentos emergentes do cuidado e das melhores formas de cuidar, englobando doentes e familiares (GÓIS; ABRÃO, 2015).

A habilidade de comunicar-se com o paciente é desenvolvida nos cursos de graduação, mas a transmissão de más notícias não é um assunto muito discutido, gerando angústia tanto para quem tem que dar a notícia quanto para quem a recebe. A comunicação deve ser baseada na verdade e na empatia, no desejo de aliviar o sofrimento. Ela deve servir de apoio e esperança para os que estão passando pela etapa final da vida, constituindo mais um elemento na busca do crescimento pessoal característico desta fase (COSTA; COSTA, 2012).

A intervenção profissional deve apoiar-se na informação e na comunicação, que se traduzem como ferramentas terapêuticas no processo de cuidar. As ações de enfermagem tem como objetivo a ajuda na descoberta das próprias soluções para os problemas familiares, proporcionando suporte às necessidades apresentadas e agindo em colaboração com a família (NUNES; RODRIGUES, 2012).

Ao se deparar com doenças potencialmente fatais, como o câncer, familiares se sentem despreparados e vivenciam uma sensação de perda da pessoa amada a cada dia, gerando um desgaste emocional considerável e um sentimento de desespero e impotência. Tanto quem vivencia o processo de adoecer quanto quem o acompanha de perto (familiares, amigos) necessita aprender a viver e a conviver com a dor, o medo, o sofrimento e a incerteza do amanhã, tendo que aceitar a doença e suas consequências. Um facilitador importante para este aprendizado é o profissional enfermeiro, por este estar mais próximo de doentes e familiares pela própria rotina de trabalho e cuidado (SOUZA; GOMES, 2012).

Uma estratégia não adequada, mas que ainda se observa na prática profissional se refere a sonegar, suavizar informações e até mesmo dar falsas esperanças de uma possível melhora. Esta forma de se afastar da comunicação que envolve a terminalidade não é a mais indicada, pois tira a oportunidade de crescimento pessoal do doente e a possibilidade de tomadas de decisão em seus momentos finais, se caracterizando como prejudicial, visto que temos o compromisso com a comunicação da real situação do indivíduo, possibilitando ao paciente e familiares tomar decisões em conjunto com a equipe que o assiste sobre o que se constitui como a melhor forma de cuidado para todos os envolvidos.

Em pesquisa realizada com médicos oncologistas sobre conflitos éticos na comunicação de más notícias observamos o dilema descrito pelos autores:

Quando a família desenvolve uma atitude aparentemente protetora com relação ao doente, surge novo impasse na relação: o pedido para que a verdade do diagnóstico ou do prognóstico da doença não seja revelada. Essa solicitação da família ao médico, característica do século passado, quando se contava com poucas alternativas de cura para o câncer, ainda está presente nos dias atuais e mostra-se relevante no discurso dos entrevistados. O pedido, normalmente encenado pelo familiar mais próximo, representa o protótipo da manutenção do silêncio e do engano, quando por trás do paciente são feitos sinais negativos, mímico e postural, dirigidos ao oncologista para o estabelecimento da mentira ou do silêncio. Hoje, embora contando com diferentes recursos tecnológicos de comunicação, que podem fazer chegar ao médico o pedido antes mesmo do início da consulta e sem a presença do paciente, o conteúdo do pedido mantém-se o mesmo, consistindo em importante conflito para os oncologistas participantes da pesquisa (GEOVANINI; BRAZ, 2013, p. 458).

A enfermagem tem como função principal o cuidado ao paciente, envolvendo para isso um olhar, uma escuta, percepção e disponibilidade para atender as necessidades dos pacientes sob seus cuidados. Envolve conhecimento de procedimentos técnicos e alívio do sofrimento, com meta na melhoria da qualidade de vida no que se refere às dimensões física, psíquica, social e espiritual (KÓVACS, 2012).

A equipe de enfermagem é a que se mantém mais próxima de pacientes e familiares pela peculiaridade do seu trabalho. Por este motivo é também a que mais se expõe a relações estressantes, que quando acontecem possuem o potencial de perturbar a eficácia dos cuidados, por sentimento de impotência, frustração, culpa, irritação, entre outros (KÓVACS, 2012).

Nesta proximidade e contato íntimo o enfermeiro enfrenta questionamentos sobre o curso da doença, prognóstico e possibilidade de morte. Apesar do conhecimento desta alta demanda, o curso de formação para enfermeiros não oferece espaços legitimados de possibilidade de identificação e elaboração de sentimentos e emoções oriundas do cuidado relacionado aos indivíduos (KÓVACS, 2012).

A formação dos profissionais de saúde de um modo geral não se preocupa com a objetividade, neutralidade científica, capacidade de resposta imediata a situações emergenciais e coloca o cuidar do outro, muitas vezes acima da preocupação do cuidado de si, levando à negação de suas próprias emoções que podem levar ao desenvolvimento de doenças pelo processo de somatização (MACIEIRA, 2001).

Devido à grande carga horária curricular associada a disciplinas com aproximação e fundamentação teórica essencialmente biológica em detrimento de outras de esfera psicossociais o enfermeiro apreende na academia uma visão biológica da morte, dificultando sua atuação no contexto em que não se objetiva mais a cura da doença (ABRÃO *et al.*, 2013).

Em uma pesquisa realizada em Portugal com alunos de graduação em enfermagem foi constatado que é através do ensino teórico-prático na escola que estes aprendem o que é ser enfermeiro e que o estágio proporciona o saber fazer em enfermagem, onde se apresentam algumas dificuldades para a integração da teoria na prática. Nestes ambientes os estudantes se espelham nos modelos de prestação de cuidados de enfermagem adotados pelos enfermeiros do exercício, podendo afirmar que são os contextos de trabalho que dão significado à prestação de cuidados (LUZ; SILVA; FERNANDES, 2012).

Os cuidados paliativos exigem o desenvolvimento de competências, mais de índole psicossocial do que psicomotora, exigindo um envolvimento, respeito à autonomia do doente e da família, respeito à vida e a aceitação da inevitabilidade da morte (LUZ, SILVA, FERNANDES, 2012).

A enfermeira está em contato íntimo e diário com o paciente e sua família, sendo submetida a todas as formas de pressões e tensões, por ser ela a agente principal do cuidado. Este assistir pode gerar sentimentos positivos, como piedade, compaixão e amor ou negativos, como culpa, ansiedade, ódio ou ressentimento contra os pacientes (CARVALHO In: FRANCO *et al.*, 2011).

É fundamental que os profissionais de saúde valorizem o acolhimento da pessoa em processo de morrer e no seu momento de morte. Acolher os familiares, facilitando o processo de comunicação através de informações detalhadas e sempre que desejadas. Flexibilizar normas e rotinas hospitalares para promover o encontro e interação destes familiares com o doente e respeitar vínculos afetivos estabelecidos. Para tal é necessário um investimento na capacitação emocional desta equipe multiprofissional para lidar com o sofrimento de todos, para conseguir promover o conforto (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

A família ocupa papel de destaque nos cuidados e contribui para que o paciente se sinta protegido, seguro, amado e amparado em situações de fragilidade (GERMANO;

MENEGUIN, 2013). Os familiares devem ser preparados pela equipe para o acontecimento da morte, sendo a comunicação a peça fundamental para este cuidado. Flexibilizar regras, como no caso de horários de visitas e disponibilizar informações burocráticas sobre o que fazer quando o óbito ocorrer fazem parte da assistência à família. Após o óbito é necessário a disponibilidade de tempo para a família se despedir do corpo, permitindo a facilitação do luto (KAPPAUN; GOMEZ, 2013).

Valorizar o acolhimento do paciente e de seus familiares, com sistema eficaz de comunicação, trazendo informações detalhadas e sempre que desejadas, permitir maior interação entre membros da família e o doente e respeito aos vínculos afetivos se traduzem como forma de cuidado efetivo no momento da terminalidade, sendo necessário a capacitação emocional da equipe multiprofissional para fornecer este suporte e lidar com o sofrimento de todos os envolvidos (LUZ *et al.*, 2015; SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

As discussões sobre o fim da vida devem ter como elementos centrais o paciente e sua família. O enfoque somente nos sintomas físicos prejudica a resolução dos aspectos psicossociais do indivíduo, impedindo um cuidado integral necessário neste momento. Fazem parte das diretrizes para uma boa comunicação o desenvolvimento de um vínculo, facilitando o diálogo contínuo, com discussões esclarecedoras quanto ao prognóstico, metas de fim de vida e um plano de cuidados (LAGO; LOPES, 2005).

O processo de despedida com famílias de pacientes em finitude traz benefícios a todos os envolvidos (paciente, família e equipe). A prevenção de sintomas psicológicos futuros nas pessoas que sofrem a perda de um familiar é um dos focos da atenção da equipe, pois a elaboração de sentimento de culpa pode ocorrer. Deve-se permitir a reelaboração de vivências conflitivas familiares anteriores com ressignificações na dinâmica familiar atual, visando um luto melhor elaborado (SCHMIDT; GABARRA; GONÇALVES, 2011).

A partir de vivências positivas com as famílias e a aproximação entre enfermeiros e familiares podem surgir outras formas de cuidar, permitindo ao profissional aprender novos caminhos da assistência pautados na sua prática. Sentimentos negativos que emergem por conflitos familiares e atitudes de negligência podem motivar o enfermeiro a se distanciar para não acompanhar situações indesejáveis e constrangedoras. É necessário trabalhar a habilidade de cuidado a estas famílias, entendendo as manifestações de sentimentos como raiva, tristeza e impotência (VALENTE; TEIXEIRA, 2009).

Nas relações entre enfermagem, paciente e família surgem não só dificuldades, mas também alegrias e tristezas de cuidar. Um bom relacionamento pode fazer a equipe experimentar a valorização e o reconhecimento ao executar o cuidado a quem está em

sofrimento, trazendo alegria, prazer, bem estar e satisfação (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2014).

O elevado desgaste emocional na convivência com o sofrimento de pacientes e familiares e o desgaste físico pela alta demanda provocada pela rotina cotidiana e pela dependência da maioria dos doentes assistidos leva a um número elevado de licenças por doenças osteomusculares e psiquiátricas na área de cuidados paliativos. Faz-se necessário ter atenção especial a estes profissionais através de programas destinados à promoção da saúde e prevenção de agravos (KAPPAUN; GOMEZ, 2013). A ausência de espaços de compartilhamento de sentimentos oriundos do cuidado a pacientes em fim de vida predispõe o enfermeiro a agravos à sua saúde enquanto trabalhador (VALENTE; TEIXEIRA, 2009).

Para a redução do sofrimento moral da equipe e fortalecimento na tomada de decisões quanto aos cuidados em fim de vida a qualificação numa dimensão ética, emocional e espiritual através da problematização das vivências e dificuldades de cuidar de pacientes sem possibilidade de cura e com risco de vida se constitui como importante mecanismo para assegurar a dignidade, o conforto e minimizar a dor do doente e de seu familiar. É preciso investimento em educação permanente com estudo, leitura e reflexões, além da reformulação dos currículos para permitir aos profissionais ações mais eficazes, contribuindo para a assistência adequada nesta fase (VASQUES *et al.*, 2013; HERMES; LAMARCA, 2013).

Nesse sentido, o trabalho de luto, que se vê em alguns hospitais dirigidos às famílias, também deveria ser pensado em relação aos profissionais, pois estes também necessitam aprender a como lidar com esse fenômeno para poder estar apto a ajudar as pessoas sob seus cuidados e a si mesmos, se preciso for.

O processo de luto pode ser descrito como um conjunto de reações que uma pessoa sente e vive diante da perda de algo ou alguém que ama, tendo repercussões na saúde física e emocional desta. O luto é uma experiência subjetiva e significativa na vida de cada um e a forma de vivenciá-lo será relacionado à história de vida de cada um, da sua personalidade, condições de criação e suas crenças e valores pessoais e familiares, assim como de das reações e capacidade para o enfrentamento de situações de estresse, a sua relação com a espiritualidade, as relações afetivas, dentre outros (SCHLIEMANN, 2010).

O luto afeta pensamentos, emoções e o comportamento, podendo gerar reações físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais, que em longo prazo pode favorecer o aparecimento de doenças (WOLD, 2013).

Nos primeiros dias após a morte de alguém da família há um estado social onde se observa que há uma desconexão das atividades diárias, com esforço para retornar à rotina.

Este momento caracteriza-se como processo de elaboração da morte, com vivência intensa do luto, mobilizando profundamente seu emocional. Boa parte das pessoas, após este estágio inicial, consegue lidar com a perda de maneira mais confiante. As religiões adotam procedimentos que amenizam o sofrimento na fase do luto e se constituem como importante recurso na fase de elaboração da perda de uma pessoa significativa (PEREIRA, 2013).

Em uma unidade de atendimento psicológico a pessoas em situações de perdas e luto foi constatado que algumas pessoas vivenciando estas situações apresentam impossibilidade de saírem sozinhas, falta de vontade de trabalhar, intensa tristeza ou desejo de morrer como perda da capacidade de viver (SOUZA; MOURA; CORRÊA, 2009).

Ao enfermeiro cabe dar suporte ao enlutado através do acolhimento ao pesar pela dor da ausência do seu familiar, reconhecendo que o tempo de sofrimento e da internalização da perda é variável, sendo vivenciado de forma particular, com maior ou menor emoção. A equipe multidisciplinar deve fornecer subsídios para que o enlutado expresse seu pesar, contribuindo para a reelaboração de sentimentos relacionados à perda e a ressignificação dele como pessoa, sem a presença da figura que se foi (SANTOS; SALES, 2011).

O apoio na fase do luto deve levar em consideração as peculiaridades citadas, devendo prevalecer uma abordagem centrada nas características que a pessoa em luto apresenta. Famílias com disfunções (não apoiadoras e sem resolução de conflitos de forma eficaz) apresentam maiores complicações durante o período de luto, podendo levar a um processo de luto mais intenso e prolongado, contribuindo também para este luto complicado a sintomatologia psicopatológica mais intensa e maior morbidade psicossocial destas famílias (DELALIBERA *et al.*, 2015).

Em pesquisa sobre experiências de perda e luto em escolares de 13 a 18 anos observou-se que o luto transcende o âmbito individual e possui fatores familiares e ambientais que dificultam o compartilhamento da perda, como por exemplo, família pouco afetiva e fechada ou intolerante ao luto do adolescente e ambiente não acolhedor, com professores e colegas pouco afetivos e com riscos de ridicularização (DOMINGOS; MALUF, 2003).

Evidenciou-se nas produções de significado a partir dos desenhos e dos debates deles derivados, que a espiritualidade é uma importante ferramenta de suporte nas situações de sofrimento, perda e luto. Isto ocorre porque todas as coisas que atribuem significado à vida de uma pessoa, como família, trabalho, religião, etc. podem apresentar uma relação clara com o transcendente (Deus, o metafísico, o sobrenatural ou o sagrado). Essa dimensão se encontra entre o existencial e o transcendente se classifica como espiritual (SAPORETTI, 2010).

Nas produções pictóricas dos participantes encontramos muitos elementos da espiritualidade, demonstrando esta como um grande suporte utilizado pelos estudantes para suportar o peso de perdas pessoais e de lidarem com pacientes e familiares na terminalidade. O desenho do participante 21 (ANEXO 11) é um exemplo dentre os vários já apontados, mostrando a transição de uma vida para a outra, onde a pessoa está no leito de morte, vai sumindo desta vida e reaparecendo em outra, onde há o desenho de um lugar paradisíaco, conforme influência religiosa.

Mais de 90% da população, independentemente de sua religião, utiliza a espiritualidade com o objetivo principal de conseguir força e conforto para as adversidades da vida, sendo a morte considerada a maior delas (SANTOS, 2010).

Conviver com a morte de pessoas traz um sofrimento emocional e difícil aceitação, trazendo uma reflexão da própria finitude e da impotência frente ao término da vida, sendo a religiosidade apontada como recurso para superar o sofrimento de lidar com pacientes com mal prognóstico. A abordagem precoce desta temática facilita o preparo pessoal e profissional adequado, reduzindo o estresse e a ansiedade ao se discutir e conviver com a terminalidade (LIMA *et al.*, 2014).

As estratégias de enfrentamento da doença e da morte incluem comportamentos voltados a dar um sentido para aquela vivência, buscando informações sobre esta situação na tentativa de compreendê-la melhor e conhecer suas possíveis consequências.

A espiritualidade pode trazer uma melhoria na qualidade de vida através da atribuição de um sentido e significado para a vida e a doença da pessoa acometida. Buscar um suporte espiritual/religioso pode ser uma estratégia adotada para ajudar na busca deste sentido, amenizando o sofrimento (SILVA *et al.*, 2011).

Os estudantes demonstraram preocupação em atitudes relacionadas ao acolhimento de familiares relacionado à vivência da terminalidade. Lidar com pessoas enlutadas se constitui um desafio, pois estes familiares precisam ser acolhidos em seu pesar, pois necessitarão de meios para expressá-lo e a equipe multidisciplinar é fundamental na facilitação da internalização da perda e de seu reposicionamento diante do mundo, encontrando um novo sentido para a existência (SANTOS; SALES, 2011).

Treinar habilidades voltadas ao acolhimento de familiares e entender a utilização da espiritualidade como conforto e amparo é necessário desde a formação. Os participantes demonstraram que não há este ensino formal, deixando desamparada a questão e comprometendo a assistência prestada desde os campos práticos de atuação na graduação em enfermagem, incentivando uma postura de afastamento de situações que envolvam morte. Foi

indicado como necessidades espirituais de pacientes em cuidados paliativos o apoio familiar, o perdão, o amor, a crença, a fé e a esperança (EVANGELISTA *et al.*, 2016), temas pouco desenvolvidos em nosso sistema de ensino.

Enfermeiros que lidam com pacientes em cuidados paliativos recorrem à espiritualidade como fonte de força, conforto e consideram que o uso deste recurso pelos pacientes contribui para melhorar a condição destes e facilitar a aceitação de sua finitude. Porém, nota-se que não há preparo para lidar com questões espirituais e ainda há questionamentos relacionados a como acessar a dimensão espiritual do ser humano e em que consiste o bom cuidado espiritual (SILVA *et al.*, 2015).

Ao se avaliar o impacto da espiritualidade no trabalho relacionado ao bem estar laboral se constatou que há possibilidade de satisfação das necessidades espirituais por recursos existentes no ambiente de trabalho, devendo ser uma preocupação dos gestores em seu planejamento estratégico, visando melhor qualidade de vida dos trabalhadores.

Encontrar um sentido mais amplo do cuidar que vá além de medidas terapêuticas e de cura requer o reconhecimento do ser humano como um ser de dimensão física, mental, emocional, cultural e espiritual, exigindo uma formação preparatória que transcenda a visão biomédica predominante na atualidade (REGINATO; De BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

A espiritualidade tem sido apontada como o modo pelo qual percebemos o novo e a esperança, onde nos permite o desenvolvimento da capacidade de autotranscendência para o mundo inteligível. A reformulação dos conceitos que norteiam a prática profissional pautada na dimensão espiritual se faz necessária para a melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes (PENHA; SILVA, 2009).

A espiritualidade proporciona o encontro existencial entre a pessoa vivenciando a terminalidade e os profissionais que o assistem em sua integralidade, sendo considerada para os pacientes como um sentido de continuidade da vida, de alívio e sofrimento, de naturalização da morte e de valorização do viver. A espiritualidade também favorece a diminuição do medo da morte, permitindo que o assunto seja abordado entre equipe e familiares, possibilitando um preparo para o momento da morte e tomadas de decisão referentes a este (ARRIEIRA *et al.*, 2017).

Ainda no que se refere a formas de comunicação é preciso acompanhar os avanços desta ao longo do tempo. O advento da internet tem se mostrado como facilitadora da comunicação entre pessoas próximas ou distantes geograficamente e tem sido utilizada como forma de enfrentamento do luto através de redes sociais, se constituindo como espaço de expressão da dor, do sofrimento e do pesar envolvidos na perda de alguém significativo. As

relações estabelecidas podem oferecer a oportunidade de reflexão sobre sua relação com o falecido e as emoções pessoais relacionadas a este, sendo importante a observação deste uso e de como os profissionais de saúde poderão utilizar e/ou incentivar este recurso a favor do enlutado (BOUSSO *et al.*, 2014).

Os discursos relacionados ao cuidado do outro trazidos neste capítulo retratam o quanto é preciso reformular o ensino no que se refere ao trabalho com pacientes e familiares vivenciando a etapa de fim de vida. Evidencia-se a deficiência em lidar com as próprias emoções e com as emoções das pessoas que necessitam de cuidado. Reconhecer esta fragmentação no ensino e propor modos diferenciados de aprendizado, proporcionando a expressão de medos e ansiedades sobre finitude, de modo objetivo e subjetivo, requer um aprofundamento nas discussões sobre nosso ensino universitário na área de saúde como um todo.

## **CAPÍTULO VI - ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES PARA O DELINEAMENTO DE AÇÕES**

Nos cursos de graduação na área da saúde, por influência das ciências biomédicas, há uma concentração de esforços na cura do indivíduo, encarando a morte como inexistente ou como falha dos cuidados médicos. Estes fatores contribuem para a dificuldade de aproximação no cuidado de pacientes em fase terminal, na tentativa de mascarar a morte e de evitar sentimentos comuns em sua presença, como angústia, ansiedade, medo, solidão e fracasso (CAMARGO *et al.*, 2015).

O ensino de graduação em enfermagem, como vários outros da área de saúde, apresenta deficiências quanto à temática morte e ao processo de morrer. É reconhecida a deficiência que envolve enfermeiros, docentes e alunos quanto à atuação no cenário que envolve a finitude. Encarar esta deficiência de maneira positiva e proativa se faz necessário para acabarmos com o círculo vicioso de que não se tem preparo porque não se sabe preparar (BELLATO *et al.*, 2007; LIMA; NIETSCHE; TEIXEIRA, 2012; NIEMEYER; KRUSE, 2013).

O ensino sobre morte e o processo de morrer nas universidades é superficial e banaliza as discussões, não permitindo a ampliação deste fenômeno, aparecendo pouco nos conteúdos teórico-práticos e de forma fragmentada, abordado somente em algumas disciplinas, não alcançando o aprofundamento necessário para servir de subsídio para o futuro profissional (DIAS *et al.*, 2014).

Estudantes de graduação em enfermagem de Portugal expressaram em uma pesquisa sobre cuidados ao fim de vida que possuem deficiência nos conhecimentos relacionados a esta área, no que se refere à teoria e à prática, manifestando o desejo de terem maior experiência neste contexto através de estratégias promotoras de pensamento crítico-reflexivo e espaços para a gestão de emoções oriundas destas experiências (LUZ; SILVA; FERNANDES, 2012). O mesmo resultado foi apontado em um estudo realizado no Irã, demonstrando necessidade de melhor preparo para os profissionais lidarem com o contexto de pessoas morrendo e a avaliação dos efeitos da educação desta temática no conhecimento dos estudantes (JAFARI *et al.*, 2015).

O preparo para lidar com a morte deve vir muito antes da universidade, considerando o ensino fundamental e médio para trabalhar vivências familiares, educacionais e espirituais que perpassam a formação de um indivíduo em sociedade, porém é fundamental o entendimento da universidade como agente transformador de sujeitos reflexivos e agentes de

mudanças, devendo ser capaz de promover condições para que o estudante vivencie experiências relacionadas à assistência no processo de morte/morrer (BANDEIRA *et al.*, 2014).

Promover uma morte digna ultrapassa os cuidados essenciais para gerar conforto, como nutrição, hidratação, sedação da dor e cuidados gerais de higiene. Morrer dignamente inclui também dimensões psicossocioespirituais que precisamos trabalhar junto a quem está morrendo e aos seus familiares. Tomando como base estas necessidades, é imprescindível que trabalhemos a morte como parte do ciclo vital, diminuindo o tabu relacionado a ela e fornecendo espaços legítimos de discussão e preparo de futuros profissionais, lançando mão de técnicas diversas que expandam este conteúdo, de maneira mais objetiva e menos superficial (SANTANA *et al.*, 2013).

Um dos elementos destacados como essencial na qualidade do cuidado de enfermagem se baseia na capacidade de escuta, acolhimento e demonstrações de carinho para pacientes e familiares vivenciando doenças fora de possibilidades de cura. Uma proposta de ensino que englobe o reconhecimento de nossa fragilidade frente à morte, dando voz aos nossos próprios medos e angústias, diminui a chance de afastamento e desamparo de pessoas vivenciando sua finitude (BELLATO *et al.*, 2007; CORDEIRO *et al.*, 2013).

### **Aplicabilidade da tecnologia**

#### *Resultados da escala*

A escala de medo da morte foi apontada como uma medida fidedigna e válida, sendo fácil e rápida de se aplicar, se constituindo como um instrumento facilitador na avaliação do medo da morte em grupos de interesse (LOUREIRO, 2010).

Em uma pesquisa utilizando a escala de medo da morte de Collet-Lester em estudantes e profissionais de enfermagem no México foi verificado que estudantes do primeiro ano de enfermagem possuem menor medo da morte, sendo associado à falta de experiência na prática hospitalar. Estudantes do segundo e terceiro ano tiveram maior medo da morte por terem passado por experiências de cuidado ao fim de vida. Os autores associaram a melhor desempenho perante estes cuidados o maior tempo de estudo ou mais tempo de formação na área, indicando maior confiança e menor medo da morte nestes (MONDRAGÓN-SANCHEZ; *et al.*, 2015).

Os achados desta pesquisa foram similares à pesquisa desenvolvida com estudantes e profissionais de enfermagem no México, ao se verificar que os estudantes e profissionais de

enfermagem mostram maior medo da morte de outros e menor medo da própria morte (MONDRAGÓN-SANCHEZ; *et al.*, 2015).

Na aplicação da escala de medo da morte de Collet-Lester em adultos idosos na Colômbia (RODRÍGUEZ; ORBEGOZO; LÓPEZ, 2007) e em estudantes de enfermagem no Chile (ESPINOZA; SANHUEZA, 2012) observou-se maior medo da morte entre as mulheres. Este fato não pôde ser explorado no grupo de estudantes desta pesquisa, pois a amostra de 25 participantes contou com apenas duas pessoas do sexo masculino, impedindo esta comparação de forma adequada.

O enfermeiro desenvolve suas atividades em todas as etapas do ciclo de vida, tendo a responsabilidade de planejar, executar, avaliar e reformular os cuidados que desenvolve, baseadas nas necessidades detectadas nas pessoas sob seus cuidados (LUZ; SILVA; FERNANDES, 2012). A formação de competências emocionais nos estudantes de enfermagem pode proporcionar habilidades e estratégias de enfrentamento adequadas para proporcionar um cuidado adequado às necessidades de fim de vida, permitindo a superação do medo da morte pelo maior preparo para tal (ESPINOZA; SANHUEZA, 2012).

Na metodologia desta pesquisa previu-se a aplicação da Escala de Medo da Morte de Collet-Lester, no intuito de se ter resultados mais densos sobre o método de tecnologia desenvolvida junto aos estudantes, no seu propósito de sensibilizá-los para o cuidar e saber lidar melhor com o processo de morte e morrer.

Observa-se, no entanto, que a Escala exige representatividade estatística para que os resultados possam gerar afirmações seguras e generalizáveis, o que não vem ao encontro do desenho desta tese, pois sua natureza qualitativa, proposta metodológica e contexto situacional de desenvolvimento culminaram em um número suficiente para as análises qualitativas, mas reduzido de participantes para atender às exigências estatísticas.

Ainda assim, considera-se válido expor os resultados gerados com a aplicação da Escala, de modo a contribuir para sua divulgação, ampliando as possibilidades de posteriores usos em outras pesquisas. Os resultados estatísticos não geraram significância, contudo, os números absolutos mostram potencialmente respostas positivas à metodologia aplicada.

Os dados produzidos pelos participantes da pesquisa por meio do questionário com a Escala de Medo da Morte de Collet-Lester (EMMC-L) foram analisados por meio do *software* IBM® SPSS® *Statistics for Windows*, versão 24. O procedimento de análise iniciou-se por meio da construção de um banco de dados, cujas variáveis corresponderam aos 28 itens da EMMC-L.

Os 25 participantes da pesquisa preencheram a escala em dois momentos, antes e após a realização da tecnologia de processo exposta nesta tese, no capítulo do método. A EMMC-L é uma escala de tipo Lickert que varia de 1 (sem medo) a 5 (muito medo), sendo assim, foram realizados cálculos de média aritmética e desvio padrão dos valores atribuídos pelos participantes a cada um dos 28 itens da escala em cada um dos dois momentos. Os valores das médias e dos desvios padrão de ambos os momentos foram exportadas para o *software* Microsoft® Excel®, versão 2016, por meio do qual foram desenvolvidas tabelas e gráficos.

A análise seguiu os itens da escala considerando a suas quatro subescalas que proporcionam informações multidimensionais sobre as questões: medo da própria morte, o medo do próprio processo de morrer, medo da morte de outros e medo do processo de morrer de outros.

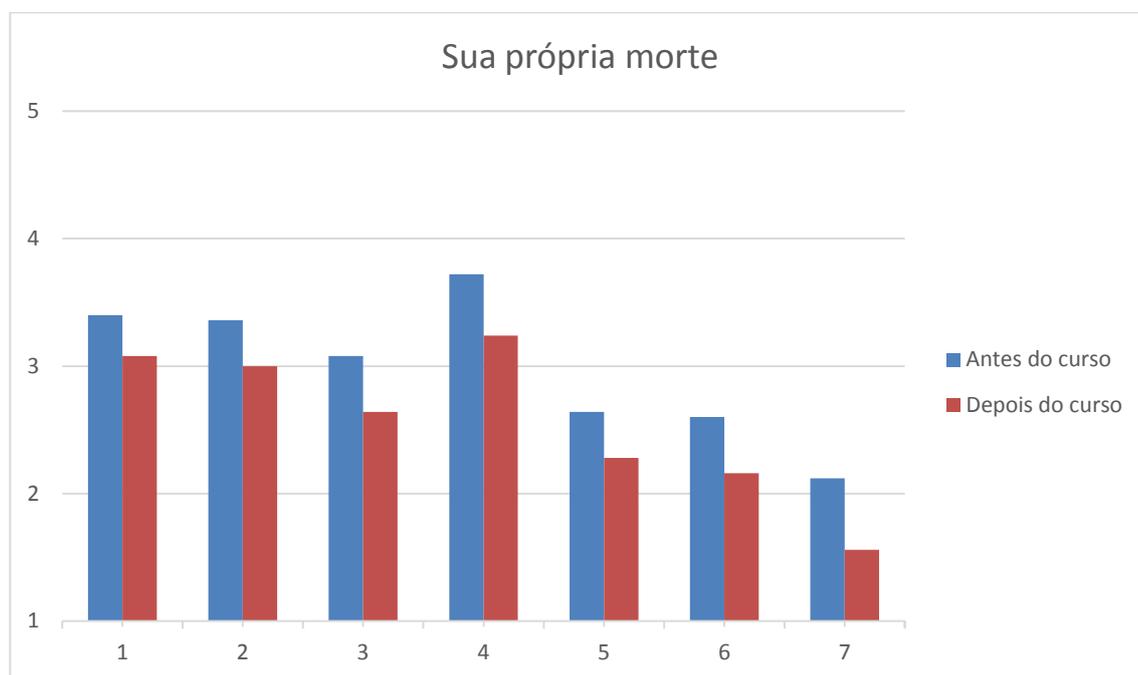
Sobre as primeiras sub escalas que correspondem à sua própria morte e o seu processo de morrer foi constatado que os participantes apresentaram uma diminuição do medo relacionado a estas, comparado ao momento antes da intervenção pedagógica. O item que mais apresentou redução sobre a própria morte e o seu morrer foi o que se refere à preocupação com a desintegração ou deterioração do corpo

Todos os itens relacionados à sua morte e ao seu processo de morrer apresentaram redução. Esta redução no pós-teste inicialmente pode ser atribuída a informações e vivências durante a oficina, reduzindo alguns imaginários sobre a questão do sofrimento no momento da morte e após a mesma. Uma discussão pertinente e ampliada com os estudantes foi o fato da incerteza do que há após a morte e se haverá algo para sentir. Não se tem um consenso sobre esta experiência de pós-morte, por isso muitas questões construídas nesta esfera foram desmistificadas no debate entre os participantes.

Desmistificar a própria morte e o morrer se constitui como uma das estratégias de aproximação dos estudantes com o tema, visando explorar sentimentos e emoções relacionados ao existir humano e à sua fragilidade. A finitude é parte do ciclo natural da vida e não deve ser vinculada ao fracasso, derrota e vergonha conforme observado nos cenários hospitalares onde há uma busca pela obstinação terapêutica, onde muitas vezes os direitos do paciente não são considerados (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

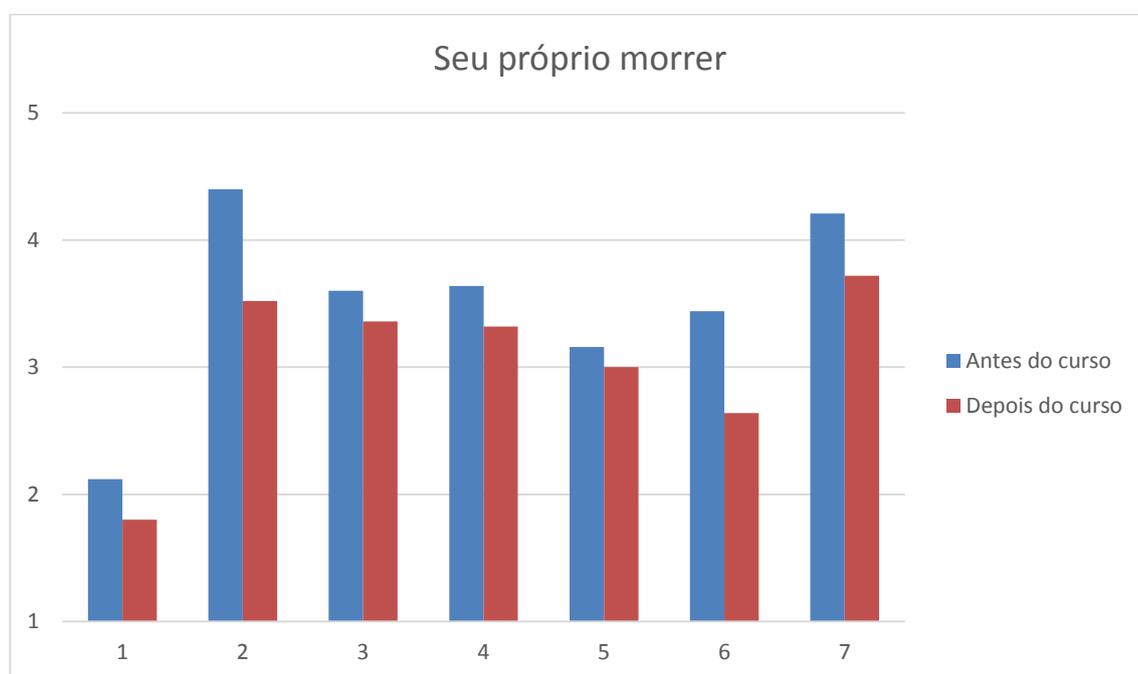
Esse resultado leva a inferir que a tecnologia de processo aplicada com os estudantes ampliou o conhecimento real dos estudantes sobre o tema, reduzindo informações fragmentadas e/ou imaginários que ampliam a preocupação com a morte. A redução nas subescalas podem ser constatadas nos gráficos a seguir:

Gráfico 1 - Manifestação do medo de sua própria morte.



Fonte: Relatório de pesquisa (2017).

Gráfico 2 - Manifestação do medo sobre o seu próprio morrer.



Fonte: Relatório de pesquisa (2017).

Na segunda subescala que corresponde à morte e ao morrer dos outros, não se observou aumento relacionado aos itens sobre a morte dos outros. Sentir culpa por estar aliviado com a morte da pessoa foi o item que mais apresentou redução no pós-teste.

Porém, na subescala relacionada ao morrer dos outros apenas um item aumentou no pós-teste, que foi a questão sobre lembrar-se que um dia você irá passar por esta experiência de morte dos outros.

Possivelmente isso se deve à troca de informações entre os participantes, pois diversas pessoas passaram por morte de familiares próximos, em situações dramáticas, o que pode ter despertado os outros para possibilidades sobre as quais eles não haviam ainda pensado profundamente. Por outro lado, sensibiliza-os para a percepção da dor e o sofrimento do outro, o que pode contribuir para o momento de cuidado na situação de morte.

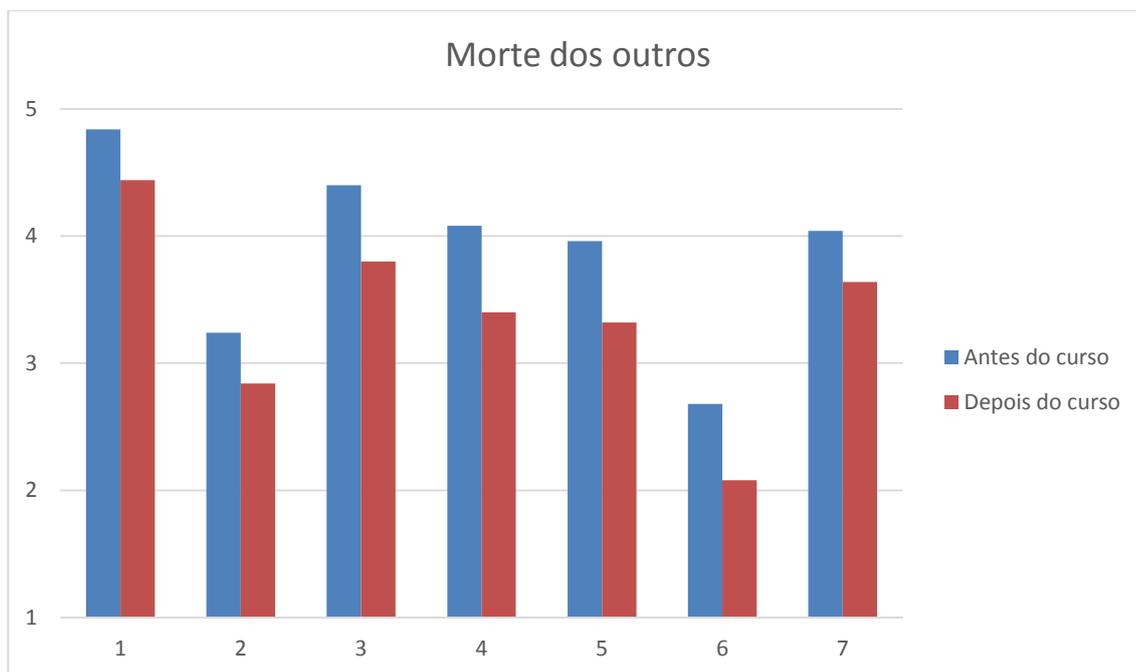
Muitos dos participantes relataram evitar o contato com pacientes que estavam passando pelo processo de finitude, não se sentindo confortáveis de estarem ao lado de quem está partindo e por este fato relembrar mortes de pessoas próximas e conhecidas. Esta postura demonstra uma tentativa de negar a existência da morte. A participação nas oficinas aprofundou a visão dos estudantes sobre esta forma de fuga e de proteção pessoal quanto à dor e ao sofrimento.

Um estudo realizado com profissionais de um hospital especializado em pacientes terminais com câncer aponta que os profissionais não tiveram formação prévia para a atuação em cuidados paliativos e que os mesmos sentem o conflito de correlacionar o aprendido na formação profissional e o exigido ao longo de sua atuação na área de saúde. Fica claro que esta situação aumenta o desgaste emocional no convívio com o sofrimento e a dor do outro, levando a um alto número de licenças médicas por doenças osteomusculares e psiquiátricas (KAPPAUN; GOMEZ, 2013).

Ambientes favoráveis para a ampliação das percepções, reflexões e significados que compreendem a dinâmica do viver humano colaboram para um cuidado de enfermagem que se traduz no respeito ao sujeito, mantendo a sua dignidade e suas escolhas através de um atendimento sensível às suas necessidades e às necessidades dos familiares envolvidos no processo. Momentos de discussão sobre temas tabu como a morte levam o estudante à percepção de que a prática profissional vai muito além do que estudar patologias, medicamentos ou procedimentos, tratando-se na verdade de entender e respeitar as fragilidades humanas (DIAS *et al.*, 2014; ALVES; COGO, 2014).

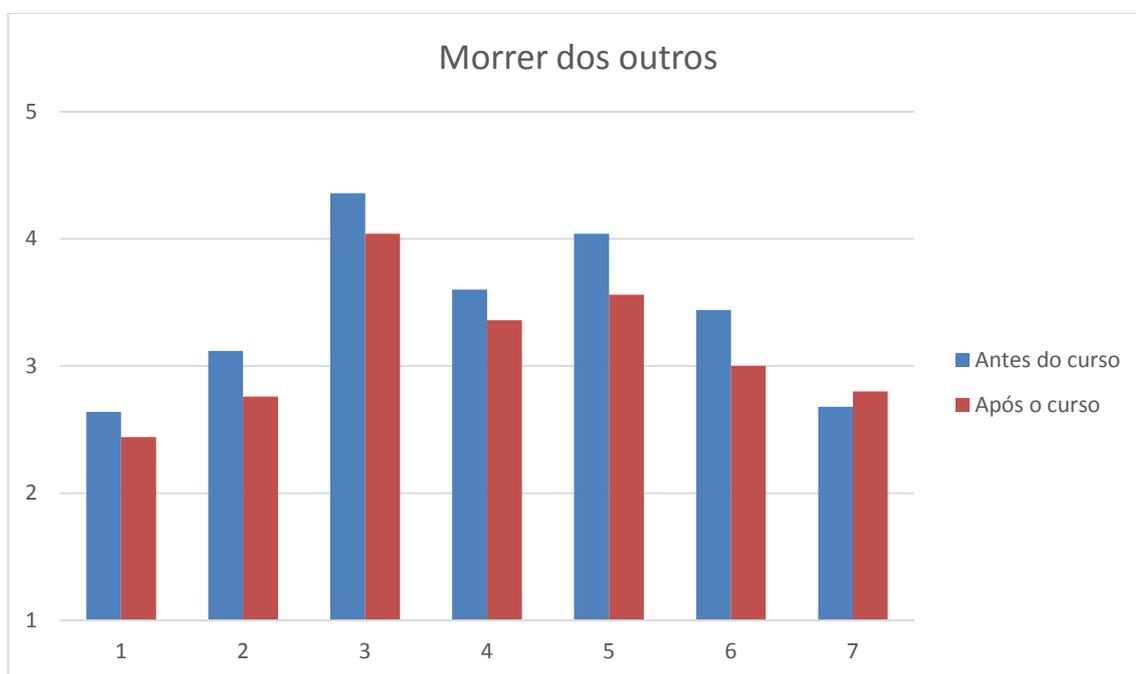
Os resultados das subescalas relacionadas à morte e ao morrer dos outros estão evidenciados nos gráficos 3 e 4:

Gráfico 3 - Manifestação do medo sobre a morte dos outros



Fonte: Relatório de pesquisa (2017)

Gráfico 4 - Manifestação do medo sobre o morrer dos outros



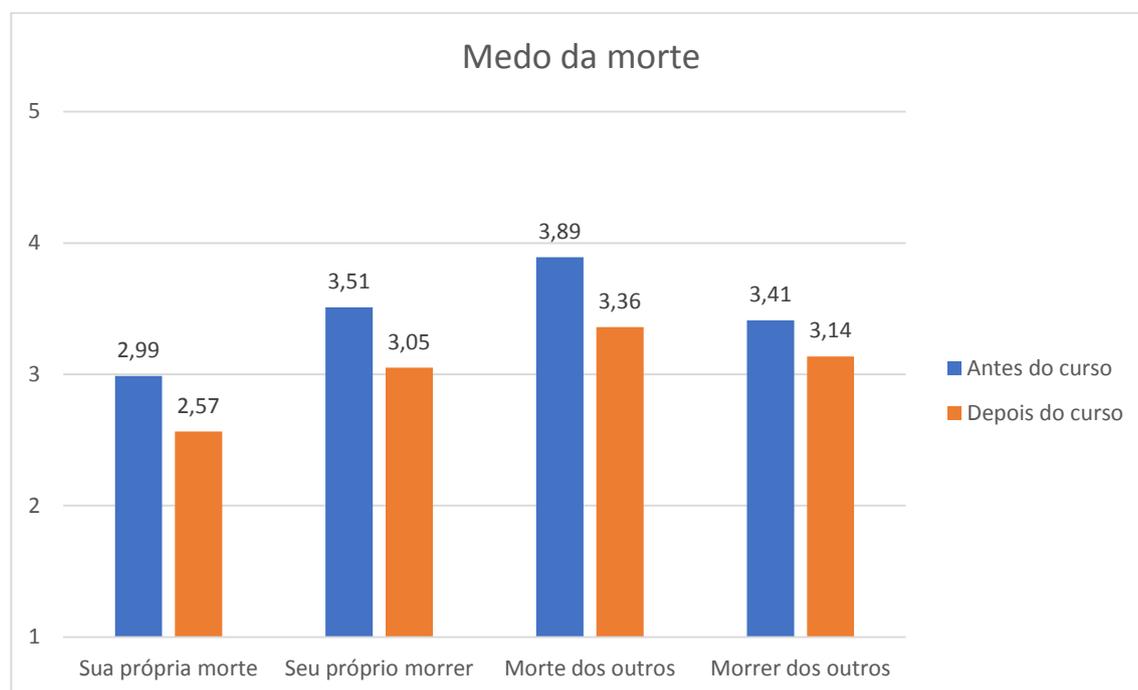
Fonte: Relatório de pesquisa (2017).

A aplicação da Escala de medo da morte de Collet-Lester permitiu a mensuração do medo dos alunos relacionado ao enfrentamento de sua própria morte e da morte do outro e se constituiu como um momento de reflexão sobre o que será exigido frente aos cuidados

relacionados à terminalidade e ao preparo do corpo pós-morte. A utilização de um pré-teste e um pós-teste favoreceu a análise dos participantes quanto à tecnologia de processo desenvolvida, evidenciando o medo relacionado ao tema.

Como houve redução na maioria dos itens, com exceção de um, verificou-se que após a aplicação da tecnologia de processo desenvolvida com os 25 estudantes houve redução do medo da morte pelos mesmos, conforme os gráficos 5 e 6, da totalidade da escala.

Gráfico 5 - Manifestação do medo da morte.



Fonte: Relatório de pesquisa (2017).

Ficou evidenciada a necessidade de maior espaço de discussão envolvendo este tema e os cuidados relacionados ao paciente e família vivenciando o processo de morte e morrer, para possibilitar uma assistência profissional adequada às necessidades destes. É necessário um maior aprofundamento destes resultados através de um número maior de participantes a fim de embasar estratégias facilitadoras deste aprendizado de acordo com o perfil analisado dos estudantes de graduação em enfermagem.

A média e desvio padrão das escalas antes e depois da tecnologia de processo estão representadas na Tabela 1:

Tabela 1 – Média e desvio padrão das escalas antes e depois da tecnologia de processo - Estatísticas descritivas.

Variáveis	Antes		Depois	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
A solidão proporcionada pela sua morte	3,40	1,291	3,08	1,288
A vida ser curta	3,36	1,350	3,00	1,354
Deixar de fazer muitas coisas após a morte	3,08	1,525	2,64	1,381
Morrer jovem	3,72	1,514	3,24	1,535
Como deve ser a sensação de estar morto	2,64	1,440	2,28	1,308
Nunca ter pensado ou ter passado pela sensação de morte	2,60	1,414	2,16	1,068
A desintegração do seu corpo após a morte	2,12	1,424	1,56	0,961
A decomposição física envolvida	2,12	1,166	1,80	1,041
A dor envolvida na morte	4,40	0,866	3,52	1,194
A diminuição da capacidade intelectual em idades mais avançadas	3,60	1,443	3,36	1,497
Suas capacidades ficarão limitadas quando você estiver morrendo	3,64	1,350	3,32	1,376
A incerteza do quão bravamente você enfrentará o processo de morrer	3,16	1,281	3,00	1,323
A sua falta de controle sobre o processo de morrer	3,44	1,417	2,64	1,381
A possibilidade de morrer em um hospital, longe da família e amigos	4,21	1,179	3,72	1,208
Perder alguém próximo de você	4,84	0,473	4,44	0,961
Ter que ver o corpo da pessoa morta	3,24	1,739	2,84	1,463
Nunca mais ser capaz de comunicar-se com a pessoa novamente	4,40	1,225	3,80	1,291

Arrepende-se por não ter estado com a pessoa enquanto ela ou ele estava vivo	4,08	1,256	3,40	1,414
Envelhecer sozinho, sem a pessoa	3,96	1,136	3,32	1,282
Sentir culpa por estar aliviado com a morte da pessoa	2,68	1,626	2,08	1,152
Sentir-se solitário sem a pessoa	4,04	1,241	3,64	1,287
Ter que estar com alguém que está morrendo	2,64	1,497	2,44	1,261
Ter que conversar sobre a morte com a pessoa que está morrendo	3,12	1,481	2,76	1,165
Ver a pessoa sofrendo com dor	4,36	0,995	4,04	1,136
Ver a decomposição física do corpo da pessoa	3,60	1,323	3,36	1,221
Não saber o que fazer com a dor da perda quando você está ao lado da pessoa que está morrendo	4,04	1,020	3,56	1,003
Ver a perda das capacidades mentais da pessoa	3,44	1,356	3,00	1,258
Lembrar-se que um dia você também irá passar por essa experiência	2,68	1,464	2,80	1,323

Fonte: relatório de pesquisa (2017).

Abordar o tema da morte e do processo de morrer ainda se constitui um desafio para a formação na área de saúde como um todo e especificamente na formação do enfermeiro, uma vez que este é o profissional mais diretamente ligado ao cuidado do indivíduo e família ao longo do seu ciclo vital e no cuidado com o corpo pós-morte. O cuidado em saúde, e o de enfermagem em especial, se volta à promoção de conforto e bem-estar do indivíduo e no momento de sua morte, tem como finalidade manter sua dignidade como ser humano e como ser social.

Criar tecnologias de processo aplicáveis à formação do enfermeiro que permitam a elaboração de questões relacionadas à sua própria morte, o seu morrer, a morte dos outros e o morrer dos outros de forma objetiva e subjetiva, explorando os sentimentos que estas situações trazem e em como estes comportamentos irão influenciar nos cuidados de

enfermagem é responsabilidade de docentes e retrata o compromisso social que se deva ter com os cidadãos, além de expressar a concretude da enfermagem como prática social.

#### *Resultados da avaliação dos participantes*

O formulário de avaliação geral da metodologia aplicada foi disponibilizado após todas as etapas concluídas e continha seis tópicos com perguntas fechadas, com respostas variando entre ótimo, bom, razoável e ruim; e o sétimo tópico onde o participante poderia escrever críticas, sugestões e comentários do curso (APÊNDICE D). Para garantir a espontaneidade nas respostas avaliativas solicitou-se que o participante não se identificasse.

O curso foi avaliado como ótimo por todos os 25 participantes, considerando de uma forma geral. Sobre o conteúdo abordado relacionado aos assuntos e temas abordados durante a execução deste, 24 pessoas referiram que o curso atendeu a todas as expectativas, sendo que um estudante criou a alternativa “INCRÍVEL: surpreendeu todas as minhas expectativas”.

Sobre a forma de apresentação das aulas somente um estudante referiu a alternativa Boa, enquanto todos os outros relataram que foi Ótima. A dinâmica inicial, que contemplou o desenho e montagem de cenas de cuidado, foi julgada por todos como Ótima; o grupo focal realizado após o filme e a utilização do filme obtiveram conceito Bom de um estudante e Ótimo dos demais 24, assim como a exposição dialogada com a mesma avaliação. A demonstração da técnica foi considerada Boa por dois participantes e Ótima para 23 deles. Os conteúdos abordados foram considerados aplicáveis à vida ou à prática profissional diária, recebendo avaliação Ótima de 24 participantes e Boa de um participante.

Sobre a carga horária, buscou-se saber se o número de horas do curso foi suficiente para as informações necessárias ao tema: oito participantes julgaram a mesma como Ótima, sendo adequada aos objetivos propostos; 17 acreditam que a carga horária foi Boa e que o curso deveria ser um pouco maior.

No instrumento de avaliação havia espaço para registro de sugestões. Nesse sentido, os oito participantes do Curso 1 sugeriram que deveria se realizar outra dinâmica com desenho para avaliar as mudanças ludicamente; criar uma disciplina eletiva a partir do curso; fazer mais cursos sobre a morte com outros temas; fazer mais turmas do curso em outros períodos e abrir para outras áreas; aumentar o número de horas.

Os cinco participantes do Curso 2 sugeriram: aumentar tanto o tempo da aula expositiva dialogada quanto a carga horária do curso e, especialmente, para que se tenha um dia somente sobre preparo do corpo; além de inserir a dinâmica na aula expositiva dialogada.

No curso 3, os 12 participantes também sugeriram aumento da carga horária do curso; além de acréscimo de mais conteúdo teórico para discussão e aprofundamento; destacou-se que este grupo sugeriu expandir a oportunidade para os técnicos de enfermagem. Vale ressaltar que neste grupo, a mãe de um dos participantes atuava como técnica de enfermagem e o preparo do corpo morto estava presente no seu cotidiano de cuidar com muita frequência. Segundo relato de seu filho, a mesma não havia recebido formação/treinamento para lidar com questões que ultrapassam as barreiras da técnica procedimental.

De uma forma geral a metodologia em todas as suas partes executadas foi bem avaliada, sendo destaque algumas intervenções que fizeram os estudantes perceberem a profundidade do tema e situações que se relacionam ao seu cuidado e ao cuidado do outro.

Técnicas que permitam o autoconhecimento são necessárias para o fortalecimento pessoal, tornando o estudante mais capaz de cuidar de forma integral, minimizando o estresse e a ansiedade que costumam ser altas no contato com pessoas em finitude.

Foi ótimo porque agora eu sei que tem outras coisas que eu tenho que aprofundar dentro de mim que eu não estava aprofundando. Eu aprendi tantas mais coisas que eu comecei a refletir mais profundamente sobre as pessoas, só que eu pensava nisso artificialmente (P.8).

Eu cheguei no curso muito angustiado de saber dessa questão da morte, da minha morte, o curso me ajudou a esclarecer. Minha angústia era não saber como reagir e ouvir o que as pessoas fariam, eu acho que me trouxe um conforto, eu tinha muito medo de morrer e não tinha me dado conta disso. Dos outros eu já sei como eu vou reagir, eu vou chorar, mas e a minha morte? Como vai ser a minha morte no mundo? Diferente chegar e ficar pensando nisso (P. 9).

Pensar na sua própria morte também foi visto como etapa preparatória e de autoconhecimento, permitindo saber o que incomoda relacionado à morte de si e do outro. Destacou-se também a participação nas várias etapas propostas e a importância da mesclagem de metodologias que tornaram o ensino-aprendizagem de um tema tabu prazeroso e pouco cansativo.

Eu achei o curso muito bem pensado. Em todo o momento mudava a dinâmica para que a gente assimilasse de outra forma uma coisa que a gente já tinha pensado antes e aí pela mudança da forma de dinâmica, você mudava o que você pensava sobre a mesma coisa que você pensou. As etapas foram se conectando e não foi cansativo. Eu acho que as pessoas tinham que ter mais desse curso. A gente teve conhecimento completo, porque você trouxe muitos elementos, trouxe experiências e tantas coisas diferentes de uma maneira tão leve (P. 8).

O curso me trouxe mais reflexão. Agora eu sou incomodada com o assunto e penso nele, tenho vontade de encarar essa situação e ver como eu vou reagir diante de uma situação real. O que eu quero agora é poder encarar uma situação dessas e ver o que eu realmente mudei em relação a isso (P. 7).

É urgente a necessidade de adaptação de metodologias inovadoras na graduação, pois os estudantes possuem pouco entusiasmo por métodos ultrapassados que não são capazes de agirem como agentes de mudança e gerarem inquietações que possam incentivar a pesquisa e despertando uma postura proativa de aprendizado.

A organização do curso foi magistral. Foi muito melhor, porque quando você já começa na dinâmica que já te bota para pensar, já mexe com você, aí você parte para um filme, que complementa o primeiro dia e acaba te botando para refletir, enriqueceu demais. Eu acho que acabou produzindo mais mudança na gente (P. 12).

A gente não imagina a quantidade de coisas que pode aprender nesse curso, só quando olha pelo nome. Quando a gente sai daqui, acha que não tem mais nada pra ser discutido, chega no dia seguinte tem um monte de coisas novas que não imaginava, então a cada dia ficava pensando como vai ser no dia seguinte, ansioso pra chegar logo, chega em casa não consegue parar de discutir e contar pra mãe e pro pai, e conversa. A metodologia que vocês usaram prendeu a nossa atenção, deu pra gente perceber que cada um tem uma visão diferente. Ajudou no nosso autoconhecimento (P. 2).

O uso da simulação por meio de casos possibilitou a aproximação do que ocorre na vida real, em campo prático de atuação do enfermeiro. Trazer espaços de discussão de sentimentos e emoções oriundos do cuidado de enfermagem permite ao estudante identificar pontos que precisam de aperfeiçoamento.

Essa simulação eu achei bem legal porque a gente até agora tinha tido isso na teoria. Você deu um caso pra gente e tivemos que mostrar tudo o que a gente sabia, até mesmo a não esquecer dos familiares, também achei importante a passagem de filme, que a gente teve uma outra visão, bem descontraída de passar o conteúdo (P. 5).

Absurdamente interessante. A partir de vários princípios, porque abordou o tema de uma forma completamente transversal, com um ponto de vista cultural, sociológico, filosófico, pessoal. Essa visão é uma tendência (P. 3).

O ensino voltado à morte e ao morrer deve ser contínuo, perpassando todos os períodos do início ao fim, para permitir o aprofundamento necessário. Os participantes percebem esta ausência e destacam:

Eu achei bastante produtivo porque na faculdade a gente aprende só a técnica, não foca no cuidado com o próprio familiar, em como a gente tem que lidar com aquela própria situação. Eu acho de verdade que a graduação deveria começar esse assunto desde o início porque é um assunto que induz mudanças. Tem que vir desde o início, tem que ser uma coisa gradual. Não tem isso na graduação e faz total diferença pra gente (P. 22).

Deveria ser algo que viesse pra gente desde o primeiro período e seguir até o final. Eu não me sinto preparada ainda para preparar um corpo ou ter que informar ao

familiar que o ente querido dele morreu. Eu acho que se a gente tivesse esse contato ali desde o primeiro período ia fazer uma diferença enorme (P. 14).

A gente entra na faculdade pra lidar com a vida, mas a gente vai encarar a morte em algum momento, porque faz parte da vida. Apesar de tudo que a gente chorou no primeiro dia eu acho que ajudou a trazer uma leveza do assunto. Eu vim pro curso justamente pra isso, por que eu sei que eu tenho mais dificuldade pra lidar com isso. Preparar um corpo, contar pra algum parente que perdeu alguém. Vi outros aspectos que eu não tinha parado pra pensar, então eu acho que foi muito positivo (P. 16)

A ausência do preparo dentro da graduação relacionado a formas de apoio aos familiares foi discutido e apontado como grave e com consequências como profissional. Foi destacado a predominância de um ensino tecnicista, onde se mantém o ensino da técnica de cuidado com corpo pós-morte de forma isolada, em um tempo mínimo e sem conceituação e aprofundamento do que está relacionado, sem permitir conhecimento relacionado às suas vivências e as formas de comunicação com pacientes e familiares envolvidos.

O contato que a gente teve na faculdade com esse tema foi a preparação do corpo morto. Não tem uma coisa antes. E eles falam muito que você tem que estar ali disponível para o familiar, para dar aquele apoio. E a gente? Como é que a gente fica? Isso eles não falam (P. 14).

Colocar uma atadura você aprende na marra, mas lidar com essa situação, não (P. 23).

A gente é orientado a dar suporte ao familiar, mas ninguém orienta a gente a como fazer isso. A gente tem que apoiar o familiar, mas ninguém mostra pra gente como fazer isso e ninguém dá a base pra gente estar pronto, preparado para essa situação. Quem vai apoiar a gente? A gente não tem nenhum apoio, só foi treinado para fazer o preparo do corpo, que é uma coisa mecânica. Mas e aí? E toda a subjetividade por trás disso? Não é abordado (P. 16).

Uma aula: preparo do corpo, depois vamos pro laboratório e acabou! Nunca mais tocam no assunto e é sempre mostrando como uma coisa negativa, a enfermagem tem que fazer porque ninguém mais faz. Você tem que fazer e pronto. Eu só ficava pensando: vou preparar o corpo. Será que tem algodão suficiente? Será que essa atadura vai ser suficiente?. Eu não conseguia pensar na pessoa, só na técnica. E eu já tenho uma visão totalmente diferente agora. Eu me sentia muito mal porque eu pensava assim. Na hora eu não conseguia ver como uma pessoa. Agora já melhorou bastante isso. Já desmistificou (P. 15).

A utilização do filme como recurso de ensino trouxe como legado a visão do preparo do corpo relacionado a diversas culturas, fato que não observamos como regra ao se ensinar a cuidar do corpo morto.

A técnica de cuidado com o corpo pós-morte vista isoladamente e executada em formato de treinamento, em que a maior preocupação se foca no uso de materiais e de quais são eles, não permite ao estudante vislumbrar a complexidade envolvida na situação de morte, onde se espera do profissional apoio aos familiares, apoio à sua equipe, execução da técnica

respeitando aspectos culturais e religiosos e permissão da elaboração do luto dos familiares através da despedida adequada deste familiar que morreu. Esta fragmentação segue destacada nos relatos:

No nosso laboratório, a aula era assim: ver o material e como vai fazer o preparo. Aqui a gente viu a situação de falar com o familiar. Eu nunca pensei: e se chegar um líder religioso? E se chegar um familiar, o que que eu faço? Eu nunca pensei nisso (P. 15).

A gente aprende muito sobre o cuidado integral, sobre a humanização, mas aí chega na hora, questões assim, você pensa na técnica, você não consegue encaixar as coisas (P. 18).

A gente fica sem saber o que fazer e não consegue ajudar da forma que a gente quer ajudar, mesmo a gente querendo. O curso foi muito bom, foi bastante enriquecedor porque a gente pode ver como cada um lida com as situações de morte (P. 17).

A primeira vez, que eu pude me aproveitar de relatos, foi nesse curso, com a professora dando um monte de exemplo da vida profissional e isso foi enriquecedor, pela primeira vez, foi enriquecedor. O curso é interessante, o conteúdo é interessante, mas os relatos acabaram clareando a gente. Não tem ninguém nunca pra falar uma coisa dessa pra gente (P. 24).

Antes da gente ter o preparo para lidar com a morte dos outros como enfermeiro, como profissional, a gente tem que saber lidar com a nossa morte. Com a morte das pessoas ao nosso redor, começar pela gente (P. 16).

E foi bom saber que eu não preciso estar pronta. É normal ficar com medo (P. 25).

Quando eu vejo a ordem do curso, foi lidar com a minha própria dor com relação à morte, lidar com a dor do outro e depois lidar com esses sentimentos todos. Aí sim você pensa na técnica. E isso me ajudou bastante porque eu consegui ouvir os relatos, eu consegui ver o quão é diferente. Eu lido muito bem, lido bem com a morte, mas tem gente que não (P. 15).

A identificação e legitimação de sentimentos como medo, angústia e tristeza foram importantes para os estudantes, pois os mesmos se sentiram acolhidos e capazes de elaborar estes sentimentos através da identificação da origem dos mesmos, permitindo sua ressignificação.

Eu acho que o mais importante foi mostrar que eu não vou deixar de ser uma enfermeira melhor porque eu estou nervosa pra preparar um corpo. Eu não vou deixar de ser enfermeira. Só que eu sou ser humano também. Eu estou aqui justamente por isso. Eu quero cuidar do ser humano, então porque não me sensibilizar com a dor do outro? (P. 15).

Eu gostei bastante da dinâmica usada no curso. A gente pôde colocar pra fora os nossos sentimentos, o nosso desabafo e pôde ver a percepção dos outros e apoiar umas às outras também. E eu acho que eu saí daqui, inclusive, até mais leve depois de ter falado, depois de ter chorado [risos]. Vi pessoas que têm o mesmo sentimento que eu, sofrem da mesma forma ou de formas diferentes e eu achei bem interessante. Ajuda bastante quem veio aqui (P. 17).

Tem uma coisa que foi muito engraçado que foi a minha mãe perguntando: E aí, como foi o curso? E eu falei: Mãe, muito bom o curso! E ela: O curso não é de morte? [Gargalhadas] E eu falei: Pois é! (P. 20).

Os estudantes destacaram como favorável e importante a tecnologia utilizada pelo fato desta servir como ferramenta de aprendizagem para lidar com a morte do outro e para lidar com a sua própria morte, permitindo visualizar e reconhecer pontos fortes e pontos fracos relacionados à temática neste sentido.

É preciso que o tema sobre o processo de morte e morrer precocemente na graduação, aprofundando seu conteúdo junto com as etapas de formação (BANDEIRA *et al.*, 2014; BELLATO *et al.*, 2007), além de criar mais espaço de interação e autoconhecimento para os graduandos, pois atender as necessidades das pessoas requer habilidades que possam contemplar a complexidade do ser humano em todas as suas nuances, respeitando suas diferenças e características únicas. No currículo de graduação da Escola que serviu de campo para esta pesquisa, reserva-se em média seis horas para este conteúdo, no formato teórico e teórico-prático, carga horária esta distribuída em dois períodos distintos<sup>3</sup>. Esta tese propõe uma ampliação desse tempo, articulada a uma metodologia participativa, de modo que se aborde não somente os conteúdos técnicos-clínicos sobre o tema, mas também os existenciais, no entendimento que a ação profissional frente ao processo de morrer alia ambas as vertentes no cotidiano da assistência.

A aplicação de técnicas múltiplas possibilitou ver o mesmo tema através de prismas diferentes, se constituindo como um ensino aprofundado, permitindo a discussão de muitos conceitos relacionados ao próprio aprendiz e às exigências relacionadas à formação e a atuação como profissional.

A avaliação mostrou que os estudantes têm carência de conversação sobre as próprias emoções, especialmente quando se trata de um tema como a finitude, que tanto mobiliza as emoções.

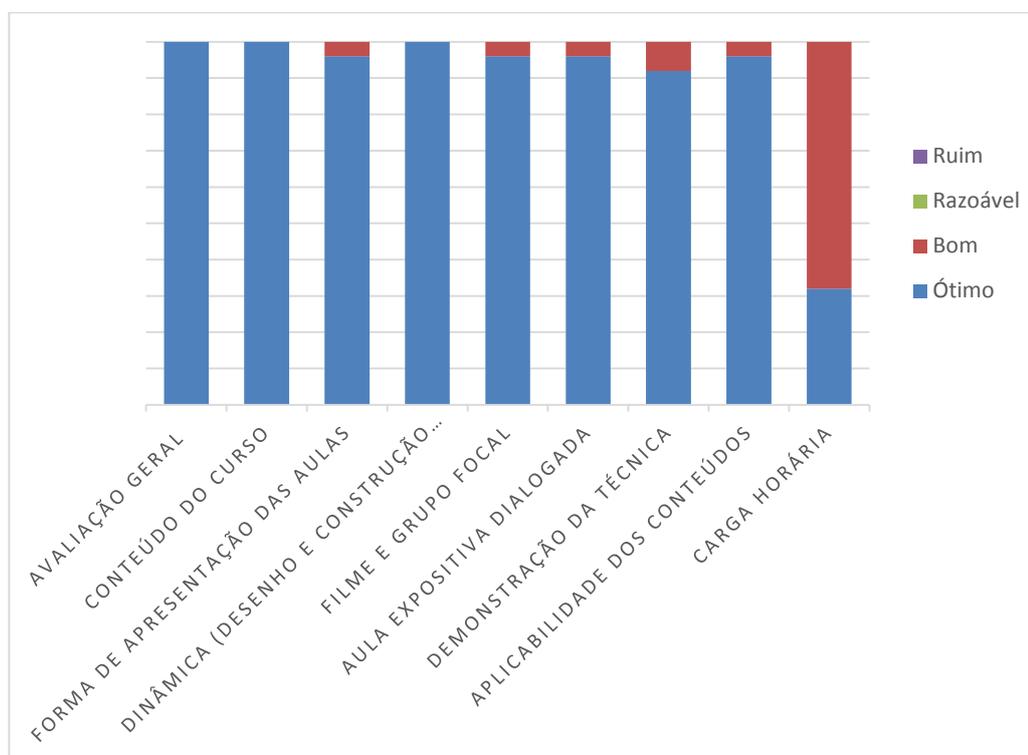
Isso deveria ser mais focado na graduação, essa questão do autoconhecimento. Na verdade nós não tivemos uma aula disso, foi uma professora da saúde mental que falou sobre isso, sobre se conhecer, alertou mais (P. 3).

Foi criado um gráfico ilustrativo da avaliação geral do curso pelos participantes, conforme apresentado a seguir:

---

<sup>3</sup>Informação obtida em consulta às coordenadoras dos Programas Curriculares VI, VII, VIII e IX, do quinto e sexto períodos do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, da Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ.

Gráfico 6 – Avaliação do curso por 25 estudantes de graduação em enfermagem.



Fonte: Relatório de pesquisa (2017).

O curso foi avaliado posteriormente por uma participante (P.18) que enviou uma mensagem via aplicativo de celular (WhatsApp) sobre como as horas de discussão desta temática puderam ser aplicadas em sua vida, na vivência de uma morte de familiar.

Cabe destacar que este contato foi realizado após quase 5 meses da participação do estudante na tecnologia proposta, servindo de avaliação positiva quanto a apreensão de conteúdos relacionados à temática trabalhada. O relato foi transcrito e incorporado nesta tese, com autorização da divulgação pela própria participante, com a assinatura de um termo cedendo o depoimento para a pesquisa:

Bom dia. A senhora não deve lembrar de mim, eu sou (Nome completo). Participei do seu curso de morte, acho que era terceira turma. Quinta-feira agora eu recebi a notícia do falecimento do meu avô. Ele morava em outro estado, já estava com as passagens compradas pra vir, o que gerou sentimentos muito confusos nos familiares. Apesar disso, fizemos o que podia por ele e ele teve a “boa morte”, foi tudo em paz. Queria dizer com isso que seu curso foi determinante pro manejo dessa situação. Consegui identificar reações comuns à situação e consegui trabalhar questões pessoais de todos ao meu redor. Fiquei muito orgulhosa de poder conduzir bem uma situação tão delicada de forma humana e com o conhecimento científico da enfermagem. Lembrei também de uma frase que a senhora me disse quando eu perguntei no curso como as pessoas costumavam morrer. A senhora disse: a gente morre como a gente vive. E foi isso mesmo. Ele era muito querido, fazia o bem para

as pessoas, era sincero, engraçado, honesto... e morreu dormindo, disseram que ele estava muito bem. Rindo, conversando, etc. Nunca imaginei que pudesse lidar tão bem com algo triste. Fiquei contente de sentir na pele o que o nosso conhecimento nos permite e estou muito grata de ter assistido o seu curso. Sem dúvida foi o melhor que eu já fiz desde o início da graduação. Aprendi coisas pra vida e ele junto à minha bagagem me viabiliza viver em paz. Seu trabalho é muito importante. Muito obrigada e tenha um bom dia. Uma pena que um assunto tão nobre, tão importante não seja valorizado.

(Enviado em 24 de outubro de 2015, via whatsapp).

## CONCLUSÃO

### **TECNOLOGIA DE PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM PARTICIPATIVA: CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADE PARA IMPLEMENTAÇÃO EM CURSOS DE GRADUAÇÃO**

Os resultados desta pesquisa possibilitaram concluir o quanto o ensino de morte e do processo de morrer encontra-se fragmentado e escasso no curso de graduação em enfermagem, não havendo discussão suficiente sobre o tema, apesar de haver o ensino da técnica de cuidados com o corpo pós-morte. É exigido do estudante que ampare os familiares, porém não se discute os sentimentos que surgem em relação ao morrer e não se aprofunda quais são as formas de amparo possíveis neste momento.

Não há simulação de casos clínicos, com dramatização para possibilitar o treinamento de ações relacionadas ao cuidado na finitude e no preparo do corpo pós-morte. Falta um momento na formação que possibilite o autoconhecimento e o preparo do que se espera ao se deparar com o processo de morrer. Legitimar o medo da morte se constitui como um primeiro passo para a necessária aproximação nesta temática que se constitui um tabu.

O ensino da morte e do morrer deve permitir vários olhares sobre o mesmo fenômeno, fato possível através de múltiplas técnicas que funcionam como um sensibilizador para as várias formas de se trabalhar este tema, para o cuidado de si e para o cuidado do outro e de seus familiares. Aprofundar este ensino desperta para a necessidade de compartilhar sentimentos relacionados, permitindo a identifica-los para uma melhor elaboração de seu conteúdo e conseqüentemente permitir uma melhor assistência de enfermagem.

Entender as formas de comunicação (verbal e não-verbal) e treinar as melhores formas de amparo a si mesmo e ao outro também são conclusões desta pesquisa. O compartilhamento de experiências que ocorreu nos diversos momentos de produção de dados foi destacado por vários estudantes, se constituindo como aprendizado de formas diferentes de ver a morte e de se comportar perante ela. A experiência pessoal com a morte influencia na assistência profissional, carecendo de espaços na academia para a reelaboração de sentimentos e emoções para o fortalecimento pessoal e enfrentamento de novas situações relacionadas a ela.

Sugere-se maior tempo para trabalhar a questão da morte e o ensino relacionado a esta desde o primeiro período da graduação, facilitando a atuação profissional no que se refere à finitude. Criar espaços de escuta durante a formação foi apontado como necessidade, visto

que o ensino ainda está muito centrado em um conhecimento técnico, sem discussão de como o estudante se sente ao ter que amparar alguém que está morrendo e aos seus familiares.

O total de horas utilizadas para a discussão de morte e o processo de morrer somou 16. Considera-se exequível pelo tempo que demanda em face dos enquadramentos das disciplinas no currículo. Este bloco pode fazer parte de disciplinas eletivas sem comprometer o conteúdo geral.

A pesquisa foi feita com grupos de 5, 8 e 12 alunos. Avaliou-se que o quantitativo de 12 alunos atendeu aos objetivos planejados para o desenvolvimento do conteúdo. Há limitação de participação do número de estudantes pela execução da primeira etapa de trabalho, que demanda tempo para a produção artística sobre morte e a escuta da descrição do desenho, que vem sempre atrelada ao conceito de morte e de vivências relacionadas a esta que necessitam de um tempo maior para verbalizarem suas experiências. A dinâmica viabiliza a expressão pessoal das vivências e experiências dos estudantes, oportunizando intercâmbios e vínculos entre eles.

Os recursos pessoais não são suficientes para o profissional lidar com a morte no cotidiano da assistência, mas os recursos teóricos sozinhos também não o são, porque a morte é um fenômeno complexo, de cunho existencial em que não é possível haver transferência de vivência, mas é possível haver discussão de experiências. Este momento se constituiu de um ganho pessoal para o estudante, onde foi possível revisitar cenários de morte em família e ressignificar sentimentos que comprometiam sua visão de morte e conseqüentemente sua forma de atuar diante dela, conforme pode ser evidenciado nos discursos dos participantes.

Para trabalhar profissionalmente o tema e os conteúdos que o integram é necessário que se tenha uma metodologia que viabilize a circulação de todos os padrões de conhecimento: teórico, empírico, ético, estético e pessoal. Uma metodologia participativa que estimule o diálogo, a problematização da existência, a construção dos sentidos e significados, atrelados ao debate teórico e eticamente fundamentados oportunizará uma melhor formação para que o enfermeiro possa ter a experiência do cuidado com pacientes e familiares que estejam passando pelo processo de finitude com melhores instrumentos para lidar com a situação e proporcionar o cuidado de enfermagem.

A tecnologia utilizada se mostrou viável, sendo constituída de pouco tempo mecânico, porém grande tempo existencial porque houve intensidade na atividade. Nas diversas formas de trabalho do tema evidenciou-se um aprofundamento dos conceitos que envolvem a morte e os cuidados relacionados ao processo de morrer.

Este trabalho tem potencial de contribuição para orientar o professor universitário a buscar não só conteúdos teóricos sobre o tema da morte e o processo de morrer para problematizá-los, mas também as estratégias mais adequadas para dar mais dinamicidade a estas representações, contribuindo para futuras mudanças.

Os cursos de graduação na área de saúde precisam aprofundar os conteúdos que auxiliem o estudante a lidar com a complexidade de ser humano, com todos os sentimentos e aflições que surgem nas diversas etapas do cuidado. Lidar com suas próprias emoções e com as emoções de quem cuidamos requer habilidades e conhecimentos que ainda precisam ser aperfeiçoados no ensino através de metodologias múltiplas que contemplem a subjetividade e a objetividade do ser.

Precisa-se atentar para os cenários de atuação e as oportunidades de abordagens criativas, que impulsionem o estudante ao cuidado de forma integral, considerando as características e personalidades de quem é cuidado.

## REFERÊNCIAS

- ABRÃO, F.M. da S.; *et al.* Representação social de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66 (5), p. 730-737, 2013.
- ADESINA, O.; DeBELLIS, A. e ZANNETTINO, L. Third-year Australian nursing students' attitudes, experiences, knowledge, and education concerning end-of-life care. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 20, n.8, p. 395-401, 2014.
- ALMEIDA, C.S.L. de; SALES, C.A.; MARCON, S.S. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 1, p. 34-40, 2014.
- ALVES, E. A. T. D.; COGO, A. L. P. Percepção de estudantes de enfermagem sobre o processo de aprendizagem em ambiente hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 102-109, Mar. 2014. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472014000100102&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100102&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42870>.
- ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. de A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 315-9, 2007.
- ANTHONY, S.M. da R. A criança com transtorno de ansiedade: seus ajustamentos criativos defensivos. **Rev. da Abordagem Gestáltica**, XV (1), p. 55-61, 2009.
- ARADILLA-HERRERO, A. e TOMÁS-SÁBADO, J. Death Attitudes and Emotional Intelligence in Nursing Students. **Omega**, v. 66, n. 1, p. 39-55, 2012.
- ARAÚJO, M. M. T. de. **Comunicação em cuidados paliativos**: proposta educacional para profissionais de saúde. [Tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 260p.; 2011.
- ARAÚJO, M. M. T. de.; SILVA, M.J.P. da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev. Esc Enferm. USP**; v. 41, n. 4, p. 668-674, 2007.
- ARAÚJO, M. M. T. de.; SILVA, M.J.P. da. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Rev. Texto Contexto enferm.**, v. 21, n. 1, p. 121-129, 2012.
- ARIÉS, P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981,1982, 2v.
- ARRIEIRA, I. C. de O.; *et al.* O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 21(1), p. 1-6, 2017.
- BANDEIRA, D. *et al.* A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23(2), p. 400-7, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5ª ed. Lisboa: Ed. 70; 2010.
- BARRERE, C. e DURKIN, A. Finding the Right Words: The Experience of New Nurses after ELNEC Education Integration Into a BSN Curriculum. **MedSurg. Nursing**, v. 23, n.1, p.35, 2014.
- BELLATO, R.; *et al.* A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20 (3), p. 255-63, 2007.
- BENEDETTI, G.M. dos S. *et al.* Significado do processo morte/morrer para os acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n.1, p. 173-79, 2013.
- BERALDO, L. M.; ALMEIDA, D.V.de; BOCCHI, S.C.M. From frustration to coping with caring for death by nurse technicians. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68 (6), p. 705-11, 2015.

BERGOLD, L.B.; LIMA, R. de; ALVIM, N. A. T. Encontro musical: estratégia de cuidado de enfermagem em quimioterapia para discutir adoecimento/morte. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 20, n. esp. 2, p. 758-63, 2012.

BOEMER, M. R. Enfermagem e morte. In: In: SANTOS, F. S. **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista: Editora Comenius, 2007, p. 188-195.

BORGES, M. da S. e MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 2, p. 324-31, 2012.

BOUSSO, R.S.; *et al.* Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência da doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.2, p. 397-403, 2011.

BOUSSO, R. S.; POLES, K. Morrer com dignidade: um desafio atual. In: SANTOS, F. S. e INCONTRI, D. **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista: Editora Comenius, 2007, p. 137-144.

BRITO, F.M. de; *et al.* Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidado em enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 18 (2), p. 317-22, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 3, de 07 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2010, 206 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem, CEEENF. **Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Educação; 2000.

BRÊTAS, J.R. da S.; OLIVEIRA, J. R. de; YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 477-83, 2006.

CALIL, A. M.; PRADO, C. O ensino de oncologia na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enf.**, v. 62, n. 3, p. 467-470, 2009.

CAMARGO, A.P. de; *et al.* O ensino da morte e do morrer na graduação médica brasileira: artigo de revisão. **Rev. Uningá**, v. 45, p. 44-51, 2015.

CANTÍDIO, F.S.; VIEIRA, M.A. e SENA, R.R.de. Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 407-18, 2011.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 30ed. São Paulo: Ed. Cultrix, 448p. 2012.

CARPER, B.A. Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. **Advanced Nursing Science**, v.1,n.1, p. 133-23, 1978.

CARVALHO, C. da S.U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Rev Bras. Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CARVALHO, F.P.B. de; GERMANO, R. M. e PESSOA JUNIOR, J. M. A morte na concepção de estudantes de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.16, n. , p. 171-72, 2011.

CARVALHO, V.A. de. A vida que há na morte. In: FRANCO, M.H.P.; KÓVACS, M.J.; CARVALHO, M.M.M.J. de; CARVALHO, V. de A. **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

CASSORLA, R. M. Prefácio. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 253 p.

CASTRO, M.P.R. de; *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Rev. Bioética**, v. 24 (2), p. 355-67, 2016.

CESTARI, M.E. Padrões de Conhecimento de Enfermagem e suas implicações no ensino. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 24(1), p. 34-42, 2003.

COCENTINO, J.M.B.; VIANA, T. de C. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. **Rev. Bras. Geriatr. e Geront.**, v. 14, n.3, p.591-600, 2011.

CORDEIRO, F.R. e KRUSE, M.H.L. Production of an end-of-life curriculum vitae through the pedagogical apparatus of the media. **Interface** (Botucatu), v. 19 (55), p. 1193-205, 2015.

CORDEIRO, F. R. *et al.* Pain and the dying process: nurses' perspectives using the creative and sensible method. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 106-19, apr. 2013. ISSN 1676-4285. Available at: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3989>>. Date accessed: 19 sep. 2016. doi:<<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20133989>>.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. de S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface** (Botucatu), Botucatu, 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016005010102&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016005010102&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Sept. 2016. Epub May 03, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>.

CRAWLEY, J.; DITZEL, L.; WALTON, S. Using children's picture books for reflective learning in nurse education. **Contemp. Nurse**, v.42, n.1, p. 45-52, 2012.

COSTA, P. de M.; COSTA, G. de M. Formas de comunicação. In.: DALACORTE, R.R.; RIGO, J.C.; SCHNEIDER, R.H.; SCHWANKE, C.H.A. **Cuidados paliativos em geriatria e gerontologia**. São Paulo: Atheneu, p. 41-46, 2012.

COVOLAN, N. T.; *et al.* Quando o vazio se instala no ser: reflexões sobre o adoecer, o morrer e a morte. **Rev. Bioética**, v. 18, n. 3, p. 561-71, 2010.

DELALIBERA, Mayra *et al.* . A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1119-1134, Apr. 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000401119&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401119&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.09562014>.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. Lisboa (PT): UNESCO/ASA, 1996.

DIAS, F.G.M. *et al.* A educação permanente na equipe de enfermagem para prevenir a infecção hospitalar. **Rev. Enferm. UFPE**, v.4, n.1, p. 324-32, 2010.

DIAS, M. V. *et al.* . Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: percepções à luz do pensamento complexo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 35, n. 4, p. 79-85, Dec. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472014000400079&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400079&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45177>.

DOMINGOS, B.; MALUF, M. R. Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 16 (3), p. 577-89, 2003.

EDO-GUAL, M. *et al.* The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. **Journal of Clinical Nursing**. V. 23, p. 3501-512, 2014.

EDO-GUAL, M.; TOMÁS-SÁBADO, J. e ARADILLA-HERRERO, A. Miedo a la muerte em Estudiantes de enfermería. **Enferm. Clin.**, v. 21, n.3, p. 129-135, 2011.

EK, C. *et al.* Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 20, n.10, p. 509-15, 2014.

ESPINOZA V., Maritza; SANHUEZA A., Olivia. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 4, p. 607-613, 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400020&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>.

EVANGELISTA, C.B; *et al.* Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 20 (1), p. 176-82, 2016,

FABRO, K.; SCHAFFER, M. e SCHARTON, J. The development implementation and evaluation of an end of life simulation experience for baccalaureate nursing students. **Nursing Education Perspectives**, v.35, n.1, p.19-25, 2014.

FERNANDEZ, A.R. El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 28, n.2, p. 267-74, 2010.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5 ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, M. de A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, v. 59, n. 3, p. 327-30, 2006.

FERREIRA, M. A. Enfermagem: arte e ciência do cuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 664-666, Dec. 2011 . Available from<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400001&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400001>.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02>

FREIRE, P. **Educação e mudança**, 2 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011, 111p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996, 148p.

GALBRAITH, A. *et al.* Design and implementation of an interprofessional death notification simulation. **Clinical Simulation in Nursing**, v.10, n. 2, p. 95-102, 2014.

GARGIULO, C.A.; *et al.* Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 696-702, 2007.

GEOVANINI, Fátima; BRAZ, Marlene. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 21, n. 3, p. 455-462, Dec. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422013000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300010&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300010>.

GERMANO, K. dos S.; MENEGUIN, S. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 522-8, 2013.

GIACOMIN, K.C.; SANTOS, W.J. dos; FIRMO, J.O.A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta de trabalhar e de morrer. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.9, p. 2487-2496, 2013.

GÓIS, A. R. S.; ABRÃO, F. M. da S. O processo de cuidar do enfermeiro diante da morte. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 415 - 425, out. 2015. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15832>>. Acesso em: 19 set. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769215832>.

GOMES, C.H.R.; SILVA, P.V.; MOTA, F.F. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. **Rev. Bras. Cancerologia**, v. 55, n. 2, p. 139-143, 2009.

GONÇALVES, L.H.T.; *et al.* Ensinar enfermagem sobre cuidados de pessoas ao fim da vida: relato de experiência. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 7(10), p. 6047-53, 2013.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18(9), p. 2577-2588, 2013.

HUANG, X-Y *et al.* Nursing students' experiences of their first encounter with death during clinical practice in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 2280-2290, 2010.

IRANMANESH, S. *et al.* Caring for dying people: attitudes among iranian and swedish nursing students. **Indian Journal of Palliative Care**. V. 16, n.3, p. 147-153, 2010.

JAFARI, M.; *et al.* (2015). Caring for Dying Patients: Attitude of Nursing Students and Effects of Education. **Indian Journal of Palliative Care**, 21(2), 192–197. <http://doi.org/10.4103/0973-1075.156497>

JUNIOR, L.; ELTINK, C. F. J. A visão do graduando de enfermagem perante a morte do paciente. **Health Sci Inst.**, v. 29, n.3, p. 176-82, 2011.

KAPPAUN, N.R.C.; GOMEZ, C.M. O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18 (9), p. 2549-2557, 2013.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. 177 p. [a].

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. 239 p. [b].

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 253 p.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9 ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2008, 295p.

KUHN, T.; LAZZARI, D.D.; JUNG, W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao pacientes sem vida. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64 (6), 2011, p. 1075-81.

LAGO, P.M. do; LOPES, M. H. I. Cuidados com o final da vida: como abordar este difícil tema? **Scientia Medica**, v.15, n.1, p. 47-51, 2005.

LEAVY, J. D.; VANDERHOFF, C. J.; RAVERT, P. K. Code simulations and death: processing of emotional distress. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, v.8,n.1,p.1548-923x, 2011.

LIMA, L. C. Programa Alceste, primeira lição: a perspectiva pragmatista e o método estatístico. **Revista de Educação Pública**, 17(33):83-97, jan-abr; 2008.

LIMA, M. G. R. de; NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, J. A. Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 181-8, mar. 2012. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/14173>>. Acesso em: 19 set. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i1.14173>.

LIMA, P. C.; *et al.* O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 18, n.3, p. 503-9, 2014.

LIMA, R. de. **A Representação Social das mulheres sobre o câncer de mama**: implicações para o cuidado de enfermagem. [Dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery; 2002.

LIMONERO, J. *et al.* Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. **Ansiedad y Estrés**, v. 16, n. 2-3, p. 177-188, 2010.

LINO, C. A. *et al.* Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Rev. Bras. Educação Médica**, 35 (1), p. 52-57, 2011.

LIU, Y-C; *et al.* Facing death, facing self: nursing students' emotional reactions during an experiential workshop on life-and-death issues. **Journal of Clinical Nursing**, v.20, p. 856-863, 2011.

LoBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, 330p.

LOUREIRO, L. M. de J. Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). **Revista de Enfermagem Referência**, III série, n.1, 2010, p. 101-108.

LUZ, K.R da *et al.* Coping strategies for oncology nurses in high complexity. **Rev.Bras. Enferm.**, v. 69 (1), p. 59-63, 2016.

LUZ, M. D. A. da; SILVA, R.M. de O.; FERNANDES, J. D. Cuidados à pessoa em fim de vida: percepção de graduandos de enfermagem em Portugal. **Rev. Baiana de Enfermagem**, v. 26, n.1, p. 331-346, 2012.

MACIEIRA, R. de C. **O sentido da vida na experiência da morte**: uma visão transpessoal em psico-oncologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, 153p.

MARCONI, M de A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas. 2009, 277p.

MANCHOLA, C.; *et al.* Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. **Rev. Bioética**, v. 24(1), p. 165-75, 2016.

MATTEDI, M. A.; PEREIRA, A. P. Vivendo com a morte: o processamento do morrer na sociedade moderna. **Caderno CRH**, v.20, n.50, p. 319-330, 2007.

McKENNA, L. e ROLLS, C. Undergraduate midwifery students' first experiences with stillbirth and neonatal death. **Contemporary Nurse**, v. 38, n.1-2, p. 76-83, 2011.

MEDEIROS; Y. K. F. de; BONFADA, D. Refletindo sobre finitude: um enfoque na assistência de enfermagem frente à terminalidade. **Rev.Rene**, v. 13(4), p. 845-52, 2012.

MENDES, I.A.C.; *et al.* Diagnóstico e prognóstico graves: dificuldades para comunicar ao paciente e à família. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**; v. 6, n. 3, p. 300-304, 2007.

MENEZES, R.A.; BARBOSA, P. de C. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2653-2662, 2013.

MONDRAGÓN-SÁNCHEZ, E. J.; *et al.* Comparação do nível de medo da morte entre estudantes e profissionais de enfermagem no México. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23(2), p. 323-8, 2015.

MORAIS, G.S. da N.; *et al.* Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22(3), p. 323-7, 2009.

MOURÃO *et al.*, Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev. Rene**, v. 10, n. 3, p. 139-45, 2009.

NASCIMENTO, A. R.A; MENANDRO, P.R.M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 2, dez. 2006.

NIEMEYER, F.; KRUSE, M.H.L. Sobre morrer com câncer: as lições de Hollywood. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34(4), p. 161-69, 2013.

NUNES, M.da G. dos S.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tratamento paliativo: perspectiva da família. **Rev. Enferm. UERJ**, v.20, n.3, p. 338-43, 2012.

OLIVEIRA, E.A. de; *et al.* Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 38, n. 1, p. 63-68, 2005.

PARRY, M. Student nurses' experience of their first death in clinical practice. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 17, n.9, p. 448-53, 2011.

PASTERNAK, J. Prefácio. In.: CALLANAN, M.; KELLEY, P. **Gestos finais**: como compreender as mensagens, as necessidades e a condição especial das pessoas que estão morrendo. São Paulo: Ed. Nobel, 1994, p. 11-19.

PENHA, R.M.; SILVA, M.J.P. da. Do sensível ao inteligível: novos rumos comunicacionais em saúde por meio do estudo da Teoria Quântica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43(1), p. 208-14, 2009.

PEREIRA, J. C. Procedimentos para lidar com o tabu da morte. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18 (9), p. 2699-2709, 2013.

PEREIRA, L.L.; DIAS, A.C.G. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **Rev. PSICO**, v. 38, n. 1, p. 55-65, 2007.

PEREIRA, M. A. G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto Contexto Enferm.** v. 14, n. 1, p. 33-37, 2005.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Rev. Bioét.**, v. 24, n. 1, p. 54-63, 2016.

PETERS, L *et al.* How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. **The Open Nursing Journal** 7 (2013): 14–21. *PMC*. Web. 28 Jan. 2017.

PIMPLE, C.J.; DIEKER, E. Using expressive art in a nursing course on death and dying. **Journal of Nursing Education**, v.49, n.4, p.237, 2010.

PINHEIRO, Ursula Maria Stockmann. **Más notícias em oncologia**: o caminho da comunicação na perspectiva de médicos e enfermeiros. [Dissertação] Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 115p.; 2012.

PINHO, L.M.O.; BARBOSA, M. A. A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 107-12, 2010.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1991.

POGRÁNYIVÁ, H. *et al.* Reflexiones de los alumnos de enfermería sobre el proceso de la muerte. **Enfermería Global**, n. 33, p. 133-144, 2014.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Comunicação. In: POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7 ed; São Paulo: Mosby/Elsevier, 2009, cap. 24, p. 339-360.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.. A experiência de perda, morte e luto. In: POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**, 8ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, cap 36, p. 726-48.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.. Enfermagem hoje. In: POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**, 8ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, cap 1, p. 1-14.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Rev. Bioética**, v. 24(1), p. 54-63, 2016.

REGINATO, V.; De BENEDETTO, M.A.C.; GALLIAN, D.M.C. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, v. 14, n. 1, p. 237-255, 2016.

REIBNITZ, K. S; *et al.* Pesquisa Convergente-Assistencial: estudo bibliométrico de dissertações e teses. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 702-7, 2012.

REZENDE, L.C.S.; GOMES, C.S.; MACHADO, M.E. da C. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Rev. Psicologia e Saúde**, v. 6, n.1, p. 28-36, 2014.

RIBEIRO, M. C.; BARALDI, S.; SILVA, M.J.P. da. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós-morte”. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.2, p. 117-23, 1998.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. 2 ed, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, 260p.

RODRÍGUEZ, A. F. U.; ORBEGOZO, L. V.; LÓPEZ, S. Actitud y miedo ante La muerte em adultos mayores. **Pensamiento Psicológico**, v. 3, n. 8, p. 109-20, 2007.

SALSI, M.A.; MARCON, S.S. Enfrentamento do câncer em família. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. esp., p. 178-86, 2011.

SANTANA, J.C.B; *et al.* Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. **Rev. Bioética**, v. 21(2), p. 298-307, 2013.

SANTOS, E.M. dos; SALES, C.A. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. **Texto contexto enferm.** v. 20 (esp), p. 214-22, 2011.

SANTOS, F.S. Para além da dor física: trabalhando com a dor total. In.: SANTOS, F.S. **A arte de cuidar**: saúde, espiritualidade e educação. Bragança Paulista, São Paulo: Ed. Comenius, 2010, p. 397-413.

SANTOS, F.S. Perspectivas histórico-culturais da morte. In: INCONTRI, D.; SANTOS, F. S. **A arte de morrer**: visões plurais. Bragança Paulista: Editora Comenius, 2007, p. 13-25.

SANTOS, F. S. Tanatologia: a ciência da educação para a vida. In: SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p. 1-29.

SANTOS, L.R.G. dos; MENEZES, M.P. e GRADVOHL, S.M.O. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2645-2651, 2013.

SANTOS, M.A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Rev. Ciência e saúde coletiva**, 18(9), p. 2757-2768, 2013.

SANTOS, M. F. G. dos; BASSITT, D. P. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. **Rev Bras.Ter. Intensiva**, v.23, n. 4, p. 448-454, 2011.

SAPORETTI, L.A. Espiritualidade nos cuidados com o final da vida. In.: SANTOS, F.S. **A arte de cuidar**: saúde, espiritualidade e educação. Bragança Paulista, São Paulo: Ed. Comenius, 2010, p.366-382

SCHLIEMAN, A. L. Luto e espiritualidade: vivências da condição humana. In.: SANTOS, F. S. **A arte de cuidar**: saúde, espiritualidade e educação. Bragança Paulista, São Paulo: Ed. Comenius, 2010, p. 383-396.

SCHMIDT, B.; GABARRA, L.M.; GONÇALVES, J.R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paidéia**, v. 21, n.50, p. 423-30, 2011.

SILVA, C.S.; SIQUEIRA, J.; STROPPIA, A. MOREIRA-ALMEIDA, A. Coping espiritual e cuidados paliativos. In.: SANTOS, F.S. **Cuidados Paliativos**: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo: Ed. Atheneu, 2011, p. 175-182.

SILVA FILHO, A.L.A.; FERREIRA, M. C. O impacto da espiritualidade no trabalho sobre o bem estar laboral. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35(4), p. 1171-87, 2015.

SILVA, G.S.N. da; AYRES, J.R.de C.M. Os estudantes de medicina e o encontro com a morte: dilemas e desafios. In.: FRANCO, M.H.P. **Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade**. São Paulo: Summus, 2010, 43- 71.

SILVA, J.O. da; *et al.* Spiritual dimension of pain and suffering control of advanced cancer patient. Case report. **Rev. Dor**, São Paulo, v.16(1), p. 71-4, 2015.

SILVA, L. C. da. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 16, jun. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2009000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2016.

SILVA, M. G. *et al.* Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 176-84, 2010.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 5 ed. São Paulo: Loyola, 2007.

SILVA, N. R. da; MENEZES, R.A. “Se parar parou”: categorização do morrer em uma unidade de terapia intensiva da cidade do Rio de Janeiro. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**, v.25 (1), p. 265-85, 2015.

SILVA, R.C.F da.; HORTALE, V.A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretriz nesta área. **Cad. Saúde Pública**, v. 22(10), p. 2055-2066, 2006.

SILVA, R.S. da; CAMPOS, A.E.R.; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45 (3), p. 738-44, 2011.

SILVA, R.S. da; PEREIRA, A.; MUSSI, F.C. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Esc. Anna Nery Rev. de Enf.**, v. 19 (1), p.40-46, 2015.

SMITH-STONER, M. *et al.* Nursing students' concerns about end of life in California, Norway, and Sweden. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 17, n.6, p. 271-77, 2011.

SOUZA, A. M. de; MOURA, D. do S. C.; CORRÊA, V. A. C. Implicações do Pronto-Atendimento Psicológico de emergência aos que vivenciam perdas significativas. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29 (3), p. 534-43, 2009.

SOUSA, D. M. de; *et al.* A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto Contexto Enferm.**; v. 18, n.1, p. 41-47, 2009, [a].

SOUZA, M. das G.G.de; SANTOS, F.H.do E. O olhar que olha o outro... um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.54, n.1, p. 31-41, 2008.

SOUZA, M. das G. G. de; GOMES, A.M.T. Sentimentos compartilhados por familiares de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: um estudo de representações sociais. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 20, n. 2, p. 149-54, 2012.

SOUSA, E. dos S. de; *et al.* **Guia de utilização do software ALCESTE: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura**. DF: Embrapa Cerrados, 2009. 37p. [b].

STRANG, S.*et al.* Swedish nursing students' reasoning about emotionally demanding issues in caring for dying patients. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 20, n.4, p. 194-200, 2014.

TODARO-FRANCESCHI, V. Changing the face of death: a pedagogic intervention. **Journal of Professional Nursing**, v. 27, n. 5, p. 315-19, 2011.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare Enferm.** V. 11, n. 2, p. 156-60, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente-Assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004, 144p.

VALENTE, S.H.; TEIXEIRA, M.B. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43 (3), p. 655-61, 2009.

VARGAS, D. de. Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n.3, p. 404-10, 2010.

VASQUES, T.C.S.; *et al.* Percepções de trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. **Rev. Eletr. Enf.**, v.15, n. 3, p. 772-9, 2013.

VENEGAS, M. E.; ALVARADO, O.S.; BARRIGA, O. Validação da Escala de Medo da Morte de Collett-Lester em uma amostra de estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n. 5, 2011.

VICENSI, M. do C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Rev. Bioética**, v. 24 (1), p. 64-72, 2016.

VICTORINO *et al.* Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Rev. SBPH**, v.10, n.1, p. 53-63, 2007.

WEIRICH, C.F.; TAVARES, J.B.; SILVA, K.S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletronica de Enf**, v.6, n.2, p. 172-180, 2004.

WOLD, G. Papéis e relacionamentos. In.: WOLD, G. **Enfermagem gerontológica**, 5 ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2013, p. 214-223.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Prezado aluno, vimos por meio deste consultá-lo (a) a respeito da sua participação na pesquisa que pretendemos desenvolver com você. Para tanto, cabe esclarecer os seguintes pontos. *Sobre a Pesquisadora:* Sou aluna de doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Sobre a Pesquisa:* Trata-se de uma pesquisa sobre a **CONVERSAÇÃO SOBRE A MORTE NO PROCESSO DE CUIDAR: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO** que tem como **objetivo:** Descrever e analisar a aplicabilidade de uma tecnologia de processo aplicada na formação do enfermeiro para se trabalhar com a temática da morte e o processo de morrer. Este é um estudo baseado em uma abordagem descritiva, quase experimental e quanti-qualitativa,

A pesquisa terá a duração de um mini-curso de ensino e pesquisa com quatro encontros, totalizando 16 horas. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que estuda.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em participar de quatro encontros de ensino-aprendizagem e realizar as técnicas previstas para trabalhar a temática de morte e morrer, que consistirá em uma produção artística sobre o tema em formato de desenho, uma produção em grupo sobre uma cena relacionada ao tema discutido, preencher uma escala pré-teste e pós-teste, integrar um grupo focal orientado por questões abertas e responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário para a avaliação geral das atividades. Para facilitar a análise dos dados será necessária a sua autorização para a gravação destas atividades em formato de áudio e a realização de registros fotográficos das produções. Este material será guardado por **cinco (05) anos** e incinerada após esse período. Você não terá **nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras**.

Sobre os riscos e benefícios: Sobre os riscos e benefícios: O tema proposto e a metodologia para abordagem não oferecem prejuízos físicos aos participantes. A abordagem psicológica, a princípio, não trará danos aos estudantes. Os possíveis riscos podem ser de ordem emocional, relacionado a algum assunto abordado que possa gerar desconforto ou constrangimento. Caso isto ocorra, a equipe da pesquisa é composta por profissional de saúde que está formalmente preparada para atender às pessoas nas suas necessidades físicas e psicológicas de baixa densidade tecnológica. Os benefícios virão à partir dos resultados da pesquisa referentes ao conhecimento da situação atual envolvendo o ensino relacionado à temática da morte e do processo de morrer, podendo servir de parâmetro para a construção de uma tecnologia de processo relacionado

ao tema. O **benefício** relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

---

Roberta de Lima  
Pesquisadora Principal  
[nursebeta@yahoo.com.br](mailto:nursebeta@yahoo.com.br)  
Telefone: (21) 3040-5744

---

Márcia de Assunção Ferreira  
Orientadora da Pesquisa – Pesquisadora secundária  
[marcia.eean@gmail.com](mailto:marcia.eean@gmail.com)  
Telefone: (21) 2283-8999 Ramal 225.

#### ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ

Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - [www.eean.ufrj.br](http://www.eean.ufrj.br)  
***“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”*** Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Participante da Pesquisa: \_\_\_\_\_ (Assinatura)

**APÊNDICE B – Roteiro do Grupo Focal****O PREPARO DO CORPO – UTILIZAÇÃO DE FILME COMO RECURSO  
PARA A DISCUSSÃO EM FORMA DE GRUPO FOCAL****QUESTÕES NORTEADORAS:**

- A- Qual a impressão que o filme te trouxe?
- B- Como vocês se imaginam trabalhando com o corpo sem vida?
- C- Como conversar com alguém que está morrendo? O que se diz?
- D- Como conversar com a família? O que dizer e o que não dizer?
- E- Você se sente preparado para esta conversação?

O que você considera necessário para melhor prepará-lo para enfrentar profissionalmente esta situação?

## **APÊNDICE C – Casos para simulação de preparo do corpo pós-morte**

### **CASO 1**

#### **HOSPITAL A**

Paciente: M.S. – 75 anos. Prontuário xxx.xxx. Óbito no 6º andar constatado por Dr. J. O., CRM XX.XXX – Clínica Médica.

Paciente foi a óbito às 13:32 de hoje devido a um câncer gástrico avançado. Familiares estão cientes e aguardando no saguão do hospital. Encontra-se com odor fétido por secreções. Possui bolsa de colostomia.

**PONTOS A SEREM OBSERVADOS PELOS ALUNOS:** Corpo com necessidade de higienização. Familiares aguardando, necessidade de proporcionar local para despedida do corpo. Retirar bolsa de colostomia e realizar curativo compressivo após tamponamento.

### **CASO 2**

#### **HOSPITAL B**

Paciente: V. S. – 19 anos (sexo masc.). Prontuário XXX.XXX. Paciente foi recebido na emergência às 09:20 da manhã proveniente de um acidente de trânsito onde era o condutor da moto. Chegou com traumatismo craniano e evoluiu para óbito às 14:00, constatado pelo Dr. J. O., CRM XX.XXXX. Familiares contatados pelo serviço social e vindo para ver o paciente. O mesmo encontra-se com sujidades pelo acidente. Tem no pescoço cordão grosso de prata e aliança.

**PONTOS A SEREM OBSERVADOS PELOS ALUNOS:** Paciente jovem, a enfermagem tem local para preparar o corpo e deixar familiares se despedirem? Considerar que o leito de emergência não pode ser ocupado. Corpo precisará de higiene pelo acidente. Equipe está preparada para transmitir más notícias e amparar reações? Há local adequado para isso? Separar pertences e realizar a entrega dos mesmos aos familiares.

### **CASO 3**

#### **HOSPITAL C**

Paciente: M. M. – 32 anos. Prontuário XXX.XXX. Paciente chegou ao hospital trazida por policiais após agressão do marido em sua residência. Acabou evoluindo a óbito (suspeita principal: hemorragia interna). Foi solicitado que o corpo seja enviado ao Instituto Médico Legal para perícia. O médico, J. J. descreveu o óbito no prontuário às 13:57. A enfermagem foi chamada para as devidas providências.

PONTOS A SEREM OBSERVADOS PELOS ALUNOS: Paciente vítima de agressão, necessitando de avaliação pelo IML para constatar a causa do óbito. Neste caso a enfermagem aguarda o encaminhamento para o IML sem preparar o corpo, para não retirar as provas do crime.

#### CASO 4

##### HOSPITAL D

Paciente: J. J. – 88 anos. Prontuário: XXX.XXX. O paciente estava internado há 40 dias na UTI por complicações oriundas de um câncer de pulmão. A esposa estava ao seu lado quando o mesmo foi a óbito às 14:44. A mesma pede que seja mantido com ele as joias de ouro (cordão e aliança). Encontra-se sudoreico pós morte.

PONTOS A SEREM OBSERVADOS PELOS ALUNOS: Paciente idoso com esposa idosa, atentar para necessidades emocionais e de saúde da mesma. Observar normas do hospital quanto a entrega de pertences à família (sugerir que familiares levem as joias e coloquem no corpo no momento do enterro). Corpo necessitando de higienização por pele sudoreica.

#### CASO 5

##### HOSPITAL E

Paciente: J. J. – 33 anos. Prontuário: XXX.XXX. Paciente deu entrada na emergência com dor precordial. Foi diagnosticado com infarto agudo do miocárdio. Evoluiu para óbito às 15:33. Familiares se encontram do lado de fora aguardando informações (esposa e filho de 10 anos).

PONTOS A SEREM OBSERVADOS PELOS ALUNOS: Paciente jovem, morte súbita. Equipe está preparada para transmitir más notícias e amparar reações oriundas desta? Há local adequado para isso? Necessário amparo de profissional habilitado para lidar com a criança e transmitir a má notícia. A enfermagem tem local para preparar o corpo e deixar

familiares se despedirem? Considerar que o leito de emergência não pode ser ocupado. Avaliar necessidade de higienização do corpo. Separar pertences e realizar a entrega dos mesmos aos familiares. Avisar ao Serviço Social para realização de contato com demais membros da família para suporte de esposa e filho.

## APÊNDICE D – Avaliação geral do curso

1) AVALIAÇÃO GERAL: De forma geral, como você avalia o curso?

A - ( ) Ótimo B - ( ) Bom C - ( ) Razoável D - ( ) Ruim

2- CONTEÚDO DO CURSO: Qual sua opinião especificamente sobre os assuntos e temas abordados durante o curso?

A - ( ) Ótimo: atendeu a todas as minhas expectativas.

B - ( ) Bom/Razoável: adequado, mas pontos importantes não foram abordados.

Especifique quais:

C - ( ) Ruim: inadequado aos objetivos propostos. Justifique:

3- FORMA DE APRESENTAÇÃO DAS AULAS: Qual sua opinião sobre a forma como as aulas foram dadas?

A - ( ) Ótima B - ( ) Boa C - ( ) Razoável D - ( ) Ruim

4- METODOLOGIA UTILIZADA PARA A TRANSMISSÃO DO CONTEÚDO:

Dinâmica: A - ( ) Ótima B - ( ) Boa C - ( ) Razoável D - ( ) Ruim

Filme e Grupo Focal: A - ( ) Ótima B - ( ) Boa C - ( ) Razoável D - ( ) Ruim

Aula expositiva dialogada: A - ( ) Ótima B - ( ) Boa C - ( ) Razoável D - ( ) Ruim

Demonstração da técnica em laboratório e Simulação de caso: A - ( ) Ótima B - ( ) Boa C - ( ) Razoável D - ( ) Ruim

5- APLICABILIDADE: Os conteúdos ministrados no curso têm aplicabilidade para sua vida ou sua prática profissional diária?

A - ( ) Ótima: será muito útil para minha vida ou realidade de profissional.

B - ( ) Boa: vários aspectos podem ser aproveitados para minha vida ou realidade de profissional.

C - ( ) Razoável: alguns aspectos podem ser aproveitados na minha vida ou realidade de profissional.

D - ( ) Ruim: quase nenhum aspecto pode ser aproveitado para minha vida ou realidade de profissional.

6- CARGA HORÁRIA: O número de horas do curso foi suficiente para transmitir as informações necessárias?

A - ( ) Ótima: a carga horária está adequada aos objetivos propostos.

B - ( ) Boa: a carga horária deveria ser um pouco maior.

C - ( ) Razoável: a carga horária poderia ser um pouco menor.

D - ( ) Ruim: a carga horária foi muito pequena.

7- SUGESTÕES: Por favor, faça críticas, sugestões e comentários sobre o curso. Sua opinião é muito importante para que possamos aprimorá-lo. Obrigado!

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Conversação sobre a morte no processo de cuidar: uma contribuição para a formação do enfermeiro.

**Pesquisador:** Roberta de Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34769514.1.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 856.571

**Data da Relatoria:** 29/10/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto do programa de pós-graduação em Enfermagem, curso de doutorado, cujo objeto de pesquisa é a percepção de estudantes de graduação em enfermagem a respeito da tanatologia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Descrever e analisar a aplicabilidade de uma tecnologia de processo aplicada na formação do enfermeiro para se trabalhar com a temática da morte e o processo de morrer.

Objetivos Secundários:

Identificar os sentidos atribuídos à morte e ao processo de morrer, seu e do outro.

Caracterizar as dificuldades que tais alunos apresentam relativos ao processo de morte e morrer e aos cuidados a este relacionados.

Analisar a aplicabilidade de uma tecnologia de processo desenvolvida junto ao estudante de graduação em enfermagem no ensino sobre o cuidado voltado à morte e ao morrer.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O tema proposto e a metodologia para abordagem não oferecem prejuízos físicos aos participantes. A abordagem psicológica, a princípio, não trará danos aos estudantes. Os possíveis riscos podem ser de ordem emocional, relacionado a algum assunto abordado que possa gerar desconforto ou constrangimento. Caso isto ocorra, a equipe da pesquisa é composta por profissional de saúde que está formalmente preparada para atender às pessoas nas suas necessidades físicas e psicológicas de baixa densidade tecnológica.

Benefícios: Os benefícios virão à partir dos resultados da pesquisa referentes ao ensino relacionado à temática da morte e do processo de morrer, podendo servir de parâmetro para a construção de uma tecnologia de processo relacionada ao tema.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para os estudos vinculados a Enfermagem Fundamental.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado

Projeto de Pesquisa: adequado

Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado

Cronograma: adequado

Anuência da instituição participante (EEAN): adequado

Carta de apresentação ao CEP - adequado

Instrumento de coleta de dados: adequado

Carta com justificativa das alterações solicitadas pelo CEP (doc. de texto em Word):  
apresentada.

#### Recomendações:

Sem recomendações

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 30 de outubro de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 04 de Novembro de 2014

---

Assinado por:

**MARIA DA SOLEDADE SIMEÃO DOS SANTOS**

**(Coordenador)**

## ANEXO B – Escala de medo da morte de Collet-Lester

Idade: _____ anos	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo	Filhos: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Já perdeu alguém próximo a você ? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
- Quem ? (grau de parentesco): _____			

O quanto preocupado ou incomodado você fica pelos seguintes aspectos sobre a morte e sobre morrer? Leia cada item e os responda rapidamente. Não gaste muito tempo pensando na sua resposta. Nós queremos a sua primeira impressão de como você pensa agora. Circule o número que melhor representa seu sentimento de tristeza, incômodo e ansiedade.

<b>A- SUA PRÓPRIA MORTE</b>	<b>Muito</b>	<b>Um Pouco</b>			<b>Não</b>
1. A solidão proporcionada pela sua morte	5	4	3	2	1
2. A vida ser curta	5	4	3	2	1
3. Deixar de fazer muitas coisas após a morte	5	4	3	2	1
4. Morrer jovem	5	4	3	2	1
5. Como deve ser a sensação de estar morto	5	4	3	2	1
6. Nunca ter pensado ou ter passado pela sensação de morte	5	4	3	2	1
7. A desintegração do seu corpo após a morte	5	4	3	2	1
<b>B- A SEU MORRER</b>	<b>Muito</b>	<b>Um Pouco</b>			<b>Não</b>
1. A decomposição física envolvida	5	4	3	2	1
2. A dor envolvida na morte	5	4	3	2	1
3. A diminuição da capacidade intelectual em idades mais avançadas	5	4	3	2	1
4. Suas capacidades ficarão limitadas quando você estiver morrendo	5	4	3	2	1
5. A incerteza do quão bravamente você enfrentará o processo de morrer	5	4	3	2	1
6. A sua falta de controle sobre o processo de morrer	5	4	3	2	1
7. A possibilidade de morrer em um hospital, longe da família e amigos.	5	4	3	2	1
<b>C- A MORTE DOS OUTROS</b>	<b>Muito</b>	<b>Um Pouco</b>			<b>Não</b>
1. Perder alguém próximo de você	5	4	3	2	1
2. Ter que ver o corpo da pessoa morta	5	4	3	2	1
3. Nunca mais ser capaz de comunicar-se com a pessoa novamente	5	4	3	2	1
4. Arrepende-se por não ter estado com a pessoa enquanto ela ou ele estava vivo	5	4	3	2	1
5. Envelhecer sozinho, sem a pessoa.	5	4	3	2	1
6. Sentir culpa por estar aliviado com a morte da pessoa	5	4	3	2	1
7. Sentir-se solitário sem a pessoa	5	4	3	2	1
<b>D- O MORRER DOS OUTROS</b>	<b>Muito</b>	<b>Um Pouco</b>			<b>Não</b>
1. Ter que estar com alguém que está morrendo	5	4	3	2	1
2. Ter que conversar sobre a morte com a pessoa que está morrendo	5	4	3	2	1

3. Ver a pessoa sofrendo com dor	5	4	3	2	1
4. Ver a decomposição física do corpo da pessoa	5	4	3	2	1
5. Não saber o que fazer com a dor da perda quando você está ao lado da pessoa que está morrendo	5	4	3	2	1
6. Ver a perda das capacidades mentais da pessoa	5	4	3	2	1
7. Lembrar-se que um dia você também irá passar por essa experiência	5	4	3	2	1

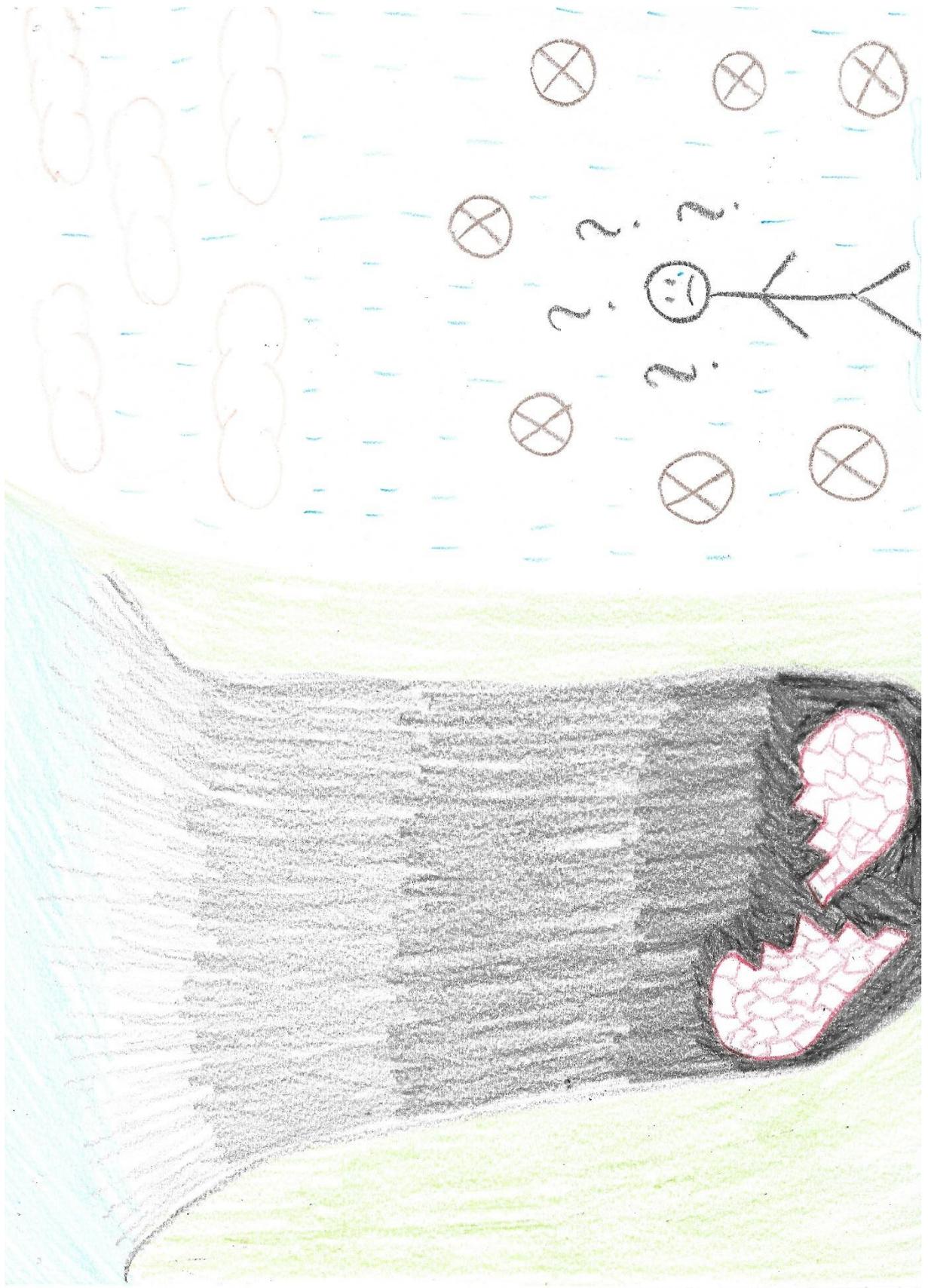
ANEXO C – Produção pictórica 1



ANEXO D – Produção pictórica 2



ANEXO E – Produção pictórica 3



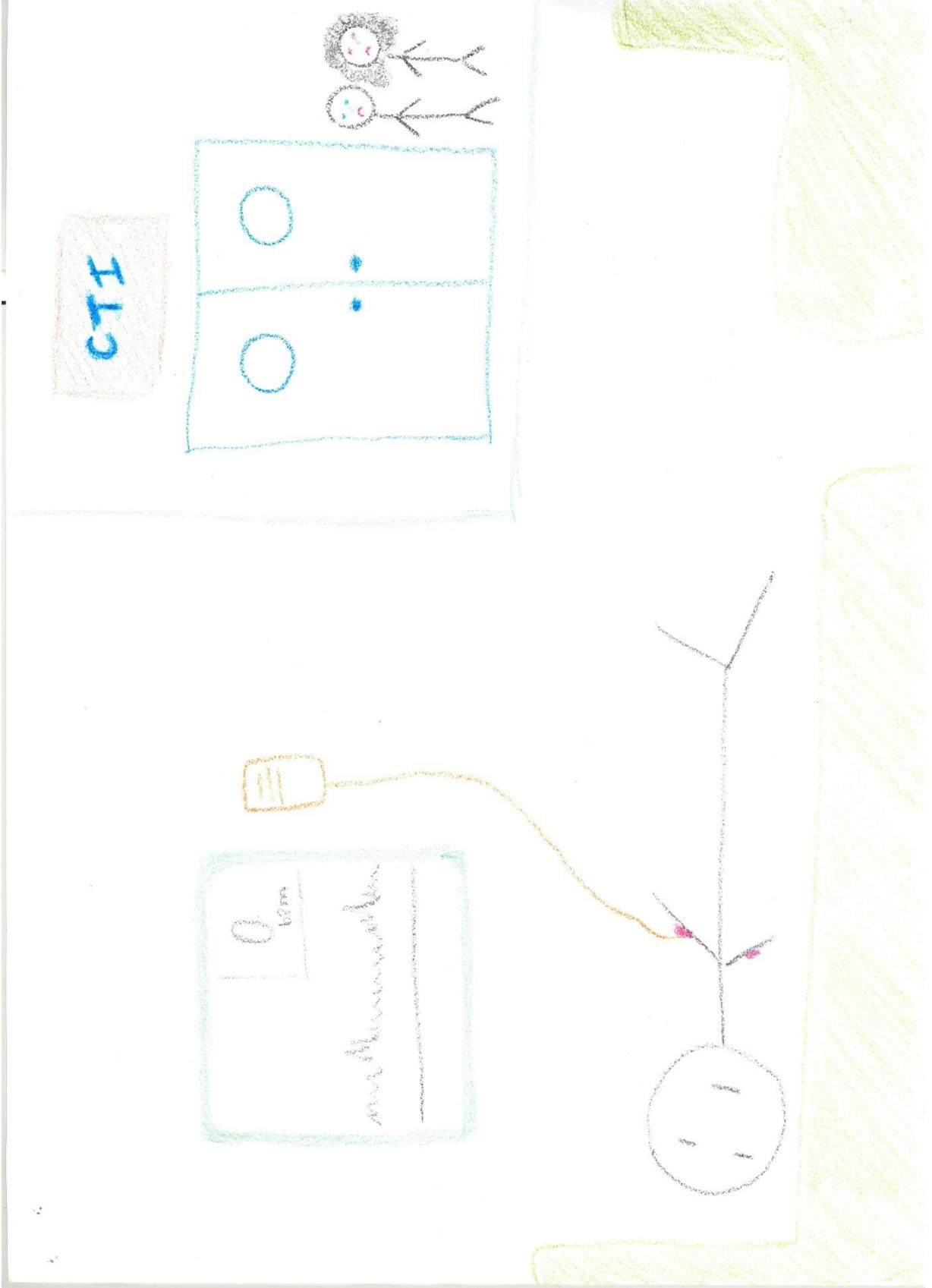
ANEXO F – Produção pictórica 4



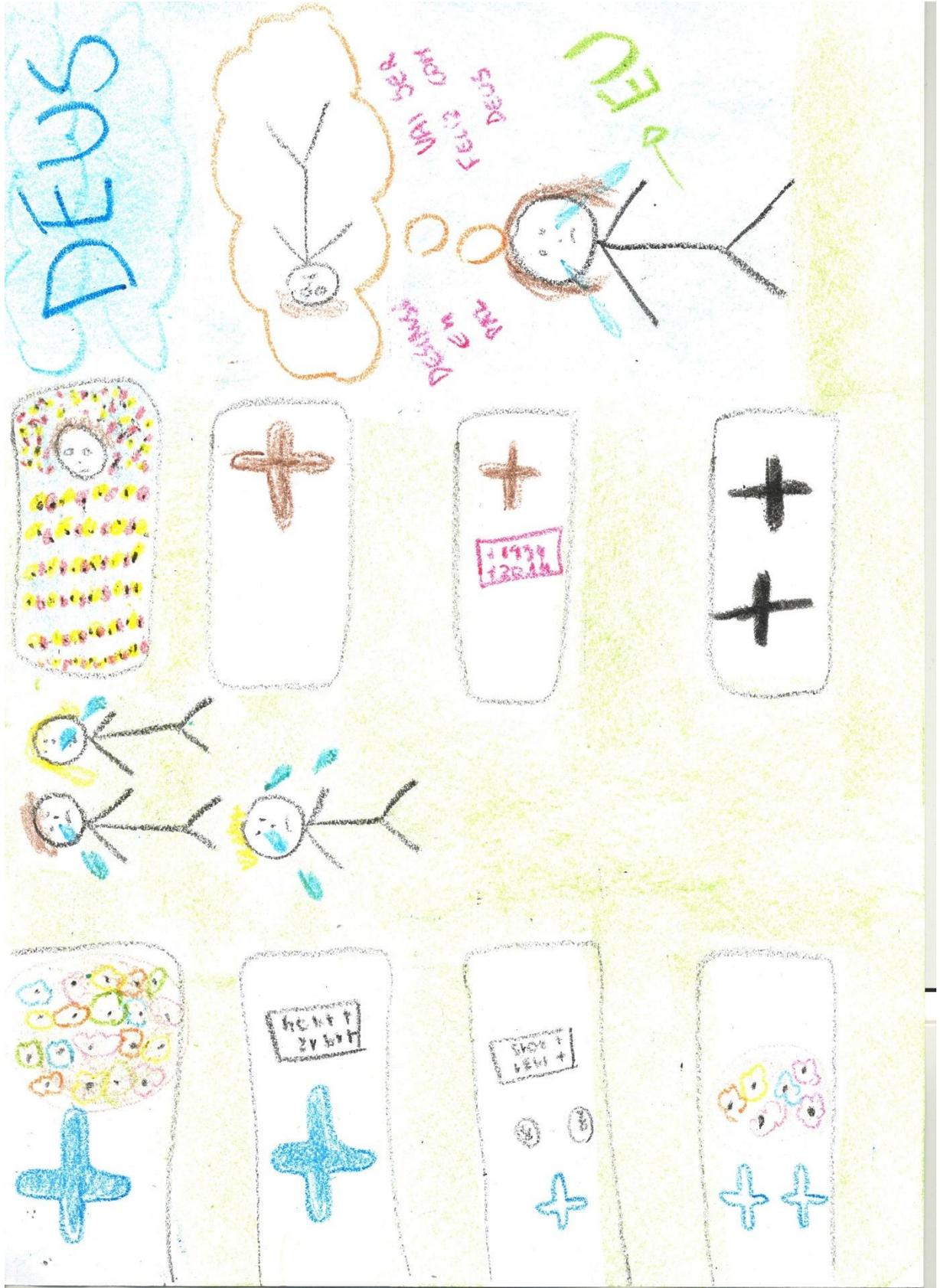
ANEXO G – Produção pictórica 5



ANEXO H – Produção pictórica 6



ANEXO I – Produção pictórica 7



ANEXO J – Produção pictórica 8



ANEXO K – Produção pictórica 9

