

**FERNANDA ISABELA GONDIM SARMENTO**

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MORTE E DO MORRER  
DE RECÉM-NASCIDOS PARA UMA EQUIPE  
MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA INTENSIVA  
NEONATAL**

**RECIFE**

**2013**

FERNANDA ISABELA GONDIM SARMENTO

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MORTE E DO MORRER DE  
RECÉM-NASCIDOS PARA UMA EQUIPE  
MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA INTENSIVA  
NEONATAL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosemary de Jesus Machado Amorim, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosemary de Jesus Machado Amorim

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Iracema da Silva Frazão

RECIFE

2013

Ficha catalográfica elaborada pela  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S246r Sarmiento, Fernanda Isabela Gondim.  
Representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para  
uma equipe multidisciplinar de terapia intensiva neonatal / Fernanda  
Isabela Gondim Sarmiento. – Recife: O Autor, 2013.  
77 f. : il. ; quad. ; 30 cm.

Orientadora: Rosemary de Jesus Machado Amorim.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,  
CCS. Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do  
Adolescente, 2013.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Morte. 2. Recém-nascido. 3. Terapia intensiva neonatal. 4.  
Profissionais da saúde. 5. Pesquisa qualitativa. I. Amorim, Rosemary de  
Jesus Machado (Orientadora). II. Título.

617.6 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2014-149)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



Título:

**Representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.**

Nome:

***Fernanda Isabela Gondim Sarmento***

Dissertação aprovada em: **20 de agosto de 2013**

Membros da Banca Examinadora:

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iracema da Silva Frazão**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Cordeiro Fernandes**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Augusta de Andrade Cordeiro**

**Recife  
2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**REITOR**

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**VICE-REITOR**

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

**DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

**VICE-DIRETORA**

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

**COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS**

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**COLEGIADO**

**CORPO DOCENTE PERMANENTE**

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta (Vice-Coodenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Rosemary de Jesus Machado Amorim

Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Leila Maria Álvares Barbosa - Representante discente - Doutorado)

(Catarine Santos da Silva - Representante discente -Mestrado)

**CORPO DOCENTE COLABORADOR**

Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Arruda

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho

**SECRETARIA**

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento

Juliane Gomes Brasileiro

Janaína Lima da Paz

Dedico este trabalho ao meu pai e à minha mãe.

Tudo que sou devo a vocês!

Ao meu marido.

Meu companheiro há 17 anos!

Que seja para sempre!

E a minha filha Letícia,  
que ainda no meu ventre,  
tornou-me mais sensível  
à temática desse estudo.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus e À Nossa Senhora, minha mãe do céu, por encher de bênçãos a minha vida.

Aos meus pais, Fernando e Agdaci, pelo amor, pelos ensinamentos e pelos exemplos. Vocês são tudo para mim!

Ao meu marido, Nilton César, pelo amor, pelo companheirismo e pela renúncia da nossa convivência em prol dos meus sonhos e desafios. Com nossa filha, seremos ainda mais completos!

Às minhas irmãs Larissa e Laísa pelo apoio e carinho.

Aos familiares que torceram e torcem pelas minhas conquistas.

À “Naninha” que abriu as portas do seu lar e foi meu apoio nas horas longe de casa.

Às amigas de residência médica Becca e Carol, das reflexões e lágrimas que dividimos nasceu à necessidade de estudar esse tema.

Aos amigos da 26<sup>a</sup>. Turma de Mestrado com quem dividi angústias, desafios e conquistas. Vou sentir saudade da nossa convivência.

A amiga de mestrado Thaís Helena que, ainda nas idéias iniciais dessa pesquisa, me ajudou trabalhando com o meu tema na disciplina de Métodos Qualitativos.

À minha orientadora professora Rosemary Amorim e à minha coorientadora professora Iracema Frazão pelos ensinamentos, pela paciência e pelo carinho. Obrigada pela confiança e pelo enriquecimento dos últimos dois anos.

Ao corpo docente da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pelo acolhimento, pelos ensinamentos, pela compreensão e pela disponibilidade.

Aos funcionários da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pela paciência diante das minhas ansiedades e pela disponibilidade de sempre me ajudar com presteza.

Aos colegas de profissão e de trabalho que abriram seus corações e suas mentes, entregando-se as entrevistas que permitiram a realização desse trabalho.

Aos meus pequeninos pacientes e suas famílias pelas dores e vitórias compartilhadas. Foram dessas histórias e angústias que nasceu essa dissertação.

À Maternidade Frei Damião por ter acreditado na proposta dessa pesquisa.

Ao Hospital Municipal do Valentina, principalmente a diretora Fernanda Morais, pelo apoio que permitiu que eu chegasse ao fim desse mestrado.

À professora Fátima Santos, pelas contribuições e orientações sobre o Alceste.

À professora Ana Augusta por ter participado desse trabalho desde as suas ideias iniciais.

À professora Elizabeth Cordeiro pelas suas contribuições na banca.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram. Juntos, somos fortes e vencemos!

*É impossível conhecer o homem sem lhe estudar a morte, porque, talvez mais do que na vida, é na morte que o homem se revela. É nas suas atitudes e crenças perante a morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental.*

(Edgar Morin)

*“Eu canto a dor  
Canto a vida e a morte  
Canto o amor”*

(Música “O cantador” de Dori Caymmi e Nelson Motta,  
cantada por Elis Regina)

## RESUMO

Esse estudo teve como objetivo conhecer as representações sociais da morte e do morrer de recém-nascidos para profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com referencial teórico da Teoria das Representações Sociais de Moscovici. Foi realizada entrevista semi-estruturada com as perguntas norteadoras: *O que lhe vem à mente quando você pensa na morte e no morrer dos recém-nascidos assistidos por você? Que aspectos do seu contexto sociocultural e/ou acadêmico influenciam ou influenciaram a sua maneira de lidar com a morte e o morrer nessa situação?* Foram entrevistados 28 profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de João Pessoa/Paraíba/Brasil entre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais. Foi realizada análise de conteúdo do universo lexical com o auxílio do software *Alceste*. A amostragem se deu por saturação teórica do discurso. Emergiram dos dados três classes: *o enfrentamento da morte e do morrer; a convivência com a finitude da vida; as influências socioculturais e da academia*. Observou-se que a morte representa o fracasso do profissional que luta para salvar vidas. A falta dessa temática na academia, possivelmente gera conflitos que repercutem na representação da morte e do morrer. A religiosidade e as vivências do cotidiano, privado e do trabalho, foram importantes para o lidar desses profissionais com a finitude. Essa pesquisa demonstrou a necessidade de educação permanente e de inclusão da temática da morte e do morrer na academia, na perspectiva de construir estratégias de enfrentamento da terminalidade.

**Palavras-chave:** Morte. Recém-nascido. Terapia intensiva neonatal. Profissionais da saúde. Pesquisa qualitativa.

## ABSTRACT

This study aimed to identify the social representations of death and dying newborns for professionals in a Neonatal Intensive Care Unit. It is a qualitative research theoretical framework of social representations theory of Moscovici. To make this study, the authors made semi-structured interviews with the guiding questions: What comes to mind when you think about death and dying of newborns that you watched? What aspects of your sociocultural context and / or academic influence or influenced your way of dealing with death and dying in this situation? There were 28 interviews of professionals in a Neonatal Intensive Care Unit of João Pessoa / Paraíba / Brazil including doctors, nurses, practical nurses, physiotherapists, speech therapists, psychologists and social workers. It was made the lexical and content analysis with the help of the software *Alceste*. Sampling occurred by theoretical saturation speech. There were three classes: the face of death and dying, living with the finitude of life; sociocultural influences and academia. Death is the failure of professional fighting to save lives. The lack of this theme in the university, possibly generating conflicts that affect the representation of death and dying. Religiosity and daily experiences, private and at work were important for these professionals deal with finitude. This research demonstrated the need for continuing education and inclusion of the theme of death and dying in the university, in the perspective of building coping strategies of terminally.

**Keywords:** Death. Newborn. Neonatal intensive care. Health professionals. Qualitative research.

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
2.1. O TEMA DA MORTE E DO MORRER.....	18
2.2. A FORMAÇÃO ACADÊMICA E A FINITUDE DA VIDA.....	23
2.3. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	26
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>31</b>
3.1. ABORDAGEM DO ESTUDO.....	32
3.2. CENÁRIO DO ESTUDO.....	33
3.3. SUJEITOS DO ESTUDO.....	34
3.4. COLETA DE DADOS.....	35
3.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	35
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	39
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>65</b>
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	66
APÊNDICE B – EXEMPLO DE FORMATAÇÃO DE UM TRECHO DE ENTREVISTA PARA BANCO DE DADOS DO <i>ALCESTE</i> .....	67
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO (TCLE).....	68
APÊNDICE D – EXEMPLOS DE UCE’S DE CADA CLASSE TEMÁTICA.....	70
<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>
ANEXO A – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	76
ANEXO B – PRIMEIRO OFÍCIO DE MODIFICAÇÃO DE TÍTULO DA PESQUISA.....	77
ANEXO C – SEGUNDO OFÍCIO DE MODIFICAÇÃO DE TÍTULO DA PESQUISA.....	78

*Apresentação*

## 1. APRESENTAÇÃO

A morte, apesar de ser um processo natural e biologicamente necessário, continua a ser um fenômeno cujo conceito representa um grande desafio. Essa dificuldade encontra-se no fato do significado da morte ser relativo, complexo, mutável e influenciável pelo contexto situacional, social, cultural e comportamental (SANTOS, 2009).

Assim, a morte incomoda por desafiar a ilusória onipotência humana. Ela pode ter vários significados, de acordo com a formação estrutural, cognitiva e religiosa de cada sujeito. Entretanto, na sociedade contemporânea ocidental e capitalista, a finitude da vida é pouco discutida, sendo excluída, gradativamente, do âmbito social (SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009).

Este conflito com a morte e o morrer torna-se ainda mais complexo quando esta ocorre ainda no início da vida, visto que essa situação contradiz a ordem natural dos fatos de que os mais velhos morrem primeiro e que os filhos devem enterrar os pais (D'ASSUMPÇÃO, 2010). Este contexto cria uma negação da morte e do morrer, principalmente na infância, pois essa fase da vida representa tempos de saúde e vitalidade. Quando consideramos os recém-nascidos, essas questões são ainda mais complexas, pois as maternidades são locais de vida e não de morte (SANTOS, 2009).

Estas relações conflituosas com a morte se refletem também no âmbito acadêmico, em que a temática do morrer e sua vivência são de certa forma, relegadas ou excluídas da formação dos profissionais que atuam na área da saúde. Esse fato faz com que esses profissionais sintam-se despreparados para lidar com as situações do cotidiano que envolvem o processo do morrer (SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009).

Assim cria-se um paradoxo entre a formação acadêmica e o cotidiano das práticas de assistência à saúde, principalmente no que se refere às Unidades de Terapia Intensiva. A assistência nestas unidades envolve tecnologias complexas, pessoal capacitado e pacientes graves. Este ambiente exige a tomada de decisão rápida e a adoção de condutas imediatas que levam a uma visão estereotipada desses profissionais como desumanos, frios, tecnicistas e incapazes de demonstrar afeto (SILVA; VALENÇA; GERMANO, 2010a).

No entanto, este ambiente de tensão e conflito entre a vida e a morte afeta os profissionais que lidam com o morrer. Estudos que trabalham com temática da morte e

do morrer demonstram sentimentos como tristeza, fracasso, frustração, perda e impotência para alguns profissionais e estudantes da enfermagem (BRETAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006; SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009; SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009; SILVA; VALENÇA; GERMANO, 2010b).

Os profissionais de saúde que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal podem exercer suas atividades até o final da vida dos bebês e após a morte dos mesmos, incluindo-se as relações com a família nesse momento difícil. Por essas razões, fazem-se necessários estudos que abordem a morte e o morrer na perspectiva desses profissionais, na tentativa de trazer esse assunto à discussão, permitindo a melhor compreensão desse fenômeno para posteriormente ser possível a construção de estratégias de enfrentamento e cuidado para profissionais, pacientes e familiares.

Essa curiosidade e necessidade acadêmica em discutir e estudar a morte e o morrer de recém-nascidos nasceu justamente da minha prática como intensivista neonatal, das conversas e lágrimas na passagem de plantão, das agústias partilhadas diante da morte que surpreende o início da vida, da necessidade de enfrentar essas situações e seus conflitos, da preocupação com um cuidar que vai além do “salvar vidas”. Mas como enfrentar algo negado e pouco discutido? É preciso primeiro conhecer!

Foi nesta perspectiva que nasceu a pergunta condutora desta dissertação: *“Qual a representação social dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sobre a morte e o morrer de recém-nascidos assistidos por eles?”*

Além do objetivo geral de conhecer essa representação social, este estudo teve ainda os objetivos específicos de compreender qual o significado da morte e do morrer desses recém-nascidos para estes profissionais; conhecer os sentimentos deles em relação à morte e o morrer destes bebês; perceber como se dá o enfrentamento desta problemática e identificar os elementos do contexto sócio-cultural e/ou acadêmico que influenciaram ou influenciam na forma de lidar, destes profissionais, com a morte e o morrer de recém-nascidos por eles assistidos.

Portanto, esta dissertação inclui-se na área de concentração de Educação e Saúde da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, na linha de pesquisa sobre Formação de Recursos Humanos na Área de Saúde. Ela será apresentada inicialmente com um capítulo de revisão sobre o tema e o referencial teórico, seguindo-se de um metodológico e um de resultados que será

apresentado na forma de artigo original conforme modelo proposto pelo programa de pós-graduação, com a ressalva de unir resultados e discussão devido a sugestão da banca. Esse modelo geral para o artigo foi utilizado porque o periódico para publicação ainda não foi definido.

*Revisão da literatura*

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. O TEMA DA MORTE E DO MORRER

A morte representa um fenômeno inerente à existência humana, entretanto, conceituá-la ainda permanece como um desafio para os seres humanos e a ciência. Essa dificuldade encontra-se no fato de o conceito de morte ser relativo, complexo, mutável e influenciável pelo contexto situacional, social, cultural e comportamental. (SANTOS, 2009).

Assim, o significado da morte modificou-se no decorrer das transformações sócio-históricas da humanidade. Na Idade Média, a morte significava a passagem para a vida eterna, ela era vista como um fenômeno natural, intrínseco a vida e se dava em casa com o apoio e a participação da família (COMBINATO; QUEIROZ, 2006; ARIÈS, 2012). Mas, com o passar do tempo e o avanço da tecnologia, essa compreensão foi sendo modificada e a morte começou a ser hospitalizada (SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009; ARIÈS, 2012). Esta hospitalização não apenas afastou a participação das famílias, mas também levou ao uso inadequado de tecnologias avançadas que prolongam a morte crendo que estão prolongando a vida (D´ASSUMPÇÃO, 2010).

Esta transformação no lidar com a finitude da vida iniciou-se, aproximadamente, a partir da metade do século XIX, quando o abismo entre a individualidade e o mundo capitalista repercutiu sobre os conflitos da morte e do morrer. Neste período histórico, o homem vivo pode quase tudo e a morte representa a interrupção do projeto humano de transformar o mundo, portanto, significa impotência e fracasso. Uma forte preocupação da época da transição para modernidade e das sociedades industriais, foi colocar os mortos, juntamente com o lixo, cada vez mais longe do meio urbano e do convívio social. Constrói-se, assim, o medo, a negação e o silêncio ao redor do morrer (TORRES; GUEDES; TORRES, 1983; COMBINATO; QUEIROZ, 2006; ARIÈS, 2012). Já no século XX, houve a continuidade desta profunda transformação na maneira de lidar com a morte, a qual deixa de ser parte inalienável do curso da vida, passando a ser ocultada do cotidiano. Assim, ocorreu a supressão do luto e dos sentimentos, que deram lugar a exigência do falso controle sobre a situação pelo fato de a sociedade não suportar ver os sinais da morte e do morrer (OLIVEIRA; BRETAS; YAMAGUTI, 2007; SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009).

Este contexto sócio-histórico de negação da morte influencia também a formação dos profissionais de saúde fazendo com que a morte e sua vivência sejam, de certa forma, relegadas ou excluídas de sua formação, a qual termina enfatizando aspectos teóricos-técnicos, principalmente no que se refere ao paradigma positivista e cartesiano (COMBINATO; QUEIROZ, 2006). Tal fato faz com que esses profissionais sintam-se despreparados para lidar com as situações do cotidiano que envolve o processo do morrer (SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009). Para eles, a morte representa o maior vilão de seu trabalho, pois em geral eles são treinados para prolongar a vida (COSTA; LIMA, 2005), portanto, não se encontram preparados para enfrentar a finitude (SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009).

Este conflito é ainda mais complexo quando envolve a morte e o morrer de uma criança. Isso decorre devido ao senso comum, partilhado também por esses profissionais, de que a ordem natural dos fatos é os pais morrerem primeiro e os filhos enterrarem os pais (D'ASSUMPCÃO, 2010). Essa compreensão cria o paradoxo da morte na infância, pois essa fase da vida representa tempos de saúde e vitalidade (SANTOS, 2009).

Este abismo entre a formação acadêmica e o cotidiano das práticas de assistência a saúde no processo do morrer, são ainda mais frequentes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pois estes setores envolvem tecnologias complexas, pessoal capacitado e pacientes graves, em um ambiente de tensão que exige a tomada de decisão rápida e a adoção de condutas imediatas. Essa rotina da atitude técnica leva a uma visão estereotipada desses profissionais como desumanos, frios, tecnicistas e incapazes de demonstrar afeto (SILVA; VALENÇA; GERMANO, 2010a).

No entanto, este ambiente de tensão e conflito entre a vida e a morte também afeta os profissionais de saúde que passam então a evitar o contato com a morte, o outro e seus sentimentos. Entretanto, este processo de distanciamento nem sempre é efetivo e pode gerar a perda na qualidade do cuidar do paciente e seus familiares, e até mesmo o adoecimento do profissional com conseqüências também em sua vida íntima (COMBINATO; QUEIROZ, 2006), levando a problemas de saúde física e mental no trabalhador (FOGAÇA et al, 2009).

Mas essa omissão da temática do morrer não ocorre apenas na vida cotidiana e no senso comum, ela também ocorreu na ciência. Segundo Turato (2005).

“o pensamento científico moderno, como se sabe, nasceu há quase quatro séculos, com Galileu. A ele se deve o legado de ter conferido autonomia à Ciência, distinguindo-a da Filosofia e da Religião, delimitando assim qual seria seu objeto, objetivo e método (observação, experimentação e indução). A ciência estabeleceu-se, desde então, no objeto específico das coisas da natureza, ou seja, no estudo das leis que enunciam as ligações dos fenômenos entre si, enquanto a filosofia deveria ocupar-se das questões ontológicas (do ser enquanto ser) e, por fim, a religião manteria as chamadas verdades religiosas como seu objeto.”

Assim, a morte é excluída das coisas da natureza e passa a integrar o grupo de objetos da Filosofia e da Religião. Desta maneira, mesmo quando abordada pela ciência, o rigor científico vigente exigia a quantificação para comprovação desse processo. Esse fato excluiu da perspectiva científica aspectos importantes do morrer que não podiam ser quantificados devido à própria natureza do objeto. Isso reflete nas publicações sobre essa temática, principalmente no que se refere à área da saúde que só começaram a se diversificar após os estudos de Elisabeth Kübler-Ross nas décadas de 60 e 70, como por exemplo os clássicos *Sobre a morte e o morrer* (1969) e *Morte, estágio final da evolução* (1975). Apesar de outros autores como Osler e Feifel a terem precedido (COMBINATO; QUEIROZ, 2006), foi a partir das discussões desses e de outros trabalhos que a Tanatologia, área do conhecimento que envolve o cuidado de pessoas no processo de morte, desenvolveu-se (TORRES; GUEDES; TORRES, 1983; KOVÁCS, 2008; SANTOS, 2009; D’ASSUMPÇÃO, 2010). Atualmente, essa área do conhecimento científico passou a ser denominada Biotanatologia, pois passou a ser compreendida como “a ciência da vida vista pela ótica da morte” (D’ASSUMPÇÃO, 2010).

No Brasil, merece destaque os trabalhos de Maria Helena Perreira Franco, coordenadora do *Laboratório de Estudos sobre o luto*, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; de Maria Júlia Kóvacs, do *Laboratório de estudos sobre a morte*, da Universidade de São Paulo e de Wilma Torres, que em 1980, através da Fundação Getúlio Vargas, construiu o programa pioneiro em *Estudos e Pesquisas em Tanatologia* (TORRES; GUEDES; TORRES, 1983; COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Entretanto, embora estes avanços venham ocorrendo, observa-se que apesar das discussões dos anos 60 e 70, a morte voltou a ser pouco estudada na década de 90, quando então, no século XXI, talvez pelos adventos dos cuidados paliativos, dos

transplantes e da modificação do conceito de morte gerados pela morte encefálica, esse assunto retornou a pauta científica (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009).

Pesquisa feita em bases da Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME-[www.bireme.br](http://www.bireme.br)) em junho de 2011 demonstrou a escassez de artigos relacionados a perspectiva desta dissertação. Para sua realização, foram utilizados os seguintes descritores (DeCS/ MeSH) isoladamente: direito de morrer ou direito a morrer, atitude frente à morte, morte, tanatologia. Esses descritores foram selecionados a partir de consulta a toda a lista de descritores relacionados ao tema em estudo. Os descritores representações, representações sociais, análise de conteúdo e finitude da vida não foram encontrados. Foram considerados como critérios de exclusão os artigos com mais de cinco anos, não disponíveis na forma de texto completo, que não estivessem em português, inglês ou espanhol e que estivessem repetidos. Após o primeiro resultado, utilizou-se o limite “recém-nascido”. Os resultados podem ser observados no **Quadro 1**.

**QUADRO 1: Resultado de pesquisa em bases da BIREME realizada em junho de 2011.**

<b>DESCRITORES</b>	<b>Resultado</b>	<b>Limite: recém-nascido</b>	<b>Textos completos com limite recém-nascido</b>	<b>Publicado nos últimos cinco anos</b>	<b>Selecionados pela temática desse estudo após leitura de resumos</b>
<b>Direito de morrer ou Direito a morrer</b>	4.539	64	3	3	0
<b>Atitude frente à morte</b>	12.939	358	30	9	4
<b>Morte</b>	10.761	349	31	6	2
<b>Tanatologia</b>	394	6	1	1	1

Foi, então, realizada leitura dos sete textos completos, entretanto, dois foram excluídos por repetição e quatro por se tratarem na verdade de carta ao editor, ou publicação de opinião ou debate, não se constituindo, portanto, em artigos científicos. Dessa maneira, o resultado final foi que apenas um artigo abordava a temática da morte de recém-nascidos na perspectiva desta dissertação, considerando-se os critérios de exclusão descritos anteriormente. Entretanto, este artigo de Silva e colaboradores (2010)

trabalhou apenas as percepções da enfermagem e através da fenomenologia, enquanto essa dissertação objetivou compreender as representações sociais da equipe multiprofissional.

Devido à escassez de artigos encontrados, foi realizada pesquisa mais ampla a partir da leitura dos títulos de textos completos, antes do uso do limite “recém-nascido”. Nesse processo foram selecionados mais três artigos relacionados à temática desse trabalho, mas que não se referem ao período neonatal. Além disso, esses trabalhos, citados a longo desta revisão de literatura, traziam as percepções e representações da equipe de enfermagem e de estudantes de enfermagem, não abordando outras classes profissionais.

Um outro aspecto importante no lidar com a finitude encontra-se nos dilemas que vêm trazendo a perspectiva da bioética para estudos sobre a morte e o morrer. Tais discussões tornaram-se mais intensas com as mudanças na abordagem do cuidar, que passaram a dar ênfase à humanização, à qualidade de vida, ao cuidado com o luto e à autonomia dos pacientes e familiares no processo de morte. Outros aspectos polêmicos incluem as discussões sobre distanásia (prolongamento da morte e do sofrimento), ortotanásia (“morte ‘correta’ ou humana”) e eutanásia (“boa morte”) (CATLIN; CARTER, 2002).

Na neonatologia estes conflitos éticos são ainda mais intensos, pois se incluem nesse debate a questão dos limites de viabilidade e da relevância das sequelas apresentadas por prematuros extremos ou recém-nascidos malformados na tomada de decisão de até onde investir na manutenção da vida (EVANS; LEVENE, 1998; MARBA; SOUZA; COSTA, 2003; TYSON; STOLL, 2003; CONWAY; MOLONEY-HARMON, 2004; BOYLE; FLETCHER, 2007; CUTTINI et al, 2009).

Estudo fenomenológico realizado por Silva e colaboradores (2010a) teve como objetivo compreender os sentimentos de profissionais de enfermagem que vivenciavam a morte e o morrer de recém-nascidos em unidades de terapia intensiva neonatal. Nos resultados, emergiram sentimentos de culpa, inconformação, insatisfação, fracasso, negação, auto-reprovação, baixa autoestima e desamparo. Esses sentimentos demonstraram as dificuldades destes profissionais em lidar com o conflito da morte. Os autores ainda afirmaram que a vivência cotidiana dos profissionais de enfermagem com a finitude não foi suficiente para prepará-los para a morte de um recém-nascido, o que levou a dificuldades em lidar com o morrer. Eles concluíram que pouco se conhece

sobre a vida/morte que se enfrenta diariamente nas unidades de terapia intensiva neonatal.

Portanto, fazem-se necessários estudos que busquem compreender a representação social da morte e do morrer no ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal. Para tanto, precisa-se considerar não apenas as representações deste fenômeno para enfermeiros, mas para toda a equipe multiprofissional envolvida neste processo. Foi justamente a lacuna deste conhecimento que motivou a realização desta dissertação.

## 2.2. A FORMAÇÃO ACADÊMICA E A FINITUDE DA VIDA

Para compreender a exclusão da morte e do morrer da formação acadêmica, faz-se necessário conhecer o processo histórico da formação dos profissionais de saúde no Brasil.

O modelo pedagógico dos cursos de graduação, adotado na década de 60 no Brasil, fundamentava-se em um currículo rígido mínimo, que baseava-se em disciplinas com carga horária e conteúdos fixos. Dessa maneira, objetivava-se uma uniformidade curricular no país com ênfase na especialização e no uso de tecnologias complexas, sem um equilíbrio entre prática e teoria e que, conseqüentemente, não atendia às demandas da sociedade atual (BRASIL, 2001a, 2001b; SOARES; AGUIAR, 2010). Esse modelo, marcado pelas influências das escolas francesas, formava profissionais para o mercado de trabalho vigente e centrava-se no conhecimento técnico-científico em detrimento de aspectos humanísticos da formação acadêmica (OLIVEIRA, 2010). Assim, prevaleceu no Brasil por décadas o paradigma flexneriano que valorizava uma formação biológica, hospitalocêntrica, focada no individual, baseada em aulas teóricas e na passagem de conhecimento fragmentados que deveriam ser acumulados (SOARES; AGUIAR, 2010). Essa realidade repercutiu e ainda repercute em vários aspectos da atuação dos profissionais, entre eles, as dificuldades em trabalhar a saúde de uma maneira integral, interdisciplinar e ético-humanística (BRASIL, 2001a, 2001b).

Entretanto, as mudanças na sociedade brasileira e no mundo levantaram questionamentos e críticas sobre esse processo pedagógico e a necessidade de mudanças. Entre os fatos que contribuíram para essas transformações podemos citar:

- a) A Assembleia Mundial de Saúde que, em 1977, estabeleceu a meta de ‘saúde para todos’ no ano de 2000’;

- b) A Reforma Sanitária no Brasil (1986), a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde e a Lei Orgânica da Saúde (1990) que colocou a necessidade da formação de profissionais que respondessem as demandas da sociedade e fez dos serviços de saúde campos de ensino-aprendizagem, fortalecendo o vínculo entre assistência, gestão e formação;
- c) A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394 que conferiu às Instituições de Ensino Superior a possibilidade de flexibilização de seus currículos;
- d) A Conferência Alma-Ata (1998) que priorizou a atenção primária a saúde como meta;
- e) Várias experiências e/ou programas inovadores no campo da formação de profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2010).

Esses acontecimentos culminaram no Brasil com a construção das novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos Graduação que trouxeram aspectos importantes para a mudança na formação dos profissionais de saúde. Essas diretrizes consolidaram a flexibilização dos currículos acadêmicos, ressaltado a formação de profissionais generalistas voltado para atenção primária à saúde e as necessidades da sociedade. Para tanto, faz-se necessário uma educação mais flexível, ativa e crítica. Nesse sentido, as diretrizes apontam para o ‘aprender a aprender’, a indissociabilidade entre ensino, pesquisa, extensão e assistência, além da necessidade de um modelo que envolva as inovações científicas e tecnológicas, mas sem deixar de enfatizar também o social, a cultura e a ética.

Entretanto, muitas são as dificuldades para implantação efetiva dessas diretrizes. Isso se deve à necessidade da mudança de atitude por parte de discentes e docentes, incluindo a ruptura de paradigmas pedagógicos enraizados por décadas em nossa sociedade. Esse processo de transformação envolve a necessidade de uma educação emancipadora, que rompe as relações de poder entre professores e alunos, o que não só intimida alguns professores, mas também muitos alunos que não estão habituados a atuar como sujeitos ativos no processo de ensino e aprendizagem (FERNANDES et al., 2008). Conseqüentemente, existem resistências às mudanças com reforço à dicotomia entre pensar e fazer, ao autoritarismo, a fragmentação do conhecimento, ao tecnicismo e

à pouca reflexão sobre a docência. Essa resistência demonstra a necessidade de formação dos docentes para as novas exigências pedagógicas, a fim de possibilitar a efetivação da proposta das Diretrizes Curriculares (ITO et al., 2006).

Entretanto, apesar dos avanços e reflexões, observa-se ainda uma não contextualização da morte e do morrer nessas mudanças pedagógicas. Ainda se enfatiza o processo saúde-doença quando dever-se-ia refletir sobre o processo integral da vida, o que inclui a morte (BRASIL, 2001a, 2001b).

Em seminário sobre “A Psicologia e a Morte”, organizado por Wilma Torres e colaboradores em 1980, um dos aspectos discutidos foi a formação dos profissionais da área de saúde que apesar de lidarem direta e frequentemente com a morte, encontram-se despreparados devido às distorções curriculares. Nesta perspectiva, algumas estratégias de enfrentamento foram elencadas como: (a) a necessidade de mudança na estrutura e no clima curricular, dando igual ênfase aos conhecimentos técnico-científicos e de interrelacionamento humano, centrando-se no cuidar *com* o paciente; (b) a importância do estudo e da pesquisa em tanatologia na área da saúde; (c) o enfrentamento dos próprios sentimentos frente à morte por esses profissionais (TORRES; GUEDES; TORRES, 1983).

Entretanto, ainda observa-se a exclusão da morte e do morrer das reformas pedagógicas devido aos significados construídos ao longo do tempo em relação a esta temática. Isso pode ser observado em revisão feita por Silva e colaboradores (2009), a partir de artigos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem e na Revista Gaúcha de Enfermagem, com os unitermos morte, morrer e cuidados paliativos selecionou 44 artigos, publicados entre 1937 e 2005. Após uma análise à luz de Michel Foucault, esses autores observaram as seguintes influências histórico-sociais que levaram à modificação do significado e do lidar com a morte:

- a) Morte silenciada e ocultada (1937-1979): recalçamento e adiamento da morte, presa pelo não envolvimento emocional, prima pela importância de procedimentos técnicos e de higiene.
- b) Travando uma luta contra a morte (1980-1989): avanço da terapia intensiva prolongando a morte; demonstram-se os sentimentos de medo, fracasso, tristeza, impotência, depressão e culpa diante da morte. Mas essa é uma fase de disciplinamento e negação da morte.

- c) A morte em cena: multiplicidade de facetas (1990-1999): negação e racionalização do morrer, mas surge espaço para os sentimentos dos profissionais que devem ser trabalhados, mas os médicos ainda não se incluíram nesse processo; iniciam-se as discussões sobre a formação profissional.
- d) Morte e Cuidados Paliativos: mudança no paradigma (2000-2005): traz as reflexões das práticas dos cuidados paliativos. Retoma-se a autonomia do paciente no morrer, a humanização e o cuidado multiprofissional com envolvimento da família.

Nesse contexto, essa dissertação buscou compreender as representações da morte e do morrer dos profissionais que vivem as transformações dessa temática que ocorreram a partir da década de 90.

### 2.3. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A idéia de que os indivíduos e grupos sociais são seres pensantes que não se limitam a receber informações, mas também são capazes de processar, construir e teorizar a realidade social representa uma forma de olhar a constituição dos comportamentos e das instituições. Foi justamente através do questionamento das teorias que ignoravam estas concepções de indivíduo pensante, construtor da sociedade e inserido em um contexto social que influencia o seu pensar, que nasceu a Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici (VALA; MONTEIRO, 2006).

Este autor propõe a análise do processo através dos quais as pessoas, interagindo socialmente, constroem teorias que tornam possíveis a comunicação e a organização de comportamentos. Portanto, as representações sociais nascem não apenas das teorias científicas, mas também sofrem influências da cultura, das ideologias, das experiências e das interações interpessoais (JODELET, 2005)

Assim, as representações sociais são definidas por Moscovici como um conhecimento elaborado e partilhado socialmente, criado na vida cotidiana, através da comunicação interindividual, contribuindo para construção de uma realidade comum ao coletivo (MOSCOVICI, 2010)

Neste sentido, as representações sociais refletem a situação de um grupo social, seus projetos, problemas, estratégias e relações com outros grupos, orientando

comunicações e comportamentos. Estas representações são criadas pela interação social, logo, não decorrem apenas da experiência individual (VALA; MONTEIRO, 2006).

Em relação à formação dessas representações sociais, Moscovici explicitou dois processos a *objetivação e a ancoragem*. A objetivação refere-se à forma como os elementos constituintes da representação social adquirem materialidade e tornam-se uma realidade natural, caracterizando um pensamento social. Nesse percurso ocorrem três momentos: (a) a *construção seletiva*, processo em que os sujeitos selecionam as informações circulantes que consideram úteis a cerca do objeto; essa seleção não é neutra e aleatória, ela depende do contexto social e exprime os interesses e valores de um grupo; (b) a *esquematisação*, quando os elementos são organizados estruturalmente, assumindo uma dimensão imaginética e figurativa que materializa o conceito; (c) a *naturalização*, processo em que os conceitos retidos nos esquemas figurativos assumem relações e tornam-se materializados e naturais, construindo o senso comum. Para a objetivação, e portanto, construção do conhecimento, dois aspectos são ainda igualmente importantes: a *personificação* que representa a utilização de personagens que simbolizam a idéia, crença ou teoria; e a *metaforização* em que as metáforas são utilizadas para transmitir um conteúdo essencial de forma aceitável para os valores do grupo (VALA; MONTEIRO, 2006).

Já a *ancoragem* refere-se ao processo através do qual o não-familiar torna-se familiar, através do qual uma representação social organiza relações sociais. Esse é um processo dinâmico que pode anteceder ou sequenciar uma objetivação ou ambos. Pode anteceder no sentido que, ao realizar uma objetivação, os sujeitos não são uma tábua rasa e, portanto, apresentam no seu universo mental aspectos que influenciam nessa objetivação e nela se ancoram. Por outro lado, ao realizar a objetivação esses sujeitos irão utilizar o senso comum construído em seu contexto, ancorando-o assim em seu meio social, suas relações e comportamentos. Concretiza-se assim, através dessa ancoragem, a função social das representações. Entretanto, essa ancoragem também pode transformar o meio social. Dessa maneira, a ancoragem passa a transformar as próprias representações em um processo cíclico que permite as mudanças (“um processo de redução do novo ao velho e reelaboração do velho tornando-o novo”) (VALA; MONTEIRO, 2006).

Portanto, de forma controlada ou automática, consciente ou inconsciente, as representações dos seres humanos influem em seus comportamentos. Assim, as

representações sociais modelam ou constituem o contexto de nossas ações ou comportamentos. Elas incluem modos desejáveis de ação, constituem o significado do objeto estímulo e seu contexto, dão sentido e justificam comportamentos, ou seja, define o “normal” ou “padrão” para o grupo (MOSCOVICI, 2010).

Diante desta compreensão da Teoria das Representações Sociais, por entender que essas representações em relação à temática da morte influenciam na atitude dos profissionais de saúde diante da situação de finitude da vida, este foi o referencial teórico adotado nesta dissertação. Estas representações alimentam-se não somente de teorias científicas, mas também das ideologias formalizadas, dos grandes eixos culturais, das experiências e das comunicações quotidianas, referindo-se a um fenômeno das sociedades: a produção dos sentidos (VALA; MONTEIRO, 2006).

Assim, para compreender as representações sociais da morte e do morrer é preciso estudar suas várias faces. A literatura traz duas principais vertentes que influenciam na construção desse processo: a concepção materialista e a espiritual. Para os materialistas, a morte representa o fim de tudo. É desta concepção que nasce a necessidade de realizar funerais, despedidas, guardar objetos e lembranças dos que se foram na tentativa de mantê-los vivos nas memórias. Já para os espiritualistas, existem duas grandes correntes: a reencarnacionista, que crê na morte como uma passagem para um nível espiritualmente mais evoluído e a redencionista, que crê que Jesus Cristo, como redentor, traz para morte a completude do que faltou a vida (D´ASSUMPÇÃO, 2010).

Para a construção da representação social da morte e do morrer na cultura ocidental hegemônica na sociedade capitalista, D´Assumpção (2010) traz alguns aspectos que podem influenciar esse processo, a saber:

- a) O culto à juventude e ao consumismo: a política consumista vê os jovens como potenciais consumidores, já os idosos são os precavidos que não seguem seus impulsos de consumo e beiram a morte. Os mortos não consomem nada. É preciso negar a morte, rejeitá-la e temê-la;
- b) O progresso: o culto à agilidade, à velocidade. O morrer e a morte são a parada, são limitadores e deve ser abominados;
- c) Pragmatismo: Tudo tem que ter valor prático. A morte só tem esse sentido quando se pensa nos funerais e nas heranças. No mais, a morte e o morrer são inúteis;

- d) Apego: no sentido de “ser dono”. A morte e o morrer trazem a lembrança que não há controle sobre a vida, são inimigos das posses;
- e) Tecnologia médica: a hospitalização e medicalização da morte e do morrer. O uso inadequado de tecnologias avançadas que prolongam a morte crendo que estão prolongando a vida.

Estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2007) revelou os seguintes elementos sobre a representação da morte e do morrer para estudantes de enfermagem:

- a) Conceitos da morte: passagem, incógnita, separação, finitude e etapa da vida.
- b) Medo da morte: medo do sofrimento, medo da hospitalização, medo de ficar sozinho, medo de espíritos, medo de morrer cedo, medo de perder a figura parental.
- c) Lidando com os familiares: mostra a preocupação e dificuldade que o estudante de enfermagem enfrenta ao relacionar-se com os familiares de quem morreu.
- d) Cuidado com o corpo pós-morte: a emoção presente no momento do preparo do corpo é identificada como triste, deprimente, impressionante, fim de luta e sofrimento, estressante e angustiante, chato, além de um mal necessário.
- e) Idade: Revelou que é mais fácil a aceitação da morte quando se trata de ser humano adulto ou idoso.
- f) Sentimentos em relação à morte: indiferença, tristeza, impotência, medo de expressar sentimentos e culpa.

Estes autores concluíram, neste estudo, que existe pouco preparo para lidar com as questões da morte e do morrer o que demonstra a necessidade da abordagem dessa temática no ensino (OLIVEIRA; BRÊTAS; YAMAGUTI, 2007).

Salomé e colaboradores (2009), em estudo fenomenológico realizado com profissionais de saúde que trabalham em unidades de emergência, também apresentaram resultados semelhantes aos expressos por estudantes. As confluências temáticas extraídas dos discursos nesse estudo foram:

- a) “Expressando sentimentos diante da morte do paciente”: Os sentimentos mais comuns foram: impotência, perda, tristeza e frustração. Mesmo trabalhando há algum tempo na emergência, os profissionais não se habituem com a morte e não compartilham esses sentimentos com seus colegas.

- b) “Vivenciado o preparo do Corpo”: O preparo do corpo é visto como um procedimento técnico e que necessita de uma postura ética, mas também gera angústia por promover a reflexão da finitude da vida do próprio profissional.
- c) “Significado da Morte”: Impotência, perda, descanso eterno, fatalidade.
- d) “Crenças relacionadas à morte”: Influenciadas pela cultura, religião e educação do profissional. As falas trouxeram o temor da morte, medo de espíritos.

Esses autores concluem que todo profissional, durante sua formação, aprende e, até mesmo na colação de grau, faz um juramento, no qual assume seu compromisso com a vida, pela sua preservação e com o cuidado humano.

Estes estudos mostram a importância das representações sociais de estudantes e profissionais no lidar com a morte e o morrer. Portanto, para construção de estratégias de enfrentamento e para efetiva mudança de paradigma no lidar com a finitude, faz-se necessário compreender essas representações.

*Percurso Metodológico*

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1. ABORDAGEM DO ESTUDO

A pesquisa qualitativa é referida como a abordagem que busca compreender os significados e a intencionalidade ligada aos fatos, às relações e às estruturas sociais, permitindo alcançar a realidade social para além do que pode ser quantificado, caminhando para o universo das significações, motivações, aspirações, crenças e valores (MINAYO, 2004). Com a delimitação do objeto de estudo dessa pesquisa, a abordagem qualitativa mostrou-se mais adequada aos objetivos desse trabalho visto que buscava-se conhecer a representação social da morte e do morrer o que envolve realidades sociais não quantificáveis, vivências pessoais e coletivas, sentimentos e significações.

Por essa razão, o referencial teórico utilizado nesse estudo foi a Teoria das Representações Sociais por esta propor a análise dos processos através dos quais os indivíduos, em interação social, constroem teorias sobre os objetos sociais, que tornam viável a comunicação e a organização dos comportamentos (MOSCOVICI, 2010). Estas representações alimentam-se não somente de teorias científicas, mas também das ideologias formalizadas, dos grandes eixos culturais, das experiências e das comunicações quotidianas, referindo-se a um fenômeno comum a todas as sociedades: a produção dos sentidos.

Trata-se de uma forma de pensamento, socialmente formada e compartilhada, com o objetivo de construir uma realidade comum a um grupo social (JODELET, 2005). É um conjunto de conceitos, proposições e explicações criado na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual, equivalentes, na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais (MOSCOVICI, 2010).

Diante do exposto, essa é uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa e com o referencial teórico das Representações Sociais. Essa opção justifica-se pela coerência com a pergunta condutora, objeto e objetivos do estudo.

### 3.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo ocorreu na cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. Uma cidade de 211,474 km<sup>2</sup> localizada no litoral do Nordeste brasileiro e que possui 723.515 habitantes (BRASIL, 2011).

Segundo dados do IBGE (Estatísticas do Registro Civil de 2009), a Paraíba é o segundo Estado do país com a maior taxa de mortalidade neonatal (16 casos de morte neonatal /1000 recém-nascidos). Portanto, a morte de recém-nascidos é uma situação enfrentada corriqueiramente pelos profissionais de saúde que atuam na assistência desta faixa etária nesse Estado.

A Maternidade Frei Damião, fundada em 1986, constitui-se em um serviço de referência para gestações de alto risco no Estado da Paraíba. Por localizar-se próximo a BR 101, é esta instituição que, além dos pacientes da capital, recebe também muitos casos provenientes de outras cidades do Estado. Em 1996, esta maternidade recebeu o título de “Hospital Amigo da Criança” (UNICEF) e, em 2001, foi fundada sua Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Esta unidade possui atualmente sete leitos e sua equipe constitui-se de dezesseis pediatras, dez enfermeiros, vinte e um técnicos de enfermagem, cinco fonoaudiólogos e quatro fisioterapeutas, além de psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e auxiliares do Banco de Leite Humano. Não há disponibilidade de terapeuta ocupacional e os doze psicólogos e dezessete assistentes sociais do serviço dão apoio às demandas da unidade neonatal.

A estrutura física desta unidade consiste em um salão que contém todos os sete leitos (incubadoras ou berços aquecidos), exceto o isolamento que fica em um quarto à parte. Há um balcão para prescrição médica de onde é possível ver todos os pacientes; uma ala de expurgo, um corredor onde ficam os materiais que não estão sendo utilizados, balcão para preparo de medicações, copa e repousos para os profissionais, sendo separados para médicos, técnicos de enfermagem e técnico em radiologia. Há ainda um repouso partilhado por enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

Os setores da psicologia e do serviço social ficam no prédio da maternidade, mas fora da unidade. Há uma enfermaria destinada às mães acompanhantes de recém-nascidos. Existe uma antessala com algumas cadeiras antes da entrada na UTI, mas com a extensão da unidade neonatal, esse espaço ficou comprometido e o acolhimento aos familiares passou a ser feito na recepção do hospital. A estrutura física não é

humanizada nem acolhedora. Não há um local para conversa individual e reservada com familiares. As notícias de óbito acabam sendo dadas no salão da unidade, geralmente próximo ao leito do RN.

Pela peculiaridade de ser o serviço de referência mais antigo de um Estado com altos índices de mortalidade neonatal e de receber casos de toda a população estatal, esta unidade foi selecionada para o estudo.

### 3.3. SUJEITOS DO ESTUDO

A população em estudo constituiu-se de dezesseis pediatras, dez enfermeiros, vinte e um técnicos de enfermagem, cinco fonoaudiólogos, quatro fisioterapeutas, doze psicólogos e dezessete assistentes sociais.

Os critérios de inclusão foram: aceitar participar livre e esclarecidamente da pesquisa, fazer parte das classes profissionais supracitadas na população, e atuar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal escolhida para o estudo. Essas classes profissionais foram selecionadas por esses trabalhadores participarem mais ativa e diretamente da assistência aos recém-nascidos e seus familiares, incluindo a vivência partilhada por eles das situações de morte no ambiente de trabalho.

Foram excluídos os nutricionistas, os auxiliares de Banco de Leite Humano, os burocratas e os funcionários de serviços gerais por estes trabalhadores não entrarem em contato direto com os pacientes e, portanto, vivenciarem a morte e o morrer de recém-nascidos em outra perspectiva.

A amostragem foi intencional e se deu pelo critério de saturação teórica do discurso (MINAYO, 2004; FONTANELLAS; RICAS; TURATO, 2008) da equipe multiprofissional, portanto, quando as entrevistas demonstraram conteúdo redundante e as informações colhidas indicaram o discurso e a representação social do grupo, a coleta de dados foi finalizada.

Os entrevistados foram selecionados aleatoriamente, mas com inclusão do mesmo número de representantes de cada uma das categorias profissionais envolvidas no estudo, a fim de se manter a homogeneidade da amostra em relação às influências da formação e atuação profissional. Após a coleta de quatro entrevistas de cada profissão, ou seja, vinte e oito entrevistas, construiu-se um banco de dados de tamanho adequado para avaliação do software Alceste. Realizou-se, então, uma análise inicial que

demonstrou a saturação teórica do discurso da equipe multiprofissional, sendo, portanto, finalizada a coleta de dados com vinte e oito sujeitos.

### 3.4. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela técnica da entrevista individual semi-estruturada, a partir das seguintes perguntas norteadoras:

- A. O que lhe vem à mente quando você pensa na morte e no morrer dos recém-nascidos assistidos por você?**
- B. Que aspectos do seu contexto sociocultural e/ou acadêmico influenciam ou influenciaram a sua maneira de lidar com a morte e o morrer nessa situação?**

As entrevistas foram gravadas por meio de um aparelho de MP3, sendo realizada em uma visita a cada participante, no dia do plantão do profissional, no horário em que o mesmo não estava com atribuições laborativas. Com o intuito de manter o ambiente relacionado ao contexto da pesquisa, as entrevistas foram realizadas na própria unidade de terapia intensiva neonatal, no local escolhido pelo entrevistado, no ambiente em que ficaria mais à vontade para conversar.

As entrevistas foram transcritas no mesmo dia da coleta ou no dia seguinte para permitir ao pesquisador recordar detalhes mais sutis. Os entrevistados receberam códigos para preservar o anonimato.

Após as entrevistas foram coletados dados do instrumento de caracterização da amostra (APÊNDICE A). Esse instrumento foi formulado pela pesquisadora com variáveis que foram consideradas importantes para compreensão do contexto das falas. Optou-se pela coleta após as entrevistas para evitar indução nas respostas dos entrevistados.

### 3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, foi utilizado o software *Alceste* (do francês *Analyse Lexicale par Contexted'un Ensemble de Segments de Texte*. Em português: Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto) *versão 2010* que permite realizar análise do conteúdo presente nas entrevistas por meio de técnicas

qualiquantitativas de tratamento de dados textuais (análise lexical mecanizada). Tal software recorre à análise das coocorrências das palavras nos textos, para organizar e sumarizar informações consideradas relevantes, possuindo como referência em sua base metodológica a abordagem conceitual dos “mundos lexicais” (CAMARGO, 2005; OLIVEIRA et al, 2007; GOMES; OLIVEIRA, 2008; OLIVEIRA et al, 2008). Esse método foi construído por Max Reinert, em 1979, com a finalidade prática de permitir o avanço nos métodos de análise de dados linguísticos, mas com um fundamento teórico que o sustenta (ALBA, 2004; GOMES; OLIVEIRA, 2005). Para Reinert (2010), todo discurso expressa um mundo lexical constituído de um grupo de palavras, que independentemente de sua construção sintática, repete-se durante o discurso referindo-se, portanto, a algo similar (ALBA, 2004).

Assim, a análise de dados textuais ou a estatística textual, utilizada pelo *Alceste*, visa descobrir a informação essencial contida em um texto de uma maneira automática, através da extração objetiva do mundo lexical (palavras mais frequentes) do *corpus* (documento que quer se analisar, no caso um banco de dados que pode se constituir de entrevistas, textos diversos ou outros materiais). Para o uso do programa, este *corpus* deve ultrapassar 1.000 linhas de 70 caracteres. (CAMARGO, 2005; REINERT, 2010)

Inicialmente, após a digitação das entrevistas, foi realizada a preparação do *corpus* que se constitui na formatação do banco de dados em regras próprias do programa como, por exemplo, o uso do símbolo sublinhado ( \_ ) para palavras com hífen ou que devam ser analisadas agrupadamente (ex: recém\_nascido) e o uso de letras maiúsculas para as intervenções do entrevistador no texto, a fim de evitar análise lexical equivocada. Também faz parte da formatação a divisão do *corpus* em unidades de contexto iniciais (UCI) que devem ser separadas pelo símbolo estrelado (\*). As UCI são as divisões naturais do *corpus*, no caso, cada uma das entrevistas, sendo que um *corpus* não pode ultrapassar 10.000 UCI. Elas são separadas pelo usuário do software por linhas estreladas, nomeadas a partir de códigos escolhidos pelo pesquisador, com as características (variáveis) extraídas do formulário de caracterização da amostra (APÊNDICE A). Essas variáveis foram agrupadas para cada uma das UCI permitindo a posterior correlação das mesmas com as categorias temáticas (REINERT, 2010). No APÊNDICE B, encontra-se um exemplo da formatação utilizada.

Antes do início da análise, o programa, construído em francês, utiliza-se de um dicionário da língua em que se encontra o banco de dados para reconhecer as raízes das

palavras (ALBA, 2004). Esta substituição de palavras pela forma padrão dos dicionários de línguas incluídos no *Alceste* chama-se lematização (REINERT, 2010). A seguir, o programa agrupa as palavras em principais (substantivos, adjetivos, verbos e alguns advérbios) e conectivos (artigos, conjunções, preposições e pronomes). Uma análise inicial é realizada com as palavras principais que são reduzidas a suas raízes, chamadas de morfemas lexicais. Esta redução das palavras é realizada para enriquecer as relações estatísticas de coocorrência, pois elimina a variabilidade das formas das palavras (como, por exemplo, uma análise separada de palavras em sua forma singular ou plural), privilegiando, dessa maneira, o significado essencial das palavras do discurso (ALBA, 2004).

Durante a análise de um *corpus* já formatado, o *Alceste* agrupa as raízes semânticas definido-as por classes, levando em consideração a função da palavra dentro de um dado contexto. Cada classe é composta de várias Unidades de Contexto Elementares (UCE), que representam as frases que são discriminadas pela pontuação natural das mesmas ou por marcações próprias do usuário. (CAMARGO, 2005; REINERT, 2010). Nesse trabalho, foi utilizada a pontuação do próprio discurso.

A seguir, o programa computa para cada classe uma lista de palavras que são características de uma associação expressando-a por um valor de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ). Quanto maior o valor do  $\chi^2$ , mais importante é a palavra para a construção estatística da classe (FERREIRA et al, 2006). Assim, o *Alceste* faz uma análise de conteúdo mecanizada, através da técnica hierárquica descendente (THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2003; CAMARGO, 2005). Esta análise é então apresentada sob a forma de dendrograma que traz similaridades e discrepâncias em relação aos mundos lexicais e às características de cada classe. Assim, através da análise fatorial das correspondências, o *Alceste* faz um estudo dos resultados gerando representações gráficas, entre elas o dendrograma (REINERT, 2010). A lista de palavras do dendrograma é a fonte básica para construção das classes, as quais geram as categorias temáticas a partir da análise de conteúdo feita pela pesquisadora (CAMARGO, 2005).

A análise de conteúdo constitui-se em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. Nesta, o texto é um meio de expressão do sujeito, no qual aquele que o analisa busca categorizar as

unidades de texto que se repetem inferindo uma expressão que as represente (BARDIN, 2011).

Dessa maneira, a partir do universo lexical exposto no dendrograma e dos trechos de entrevista selecionados pelo software, a pesquisadora retornou a leitura exaustiva das entrevistas, para realização da análise de conteúdo com o auxílio do *Alceste*. Esse processo permitiu não apenas a nomeação das categorias temáticas elencadas nas classes demonstradas pelo *Alceste*, mas também contribuiu para construção de subcategorias para essas classes.

Assim, através da análise de conteúdo do universo lexical exposto pelo *Alceste*, foi possível elencar as categorias temáticas (CAREGNATO; MUTTI, 2006) que expressaram elementos da representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para os entrevistados.

Portanto, o *Alceste* ajuda na exploração da estrutura e da organização do discurso, além de permitir o descobrimento de relações entre universos lexicais e características dos sujeitos entrevistados que seriam difíceis de se encontrar em uma análise de conteúdo tradicional realizada apenas através da construção das grelhas de Bardin. Outro aspecto importante no uso desse software é a possibilidade de análise de um banco de dados com maior número de entrevistas e a exploração dos dados sem os riscos de interferências das pré-concepções do pesquisador. Além disso, a análise dos mundos lexicais realizada pelo *Alceste* é considerada uma ferramenta adequada para o referencial teórico das representações sociais, pois a partir das similaridades, contradições ou associações dos mundos lexicais, pode-se extrair as representações dos sujeitos e/ou de seus grupos (ALBA, 2004).

Para determinar se o corpus teve um bom desempenho, Camargo (2005) sugere que haja um aproveitamento de 75% das UCE, o que significa que esse percentual foi utilizado na construção da classificação hierárquica descendente. Este valor é calculado pelo software e demonstrado no quadro de síntese da análise, o que representa uma informação importante sobre a consistência do banco de dados.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo respeitou o preconizado pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, a qual norteia princípios éticos para pesquisa com seres humanos.

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE n. 463/11 – CAE 0449.0.172.172-11 – SISNEP FR 473607 – ANEXO A) com a anuência da chefia da Maternidade Frei Damião (cenário do estudo) e das coordenações multiprofissional e médica deste serviço.

Durante o processo de construção da pesquisa foi sugerido por pré-banca e banca a mudança do título da dissertação. Essas mudanças foram apreciadas pelo CEP/CCS/UFPE com parecer favorável (ANEXO B e C)

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Não houve qualquer ônus para os profissionais que não desejaram participar da pesquisa. As gravações foram e serão utilizadas apenas pela pesquisadora e orientadoras da pesquisa, não havendo qualquer divulgação auditiva desse material nem acesso por outras pessoas não envolvidas nesse trabalho científico, além disso, os participantes receberam códigos para preservar o anonimato e a privacidade. As gravações serão guardadas, em meio digital, por no mínimo cinco anos, ficando esse material sob a responsabilidade da pesquisadora.

A participação como entrevistado possibilitou aos profissionais uma oportunidade de falar livremente sobre um assunto polêmico para a nossa sociedade: a morte. Essa escuta representou uma beneficência direta para os participantes que ainda puderam participar do serviço de escuta de servidores caso sentissem necessidade de trabalhar melhor essa temática com o apoio da psicologia.

Os resultados obtidos serão publicados para informação e benefícios de profissionais, estudantes e acadêmicos interessados na área temática, bem como da sociedade como um todo (benefício indireto). Além disso, esses resultados também serão levados ao serviço que participou do estudo, contribuindo assim, a partir das discussões que possam surgir, para construção coletiva de um grupo de Cuidados Paliativos e Humanização da Morte pela instituição.

# *Resultados*

#### 4. RESULTADOS: ARTIGO ORIGINAL

### “A DOR QUE A GENTE NÃO SABE EXPLICAR” - REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MORTE E DO MORRER DE RECÉM-NASCIDOS PARA UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

**RESUMO:** O objetivo desta pesquisa qualitativa foi conhecer as representações sociais da morte e do morrer de recém-nascidos para profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Para tanto, utilizou-se o referencial teórico da Teoria das Representações Sociais de Moscovici, sendo realizadas entrevistas com as perguntas norteadoras: *O que lhe vem à mente quando você pensa na morte e no morrer dos recém-nascidos assistidos por você? Que aspectos do seu contexto sociocultural e/ou acadêmico influenciam ou influenciaram na sua maneira de lidar com a morte e o morrer nessa situação?* Foram entrevistados 28 profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de João Pessoa/Paraíba/Brasil entre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais. A análise foi realizada com o auxílio do software *Alceste* e a amostragem se deu pela saturação teórica do discurso. Emergiram dos dados três classes: *o enfrentamento da morte e do morrer; a convivência com a finitude da vida; as influências socioculturais e da academia.* Observou-se que a morte representa o fracasso do profissional que luta para salvar vidas. Os entrevistados relataram falta dessa temática na academia, o que possivelmente gerou conflitos e sentimentos que repercutiram no significado da morte e do morrer. A religiosidade e as vivências do cotidiano, privado e do trabalho, foram importantes para representação social dessa finitude. Esse estudo demonstrou a necessidade da educação permanente e da abordagem dessa temática na academia para construção de estratégias de enfrentamento da terminalidade.

**Palavras-chave:** morte; recém-nascido; terapia intensiva neonatal; profissionais da saúde; pesquisa qualitativa.

**ABSTRACT:** The purpose of this qualitative study was to understand the social representations of death and dying newborns for professionals in a Neonatal Intensive Care Unit. For this, we used the theoretical framework of social representations theory of Moscovici, and interviews with guiding questions: *What comes to mind when you think about death and dying newborns you watched? What aspects of their sociocultural context and / or academic influence or influenced your way of dealing with death and dying in this situation? We interviewed 28 professionals in a Neonatal Intensive Care Unit of João Pessoa / Paraíba / Brazil including doctors, nurses, practical nurses, physiotherapists, speech therapists, psychologists and social workers. The analysis was performed with the aid of the Alceste software and sampling was done through theoretical saturation speech. Data emerged three classes: the face of death and dying; living with the finitude of life; sociocultural influences and academia. It was observed that death is the failure of professional fighting to save lives. Respondents reported a lack of this theme in the gym, possibly generated conflicts and feelings that affected the meaning of death and dying. Religiosity and daily experiences, in private life and at work were important for social representation of this finitude. This study demonstrated*

the need for continuing education for these professionals to build coping strategies of terminally.

**Keywords:** death, newborn, neonatal intensive care health professionals, qualitative research.

## INTRODUÇÃO

A morte, apesar de ser um processo inerente à existência humana, continua a representar um desafio em relação a sua conceituação ou compreensão. Essa dificuldade deve-se ao fato do significado da morte ser relativo, complexo, mutável e influenciável pelo contexto situacional, social, cultural e comportamental dos seres humanos. (SANTOS, 2009).

Com o passar do tempo e o avanço da tecnologia, as mudanças na compreensão da morte levaram a sua hospitalização (SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009). Isso não apenas afastou a participação das famílias, mas também levou ao uso inadequado de tecnologias avançadas que prolongam a morte na tentativa de prolongar a vida (D'ASSUMPCÃO, 2010).

Assim, ao longo da história, a morte e o morrer tornaram-se interditos o que reflete na exclusão desse tema da formação de profissionais de saúde (SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009) e na escassez de trabalhos científicos, principalmente quando se considera seus aspectos qualitativos.

Nessa perspectiva, apesar de lidarem cotidianamente com a morte e o morrer, os profissionais que atuam em terapia intensiva mostram-se despreparados para vivenciar a finitude da vida, o que gera inúmeros conflitos que repercutem no cotidiano e na qualidade do trabalho desses profissionais. (COMBINATO; QUEIROZ, 2006; SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009; SILVA; VALENÇA; GERMANO, 2010a, 2010b). Esses conflitos são ainda mais complexos quando envolvem a morte e o morrer de uma criança. Isso decorre devido ao senso comum, partilhado também por esses profissionais, de que a ordem natural dos fatos é os mais velhos morrerem primeiro e os filhos enterrarem os pais (D'ASSUMPCÃO, 2010). Essa compreensão cria o paradoxo da morte na infância, pois essa fase da vida representa tempos de saúde e vitalidade. (SANTOS, 2009)

Considerando essa problemática, esse estudo tem como objetivo geral conhecer a representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para equipe multiprofissional de Terapia Intensiva Neonatal.

## **MÉTOD**

Este estudo utilizou a abordagem qualitativa (MINAYO, 2004) e o referencial da Teoria das Representações Sociais de Moscovici (JODELET, 2005; MOSCOVICI, 2010). O cenário de estudo foi uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da cidade de João Pessoa-PB- Brasil. A população do estudo envolveu médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos dessa unidade. Técnicos de radiologia, nutricionistas e auxiliares do banco de leite e de serviços gerais foram excluídos por não terem contato corriqueiro com os pacientes. Os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, mas respeitando o mesmo número de participantes de cada categoria profissional. Foi realizada entrevista semiestruturada com as seguintes perguntas norteadoras:

- A. O que lhe vem à mente quando você pensa na morte e no morrer dos recém-nascidos assistidos por você?**
- B. Quais os aspectos do seu contexto sociocultural e/ou acadêmico que influenciaram ou influenciam na sua maneira de lidar com a morte e o morrer nessa situação?**

A entrevista foi realizada na unidade de terapia intensiva neonatal, em uma visita a cada participante, no dia do plantão do profissional, sendo as mesmas gravadas. Após as entrevistas foram coletados dados do instrumento de caracterização da amostra. Esse instrumento foi formulado pelos pesquisadores com variáveis que foram consideradas importantes para compreensão do contexto das falas. Optou-se pela coleta após as entrevistas para evitar indução nas respostas dos entrevistados.

A amostragem foi intencional e se deu pelo critério de saturação teórica do discurso da equipe multiprofissional, o que ocorreu após quatro entrevistas de cada categoria, com um total de 28 entrevistados (MINAYO, 2004; FONTANELLAS; RICAS; TURATO, 2008).

Para análise dos discursos, foi utilizado o software *Alceste* (do francês *Analyse Lexicale par Contexted'un Ensemble de Segments de Texte*. Em português: Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto) *versão 2010* que permite

realizar análise do conteúdo presente nas entrevistas por meio de técnicas quali-quantitativas de tratamento de dados textuais (análise lexical mecanizada). (CAMARGO, 2005; GOMES; OLIVEIRA, 2005; OLIVEIRA et al, 2007; OLIVEIRA et al, 2008).

Esse programa computa para cada classe uma lista de palavras que são características de uma associação expressando-a por um valor de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ). Quanto maior o valor do  $\chi^2$ , mais importante é a palavra para a construção estatística da classe (FERREIRA et al, 2006). Assim, o *Alceste* faz uma análise de conteúdo mecanizada, através da técnica hierárquica descendente (THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2003; CAMARGO, 2005). Essa análise é então apresentada sob a forma de dendrograma que traz similaridades e discrepâncias em relação aos mundos lexicais e as características de cada classe. A lista de palavras do dendrograma é a fonte básica para construção das classes as quais geram as categorias temáticas a partir da análise de conteúdo feita pelos pesquisadores (CAMARGO, 2005; BARDIN, 2011).

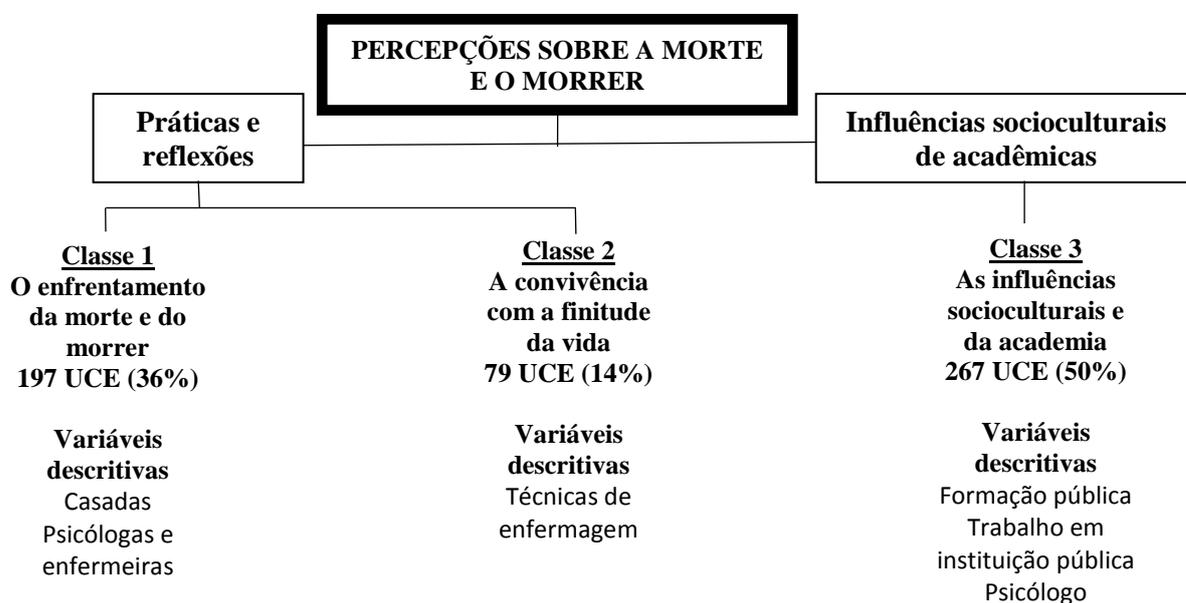
Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 0449.0.172.172-11).

## RESULTADOS

Do total de 28 entrevistados, 39,3% (11/28) tinham entre 20 e 30 anos de idade, todos eram do sexo feminino (não havia homens na equipe), a maioria casada (54% - 15/28), com filhos (60,7% - 17/28) e com orientação religiosa católica (71,4% - 20/28). Em relação à formação, 54% (15/28) fizeram graduação em escola/universidade pública; 50% (14/28) tinham mais de 10 anos de formada; 42,8% (12/28) possuíam especialização na área de pediatria e/ou neonatologia; 78,6% (22/28) trabalhavam apenas em serviços públicos e 87,1% (16/28) tinham entre 1 a 5 anos de trabalho em Terapia Intensiva Neonatal. Metade das entrevistadas tinha vivenciado a morte de alguma criança em sua vida pessoal.

A análise lexical realizada pelo *Alceste* identificou 28 unidades de contexto iniciais (UCI), que equivale ao número de entrevistas incluídas no *corpus* de análise. Este foi dividido em 693 unidades de contexto elementar (UCE), dimensionadas pelo programa a partir da pontuação do discurso. Foram classificadas para análise 543 UCE, representando um aproveitamento de 78,35% do material.

As UCE foram divididas em três categorias discursivas ou classes (**Figura 1**) com um dendrograma que demonstrou a divisão das UCE's em dois blocos que corresponderam às respostas às duas perguntas norteadoras da entrevista. Posteriormente, o primeiro bloco sofreu uma nova divisão. Portanto, as classes 1 e 2 possuem significados semelhantes e que as diferenciam da classe 3, visto que esta última classe originou um grupo distinto na primeira segmentação das UCE. O **Quadro 1** demonstra as palavras relevantes de cada classe com seu respectivo valor de  $\chi^2$



**Figura 1 – Classificação hierárquica descendente (dendrograma) da representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para equipe multidisciplinar de terapia intensiva neonatal – Paraíba/Brasil 2013**

A partir da análise do dendrograma, da leitura exhaustiva das entrevistas e da avaliação das UCE de cada classe, observou-se que cada uma das classes expostas pelo software poderiam ainda ser divididas em subcategorias como demonstra o **Quadro 2**.

**Quadro 1 – Palavras mais relevantes dos discursos e seus  $\chi^2$  para construção das classes da representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para equipe multidisciplinar de terapia intensiva neonatal– Paraíba/Brasil 2013**

<b>CLASSE</b>	<b>Palavras relevantes (<math>\chi^2</math>)</b>
Classe 1	ele (33); Deus (47); nossa (20); dar/fazer (14); bebês (13); médico (13); saber (12); carinho (12); amor (11); força (11); passa (11); dor (9); fim (9); lutar (9)
Classe 2	indo (60); óbito (55); mês (53); passou (53); casa (51); luta (41); sobreviver (37); mãe (35); nascer (35); repente (30); triste (26); missão (24); voltar (24); bichinho (24); feliz (23); batalha (18); cumprir (17)
Classe 3	minha (56); acho (47); morte (32); formação (23); religi*(16); família (15); relação (14); partir (11); falta (10); primeira (9); faculdade (9); lidar (8)

\*religi- = religião, religiosa, religiosidade, religioso(s)

**Quadro 2 – Divisão em subcategorias das classes da representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para equipe multidisciplinar de terapia intensiva neonatal– Paraíba/Brasil 2013**

<b>CLASSE</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
Classe 1 – O enfrentamento da morte e do morrer	A vontade de Deus Cuidado paliativo e terminalidade Sentimentos em relação à finitude da vida
Classe 2 – A convivência com a finitude da vida	Lutando para “salvar vidas” Relatos de vivência
Classe 3 – As influências socioculturais e da academia	Vivências familiares Formação acadêmica Cotidiano do trabalho Religiosidade

**Classe 1 – O enfrentamento da morte e do morrer**

Nesta classe prevaleceu o discurso de psicólogas e enfermeiras. Seu conteúdo abordou o enfrentamento da morte e do morrer com ênfase em aspectos religiosos, na

prática dos cuidados paliativos e sentimentos que emergem com o morrer dos recém-nascidos. Esse conteúdo fez com que o dendrograma trouxesse no universo lexical da **classe 1** substantivos como amor, carinho, dor, força, médico, bebê, Deus, além de pronomes relacionados aos mesmos. Observaram-se também verbos como lutar, dar e fazer. A vontade divina foi um elemento frequente, como retrata o trecho a seguir:

*“Então enquanto profissional eu tenho que aceitar, porque ali foi feita a vontade de Deus.”* (E11 – Enfermeira e técnica de enfermagem)

Entre os elementos relacionados aos cuidados paliativos emergiu o controle da dor e do sofrimento, a limitação terapêutica como a ordem de não reanimar, os conflitos éticos envolvendo distanásia e eutanásia/ortanásia. Entretanto, prevaleceu ainda o discurso da esperança na sobrevivência, mesmo em casos terminais.

Entre os sentimentos expressos pelos profissionais, destacaram-se: frustração, ansiedade, culpa, depressão, perda, fragilidade, sofrimento, alívio, vazio, nada, tristeza, impotência, inutilidade, insucesso, decepção, incapacidade, falha, medo, choque, responsabilidade, fim, passagem, missão, naturalidade e não-naturalidade. Também houve o relato de frieza, desumanização e automatização das ações diante da morte.

### **Classe 2 – A convivência com a finitude da vida**

Emergiu desta classe elementos do profissional de saúde como aquele que luta para “salvar vidas”.

*“[...] a gente batalha, luta, faz tudo”* (E15 – Técnica de enfermagem)

Também foram frequentes relatos de vivências, incluindo histórias que marcaram a vida profissional dos entrevistados. Este contexto fez com que as palavras de maior qui-quadrado fossem substantivos como luta, missão, batalha, óbito, bebê, mãe, além de verbos, advérbios e pronomes que remetem as situações do cotidiano. Entre as variáveis descritivas desta classe, destacou-se a predominância das técnicas de enfermagem.

### **Classe 3 – As influências socioculturais e da academia**

Esta classe representou as influências socioculturais e da academia na maneira como esses profissionais lidam com a morte e o morrer. Destacou-se a religiosidade, as

vivências pessoais/familiares, os aprendizados com o cotidiano do trabalho e os aspectos relacionados à formação acadêmica, tanto durante a graduação como nas especializações ou residências.

*“Eu aprendi muito na prática, quando eu comecei a trabalhar”* (E19 – Psicóloga)

*“Eu acho que a questão da religião é primordial para saber lidar com a morte”* (E14 – Assistente social)

Em relação à formação acadêmica foi evidente o relato da falta de preparo e da não abordagem da temática da morte e do morrer.

*“Não tinha na grade curricular nada relacionado à morte. Era só vida, vida, vida e anatomia, histologia.”* (E1 – Enfermeira)

Os profissionais com formação e trabalho em instituições públicas foram os que mais contribuíram para construção da **classe 3**.

## **DISCUSSÃO**

No decorrer das transformações sociais e históricas da humanidade, o conceito e a forma de lidar com a morte foi sendo modificado (ARIÉS, 2012). Com o avanço das tecnologias médicas, a morte deixou de ser um processo natural da vida e passou a ser hospitalizada e cercada de tecnologias que levam ao prolongamento do sofrimento. (COMBINATO; QUEIROZ, 2006; SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009; D´ASSUMPÇÃO, 2010). Constrói-se, assim, o medo, a negação e o silêncio ao redor do morrer (TORRES; GUEDES; TORRES, 1983; COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Este processo de negação e silenciamento foi percebido nas entrevistas. Tal realidade já era relatada por Elizabeth Kübler-Ross em seus estudos das décadas de 60 e 70 e permanece presente até a atualidade (KÜBLER-ROSS, 1998).

Além da negação, os sentimentos que emergiram do discurso dos profissionais que participaram deste estudo também foram relatados em outros trabalhos realizados com enfermeiros, técnicos de enfermagem e estudantes, além de profissionais de saúde que trabalhavam em serviços de emergência (OLIVEIRA; BRETAS; YAMAGUTI,

2007; SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009; SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009; SILVA; VALENÇA; GERMANO, 2010a, 2010b).

Entretanto, estes sentimentos não chegaram a gerar uma classe e ficaram restritos a uma subcategoria da classe 1. Uma possível causa para não formação de uma classe que abordasse esses léxicos seria a utilização de termos distintos, o que leva a perda da força estatística da palavra na constituição das classes e revela uma limitação da Análise Lexical. Isso demonstra a importância da análise dos pesquisadores sobre os resultados do software e da leitura exaustiva das entrevistas para correta interpretação dos dados.

Apesar dessa característica do *Alceste*, este software foi escolhido para a análise desta pesquisa porque o mesmo ajuda na exploração da estrutura e da organização do discurso, além de permitir o descobrimento de relações entre universos lexicais e características dos sujeitos entrevistados que seriam difíceis de se encontrar em uma análise de conteúdo tradicional realizada apenas através da construção das grelhas de Bardin. Outro aspecto importante no uso desse software é a possibilidade de análise de um banco de dados com maior número de entrevistas e a exploração dos dados sem os riscos de interferências das concepções do pesquisador. Além disso, a análise dos mundos lexicais realizada pelo *Alceste* é considerada uma ferramenta adequada para o referencial teórico das representações sociais, pois a partir das similaridades, contradições ou associações dos mundos lexicais, pode-se extrair as representações dos sujeitos e/ou de seus grupos (ALBA, 2004).

Para determinar se o corpus teve um bom desempenho, Camargo (2005) sugere que haja um aproveitamento de 75% das UCE, o que significa que esse percentual foi utilizado na construção da classificação hierárquica descendente. Este valor é calculado pelo software e demonstrado no quadro de síntese da análise, o que representa uma informação importante sobre a consistência do banco de dados. O aproveitamento das UCE desta pesquisa foi de 78,35%, o que comprova um banco de dados consistente.

Outra justificativa para não construção de uma classe temática que abordasse os sentimentos dos profissionais, seria a maior dificuldade dos profissionais falarem sobre seus próprios sentimentos e acabarem elaborando um discurso que se centra mais nos sentimentos voltados para a assistência como carinho, dor, amor e cuidado. Isso demonstra uma certa fuga dos sentimentos por eles vivenciados como frustração, tristeza, dor, fracasso, perda, culpa. Assim, ocorre o distanciamento do profissional, o

que inclui o sentimento de frieza e a automatização do trabalho para evitar o sofrimento. Neste processo de automatização, o discurso dos entrevistados remete à ideia das linhas de produção e irá se objetivar e ancorar no modelo capitalista e industrial da sociedade ocidental.

Muitos destes sentimentos e significados vão nascer de elementos que emergem na classe 2, que traz a caracterização do profissional como aquele que deve lutar para salvar vidas. No modelo ocidental e capitalista de sociedade que valoriza a produção, o resultado e o pragmatismo, a morte deve ser combatida (D´ASSUMPÇÃO, 2010). Assim, prima-se pela excelência que no caso da situação de finitude é vencer a morte com o consumo de toda a tecnologia e conhecimento científico necessários para atingir essa meta. Assim, os profissionais creem que estão prolongando a vida, quando na verdade estão prolongando o morrer (D´ASSUMPÇÃO, 2010).

Neste sentido, a morte representa o maior vilão do trabalho do profissional de saúde (COSTA; LIMA, 2005) que não se encontra preparado para enfrentar a finitude (SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009). Isto leva à supressão do luto e dos sentimentos, o que dá lugar a existência de um falso controle sobre a situação (OLIVEIRA; BRETAS; YAMAGUTI, 2007; SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009).

Este contexto se objetiva e se ancora em uma formação profissional que divulga e reforça esses valores, fazendo com que a morte e sua vivência sejam, de certa forma, relegadas ou excluídas da academia (COMBINATO; QUEIROZ, 2006), o que foi observado na classe 3. Tal fato faz com que esses profissionais sintam-se despreparados para lidar com as situações do cotidiano que envolve o processo do morrer, o que vem sendo demonstrado também em outros estudos (OLIVEIRA; BRETAS; YAMAGUTI, 2007; SALOMÉ; CAVALI; EPÓSITO, 2009; SILVA; VALENÇA; GERMANO, 2010a, 2010b).

Assim, a academia reforça a imagem do profissional que luta para salvar vidas. Isto provavelmente gerou, na população em estudo, elementos da representação social da morte e do morrer que se objetivam e se ancoram em um contexto bélico que é revelado na análise lexical com palavras como batalha, missão e lutar, principalmente na classe 2. Um dos entrevistados chega a descrever o profissional de saúde como “fortaleza” em um processo de concretização do abstrato, ou seja, a ideia do comportamento é transformada em uma forma concreta que constitui a realidade.

Neste sentido, ao se deparar com a morte dos recém-nascidos, os profissionais de saúde sentem a angústia da constatação de sua própria finitude e a frustração do insucesso. Esse despreparo impulsiona os profissionais à crença em Deus como uma autoridade sobrenatural capaz de transformar realidades e solucionar problemas. Assim, a morte é objetivada na vontade de Deus e se ancora neste universo divino que isenta o profissional das responsabilidades das tomadas de decisões e dos desfechos da morte e do morrer.

Isso demonstra a forte influência da religião judaico-cristão na construção da sociedade brasileira, o que leva a sua utilização nos processos de formação das representações sociais em diferentes temáticas do cotidiano (RANGEL; QUEIROZ, 2008). Vale aqui salientar que 71,4% das entrevistadas declarou-se de orientação católica. Esse fato provavelmente contribuiu para força dessa objetivação e ancoragem.

Entretanto, no ambiente de terapia intensiva em que a tecnologia pode prolongar a morte e o sofrimento, não reconhecer a terminalidade e a necessidade de cuidados paliativos construídos coletiva e eticamente, pode levar à prática da distanásia, prolongando o sofrimento de recém-nascidos e suas famílias, o que foi observado em algumas falas.

A objetivação e a ancoragem na religiosidade foi tão marcante neste trabalho que fez com que esse aspecto, apesar de mais forte nas classes 1 e 3, permeasse a construção de todas as classes temáticas, marcando a representação social da morte e do morrer nesse estudo. Assim, para esses profissionais, a religião serve de apoio para a compreensão dos conflitos que permeiam a morte e para defesa do profissional, sendo este aspecto partilhado com os familiares em suas atividades laborativas, o que inclui o estímulo à esperança em um Deus milagroso que pode vencer a morte quando o profissional perde a batalha.

Esta atitude por parte dos profissionais também foi observada em estudo de Lira e colaboradores (2012) que buscou compreender as representações sociais de familiares que recusavam a doação de órgãos para o transplante. Neste trabalho, os autores referem que este comportamento dos trabalhadores em trazer para a família um discurso que se objetiva e ancora na esperança em um Deus milagroso que tudo pode resolver, incluindo a morte, levam a crença na reversibilidade de um paciente terminal o que influencia no não consentimento dos familiares para doação de órgãos. A partir destes resultados, podemos inferir, que no processo de terminalidade dos recém-nascidos, esta evocação

de Deus como esperança também suscita dúvidas nos familiares levando ao prejuízo do processo de aceitação da morte.

Apesar de tal constatação, não se observou nenhum relato de reflexão na academia ou no ambiente de trabalho sobre a espiritualidade ou religiosidade na saúde, mostrando que a sua utilização perfaz práticas que se alimentam mais do senso comum do que dos processos críticos de aprendizagem.

Observa-se ainda, a ancoragem não apenas na religião, mas em um modelo medicocêntrico de decisão. Assim, o discurso dos médicos permeou os conflitos das práticas de cuidados paliativos em relação às decisões e aos julgamentos de suas atitudes. Já os demais profissionais preocuparam-se com aspectos dos cuidados do conforto e alívio da dor, ou seja, da assistência, reforçando o modelo que centra-se ainda na figura do médico como uma figura de poder e liderança na equipe.

Para entender este fato, faz-se necessário compreender que o modelo pedagógico dos cursos de graduação, adotado por décadas no Brasil, fundamentava-se em um currículo rígido, com ênfase na especialização, na medicina e no uso de tecnologias complexas, sem um equilíbrio entre prática e teoria e que, conseqüentemente, não atende às demandas da sociedade. Esta realidade repercute em vários aspectos da atuação dos profissionais entre eles as dificuldades em trabalhar a saúde de uma maneira integral, interdisciplinar e ético-humanística. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Saúde trouxeram aspectos importantes para a mudança desta realidade, entretanto, muitas são as dificuldades que vêm sendo enfrentadas para a sua efetiva implantação (BRASIL, 2001a, 2001b).

Apesar de 50% dos entrevistados terem mais de dez anos de formados, e portanto, terem tido acesso a uma formação ainda sem a perspectiva das novas diretrizes em relação à tomada de decisão e à liderança, notou-se nesse estudo que o discurso de profissionais formados até cinco anos também continham elementos do modelo médico de decisão. Este fato demonstra a necessidade de efetivação das novas diretrizes e da construção de processos de aprendizagem para profissionais que já se encontram no mercado de trabalho, para que os mesmos se adequem às novas exigências da sociedade.

Além da religiosidade e da formação acadêmica, a classe 3 também faz referência às práticas nos estágios e residências, ao cotidiano de trabalho e às vivências familiares. Observa-se que as práticas constituíram-se em ferramentas importantes de

aprendizagem. Entretanto, sem um planejamento didático ou uma reflexão crítica em relação ao vivenciado, corre-se o risco do pragmatismo quando, na verdade, deveria haver práxis e educação permanente

Seminário sobre “A Psicologia e a Morte” realizado, na Universidade de São Paulo, e organizado por Wilma Torres e colaboradores em 1980, já discutia a formação dos profissionais da área de saúde em relação à morte e o morrer. Estes autores afirmaram que apesar de lidarem direta e frequentemente com a morte, os profissionais de saúde encontravam-se despreparados devido às distorções curriculares. Nessa perspectiva, algumas estratégias de enfrentamento foram elencadas como: (a) a necessidade de mudança na estrutura e no clima curricular, dando igual ênfase aos conhecimentos técnico-científicos e de interrelacionamento humano, centrando-se no cuidar *com* o paciente; (b) a importância do estudo e da pesquisa em tanatologia na área da saúde; (c) o enfrentamento dos próprios sentimentos frente à morte por estes profissionais (TORRES; GUEDES; TORRES, 1983). Entretanto, os resultados desta pesquisa demonstram que pouco se avançou na construção dessas estratégias para população em estudo.

## **CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES**

Compreender a representação social dos profissionais de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sobre a morte e o morrer de recém-nascidos representa uma importante passo para construção de estratégias de enfrentamento da terminalidade e da promoção de cuidados paliativos. Entretanto, observa-se ainda uma escassez de trabalhos na literatura que abordem essa temática, principalmente em relação a percepção da equipe multidisciplinar e da vivência da morte e do morrer na faixa etária neonatal.

Por meio deste estudo, foi possível observar que a formação acadêmica das diversas profissões entrevistadas, segundo os relatos dos participantes, não abordou adequadamente a temática da morte e do morrer. Este fato levou a dificuldades destes profissionais ao lidar com esta situação limite, o que gerou sentimentos negativos e que interferiram em suas vidas privadas e no cotidiano do trabalho, incluindo a vivência não trabalhada do luto.

Além disso, a formação acadêmica, apesar dos avanços, ainda reforça uma concepção medicocêntrica de tomada de decisões e a imagem do profissional de saúde

como aquele que luta para salvar vidas. Assim, a morte representa o fracasso do trabalho destes profissionais que, desamparados pela ausência de práticas educativas e interdisciplinares, passam a fazer uso do seu conhecimento empírico para enfrentar a situação, principalmente no que se refere a suas concepções religiosas e suas vivências com a morte e o morrer na vida privada e no trabalho.

Entretanto, esta prática baseada no pragmatismo e não na reflexão crítica e consciente, pode gerar consequências graves para os profissionais, os familiares e os recém-nascidos, como, por exemplo, a abordagem e o acolhimento inadequado das famílias e o prolongamento da morte e do sofrimento de pacientes.

Portanto, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de se desenvolver práticas de educação permanente nos serviços e de mudanças curriculares na academia, através da construção de espaços de aprendizagem capazes de desenvolver estratégias de enfrentamento da finitude.

## REFERÊNCIAS

ALBA, M. El método ALCESTE y su aplicación al estudio de las representaciones sociales Del espacio urbano: el caso de la Ciudad de México. **Papers on Social Representations**.v.13, p.1.1-1.20, 2004.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação de Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília, Ministério da Educação: 2001a. Disponível em: [portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133\\_01.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf). Acessado em 06 de agosto de 2013

\_\_\_\_\_. **Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN dos Cursos de Graduação**. Brasília, Ministério da Educação: 2001b. Disponível em: [portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0067.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0067.pdf). Acessado em 06 de agosto de 2013

CAMARGO, B.V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUÍNO, J.C.; NÓBREGA, S.M. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Univeristária – UFPB, 2005. p 511-539.

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

COSTA, J.C.; LIMA, R.A. Team mourning: revelations of nursing professionals on the care provided to children/adolescents in the process of death/dying. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 151-157, 2005.

D'ASSUMPCÃO, EA. **Sobre o viver e o morrer. Manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam**. Petrópolis: Vozes, 2010.

FERREIRA, A.A.A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C.W.A.; ALVES, M.S.C.F. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.

FONTANELLAS, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, n. 16, n.2, p. 156-161, 2008.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em Saúde Pública: um estudo de representações sociais. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.13, n.6, p.1011-1018, 2005.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes**. 8ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LIRA, G.L.; PONTES, C.M.; SCHIRMER, J.; LIMA, L.S. Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.2, p. 140-145, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2004.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: Investigações em Psicologia Social**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, A.M. Bioética e as diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina. **Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.10, spl.2, p.03-309, 2010.

OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T.; SÁ, C.P.; ACIOLI, S. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. **Psicologia, Teoria e Prática**, v. 9, n. 2, p. 26-46, 2007.

OLIVEIRA, D.C.; SÁ, C.P.; GOMES, A.M.T.; RAMOS, R.S.; PEREIRA, N.A.; SANTOS, W.C.R. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 197-206, 2008.

OLIVEIRA, J.R.; BRÊTAS, J.R.S.; YAMAGUTI, L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 386-394, 2007.

RANGEL, D.L.O.; QUEIROZ, A.B.A. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nesta etapa de vida. **Esc. Anna Nery Ver. Enferm.** v.12, n.4, p.780-788, 2008.

REINERT, M.A. **Alceste – Análise de dados textuais**, 2010 [Mimeo].

SALOMÉ, M.G.; CAVALI, A.; EPÓSITO, V.H.C. Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 5, p. 681-686, 2009.

SANTOS, FS. **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

SILVA, L.C.S.P.; VALENÇA, C.N.; GERMANO, R.M. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 5, p. 770-774, 2010a.

\_\_\_\_\_. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente à morte do recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 63, n. 2, p. 238-242, 2010b.

SILVA, K.S.; RIBEIRO, R.G.; KRUSE, M.H.L. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n.3, p. 451-456, 2009.

THIENGO, M.A.; OLIVEIRA, D.C.; RODRIGUES, B.M.D. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.39, n.1, p.68-76, 2003.

TORRES, WC; GUEDES, WG; TORRES, RC. **A Psicologia e a Morte**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1983.

## *Conclusão e considerações finais*

## 5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta dissertação permitiu a abordagem, da representação social dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sobre a morte e o morrer de recém-nascidos por eles assistidos.

Ainda na construção da revisão, foi possível observar a escassez de trabalhos que abordem esta perspectiva, principalmente no que se refere aos estudos qualitativos. As pesquisas encontradas não traziam as representações de todas as classes profissionais que atuam nesse tipo de assistência. Este fato demonstra a importância e motivação para realização deste trabalho.

A utilização do software *Alceste* representou uma ferramenta essencial para a realização da análise de conteúdo dos discursos, não apenas por permitir a utilização de um número significativo de entrevistas, mas também por fornecer dados importantes que não seriam percebidos com a utilização da análise manual através de grelhas.

Apesar dos avanços das discussões sobre as práticas em cuidados paliativos, os resultados deste trabalho demonstram que a população estudada pouco evoluiu nesta perspectiva. Muitas são as dificuldades que contribuem para essa realidade.

O próprio discurso dos entrevistados demonstrou a falta da temática da morte e do morrer na formação acadêmica e no ambiente de trabalho, o que fez os profissionais se sentirem despreparados para lidar com a finitude. Além disso, o modelo ainda predominante da formação dos mesmos demonstrou fundamentar-se na representação social do profissional de saúde como aquele que luta para salvar vidas. Essa perspectiva levou a sentimentos e significados como perda, fracasso e culpabilização.

Observou-se também um modelo de assistência ainda centrado nas decisões dos médicos e na utilização da religiosidade e das vivências do cotidiano do trabalho e da vida privada como referências para a construção da maneira de lidar com a morte e o morrer. Este fato demonstrou que o lidar com a finitude baseou-se muito mais no pragmatismo que na práxis, ou seja, não houve um processo crítico e reflexivo sobre estratégias de enfrentamento da terminalidade na população estudada.

Esta realidade pode levar a consequências importantes para profissionais, familiares e recém-nascidos, visto que pode gerar o prolongamento do sofrimento desses pacientes e a abordagem inadequada das famílias.

Portanto, os resultados deste estudo alertam sobre a necessidade de se desenvolverem processos de educação permanente, de profissionais e estudantes, sobre

a temática da morte e do morrer. Para tanto, faz-se necessário não apenas as reformas curriculares, mas a construção de espaços de diálogo entre profissionais e familiares, na academia e nos serviços. Assim, será possível dar os primeiros passos rumo à construção de estratégias de enfrentamento da finitude que se baseiem em uma construção coletiva, ética, compromissada e efetiva.

# *Referências*

## REFERÊNCIAS

ALBA, M. El método ALCESTE y su aplicación al estudio de las representaciones sociales Del espacio urbano: el caso de la Ciudad de México. **Papaers on Social Representations**.v.13, p.1.1-1.20, 2004.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BIREME – Biblioteca Virtual de Saúde. Pesquisa realizada com o descritor morte em junho de 2011.

Disponível em: [http://search.bvsalud.org/regional/?lang=pt&q=mh:"Morte"](http://search.bvsalud.org/regional/?lang=pt&q=mh:)

Acessado em 03 de junho de 2011.

BOYLE, R.J.; FLETCHER, J.C. Prioridades morais atuais e tomada de decisões em Medicina Neonatal-perinatal. In: AVERY, **Neonatologia: Fisiopatologia e Tratamento do Recém-Nascido**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 7-20

BRÊTAS, J.R.S.; OLIVEIRA, J.R.; YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre a morte e o morrer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.40, n.4, p. 477-483, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação de Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília, Ministério da Educação: 2001a. Disponível em: [portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133\\_01.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf). Acessado em 06 de agosto de 2013

\_\_\_\_\_. **Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN dos Cursos de Graduação**. Brasília, Ministério da Educação: 2001b. Disponível em: [portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0067.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0067.pdf). Acessado em 06 de agosto de 2013

BRASIL. **Estatísticas do registro civil de 2009**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2009/default.shtm> Acessado em 25 de agosto de 2011.

BRASIL. **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, CONEP, 1996; 24p.

CAMARGO, B.V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUÍNO, J.C.; NÓBREGA, S.M. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Univeristária – UFPB, 2005. p. 511-539.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CATLIN, A.; CARTER, B.C. Creation of a Neonatal end-of-life palliative care protocol. **Journal of Perinatology**. v. 22. p. 184-195, 2002.

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

CONWAY, A.; MOLONEY-HARMON, P.A. Ethical issues in the neonatal intensive care unit. **Critical Care Nursing Clinics of North America**. v. 16. p. 271-278, 2004.

COSTA, J.C.; LIMA, R.A. Team mourning: revelations of nursing professionals on the care provided to children/adolescents in the process of death/dying. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 151-157, 2005.

CUTTINI, M.; CASOTTO, V.; VONDEWEID, U.; GAREL, M.; KOLLÉE, L.A.; SARACCI, R. Neonatal end-of-life decisions and bioethical perspectives. **Early Human Development**. v. 86. p. 21-25, 2009.

D'ASSUMPÇÃO, E.A. **Sobre o viver e o morrer. Manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam**. Petrópolis: Vozes, 2010.

EVANS, D.; LEVENE, M. Ethical and legal dilemmas in the late management of severely damaged neonates without extensive brain damage. **Semin Neonatol**. v.3. p. 285-290, 1998.

FERNANDES, J.D.F.; ROSA, D.O.S; VIEIRA, T.T.V.; SADIGURSKY, D. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm USP**. v. 42, n.2, p.396-403, 2008.

FERREIRA, A.A.A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C.W.A.; ALVES, M.S.C.F. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.

FOGAÇA, M.C.; CARVALHO, W.B.; NOGUEIRA, P.C.K.; MARTINS, L.A.N. Estresse ocupacional e suas repercursões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.21, n.3, p.299-305, 2009.

FONTANELLAS, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. **Revista de enfermagem da UERJ**, v. 16, n.2, p. 156-161, 2008.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em Saúde Pública: um estudo de representações sociais. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.13, n.6, p.1011-1018, 2005.

ITO, E.E; PERES, A.M.; TAKAHASHI, R.T.; LEITE, M.M.J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.40, n.4, p.570-575, 2006.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

KÓVACS, M.J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Pandéia**, v. 18, n. 41, p. 457-468, 2008.

MARBA, S.T.M.; SOUZA, J.L.; COSTA, S.M.M. Cuidados paliativos ao recém-nascido: indicações e componentes. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, **Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN)**. Ciclo 6. Módulo 2. Porto Alegre: Artmed / Panamericana Editora, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2004.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: Investigações em Psicologia Social**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T.; SÁ, C.P.; ACIOLI, S. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. **Psicologia, Teoria e Prática**, v. 9, n. 2, p. 26-46, 2007.

OLIVEIRA, D.C.; SÁ, C.P.; GOMES, A.M.T.; RAMOS, R.S.; PEREIRA, N.A.; SANTOS, W.C.R. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 197-206, 2008.

OLIVEIRA, J.R.; BRÊTAS, J.R.S.; YAMAGUTI, L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 386-394, 2007.

REINERT, M.A.; **Alceste – Análise de dados textuais**, 2010 [Mimeo].

SALOMÉ, M.G.; CAVALI, A.; EPÓSITO, V.H.C. Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 5, p. 681-686, 2009.

SANTOS, FS. **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

SOARES, N.T.; AGUIAR, A.C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Rev. Nutr.** v.23, n.5, p.895-905, 2010.

SILVA, L.C.S.P.; VALENÇA, C.N.; GERMANO, R.M. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 5, p. 770-774, 2010a.

\_\_\_\_\_. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente à morte do recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 63, n. 2, p. 238-242, 2010b.

SILVA, K.S.; RIBEIRO, R.G.; KRUSE, M.H.L. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n.3, p. 451-456, 2009.

THIENGO, M.A.; OLIVEIRA, D.C.; RODRIGUES, B.M.D. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.39, n.1, p.68-76, 2003.

TORRES, WC; GUEDES, WG; TORRES, RC. **A Psicologia e a Morte**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1983.

TURATO, ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, n.3, p. 507-514, 2005.

TYSON, J.E.; STOLL, B.J. Evidence-based ethics and the care outcome of extremely premature infants. **Clinics in Perinatology**. v. 30, p. 363-387, 2003.

VALA, J; MONTEIRO, MB - **Psicologia social**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 2006.

# *Apêndices*

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: (  ) Feminino (  ) Masculino

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO (ANO – LOCAL): \_\_\_\_\_

ESPECIALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

TEM FILHOS? (  ) Sim (  ) Não

JÁ VIVENCIOU A MORTE DE UMA CRIANÇA EM SUA VIDA PESSOAL?

(  ) Sim (  ) Não

Caso a resposta seja sim, qual o parentesco? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo isso aconteceu? \_\_\_\_\_

Qual a idade da criança? \_\_\_\_\_

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

HÁ QUANTOS ANOS TRABALHA COM UTI NEONATAL: \_\_\_\_\_

QUAIS OS SERVIÇOS EM QUE VOCÊ TRABALHA?

---

---

---

---

**APÊNDICE B – EXEMPLO DE FORMATAÇÃO DE UM TRECHO DE ENTREVISTA PARA BANCO DE DADOS DO ALCESTE**

\*\*\*\* \*e\_01 \*prof\_2 \*id\_1 \*sex\_1 \*ec\_1 \*for\_2 \*tfor\_1 \*esp\_1 \*fil\_2 \*viv\_2 \*relig\_1 \*trab\_3 \*ttrab\_2

O\_QUE\_LHE\_VEM\_À\_MENTE QUANDO VOCÊ PENSA NA MORTE E NO MORRER DOS RECÉM\_NASCIDOS ASSISTIDOS POR VOCÊ? Acho que o\_que\_vem\_a\_mente, assim, é o sentimento da família, não é? Como, assim... como a gente passar para eles. Porque, assim, pode ser uma criatura minúscula que passou muito pouco pelo convívio da família, mas é um sentimento que ninguém aceita, não é? É um sentimento assim que ninguém quer, ninguém quer perder, não é? Todo\_mundo quer, mesmo que venha ali com algum problema, com... sem enxergar, sem, tipo com.. como digo assim...com alguma deficiência mais grave, mas todo mundo quer, todo mundo quer criar, não é? (CRIAR DITO COM ÊNFASE). Ninguém aceita a morte. Acho que hoje a morte, ela é mal aceita e também mal trabalhada. Eu tava vendo até uma questão ai, que a gente fala, a questão da grade curricular, que a gente, profissional de saúde, a gente não trabalha com isso, a gente não tem uma cadeira que fale da morte. Hoje em dia estão incluindo na grade curricular. Mas eu me formei faz cinco anos, e não existe isso, não fala, a gente não se entende com a morte. Então a gente vem, assim, a gente vem para o hospital, a gente vem trabalhar e você tem que saber lidar com aquilo ali, você tem que saber lidar com a morte. Sem você ter trabalhado isso, não é? Às vezes assim, até o pessoal fala que o profissional\_de\_saúde... ele é desumano, que o profissional\_de\_saúde é muito frio, mas não é não. É que a gente lida tanto com aquilo ali, que a gente tem que saber cuidar, a gente tem que saber trabalhar com aquilo ali. A gente também não pode absorver o problema de todo o mundo, por exemplo, a gente não pode absorver cada, cada tristeza daquela mãe para a gente. Que a gente tá ali como profissional, não é? Acho que é mais ou menos isso.

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO  
(TCLE)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM SAÚDE DA  
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, de um estudo sobre a morte e o morrer de recém nascidos (RN). A seguir você terá informações sobre essa pesquisa, podendo ainda tirar qualquer dúvida com a pesquisadora. Se você concordar em participar, deverá assinar ao final desse documento e não receberá nenhuma espécie de pagamento por isso. Uma cópia será entregue a você. Caso não deseje participar ou se quiser desistir em qualquer momento, você não será penalizado de nenhuma maneira.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

**TÍTULO:** Percepção dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sobre a morte e o morrer de recém nascidos

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Fernanda Isabela Gondim Sarmiento

**ORIENTADORA:** Rosemary de Jesus Machado Amorim

**COORIENTADORA:** Iracema da Silva Frazão

**CONTATO:**

Universidade Federal de Pernambuco - Centro de Ciências da Saúde  
Pós- Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente – Primeiro Andar  
Av. Professor Moraes Rego, 1235, Várzea. Recife – PE.  
Telefone: (81) 2126-8514

Email da pesquisadora: [fernanda\\_ufpb@yahoo.com.br](mailto:fernanda_ufpb@yahoo.com.br)

**CONTATO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:**

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Av. da Engenharia s/n Prédio do CCS - 1º andar - Cidade Universitária. CEP: 50.740-600.

Telefone: (81) 2126-8588

O objetivo principal do estudo é conhecer a percepção dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) sobre a morte e o morrer de recém-nascidos (RN) por eles assistidos. Para tanto, pretende-se compreender como os profissionais de UTIN se sentem diante da morte desses RN, qual o significado destas mortes para eles, perceber como se dá o enfrentamento dessa situação e identificar os elementos do contexto sociocultural e/ou acadêmico que influenciaram a forma de lidar com esse fato.

Para alcançar esses objetivos, será realizada entrevista com os profissionais (médicos, enfermeiras, técnicas/auxiliares de enfermagem, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais) que trabalham na UTIN da Maternidade

Frei Damião e que desejarem participar do estudo. Essa entrevista será gravada, mas só os pesquisadores terão acesso a esse material, sendo completamente preservado o anonimato e a privacidade. Essas gravações serão guardadas sob a responsabilidade dos pesquisadores por um período mínimo de cinco anos. Participar da pesquisa possibilitará com que você possa falar dos problemas enfrentados na sua profissão diante da morte, assunto ainda pouco discutido nesse meio profissional. Por tratar da morte, há o risco de emergirem sentimentos ou lembranças desagradáveis. Para amenizar essa questão, caso sinta necessidade, o serviço de psicologia dessa instituição está disponível para atendê-lo. Além disso, se você desistir ou não quiser participar da pesquisa nenhuma espécie de dano lhe será causado.

Os resultados desse estudo serão publicados em revistas e eventos científicos, mas em nenhum momento você será identificado. Espera-se que a discussão sobre esse assunto possa trazer reflexão e melhorias na atividade profissional, ficando a pesquisadora responsável por trazer a instituição os resultados desse trabalho para que estratégias de enfrentamento possam ser coletivamente construídas.

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Li e entendi todas as informações deste estudo, sendo devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre esse estudo e seus procedimentos, assim como possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Dou livre e esclarecidamente meu consentimento e participarei desse estudo, até que decida o contrário.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Fernanda Isabela G. Sarmiento  
**Pesquisadora Responsável**

---

**Entrevistado**

---

**Testemunha**

---

**Testemunha**

## APÊNDICE D – EXEMPLOS DE UCE’S DE CADA CLASSE TEMÁTICA

### CLASSE 1 – O enfrentamento da morte e do morrer

#### Subcategoria – A vontade de Deus

*“Aquilo que Deus quer, aquilo que é permissão de Deus para viver e aquilo que é permissão de Deus para levar para ele. Que nem tudo que Deus tem é nosso.” (E8 – Assistente social)*

*“Deus quer que aquela criança não fique no mundo, está entendendo? É que você faz tudo. Às vezes tem a melhora, às vezes a piora, mas não tem jeito de sair.” (E4 – Enfermeira)*

*“A morte não é uma coisa que você vai querer, que você vai fazer. Se morreu naquele dia foi justamente Deus que quis e não você.” (E12 – Técnico de enfermagem)*

*“Motivar aquela mãe, mostrar para ela que é coisa de Deus, não é nossa. Que os médicos fazem tudo. Eles estão ali para fazer tudo: o que pode e o que não pode.” (E7 – Psicóloga e enfermeira)*

*“Nas coisas de Deus ninguém sabe do amanhã. [...] A gente nunca sabe, porque para Deus nada é custoso” (E7 – Psicóloga e enfermeira)*

*“Então enquanto profissional eu tenho que aceitar, porque ali foi feita a vontade de Deus.” (E11 – Enfermeira e técnica de enfermagem)*

#### Subcategoria – Cuidado paliativo e terminalidade

*“Eu procuro fazer de tudo para que aquela criança se sinta mais confortável, sinta o carinho da gente. Tanto que a gente procura aqui fazer todo o nosso trabalho de aliviar o sofrimento da dor, de passar carinho para eles” (E11 – Enfermeira e técnica de enfermagem)*

*“Ele precisa, ele merece ser tratado com amor, com o mesmo carinho que é cuidado o outro, o que tem a vida, o que vai sair.” (E7 – Psicóloga e enfermeira)*

*“Tem bebês que não, que se você ainda tem uma esperançazinha, ele ainda tem uma chancezinha, com certeza, reanimaria até o fim. Mas aqueles que todo mundo já sabe que pela doença, ou pelo quadro clínico mesmo, que tem uma morte encefálica ou coisa assim, eu acho que não deveria ser reanimado não.” (E18 – Médica)*

*“Então eu acho que um bebê, que geralmente está vegetado ali, não tem prognóstico de vida, merece ser cuidado, ser tratado com amor, com carinho, como se ele fosse um bebê normal.” (E7 – Psicóloga e enfermeira)*

### **Subcategoria – Sentimentos em relação à finitude da vida**

*“Aí a gente tem que estar preparado mas, na verdade, para esse lado da morte, ninguém está preparado.”* (E11 – Enfermeira e técnica de enfermagem)

*“A gente acha que ele vai ter alta e ele morre. É uma decepção, é um baque para gente”* (E26 – Fisioterapeuta)

*“Então, eu encaro isso (a morte), assim, não com naturalidade. A gente sofre, mas a gente tem que se habituar com aquilo e dar apoio aquela mãe.”* (E7 – Psicóloga e enfermeira)

*“Não destrata-lo ou deixar de trata-lo por ser uma criança terminal. Mas confesso para você que é desestimulante. É aquela criança que você olha assim e diz que não aguenta mais olhar para ela. A angústia que dá é você saber que ali é o fim, e você não tem o que fazer.”* (E25 – Médica)

*“É um sofrimento só, não é? É médico, enfermagem, psicólogo, todo mundo sentindo aquilo ali. É aquela dor. É uma dor que a gente não sabe explicar.”* (E7 – Psicóloga e enfermeira)

*“Mas sempre a gente tenta dizer, dar aquela esperança de que vai melhorar, que vai sair, que tenha paciência, que vai se recuperar.”* (E8 – Assistente social)

*“Não é aceitar a morte, mas é saber que a gente sempre vai lidar com aquilo ali. E a gente tem que ser, a gente profissional é um pouco desumano, não é?”* (E1 – Enfermeira)

## **CLASSE 2 – A convivência com a finitude da vida**

### **Subcategoria - Lutando para “salvar vidas”**

*“A gente fica traumatizada porque não é o que a gente quer. A gente luta, luta, luta e o bichinho acaba indo a óbito”* (E13 – Técnica de enfermagem)

*“Eu sinto assim, um vazio, uma tristeza quando a gente perde um bebê porque a gente luta por ele.”* (E11 – Enfermeira e técnica de enfermagem)

*“[...] às vezes a gente batalha, luta, faz tudo que a gente pode, mas termina o bichinho indo embora e a gente fica sem fazer nada, não é?”* (E15 – Técnica de enfermagem)

*“A gente batalha para ver se ele sobrevive, fica mais uns dias”* (E15 – Técnica de enfermagem)

### **Subcategoria – Relatos de vivências**

*“Teve um bebê aqui que a gente passou 8 meses com ela e terminou a bichinha indo a óbito” (E15 – Técnica de enfermagem)*

*“Ficou o dia inteiro assim, saturando 6-11, praticamente estava morto.” (E20 – Enfermeira)*

*“Quando eu entrei para cá, passou mais ou menos uns seis meses para eu ver o óbito de um recém-nascido, porque toda vez que tinha um óbito, eu nunca estava de plantão.” (E15 – Técnica de enfermagem)*

*“E nesse dia aconteceu, e eu nunca tinha feito o pacote que a gente faz, nunca tinha feito de um recém-nascido” (E13 – Técnica de enfermagem)*

*“Já aconteceu de bebês que eu estava atendendo, que já estavam sem ajuda de suporte ventilatório, já estavam com o quadro estável, de ter uma piora e vir a morrer” (E16 – Fonoaudióloga)*

### **CLASSE 3 – As influências socioculturais e da academia**

#### **Subcategoria – Vivências familiares**

*“Então eu acho que isso (a vivência de perdas familiares) contribuiu mais para o que eu entendo da morte ou pelo que eu estou esperando, do que a minha formação acadêmica” (E27 – Fisioterapeuta)*

*“Eu acredito que seja em relação as mortes que eu vivenciei na minha família, que eu, hoje, posso lidar.” (E24 – Fonoaudióloga)*

#### **Subcategoria – Formação acadêmica**

*“[...] na minha formação em Educação Popular, em trabalhar junto com a comunidade, eu já via o ambiente familiar como um ambiente de parceria, de estar junto da gente toda hora. Então, isso aí eu aprendi bem. E aí para tudo, para minha formação toda, saiu assim: ou eu entro em parceria com a família ou eu não sei trabalhar.” (E17 – Médica)*

*“[...] nem estágio tinha, então a gente não tinha essa preparação. Eu não tive essa vivência” (E5 – Fisioterapeuta)*

*“[...] uma das preceptoras foi dar a notícia comigo para a família. Foi aí que eu percebi que era uma reponsabilidade minha também.” (E2 – Médica)*

*“a gente falou na faculdade muito pouco sobre isso, inclusive, a gente não tem uma aula, não tem uma disciplina aonde a gente entre e bote isso em discussão” (E11 – Enfermeira e técnica de enfermagem)*

*“Hoje em dia estão incluindo na grade curricular. Mas eu me formei a cinco anos e não existia isso, não falava. A gente não se entende com a morte” (E1 – Enfermeira)*

*“A questão do estágio mesmo foi muito importante para saber lidar melhor”* (E14 – Assistente social)

*“Eu lembro muitos professores. Eu lembro que na época da minha residência, toda vez que tinha que dar a notícia de morte pra alguma família, eu corria lá para junto deles para ver o jeito que eles iam falar”* (E18 – Médica)

*“Não tinha na grade curricular nada relacionado a morte. Era só vida, vida, vida e anatomia, histologia.”* (E1 – Enfermeira)

### **Subcategoria – Cotidiano do trabalho**

*“Eu aprendi muito na prática, quando eu comecei a trabalhar”* (E19 – Psicóloga)

### **Subcategoria – Religiosidade**

*“Eu acho que a questão da religião é primordial para saber lidar com a morte”* (E14 – Assistente social)

*“Eu sempre tive uma formação católica, acredito na ressurreição, acredito que existe outra vida”* (E21 – Fonoaudióloga)

# *Anexos*

## ANEXO A – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



SERVICÓ PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Av. da Engenharia, s/n – 1º andar – Sala 4 – Cidade Universitária  
50.740-600 Recife – PE, Tel/fax: 81. 2126.8588 – cepecs@ufpe.br

Ofício nº 149/2013 - CEP/CCS/UFPE

Recife, 05 de agosto de 2013.

À

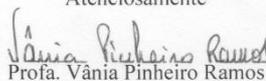
**Pesquisadora Fernanda Isabela Gondim Sarmento**  
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente – CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 473607 CAAE – 0449.0.172.000-11 Registro CEP/CCS/UFPE Nº 463/11 Título: Representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Pesquisador Responsável: Fernanda Isabela Gondim Sarmento
--

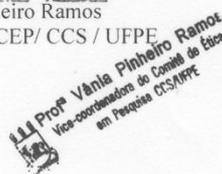
Senhor (a) Pesquisador (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 05/08/2013 o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê.

Atenciosamente

  
Profª. Vânia Pinheiro Ramos

Vice-Coordenadora do CEP/ CCS / UFPE

  
Profª Vânia Pinheiro Ramos  
Vice-coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa CCS/UFPE

## ANEXO B – PRIMEIRO OFÍCIO DE MODIFICAÇÃO DE TÍTULO DA PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Av. da Engenharia, s/n – 1º andar – Sala 4 – Cidade Universitária  
50.740-600 Recife – PE, Tel/fax: 81. 2126.8588 – cepcs@ufpe.br

Ofício nº. 147/2013 - CEP/CCS/UFPE

Recife, 05 de agosto de 2013.

À

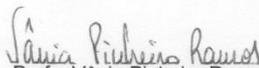
**Pesquisadora Fernanda Isabela Gondim Sarmento**  
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente – CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR – 473607 CAAE – 0449.0.172.000-11 Registro CEP/CCS/UFPE Nº 463/11 Título: Percepção dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sobre a morte e o morrer de recém-nascidos. Pesquisador Responsável: Fernanda Isabela Gondim Sarmento
--

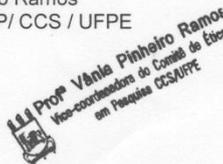
Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) analisou e aprovou, a partir desta data, a modificação do título da pesquisa: "Percepção dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sobre a morte e o morrer de recém-nascidos" para "Representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal".

Atenciosamente

  
Profª. Vânia Pinheiro Ramos

Vice-Coordenadora do CEP/CCS / UFPE

  
Profª Vânia Pinheiro Ramos  
Vice-coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa CCS/UFPE

## ANEXO C – SEGUNDO OFÍCIO DE MODIFICAÇÃO DE TÍTULO DA PESQUISA



Ofício nº. 043/2014 - CEP/CCS/UFPE

Recife, 19 de maio de 2014.

À  
**Pesquisadora Fernanda Isabela Gondim Sarmento**  
 Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente - CCS/UFPE

Registro do SISNEP FR - 473607  
 CAAE - 0449.0.172.000-11  
 Registro CEP/CCS/UFPE Nº 463/11  
 Título: “Representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”  
 Pesquisador Responsável: Fernanda Isabela Gondim Sarmento

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) analisou e aprovou, a partir desta data, a modificação do título da pesquisa: “Representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, para “REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MORTE E DO MORRER DE RECÉM-NASCIDOS PARA UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL”.

Na oportunidade, informamos que o Relatório Final desta pesquisa, entregue no dia 05 de agosto de 2013, já recebeu sua aprovação definitiva.

Atenciosamente

*Vânia Pinheiro Ramos*  
 Profa. Vânia Pinheiro Ramos  
 Vice-Coordenadora do CEP/ CCS / UFPE

*Profª Vânia Pinheiro Ramos*  
 Vice-coordenadora do Comitê de Ética  
 em Pesquisa CCS/UFPE

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde - UFPE  
 Av. da Engenharia, s/n - Prédio do CCS, 1º andar, sala 4 - Cidade Universitária - Recife/PE - CEP 50.740.600  
 Fone: (81) 2126.8588 - E-mail: cepccs@ufpe.br