

UNIVERSIDADE ABERTA

DIANTE DA MORTE



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE EM ENFERMEIROS

Mestrado em Comunicação em Saúde

Pedro Fialho Teixeira

LISBOA 2006

DIANTE DA MORTE

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE EM ENFERMEIROS

PEDRO FIALHO TEIXEIRA

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR HERMANO CARMO

LISBOA

2006

*“ O caminho da morte deve levar-nos mais fundo na vida,
como o caminho da vida nos deve levar mais fundo na morte”*

Morin (1988)

AGRADECIMENTOS

No término deste trabalho gostaria de manifestar o meu sincero e profundo agradecimento a todas as pessoas que, com o seu apoio, sabedoria, colaboração, palavras de encorajamento, críticas e sugestões contribuíram na sua construção e sem os quais a concretização do presente trabalho e o esforço nele investido teria sido inglório. A todos o meu convicto agradecimento.

Ao Professor Doutor Hermano Carmo que orientou este projecto, que de uma forma calorosa me ajudou nesta “viagem”, à descoberta de mim próprio e à compreensão de que questionar-se sobre a morte é ter uma paixão imensa pela vida. No final da “viagem” quero agradecer-lhe pela sábia orientação que me facultou, que sempre soube escutar com amizade e compreensão as minhas dificuldade e dúvidas, pela sua extraordinária disponibilidade, a sua postura perante a vida e a sua simpatia, pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis e de algum desalento e pelo imenso respeito pelo meu ritmo de trabalho.

Ao Professor José Carlos Gomes, pela amizade e pela sua preciosa ajuda, disponibilidade e esclarecimento no tratamento estatístico.

À minha mãe, pessoa que admiro e amo, pela vida, pelo estímulo e pela presença constante em tudo o que faço e sou, e sobretudo por sempre acreditar em mim.

À Zaida pelo apoio, estímulo e amizade incondicional, renovada em cada conversa, em cada momento e em cada vivência comum, pelo carinho com que me ouviu nos momentos de maior dificuldade, pelas brilhantes sugestões, pelo olhar crítico, pelo permanente e empolgante estímulo, e por muito mais...

Ao Asdrubal pela amizade e atenção que sempre me dispensou desde o primeiro momento em que embarquei nesta viagem, a quem também devo em parte, o facto de ter chegado a este porto, pela mão amiga, por me ter enxugado as lágrimas que por ventura rasgaram o meu rosto e por sempre me ter ajudado nos momentos de desânimo acreditando em mim e incentivando-me a prosseguir até ao fim da viagem.

À minha família, aos meus amigos, aos meus afilhados Pedro e Mariana, e em especial à minha querida sobrinha Adriana, pelo amor que me dedicam e que me permite olhar para a vida e perceber qual é o seu verdadeiro sentido e que muitas vezes deixamos de acompanhar por falta de tempo, mas também pela compreensão que sempre demonstraram, não deixando de nos apoiar em tempo algum, ficando a promessa de um regresso por inteiro muito em breve.

Ao Conselho de Administração do Hospital de Santo André, S.A e ao Sr. Coordenador da Sub-região de Saúde de Leiria pela permissão concedida para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados aos enfermeiros destas instituições, viabilizando a concretização da presente investigação.

A todos os enfermeiros que voluntariamente participaram nesta investigação, dispondo do seu precioso tempo para responder aos instrumentos de recolha de dados apresentados, integrando desta forma a amostra deste estudo, sem os quais a concretização deste não teria sido possível e do qual resulta toda a investigação empírica deste trabalho.

Ao Professor Doutor Abílio Oliveira, que amavelmente me facultou o instrumento de avaliação utilizado na presente investigação, a quem dirijo também o meu agradecimento.

A todos os professores e colegas de curso de mestrado, pela caminhada comum neste longo e por vezes controverso percurso rumo à comunicação em saúde.

A todos aqueles que, de diferentes formas me ajudaram neste percurso e que por limitações da memória, não tenham sido aqui referenciados...

A todos o meu sentido e sincero agradecimento...

RESUMO

As atitudes perante a morte têm-se modificado ao longo dos tempos, acompanhando o desenvolvimento da cultura social, da religião, da ciência e da tecnologia. No séc. XX a morte deixou de ser um acontecimento social, público e comunitário, deixou de se morrer em casa, junto dos familiares e amigos, e passa-se a morrer no hospital, o que traduz uma verdadeira “hospitalização da morte”. Consequentemente, um maior envolvimento dos profissionais de enfermagem com esta problemática.

Assim, realizamos um estudo de opinião com desenho descritivo, de carácter essencialmente exploratório, com o objectivo de conhecer a forma como os enfermeiros percebem e representam a morte, procurando apreender as dimensões que estruturam as representações da morte, em enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e de Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), considerando que as representações são estruturadas a partir de ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos e imagens ou símbolos, que estes sujeitos associam à morte.

A amostra em estudo é constituída por 106 enfermeiros de CSP (53) e de CSD (53). A selecção dos sujeitos que integram a amostra foi obtida recorrendo a métodos de amostragem não probabilística intencional e de conveniência, procurando obter resposta para as seguintes questões de investigação: *Que representações sociais têm os enfermeiros sobre a morte? e Quais os factores condicionantes das representações sociais da morte em enfermeiros?*

Utilizamos como instrumentos de colheita de dados o inquérito por questionário e a Escala de Dimensões Significativas da Morte de Abílio Oliveira (1995). Os dados colhidos foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS, versão 11.5.

Os resultados obtidos permitiram verificar que na amostra em estudo:

- As representações da morte são estruturadas pelas dimensões significativas, a “Consciência da morte”, “ Inevitabilidade da morte”, “A morte do outro”, “Sentimentos de mal estar”, “Vida além da morte”, “Crenças/Religiosidade” e “Sagrado/Religiosidade”

- O género, a religião, a área de actuação do enfermeiro, a vivência recente de morte de alguém próximo (familiar ou amigo) e a experiência pessoal próxima da morte são factores condicionantes que influem na forma como os enfermeiros percebem e estruturam as representações da morte.

Palavras-chave: Representações sociais, Morte (conceitos centrais do suporte teórico abordado para a temática em estudo).

ABSTRACT

Attitudes regarding death have changed along the times, together with social, religious, scientific, and technological development. During the 20th century death became no longer a social, public, and community affair that occurred in the home together with family and friends, and passed into a hospital setting which translated to a true “hospitalization of death”. Consequently, this meant a larger involvement of nursing professionals in this setting.

Regarding this, we performed an opinion research study with a descriptive and exploratory character. The objective is to know the ways in which nurses perceive and represent death, and to identify the dimensions that structure the representation of death, in nurses of Primary Care Settings (PCS) and Hospital Care Settings (HCS), considering that the representations are based on ideas or thoughts, emotions or feelings, and images or symbols that these professionals associate to death.

The sample consisted of 106 nurses from PCS (53) and HCS (53). The participants of the sample were obtained by utilizing intentional non-probable methods and convenience, which looked for answers to the following questions: What social representations do nurses have of death? and What factors condition the social representation of death?

The tools utilized to collect data were a questionnaire and the Scale of Significant Dimensions of Death by Abílio Oliveira (1995). The data collected was computerized by utilizing the SPSS statistic program.

The results obtained found in the sample in study:

- The representations of death are structured by significant dimensions, “Consciousness of death”, “Inevitability of death”, “The death of another”, “Upsetting feelings”, “Life after death”, “Beliefs/Religiousness”, and “Sacred/Religiousness”
- The gender, the religion, the setting of nursing practice, the recent involvement with the death of someone close (family or friend), and near death personal experience are conditioning factors that influence the way that nurses perceive and structure their representations of death.

Key Words: Social Representations, Death (main concepts with theoretical support spoken of for the theme in study).

RÉSUMÉ

Au fil des années, les attitudes face à la mort se sont modifiées, accompagnant le développement de la culture sociale, de la religion, de la science et de la technologie.

Au XX^e siècle, la mort n'est plus un événement social, public ou communautaire, on ne meurt plus chez soi, près de la famille et des amis, on meurt à l'hôpital, ce qui se traduit en une véritable « hospitalisation de la mort » et par conséquent, en un plus grand engagement des infirmiers face à ce problème.

Nous avons effectué une étude d'opinion, descriptive, essentiellement exploratoire, ayant comme objectif savoir comment les infirmiers ressentent et conçoivent la mort, en essayant de comprendre les dimensions qui structurent les représentations de la mort chez les infirmiers de soins de santé primaires et de soins de santé différenciés, sachant que les représentations sont structurées à partir d'idées ou de pensées, émotions ou sentiments et images ou symboles que ces sujets associent à la mort.

L'échantillon de sujets en étude est constitué par 106 infirmiers, 53 de soins de santé primaires et 53 de soins de santé différenciés.

La sélection de ces sujets a été obtenue par un échantillonnage, non pas probabiliste, mais intentionnel et pour convenance, en quête d'une réponse aux questions d'investigation suivantes: Quelles représentations sociales les infirmiers ont-ils de la mort ? et Quels sont les facteurs conditionnels des représentations sociales de la mort chez les infirmiers ?

Pour obtenir les données, nous avons mené un sondage à l'aide d'un questionnaire et de « l'Echelle de Dimensions Signifiantes de la Mort » de Abílio Oliveira (1995).

Les données obtenues ont été traitées informatiquement à l'aide du programme de traitements de données SPSS, version 11.5.

Les résultats ont permis de vérifier que dans la population en étude :

- Les représentations de la mort sont structurées par les dimensions significantes qui suivent : « La conscience de la mort », « La mort inévitable », « La mort de l'autre », « Les sentiments de malaise », « La vie au-delà de la mort », « La croyance/La religiosité », « Le sacré/ La religiosité ».

- Le sexe, la religion, le champ d'action de l'infirmier, l'expérience récente de la mort d'un proche (familier ou ami) et l'expérience personnelle d'une situation proche de la mort sont des facteurs conditionnels qui influencent la façon dont les infirmiers ressentent et structurent les représentations de la mort.

Mots clefs ou mots clés : Représentations sociales, mort.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	18
1. Justificação do tema	19
2. Objectivos da Investigação	22
3. Relevância do estudo	22
4. Organização do relatório	24
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	26
CAPÍTULO 1 - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	27
1. Representações, Representações Colectivas e Representações Sociais.	28
2. Conceito de Representações Sociais	31
3. A comunicação na emergência das Representações Sociais	34
4. Formação das Representações Sociais – Processos socio-cognitivos	37
5. Funções das Representações Sociais	41
6. Síntese	42
CAPÍTULO 2 - A MORTE NO OCIDENTE	44
1. A morte familiarizada ou domesticada	46
2. A morte de si próprio	48
3. A morte do outro	52
4. A morte interdita	53
5. Síntese	57

CAPÍTULO 3 - A MORTE ATRAVÉS DAS CULTURAS	60
1. A morte no Judaísmo	61
2. A morte no Cristianismo	66
3. A morte no Islamismo	72
4. A morte no Hinduísmo	75
5. A morte Budismo	79
6. Síntese	84
CAPÍTULO 4 - CONTEXTO DA MORTE NA MODERNIDADE	86
1. A crise contemporânea da morte: A morte próxima versus a morte distante	87
2. Hospitalização da morte	90
3. Atitudes do enfermeiro face à morte	94
4. Síntese	102
PARTE II - PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	104
CAPÍTULO 5 - DISPOSITIVO METODOLÓGICO	105
1. Problemática	106
2. Opções e procedimentos metodológicos	110
2.1 Tipo de estudo	111
2.2 Questões e hipóteses do estudo	112
2.3 População / Amostra	114
2.4 Variáveis em estudo e sua operacionalidade	118
2.5 Instrumentos de colheita de dados	124
2.6 Procedimentos éticos e formais	129
2.7 Procedimentos na recolha dos dados	131
2.8 Procedimentos no tratamento dos dados	132
3. Síntese	134

CAPÍTULO 6 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS

RESULTADOS	135
1. Apresentação e análise dos dados	136
1.1 Ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos e símbolos ou imagens associados à morte	137
1.2 A situação de morte faz pensar	139
1.3 Modo como preferia morrer, caso pudesse optar	140
1.4 Crenças e grau de religiosidade	142
1.5 Dimensões Significativas da morte	143
1.6 Experiência pessoal de vivência recente da morte de alguém próximo (familiar ou amigo)	145
1.7 Comportamentos ou condutas mais frequentes face à morte de um ente querido	146
1.8 Vivência de uma experiência pessoal próxima da morte	148
2. Testes de Hipóteses – Análise e interpretação dos resultados	149
3. Discussão dos resultados	164
Conclusões e Implicações da investigação	179
Referências bibliográficas	193
ANEXOS	199

Anexo 1: Instrumentos de Colheita de dados

Anexo 2: Pedido de autorização ao Concelho de Administração do Hospital de Santo André, S.A e à Sub - Região de Saúde de Leiria, para aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

Anexo 3: Carta de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1: Distribuição da amostra segundo as características sócio-demográficas (idade; género social; tempo de exercício profissional; categoria profissional; grupo de pertença; local de amostragem e religião)	118
Quadro 2: Itens destinados a avaliar em que medida a situação de morte suscita os pensamentos, emoções (ou sentimentos) e símbolos (ou imagens)	120
Quadro 3: Itens destinados a avaliar em que medida a situação de morte suscita o pensamento	121
Quadro 4: Itens destinados a avaliarem as crenças religiosas e grau de religiosidade	121
Quadro 5: Distribuição das variáveis independentes em estudo segundo o tipo de questão, definição da escala de medida e a definição operacional	123
Quadro 6: Distribuição dos itens segundo as 11 dimensões significativas da morte	127
Quadro 7: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença do inquirido e o local de amostragem dos inquiridos	130
Quadro 8: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença e as ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos e símbolos ou imagens associados à morte	138
Quadro 9: Distribuição da amostra segundo os pensamentos suscitados pela situação de morte	139

	Pág.
Quadro 10: Distribuição da amostra segundo o modo como o sujeito preferia morrer, caso pudesse optar	140
Quadro 11: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença e o modo como o sujeito preferia morrer, caso pudesse optar	142
Quadro 12: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença e as crenças e grau de religiosidade dos inquiridos	143
Quadro 13: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença e as dimensões significativas da morte	144
Quadro 14: Distribuição da amostra segundo a experiência pessoal de vivência recente da morte de alguém próximo (familiar ou amigo)	145
Quadro 15: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença do inquirido e a experiência pessoal de vivência recente da morte de alguém próximo (familiar ou amigo)	146
Quadro 16: Distribuição da amostra segundo os comportamentos mais frequentes face à morte de um ente querido	147
Quadro 17: Distribuição da amostra segundo a vivência de uma experiência pessoal próxima da morte	148
Quadro 18: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença do inquirido e a vivência de uma experiência pessoal próxima da morte	149
Quadro 19: Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade da distribuição das variáveis em estudo: Idade, tempo de exercício profissional (variáveis independentes) e dimensões significativas da morte (variáveis dependentes)	150

	Pág.
Quadro 20: Teste de correlação de Spearman referente à idade e às dimensões significativas da morte	151
Quadro 21: Teste t de Student para amostras não emparelhadas referente ao género e à dimensão significativa da morte “Sentimentos de mal estar”	153
Quadro 22: Teste de Mann-Whitney referente ao género e às dimensões significativas da morte	153
Quadro 23: Teste de correlação de Spearman referente ao tempo de exercício profissional e às dimensões significativas da morte	154
Quadro 24: Teste Anova a um factor referente à categoria profissional e à dimensão significativa da morte “ Sentimentos de mal estar”	155
Quadro 25: Teste Kruskal-Wallis referente à categoria profissional e às dimensões significativas da morte	155
Quadro 26: Teste t de Student para amostras não emparelhadas referente à religião e à dimensão significativa da morte “sentimentos de mal estar”	157
Quadro 27: Teste de Mann-Whitney referente à religião e às dimensões significativas da morte	157
Quadro 28: Teste t de Student para amostras não emparelhadas referente ao grupo de pertença dos enfermeiros e à dimensão significativa da morte “ sentimentos de mal estar”	159
Quadro 29: Teste Mann-Whitney referente ao grupo de pertença dos enfermeiros e às dimensões significativas da morte	159

	Pág.
Quadro 30: Teste t de Student para amostras não emparelhadas referente à vivência recente da perda de alguém próximo (familiar ou amigo) e à dimensão significativa da morte “sentimentos de mal estar”	161
Quadro 31: Teste Mann-Whitney referente à vivência recente da perda de alguém próximo (familiar ou amigo) e às dimensões significativas da morte	161
Quadro 32: Teste t de Student para amostras não emparelhadas referente à vivência de uma experiência pessoal próxima da morte e à dimensão significativa da morte “sentimentos de mal estar”	163
Quadro 33: Teste Mann-Whitney referente à vivência de uma experiência pessoal próxima da morte e às dimensões significativas da morte	163

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença do inquirido	116
Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo o modo como o sujeito preferia morrer, caso pudesse optar	140
Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo a experiência pessoal de vivência recente da morte de alguém próximo (familiar ou amigo)	145
Gráfico 4: Distribuição da amostra segundo os comportamentos mais frequentes face à morte de um ente querido	148
Gráfico 5: Distribuição da amostra segundo a vivência de uma experiência pessoal próxima da morte	149

SIGLAS E ABREVIATURAS

CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ENF. – Enfermeiro

H1 – Hipótese 1

H2 – Hipótese 2

H3 – Hipótese 3

H4 – Hipótese 4

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

INTRODUÇÃO

DIANTE DA MORTE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE EM ENFERMEIROS

*“ Se reflectirmos sobre a morte e a impermanência,
Começaremos a dar significado à nossa vida”*

Dalai-Lama (1998)

1. Justificação do tema

Desde sempre que a morte e o morrer têm despertado no ser humano um misto de curiosidade, inquietação e medo. Ao longo da história, o homem sempre se preocupou em desenvolver esforços no sentido de tornar a vida mais longa, no que foi bem sucedido dado que um número cada vez maior de pessoas atinge uma idade mais avançada. Contudo, e apesar dos seus esforços, a vida humana é inevitavelmente finita.

O homem teima em não olhar a morte de frente, tornando-se num assunto do qual não quer falar. Para o homem moderno a morte é sempre a morte dos outros, alheia e distante. A única certeza que o homem tem é a de que vai morrer, e por isso durante a vida tem necessariamente de pensar na morte, assumindo-se a vida como ponto de partida indispensável para reflectir a morte. O período de tempo que medeia entre os dois principais marcos da vida, deveria levá-lo a compreender melhor o significado e o sentido da morte.

O poder da morte, é mais do que qualquer outro, avassalador e omnipresente, e embora na morte se reconheça um fenómeno natural ela tornou-se no maior tabu da nossa civilização (Oliveira, 1995).

Na Idade Média a morte era um acontecimento público e familiar, as pessoas aceitavam-na naturalmente encarando-a como justa, preparando-se de forma serena para a sua chegada. A pessoa que se abeirava da morte jazia no leito da sua cama, rodeado de familiares, amigos,

vizinhos e até de crianças que ali se juntavam para lhe prestar homenagem e partilhar o sofrimento da família. Todos os procedimentos e rituais eram cumpridos. Hoje em dia, a morte foi “escorraçada” dos palcos da vida quotidiana e transferida para as paredes do hospital, tornou-se solitária, impessoal, desumana e mecanizada (Oliveira, 1995). Ao contrário do que acontecia antigamente, hoje a morte ocorre no leito do hospital, atrás de um biombo, por detrás de uma cortina ou num quarto isolado. Rodeada de equipamentos estranhos, frequentemente sedada e onde as decisões sobre a sua vida são tomadas sem o seu conhecimento nem consentimento, decisões que passam a ficar sob o poder de médicos e enfermeiros, na maioria das vezes a pessoa morre sozinha ou acompanhada de um estranho – o enfermeiro.

A sociedade moderna dessocializou a morte, excluiu-a da vida quotidiana, erradicou-a do seio familiar e confinou-a ao hospital. As transformações ocorridas neste século no sentido da hospitalização da morte, são assim, equacionadas como crise de uma sociedade que já não sabe lidar com a morte e os seus mortos, por oposição ao que acontecia nas sociedades tradicionais. Vivemos numa sociedade que valoriza a felicidade e o poder, e a morte é esvaziada de sentido, escamoteada. A morte é simultaneamente próxima e distante, mantemo-la alheia às nossas vidas, não falando, não pensando, e camuflando-a das mais variadas formas. Estas atitudes são comuns à sociedade em geral, mas também se verificam nos enfermeiros, que são parte integrante dessa mesma sociedade.

A transferência do local da morte, do domicílio para o hospital, é parte integrante do seu processo de dissimulação. A casa começa a revelar-se um local impróprio para morrer não só pelas indisponibilidades da vida contemporânea, como também porque é nas instituições hospitalares que se concentram os saberes científicos e os meios técnicos de luta contra a doença e a morte.

No hospital, tal como na maioria dos locais públicos ninguém quer falar da morte, ela sinaliza o interdito e protagoniza um acontecimento demasiado triste para que pensemos nele.

A morte é um assunto que só muito excepcionalmente é abordado. No entanto é o confronto com ela o que mais angustia e inquieta o enfermeiro. Diante da morte não há palavras, diante dela sempre nos sentimos muito pequenos. O enfermeiro não tem experiência da morte a não ser da morte daqueles que acompanha no derradeiro momento, assim sendo bem se pode lastimar de uma educação, da sociedade e da sua formação profissional que não o souberam preparar para lidar com ela. Assim, e tendo em conta o que aqui foi exposto, consideramos que um conhecimento mais profundo da forma como o enfermeiro percebe e representa a morte, poderá contribuir para a compreensão das suas atitudes e comportamentos, mas também permitir uma maior intimidade com a morte capaz de lhe proporcionar a serenidade e maturidade de que necessita para uma prestação de cuidados de qualidade.

O problema da morte é perturbador para os enfermeiros que com ela se confrontam no seu dia a dia, pelo que se torna particularmente importante o estudo do modo como a representam, dado que são por excelência os seus eternos companheiros. O conhecimento das suas percepções e representações da morte, permitirá ao enfermeiro rever as suas atitudes, os seus comportamentos, abandonar o medo, sentir-se mais seguro, aceitando-a com naturalidade e entendendo-a como uma fase integrante da vida.

Com a hospitalização da morte, os enfermeiros são continuamente expostos a situações que a envolvem. Desta forma, reflectir sobre a morte é uma questão essencial, na medida em que “os cuidados de enfermagem não podem adquirir sentido, e não podem evoluir, se não forem às fontes de todo o questionar sobre as forças contraditórias e indissociáveis da vida e da morte” (Collière,1989:253).

Decidimos então, realizar o presente estudo sobre as representações da morte em enfermeiros, por razões que se prendem com a sua pertinência social e profissional. Por um lado, as alterações que a sociedade tem sofrido na forma de encarar e lidar com a morte, com uma recusa obstinada, em não querer aceitar uma realidade inevitável, que é parte integrante do processo de vida diária de todos nós. Por outro lado, o facto de ser enfermeiro, e trabalhar

num serviço com elevado número de mortes, o que obriga a uma maior inevitabilidade em lidar com os seus sentimentos e emoções, relativamente a situações difíceis e penosas como a morte. É também nossa convicção, que as representações dos enfermeiros acerca da morte, vão por certo, reflectir-se no comportamento e atitudes destes, mas também na prestação de cuidados.

2. Objectivos da Investigação

Face à problemática apresentada os objectivos deste estudo, obviamente limitado nas suas possibilidades económicas e de tempo, são:

- Conhecer a forma como os enfermeiros percebem e representam a morte;
- Apreender as dimensões significativas (ou universos semânticos) que estruturam as representações da morte, em enfermeiros de cuidados de saúde primários e enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados (considerando que as representações são estruturadas a partir de ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos e imagens ou símbolos, que estes sujeitos associam à morte).
- Verificar em que medida o género, a idade, o contexto de trabalho, o tempo de exercício profissional, a categoria profissional, a religião, a vivência recente de perda de um ente querido (familiar ou amigo próximo) e a vivência de uma situação muito próxima da (própria) morte influem na estruturação das dimensões significativas das representações da morte.

3. Relevância do estudo

A morte é um acontecimento muito “badalado”. Fala-se dela nas publicações periódicas, na televisão, na rádio e nos livros. Contudo vivemos numa sociedade que mediatiza a morte e não a vive, por se julgar protegida e principalmente porque “quem morre são sempre os outros”. Mas como lidar com a morte numa sociedade que teima em não a integrar na vida?

Se os enfermeiros são antes de mais cidadãos que fazem parte dessa sociedade como aprendem a lidar e a enfrentar a morte no seu dia a dia profissional?

As reflexões acerca da morte sempre nos despertaram um misto de interesse e curiosidade na sua compreensão e relevância, enquanto pessoa e enquanto profissional.

Ao longo do nosso curto percurso de vida, tivemos por um lado a oportunidade, de vivenciar a morte de familiares e amigos próximos. E por outro lado, na nossa vida profissional como enfermeiro, somos frequentemente confrontados com a morte quer dentro do hospital quer na sociedade. Muitas são as questões colocadas quer por familiares quer por amigos próximos: Como consegues encarar a morte? O que fazes perante a morte? Como te sentes quando confrontado com a morte? Como vês a morte? O que representa para ti a morte? Muitas são as vezes em que nos sentimos embaraçados e incomodados com a morte desta ou daquela pessoa, talvez porque a morte da pessoa nos confronta com a ideia da nossa finitude ou com o derradeiro limite da nossa vida. Outras vezes chegamos a ter receio da nossa fragilidade perante a morte do outro, talvez pelo medo de nos sentirmos incapazes de lidar com a morte e de não conseguirmos gerir a revolta, a angústia, o medo e a ansiedade que tal ideia nos causa. Tais questões, são aspectos que nos obrigam a reflectir constantemente sobre a forma como percebemos e representamos a morte. Assim desejamos reflectir acerca de questões essenciais que norteiam a morte, procurando clarificar a forma como estruturamos as representações da morte, condição que se revela para nós de crucial e primordial importância para a melhoria da prestação de cuidados, permitindo-nos aceitar esse fim como acontecimento natural, aceitando e encarando-o com maior responsabilidade e dignidade, porque consideramos que o que dá sentido à vida deve também dar sentido à morte, promovendo um crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional capaz de proporcionar ao enfermeiro toda a serenidade e maturidade de que necessita no seu confronto diário com a morte. Como poderá o enfermeiro compreender aquele que se abeira da morte sem antes tomar consciência do que representa para si próprio a morte? Como poderá o

enfermeiro capacitar-se para lidar com a morte sem antes conhecer os factores que condicionam a forma como percebe e representa a morte? Em síntese, pretendemos nesta investigação compreender a forma como a morte é percebida e representada pelos enfermeiros, que com ela lidam quer num contexto social quer em contexto profissional, não esquecendo que na nossa sociedade a morte quase se ausentou do seio familiar para ocorrer cada vez mais no hospital. É nossa convicção de que o presente estudo contribua para o fornecimento de informações essenciais à melhoria dos cuidados de enfermagem mas também que se verifiquem as reorientações na formação do enfermeiro para que possa lidar e encarar a morte com maior naturalidade, serenidade e porque não com tranquilidade, sendo capaz de acompanhar a pessoa até ao minuto zero da vida.

4. Organização do relatório

Para uma melhor compreensão do estudo, optamos por estruturá-lo em duas partes principais. A parte I, *enquadramento teórico*, engloba toda a fundamentação teórica, que evidencia a problemática desta pesquisa e serve de suporte ao desenvolvimento da mesma. O enquadramento teórico é constituído por 4 capítulos. Tem início com a análise do conceito de “*Representações sociais*” no qual se procura descrever a formação das representações sociais alertando para os processos sócio cognitivos e factores sociais envolvidos na sua génese (Capítulo I), segue-se uma abordagem da “*morte no ocidente*” fazendo referência às atitudes do homem face à morte, ao longo dos tempos desde a Idade Média até à actualidade (Capítulo II). No capítulo III, *a morte através das culturas*, procura dar conta da forma como são tratadas e vivenciadas pelas principais religiões do mundo, – Judaísmo, Cristianismo, Islamismo, Hinduísmo e Budismo, as questões fundamentais da vida e da morte, seus rituais e cerimónias centrais, bem como as suas próprias explicações para a morte. O último capítulo desta primeira parte (Capítulo IV), *Contexto da morte na modernidade*, é dedicado à crise

contemporânea da morte, alertando para a dificuldade que a sociedade actual tem em lidar e integrar a morte na vida quotidiana. Faz referência à morte, principalmente a que ocorre no hospital, e termina com uma abordagem acerca das atitudes dos enfermeiros face à morte retratando as dificuldades que estes profissionais têm em lidar com o derradeiro momento da vida.

Na parte II, *o processo de investigação*, diz respeito ao dispositivo metodológico e ao trabalho empírico. Esta parte do estudo é composta por mais dois capítulos. No capítulo V, *Dispositivo metodológico*, é definida a problemática em estudo e as opções e procedimentos metodológicos adoptados. Nele apresentamos o desenho do estudo, as questões de investigação, as hipóteses de entendimento formuladas, os critérios subjacentes à escolha dos sujeitos do estudo, bem como os procedimentos e o modo como conduzimos a investigação, apresentando as opções metodológicas seguidas, nomeadamente na análise e tratamento estatístico dos dados, incluindo a caracterização geral da amostra e os instrumentos de recolha de dados. *A apresentação e análise dos dados* é feita no capítulo VI. Neste são apresentados os dados obtidos, em primeiro lugar uma abordagem descritiva da amostra e depois a análise da relação entre variáveis. Terminamos com uma discussão dos resultados tendo em conta o quadro conceptual de referência, bem como a nossa experiência pessoal e profissional.

Finalizamos o trabalho com as conclusões (possíveis a que chegamos) e implicações da investigação (que consideramos oportunas e pertinentes) onde é dada resposta às questões de investigação dando especial realce aos resultados que consideramos mais relevantes, procurando identificar suas implicações em termos práticos para a profissão de enfermagem. Formulamos algumas sugestões para futuras investigações nesta área temática.

Pretendemos com este estudo, dar não só contributo para os profissionais de enfermagem e demais profissionais de saúde como também para todos aqueles cidadãos que, de forma explícita ou implícita, se preocupam com a presente temática.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

SUMÁRIO

1. Representações, Representações Colectivas e Representações Sociais
2. Conceito de Representações Sociais
3. A Comunicação na emergência das Representações Sociais
4. Formação das Representações Sociais – Processos Sociocognitivos
 - A Objectivação
 - A Ancoragem
5. Funções das Representações Sociais
6. Síntese

“Uma visão do mundo que permite aos indivíduos e colectivos dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade”

Coutinho e Catão (2003)

1. Representações, Representações Colectivas e Representações Sociais.

Representações, é um termo que faz parte do vocabulário corrente e com o qual nos confrontamos diariamente das mais diversas formas e em múltiplos contextos sociais, mediando não só a nossa relação com o meio envolvente, mas também, as relações sociais que estabelecemos ao longo do ciclo vital – está patente na vida social de todo o indivíduo. No séc. XIX o conceito ”Representação(ões)” integrou os interesses de estudo e análise de ilustres investigadores das mais variadas áreas do conhecimento como a sociologia, teologia, antropologia e a psicologia, entre outras. Ao longo dos tempos, várias foram as reacções aos conceitos emergentes de “representação” e como que por processos “degenerativos” assim se foi desenvolvendo, encontrando-se hoje uma multiplicidade de definições na literatura:

Do latim “*Repraesentatio(ōnis)*” o termo representação define-se como:

“ Acção de tomar o lugar de ou simbolizar alguma coisa” (Chaplin, 1981:501).

“Acção de tornar presente ou sensível um objecto ausente ou um conceito, por meio de imagem, figura ou símbolo” (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001:3203).

O conceito de representação (ões) foi amplamente trabalhado por Durkheim, o pai da escola francesa de Sociologia, em obras como: “ Da divisão Social do Trabalho” (1893);

“Regras do Método Sociológico” (1894); “O Suicídio” (1897); “As Formas Elementares de Vida Religiosa” (1912) e mais especificamente num artigo publicado em 1898 pela Revue de Metaphysique et Morale, intitulado “Représentations individuelles et représentations collectives”.

Com a publicação do artigo sobre as representações individuais e colectivas em 1898, Durkheim, retomando e sistematizando ideias que já havia formulado nas suas obras “O Suicídio” e “Regras do Método Sociológico”, criava o conceito de *representações colectivas* (Vala, 2000:457).

Durkheim introduziu assim, o conceito de *representação colectiva* na sociologia, e segundo ele, a vida social é “essencialmente formada de representações”, de representações colectivas que, apesar de comparáveis às individuais, são radicalmente distintas e exteriores a elas, defendendo assim, que as representações colectivas são produções sociais que se impõem aos indivíduos como forças exteriores, servem a coesão social e constituem fenómenos diversos como a ciência, a religião, os mitos e o senso comum, (Vala (2000:485), citando Durkheim (1898)).

Para Durkheim, uma representação colectiva é uma pertença comum e homogénea de todos os sujeitos de uma dada comunidade, correspondendo à forma como a sociedade se pensa a si mesma e preservando o elo de ligação, entre os seus elementos, preparando-os para agirem e pensarem em conformidade e de forma uniforme. A este propósito, Nóbrega (2003:53) refere:

“As representações são colectivas à medida que exercem uma coerção sobre cada indivíduo, e conduzem os homens a pensar e a agir de uma maneira homogénea. Pensando nessa perspectiva, Durkheim considera que esse saber partilhado e reproduzido colectivamente transcende o individual, facto que permite às representações colectivas a atribuição do status de objectividade. Tal posição autoriza as representações colectivas a se imporem e penetrarem nas consciências individuais. Elas são também estáveis na sua transmissão e reprodução, em oposição ao carácter efémero das representações individuais. As ideias, uma vez difundidas, transformam-se, portanto em representações colectivas autónomas, regidas por leis próprias”.

As *representações colectivas*, do sociólogo francês, abrem, assim, espaço a uma interpretação dicotómica de um social estático e impermeável à instabilidade das mudanças individuais. A oposição entre “o individual e o colectivo, pessoa e sociedade, estável e instável” estava bem presente neste conceito durkheimiano.

Com base no princípio de que “ os indivíduos não se limitam a receber e processar a informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social” (Vala, 2000:457), e pegando no conceito de representações colectivas de Durkheim, Moscovici apresenta uma proposta bastante diferente, recusando-se a aceitar a separação entre universo interno, pessoal, do indivíduo e o universo externo, o processo de representação deixa de poder ser considerado como um reflexo passivo de uma realidade externa, mas antes um processo activo de construção da realidade, sendo o indivíduo parte integrante e dominante do processo.

O conceito de Durkheim, constitui, o ponto de partida para uma abordagem psicossociológica do pensamento social. Aceite a ideia de que as representações colectivas se geram na interacção social, à abordagem psicossociológica importa mostrar através de que processos (cognitivos e sociais), e através de que modalidades de articulação entre processos, tais representações se constituem.

Vala (2000:459) citando Moscovici (1969) refere que as representações podem ser entendidas a partir de duas perspectivas fundamentais: 1- “*O reflexo interno de uma realidade externa, reprodução conforme no espírito, do que se encontra fora do espírito*” assumindo-se como produto de processos psicológicos, sujeito a enviesamentos decorrentes do funcionamento do sistema cognitivo; 2- “*não há corte entre universo interior e o universo exterior do indivíduo, que o sujeito e o objecto não são essencialmente distintos*”.

Assim, uma representação é sempre a representação de qualquer coisa, quer como *reprodução*, quer como uma *construção*.

Nesta segunda perspectiva, fica patente que a representação não é entendida como um processo de reprodução, mas como um processo de construção, sendo este postulado que Moscovici atribui ao conceito de representação e com base no qual desenvolveu o conceito de representação social.

Foi nos anos 70 que o conceito de representações sociais encontrou o seu lugar na história e hoje, encontra-se espalhado nas ciências sociais.

A representação é social, no sentido de ser construída colectivamente como um produto das interacções e dos fenómenos de comunicação, numa dada sociedade e no interior de um grupo de pertença, reflecte, portanto, o contexto ideológico, económico, social. Esta compreensão põe em evidência os fenómenos de constituição social e seu papel de mediação da conversão psicológica indivíduo/sociedade, entendendo-se como resultado da construção cognitiva/simbólica entrelaçada pelo social (Coutinho e Catão, 2003).

As representações sociais colocam-se como simultaneamente individual e social e servem de uso colectivo do mundo, guia a acção, orienta condutas e atitudes (Coutinho e Catão, 2003).

Moscovici pretende ultrapassar a dicotomia do indivíduo e sociedade, visto considerar a representação social como fruto emergente de uma estrutura psicológica relativamente autónoma e simultaneamente pertencer a uma sociedade, cria, assim, a ligação indissociável entre indivíduo e o social.

2. Conceito de Representações Sociais

A partir da obra de Moscovici “*La Psychanalyse, son image et son public*” em 1976, assiste-se a uma grande expansão na utilização e emergência do conceito de representação social nas mais diversas áreas da psicologia, antropologia, história, filosofia, sociologia

enfermagem, etc., sendo hoje um conceito central em psicologia social e designa “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 1989:36).

Outros conceitos das representações sociais emergiram, contudo o termo designa, num sentido lato, uma actividade mental através da qual se torna presente na mente, por intermédio de uma imagem, um objecto ou um acontecimento ausente. Em torno do termo de representação social, emergiram diversos conceitos de que evocamos alguns dos mais significativos.

“ é um conjunto de conceitos, proposições e explicações, criado na vida quotidiana no decurso da comunicação inter individual. São o equivalente na nossa sociedade dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais” Moscovici (1961), citado por Vala (1993: 354)

“ um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos, aspectos ou dimensões do meio social que permite não só a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, mas que constitui igualmente um instrumento de orientação da percepção das situações e de elaboração de respostas” Moscovici(1961), citado por Neto(1998:439).

“ são teorias implícitas acerca de objectos socialmente relevantes e como tal constituem uma modalidade de conhecimento que serve a apreensão, avaliação e explicação da realidade” Vala(1986), citado por Romão(2002:54).

Tais conceitos chamam a nossa atenção para a concepção dos modos de pensamento que nos relacionam com o mundo e com os outros, para os processos susceptíveis de interpretar e de reconstruir de modo significativo a realidade, para os fenómenos cognitivos que suscitam a pertença social dos indivíduos com implicações afectivas, normativas e práticas e configuram aos objectos uma particularidade simbólica própria nos grupos sociais.

Vala (2000:462), procurando sintetizar os conceitos existentes de representação social, afirma:

“ É no quadro definido por uma partilha colectiva, mas sobretudo por um modo de produção socialmente regulado e por uma funcionalidade comunicacional e comportamental, que as representações sociais devem ser entendidas como fenómenos como fenómeno e como conceito”.

Neto (1998:440), apresenta os principais aspectos a ter em conta no conceito de representação social:

- Na concepção de representações sociais há sempre referência a um objecto. A representação para ser social, é sempre uma representação de algo.

- As representações sociais mantêm uma relação de simbolização e de interpretação com os objectos. Resultam, por conseguinte, de uma actividade construtora da realidade e de uma actividade expressiva.

- As representações sociais adquirem a forma de modelos que se sobrepõem aos objectos, tornando-os visíveis, e implicam elementos linguísticos, comportamentais ou materiais.

- As representações sociais são uma forma de conhecimento prático que nos leva a interrogar-nos sobre os determinantes sociais da sua génese e da sua função social na interacção social da vida quotidiana.

Esta forma de conhecimento permite aos sujeitos sociais a apreensão dos acontecimentos da vida corrente. Trata-se do conhecimento do senso comum em oposição ao conhecimento científico. Como forma de conhecimento, as representações sociais são fruto de uma verdadeira construção mental das diversas características de um objecto social.

As representações sociais podem ser definidas como “uma visão do mundo que permite aos indivíduos e colectivos dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade” (Coutinho e Catão, 2003:190).

As representações sociais não são simples reflexos da realidade, elas são resultado e produto de uma organização sócio-cognitiva, que integram múltiplos componentes como as características objectivas do objecto, as experiências anteriores do grupo, seu contexto macro e micro-social, sua história e seu sistema de atitudes, normas e valores. É um verdadeiro processo de construção do real e age simultaneamente sobre o sujeito e o social.

Na construção das representações sociais estão envolvidos processos sociocognitivos e factores sociais. O conceito remete assim, para fenómenos psicossociais complexos, onde se alude à intersecção indivisível entre a psicologia e a sociologia, entre o indivíduo e o social.

Em síntese, as representações sociais podem ser conceptualizadas como uma forma de pensamento ou conhecimento específico que, estando fortemente enraizadas nas experiências socialmente partilhadas, dirigem e orientam as relações dos indivíduos entre si e com o mundo e, como factos que se constroem socialmente, inserem-se em sua dinâmica e transformação.

3. A comunicação na emergência das Representações Sociais

A comunicação, aspecto central da vida social, desempenha um primordial papel nas trocas e interacções quotidianas. Cada indivíduo não vive isolado e não é independente no mundo, coexiste uma inter-subjectividade, um espaço comum no qual se relaciona e no qual se torna possível um espaço compartilhado de representação possível. Os indivíduos de uma dada população ou grupo social partilham de forma mais ou menos intensa os mesmos objectos subjectivos, o que lhes torna viável comunicarem-se e agir em comum.

As representações sociais encontram assim, o seu “húmus” e alimento não só nas teorias científicas, mas também nos eixos culturais, nas ideologias formalizadas, nas experiências e comunicações quotidianas. As representações sociais são assim, um produto

das interacções e fenómenos comunicacionais no seio de um grupo social, reflectindo a situação do grupo, os seus projectos, problemas, estratégias e a sua relação com os outros grupos.

No estudo sobre a representação da psicanálise, Moscovici analisou a relação entre os sistemas de comunicação social e as representações sociais, procurando compreender a pertinência da comunicação na construção das representações sociais.

Segundo Moscovici (1961), citado por Neto (1998:445), podem-se distinguir três grandes sistemas de comunicação social que concorrem para a formação e emergência das representações sociais, cuja importância varia segundo o momento histórico e os grupos sociais: *A difusão, a propagação e a propaganda.*

- *A difusão* – constitui o sistema de comunicação de massas mais difundido na nossa sociedade. Neste sistema de comunicação a fonte tem por finalidade transmitir e difundir, o mais amplamente possível, um conteúdo de relevado interesse geral, e não o de deliberadamente reforçar ou convencer. Não se dirige a um grupo específico mas sim a membros de diversos grupos sociais, sendo a vulgarização histórica, científica e técnica são exemplos ilustrativos deste quadro comunicacional.

- *A Propagação* – ao invés da difusão este tipo de comunicação visa um grupo definido, com objectivos e valores específicos cuja finalidade é permitir a integração de uma nova informação num sistema de raciocínio e de julgamento pré-existente. Harmonizar o objecto da comunicação com os princípios que fundam o grupo, assume-se como principal função deste sistema comunicacional.

- *A Propaganda* – aquisição comunicacional do séc. XX, tem como finalidade convencer ou persuadir. A propaganda desenvolve-se num clima social de clivagem e

conflitualidade intencional. Contribui para a afirmação e reforço da identidade do grupo, construindo em simultâneo uma imagem negativa do outro. Cada representação sobre um objecto é evocada por oposição a uma outra representação, acentuando-se as diferenciações sociais. A propaganda como modalidade ou sistema de comunicação servirá então “funções de regulação, organização, e mobilização do grupo”: constrói uma representação em conformidade com os princípios inspiradores e incita os seus receptores a determinados comportamentos.

Moscovici, para além de analisar a importância da comunicação ao nível da emergência das representações sociais, refere também três condições que afectam a sua formação: a *dispersão da informação* (remete-nos para situações em que os sujeitos não podem ter acesso a informações úteis para o conhecimento do objecto social, por motivos como a complexidade inerente ao objecto, barreiras sociais e culturais, entre outras, o que conduz a inevitáveis distorções na transmissão de saberes); a *focalização* (relaciona-se com a posição específica do sujeito ou grupo social relativamente ao objecto de representação, o que determina um interesse particular por certos aspectos do objecto e um desinteresse por outros. Esta condição o sujeito de ter uma visão global do objecto) a *pressão à inferência* (refere-se à necessidade que sente o sujeito de desenvolver comportamentos e discursos coerentes a propósito de um objecto que conhecem mal).

Os sistemas de comunicação referidos assumem relevada pertinência para a compreensão da comunicação interpessoal, intra e inter-grupal associada à construção das representações sociais. A comunicação é o veículo que permite a formação das representações, de modo que estas se exercem na regulação da dinâmica relacional entre actores sociais. A comunicação social é relevante, sobretudo enquanto condição determinante na formação do pensamento e representações sociais. “As representações sociais, sendo produzidas e apreendidas no contexto das comunicações sociais, são necessariamente

estruturas dinâmicas. É esta característica de flexibilidade e permeabilidade que as distingue, conforme afirma Moscovici (1989), das representações colectivas de Durkheim” (Spink, 1993:305). Em suma, podemos afirmar que as representações são elaboradas através e nas dinâmicas de comunicação.

4. Formação das Representações Sociais – Processos sócio-cognitivos

A representação social define-se por um conteúdo (informação, imagem, opinião, atitude) relativo a um objecto (um trabalho a realizar, um acontecimento ou uma pessoa) e também é a representação social de um sujeito (indivíduo, família, grupo, classe) em relação com outro sujeito, pelo que esta se relaciona com o lugar ocupado pelo sujeito no espaço social, (Oliveira (1995), citando Jodelet (1984)).

Como se formam as representações sociais, que factores as sustentam e estão na sua génese?

Ao analisar a formação das representações sociais, e tentando compreender a sua génese, Moscovici (1961) refere a existência de dois processos major e inseparáveis, na génese das representações sociais: a objectivação e a ancoragem. Trata-se de dois processos sócio-cognitivos no sentido em que, “são processos cognitivos socialmente regulados, e referem-se a regulações normativas que verificam as operações cognitivas” (Vala, 2000:465).

Assim, a compreensão e análise dos processos sócio-cognitivos de formação das representações sociais, enquanto apreensão de sua organização interna, tem nos conceitos de objectivação e ancoragem o seu processo e produto.

Os processos de objectivação e ancoragem estão intrinsecamente ligados, e embora não se trate de processos sequenciais ou sucessivos, mas sim concomitantes e inter-relacionados, serão expostos de forma autónoma para melhor compreensão.

A objectivação: o social nas representações

“A objectivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural” (Vala, 2000:465).

Moscovici, no seu estudo sobre a representação social da psicanálise, analisou o processo de objectivação e identificou três momentos no seu percurso constitutivo: 1- **Construção selectiva**, num primeiro momento, as informações, crenças e ideias acerca do objecto da representação sofrem um processo de selecção e descontextualização. O que está em causa é a formação de um todo relativamente coerente, implicando que apenas uma parte da informação disponível acerca do objecto seja útil; 2 – **Esquematização**, num segundo momento, prevalece o princípio organizador da informação, no qual ocorre a organização dos elementos, à sua esquematização estruturante, onde certos elementos são esquecidos e outros são desenvolvidos, portanto a nova mensagem não é apenas objecto de implicação, mas de uma nova estrutura capaz de explicar e avaliar. Moscovici recorre aos conceitos de *esquema* ou *nó figurativo* para evocar o facto de as noções básicas, que constituem uma representação, se encontrarem organizadas de forma a constituírem um padrão de relações estruturadas. As relações entre conceitos, enunciadas pela esquematização estruturante, revestem uma dimensão imagética ou figurativa. A cada elemento de sentido corresponde uma imagem, o que permite a materialização de um conceito ou de uma palavra; 3 – **Naturalização**, este último momento da objectivação, centra-se no facto de os conceitos ou instrumentos intelectuais retidos no esquema figurativo e as respectivas relações se constituírem como categorias *naturais* e adquirirem materialidade. “Não só o abstracto se torna concreto através da sua expressão em imagens e metáforas, como o que era percepção se torna realidade, tornando equivalentes realidade e os conceitos” (Vala, 2000:467).

Assim, a objectivação estabelece o concreto naquilo que é abstracto, “é o processo pelo qual, desconhecidas noções, ideias e imagens são transformadas em forças concretas que constituem a realidade” (Coutinho e Catão, 2003:189). A objectivação é uma operação imagética e estruturante que permite concretizar o abstracto.

A objectivação reflecte desta forma, a intervenção do social na representação.

A ancoragem: a representação no social

Com o conceito de ancoragem, Moscovici pretende referir uma segunda categoria de processos associados à formação das representações sociais: a) os processos através dos quais o não familiar se torna familiar, e b) os processos através dos quais uma representação uma vez constituída, se torna um organizador das relações sociais (Vala, 2000:472).

Este processo concerne “ a maneira na qual as informações novas são integradas e transformadas em um conjunto de conhecimentos socialmente estabelecidos e na rede de significações socialmente disponíveis, para interpretar o real, onde são, em seguida, reincorporados na qualidade de categorias servindo de guia de compreensão e de acção” (Nóbrega (2003:699), citando Jodelet (1989)).

À semelhança da objectivação, Nóbrega (2003:69) apresenta a ancoragem como um processo estruturado em três formas constituintes: 1- **A atribuição de sentido** (refere-se a processos cognitivos pelos quais um novo objecto e sua representação para uma determinada sociedade ou grupo social se enraíza de acordo com uma “rede de significações” com as quais se articulará por forma a ordenar e hierarquizar a novidade de acordo com os valores já existentes); 2- **A instrumentalização do saber** (trata-se de conferir um valor funcional à estrutura imaginante da representação permitindo ao indivíduo a compreensão da realidade, (...) o saber funcional da representação enquanto instrumento referencial contribui à construção das relações sociais através da interpretação e da gestão da realidade pelos grupos

ou indivíduos; 3- ***O enraizamento no sistema do pensamento*** (a representação inscreve-se sempre sobre um sistema de ideias pré-existentes (...)) permitindo este processo a articulação entre os elementos inovadores /estranhos com os que são rotineiros ou mesmo arcaicos.

Resumindo, o processo de ancoragem articula as três funções base da representação: “função de orientação das condutas e das relações sociais, função de interpretação da realidade, função cognitiva de integração da novidade” (Neto, 1998:460).

A objectivação é uma forma de integração numa realidade, a ancoragem exprime e constitui relações sociais. A objectivação é dirigida externamente, deriva conceitos e imagens da memória para os combinar e reproduzir no mundo exterior, para criar algo de novo, para ver com a ajuda daquilo que já foi visto, a ancoragem é dirigida internamente, armazena e procura objectos que identifica como protótipo (Coutinho e Catão (2003), citando Moscovici (1961)).

“ Objectivar e ancorar são duas operações pelas quais actuamos ao nível da memória. A ancoragem mantém a memória em movimento, pois ela é internamente dirigida, armazenando e procurando objectos, pessoas e eventos que identifica com um protótipo ou reconhece atribuindo-lhe um nome. A objectivação que tende a ser externamente dirigida, deriva conceitos e imagens da memória para os combinar e reproduzir no mundo exterior, para criar algo novo para ver com a ajuda daquilo que já foi visto” (Moscovici (1981:203), citado por Oliveira (1995).

Os indivíduos são pensadores autónomos que constantemente produzem e comunicam representações, que influenciam as suas relações, as suas escolhas, o seu comportamento e a sua postura perante a realidade social. As representações sociais têm assim implicações funcionais e práticas que se manifestam na organização dos comportamentos, nas actividades comunicacionais, na argumentação e na explicação da realidade e da vida quotidiana, e na diferenciação dos grupos sociais.

Podemos, então, concluir que a objectivação e a ancoragem são dois processos básicos de engendramento e funcionamento das representações sociais, que se combinam para tornar inteligível a realidade, resultando num conhecimento social que nos permite evoluir na complexidade de relações e de situações do quotidiano.

5. Funções das Representações Sociais

Quando falamos das representações sociais como um saber funcional ou teorias sociais práticas e enquanto fenómeno psicossocial, elas assumem como principais funções: “permitir a familiarização com a novidade (*função cognitiva*) e Contribuir para a formação de condutas e a orientação das comunicações sociais” (*função social*), (Moscovici, 1961:75). A *função cognitiva* de familiarização com a novidade, transformando o estranho – potencialmente ameaçador – em algo familiar, permite-nos evidenciar os dois processos envolvidos na elaboração das representações sociais postulados por Moscovici em 1961: ancoragem e objectivação (descritos anteriormente no ponto 4). Já a *função social* de orientação das condutas e das comunicações remete-nos para as trocas e interacções sociais evidenciando o processo constitutivo das relações sociais (Spink, 1993:306).

Posteriormente Abric (1994) citado por Nóbrega (2003:64), com base nos estudos de investigação realizados até então, acrescentou duas outras funções: “a *função identitária* (permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e a sua especificidade) e a *função justificadora* (permite aos actores sociais manterem ou reforçarem os comportamentos de diferenciação social, nas relações entre grupos)”. As *funções identitária* e a *justificadora* remetem-nos à protecção de identidades, à dinâmica da interacção social e, mais especificamente, à elaboração de estratégias colectivas ou individuais para a manutenção e preservação das identidades.

6. Síntese

Neste capítulo abordamos as representações sociais como suporte teórico de análise à investigação. Iniciamos o capítulo com uma breve abordagem ao conceito de representações e mais especificamente ao conceito de representações colectivas de Durkheim como ponto de partida para a compreensão e estudo das representações sociais de Moscovici.

O conceito de representação social foi introduzido por Moscovici no final do século XIX. Após a publicação do livro de Moscovici “La Psychanalyse, son image et son public” em 1976, assiste-se a uma grande expansão na utilização e emergência do conceito de representação social nas mais diversas áreas da psicologia, antropologia, história, filosofia, sociologia, enfermagem, etc., sendo hoje um conceito central em psicologia social e designa *“um conjunto de conceitos, proposições e explicações, criado na vida quotidiana no decurso da comunicação inter individual. São o equivalente na nossa sociedade dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais”*(Moscovici (1961), citado por Vala (1993: 354)).

Na construção das representações sociais estão envolvidos processos sócio-cognitivos e factores sociais. De entre os factores sociais a comunicação é para Moscovici (1961) um dos aspectos centrais na construção e formação das representações sociais, pelo que foi abordada neste capítulo. Para Moscovici (1961), as representações sociais são um produto das interações e fenómenos comunicacionais no seio de um grupo social, reflectindo a situação do grupo, os seus projectos, problemas, estratégias e a sua relação com os outros grupos.

No estudo sobre a representação da psicanálise, Moscovici analisou a relação entre os sistemas de comunicação social e as representações sociais, procurando compreender a pertinência da comunicação na construção das representações sociais, e identificou três grandes sistemas de comunicação social que concorrem para a formação e emergência das representações sociais: A difusão, a propagação e a propaganda.

Dentro dos processos sócio-cognitivos, Moscovici (1961) refere a existência de dois processos major fundamentais: a objectivação e a ancoragem.

A objectivação é o processo de duplicar um sentido por uma imagem e tornar concreto o que antes era abstracto. Este processo envolve três momentos. Num primeiro momento, as informações, crenças, ideias, pensamentos acerca do objecto da representação sofre um processo de selecção e descontextualização, sendo umas reduzidas e outras acentuadas, de acordo com os interesses, as normas e os valores dos indivíduos. No segundo momento processa-se a organização destes elementos seleccionados, formando-se um esquema, a que Moscovici chama de “esquema figurativo”. Por último é feita a naturalização, ou seja, o processo de facultar materialidade a um objecto abstracto. Os conceitos retidos no esquema figurativo e as respectivas relações constituem-se como categorias naturais e adquirem materialidade. Não só o abstracto se torna concreto através da sua expressão em imagens e metáforas, como o que era percepção se torna realidade.

A ancoragem é o processo de duplicar uma imagem por um sentido. É a integração do objecto representado no sistema de pensamento pré-existente e as transformações que daí decorrem, quer no objecto quer no sistema de pensamento em que foi integrado. O processo de ancoragem permite a articulação das três principais funções da representação, a função de orientação das condutas e a orientação das relações e comunicações sociais, a função de interpretação da realidade, bem como a função cognitiva de integração da novidade.

Os processos de objectivação e ancoragem estão intrinsecamente ligados, embora não se trate de processos sequenciais ou sucessivos, mas sim concomitantes e inter-relacionados. Não existe uma ordem cronológica entre estes dois processos. A ancoragem precede a objectivação quando se refere ao facto de qualquer tratamento da informação necessitar de pontos de referência, esquemas de pensamento e experiências a partir dos quais o objecto é pensado. A ancoragem vem na sequência quando atribui um sentido a acontecimentos, comportamentos, pessoas, grupos ou factos sociais.

CAPÍTULO 2

A MORTE NO OCIDENTE

SUMÁRIO

1. A morte familiarizada ou domesticada
2. A morte de si próprio
3. A morte do outro
4. A morte interdita
5. Síntese

“ *O regresso da morte é um grande acontecimento civilizacional (...) e isso vai levar-nos a um modo de viver simultaneamente pessoal e social*”

Morin (1988)

O ser humano demonstrou sempre temor e receio por aquilo que não dominava. O ser vivo só conhece a vida, logo a morte ascende à dimensão de mistério. Para muitos a morte é uma transição, “ (...) ela representa uma partida, uma mutação, uma passagem a outra dimensão. Pode ser acompanhada de esperança, ou de uma infinita angustia face à vida que nos deixa” (Martins, 1996:284).

Apesar de o homem ser o único ser vivo que tem consciência da sua finitude, as suas atitudes e comportamentos perante a morte, ao longo da história da humanidade, tem-se modificado. Várias foram as formas de encarar e lidar com a morte. A vivência da morte varia de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família, de indivíduo para indivíduo (Henriques, 1993).

Nesta abordagem, iremos fundamentar-nos principalmente, nas pesquisas levadas a cabo por Ariès (1989, 1992). Este autor traça o percurso da morte desde a Idade Média aos nossos dias, em quatro épocas distintas, em função das atitudes do Homem face à morte. A primeira época abrange cerca de um milénio, denominou-a a *morte familiarizada ou domesticada*. Esta época esteve presente até ao início da Idade Média. A segunda época terá tido início por volta do século XII, quando o Homem vai tomando consciência da sua individualidade e fala da *morte de si próprio*. À medida que o tempo vai passando o Homem da sociedade actual tende a atribuir um outro sentido à morte e entra na terceira época, a

morte do outro. Finalmente, *a morte interdita*, pré constitui a quarta época. A terceira e quarta épocas relacionam-se com as atitudes contemporâneas.

1. A morte familiarizada ou domesticada

Na morte domesticada ou familiarizada todos os seres humanos reconhecem a sua condição de mortais. Até à primeira metade da Idade Média, ninguém morre sem ter tido tempo de tomar conhecimento de que vai morrer, excepto os que são vitimados pelas pestes ou de outra causa súbita. A morte era assim, um acontecimento bem simples e desprovido de temor, ninguém tinha medo dela. Receavam apenas, não serem prevenidos atempadamente ou então de morrerem sós. O indivíduo, ao tomar conhecimento que o seu fim se aproximava, tomava precauções e preparava-se antecipadamente para a morte; aguardava-a de forma matura e serena no seu leito, rodeado pelos familiares, amigos, vizinhos e crianças, e depois de fazer uma retrospectiva da sua vida lamentava-se com tristeza das injustiças que esta lhe tinha proporcionado e dos feitos e méritos conquistados no seu decurso. De seguida impunha-se pedir perdão aos companheiros que o rodeavam, habitualmente em grande número. Por último, chegava então o momento de se despedir do mundo e de voltar o seu pensamento em deus, e orando em voz alta pedia, numa primeira fase, perdão por todos os pecados cometidos assumindo a sua culpa e implorando a remissão deles e numa segunda fase, pedia a salvação da sua alma, recomendando a deus, em simultâneo, os companheiros que o rodeavam no seu leito e aguardava a morte de forma tranquila e em silêncio. Neste único cerimonial religioso, o padre procedia à absolvição dos pecados do moribundo, lia os salmos, incensava o corpo e aspergia-o com água benta. A mesma cerimónia tinha lugar na sepultura e sobre o corpo morto, sendo chamada de absolvição (*absoute*).

Assim, terminado o ritual, o indivíduo estava preparado para a morte, não havia motivos para a retardar ou apressar, o moribundo aguardava-a silenciosamente jazendo no leito da sua

cama, transformando esse momento único num momento de alegria, dada a crença no encontro com deus criador, na salvação e na vida eterna. Assistia-se assim, a uma cerimónia pública presidida por ele, que conhecia o protocolo. E assim se foi encarando a morte, e todos os seus ritos eram aceites e cumpridos com simplicidade, sem dramatismos ou emoções excessivas, onde para além do seu protagonista, não poderia faltar a família, os amigos, os vizinhos e até mesmo as crianças, que ali se juntavam para acarinhar, acompanhar, homenagear, testemunhar ou mesmo o ajudar a cumprir com rigor o seu derradeiro papel que precedia o momento da partida.

Contudo e, apesar da familiaridade com a morte, os povos da antiguidade temiam a proximidade dos mortos e mantinham-nos afastados deste mundo. As sepulturas eram honradas porque recebiam o regresso dos defuntos, e o culto dos mortos visava impedir o seu retorno à terra e a perturbação dos vivos. Assim, na antiguidade, os cemitérios situavam-se fora das cidades, ao longo das estradas. A morada dos vivos estava separada da morada dos mortos.

Com o decorrer dos tempos, esta repugnância sofreu profundas modificações, culminando numa mudança notável em que a nova atitude cristã se assumia numa ausência de medo dos vivos pelos mortos. A fé na ressurreição dos corpos e o culto dos antigos mártires e respectivos túmulos foram os principais aspectos que estiveram na base de tais mudanças. “O clero a partir do séc. VI, fez sucumbir a tradição e com ela fez desaparecer a distinção dos locais onde se enterrava” (Ariès, 1989:26), isto é, próximo da basílica junto aos santos e a cidade, até então interdita às sepulturas. Os mortos que já se haviam acumulado à volta da abadia, começaram a misturar-se com os habitantes dos subúrbios e a penetrar progressivamente nas cidades, assistindo-se à coabitação de vivos e mortos nos mesmos sítios. Nesta altura findava a diferença entre igreja e o cemitério, e nem mesmo a chegada dos mortos à igreja e ao seu pátio, foi motivo para que estes deixassem de ser locais públicos, onde para além de lugar com sepulturas “cemitério”, servia também de asilo, onde foi

permitido construir casas e habitá-las, tornando-se num bairro onde não faltava a diversão e o comércio. No meio de uma profunda confusão, onde se podiam encontrar livreiros, comerciantes, revendedores de cosméticos e outros, assistia-se em directo a inumações, abriam-se túmulos, desenterravam-se cadáveres em pleno processo de decomposição, deixando no ar odores intensos e nauseabundos que se faziam sentir.

Esta promiscuidade que os vivos toleravam e à qual se haviam acomodado durante séculos, começa a gerar, no final do séc. XVII, sinais de intolerância face a esta situação, o que contrasta com a atitude tradicional dos vivos em relação aos mortos. Os vivos impressionados pelo espectáculo dos ossos à superfície, odores emanados pela terra, corpos em decomposição que eram visíveis, começaram gradualmente a perder a familiaridade com os mortos e com a sua própria morte.

A partir da segunda metade da Idade Média (sécs. XI e XII), começavam a operar-se modificações que, pouco a pouco, conduziram a uma mudança de atitudes, conferindo-lhe “ (...) um sentido dramático e pessoal à familiaridade tradicional do homem e da morte” (Ariès, 1989:31).

2. A morte de si próprio

A morte, até então, concebida e aceite como algo colectivo, uma das leis da natureza e cuja ordem natural se impunha ao homem, colectiva e universal, começa a despertar a atenção do homem para uma multiplicidade de fenómenos novos, que o conduziram a preocupar-se mais com a unicidade de cada indivíduo, do que com o destino colectivo de toda a humanidade.

O homem, submisso a uma das grandes leis da natureza, a morte, não pensava nela nem a exaltava, mas aceitava-a como justa.

Mas que fenómenos levaram a que o homem, pouco a pouco, modificasse a sua atitude face à morte, e começasse a conferir-lhe um sentido dramático e pessoal à familiaridade tradicional (que implicava uma concepção colectiva do destino) do homem e da morte?

Segundo Ariès (1989:31), foram quatro os novos fenómenos que “ (...) introduziram, no interior da velha ideia do destino colectivo da espécie, a preocupação da particularidade de cada um (...)”, a descrever:

1º - A representação do Juízo Final

A representação do Juízo Final foi um dos fenómenos que sofreu profundas mudanças, pois nos primeiros séculos do cristianismo não existia julgamento nem condenação do homem. Até então, acreditava-se na ressurreição dos mortos (os que pertenciam à igreja e lhe tinham confiado o seu corpo) no fim dos tempos, mas a partir do séc. XII, surgem duas novas noções, justos e pecadores, por intermédio do julgamento e da pesagem das almas. Justos e pecadores passam agora a ser separados pelo julgamento e pesagem das almas.

A ideia do juízo prevaleceu, assumindo-se como um tribunal de justiça. No séc. XIII surge a representação do Juízo Final como um tribunal, “ (...) onde Cristo está sentado na cadeira do trono do juiz, rodeado da sua corte (os apóstolos). Cada homem é julgado pelo balanço das suas vidas, as boas e as más acções são escrupulosamente separadas nos dois pratos da balança” (Ariès, 1989:32). Tudo era meticulosamente registado num livro, *o liber vitae*, “ (...) inicialmente concebido como o espantoso recenseamento do universo, um livro cósmico. Mas, no final da Idade Média, converteu-se no livro de contas individual” (Ariès, 1989:33).

A noção de Juízo Final passa a estar intimamente ligada, à da biografia individual, biografia esta, que só se acaba no final dos tempos e não no preciso momento da morte.

2º - No quarto do moribundo

Neste segundo fenómeno dá-se a supressão do tempo escatológico entre a morte e o fim dos tempos, e o Juízo Final, é assim, transferido para o final da vida, no preciso momento da morte. O moribundo deitado no seu leito, e rodeado da família, amigos e parentes, passa em revisão toda a sua vida. Seres sobrenaturais invadiram o quarto do moribundo e juntam-se em redor da cabeceira do seu leito. A virgem, a trindade, toda a corte celeste, de um lado, e Satanás e o seu exercito de demónios, do outro. Deus despido dos seus atributos de juiz de outrora, surge agora como um árbitro ou testemunha, que não só, mediará a luta cósmica entre as forças que disputam a posse do moribundo, mas também, está presente com a sua corte para verificar o comportamento do moribundo no decurso da prova final, antes do último suspiro. A atitude do moribundo, concluirá a sua biografia e determinará a sua sorte eterna, as boas acções ou os pecados praticados ao longo da sua vida, poderão ser anulados, determinando a sua ascensão ao céu ou ao inferno.

Com o decorrer dos tempos, e até ao séc. XV torna-se definitiva a relação entre a morte e a biografia de cada indivíduo. A partir de então a derradeira prova substitui o Juízo Final, e acredita-se que nessa prova o homem passa em revisão toda a sua vida, no momento da morte. Todavia, a solenidade ritual tornou-se, entre as classes instruídas, numa carga dramática e emocional que não possuía, vindo a persistir até finais do séc. XIX.

Pela acção da reforma católica, os autores espirituais envidaram esforços de luta contra a concepção popular que fundamentava a crença de que não era necessário uma pessoa esforçar-se muito para levar uma vida virtuosa, dado que uma boa morte resgatava todas as suas faltas, pelo que cada homem deveria agir e praticar o bem. Mas foi no séc. XX que esta crença foi desenraizada nas sociedades industrializadas.

3º - O “transi”

Os temas macabros e o interesse pelas imagens de decomposição física, dá-se pelo aparecimento do cadáver na arte e na literatura, *le transi* (o trespassado), pois, até finais do séc. XVI, a representação da morte com os traços de uma múmia ou de um cadáver era pouco frequente, encontra-se principalmente nas ilustrações dos ofícios dos mortos dos manuscritos do séc. XV, na decoração das paredes das igrejas e dos cemitérios (a dança dos mortos).

Só a partir do séc. XVII é que o esqueleto ou os ossos se expandiram por túmulos e até no interior das casas, mas com um significado diferente do cadáver putrefacto. Em contrapartida, o horror da morte física e da decomposição do corpo é um tema familiar na poesia do séc. XV, não estando o horror associado à decomposição do corpo no pós-morte, mas à doença e à velhice.

A decomposição é o sinal da ruína do homem, e aí se encontra o verdadeiro sentido do macabro, que a torna num fenómeno novo e original.

O homem do final da Idade Média tinha consciência de que era um morto adiado, e como a morte estava sempre à espreita, tinha um verdadeiro fascínio pela vida, que hoje mal compreendemos, talvez porque a nossa esperança de vida tenha aumentado bastante.

“A morte converteu-se no lugar onde o homem tomou melhor consciência de si mesmo”
(Ariès, 1989:38).

4º - As sepulturas

O quarto e último fenómeno, diz respeito aos túmulos, ou seja, remete à ideia da individualização das sepulturas.

O retorno à epigrafia funerária dá-se a partir do séc. XII, pois, apesar dela já ter existido até por volta do séc. V, no império romano (onde todos, incluindo escravos, tinham uma

sepultura), ela desaparece durante este período. Tal situação acontece porque o defunto era abandonado à igreja que se encarregava dele até à ressurreição. Reencontramos inscrições funerárias primeiramente em túmulos de personagens ilustres, como, por exemplo, de santos. No séc. XVI, XVII e XVIII as paredes das igrejas exibiam placas, dos mais variados tamanhos, com os nomes dos defuntos, traduzindo, assim, a vontade de individualizar o local da sepultura e de perpetuar a lembrança do defunto.

No séc. XVIII, as placas tumulares multiplicam-se, numa tentativa de sair do anonimato e manter a identidade após a morte. Porém, estas placas não eram a única forma de perpetuar recordações. Para além das placas, os defuntos previam nos testamentos serviços religiosos perpétuos pela salvação da alma. O que verdadeiramente importava era o registo da identidade do defunto e não o local exacto onde repousava o corpo.

Assim, no reflexo da sua morte, o homem redescobria o segredo da sua individualidade. O homem ocidental, desde meados da Idade Média, rico, poderoso ou letrado reconhece-se a si mesmo na sua morte toma consciência *da morte de si próprio*.

3. A morte do outro

No séc. XVIII e daí em diante, o homem ocidental tende a dar à morte um novo sentido, e, como nos diz Ariès (1989:43), “ (...) exalta-a, dramatiza-a, quere-a impressionante e dominadora”. O Homem preocupa-se agora menos com a sua própria morte e mais com a morte do outro próximo, é a morte romântica, retórica, mórbida e de luto praticamente permanente, é antes de mais *a morte do outro*.

A morte no leito era noutros tempos solene. Aguardava-se a morte e todos os presentes se entregavam aos rituais do costume. No séc. XIX, o ritual da morte no leito mantém-se, mas os que rodeiam o moribundo agitam-se e emocionam-se, rezam e gesticulam inspirados por uma dor única e apaixonada. A dor expressa pelos sobreviventes é entendida como que um

sinal forte de intolerância em relação à separação. A morte é, agora considerada, como uma ruptura, que arranca o homem da sociedade racional, do seu trabalho e o lança para um mundo irracional, violento e cruel. A partir de então, é uma ruptura que se desenvolve e a morte passa a não ser desejada mas sim admirada pela sua beleza: é a morte romântica. A morte é comovente e perturbadora e, a separação é entendida como uma cruel ruptura.

Se a primeira grande mudança, característica do romantismo, é a atitude complacente com a ideia da morte, a segunda prende-se com a relação entre o moribundo e a família. Estas novas atitudes demonstram as relações de sentimento e afecto desenvolvidas no seio da família.

No final da Idade Média e até finais do séc. XVIII, o luto era uma forma de obrigar a família do defunto a retardar um desgosto, nem sempre sentido, e por outro lado, defendia contra os excessos de dor. No entanto, a partir do séc. XIX, o luto torna-se exagerado, “ (...) os sobreviventes aceitam a morte do próximo mais dificilmente que noutros tempos” (Ariès, 1989:48). O que é agora verdadeiramente temido não é a morte de si próprio, mas a morte do outro.

Este sentimento está na base do culto moderno dos túmulos e dos cemitérios. A sepultura converteu-se numa certa forma de propriedade comercializada, e vai-se visitar o túmulo de um ente querido da mesma forma que se vai visitar a casa de um familiar ou a uma casa de recordações. Surge o hábito de embelezar as campas com flores aquando das visitas ao cemitério, hábito que ainda hoje perdura.

4. A morte interdita

No entanto, a partir de meados do séc. XX assiste-se a uma grande ruptura nas mentalidades que culminam com a recusa da morte no mundo ocidental, levando-nos à noção de *morte interdita*.

A atitude perante a morte vinha sofrendo alterações progressivas e graduais ao longo dos tempos, como podemos constatar. Porém, é na década de 30, e mais rapidamente na década de 50, que se verificou uma viragem brutal e profunda de ideias e sentimentos, de tal forma que a morte se tornou interdita, tabu, vergonhosa, passando progressivamente a ocupar o lugar destinado ao sexo até então. Os avanços na ciência e em especial na medicina foram por certo aspectos que estiveram na base desta viragem de atitude face à morte. Porém, esta atitude face à morte tem também origem no sentimento já expresso na segunda metade do séc. XX, em que o círculo de relações do moribundo tenta a todo custo esconder-lhe a gravidade do seu caso, ou seja a situação de morte eminente, e a verdade começa a criar alguns problemas. Rapidamente esta atitude se generaliza e se assume socialmente.

Assim, tenta evitar-se, não só ao moribundo mas também à sociedade, o incómodo e a emoção forte provocada pela agonia da morte. Apesar de nada ter, ainda, mudado no ritual da morte, começa porém a esvaziar-se a sua faceta dramática.

Impõe-se a necessidade de sermos felizes, a morte torna-se desagradável, mórbida e até mesmo incómoda, sendo socialmente representada como o impeditivo da felicidade, a temida e tenebrosa ruptura com a vida.

Na década de 30 à década 50, observam-se grandes mudanças, e uma delas é a transferência do local da morte. Morre-se no hospital e só, sem qualquer possibilidade de se controlar as suas circunstâncias, sendo ocultada até ao derradeiro momento.

Morre-se no hospital, porque é aqui que se concentram os cuidados que não se podem proporcionar em casa, mas também porque o hospital deixou de ser asilo de miseráveis e se transformou num centro médico, cuja cura e luta contra a morte se tornaram nos principais objectivos. Ariès (1989) chama, a esta passagem do local da morte do quarto do moribundo na sua casa para o hospital, de *medicalização da morte*, levando as pessoas a acreditar em milagres, e a encarar a hospitalização como uma necessidade.

O hospital surge assim, como o único local onde se pode morrer, porque nem a sociedade e tão pouco a família a querem enfrentar. Com a negação da morte surge a supressão da morte natural, hoje morre-se sempre de algo. No hospital ao moribundo cabe o dever de jamais despertar nos profissionais de saúde a insuportável emoção da morte, levando-o a fazer de conta que a morte não vai chegar e assim, parece morrer desprovido do sentido que teve outrora.

Em tempos remotos o homem era senhor e dono absoluto da sua morte, entendida como algo natural. A “boa morte” pressupunha, fundamentalmente, a consciência de que a pessoa ia efectivamente morrer. Esse conhecimento era do domínio pessoal do moribundo e do domínio colectivo, da família, dos amigos, dos vizinhos, em suma, de toda a comunidade.

A proximidade da morte era sentida pelo sujeito, e este a anunciava à sua família. Eram avisados os parentes e amigos e todos os mais próximos afectivamente, eram convocados para o ritual de despedida. O moribundo tratava de todos os assuntos pendentes, que pudessem interferir com a salvação da sua alma e confessava publicamente este ou aquele pecado considerado mais gravoso. Raramente era súbita, e a morte súbita era consideravelmente receada, porque privava o homem da sua própria morte. Quando a pessoa não se apercebia da sua própria morte, competia ao seu círculo de relações adverti-lo.

Ariès (1989) refere que na Idade Média era da responsabilidade e dever do médico informar a pessoa da proximidade da sua morte. Contudo, quanto mais progredimos no tempo e avançamos na escala social, menos o homem se apercebe ou finge não perceber a proximidade da morte, e o médico começa a renunciar o seu dever. A partir do séc. XIX e até aos nossos dias, já só se fala da morte quando indagada, e mesmo assim, com muitas reservas. Assim, o que era suposto ser conhecido passa a ser profundamente escondido, e não são poucas as vezes em que familiares e até profissionais de saúde mostram satisfação por o moribundo, nunca se ter apercebido que a morte ia chegar, contudo nem se apercebem que ele

finge apenas não saber, por piedade para com a família. É a conspiração do silêncio, todos se unem e imediatamente se camufla a verdade que cerca a morte.

Os profissionais de saúde adiam o mais possível o momento de avisar a família, ou a própria pessoa, com o receio de se verem envolvidos na cadeia de reacções que lhes farão perder o controle de si mesmos. O desespero da pessoa, os seus gritos, as suas lágrimas, e todas as manifestações demasiado exaltadas, emocionantes e barulhentas a ameaçar a serenidade do hospital, são de evitar.

Na actualidade a noção de “boa morte” de outrora é hoje uma verdadeira miragem utópica. No mundo em que vivemos a “boa morte” é “ (...) a morte brutal, se possível inconsciente, ou pelo menos rápida para não perturbar muito a vida dos que ficam (...)” (Hennezel, 2002:13). Concebemos a boa morte na modernidade como sendo aquela que vem sem causar distúrbios e se possível sem que demos por ela, desprovida de dor, de sofrimento, silenciosa e sem qualquer manifestação agónica.

Hoje, evitam-se as emoções intensas, as cerimónias fúnebres tendem a ser tão breves quanto possível, velar o morto é cada vez mais raro, embeleza-se o morto como forma de mascarar a presença da morte, as condolências às famílias enlutadas quase deixaram de existir ou são mais discretas, o luto tende a desaparecer, a tristeza é evitada e por vezes ocultada. Um desgosto demasiado visível é considerado mórbido e repugnante. Procura-se a todo o custo ignorar a morte, evitando ou mesmo anulando todos os sinais visíveis ou mesmo públicos e desprezando tudo o que com ela se relaciona e que de alguma forma impeça a felicidade.

A morte é o principal tabu do séc. XXI, ocupando hoje o lugar do sexo de outrora e assistimos na actualidade a uma recusa, quase generalizada, em admitir e enfrentar a morte e tudo o que com ela se relacione.

François Mitterand (2002) prefaciando a obra de Hennezel (2002:7) diz, “ (...) talvez que nunca a relação com a morte tenha sido tão pobre como nestes tempos de aridez espiritual

em que os homens, na pressa de existir, parecem sofismar o mistério. Ignoram que desse modo, secam uma fonte essencial do gosto de viver”.

Contudo, Morrer não é, como todos frequentemente supomos, um tempo desprovido de sentido, mas é simultaneamente um tempo de realização e de transformação da pessoa e dos que a rodeiam. Assim em vez de rodearmos de silêncio e de escuridão o momento da morte de uma pessoa,” (...) em lugar de olhar de frente a real proximidade da morte, fazemos de conta que ela não vai chegar. Mentimos ao outro, mentimos a nós próprios e, em vez de dizer o essencial, em vez de trocarmos palavras de amor, de gratidão, de perdão, em vez de nos apoiarmos uns aos outros para atravessar esse momento incomparável que é o da morte de um ser amado, pondo em comum toda a sagesa, o humor e o amor de que todo o ser humano é capaz para enfrentar a morte, em vez de tudo isso, esse momento único, essencial da vida, é rodeado de silêncio e solidão” (Hennezel, 2002:14).

5. Síntese

O homem como ser vivo que é, é na realidade o único animal que sabe que um dia irá morrer contudo e apesar ser o único ser vivo que tem consciência da sua finitude, as suas atitudes e comportamentos perante a morte, ao longo da história da humanidade, tem-se modificado. Várias foram as formas de encarar e lidar com a morte. As atitudes e rituais que lhe estão associados sofreram modificações consideráveis ao longo dos tempos.

Neste capítulo, abordamos o percurso das concepções da morte e das práticas, das atitudes e dos ritos no ocidente, desde a Idade Média aos nossos dias. Sustentados nas pesquisas de Ariès (1989-1992), apresentamos as perspectivas da morte em quatro épocas distintas, em função das atitudes do Homem perante a morte.

A primeira época, denominada a *morte familiarizada ou domesticada*, abrange cerca de um milénio. Esta época esteve presente até ao início da Idade Média. Na morte domesticada

ou familiarizada todos os seres humanos reconhecem a sua condição de mortais, e aceitavam-na como algo natural e justo. A morte acontecia sem dramatismos e era aceite pelo moribundo e família, principalmente porque era preparada. Era um acontecimento público e social. Familiares, amigos e vizinhos, rodeavam o moribundo, no seu leito, e esperavam tranquilamente e em silêncio o momento final. O quarto do moribundo transformava-se numa espécie de lugar público. O moribundo aceitava-a com naturalidade, e presentindo a sua proximidade presidia a todos os rituais, pedia perdão, fazia as suas despedidas, bênçãos e orações. Todos os seus ritos eram aceites e cumpridos com simplicidade, sem dramatismos ou emoções excessivas, onde para além do seu protagonista, não faltava a família, os amigos, os vizinhos e até mesmo as crianças, que ali estavam para acarinhar, acompanhar, homenagear, testemunhar ou mesmo o ajudar a cumprir com rigor o seu derradeiro papel que precedia o momento da partida.

A segunda época terá tido início por volta do século XII, quando o Homem vai tomando consciência da sua individualidade e fala da *morte de si próprio*. O homem, pouco a pouco, modificou a sua atitude face à morte, e começa a conferir-lhe um sentido dramático e pessoal à familiaridade tradicional (que implicava uma concepção colectiva do destino) do homem e da morte. Desenvolveu-se a noção da ligação entre a alma e o corpo. Até esta altura a morte era concebida como um sono misterioso do ser indivisível, a partir do séc. XII, surgiu a ideia que na altura da morte, a alma deixava o corpo e era de imediato submetida a um juízo particular, sem esperar o fim dos tempos em que ocorreria o juízo final. É o espaço em que o homem toma consciência da sua individualidade perante a morte. Torna-se primordial preservar a identidade opôs a morte, pela identificação das sepulturas.

O homem começa a preocupar-se com a sua própria morte.

À medida que o tempo vai passando o Homem da sociedade actual tende a atribuir um outro sentido à morte e entra na terceira época, *a morte do outro*. No séc. XVIII e daí em

diante, o romantismo faz-se sentir, o homem ocidental tende a dar à morte um novo sentido, tornando-a exaltada, socialmente exuberante e dominadora. O Homem preocupa-se agora menos com a sua própria morte e mais com a morte do outro próximo, é a morte romântica, retórica, mórbida e de luto praticamente permanente, é antes de mais *a morte do outro*, a morte do ser amado. A morte é comovente e perturbadora e, a separação é entendida como uma cruel ruptura, o que é agora verdadeiramente temido não é a morte de si próprio, mas a morte do outro.

Finalmente, *a morte interdita*, pré constitui a quarta época. Já no final do séc. XIX surge a “morte tabu”. Observam-se grandes mudanças, e uma delas é a transferência do local da morte. Deixa-se de morrer em casa e passa a morrer-se no hospital, a família afasta-se e morre-se sozinho, sem qualquer possibilidade de se controlar as suas circunstâncias, sendo ocultada até ao derradeiro momento. O hospital surge assim, como o único local onde se pode morrer, porque nem a sociedade e tão pouco a família a querem enfrentar. Começa-se a esconder ao doente a gravidade do seu estado de modo a poupá-lo ao sofrimento. As decisões passam a ser faladas e tomadas pela família, e as crianças são afastadas dos rituais e cerimoniais. A morte começa a estar associada à ideia de ruptura e esta passa a ser encarada com medo. Vê-se a “boa morte” aquela que acontece rapidamente ou de forma súbita, sem “aviso ou preparação prévia” de modo a que tanto quem morre como os que o rodeiam não tenham tempo para se consciencializarem com a realidade, dura e penosa, dos factos perante os quais são impotentes. Evita-se falar na morte, sendo esta mais fácil de suportar se não falarmos dela.

A terceira e quarta épocas relacionam-se com as atitudes contemporâneas.

CAPÍTULO 3

A MORTE ATRAVÉS DAS CULTURAS

SUMÁRIO

1. A morte no Judaísmo
2. A morte no Cristianismo
3. A morte no Islamismo
4. A morte no Hinduísmo
5. A morte no Budismo
6. Síntese

O homem religioso
é aquele que acha que veio de algum lugar
e que vai para algum lugar”

Cristina Guarnieri (2004)

A morte é um grande organizador cultural; e a cultura encontra respostas para ela por meio dos rituais que unem as pessoas, dão uma condição segura para a expressão dos afectos e ajudam no processo de construção do significado.

A religião é um fenómeno universal, que pretende satisfazer o homem em relação a determinadas interrogações que surgem a certa altura da vida, tais como: a origem do mundo e o destino de cada um de nós. Este tipo de questões assombra a nossa mente, quando tomamos consciência que a única coisa certa na vida é a morte. As mais representadas religiões existentes no mundo – Judaísmo, Cristianismo, Islamismo, Budismo e Hinduísmo – possuem os seus próprios rituais e explicações para a morte. A religião é, por conseguinte, um excelente espaço para que a morte tenha voz e cada tradição transmite isso de uma forma diferente, no entanto é comum a todas elas encararem a morte como um rito de passagem; isso nenhuma nega.

1. A morte no Judaísmo

Das três grandes religiões monoteístas existentes no mundo, o judaísmo é a de raízes mais antigas. Do seu seio surgiu o Cristianismo, ao passo que o Islamismo adoptou vários elementos judaicos, reconhecendo Abraão e Moisés como profetas.

O Judaísmo é, em sentido restrito, a religião dos antigos hebreus, actualmente chamados de judeus, e, num sentido mais lato, compreende todo o acervo não só de crenças religiosas, como também de costumes, cultura e estilo de vida dessas comunidades, que se têm mantido ao longo da sua existência.

Na religião judaica toda a vida depende de um único Deus e tudo o que é bom vem dele. No coração do Judaísmo reina a crença em Deus (“Jeová” ou “Javé”) único, onipotente e ilimitado. Deus transcende o universo que criou e todos os componentes que nele habitam. Jeová criou o mundo, e ensinou o homem a viver em função dos seus deveres, seguindo somente a Deus, amando, ajudando e respeitando o seu próximo.

A Tora é, para os judeus, mais que um livro Sagrado, é acima de tudo o fundamento da relação entre Deus e o povo judeu. Os textos são inspirados por Deus e neles se estabelece a aliança entre Deus e os Homens. Segundo Dalumeau (1999:231), “ A Tora regula a vida do judeu a cada instante, confere sentido à sua existência”. A Tora e os *mitswot* (preceitos divinos) ditam as normas de conduta moral e social, ditam as leis e as disposições religiosas, reflectindo e inflectindo a vida do povo judeu.

Para o judeu, que vive a sua vida na observância dos *mitswot*, a morte surge sem sobressaltos e dispendo de rituais próprios.

De acordo com os costumes da religião judaica, a vida de cada um é medida pelos feitos e por tudo aquilo a que se dedica no seu decurso. Quando alguém toma consciência de que está prestes a morrer, inicia todo um processo de reflexão e revisão da sua vida passada, questionando-se: Fiz tudo o que podia para construir um mundo melhor? Fui útil ao próximo? Vivi segundo as minhas capacidades?

A morte só é importante e significativa na medida em que também a vida dessa pessoa tiver sido significativa. Abeirando-se da morte, o moribundo realiza o chamado *Testamento ético* (documento no qual o moribundo apresenta o seu legado à família). Escrito de forma calorosa e afectiva, assume-se como uma declaração na qual o moribundo deixa o registo dos

seus sonhos e desejos em relação à família, os valores, expectativas, pensamentos e mensagens que pretende lembrar-lhe. O testamento ético, poderá assim, servir de linha orientadora da conduta e prática da família, podendo proporcionar algum consolo assim que o indivíduo morra.

No judaísmo, acredita-se na vida após a morte, num mundo que há de vir, sendo um conceito central e fundamental que norteia toda a vida terrena do povo judeu.

Segundo Levine (2003:120), “ a vida após a morte é referida como *olam há-ba*, ou o mundo que há de vir. Este conceito remete para a crença de que na altura da morte a alma retorna a Deus”.

A morte, no judaísmo é encarada como o momento do julgamento final, em que todos serão julgados de acordo com os feitos e percurso de vida. O justo viverá em paz, harmonia e felicidade eterna, ao passo que o perverso permanecerá no pó. Assim, *olam há-ba* será experimentado por cada indivíduo em função da sua vida e das boas obras e feitos praticados durante a vida terrena. Assim, quando se aproxima o momento da morte, vivem-se momentos de ansiedade, não pela morte, mas pelo modo como o moribundo irá ser julgado após a morte, dado que a vida não é avaliada pela sua extensão, mas por todas as potencialidades e benfeitorias que a preenchem e lhe conferem o verdadeiro sentido.

Deus criou a morte, sendo entendida não como uma punição, mas como um acontecimento natural da vida, como parte integrante do ciclo da vida e de todas as coisas vivas, afirma-se na doutrina judaica como o grande nivelador que proporciona um momento único de valorizar e reflectir a vida. No judaísmo reina a consciência de que a vida não é infinita, ela tem um espaço determinado e limitado, tal como Deus a concebeu também lhe impôs um marco final – a morte.

No momento da morte, segundo a tradição judaica, a alma retorna a Deus, dotada de consciência e conhecimento, acredita-se na sua imortalidade. Contudo, e tal como nos refere Levine (2003:152), três formas de entendimento são possíveis:

1) Na hora da morte a alma paira junto do corpo e observa o seu funeral. Posteriormente é submetida a um processo de purificação com duração variável, para a limpar dos pecados cometidos durante a vida. Depois de purificada, a alma “viverá” num mundo desprovido de sofrimento e onde reina a paz e a felicidade, na presença de Deus.

2) A alma, após a morte, dorme e aguardará a era Messiânica, em que ocorrerá o julgamento final, onde alma e corpo se fundirão de novo e os justos renascerão para uma vida de paz e felicidade eterna ao passo que os perversos continuarão reduzidos a pó.

3) A imortalidade não é entendida como consequência da imortalidade da alma, mas como a continuidade por intermédio dos descendentes, dos feitos e realizações, e como a perpetuidade do povo judeu sobre a terra (crença que prevalece entre os actuais judeus).

Assim, “ os costumes judeus ligados à morte, destinam-se a acompanhar o moribundo e o indivíduo de luto a dissipar a solidão que chega com a morte e com o luto e a envolver o morto e o indivíduo de luto na comunidade judaica” (Levine, 2003:123). A morte é assim, um acontecimento público e comunitário.

Os costumes judaicos relacionados com a morte são numerosos. Quando é chegada a hora da morte, o moribundo, deverá estar o mais confortável possível, rodeado dos seus familiares e amigos, em ambiente calmo, sereno e sem ruído, para que a pessoa possa morrer em paz. É lícito, segundo a doutrina judaica, rezar mas não é permitido chorar nem fazer qualquer outro ruído, para que a alma se possa afastar do corpo em paz. No momento da morte ninguém deverá abandonar o quarto do moribundo, o rabino recitará duas orações fundamentais, o *Vidui*, ou prece de confissão (ênfatisa a realidade da morte que é próxima), e depois o *Shema* (oração fundamental do Judaísmo que afirma a fé fundamental no Deus único, o Deus de Israel. Ênfatisa a crença de que Deus está presente, e no momento da morte, a alma ascenderá a sua presença). Assistir à morte de alguém é considerado, um acto de grande respeito, dado que se presencia o abandono pela alma do corpo, para se encontrar com Deus. Após a morte, os familiares fecham os olhos do morto e o corpo é coberto com um

pano limpo e virado com os pés para a porta. O corpo não mais ficará sozinho até ao enterro, dado ser considerado o receptáculo da alma, pelo que deve ser guardado, respeitado e protegido, por um membro da família ou amigo (*Shomer*). Logo após a morte, o rabino é informado e ele notificará a mortuária e o *Chevrah Kadisha* (sociedade que trata do enterro) que lava o corpo (através de rituais religiosos designados por *Taharah* ou purificação) e prepara o enterro. A família não participa no *Taharah*, é demasiado doloroso para eles. Se o corpo é do sexo feminino, este é preparado e lavado por elementos femininos do *Chevrah Kadisha*, como forma de preservar a honra e dignidade. Se o morto é do sexo masculino, este depois de vestido, é envolvido no seu *Tallit* (xaile de oração).

Geralmente, a autópsia, embalsamamento, cremação, exumação e mutilação/doação de órgãos são aspectos desaprovados pela tradição judaica, dado que, o corpo é considerado o reflexo da imagem de Deus, pelo que deverá permanecer íntegro. Membros amputados e roupas ensanguentadas deverão, pela mesma razão, ser enterrados juntamente com o corpo, pois são parte do indivíduo. Alterar ou destruir o corpo, que outrora abrigou o espírito de Deus, é considerado profanação da criação de Deus.

A lei judaica determina que o enterro deverá ser no solo, dentro das 24h que se seguem, dando cumprimento aos desígnios de Deus “ És pó e ao pó voltarás “ (Génese, 3:19), enquanto a alma ascende para se encontrar com Deus o corpo retoma a terra a partir da qual foi criado. Dentro do caixão é colocada terra da Terra Santa. Os funerais devem ser simples e sem ostentações. Não há flores (são tida como motivo de alegria). Junto da sepultura, o rabino recita o *Tzidduk Ha'din* (justificação do desígnio divino), prece que possui 3 temas principais:

- 1) Deus ordenou da vida terrena, e o seu desígnio é justificado;
- 2) Reza-se para que deus seja misericordioso para com todos os sobreviventes / humanidade;
- 3) Aceitação dos desígnios de Deus, agradecendo a vida terrena.

Já com a cova totalmente coberta de terra, é recitado o *Kaddish* fúnebre (prece que afirma a fé em Deus, que criará um mundo novo, onde os mortos terão a vida eterna).

O luto, é na tradição judaica, um processo gradual que decorre em 6 períodos (*Aninut, Shiva, Sheloshim, etc.*), durante os quais os indivíduos enlutados poderão expressar gradualmente, sentimentos de dor até à altura em que retomarão a sua vida normal.

No judaísmo, a morte não é considerada uma tragédia nem dramatizada, mesmo que ocorra numa fase inicial da vida ou por circunstâncias infelizes. Ela é antes de mais, contemplada como um processo natural a que todos estão sujeitos, e que é cuidadosamente planeado por Deus. Os judeus acreditam na vida no além, no *afterlife*, um mundo no qual os que tiveram uma vida terrena digna e virtuosa serão recompensados. A morte é entendida como uma transição da vida que existe para a vida que ainda virá.

Embora o judaísmo valorize e enfatize a importância da vida, também aceita a realidade da morte.

2. A morte no Cristianismo

Em 313, o Cristianismo foi adoptado pelo imperador Constantino, tendo um grande impacto junto dos gentios. Declarado religião oficial do Império Romano, após 313, rapidamente se expandiu no seu seio e hoje, de todas as religiões existentes, “é, sem dúvida, a mais universal, não só por ser praticada por um terço da humanidade, como por ter chegado a todos os países do planeta, podendo dizer-se que não há sítio, por mais recôndito, onde as missões não tenham chegado” (Carmo,2000:151)

O cristianismo encontra os seus princípios fundamentais nos ensinamentos de Jesus de Nazaré, o alegado filho de Deus pai enviado à terra, o salvador, o rei, o Messias de Deus esperado pelo povo de Israel há muitas gerações. Jesus o salvador, foi “ (...) concebido

livremente por uma virgem (Maria), por obra do Espírito Santo, após a visita do mensageiro – o anjo Gabriel – à sua casa em Nazaré” (Carmo, 2001:114).

Jesus iniciou a sua missão por volta do ano 30, e cerca de dois anos depois foi crucificado na cruz pelos Romanos que estavam no poder, a pedido do clero judeu. Durante a sua permanência na terra, como pregador e curandeiro, conseguiu seguidores (discípulos ou apóstolos), e ao 3º dia após a sua morte, foi visto e tido pelos seus discípulos como ressuscitado. Carmo (2001:135) refere que a partir de então “ (...) os apóstolos sofreram uma inflexão de 180 graus: de temerosos que estavam passam a desafiar o poder do sinédrio, proclamando publicamente a ressurreição daquele homem crucificado, (...) as conversões sucederam-se em massa, (...) juntaram-se ao grupo dos cristãos cerca de três mil pessoas (At 2, 41). O número de fiéis foi rapidamente crescendo e “ eram assíduos ao ensino dos apóstolos, à união fraterna, à fracção do pão e às orações” (At 2, 42). Os apóstolos, cumprindo os ensinamentos e instruções de Jesus de Nazaré, iniciaram desde então, um profundo processo de evangelização, que rapidamente se estendeu além fronteiras

Trinta anos após a sua morte, os seus ensinamentos foram escritos nos Evangelhos e nos Actos dos Apóstolos. Depois de associados a outros numa série de livros (21 epístolas (cartas de alguns apóstolos) e o livro da Revelação ou Apocalipse), foram posteriormente designados de Novo Testamento e adicionados à Bíblia judia, com o objectivo de dar a conhecer a pessoa de Jesus e os seus ensinamentos, que se assumem como a sua doutrina fundamental. A Bíblia é assim, para todos os cristãos, entendida como instrumento de uniformidade da crença, tornando-se a autoridade em todas as questões da fé cristã. Constituindo a obra central para o cristianismo (religião monoteísta) como um todo, a Bíblia Sagrada encerra as ideias fundamentais da crença. Deus é o criador de todas as coisas no universo, tendo criado o mundo em sete dias (Génese).

Assim, o cristianismo abrange todas as religiões que professam os preceitos deixados por Jesus Cristo, crê no Antigo e no novo Testamento. Inclui Católicos, Evangélicos,

Pentecostais e Ortodoxos. O cristianismo encontra os seus princípios nos ensinamentos de Jesus de Nazaré e preconiza o amor a Deus e ao próximo.

Carmo (2001:133), refere que “ a existência da *Trindade* constitui, um dos pilares da fé cristã, e aqui reside talvez uma das mais significativas diferenças entre a mensagem de Cristo a as das outras religiões monoteístas: ao contrário dos judeus que os precederam e dos muçulmanos que surgiram mais tarde, os cristãos crêem num Deus Trino, uma comunidade de três pessoas, inteiramente distintas umas das outras, mas com uma só natureza”. O cristianismo assume-se assim, como uma religião monoteísta que concentra a doutrina da Trindade, três pessoas (Deus Pai, Filho Jesus e Espírito Santo) numa só.

O preceito central da fé cristã assenta na crença de que Jesus era filho de Deus, o Messias, o salvador, e foi enviado à terra pelo Pai para salvar a raça humana do pecado, preferindo morrer na cruz como sinal e demonstração do seu amor pelo próximo. Desde então, ficava implícita a mensagem de que todos os que se arrependessem dos seus pecados e a Ele se convertessem seriam perdoados e se juntariam a Ele no céu após a morte.

“Jesus Cristo, como intermediário entre Deus e os homens, é a figura central da fé católica, sendo a sua mãe, Maria, também venerada” (Parkes et al, 2003:160).

Carmo (2001:142), refere a existência de sete *sacramentos* na igreja católica, sendo estes, “ (...) os canais de transmissão da vida de Deus aos Homens (a Graça), (...) que acompanham os vários estádios de vida do Homem, desde o nascimento (Baptismo) à morte (Santa unção) ”:

1) *Baptismo*, que apaga o pecado original (pecado herdado dos primeiros pais, Adão e Eva) e outros pecados que possam existir, e os torna cristãos, isto é, discípulos de Jesus Cristo, filhos de Deus e membros da Igreja (comunidade de todos os fieis baptizados, que tem como chefe supremo o Papa, sendo o Papa o sucessor de São Pedro, o vigário de Cristo na terra, o chefe supremo da Igreja, ao qual se deve obediência). Este sacramento apenas se pode receber uma só vez e é ministrado após o nascimento de uma criança, marca a sua iniciação e

pertença na comunidade cristã. Os cristãos acreditam que uma criança não batizada poderá não receber a vida eterna, o que torna importante batizar as crianças caso se encontrem em perigo de vida. Nesse caso o sacerdote deverá ser chamado o mais rapidamente possível. Em caso de emergência qualquer leigo (pessoa não consagrada) pode ministrar o batismo, fazendo o sinal da cruz na testa da criança, proferindo em simultâneo as palavras “ Nome ... Pelo sinal da cruz, eu te baptizo em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo. Amen”.

2) *Confirmação ou Crisma* (termo mais recente), que aumenta no cristão a vida do Espírito Santo e o ajuda a ser cristão perfeito, soldado de Cristo. Só se recebe uma única vez na vida.

3) *Comunhão ou Eucaristia* (termo mais actual), sacramento instituído por Jesus Cristo que para os cristãos, contém e dá o verdadeiro corpo e o verdadeiro sangue de Jesus, como alimento espiritual da fé cristã. É o mais importante sacramento, administrado na igreja ou à cabeceira do católico gravemente doente. Pode também fazer parte de uma cerimónia fúnebre. Enfatiza a unidade da fé e a força espiritual da comunidade dos cristãos, mortos, vivos e futuros.

4) *Penitência ou Confissão (e reconciliação)*, sacramento instituído para perdoar os pecados (falta de amor) cometidos depois do Baptismo. Um sacramento também importante, que visa não só a confissão e reconhecimento de todos os pecados cometidos, mas também, a absolvição (perdão para os que se arrependem e confessam os seus pecados). Só pode ser praticado por um sacerdote, em condições de privacidade absoluta. Próximo da morte é considerada muito importante a visita de um sacerdote ao moribundo, para que este possa arrepender-se, confessar e obter o perdão dos seus pecados a fim de poder partir em paz e viver eternamente em comunhão e Graça de Deus Pai.

5) *Extrema-unção ou Santa Unção* (termo mais recente), sacramento instituído para alívio espiritual e corporal dos doentes e para preparação para a vida eterna, na comunhão com Deus.

6) *Ordem*, sacramento instituído para dar aos sacerdotes (colaboradores dos Bispos, distinguidos com o sacramento da Ordem) o poder e a graça de exercer as funções sagradas do culto de Deus e da salvação das almas.

7) *Matrimônio*, sacramento instituído para estabelecer uma abençoada e indissolúvel união entre o homem e a mulher, dar-lhes a graça de se amarem e de educarem cristãmente os filhos. Sacramento sempre ministrado pelos cônjuges um ao outro, na presença do sacerdote como testemunha qualificada em nome da Igreja.

Os Sacramentos têm, implícitas 6 noções importantes na doutrina cristã e que ditam toda a conduta do homem cristão, a que se dá o nome de *Novísimos do Homem* (últimos fins do Homem): Pecado, Morte, juízo Final, Inferno, Céu ou Paraíso (Secretariado Nacional do Apostolado da oração, 1989).

Os cristãos crêem que após a morte (separação da alma do corpo) a alma vai para o céu / paraíso celeste (lugar onde se encontram todos os que morreram na graça de Deus (dom interior e sobrenatural que o senhor concede para a salvação), a casa do Pai, o reino dos bons, no qual gozam todos os bens eternamente), para o inferno (lugar onde se encontraram todos os que morreram em pecado mortal (3 níveis de pecados, estão subjacentes aos preceitos cristãos, *Pecado Original* (já anteriormente definido, ilibado pelo batismo), *Pecado mortal* (*Soberbia, Avaréza, Luxúria, Ira, Gula, Inveja e Preguiça* – considerados desobediências à Lei de Deus, com plena advertência do entendimento e consentimento da vontade) e por último o *pecado que brada ao céu* (Homicídio voluntário, pecado sensual contra a natureza, Opressão dos pobres principalmente viúvas e órfãos) etc.), ou para o purgatório (os católicos crêem no purgatório, como o lugar ou estado onde se encontram as almas dos que morreram na Graça de Deus mas sem cumprirem a penitencia pelos seus pecados. Estas almas podem ser aliviadas do purgatório com orações, boas obras, esmolas, e com a Santa Missa), de acordo com os pecados cometidos na vida terrena. A ideia de juízo ou julgamento final, após

a morte, está implícita nos preceitos cristãos, onde são prestadas contas no tribunal de Deus, em que serão como que avaliadas e saldadas as acções, boas e más, praticadas durante a vida terrena. Desta forma o veredicto final deste julgamento irá condicionar a forma de vida que se irá levar após a morte. Uma vida divina junto do Senhor Deus no seu reino dos céus, ou em alternativa, um castigo eterno, pelo mal dos pecados cometidos, junto do demónio, no reino das trevas, o inferno. Crêem no Juízo Final, quando os mortos ressuscitarão para uma vida eterna junto de Deus.

A religião cristã encara a morte como sendo uma passagem, o fim de uma vida terrena cheia de angústia e de pesar e o início de uma nova vida, uma vida celeste, junto de Deus, se a pessoa ao longo da sua vida enquanto mortal fez por o merecer.

Os rituais de morte e luto têm similaridades, incluindo: unção, velório, enterro e oração (cultos e missas).

Tal como afirma Carmo (2001:151), o Cristianismo desempenhou um papel fundamental na preservação de valores fundamentais da civilização, e é hoje, de todas as religiões, “ (...) a mais universal, não só por ser praticada por um terço da Humanidade, como por ter chegado a todos os países do planeta, podendo dizer-se que não há sítio, por mais recôndito, onde as missões não tenham chegado”. Para o mesmo autor “ (...) o mundo não só nunca mais foi o mesmo depois do nascimento do Cristianismo, mas também se tornou muito melhor, aprendendo a respeitar e defender valores fundamentais, como a vida, a liberdade, a igualdade fundamental de todos os seres humanos, etc.”.

O Cristianismo “ (...) influenciou profundamente os valores éticos, elevando os direitos humanos a um nível jamais atingido, e deixando uma profunda marca em todos os aspectos da nossa vida actual” (Carmo, 2001:136).

3. A morte no Islamismo

O Islamismo, religião monoteísta, é considerada uma das maiores e principais religiões do mundo, data do início do século VII. As suas raízes mergulham no Judaísmo e no cristianismo.

A palavra “Islamismo” enquanto nome da religião é entendida com o significado de rendição e submissão a Deus. O Islamismo é entendido como uma forma de vida para além de ser uma religião, sendo a palavra utilizada para definir uma sociedade, um tipo de cultura, de civilização.

Historicamente o islamismo tem as suas origens com Maomé no século VII.

Maomé (o profeta) foi apresentado com as revelações verbais de Deus (Alá) por intermédio do Arcanjo Gabriel, cuja mensagem abria entendimento a duas ordenações fundamentais: - a humanidade devia respeitar e adorar Alá; - Alá um dia viria a punir os homens de acordo com as suas leis e crenças.

O Alcorão (palavra de raiz siríaca, significa “a recitação”), o livro sagrado desta religião, contém a transcrição das ordenações celestes reveladas a Maomé, o profeta, pelo arcanjo Gabriel. O Alcorão afirma a infalibilidade da palavra de Deus (Alá) e representa um código de conduta para todos os aspectos da vida de um muçulmano, desde o berço até à sepultura. O Alcorão deve constituir um guia para a vida de um muçulmano justo e crente na sua prova para o Juízo final.

Os seus seguidores (Muçulmanos) prestam assim, o culto a Alá, o Deus supremo, onipotente, o todo poderoso, o criador do universo. O principal dever de qualquer muçulmano é acreditar em Alá e obedecer-lhe e quem segue os princípios islâmicos terá, à partida, lugar no paraíso depois do dia do Juízo Final. Quem não o fizer, terá o seu lugar no inferno.

Carmo (2001:168), refere que a fé Islâmica assenta na crença em deus único (Alá), no profeta Maomé, nos Anjos, no Livro e no Julgamento final, e impõe aos seus crentes alguns deveres, conhecidos como os “cinco pilares”.

No Islamismo existe assim, uma submissão absoluta à vontade de Alá, e são estabelecidos cinco pilares de fé, a serem cumpridos pelos muçulmanos:

- **A profissão de fé** (Shahada), servir de testemunha à unidade de Deus (Alá) e ao profeta Maomé;

- **A oração** (Salat) diária (cinco vezes por dia);

- **O Jejum** (Sawm) **no mês do Ramadão** (nono mês do ano no calendário muçulmano em que Maomé recebeu a primeira das revelações de Alá);

- **A esmola** (Zakat)

- **A peregrinação a Meca** (Hajj), pelo menos uma vez na vida.

Cumpridas estas obrigações, o homem deve saber os ensinamentos do Alcorão e cumprir o Shari’ah (conjunto de direitos e obrigações do Islão) a fim de se manter preparado para o momento em que abandonará este mundo e será julgado pelo seu criador – Alá.

Os muçulmanos, à semelhança dos cristãos, acreditam num único Deus, Alá, eterno, piedoso e criador de todo o universo. Segundo o Islamismo, Alá, criou uma vida para além da morte onde cada um dos homens tem um lugar, vida esta que ocorrerá em dois locais distintos: o paraíso, recompensa dos crentes e seguidores da doutrina islâmica, e o Inferno, castigo dos pecadores que duvidam da essência do Islamismo e seus preceitos fundamentais.

Os muçulmanos acreditam na vida para além da morte, no céu ou no inferno, junto ou distante de Alá, o Deus supremo, de acordo com o que foi praticado durante o seu percurso de vida terrena. Acreditam no dia do juízo final e na ressurreição do corpo.

A vida após a morte terá início no Dia do Juízo Final, ou seja, no dia em que todos os defuntos ressuscitarão fisicamente, e serão julgados pelas acções praticadas durante a sua vida

terrena. Nesse dia haverá uma divisão do mundo em duas partes essenciais: o paraíso e o inferno, para onde irá o povo ressuscitado.

A morte é vista como um momento de passagem para uma outra etapa; no Juízo Final acontecerá a ressurreição, todas as almas retomarão corpos jovens e sem defeitos, sendo entendida como um acontecimento natural.

“A vida após a morte continuará a existir, pelo que a preservação do corpo é essencial (...) sendo o corpo lavado pela família ou por pessoal especializado do mesmo sexo que o falecido. Não deverá ser lavado por pessoas não muçulmanas. (...) Acreditam que os mortos permanecem na sepultura a aguardar julgamento para determinar o seu destino (o paraíso ou o inferno), no entanto, o seu estado físico e mental será afectado pelos pecados cometidos. Os bons terão uma visão do paraíso e permanecerão intactos tanto a nível físico como sensorial” (Jonker, 2003:192)

Quando a morte se aproxima, as pessoas que se encontram junto do moribundo, auxiliam o moribundo a virar-se para Meca, na direcção da oração, para que possa pela última vez professar a sua profissão de fé. Após a morte o corpo é colocado sobre uma superfície dura, endireitado, lavado e posteriormente envolto em roupas brancas e limpas (sem nós ou costuras, os islâmicos acreditam que tal, poderá dificultar ou mesmo impedir a libertação da alma). Jonker (2003:179), afirma que “ o acto de limpeza do corpo satisfaz dois propósitos. Os corpos mortos devem ser limpos para assegurar que nenhuma impureza, como urina, sangue ou excremento, fique agarrado ao corpo. Ao mesmo tempo, os lavadores realizam os rituais da lavagem purificadora antes da oração com a finalidade de preparar o defunto para aquilo que o aguarda”.

Tais rituais surgem do pressuposto de que, apesar da vida na terra cessar com a morte, após esta, a vida irá continuar numa forma para a qual é indispensável a

conservação do corpo. Os crentes islâmicos preparam-se para a continuidade de uma existência corpórea após a morte.

O Islamismo considera, assim, a vida terrena não como uma vida em si mas como uma prova decisiva para a verdadeira vida que ocorre depois da morte física e do ressuscitar. No islamismo a morte, é uma perspectiva constante, os muçulmanos encaram-na como um factor de transição e não como um fim. A morte, influencia todo o dia a dia dos muçulmanos, já que toda a religião parece estar virada para o que vem depois dela e sabe-se, à partida, que os muçulmanos constituem um povo devoto que coloca Alá acima de tudo e com ele todos os ensinamentos do islamismo. Ao contrário do que ocorre geralmente, os muçulmanos não procuram esquecer a morte ou erradica-la da sua mente, pois pelo contrário, ela é um factor de grande peso que assume grande importância na sua vida quotidiana, encarando-a apenas como uma passagem. Assim, a morte ocupa um espaço significativo na vida de todos os muçulmanos como componente essencial do seu modo de vida e da procura incessante de pureza total, e quase se pode afirmar que os muçulmanos vivem em função do que ocorre a seguir à morte e este fim último está sempre presente em suas mentes.

4. A morte no Hinduísmo

Considerada uma das mais antigas religiões do mundo, o Hinduísmo é uma religião que se apresenta sem fundador humano concreto, tendo subjacente um conjunto de textos sagrados (os *Veda* e os *Smrti*) enviados pelo absoluto divino (*Brahman*) que livremente comunica com o homem, e que marca profundamente a sociedade e o seu estilo de vida, conjugando e permitindo a fusão entre a vida religiosa e a vida social. Delumeau (1999:161), refere que” o hinduísmo é essencialmente e indissolúvelmente um sistema sócio religioso”.

Brahman é o deus supremo, porém, impessoal. Ele é o absoluto, contendo em si mesmo todo o universo. Ele é a origem, a causa e a base de toda a existência.

Apesar do Hinduísmo ter *Brahman* como Deus supremo, é considerada uma religião politeísta (mais de um deus), existindo um número de deuses “menores” elevado, contudo eles integram-se num tronco comum constituído por três deuses principais ou “Superiores” e à volta do qual gravitam: *Brama*, *Vixnu* (Vishnu ou Visnu), e *Xiva* (ou Siva).

Carmo (2001), refere que a religião hindu defende a existência de um Deus Uno e absoluto chamado *Brahman* (Brâman) que se encontra acima de toda a criação e que preside à criação, conservação e destruição do universo. Sob a tutela de Brahman existe então uma tríade de deuses: *Brama* que simboliza a criação, *Vixnu* que simboliza a conservação e *Xiva* que simboliza a destruição. *Vixnu* e *Xiva* ao contrário de *Brama* reúnem um grande número de fiéis. *Vixnu* representa a ordem, a harmonia e a pureza, e é venerado principalmente pelas castas mais elevadas, enquanto que *Xiva*, divindade anarquista, é adorada por todas as castas mas principalmente pelas de condição mais baixa.

De entre a imensidão e abundância de deuses e divindades menores, encontram-se dois da maior importância e que ocupam um lugar muito especial na devoção hindu: *Devi*, deusa das aldeias que vela pelas suas comunidades e pelas crianças, protegendo-as e aos animais de doenças e de todos os males, e *Ganês* (Ganesh), deus do lar, das crianças e de modo geral da felicidade.

Assim sendo, o hindu pode adorar vários deuses, sabendo porém, que todos derivam do mesmo princípio ou essência – *Brahman*.

Carmo (2001:202) citando Varillon (1965) diz que o Hinduísmo assenta em dois pilares ou crenças fundamentais:

- A certeza de que a condição humana é uma condição de servidão;
- A certeza de que a libertação é possível.

Para o hindu toda a vida e o mundo em si mesmo, não passam de uma *ilusão*, que emerge do ciclo infindável de sucessivas mortes e nascimentos – a chamada *Transmigração*: determinando que o homem nasce para morrer e renasce de novo em outro ser, numa condição de vida melhor ou pior, o que depende dos actos praticados na vida anterior.

O *Karma* (ciclo repetitivo de nascimento, vida e morte) assume-se assim, como a lei que determina que cada acto praticado na vida presente produzirá os seus frutos na vida ou existência seguinte. Este ciclo repetitivo das várias existências é chamado de *Samsara*, contudo este ciclo de existências será quebrado quando o homem se dissolver, se fundir no Uno, o ser absoluto – *Brahman*. No Hinduísmo, o grande objectivo a alcançar é a salvação ou libertação (*Moksa*), é a absorção em Deus, ou seja, é a identificação com ele. Para o Hinduísmo, tudo o que não é Deus é *ilusão*, o mundo não passa de uma *ilusão*, encarando-se a libertação como o fim da ilusão. Alcançar a *moksa* (salvação, libertação) é a suprema meta do hindu.

As acções do homem (*Karma*) tornam-no responsável pelo seu próprio destino. Os seus erros deverão ser aniquilados numa série de reencarnações (*samsara*). Certas regras e práticas são indispensáveis para a libertar a alma do *samsara*. O caminho que conduz o hindu à *moksa* é conhecido por *marga ou yoga* (que significa união, junção, fusão com o absoluto universal – *brahman*). Existem vários tipos de *yoga*, com objectivos e funções distintas entre si.

È a crença neste princípio do *Karma*, que conduz o hindu de castas inferiores a aceitar resignadamente a sua situação, procurando viver de forma digna e no cumprimento correcto do *Dharma* (dever prescrito), a fim de tudo fazer para renascer numa casta superior.

O *dharma*, é segundo Dalumeau (1999:350), “ o conjunto das instituições, dos modos de vida, dos ritos de vida e dos comportamentos individuais “justos”, no sentido em que são geradores de paz, de estabilidade, de concórdia, de prosperidade, e permitem assim à generalidade das pessoas atingir, em toda a medida do possível, certos bens como o bem-estar

material, as satisfações dos sentidos, a saúde, a longa duração da vida, a continuidade das linhagens familiares.”

O *dharma* estabelece a divisão da sociedade em quatro grupos sociais, as *castas* ou *varnas*, assumindo valores, funções e posição social distintas: 1- *Casta dos brâmanes*, os chefes religiosos, sacerdotes, intelectuais e estudiosos dos *Veda*; 2- *Casta dos Kshatriyas*, os chefes militares, os guerreiros, e o rei; 3- *Casta dos Vaishyas*, comerciantes e camponeses; 4- *Casta dos Sudras*, onde se encontram inseridos os criados e todo o tipo de servidores.

Totalmente excluídos do sistema de castas e abaixo de todas elas, encontram-se um grande grupo denominado de “*os intocáveis*” excluídos por serem párias ou se encontrarem contaminados por alguma doença infecto-contagiosa, como a lepra, tuberculose, etc. A propósito dos intocáveis, Carmo (2001:204), refere que “a sua privação de direitos é tal que não podem tocar em nenhum membro de qualquer casta, preparar ou apenas tocar nos seus alimentos, nem sequer tocar na sombra de um brâmane com a sua sombra”.

A crença nas sucessivas reencarnações e a sua ligação aos actos praticados em vidas anteriores justifica a resignação dos hindus a este sistema de castas, pois acreditam que o cumprimento do *Karma* e o respeito pelos princípios do *dharma*, lhe permitirá uma sucessiva progressão nas diferentes castas ao longo das várias reencarnações. É a crença na recompensa futura pelos actos praticados na vida presente, ou seja o cumprimento escrupuloso do *dharma*, que permite ao hindu a aceitação da sua condição humana. Ele tem plena confiança, de antemão, que o cumprimento rigoroso do caminho para ele traçado, lhe permitirá alcançar uma existência melhor na próxima reencarnação, onde certamente aumentará as vantagens conseguidas na vida presente.

Subjacente a esta crença, está o *Karma*, mecanismo de avaliação aplicado ao comportamento humano e que determinará do bem e do mal praticado, ou seja, da conformidade ou não do comportamento do indivíduo ao *dharma*.

Tal submissão às leis do *Karma* e da *Transmigração* servem de base à ideia de que a condição humana é fundamentalmente uma condição de *Servidão*.

Em suma, podemos afirmar que a fé hindu centra-se na crença do Espírito Supremo, do qual a vida é originada. O Hindu crê que toda a vida é sagrada e que faz parte do ciclo Nascimento, Vida e Morte. Crê na reencarnação, ou seja, acreditam que todas as criaturas vivas têm um espírito eterno e estão sujeitas à reencarnação após a morte. Assim, a vida na terra é parte de um ciclo eterno de nascimentos, mortes e renascimentos (*Karma*). A existência presente resulta de uma retribuição ou recompensa pela vida passada, e a vida seguinte dependerá das boas ou más acções levadas a cabo na presente vida.

É dever sagrado (*dharma*) da família e da comunidade lidar com a morte no seio da família. Quando a morte se aproxima, o moribundo é colocado no chão e colocada uma ou duas folhas de manjerição (*tulsi*), molhadas na água sagrada do rio Ganges, são colocadas sobre os seus lábios. Após a morte o corpo será lavado pelos familiares, ornamentado com flores e levado em procissão para a pira onde será cremado. A pira é acesa pelo filho mais velho. Após a morte, e como sinais de luto, a viúva retira a marca de casada (*sindoor*), familiares femininos próximos, vestem saris branco durante um ano e os filhos, geralmente, rapam a cabeça, deixando apenas um pequeno tufo de cabelo.

As cinzas serão colocadas num pote ou urna e, ao décimo segundo dia as cinzas são lançadas ao rio Ganges (o rio sagrado), pois de acordo com as tradições hindus, as cinzas serão submersas no Ganges a fim de assegurar a salvação espiritual do morto.

5. A morte no Budismo

O Budismo foi fundado por um príncipe Indiano, de personalidade extraordinária, chamado Siddharta Guatama, nascido por volta de 550 a.c. em Lumbini, próximo de

Kapilavastu, norte da Índia, no actual Nepal. De linhagem nobre, filho do rei Suddhodana e da rainha Maya, Siddharta foi educado segundo os princípios fundamentais do hinduísmo, no palácio, rodeado do mais sofisticado luxo e longe das misérias, do sofrimento e alheio ao convívio e aos problemas da população do seu país (Carmo, 2001).

Aos 16 anos casa com a bela Yasodhara (sua prima), que lhe dera um filho, Rahula, vivendo sempre na corte. Contudo, ouvia comentários acerca da dura vida que se fazia sentir fora dos portões do palácio. Desde então, possuído por uma profunda curiosidade em conhecer uma realidade que contrastava profundamente com o seu estilo de vida, e contra a vontade de seu pai, decide atravessar a cidade e é então que se confronta com a dura realidade da velhice, da doença e da morte. Shiddharta fica choque com a realidade que acabava de conhecer e entra num profundo processo de crise existencial.

Aos 29 anos, “ insatisfeito com as respostas do Hinduísmo, em que fora educado, e preocupado com o sofrimento humano, Siddharta deixou a mulher e o filho recém-nascido, ouviu os mestres espirituais do seu tempo e acabou por encontrar o seu próprio caminho, através da meditação.” Carmo (2001:227).

Conta a lenda que Siddharta, resolveu meditar sob a protecção de uma figueira, a árvore *Bodhi*. Aí o demónio (Mara), símbolo do mundo terreno das aparências que ele se esforçava por superar, tenta envolvê-lo em dúvidas sobre o sentido do que fazia, mas sem êxito. É então que Mara, decide enviar-lhe as suas 3 sedutoras filhas (desejo, prazer e cobiça) com idades distintas (passado, presente e futuro), mas Siddharta apercebe-se que atingiu um estágio em que tais coisas se apresentam como ilusórias e passageiras.

Siddharta, em virtude de uma profunda transformação interna, psicológica e espiritual, que alterou a sua perspectiva e entendimento acerca da vida, atingiu finalmente a *iluminação*, tornando-se o *Buda* (significa iluminado) Shakyamuni (significa o sábio da tribo dos Shakya). Desde então, Buda passa a ensinar o *Dharma*, isto é, o caminho que conduz à maturação cognitiva que permite a libertação de grande parte do sofrimento terrestre, “ fez discípulos e

deu início àquela que havia de ser uma das religiões mais importantes da História” (Carmo, 2001:227).

O budismo tem uma profunda ligação com o hinduísmo, dado o seu fundador, Gautama Siddhârta, criado e educado num ambiente hindu, que partilhava da cosmovisão existente no seu tempo, ter sido ele próprio um *Ksatriya* (a sua casta de origem) iniciado na leitura dos Veda, por sua vontade, contrariando assim, a vontade de seu pai, o rei, que desejava ver o seu filho cumprir o *dharma* que lhe foi destinado.

Siddhârta, acreditava no Karman, no dharma, e na maioria das crenças hindus, contudo pretendia tratar as questões de forma diferente.

O Budismo, embora dissidente da tradição hindu, encontrou novos caminhos de libertação. A sua grande conquista foi ter conseguido quebrar o ciclo vicioso das sucessivas reencarnações (que no Hinduísmo se prolongam eternamente) através da iluminação final que conduz ao Nirvana (estado indefinível de dissolução da pessoa).

Séculos depois de Siddaharta ter fundado o Budismo, este viria a dividir-se em três Escolas: *Theravâda* ou do pequeno veículo, *Mahâyâna* ou do Grande Veículo, e *Vajrayâna* ou do veículo Tântrico, cujos fieis se difundiram por todo o extremo oriente.

Apesar de existirem 3 escolas diferentes no budismo, Carmo (2001:227) refere a existência de princípios comumente aceites por todas. Para além da crença na libertação das reencarnações, o autor refere que os budistas das diferentes escolas aceitam as “*quatro Verdades Santas*”, as “*três jóias*” e o “*triplo cesto de flores*”.

As “*quatro Verdades Santas*”, ensinadas pelo Buda no seu primeiro sermão (sermão de Benares), referem-se à dor: *A dor é universal, tem origem no desejo, é necessário suprimi-la, e o caminho sagrado para a sua supressão tem oito ramos: fé pura, vontade pura, linguagem pura, acção pura, meio de existência puros, aplicação pura, memória pura, meditação pura.*

As “*três jóias*”, apresentam-se para os budistas como o *caminho de salvação ou libertação*, e às quais estão ligados, são: *o Buda, o Dharma e a Sanga (Sangha).*

O *Buda*, significa “iluminado”, sendo entendido como um estado a que qualquer mortal pode aceder, e não uma única pessoa ou “Deus”, pois como nos diz Carmo (2001:228), “no budismo não se fala na existência de Deus como um Ser, mas apenas no Universo, na Realidade, na Vida. Constitui portanto, o Budismo, um caso único de uma religião “sem Deus” ”.

O *Dharma (Darma)*, que significa “Lei” e “Verdade”, constitui a doutrina fundamental do budismo, e centra-se no princípio de que o desejo é a causa de todo o sofrimento, pelo que se torna indispensável a sua eliminação, condição fundamental para alcançar a sabedoria e a iluminação, por intermédio de profunda meditação.

A *Sanga*, termo aplicado aos monges e monjas ordenadas e é constituída pela comunidade dos discípulos que alcançaram as várias etapas da libertação.

Por último, *os três cestos de flores*, representam os 3 grupos de textos budistas: *Sutras* (é o grupo mais importante e reúne os ensinamentos do próprio Buda), *Vinaya* (grupo de textos que concentram as “regras”os princípios de disciplina a que são submetidos os monges) e por fim os *Abhidharma* (último grupo de textos que expõem a doutrina búdica das diferentes escolas existentes).

Apesar de cada escola utilizar métodos distintos para alcançar o Nirvana, seguindo cada uma “veículos” diferentes, a verdade é que, entre outras características comuns, as três escolas ensinam a reencarnação (ou transmigração das almas – *Samsāra*) que segue um processo de aperfeiçoamento ou retrocesso, de acordo com o comportamento moral do indivíduo (*Carma ou Karman*), numa progressão evolutiva que conduzirá finalmente ao *Nirvana*. Assim sendo, à semelhança do Hinduísmo, o Budismo crê na reencarnação e na influência do comportamento moral de cada indivíduo (o *Karma*), contudo afasta-se do Hinduísmo ao afirmar a possibilidade de lhes pôr termo, quando o ser alcança o estado de suprema libertação pela total extinção (o *Nirvana*).

Os budistas *theravada* acreditam na reencarnação logo após a morte, ao passo que os budistas *vajrayaba* crêem na existência de um período (*bardo*) intermédio (até 49 dias) entre a morte e a reencarnação. Com efeito, os budistas *theravada* enfatizam a importância do esforço pessoal (*Karma*) como condição para alcançar a salvação, enquanto que os budistas *vajrayaba* traçam um caminho intermédio, após a morte, permitindo que, tanto o *karma* como as orações de terceiros, possam desempenhar o seu papel para alcançar a salvação.

De todas as principais religiões, o Budismo possui uma afinidade particularmente próxima com a morte, pois enfatiza o princípio da não permanência e a incessante transmutação de todos os seres e forças existentes, o interminável ciclo do nascimento, morte, renascimento e sofrimento que inevitavelmente acompanha a transição.

Na morte os humanos assumem a sua verdadeira identidade. As únicas coisas de valor que nos acompanham nesse momento são os resultados da prática espiritual.

Um budista moribundo (*ladakhi*) geralmente retira-se do mundo da ilusão para se preparar para a morte. Ele reza por uma melhor reencarnação. Um abade (*rinpoche*) ajuda-o a separar-se de todos os laços que o vinculam à vida. Após a morte o ripoche, a família, os monges, a sociedade local e um astrólogo, participam na cerimónia. O astrólogo prepara um horóscopo do morto, de forma a indicar as orações e cerimónias necessárias para afastar influências hostis.

A progressão do espírito após a morte é, assim, determinado pelo seu *Karma*, pelo seu estado espiritual, pela atmosfera emocional circundante e pelas orações e rituais dos monges. “O destino de uma pessoa após a morte não é apenas determinado pelo seu auto-criado *Karma* (ou comportamento moral); sendo também determinado pelas energias positivas emanadas a partir das orações sinceras dos monges e entes queridos” (Parkes, et al, 2003:116).

O corpo é cremado, na altura em que o astrólogo determinar, dado que para os budistas, o fogo é entendido como algo que permitirá queimar os pecados e todas as ligações

mundanas. Roupas e bens pessoais serão leiloados, como forma de desprendimento da pessoa a todo o tipo de bens materiais.

O budismo, tal como o hinduísmo, encara a vida como parte do eterno ciclo de nascimento, morte e reencarnação (Samsāra ou transmigração das almas). Todas as coisas vivas fazem parte deste ciclo e só se podem libertar dele se alcançarem o Nirvana. Os budistas esforçam-se por se libertar do Samsāra para poder alcançar o Nirvana (estado de pureza interior alcançado com a morte).

Para o budismo, a morte é o começo de uma nova vida, sendo entendida como uma fase positiva, para a qual o crente se prepara durante todo o período de permanência terrena, isolando-se e purificando-se através de uma constante e profunda reflexão.

6. Síntese

As principais religiões existentes no mundo – Judaísmo, Cristianismo, Islamismo, Hinduísmo e Budismo – possuem os seus próprios rituais e explicações para a morte. A religião é, por conseguinte, um excelente espaço para que a morte tenha voz e cada tradição transita isso de uma forma diferente.

Neste capítulo, fizemos uma descrição dos “pilares” e preceitos fundamentais das principais religiões do mundo, procurando compreender melhor a forma como são tratadas e vivenciadas as questões fundamentais da vida e da morte, seus rituais e cerimónias centrais.

Pudemos perceber que cada religião possui os seus rituais, crenças, princípios e preceitos centrais, que se impõem como princípios fundamentais que se traduzem como normas de conduta moral e social, regulamentando as interações humanas, conferindo sentido à construção de uma cultura.

A ideia de continuação após a morte constitui um fundo comum a todas as religiões antigas e ao cristianismo.

A ideia de imortalidade da alma tem também, sido diferentemente pensada e afirmada ao longo dos séculos pelas diferentes religiões que em comum o afirmam.

Comum a todas elas, é o facto de encararem a morte como um rito de passagem; uma transição ou jornada, isso nenhuma nega.

Apesar de possuírem rituais e cerimoniais fúnebres distintos, para as diferentes religiões apresentadas neste capítulo, a vida é considerada como um período intermédio, sendo a morte uma passagem para um novo viver mais pleno e superior. A visão da morte é bastante positiva nas diferentes culturas religiosas, na medida em que conduz sempre a um plano superior de realização, salvação ou mesmo libertação. Vida e morte não se opõem; pelo contrário, sucedem-se, sendo a vida uma etapa num processo do qual a morte também é parte integrante, mas não como o fim.

CAPÍTULO 4

CONTEXTO DA MORTE NA MODERNIDADE

SUMÁRIO

1. A crise contemporânea da morte:
A morte distante versus a morte próxima
2. Hospitalização da morte
3. Atitudes do enfermeiro face à morte
4. Síntese

*“A Morte está em tudo e em todo o lado.
Onde ela está, também pulsa e sorri a vida”*

Abílio Oliveira (1999)

A morte na actualidade tornou-se dona de um espaço pouco íntimo: o Hospital. Progressivamente deixou-se de morrer em casa para se usufruir de condições, que o hospital pode proporcionar, onde as decisões sobre a vida de uma pessoa se podem tomar sem o seu consentimento e mais grave ainda, sem o seu conhecimento. Sendo a morte uma realidade que mais cedo ou mais tarde nos bate à porta, o Homem poderá entristecer-se e lamentar-se da sua herança cultural, da sua herança social, da sua educação e da sua formação profissional que não o ensina nem o prepara para enfrentar a morte e muito menos para enfrentar a sua própria morte. Como não a compreende e poucas vezes a vivência, o homem tende a falar da morte como algo abstracto, estranho e alheio a si próprio, como se referisse constantemente a algo que só acontece aos outros (Frias, 2003).

1. A crise contemporânea da morte: A morte próxima versus a morte distante

A morte apresenta-se como um fenómeno extremamente complexo. Por um lado, parece estar sempre presente ao longo da nossa vida, em tudo o que somos e nos rodeia; por outro, parece manter-se totalmente ausente enquanto vivemos. A morte é-nos simultaneamente próxima e distante.

Na vida parece haver, apenas, um único conhecimento de “gravidade” - a morte. È um assunto em que se conspira contra a felicidade e, quanto mais a tentamos afastar do pensamento, mais ela se aproxima. Quanto mais a tememos, mais temível ela se torna; quanto

mais a procuramos esquecer, mais assalta a nossa memória; quem tenta fugir-lhe mais depressa a encontra, e assim, se ofusca tudo com a sua sombra (Maeterlink, 1997).

Porém é inegável a presença da morte nas nossas vidas, ela habita todos os nossos dias, frequenta todos os nossos espaços. Mantêm-nos cercados por todos os lados, entra na nossa casa pelo que vemos na televisão, pelo que ouvimos na rádio, ou pelo que lemos em notícias e artigos publicados nos mais diversos jornais e revistas. Consciencializamo-nos da sua real presença quando tomamos conhecimento da morte de alguém notável, sentimo-la próxima quando nos confrontamos com acidentes e ambulâncias, ou quando participamos em cerimónias fúnebres, sentimo-la entre nós sempre que um familiar ou amigo sofre de uma doença incurável, ou mesmo quando tomamos conhecimento da morte de alguém próximo ou conhecido.

A sua presença impõem-se-nos ainda mais forte, sempre que vivemos uma situação de doença ou na eminência de poder morrer. No entanto, a morte toca-nos e afecta-nos profundamente quando morre alguém que amamos muito, deixando um rasto nos afectos, nos sentimentos e nas emoções difícil de suportar, e até sentimos que morremos um pouco na relação que acaba. É nestes momentos que surge a consciência da nossa própria mortalidade. A morte impõe-se em plena autenticidade e torna-se evidente, irrefutável, implacável e, acima de tudo e de todos, evidencia a sua presença como sendo o último marco da nossa vida. Com efeito, a morte é irrevogável e irreversível, mas este acontecimento sela para sempre a existência de alguém.

Contudo, a morte parece estranha e misteriosa, distante e por vezes alheia às nossas vidas. Ela quer-se ausente do nosso quotidiano, sendo afastada, repudiada e até escondida por cada um de nós, como o revelam as nossas atitudes de hoje. Evitamos pensar e falar na morte, e procuramos camufla-la das mais variadas formas, ignorando a sua fatalidade ou desvalorizando o seu impacto na vida do homem. Encaramos a morte como um fracasso do homem e como um acontecimento inquietante e medonho, e por isso evitamos falar dela e

esforçamo-nos por esquece-la.

Hennezel (2002:12), questionando-se sobre a morte, refere “ se a morte nos angustia tanto, não será por nos remeter às verdadeiras questões, aquelas que frequentemente abafamos, com a ideia de as considerar mais tarde, quando formos mais velhos, mais sabedores, quando dispusermos de tempo para nos interrogarmos sobre os problemas essenciais?”.

De facto, age-se como se fosse possível evitar a ocorrência da morte, procurando mantê-la bem distante e procurando tomar o controle absoluto do seu evento.

Estas atitudes são nos nossos dias uma realidade comum à sociedade em geral, mas também se verificam entre os profissionais de saúde. É sobretudo porque estamos vivos e porque pensamos a morte como oposta à vida que a rejeitamos e a afastamos, como se tratasse de algo estranho e não nos dissesse respeito. Enquanto seres vivos que somos, nunca experimentamos a nossa própria morte, e por isso, parece difícil pensá-la como uma experiência própria, sendo apenas pensada como a morte do outro. Contudo a morte é um acontecimento único, solitário, pessoal e intransmissível, que nos acompanha e que nos envolve, mas que ainda não sentimos nem vivemos, o que Jankélévitch, (1977:34) brilhantemente resume ao afirmar: “ Onde eu estou, a morte não está; e quando a morte está lá, sou eu que já não estou mais. Enquanto eu estou, a morte virá; e quando a morte vem, aqui e agora, já não há ninguém”.

Todavia, ninguém duvida da morte, tão pouco da sua própria morte, e talvez por isso, o homem ao longo da história, preocupou-se sempre em desenvolver esforços para tornar a vida mais longa. Não obstante, a vida humana é inexoravelmente finita, sendo o homem um ser mortal, e está condenado à morte.

A morte não é externa ao homem, não vem de fora ou no final da vida, ela pertence à nossa natureza e pode surgir das mais variadas formas, em qualquer momento e em qualquer lugar, como resultado de um acidente, de uma doença, dentro ou fora de casa e apesar de se

poder morrer em qualquer idade, ela é inesperada para os jovens e, previsível e encarada como natural nas pessoas idosas.

De facto, a morte é uma presença constante na vida, ela está em todo o lado e teimamos em não olha-la de frente, com verdadeiros “olhos de ver”, quando ela, efectivamente, é a nossa leal companheira.

2. Hospitalização da morte

Noutros tempos, a morte era um acontecimento social que envolvia não só a família, mas toda a comunidade. Pode afirmar-se que a morte era um acontecimento familiar, público e comunitário. Morria-se em casa, no seio da família, e todos os vizinhos, amigos e conhecidos vinham para se despedir e prestar uma última homenagem ao moribundo, ao mesmo tempo que partilhavam o sofrimento dos familiares. Nos últimos momentos da vida viviam-se por vezes, momentos muito especiais no qual se resolviam questões pendentes durante toda uma vida, formulavam-se desejos, assumiam-se compromissos, pediam-se desculpas por antigas ofensas e reconciliavam-se pessoas há muito incompatibilizadas. O moribundo para além de morrer acompanhado e rodeado do calor, amor e carinho dos seus, era alguém com muito poder. Os seus desejos, vontades, opiniões e decisões eram valorizados. Actualmente, segundo autores diversos (Henriques (1993); Oliveira (1999); Hennezel (2002); Frias (2003)), na sequência dos avanços técnico-científicos e de modificações sociais importantes como as novas condições de vida e de habitação, famílias nucleares reduzidas, o isolamento em que se vive, a sociedade técnica, mecanizada, e impessoal, contribuíram para que a morte trocasse a casa pelo hospital.

Por outro lado, a sociedade em que vivemos, induz a uma vida de correria constante, onde não sobra tempo para nada, dedicada à aquisição de bens materiais, em que se verifica uma forte tendência para libertar o homem das suas obrigações, nomeadamente no que se

refere a familiares mais próximos. Assim sendo, quando um familiar se torna mais dependente ou quando a sua morte é eminente, o mais comum é ser entregue a instituições sociais ou aos hospitais (Frias, 2003). Uma pessoa que se abeira do minuto zero da vida requer cuidados e disponibilidade, o que hoje é escasso, podendo tornar-se “indesejada” aos olhos dos que lhe são mais próximos. Urge, assim, a incontornável decisão de a levar para um local que lhe preste a assistência que em casa se torna impossível de prestar. A opção, essa recai quase sempre sobre o hospital, ou sobre o lar, mesmo que a pessoa expresse o desejo de esperar a morte na sua casa. È inconcebível para a família não levar o seu familiar moribundo para o hospital, onde, receberá o melhor tratamento possível e onde a sua vida será prolongada até ao limite de aceitabilidade do seu corpo.

“O percurso para o hospital constitui por vezes o primeiro capítulo da morte” (Oliveira, 1999:152). E assim, a morte desejada, pode perfeitamente, ser para a sociedade em geral, aquela que ocorre nas organizações, longe dos familiares, amigos, vizinhos e crianças. Aquela cujo rasto se apaga em pouco tempo sem deixar marca na memória.

Nos dias de hoje a morte já não ocorre em casa, no sossego do lar. Ela foi transposta para o hospital onde o moribundo morre acompanhado muitas vezes de máquinas e de pessoas que desconhece, na maioria das vezes e na melhor das hipóteses, na presença do enfermeiro. Se durante muitos séculos a morte foi um acontecimento público, vivido num ambiente familiar, isso é hoje cada vez mais raro e se no início do nosso século, apenas 15% a 20% das pessoas morriam no hospital, agora as estatísticas europeias, apontam para 70% a 90% de mortes em meio hospitalar e instituições afins. Contudo, nas instituições afins, como os lares e as casas de repouso, apesar de substituir por vezes, o hospital, mantêm com ele uma proximidade intensa e muitas semelhanças, onde não faltam o médico e o enfermeiro (Oliveira, 1999).

Em Portugal, e pela primeira vez, esta inversão do local da morte (do espaço doméstico para o hospital) registou-se em 1991 (Cunha, 1999), e desde então verificou-se uma tendência crescente até aos nossos dias.

As transformações que a sociedade contemporânea tem vindo a conhecer no domínio da morte são de tal forma profundas e aceleradas que, para um estudioso da história social da morte como Ariès (1988:310), elas são hoje a “imagem invertida” o negativo da fotografia da morte tradicional.

Henriques (1993:11), afirma “A sociedade moderna dessocializou a morte, escorraçou-a do seio das famílias e encurralou-a nos hospitais e outras instituições, onde tantas vezes se morre sozinho atrás duma cortina numa enfermaria, fechado num quarto solitário ou no meio de incompreensíveis e sofisticados aparelhos, mas de qualquer das formas sozinho”.

Ao trocar a casa pelo hospital, a morte recuou e tornou-se ausente não só do seio familiar mas também do dia a dia social. Ficou mais distante ou mesmo mais camuflada, e hoje, ao contrário do que acontecia noutros tempos, as crianças são também impedidas de contactar com este derradeiro momento da vida tornando-se hoje possível a um jovem crescer e tornar-se adulto sem nunca ter tido contacto com a morte.

A familiaridade da morte desapareceu, sendo por vezes este facto mais confortável para a família do que para o moribundo.

No hospital a morte tornou-se solitária e fria, onde se morre “sem ninguém que partilhe o medo, ou a dúvida, ou a angústia, ou a paz, ou quem sabe a alegria, ou o que quer que se sinta e que tantas vezes urge partilhar. E ainda, tantas vezes sem poder fazer um último pedido, expressar um último desejo, deixar uma mensagem” (Henriques, 1993:11). O moribundo deixa de ser dono e senhor do seu corpo, da sua vida e sobretudo da sua morte.

Áriès (1989:145) diz que “durante milénios, o homem foi senhor absoluto da sua morte e das circunstâncias da sua morte”. Hoje deixou de o ser.

O indivíduo, tão cioso da sua liberdade de escolha durante a vida, vê-se então privado da possibilidade de escolher onde e como morrer, e ainda, vê-se privado de falar acerca da sua morte e de estar a morrer, tal é o secretismo e o silêncio que envolve este processo, não deixando espaço à comunicação que deveria estabelecer-se.

Além de ser tirado da sua casa, o moribundo deixou de ter consciência da sua morte, ou pelo menos essa consciência foi camuflada por técnicas e procedimentos que lhe são alheios, impedindo-o de vivenciar esta etapa da vida como acontecia outrora. Ariès (1989:149) refere a este propósito que o moribundo “fica privado dos seus direitos e particularmente do direito, outrora essencial, de conhecer a sua morte, de a preparar, de a organizar”.

Nas histórias da morte, verificaram-se assim, mudanças que deixam registo: são histórias de hospitalização, de afastamento, de horários de visita para os familiares, de isolamento, de silêncio e de solidão para o moribundo no momento derradeiro.

Concebido desde sempre, com a finalidade de tratar a doença, reabilitar, proteger a saúde, prolongar ou salvar a vida, o hospital nunca foi, um local onde se faça sentir uma grande preocupação pela morte. Os profissionais de saúde desenvolvem um trabalho amplamente virado para o diagnóstico, tratamento e cura das doenças, estando fortemente habilitados e preparados para manusear as tecnologias que permitem salvar vidas, relegando para um plano inferior as necessidades sentidas pela pessoa cuja morte se aproxima e pelos seus familiares.

Moita Flores (1994), citado por Cunha (1999:110), diz-nos a este respeito, “o hospital funcionando como centro reprodutor da vida (...) é também o lugar para a morte neste século”.

Porém numa instituição pública, vivenciar a morte do outro é, para os profissionais de saúde, basicamente, olhar e não interiorizar, o que os mantém afectivamente afastados em relação às pessoas em fim de vida (Oliveira, 1999).

A hospitalização da morte, veio traduzir-se numa necessidade de mudança de atitudes, não só do hospital como uma estrutura pensada para o tratamento da doença, mas também dos profissionais de saúde, e em especial dos enfermeiros que se encontram na linha da frente e mais próximos da morte.

Morrer, no hospital, tornou-se assim, um acontecimento demasiado solitário, triste, desumano e extremamente mecanizado para que pensemos ou sequer o possamos aceitar em contexto hospitalar. Hoje “morrer no Ocidente, é frequentemente morrer inconsciente, entubado, com gavagem, perfundido, anestesiado, no hospital, só e longe de tudo aquilo que antes do desenvolvimento do processo, fazia a vida” (Baudouin e Blondeau,1993:23).

3. Atitudes do enfermeiro face à morte

A transposição da morte de casa para o hospital, conduziu a novas implicações e preocupações por parte dos profissionais de enfermagem que com ela se confrontam diariamente e perante a qual se sentem reduzidos à sua condição de mortais, desprovidos de conhecimentos e de formação profissional que lhes permita olhar de frente para uma realidade que a cada instante se coloca diante dos seus olhos.

A morte não é uma utopia, mas sim uma realidade intrínseca à vida do enfermeiro que diariamente cuida de pessoas próximo do fim da vida. As suas atitudes perante a morte quebram as fronteiras do biológico, ultrapassam a cultura e o inconsciente, e exigem uma compreensão urgente e consciente. O enfermeiro é uma pessoa que sofre como qualquer outra, com o desprezar da morte, e ela é sem dúvida o acontecimento mais desgastante no dia a dia hospitalar, interferindo não só com o equilíbrio do enfermeiro, como no funcionamento do hospital que está mais preparado para curar do que para cuidar o doente incurável.

No hospital, tal como na maioria dos lugares públicos, as questões fundamentais à volta da vida e da morte, quase nunca se debatem. Como nos diz Oliveira (1999:141) “no hospital

não é comum discutir a morte, porque o tema é demasiado triste e o tempo é pouco. Todos a receiam e disfarçam (...) a morte familiar é algo arcaico, estranho, desconhecido ou improvável. Habituarão-se a assistir à morte (do outro) sem a ver e interiorizar, numa instituição social pública, mantendo-se afectivamente afastados, em relação aos moribundos”.

O enfermeiro é aquele que mais directamente e imediatamente sofre, sente, e se emociona com a morte, confrontando-se diariamente com um delicado papel na inescapável obrigatoriedade de a enfrentar e lidar com ela.

São poucos os que se encontram inteiramente preparados para a morte, e muito menos o enfermeiro preparado para a morte daqueles que cuida. Por mais maturo que se sinta na assistência aos vivos, o enfermeiro quase sempre se aproxima do moribundo com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia. Diante da morte o enfermeiro constata que o seu saber foi vencido, que a destreza e a técnica não são suficientes, que a sua formação, é praticamente inexistente. Não se sente preparado, quando mais necessária seria a sua presença.

Diante da morte o enfermeiro questiona-se: O que digo e o que faço? O que sinto, o que penso, o que imagino? Como esconder tudo aquilo que sente, pensa e imagina? Como permanecer sensível ao sofrimento do próximo sem se afogar nele? Como ignorar as questões que se desencadeiam no seu íntimo, como resposta às interrogações que se colocam em redor da morte? A final a sua formação é feita para preservar a vida ou para “baixar os braços” perante a morte?

Cuidar de pessoas que se aproximam do término da vida é uma das situações mais difíceis para o enfermeiro, constituindo um verdadeiro desafio pessoal e profissional. A dificuldade actual em lidar com a morte é avassaladora. A sua aproximação abala a dignidade do moribundo, a sensibilidade de uma família angustiada e desmoraliza o enfermeiro, incapaz de encontrar uma solução que se deseja mágica (Oliveira, 1999). Quando cuida de um doente moribundo, entra em contacto estrito com a morte, confronta-se em primeiro lugar, com os

seus sentimentos, ideias e pensamentos em relação à morte, recorda pessoas queridas que morreram e até outros doentes que de alguma forma o tocaram. A sua aproximação inquieta e angustia tanto o enfermeiro como o moribundo e família, e ambos parecem enveredar penosamente, por itinerários paralelos, permanecendo muitas vezes desamparados e afectivamente muito distanciados (Oliveira, 1999). A morte protagoniza a insegurança, sinaliza a mortalidade e evidencia a forma de ser, pensar, sentir do enfermeiro.

À medida que o doente moribundo ruma na direcção do grande portal, as atitudes do enfermeiro são por vezes de defesa, isolamento, obstinação terapêutica, recusa, fuga, denegação, afastamento/distanciamento, indisponibilidade face à morte. Tenta evitar o confronto com a morte porque, e tal como referem vários autores da actualidade (Oliveira, 1999; Hennezel, 2002; Pacheco, 2002), tem medo de investir afectivamente; medo de se magoar; é mais fácil deixar morrer que ajudar a morrer; a quer ignorar; não tem tempo; julga que o doente quer estar só; não sabe o que mais pode fazer; não quer estar próximo de alguém que vai morrer; recorda alguém querido; o moribundo já se tornou um amigo; não se sente capaz de comunicar; quer proteger-se dominando a angústia e a ansiedade que ela provoca. Por vezes as visitas ao moribundo tornam-se menos frequentes e mais rápidas. A capacidade de comunicar com o moribundo e a família diminui, resumindo-se muitas vezes a conversas sobre o tratamento ou as queixas. Deixa de haver lugar para falar do que o preocupa, expressar, os seus sentimentos, os seus medos, as dúvidas, as interrogações, partilhar palavras de afecto, de amor, de gratidão e de respeito mútuo. Muitas são as vezes em que ela chega sem que nunca se tenha tornado possível alcançar uma comunicação franca e aberta entre enfermeiro, moribundo e família. Perante tudo isto, e como seres humanos que são, reagem de forma pessoal e única face à proximidade da morte, à luz dos seus conhecimentos, valores, crenças, vivências e preparação interior.

SFAP (1999), refere que quando confrontados com a morte, é comum os enfermeiros tentarem proteger-se da angustia, da ansiedade e dos demais sentimentos e emoções que ela

gera. A falta de preparação pessoal e profissional e a impotência que sentem por vezes para lidarem com a morte impõe aos enfermeiros a necessidade de se munirem, à partida, de estratégias de adaptação conscientes ou inconscientes, chamadas de *mecanismos de defesa*:

- *A mentira* – este mecanismo permite ao enfermeiro sair de uma situação geradora de angústia, mas é prejudicial ao doente. Passa a falar de uma inflamação em vez de cancro ou de abcesso em vez de tumor.

- *Fugir para a frente* – consiste em “dizer tudo”, em acenar um saber médico pesado para o enfermeiro, sem ter em conta a solicitação do doente nem a sua maturidade psíquica. Trata-se de se libertar de um segredo angustiante não partilhado.

- *A falsa segurança* – consiste em manter uma esperança artificial quando o doente não acredita nisso, embora a intenção seja a de encorajamento.

- *A racionalização* – é o mecanismo de defesa que permite que o enfermeiro se coloque atrás de um discurso técnico, hermético, incompreensível para o doente. Utilizando os termos complicados, o enfermeiro sente-se tranquilo por não mentir ao doente e pensa ser menos violento para ele. Evita assim envolver-se na dimensão emocional da sua relação com o doente.

- *A identificação projectiva* – ao contrário do comportamento anterior, este mecanismo de defesa consiste em entrar numa proximidade relacional extrema que faz desaparecer toda e qualquer distância protectora. Tocado de maneira muito pessoal pela morte e pela história e sofrimento do doente, o enfermeiro tem tendência a identificar-se com ele. Tenta proteger-se da sua angústia através de um mecanismo de projecção que o leva a emprestar ao doente os seus sentimentos e emoções, pensando que não é ele quem sofre mas sim o doente. O enfermeiro convence-se de que é o único a perceber e a compreender tal realidade e a ter

respostas tão adaptadas quanto lhe parece possível. Para que este mecanismo de defesa não seja fonte de desespero, deve ser vivido de um modo simbólico, dando sentido à experiência: não se trata de viver a própria morte por antecipação, mas da experiência de morrer através da morte do outro.

SFAP (1999), refere ainda que a identificação dos seus mecanismos de defesa pode ajudar o enfermeiro a aceitá-los como uma resposta legítima à sua própria angústia perante a morte.

Permanecer junto do doente que se aproxima da morte, com uma forma de estar que vai de encontro às suas necessidades físicas, psíquicas, intelectuais ou espirituais, é algo que para além de tudo o que é ensinado no curso, não se aprende, é algo que se adquire em parte, pela experiência vivida no dia a dia.

No entanto, quando o enfermeiro se encontra diante da morte, nem sempre é fácil conseguir o equilíbrio desejável entre as exigências da técnica e da terapêutica e a sensibilidade humana. Isto é fruto de uma maturidade lentamente adquirida no decurso da sua vida profissional com todos os seus percalços, incompreensões, cansaço ou mesmo alegria e satisfação.

Pode dizer-se que é pela presença e pelo investimento na relação, que se possibilita ao moribundo um ambiente no qual ele possa assumir e aceitar a sua morte. É a cuidar de doentes que se abeiram da morte que muitas vezes o enfermeiro aprende o verdadeiro valor da vida e dá valor aos pequenos gestos como o toque, saber comunicar, saber escutar, o guardar e respeitar o silêncio (Martins, 1996).

O enfermeiro não poderá esquecer a assistência à família e/ou pessoas significativas para o moribundo. Deve sempre lembrar que a família é uma “peça” importante, devendo tomar a responsabilidade de a ouvir, mostrando disponibilidade e compreender que muitas vezes a sua revolta e agressividade manifestada, não nos é dirigida pessoalmente, mas é um

“grito” de dor e de desespero da sua incapacidade para ajudar a pessoa de quem gostam, pois também podem estar a viver uma crise profunda e dela depende o acompanhamento da pessoa que vive uma situação limite. Deve, se possível, permitir e envolver a família no acompanhamento da pessoa que aguarda a chegada da morte. Pois como bem conhecemos, nos nossos dias é cada vez mais difícil, devido às condições de vida, as pessoas poderem terminar os seus dias em casa, no seu ambiente familiar, que conhece bem e lhes é querido.

Segundo Henriques (1993), antes do enfermeiro poder ajudar o moribundo e a sua família, deve desenvolver uma filosofia que lhe permita a aceitação da morte como realidade final. A morte do outro não o perturba só quando está vestido de branco, no seu local de trabalho. Todos sabemos o quanto é difícil ficar indiferente ao sofrimento e morte que desencadeia no enfermeiro uma série de sentimentos, ideias, emoções que não surgem por acaso, mas porque ao olhar para o moribundo tem a sensação subjectiva e inconsciente de que também tem um corpo que pode estar sujeito ao sofrimento, e é a partilha desta experiência que não o deixa indiferente e o conduz de forma intuitiva e emocional a dar respostas reveladoras dos seus sentimentos e emoções.

De acordo com Fontes (1995), o encontro com a morte coloca ao enfermeiro problemas e causa uma panóplia de sentimentos como a negação, culpa e frustração, racionalização, depressão, que poderão evoluir para uma fase de aceitação e stress. Entre estes pode também surgir a tristeza, desespero, revolta, compreensão, piedade, compaixão e simpatia.

- *Negação da morte / entusiasmo para a vida* – o contacto com o moribundo tende a ser superficial e impessoal. A morte é inaceitável e o enfermeiro desenvolve todos os esforços para salvar o doente. Criam-se “falsas esperanças”, explicam-se histórias incorrectas, consumindo uma grande quantidade de energia para manter viva a negação e assim evitar a angústia.

- *Culpa e frustração* – Após ter lutado, para manter a vida do doente, a sua agonia acentua-se. O enfermeiro sente-se culpado e frustrado, pois à medida que se vê confrontado com a realidade da morte do seu doente ele também enfrenta o espectro da sua própria morte. A relação entre enfermeiro – doente e família, a omissão ou informação incorrecta ao doente e família, a experiência do enfermeiro são entre muitos, factores que contribuem para o desenvolvimento destes sentimentos.

- *Racionalização* – Como tentativa de superar a morte, o enfermeiro, tenta muitas vezes proteger o seu equilíbrio emocional apresentando uma explicação plausível como real, tentando aliviar a angústia e sofrimento que o reconhecimento da morte lhe acarretaria.

- *Depressão* – O enfermeiro pode passar por uma fase de envolvimento emocional. A dor, e o desgosto estão presentes. Vê-se confrontado com a necessidade de ser forte e de demonstrar auto-controle. Esta é uma das exigências que faz a si próprio e que aparece também como resposta às expectativas dos seus colegas. Perante tais situações, o enfermeiro vê-se perante um dilema: ou aceita a realidade da morte ou entra em stress.

- *Aceitação* – Abrangida por uma sensação de liberdade emocional, deixa de apresentar sinais de depressão ou preocupação com a sua própria morte. Isto não significa que deva manter a distância profissional e emocional, muita vezes defendida por enfermeiros mais experientes, mas sim reconhecer em si mesmo que quer seguir actuando de forma matura, serena e útil.

- *Stress* – Mesmo adoptando mecanismos de defesa (já apresentados neste capítulo), o enfermeiro não aceita a morte, poderá enveredar por uma luta contínua entre os vários recursos que tem para enfrentar o problema. Poderá manifestar distúrbios psicossomáticos, ideias negativas, alterações emocionais, o que pode afectar as suas relações com o próximo e até mesmo com a sua família.

Pimentel (1992) a propósito de sentimentos e emoções, refere que, não se pode esquecer que o enfermeiro, como todos os seres humanos, tem as suas tristezas, irritações, receio da morte entre outros sentimentos, que lhe causam ansiedade, devendo procurar, na medida do possível, tornar estas tensões mínimas. Assim como o doente e a família necessitam de expressar o seu pesar e a sua dor, também o enfermeiro têm essa necessidade.

Para Fontes (1995), a maneira como o enfermeiro encara e aborda a morte depende de muitos factores, entre eles: a religião, ritmo de vida, medo da morte e a ansiedade, experiências ou contactos anteriores com doentes que caminham para a morte, local de trabalho.

Para o enfermeiro a morte hospitalizada, poderá assumir o papel de “descanso e alívio” do sofrimento ou ainda de “tragédia”, diferentemente do que julga o senso comum, “frieza” sobre os factos tristes que ocorrem no dia a dia do hospital, pois esses profissionais são “gente que cuida de gente”. Trata-se de um quotidiano árduo e é preciso ter muita sensibilidade e vários mecanismos de defesa, para suportá-lo.

Para o enfermeiro, é difícil cuidar da pessoa que caminha para a morte. É particularmente difícil lidar com os aspectos emocionais do doente e família, e além disso o enfermeiro também tem de lidar com os seus próprios sentimentos, emoções e pensamentos, o que torna o seu papel ainda mais exigente, mas ao mesmo tempo que é um grande desafio, no fim pode ser até uma compensação.

Aliar à competência técnica a competência humana, cuidar de pessoas antes de tratar os sinais e sintomas e acompanhar os doentes até ao fim, enfrentando a sua morte de mãos dadas, é o grande desafio que a hospitalização da morte impõe ao enfermeiro. O enfermeiro pela proximidade que tem com o moribundo, experimenta frequentemente sentimentos de impotência e revolta perante a morte e tem dificuldade em gerir o processo de morte dos que cuida, os seus sentimentos, emoções e convicções pessoais face à morte tendem a aflorar à

consciência, contudo, em todas as circunstâncias, é necessário que o enfermeiro esteja atento e seja capaz de lidar e gerir os seus próprios sentimentos.

O enfermeiro tem um trabalho difícil, e está constantemente sujeito a grandes esforços, pressões, conflitos internos, dificuldades, mas não será por partilhar as suas emoções, sentimentos e ideias que se sentirá diminuído quer como profissional, quer como ser humano. Só quando o enfermeiro tiver a verdadeira noção da forma como percebe e representa a morte, é que poderá resolver os seus próprios conflitos em relação à morte, encontrando capacidades e características necessárias para lidar e enfrentar a morte no seu dia a dia social e profissional.

Assim como nascemos, crescemos e aprendemos a andar, a ler, a escrever, entre muitas outras aprendizagens, bem como a enfrentar as dificuldades, a consciencializarmo-nos das nossas capacidades, também a aprendizagem da morte e a forma de lidar com ela, deveria estar circunscrita na vida social e profissional.

O enfermeiro, poderá entristecer-se com a sociedade, com a educação, com a profissão que não o souberam preparar para enfrentar a morte, mas jamais se poderá esquecer que é representante de uma das mais nobres, admirada e respeitável profissão.

4. Síntese

Contexto da morte na modernidade, este capítulo é dedicado à *crise contemporânea da morte*, alertando para a dificuldade que a sociedade actual tem em lidar e integrar a morte na vida quotidiana. Como não a compreende e poucas vezes a vivência, o homem tende a falar da morte como algo abstracto, estranho e alheio a si próprio, como se referisse constantemente a algo que só acontece aos outros.

Seguidamente, neste capítulo, fizemos referência ao contexto da morte na modernidade, *a hospitalização da morte*, alertando para os factores que contribuíram para a dessocialização da morte e levaram a que fosse institucionalizada, apresentando em simultâneo uma reflexão sobre os aspectos que rodeiam a morte, em particular da que ocorre no hospital.

O hospital surge assim, como o único local onde se pode morrer, porque nem a sociedade e tão pouco a família a querem enfrentar.

O capítulo termina com uma abordagem acerca das *atitudes dos enfermeiros face à morte* retratando as dificuldades que estes profissionais de saúde têm em lidar com o derradeiro momento da vida e alertando para a necessidade de uma aprendizagem da morte, que deveria estar circunscrita na vida social e profissional.

PARTE II

PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO 5

DISPOSITIVO METODOLÓGICO

SUMÁRIO

1. Problemática
2. Opções e procedimentos metodológicos
 - 2.1 - Tipo de estudo
 - 2.2 - Questões e hipóteses do estudo
 - 2.3 - População / Amostra
 - Caracterização sócio-demográfica da amostra
 - 2.4 - Variáveis em estudo e sua operacionalização
 - 2.5 - Instrumentos de colheita de dados
 - 2.6 - Procedimentos éticos e formais
 - 2.7 - Procedimentos na recolha de dados
 - 2.8 - Procedimentos no tratamento dos dados
3. Síntese

1. Problemática

Desde os primórdios da civilização, a morte tem despertado no homem um misto de curiosidade e inquietação, sendo ainda hoje um dos grandes mistérios da vida, contudo “é impossível conhecer o homem sem lhe estudar a morte, porque, talvez mais do que na vida, é na morte que ele se revela. É nas suas atitudes perante a morte que o homem revela o que a vida tem de mais fundamental” (Morin, 1988:330). Tal como a vida, a morte é uma presença constante em tudo o que somos e nos rodeia, momento único e forte da vida pessoal, momento de desordem e ruptura que, talvez como nenhum outro, deixa um rasto de marcas nos afectos, nas emoções, nas atitudes, e vivências quotidianas.

A sociedade contemporânea rejeita de todas as formas, falar sobre a morte e embora a morte se reconheça como um fenómeno natural, ela é na actualidade um tema tabu e interdito socialmente. Transformou-se num terrível e inexplicável fenómeno da vida pessoal e social, pelo que evitamos falar dela e nos esforçamos por esquece-la, e embora tenhamos consciência da nossa mortalidade, alimentamos o desejo de atingir a imortalidade e identificando-nos com a ideia de eterno.

Na actualidade, a morte não tem o mesmo lugar que tinha no passado. Não há muito tempo atrás, a morte era um acontecimento público e social que envolvia não só a família, mas toda a comunidade. A pessoa morria em casa, no leito da sua cama, rodeada de amor e carinho dos familiares, amigos, vizinhos e conhecidos que vinham para prestar a derradeira homenagem ao moribundo, bem como partilhar o sofrimento dos familiares. As transformações ocorridas neste século transferiram a morte do domicílio para as paredes de um lugar estranho, o hospital. A casa revela-se então um local inóspito para morrer, sendo hoje a

morte, um acontecimento que se tornou solitário, desumano, impessoal, mecanizado, interdito e demasiado triste para que pensemos nele.

A sociedade moderna dessocializou a morte, prescrevendo-a dos palcos da vida quotidiana, escorraçou-a do seio familiar e confinou-a nos hospitais e instituições afins, onde não são raras as vezes em que o doente é mais um entre muitos outros, que acaba por “partir” na companhia de um enfermeiro ou mesmo sozinho atrás de uma cortina numa enfermaria, num quarto solitário rodeado de estranhos e sofisticados aparelhos, sem alguém para partilhar os medos, a dúvida, a angústia ou mesmo a paz e serenidade de espírito.

As transformações ocorridas neste século, são hoje equacionadas como a crise de uma sociedade que dá sinais evidentes de não saber lidar com a morte, sendo perfeitamente possível a uma criança tornar-se adulta sem nunca ter visto alguém morrer.

A morte tornou-se uma realidade intrínseca na vida social e profissional do enfermeiro, assumindo contornos duplamente preocupantes, que nos inquieta enquanto cidadão comum e como enfermeiro, ela protagoniza assim, a nossa insegurança, sinaliza a nossa mortalidade e evidencia a nossa fragilidade humana.

As representações sociais da morte, traduzem uma forma de pensar, de ser e de estar, socialmente elaborado num determinado grupo e contexto social, conferindo a cada um de nós uma forma própria de pensar, sentir, estar e reagir.

O poder da morte é, mais do que qualquer outro, avassalador e omnipresente, já que, diariamente nos confronta no nosso dia a dia social e profissional, transformando-se numa presença constante em tudo o que somos e onde quer que estejamos.

A morte, esta realidade tão dura e tão evidente, visível e acessível para todos, vista como uma certeza e clarividência que aumenta a cada dia que passa, deve ser considerada como um acontecimento do mundo, inserindo-se o problema de conviver com a morte, cada vez mais nas nossas vidas.

Oliveira (1998:142) citando Borges reforça a ideia “ Não há morte impessoal e neutra. Falar da morte é sempre referir-se a si mesmo enquanto mortal. Cada um tem de morrer a sua própria morte (...). E, embora não saibamos nem quando, nem onde, nem como morremos, o que é certo é que não há arte autêntica de viver que não inclua a sabedoria da aprendizagem da arte de morrer. Não se trata, portanto, de envenenar a vida com o pensamento mórbido da morte, mas de viver na dignidade e na lucidez (...). De facto, como integrar a morte numa sociedade em que os valores dominantes são o poder, o parecer eternamente jovem, o êxito, o prazer? A morte tornou-se tabu, talvez o último tabu”.

Neste contexto, o enfermeiro é obrigado a encarar a morte como parte integrante do seu dia a dia social e profissional, fazendo emergir em si próprio uma crescente necessidade de clarificar o que também ele pensa, sente, imagina face à situação de morte, enquanto cidadão comum e como enfermeiro, inserido nesta sociedade que escamoteia e esconde a morte e para a qual a sua formação profissional não o prepara.

Diante da morte o enfermeiro confronta-se com inúmeras questões, porque ignora as reacções que se desencadeiam em mim? O que penso? O que sinto?, experimentando uma panóplia de emoções ou sentimentos, ideias ou pensamentos, imagens ou símbolos, que não são mais do que o reflexo da forma como percepciona e representa a morte.

Em suma, nesta investigação, pretendemos aprender e compreender a forma como a morte, é percepcionada e representado pelo enfermeiro que é simultaneamente um cidadão comum que teme a morte e um profissional que no seu dia a dia laborar se inquieta e angustia no confronto com o derradeiro momento da vida, para o qual se sente desprovido de preparação social e profissional.

A escolha deste tema reflecte assim, a sua pertinência:

- Social, porque pensar a morte é pensar numa série de questões sociais (valores, crenças, atitudes, cultura, papel social) e em nos próprios, na nossa postura, no nosso modo de ser e agir.

- Profissional, porque enquanto enfermeiro, julgo que a consciencialização da percepção e representação que temos da morte, permitirá ao enfermeiro a conquista de uma intimidade serena, madura e tranquila com este derradeiro marco da vida com o qual se vê confrontado no seu quotidiano pessoal, social e principalmente profissional.
- Pelo facto de não ser conhecido até ao momento nenhum estudo, que aborde esta temática, neste contexto (em enfermeiros em diferentes contextos de intervenção), esperando que possa revelar uma utilidade e interesse prático.

Face à problemática apresentada os objectivos deste estudo, obviamente limitado nas suas possibilidades económicas e de tempo, são:

Objectivos gerais:

- Conhecer a forma como os enfermeiros percebem e representam a morte;
- Apreender as dimensões significativas (ou universos semânticos) que estruturam as representações da morte, em enfermeiros de cuidados de saúde primários e enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados (considerando que as representações são estruturadas a partir de ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos e imagens ou símbolos, que estes sujeitos associam à morte).

Objectivos específicos:

- Sistematizar conhecimentos sobre a morte, suas questões fundamentais e suas formas de representação social;
- Verificar em que medida a idade, o género, o tempo de exercício profissional, a categoria profissional e a religião são determinantes de diferentes dimensões significativas das representações da morte;
- Verificar se as dimensões significativas das representações da morte são condicionadas pela área de actuação dos enfermeiros em estudo (CSP e CSD);

- Verificar se as dimensões significativas das representações da morte são condicionadas pela perda de um ente querido, ou pela vivência de uma situação muito próxima da (própria) morte;
- Verificar se as dimensões significativas das representações da morte são moldadas pela religião (crenças e práticas religiosas).

2. Opções e procedimentos metodológicos

Ao longo deste capítulo será abordada a metodologia utilizada neste estudo. Optamos por uma metodologia que nos pareceu viável à consecução de resultados, tendo em conta a problemática em estudo, os recursos e o tempo disponível para o efeito.

De acordo com Fortin (2000:372), a metodologia consiste no “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”.

Para Quivy e Campenhoudt (2003), a metodologia consiste na descrição dos princípios fundamentais a colocar em prática em qualquer trabalho de investigação.

Assim sendo, a metodologia a utilizar tem como principal objectivo, dar a conhecer todos os procedimentos que são adoptados para a obtenção dos dados que nos permitem tirar conclusões válidas da nossa pesquisa. Deste processo dependerão todas as restantes etapas do planeamento, assim como a eficácia e eficiência das acções a desenvolver.

Pinto (1990:35), refere que “o objectivo da metodologia não é compreender os produtos da investigação científica, mas antes o próprio procedimento científico” pelo que neste capítulo serão abordados em pormenor os aspectos relativos às questões de investigação formuladas, selecção da população / amostra, descrição dos instrumentos de colheita de dados, procedimentos éticos e formais relativos à recolha de informação e por último, procedimentos no tratamento e análise dos dados colhidos.

2.1 Tipo de estudo

Face à problemática em estudo e tendo em conta as perguntas de partida e os objectivos do mesmo, optamos por realizar um estudo *quantitativo comparativo* de carácter *exploratório, descritivo e analítico transversal*.

- *Quantitativo* – porque os dados quantitativos colhidos no decurso da pesquisa serão processados através de medidas estatísticas permitindo reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar a informação numérica com o intuito de responder às indagações da pesquisa.

- *Comparativo* – porque se propõe comparar os resultados obtidos entre os 2 grupos de enfermeiros que integram a amostra em estudo (Enfermeiros de cuidados de saúde primários (CSP) e enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados (CSD)).

- *Exploratório* – Porque se propõe explorar as dimensões do fenómeno em estudo (dimensões significativas que estruturam as representações da morte em enfermeiros), a forma pela qual ele se manifesta e os factores ou determinantes com o qual ele se relaciona, visando assim, proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco estudada e levanta hipóteses de entendimento dessa realidade / fenómenos.

- *Descritivo* – porque visa caracterizar os fenómenos em estudo, descreve os factores ou variáveis e detecta relações entre estas variáveis ou factores.

- *Analítico* – Porque visa analisar as relações existentes entre as variáveis dependentes e independentes em estudo procurando identificar algumas determinantes das dimensões significativas que estruturam as representações da morte no universo em estudo.

- *Transversal* – porque se propõe a recolher os dados relativos às variáveis em

estudo num único momento ou período de tempo (Abril e Maio de 2005) definido. O estudo realizou-se apenas em um único momento, com base no qual procuramos explorar, descrever, analisar e comparar a realidade/fenómenos em estudo tal qual ela se nos apresenta.

2.2 Questões e hipóteses do estudo

Uma investigação é por definição, algo que se procura, caminhando para um melhor conhecimento de um fenómeno de interesse para o investigador. Por conseguinte, o investigador deve determinar, tão rápido quanto possível, o primeiro fio condutor.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), a melhor forma de começar um trabalho de investigação social consiste em esforçar-se por enunciar o projecto de investigação sob a forma de uma ou mais questões, tentando o autor exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar ou compreender melhor, servindo assim, de primeiro fio condutor da investigação. Tais questões deverão reger-se e respeitar 3 níveis de exigência essenciais: clareza, exequibilidade e pertinência.

Face à problemática em estudo, procura-se encontrar resposta a duas questões de investigação:

Questão 1: Que representações sociais têm os enfermeiros sobre a morte?

Questão 2: Quais os factores condicionantes das representações sociais da morte em enfermeiros?

As questões de investigação constituem o elemento fundamental do início de uma investigação, abrindo caminho a todo o percurso investigativo.

As hipóteses constituem os eixos centrais de uma investigação, apresentando-se como proposições que procuram responder às questões formuladas. A organização de uma investigação em torno de hipóteses constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor, visando encontrar resposta às questões de investigação enunciadas.

Quivy e Campenhoudt (2003:119), afirmam que “ (...) um trabalho não pode ser considerado uma verdadeira investigação se não se estruturar em torno de uma ou várias hipóteses (...) Uma hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos, que, segundo os casos, podem ser conceitos ou fenómenos. Uma hipótese é, portanto, uma proposição provisória, uma pressuposição que deve ser verificada”.

Uma hipótese surge como a antecipação de uma relação entre uma ou mais variáveis em estudo e apresenta-se assim, como uma resposta provisória a uma pergunta, fornecendo à investigação um fio condutor eficaz que, a partir do momento em que é formulada, substitui nessa função a questão de investigação, devendo esta permanecer sempre presente na nossa mente (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Segundo Gil (1991:60), as hipóteses “são uma suposta resposta, ao problema de investigação. É uma proposição que se forma e que será aceite ou rejeitada somente depois de devidamente testada”.

Neste âmbito, de acordo com as questões de investigação apresentadas, os objectivos e problemática em estudo, formulamos 4 hipóteses para o presente estudo, que para além de objectivas e sucintas, pudessem ser devidamente testadas pelos meios estatísticos disponíveis:

H1 – As características sócio – demográficas (idade, género, tempo de exercício profissional, categoria profissional, religião) influem na estruturação das representações da morte.

H2 – Os enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários apresentam dimensões significativas da morte diferentes dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados.

H3 – A morte recente de um ente querido (familiar ou amigo) influi na estruturação das representações da morte.

H4 – A vivência de uma experiência pessoal próxima da morte influi na estruturação das representações da morte.

2.3 População / Amostra

Carmo e Ferreira (1998:191), definem população ou universo como “ o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição (...) com uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferem de outros conjuntos de elementos”.

Fortin (2000:202), refere que a população “ é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, (...) sendo o elemento a unidade de base da população junto do qual a informação é colhida”, neste âmbito foi definida como população alvo deste estudo o conjunto de enfermeiros do Hospital de Santo André, S.A – Leiria e os enfermeiros dos Centros de Saúde do Conselho de Leiria. A população alvo foi escolhida pela proximidade ao local de trabalho e área de residência do investigador, procurando desta forma dar alguma utilidade prática dos resultados do estudo para a região onde está inserido e para a actividade profissional do mesmo (dado que é enfermeiro a exercer funções no conselho considerado).

Na prática, e tal como refere Carmo e Ferreira (1998:191), de um modo geral “ o número de elementos de uma população é demasiado grande para ser possível, dado o custo e o tempo, observá-los na sua totalidade, sendo então necessário proceder-se à selecção de elementos pertencentes a essa população ou universo” obtendo-se desta forma uma amostra (conjunto de sujeitos ou elementos pertencentes a essa população ou universo). Não sendo possível o estudo de toda a população alvo, a amostra seleccionada é constituída por um conjunto de 53 enfermeiros de ambos os sexos, a desenvolverem a sua actividade na área de cuidados de saúde diferenciados (enfermeiros do Hospital de Santo André, S.A – Leiria, serviços de Medicina I, Medicina II, Medicina/Gastro, Especialidades Médicas) e 53 enfermeiros de ambos os sexos, a desenvolver a sua actividade na área de cuidados de saúde primários (enfermeiros dos Centros de Saúde do conselho de Leiria Dr. Gorjão Henriques e Dr. Arnaldo Sampaio). A selecção da amostra procurou responder à necessidade de num curto

espaço de tempo e com recursos económicos reduzidos, conseguir dados suficientes para atingir resultados e ainda pela facilidade de acessibilidade do autor do estudo aos locais da amostra seleccionados.

A selecção dos sujeitos que integram a amostra, foi obtida recorrendo a métodos de amostragem não probabilística, pois como refere Carmo e Ferreira (1998: 197), tem “ (...) como base critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra (...) para fazer estudos em profundidade”. De entre as técnicas de amostragem não probabilística disponíveis, a presente amostra foi obtida por amostragem de conveniência ou intencional, visto se tratar de uma técnica baseada numa escolha consciente do investigador de incluir ou excluir elementos ou sujeitos em função das suas características, neste caso os enfermeiros referidos pelas razões já enunciadas.

Neste tipo de amostragem, não apelamos a uma fórmula matemática ou estatística. Ela fez-se essencialmente, em função de critérios previamente definidos pelo autor do estudo. Assim sendo, da amostra seleccionada optou-se por questionar todos aqueles que respeitassem os seguintes critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro e ser português;

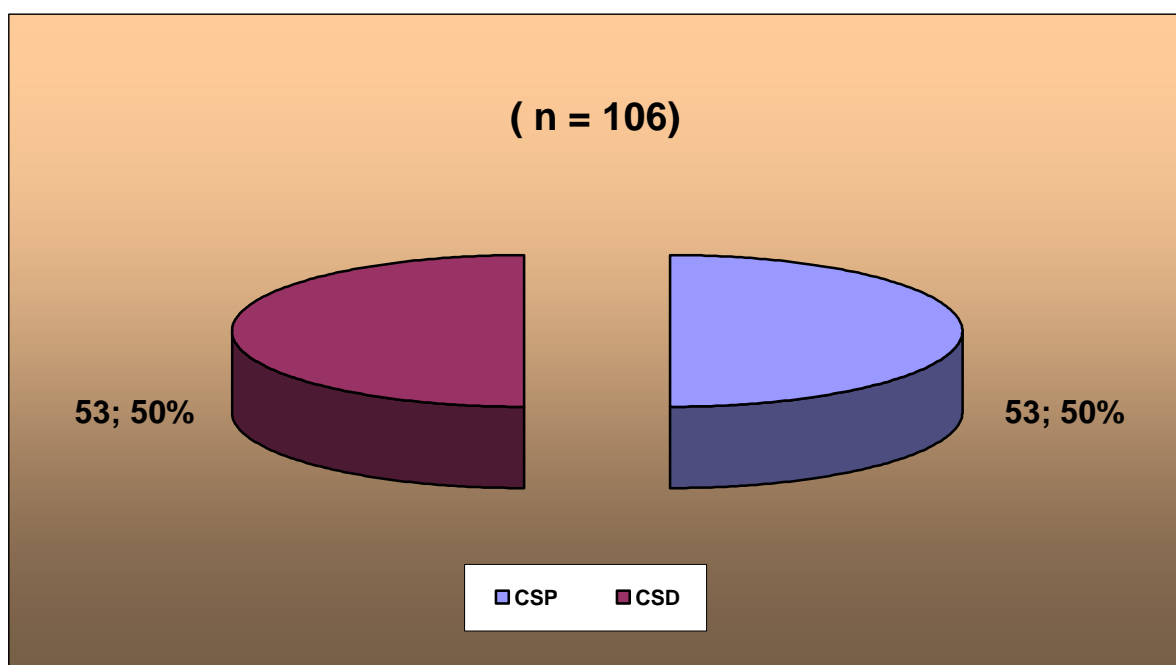
- Aceitar participar voluntariamente neste estudo, sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre a problemática em estudo, o âmbito, os objectivos do mesmo.

Assim, de acordo com os critérios de inclusão supra mencionados, foram inquiridos 121 enfermeiros de ambos os géneros a desenvolver a sua actividade na área de Cuidados de

Saúde Primários (CSP) e na área de Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), que adiante se designa por grupos de pertença ou área de actuação.

Porem, dada a ausência de resposta por parte de alguns sujeitos, bem como a ausência de dados nos instrumentos utilizados, 15 foram invalidados. Assim a amostra deste estudo é constituída por 106 enfermeiros, sendo 53 (50%) enfermeiros de CSP e 53 (50%) enfermeiros de CSD, como abaixo se encontra representado no gráfico 1.

GRÁFICO 1: *Distribuição da amostra segundo o Grupo de pertença do inquirido.*



CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA EM ESTUDO

As principais características sócio-demográficas da amostra em estudo encontram-se apresentadas no quadro 1. Assim, podemos constatar que os 106 enfermeiros que compõem a amostra em estudo apresentam idades compreendidas entre um mínimo de 22 anos e o máximo de 57 anos, sendo a média de idades de 37.77 anos e o desvio padrão de 8.88 anos, o que denota uma pequena dispersão no que diz respeito à idade, permitindo-nos afirmar que

estamos portanto, na presença de uma população adulta jovem. Verifica-se uma grande predominância do género feminino (94; 88.7%) relativamente ao género masculino (12;11.3%). Esta situação deve-se ao facto da profissão de enfermagem ser desde os seus primórdios uma profissão exercida maioritariamente pelo género feminino, situação que ainda prevalece na actualidade. Quando olhamos para o tempo de exercício profissional verificamos que a média é de 14.39 anos de serviço, variando entre um mínimo de 1.00 ano e um máximo de 36 anos de exercício profissional, com um desvio padrão de 9.14 anos e uma mediana de 11, o que significa que metade (50%) dos enfermeiros trabalha à 11 ou menos anos, logo encontram-se em início de carreira. Quanto à categoria profissional, a grande maioria (81; 76.4%) são enfermeiros graduados, 13 (12.3%) são enfermeiros (nível I), e 12 (11.3%) são enfermeiros especialistas, resultados estes que facilmente compreendemos se tivermos presente que a progressão na carreira (de enfermeiro a enfermeiro graduado) se faz pelo tempo de serviço, logo é automática, ao fim de 3 anos o enfermeiro (nível I) passa a enfermeiro graduado, e que a passagem à categoria de enfermeiro especialista se faz por concurso, daí o número reduzido destes na nossa amostra. Estes exercem funções em duas áreas sendo que 53 (50%) exercem a sua actividade em Cuidados de Saúde primários (24 (22.6%) no Centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio e 29 (27.4%) no Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques) e 53 (50%) trabalham em Cuidados de Saúde Diferenciados no Hospital de Santo André, S.A - Leiria (13 (12.3%) tem como local de trabalho a Medicina I, 12 (11.3%) na Medicina II, 14 (13.2%) na Medicina/Gastro e 14 (13.2%) trabalham no serviço de Especialidades Médicas). Dos 106 enfermeiros inquiridos a grande maioria 90 (84.9%) professam uma religião, que no caso presente é a religião católica, e 16 (15.1%) não professam qualquer religião. Com efeito, neste estudo apenas se encontra representada a religião católica, dado ter sido a única indicada pelos enfermeiros inquiridos (os que professam uma religião).

QUADRO 1: Distribuição da amostra segundo as características sócio – demográficas (Idade; Género social; Tempo de exercício profissional; Categoria profissional; Grupo de pertença; Local de amostragem; Religião)

(n = 106)

<i>Variáveis Sócio – demográficas</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
Idade:			
$\bar{X} = 37.77$; (Md = 37.00); (S = 8.88); (Xmim = 22.00); (Xmáx = 57.00)			
Género Social:			
	<i>Masculino</i>	12	11.3
	<i>Feminino</i>	94	88.7
Tempo de exercício Profissional:			
$\bar{X} = 14.39$; (Md = 11.00); (S = 9.14); (Xmim = 1.00); (Xmáx = 36.00)			
Categoria Profissional:			
	<i>Enfermeiro</i>	13	12.3
	<i>Enfermeiro Graduado</i>	81	76.4
	<i>Enfermeiro especialista</i>	12	11.3
Grupo de Pertença ou Área de Actuação		Local de amostragem:	
<i>CSP</i>	<i>Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio</i>	24	22.6
	<i>Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques</i>	29	27.4
<i>CSD</i>	<i>Medicina I – Hospital Sto. André, Leiria</i>	13	12.3
	<i>Medicina II – Hospital Sto. André, Leiria</i>	12	11.3
	<i>Medicina/Gastro – Hospital Sto. André, Leiria</i>	14	13.2
	<i>Esp. Médicas – Hospital Sto. André, Leiria</i>	14	13.2
Religião:			
	<i>Sim</i>	90	84.9
	<i>Não</i>	16	15.1
Profecia religiosa:			
	<i>Católica</i>	90	84.9

2.4 Variáveis em estudo e sua operacionalidade

O termo variável é um termo privilegiado no contexto das Ciências Sociais. Sempre que um conceito é colocado em acção numa investigação ele toma o nome de “variável”.

Fortin (2000:36), define variável como sendo “ as qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (...) e pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças”.

O processo de investigação centra-se num conjunto coeso de actividades que visam compreender como e porquê os valores de uma variável mudam, e como eles estão associados aos valores de outras variáveis. Segundo Polit & Hungler (2004), as variáveis classificam-se em dependentes e independentes. A este propósito Fortin (2000:37), refere que “ a variável independente é a que o investigador manipula num estudo (...) para medir o seu efeito na variável dependente. A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado devido à presença da variável independente”. As variáveis independentes e dependentes estão fortemente ligadas, no sentido de que uma afecta a outra, podendo haver várias variáveis dependentes submetidas ao efeito de uma ou várias variáveis independentes.

Em função das questões de investigação e hipóteses formuladas, foram seleccionadas as seguintes variáveis em estudo.

Variáveis dependentes

As dimensões significativas das representações sociais da morte constituem-se como variáveis centrais do estudo em torno das quais “gravitam” as questões de investigação e assumindo nas hipóteses formuladas o papel de variáveis dependentes.

A operacionalização das variáveis dependentes “ Dimensões significativas das representações sociais da morte” fez-se através de uma escala construída e validada para a população portuguesa por Abílio Oliveira (1995), composta por 56 itens avaliados num formato Lickert de 5 pontos ordinais (Absolutamente nada (1), Pouco (2), Nem pouco nem muito (3), Muito (4), MUITÍSSIMO (5)), destinados a avaliar 3 componentes que estruturam as

dimensões significativas das representações da morte, que serão expostas, de forma objectiva, nos quadros 2, 3 e 4, que se seguem:

Quadro 2: Itens (44) destinados a avaliar em que medida a situação de morte suscita os pensamentos, emoções (ou sentimentos) e símbolos (ou imagens)

Vida	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Vazio	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Tristeza	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Terra	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Solidão	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Sufrimento	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Saudade	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Revolta	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Preto	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Perdido	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Perda	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Pequeno	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Pensativo	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Paz	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Medo	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Mal	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Luto	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Lágrimas	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Inferno	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Impotência	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Igreja	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Foice	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Fogo	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Flores	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Fim	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Esqueleto	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Escuridão	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Dor	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Diabo	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo

<i>Continuação ...</i>	
Deus	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Desespero	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Desconhecido	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Depressão	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Curiosidade	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Cruz	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Confusão	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Choro	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Céu	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Cemitério	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Caveira	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Campa	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Caixão	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Ansiedade	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Angústia	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo

Fonte: Abílio Oliveira (1995)

Quadro 3: Itens (5) destinados a avaliar em que medida a situação de morte suscita o pensamento

Morte em si mesma	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Morte de si próprio	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Morte de um familiar próximo	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Morte de um amigo próximo	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Morte de outra pessoa	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo

Fonte: Abílio Oliveira (1995)

Quadro 4: Itens (7) destinados a avaliarem as crenças religiosas e o grau de religiosidade

Acredita que as crenças religiosas são meras superstições	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Acredita na existência de alguma forma de vida para além da morte	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Até que ponto o preocupa a certeza de que morrerá um dia	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo
Acredita que cada ser humano possui uma alma e um espírito	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) Muitíssimo

<i>Continuação ...</i>	
Com que frequência costuma assistir a serviços religiosos (para além de baptizados, casamentos e enterros)	Nunca (1 2 3 4 5) Muito Frequente
Qual a importância que dá à exibição de sinais exteriores de luto	Absolutamente nenhuma (1 2 3 4 5) MUITÍSSIMA
Incomoda-o o facto de outra pessoa lhe mostrar pesar ou sofrimento pela perda de um ente querido	Absolutamente nada (1 2 3 4 5) MUITÍSSIMO

Fonte: Abílio Oliveira (1995)

Com esta série de itens para medir crenças, emoções comportamentos, imagens e atribuições associadas à morte, torna-se possível quantificar as representações mais salientes relativamente à morte, nos enfermeiros, no universo em estudo.

Variáveis independentes

As variáveis independentes consideradas mais relevantes para o presente estudo foram: Idade, Género social, Tempo de exercício profissional, Categoria profissional, religião, Vivência de situação próxima de (própria) morte, Perda de um ente querido, Comportamentos adoptados face a morte de um ente querido, no sentido de permitir caracterizar a amostra e verificar a relação existente entre estas e as dimensões significativas das representações sociais da morte (variáveis dependentes).

No quadro 5, são apresentadas de forma esquemática e sucinta as variáveis independentes, tipo de questão, definição da escala de medida e definição operacional de cada variável em estudo.

QUADRO 5: Distribuição das variáveis independentes em estudo segundo o tipo de questão, a definição da escala de medida e a definição operacional.

Variável (definição conceptual)	Questão	Definição da escala de medida	Definição operacional
Idade (Nº de anos de vida vividos Até a data da recolha dos dados)	▪ Aberta	V. quantitativa contínua	▪ Nº inteiro em anos
Género (Género social)	▪ Fechada	V. qualitativa nominal	▪ Masculino ▪ Feminino
Tempo de exercício Profissional (Nº de anos de serviço a trabalhar como profissional de enfermagem à data da recolha de dados)	▪ Aberta	V. quantitativa contínua	▪ Nº inteiro em anos
Categoria profissional (Categoria que detém à data da colheita de dados)	▪ Fechada	V. qualitativa nominal	▪ Enfermeiro ▪ Enf. graduado ▪ Enf. Especialista
Religião (Profecia religiosa à data da colheita de dados)	▪ Mista	V. qualitativa nominal	▪ Sim ▪ Não ▪ Qual
Modo como preferia morrer	▪ Fechada	V. qualitativa nominal	▪ Enquanto dorme ▪ Rodeado de familiares e / amigos ▪ Rodeado de Médicos e ou enfermeiros ▪ Sozinho ▪ Noutra situação
Vivência recente da morte de alguém próximo	▪ Fechada Dicotómica	V. qualitativa nominal	▪ Sim ▪ Não
Comportamentos adoptados face à morte de alguém próximo	▪ Mista	V. qualitativa nominal	▪ Chorar ▪ Suspirar ▪ Chamar o falecido ▪ Falar com o falecido ▪ Querer estar só ▪ Evitar as pessoas ▪ Dormir pouco ▪ Dormir muito ▪ Falta de concentração ▪ Distração ▪ Esquecimento ▪ Estar em actividade permanente ▪ Ficar apático ▪ Exibir sinais de luto ▪ Consumo abusivo de drogas (álcool, tabaco, fármacos, etc...) ▪ Outros
Experiência pessoal próxima da morte	▪ Fechada Dicotómica	V. qualitativa nominal	▪ Sim ▪ Não

2.5 Instrumentos de colheita de dados

Polit e Hungler (1995:166), afirmam que “ um instrumento de colheita de dados deve ser composto por um conjunto de questões, que permitam colher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação”.

Tendo em conta os objectivos do estudo, as questões de investigação enunciadas, as hipóteses formulados, as variáveis em estudo, a população definida e as características da amostra recorreu-se à utilização de 2 instrumentos na recolha de dados considerados pertinentes para a presente investigação dadas as suas características. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram elaborados a partir de um instrumento já utilizado e validado estatisticamente noutro estudo levado a cabo por Abílio Oliveira em 1995 (a quem foi solicitada autorização para a sua utilização no presente estudo).

Inquérito por questionário

Quivy e Campenhoudt (2003:188), apresentam o inquérito por questionário como um método de recolha de dados que “ consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto de interesse para o investigador”.

Diversos autores (Carmo e Ferreira, 1998; Fortin, 2000; Quivy e Campenhoudt, 2003; Polit e Hungler, 2004) consideram o questionário o instrumento aconselhado quando se pretende inquirir um grande número de sujeitos. Cientes das suas virtualidades (menos oneroso, maior rapidez na recolha de dados, maior fidelidade nas respostas, carácter

impessoal do questionário) e das suas desvantagens (fracas taxas de resposta e a taxa elevada de dados em falta), optamos por este tipo de instrumento dado o seu preenchimento não necessitar da presença do investigador, e o anonimato e confidencialidade era garantido. Tal opção, para além de economizar tempo, tão precioso, uma vez que na condição de trabalhador estudante possibilitou a acumulação da actividade profissional com a formação pessoal / profissional, permitiu ainda a obtenção dos dados necessários e suficientes à realização do estudo com recursos económicos reduzidos e em tempo útil à consecução do trabalho.

Neste contexto foi elaborado um questionário (Anexo 1) constituído por questões para avaliação sócio – demográfica (Idade, Género social, Tempo de exercício profissional, categoria profissional e religião) e de avaliação da experiência pessoal (vivência muito recente da morte de alguém próximo e respectivos comportamentos adoptados ou de uma experiência pessoal próxima da morte). Inclui ainda uma questão destinada a avaliar o modo como o sujeito preferia morrer, caso pudesse optar (a dormir, rodeado de familiares e /ou amigos, rodeado de médicos e ou enfermeiros, sozinho, noutra situação). Por último e a fechar o questionário foi incluído um espaço “ se desejar fazer alguma observação, escreva-a no espaço que se segue”, com o intuito de fazer uma análise posterior, tendo em vista reflectir acerca de algumas opiniões, críticas ou sugestões manifestadas, que possam alertar para possíveis dificuldades sentidas, eventuais correcções, aperfeiçoamentos metodológicos ou novas áreas de estudo a desenvolver em futuras investigações.

Cada questionário foi codificado com uma sigla (CSP ou CSD de acordo com o grupo de pertença ou área de actuação do inquirido) e um número, e dado o grande número de pessoas inquiridas e o tratamento quantitativo dos dados recolhidos, as respostas às perguntas formuladas foram pré-codificadas, de forma que os inquiridos escolheram as suas respostas entre as que lhe foram propostas.

Escala de medida

De uma forma generalista, pode afirmar-se que os questionários são utilizados para obter informações factuais, contudo, e enquanto investigador, neste estudo prevalece o interesse em estudar as opiniões, as percepções e atitudes de cada unidade amostral que integra o universo em estudo face à morte.

Fortin (2000:254) afirma que as escalas de medida “ servem sobretudo para avaliar variáveis psicossociais e (...) possuem um traço comum: o de situar as pessoas num ponto preciso de um contínuo ou numa série ordenada de categorias. (...) servem para diferenciar, entre os sujeitos, os que apresentam atitudes, medos, motivações, percepções, traços de personalidade diferentes (...) com a finalidade de transformar as características qualitativas em variáveis quantitativas, de modo a que possam ser utilizadas análises estatísticas para as avaliar”.

Depois de uma exaustiva pesquisa bibliográfica seleccionamos um outro instrumento de colheita de dados, a escala de **Dimensões significativas da Morte**, construída e validada por **Abílio Oliveira (1995)**, por considerarmos um instrumento susceptível de fornecer a informação necessária relativamente à problemática em estudo (Anexo 1).

A Escala de Dimensões significativas da Morte de Abílio Oliveira (1995), resultado do seu trabalho de Dissertação de Tese de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional, é composta por 56 itens avaliados num formato Lickert de 5 pontos ordinais (Absolutamente nada (1), Pouco (2), Nem pouco nem muito (3), Muito (4) e Muitíssimo (5)). A presente escala é constituída por uma lista de 44 itens (conceitos ou substantivos) considerados como: ideias ou pensamentos associados à morte (6 itens); emoções ou sentimentos (14 itens); símbolos ou imagens (12 itens); palavras comuns aos universos das dimensões cognitiva e afectivo-emocional (7 itens) e às dimensões cognitiva e imagético-simbólica (5 itens), destinados a avaliar em que medida a situação de morte lhes suscita os pensamentos, emoções

(ou sentimentos) e símbolos (ou imagens) apresentados.

Para além deste 44 itens a escala inclui ainda mais 12 itens: 5 itens destinados a avaliar em que medida a situação de morte suscita o pensamento na morte em si mesma (1), na morte de si próprio (1), na morte de um familiar ou amigo (2) ou na morte de outra pessoa (1), e mais 7 itens destinados a avaliar as crenças religiosas e o grau de religiosidade dos sujeitos.

Com esta série de itens para medir crenças, emoções comportamentos, imagens e atribuições associadas à morte, torna-se possível quantificar as representações mais salientes relativamente à morte, nos enfermeiros, na amostra em estudo.

Segundo o autor supra mencionado, todos os itens foram reduzidos, por análise factorial, a 11 *dimensões significativas*, as quais se assumem como variáveis dependentes neste estudo. No quadro 6, encontra-se a distribuição dos itens (que o autor da escala considerou para cada dimensão) pelas 11 dimensões, que Oliveira (1995) designou por “ Dimensões significativas da Morte”, ou seja, Dimensões significativas que estruturam as representações da morte.

QUADRO 6: Distribuição dos itens segundo as 11 Dimensões significativas da morte

<i>Dimensões significativas da Morte</i>	<i>Itens</i>
<i>Sentimentos de mal estar</i>	Desespero; Vazio; Revolta; Depressão; Dor; Perdido; Angústia; Solidão
<i>Imagens Concretas</i>	Caixão; Campa; Cemitério; Caveira
<i>Ritualismo da Morte</i>	Terra; Mal; Preto; Luto; Flores
<i>A Morte do Outro</i>	Choro; Lágrimas
<i>Sagrado / Religiosidade</i>	Céu; Deus; Pequeno
<i>Vida Além da Morte</i>	Vida; Pensativo
<i>Questionar da Morte</i>	Curiosidade; Desconhecido
<i>Inevitabilidade da Morte</i>	Fim; Impotência
<i>Consciência da Morte</i>	Pensar na morte de um amigo próximo; Pensar na morte de um familiar próximo; Pensar na morte em si mesma; Pensar na morte de outra(s) pessoa(s);
<i>Crenças / Religiosidade</i>	Crença numa alma e num espírito; Crença numa forma de vida para além da morte; Crenças religiosas são meras superstições; Assistir a serviços religiosos;
<i>Morte de Si Próprio</i>	Preocupação acerca da certeza da própria morte; Importância dada à exibição de sinais exteriores de luto; Pensar na morte de si próprio;
Total: 11 Dimensões	Total: 39 Itens

Fonte: Abílio Oliveira (1995)

Terminada a selecção e elaboração dos instrumentos de colheita de dados, em Fevereiro de 2005 era chegada a altura de os submeter à apreciação, discussão e à crítica do orientador. Após esta primeira revisão, foi efectuado um **pré-teste** aos instrumentos de colheita de dados seleccionados.

Fortin (2000:253), refere que “o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”.

Segundo a mesma autora, tal etapa é indiscutivelmente indispensável e de crucial importância, permitindo corrigir ou modificar os instrumentos de colheita de dados, resolver imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões formuladas.

Com o objectivo de avaliar a eficácia e a pertinência dos instrumentos seleccionados para o presente estudo, no mês de Março de 2005 foi realizado o pré-teste, aplicando-se os instrumentos de colheita de dados a 10% dos sujeitos que compõem a amostra em estudo prevista (10 sujeitos), procurando avaliar se os termos utilizados eram facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos, se as questões utilizadas permitia colher os dados desejados, se os instrumentos não eram longos não provocando desinteresse ou irritação e se as questões formuladas não eram ambíguas.

O pré-teste é assim, um ensaio para determinar se os instrumentos foram formulados com clareza, com imparcialidade e se é útil para gerar as informações desejadas. Nesta “prova” preliminar, pudemos constatar que as questões foram facilmente interpretadas e respondidas sem equívocos por cada unidade amostral inquirida no pré-teste e que permitiam colher a informação desejada para a investigação, pelo que não foram introduzidas quaisquer alterações aos instrumentos iniciais.

Para a colheita dos dados pudemos contar com a ajuda de um colaborador por cada local de amostragem para aplicar os instrumentos de colheita de dados, pelo que não tendo sido efectuadas alterações de monta, se impunha a realização de um segundo pré-teste, ainda

realizado em Março de 2005, junto dos referidos colaboradores pela aplicação dos instrumentos, a quem foi solicitado para anotarem as suas observações, críticas e sugestões. À semelhança do primeiro pré-teste, neste também não foi apresentada qualquer sugestão ou crítica, pelo que não se procedeu a qualquer alteração aos instrumentos apresentados.

2.6 Procedimentos éticos e formais

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, tornando-se necessário tomar todas as precauções para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.

Assim, qualquer investigação junto de seres humanos levanta questões éticas e morais, existindo limites que o investigador não deve descorar.

Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e por último o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2000).

“A realização de uma qualquer investigação implica por parte do investigador a observância dos princípios éticos e morais referidos (...) aceites pela comunidade de investigadores em Ciências Sociais” Carmo e Ferreira (1998:265). Assim, procurando respeitar e garantir os direitos dos participantes, cada sujeito deste estudo obteve informação sobre a razão de ser do estudo, problemática, âmbito e finalidade do estudo, seus objectivos, Instrumentos de colheita de dados e sua composição, bem como a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados colhidos. Cada sujeito foi informado do seu direito de não colaborar no estudo ou de desistir no seu decurso. Para tal, na primeira folha anexa aos instrumentos de colheita de dados (Anexo 1), foi colocado um documento informativo contendo todos os aspectos supra citados de forma a garantir o respeito pelos direitos de todos

os sujeitos envolvidos no estudo.

A 3 de Fevereiro de 2005, foi pedida autorização formal às instituições envolvidas, através de requerimento escrito, dirigido ao Exmo. Sr. Presidente do conselho de Administração do Hospital de Santo André, S.A e ao Exmo. Sr. Coordenador da Sub-região de Saúde de Leiria (Anexo 2). A acompanhar os respectivos pedidos de autorização foram entregues os seguintes documentos: Instrumentos de colheita de dados, Projecto de dissertação de mestrado e respectivo cronograma de actividades.

A autorização por parte do Sr. Coordenador da Sub-região de Saúde de Leiria surge a 3 de Março de 2005, ao passo que a autorização do Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Santo André, S.A surge a 8 de Abril de 2005 (Anexo 3). Concedidas as respectivas autorizações, passamos à colheita de dados que decorreu nos meses de Abril e Maio de 2005 nos Centros de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio e Dr. Gorjão Henriques (enfermeiros de CSP), Hospital de Santo André, S.A-Leiria (Serviços de Medicina I, Medicina II, Medicina / Gastro e serviço de Especialidades Médicas (enfermeiros de CSD)), como se apresenta no quadro 7.

QUADRO 7: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença do inquirido e o local de amostragem dos inquiridos

<i>Grupo de Pertença</i>	<i>Local de amostragem</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
CSP	Centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio	24	22.6
	Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques	29	27.4
CSD	Medicina I – Hospital Santo André Leiria	13	12.3
	Medicina II – Hospital Santo André Leiria	12	11.3
	Medicina/Gastro – Hospital Santo André Leiria	14	13.2
	Especialidades Médicas – Hospital Santo André Leiria	14	13.2
Total		106	100.0

2.7 Procedimentos na recolha dos dados

Definidos e elaborados os métodos de colheita de dados e escolhida a amostra de sujeitos, estão então reunidas os componentes para iniciar o processo de recolha dos dados considerados pertinentes acerca das variáveis em estudo. Cientes de todas as actividades subjacentes a uma colheita de dados no terreno, passamos a descrever o processo de colheita de dados implementado no presente estudo.

Fortin (2000:261) diz-nos que o processo de colheita de dados “ (...) consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos sujeitos, com a ajuda dos instrumentos (...) escolhidos para esse fim”.

Contudo, a colheita de dados propriamente dita, foi precedida de um conjunto de diligencias a fim de a tornar possível, e que comportaram:

- *Obtenção de autorização das instâncias / instituições implicadas no estudo*, tal autorização foi precedida de um requerimento escrito enviado a cada instituição envolvida no estudo, tal como descrito no ponto 2.6.

- *Preparação dos responsáveis pela colheita de dados*. Reunimos individualmente com cada um deles a fim de lhes solicitar a sua colaboração, informando-os dos objectivos, critérios de inclusão e restantes metodologias do estudo, de forma a garantir uma colheita de dados tranquila, fidedigna e exequível, corrigindo eventuais desvios.

- *Reunião informal com os enfermeiros chefes de cada local de amostra seleccionados*, com o objectivo de apresentar o autor do estudo, dar a conhecer o projecto investigativo, conhecer as sugestões para o processo de colheita de dados e solicitar a colaboração no estudo, viabilizando o normal desenvolvimento do mesmo.

A colheita de dados decorreu nos meses de Abril e Maio de 2005.

Da amostra inicialmente seleccionada optou-se por questionar todos os sujeitos que respeitassem os critérios de inclusão estabelecidos. A cada unidade amostral (sujeito da amostra) foi entregue em mãos, pelos colaboradores, um exemplar dos instrumentos de colheita de dados ao qual cada sujeito respondeu por escrito e individualmente, num total de 121 instrumentos (como anteriormente referido), distribuídos da seguinte forma:

66 Instrumentos para enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados (Medicina I (16), Medicina II (16), Medicina / Gastro (17), Especialidades Médicas (17)) e 55 instrumentos para enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques (30), Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio (25)). Depois de preenchidos os instrumentos foram colocados numa pasta disponibilizada para o efeito e acessível aos enfermeiros inquiridos e posteriormente os colaboradores entregaram as respectivas pastas ao autor do estudo, não tendo havido qualquer contacto entre o autor do estudo e os sujeitos da amostra em estudo.

A colheita de dados no terreno foi acompanhada de alguns problemas inicialmente previstos, entre os quais se destacam, a recusa de alguns sujeitos em participar no estudo, ausência de resposta por parte de alguns sujeitos e a ausência de dados nos instrumentos, ficando a amostra em estudo reduzida a uma dimensão de 106 sujeitos.

2.8 Procedimentos no tratamento dos dados

Terminada a colheita dos dados, foi criada uma base de dados informatizada, na qual foram lançados. Depois de lançados todos os dados obtidos na base de dados criada para o efeito, estes foram posteriormente processados / tratados com o apoio do programa informático de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 11.5, para o Windows.

Segundo Fortin (2000:269), a estatística “ é a ciência que permite estruturar a informação numérica (variável) medida num determinado número de sujeitos (a amostra)”, possibilitando, por um lado “(...) com a ajuda das estatísticas descritivas, resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra”, e por outro lado, possibilita também, “(...) com a ajuda das estatísticas inferenciais, ou seja, dos testes estatísticos (comparação de médias, comparação de proporções, correlações, etc.), determinar as relações entre as variáveis numa amostra”.

Na presente investigação, a escolha das ferramentas estatísticas disponíveis, foram seleccionadas de acordo com as características da investigação, o tipo de variáveis utilizadas, as questões e hipóteses de investigação formuladas.

Com a finalidade de sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados sócio – demográficos utilizamos a estatística descritiva, nomeadamente:

- ***Distribuição de Frequências*** (absolutas (n) e relativas (%)).
- ***Medidas de tendência central*** (Média (\bar{X}); Mediana (Md); Moda (Mo)).
- ***Medidas de dispersão ou variabilidade*** (Desvio padrão (s); Amplitude da variável (o limite inferior ou mínimo (Xmin) e o limite superior ou máximo (Xmáx)).

Com o objectivo de caracterizar a amostra em estudo e tendo presente as características das variáveis sócio-demográficas, os dados referentes à caracterização da amostra foram dispostos em quadros e gráficos (nos quais se omite a fonte por resultar da aplicação dos instrumentos de colheita de dados) compostos de distribuição de frequências (absolutas e relativas) e, quando adequado às características da variável, complementadas com as respectivas médias, mediana, e desvio padrão, bem como com outra medida de dispersão como a amplitude da variável (Xmin e Xmáx).

Além da descrição dos dados sócio-demográficos, interessa nesta investigação a verificação das hipóteses formuladas de forma a encontrar resposta às questões de investigação, pelo que utilizamos também, a *estatística inferencial* neste estudo. No domínio da estatística inferencial, recorreremos a *testes paramétricos* (sempre que as características das variáveis o permitiam) ou a *testes não paramétricos* quando não eram garantidos os postulados necessários para a aplicação dos testes paramétricos.

Todas as hipóteses foram testadas com recurso aos testes supra citado.

3. Síntese

Neste capítulo, apresentamos a investigação empírica que realizamos sobre a percepção e representações da morte, em enfermeiros de CSP e de CSD.

Primeiramente apresentamos e descrevemos a problemática em estudo, alertando para as razões que motivaram a escolha da temática, bem como os objectivos do mesmo que são fundamentalmente conhecer a forma como os enfermeiros em estudo percebem e representam a morte, apreendendo as dimensões significativas ou universos semânticos que estruturam essas representações.

Seguidamente traçamos o desenho do estudo.

Neste estudo, exploratório, procuramos também justificar as nossas opções e procedimentos metodológicos, alertando para o tipo de estudo, questões e hipóteses em estudo, população e amostra (caracterização sócio-demográfica da amostra) seleccionada, variáveis consideradas pertinentes para o estudo, instrumentos utilizados na colheita de dados.

Por último, descrevemos de um modo resumido, os procedimentos utilizados no trabalho de campo, quer ao nível da recolha dos dados quer ao nível do seu tratamento.

CAPÍTULO 6

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

SUMÁRIO

1. Apresentação e análise dos dados
 - 1.1 - Ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos e símbolos ou imagens associados à morte
 - 1.2 - A situação de morte faz pensar
 - 1.3 - Modo como preferia morrer, caso pudesse optar
 - 1.4 - Crenças e grau de religiosidade
 - 1.5 - Dimensões significativas da morte
 - 1.6 - Experiência pessoal de vivência recente da morte de alguém próximo (familiar ou amigo)
 - 1.7 - Comportamentos ou condutas mais frequentes face à morte de um ente querido
 - 1.8 - Vivência de uma experiência pessoal próxima da morte
2. Testes de Hipóteses – Análise e interpretação dos resultados
3. Discussão dos resultados

1. Apresentação e análise dos dados

“Após a colheita de dados, a fase seguinte da pesquisa é a de análise e interpretação. Estes dois processos, apesar de conceptualmente distintos, aparecem sempre estreitamente relacionados. A análise tem como objectivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objectivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos” (Gil, 1991:166).

Depois de recolhidos, os dados foram submetidos a tratamento estatístico, pois é a partir dele que se poderão obter informações necessárias às conclusões ou sugestões. Polit e Hungler (1995:227), referem a este propósito que “sem a ajuda da estatística, os dados quantitativos colhidos em um projecto de pesquisa constituiriam pouco mais do que uma massa caótica de números. Os procedimentos estatísticos capacitam o pesquisador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica”. Os resultados obtidos e que aqui são apresentados encontram-se organizados no sentido de dar resposta às questões de investigação formuladas para o presente estudo, bem como, testar as hipóteses formuladas.

A apresentação e análise dos resultados obtidos tem um carácter *meramente descritivo*, pelo que *a sua interpretação ficará reservada para a parte da discussão*.

Os resultados aqui apresentados, surgem na sequência da aplicação e tratamentos dos instrumentos de recolha de dados por nós elaborado, com efeito, será omitida a fonte nos quadros e gráficos apresentados ao longo deste capítulo.

Com o intuito de facilitar a leitura e interpretação dos resultados limitamos os dados ao estritamente necessário à compreensão do estudo e arredondamos os valores percentuais.

Na apresentação e análise dos resultados foi respeitada a ordem das questões formuladas nos instrumentos de colheita de dados.

1.1 Ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos e símbolos ou imagens associados à morte

Um dos propósitos deste estudo era avaliar em que medida a situação de morte lhes suscitava (nos 106 enfermeiros que integram a amostra em estudo) os pensamentos ou ideias, emoções ou sentimentos e símbolos ou imagens que lhe eram apresentados. De acordo com as estatísticas resumo, apresentadas no quadro 8, e tendo por base as médias obtidas, podemos concluir que os pensamentos ou ideias, emoções ou sentimentos e símbolos ou imagens muito associados à morte pelos enfermeiros (106) que integram a amostra deste estudo foram a “Saude” (4.14), a “Perda” (4.11), o “Sofrimento” (4.03), a “Dor” (3.98), a “Tristeza” (3.96), a “Impotência” (3.73), o “Vazio” (3.71), a “Vida” (3.66), a “Solidão” (3.65), a “Angústia” (3.63), “Lágrimas” (3.61), “Deus” (3.57), o “Choro” (3.50), o “Luto” (3.47), e com médias iguais (3.43) temos o “Fim”, a “Ansiedade” e a “Revolta”. No extremo oposto, encontramos, como pouco ou absolutamente nada associados à morte, a “Depressão” (2.95), o “Caixão” (2.83), o “Cemitério” (2.71), a “Campa” (2.65), a “Curiosidade” (2.62), as “Flores” (2.61), a “Terra” (2.60), o “Preto” (2.50), a “Cruz” (2.47), o “Mal” (2.37), o “Esqueleto” (2.32), a “Caveira” (2.29), o “Inferno” (2.01), o “Fogo” (1.92), o “Diabo” (1.90) e em último lugar a “Foíce” (1.62).

Tais resultados permitem-nos inferir que os enfermeiros (na amostra em estudo) associam a morte, muito ou muitíssimo, a pensamentos ou ideias e sentimentos ou emoções, e pouco ou mesmo absolutamente nada a imagens ou símbolos. Assim sendo, a morte parece ser uma situação que os conduz a pensamentos ou ideias e sentimentos ou emoções desconfortantes mas também os leva a pensar na vida.

QUADRO 8: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença e as ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos e símbolos ou imagens associados à morte.

<i>Ideias ou pensamentos, Emoções ou sentimentos, Símbolos ou imagens associados à morte</i>	CSP		CSD		AMOSTRA TOTAL	
	\bar{X}	ORDEM	\bar{X}	ORDEM	\bar{X}	ORDEM
Angústia	3.83	7°	3.43	12°	3.63	10°
Ansiedade	3.64	13°	3.22	17°	3.43	15°
Caixão	3.11	24°	2.56	26°	2.83	27°
Campa	2.86	28°	2.43	30°	2.65	29°
Caveira	2.67	30°	1.90	36°	2.29	37°
Cemitério	2.98	26°	2.45	29°	2.71	28°
Céu	3.18	20°	3.00	21°	3.09	23°
Choro	3.69	11°	3.30	15°	3.50	13°
Confusão	3.18	20°	3.09	18°	3.14	21°
Cruz	2.56	32°	2.37	31°	2.47	34°
Curiosidade	2.67	30°	2.56	26°	2.62	30°
Depressão	3.15	22°	2.75	25°	2.95	26°
Desconhecido	3.16	21°	3.35	14°	3.26	18°
Desespero	3.32	18°	3.03	19°	3.17	20°
Deus	3.64	13°	3.50	9°	3.57	12°
Diabo	1.94	37°	1.86	38°	1.90	40°
Dor	3.98	5°	3.98	3	3.98	4°
Escuridão	3.32	18°	2.92	23°	3.12	22°
Esqueleto	2.62	31°	2.01	34°	2.32	36°
Fim	3.77	9°	3.09	18°	3.43	15°
Flores	2.75	29°	2.47	28°	2.61	31°
Fogo	1.96	36°	1.88	37°	1.92	39°
Foice	1.66	38°	1.58	39°	1.62	41°
Igreja	3.13	23°	3.00	21°	3.06	24°
Impotência	3.75	10°	3.71	6°	3.73	6°
Inferno	2.03	35°	2.00	35°	2.01	38°
Lágrimas	3.67	12°	3.54	7°	3.61	11°
Luto	3.47	16°	3.47	10°	3.47	14°
Mal	2.39	34°	2.35	32°	2.37	35°
Medo	3.24	19°	2.94	22°	3.09	23°
Paz	3.35	17°	3.37	13°	3.36	16°
Pensativo	3.32	18°	3.26	16°	3.29	17°
Pequeno	3.03	25°	3.01	20°	3.02	25°
Perda	4.16	3°	4.05	1°	4.11	2°
Perdido	3.52	15°	2.90	24°	3.21	19°
Preto	2.52	33°	2.49	27°	2.50	33°
Revolta	3.56	14°	3.30	15°	3.43	15°
Saudade	4.24	1°	4.03	2°	4.14	1°
Sufrimento	4.20	2°	3.86	4°	4.03	3°
Solidão	3.86	6°	3.43	12°	3.65	9°
Terra	2.90	27°	2.30	33°	2.60	32°
Tristeza	4.07	4°	3.84	5°	3.96	5°
Vazio	3.98	5°	3.45	11°	3.71	7°
Vida	3.79	8	3.52	8°	3.66	8°

1.2 A situação de morte faz pensar

Falando ainda da situação de morte e os pensamentos que ela suscita, podemos constatar, pela análise do quadro 9, e tendo por base as médias obtidas, que para os enfermeiros que integram a amostra em estudo, pensar na situação de morte os remete em primeiro lugar para a “Morte de um familiar próximo” (4.22), depois para a “Morte de uma amigo próximo” (3.82), seguindo-se a “Morte em si mesma” (3.66), a “Morte de si próprio” (3.45), e por último a “Morte de outra pessoa” com uma média de 3.13.

De acordo com os dados apresentados podemos concluir que na amostra em estudo, pensar na morte, remete os enfermeiros (106), em primeiro lugar, para a “morte de um familiar ou amigo próximo” ou quando muito a pensar na “morte em si mesma”, e só depois os leva a pensar na morte de si próprio ou de outra pessoa. O mesmo será dizer, que para os enfermeiros deste estudo, a morte é, antes de mais, tida como um acontecimento que os remete para alguém próximo e só depois para a sua própria morte. O que de alguma forma, poderá indiciar, uma tentativa de pensar na morte como algo que acontece ao próximo e a qual é difícil remeter a nós próprios, podendo conduzir-nos à ideia de que estes enfermeiros não têm ou procuram evitar a consciencialização da sua condição de mortais.

QUADRO 9: Distribuição da amostra segundo os pensamentos suscitados pela situação de morte

<i>A situação de morte faz-me pensar</i>	<i>CSP</i>		<i>CSD</i>		<i>AMOSTRA TOTAL</i>	
	\bar{X}	<i>ORDEM</i>	\bar{X}	<i>ORDEM</i>	\bar{X}	<i>ORDEM</i>
<i>Morte em si mesma</i>	3.66	4 ^o	3.39	3 ^o	3.52	3 ^o
<i>Morte de si próprio</i>	3.69	3 ^o	3.20	4 ^o	3.45	4 ^o
<i>Morte de um familiar próximo</i>	4.33	1 ^o	4.11	1 ^o	4.22	1 ^o
<i>Morte de um amigo próximo</i>	4.03	2 ^o	3.60	2 ^o	3.82	2 ^o
<i>Morte de outra pessoa</i>	3.32	5 ^o	2.94	5 ^o	3.13	5 ^o

1.3 Modo como preferia morrer, caso pudesse optar

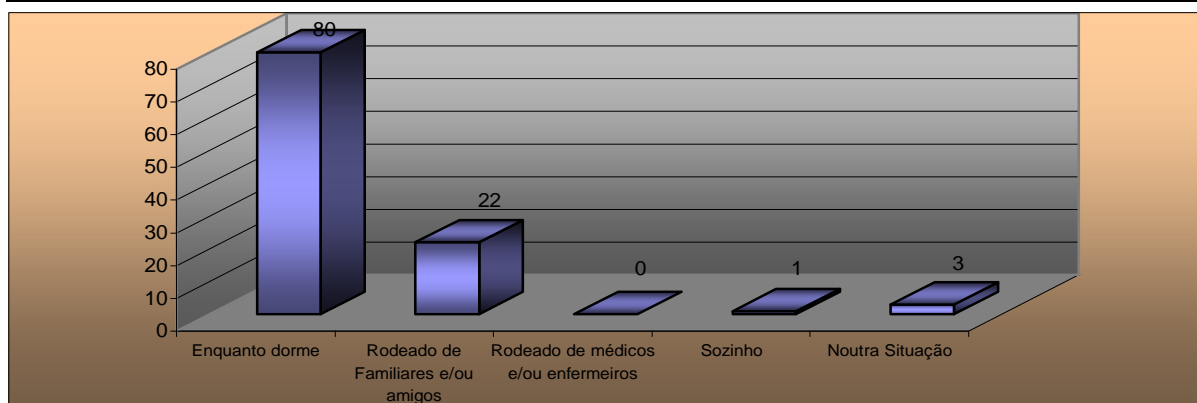
Conforme se pode verificar, pela análise dos dados apresentados no quadro 10 e Gráfico 2, podemos constatar que dos 106 enfermeiros inquiridos, a grande maioria (80;75.5%) se pudesse optar preferia morrer “enquanto dorme” e 22 enfermeiros (20.8%) optaria por viver os seus últimos momentos “rodeado de familiares e/ou amigos” o que nos leva a pensar que 96.3% (102) dos nossos sujeitos preferiam morrer durante o sono (de um modo calmo, sem dor ou sofrimento), ou então na companhia de pessoas que lhe são queridas. Uma percentagem residual (1; 0.9%) preferia morrer “sozinho” e 3 (2.8%) preferem morrer “noutra situação”. Contudo, é também de salientar que apesar das características dos sujeitos que integram a nossa amostra, não houve um único enfermeiro que expressasse vontade de morrer acompanhado de médicos e/ou enfermeiros.

QUADRO 10: Distribuição da amostra segundo o modo como o sujeito preferia morrer, caso pudesse optar.

<i>Se pudesse optar preferia morrer</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Enquanto dorme</i>	80	75.5
<i>Rodeado de familiares e/ou amigos</i>	22	20.8
<i>Rodeado de médicos e/ou enfermeiros</i>	0	0.0
<i>Sozinho</i>	1	0.9
<i>Noutra Situação</i>	3	2.8
Total	106	100.0

Mo = Enquanto dorme

GRÁFICO 2: Distribuição da amostra segundo o modo como o sujeito preferia morrer, caso pudesse optar



Um olhar mais rigoroso, e tendo em conta a distribuição da amostra segundo o grupo de pertença e o modo como o sujeito preferia morrer, caso pudesse optar (quadro 11), permite verificar que dos 53 (100%) enfermeiros de CSP, a totalidade dos enfermeiros gostariam de morrer “enquanto dormem” (44; 83%) ou “rodeados de familiares e/ou amigos” (9; 17%), sendo que nenhum dos enfermeiros de CSP inquirido referiu preferir morrer “acompanhado de médicos e/ou enfermeiros”, “sozinho” ou “noutra situação”, ao passo que dos 53 (100%) enfermeiros de CSD, e à semelhança dos enfermeiros de CSP, a grande maioria (49; 92.4%) caso pudessem optar, também gostariam de morrer “enquanto dormem” (36; 67.9%) ou “rodeados de familiares e/ou amigos” (13; 24.5%), sendo que uma percentagem residual de enfermeiros de CSD (4; 3.7%) referiram preferir morrer “sozinho” (1; 0.9%) ou “noutra situação” (3; 2.8%), contudo, e à semelhança dos enfermeiros de CSP, nenhum gostaria de morrer rodeado de médicos e/ou enfermeiros.

Assim sendo, podemos concluir que os resultados apurados parecem contrastar em absoluto com a realidade que observamos no nosso quotidiano social, em que segundo os dados estatísticos disponíveis, nos dias que correm a morte foi escorraçada do meio familiar e social para o meio hospitalar, onde não são poucas as vezes em que na melhor das hipóteses se morre acompanhado de alguém estranho, habitualmente um enfermeiro, ou ainda mais frequentemente sozinho, escondido atrás de um biombo ou num quarto isolado, rodeado dos mais diversos e sofisticados equipamentos (contexto que nenhum dos enfermeiros gostaria de vivenciar). Subjacente aos resultados obtidos, poderá, por um lado, encontrar-se a necessidade de ressocialização da morte, devolvendo-a ao meio familiar e doméstico com a criação de estratégias que permitam aos profissionais de saúde acompanhar as famílias neste processo de morte. Por outro lado, tais resultados poderão, de alguma forma, mostrar a necessidade de maior envolvimento e preparação da família para acompanhar o seu ente querido neste derradeiro momento da vida.

QUADRO 11: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença e o modo como o sujeito preferia morrer, caso pudesse optar

<i>Se pudesse optar preferia morrer</i>	CSP		CSD		TOTAL	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Enquanto dorme</i>	44	83.0	36	67.9	80	75.5
<i>Rodeado de familiares e/ou amigos</i>	9	17.0	13	24.5	22	20.8
<i>Rodeado de médicos e/ou enfermeiros</i>	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<i>Sozinho</i>	0	0.0	1	1.9	1	0.9
<i>Noutra Situação</i>	0	0.0	3	5.7	3	2.8
Total	53	100.0	53	100.0	106	100.0

Mo = Enquanto dorme

1.4 Crenças e grau de religiosidade

Um dos objectivos deste estudo era avaliar as crenças e grau de religiosidade dos 106 enfermeiros inquiridos, assim e procurando explicar mais a fundo os resultados obtidos fizemos uma análise estatística descritiva relativamente às crenças e grau de religiosidade dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários e de Cuidados de Saúde Diferenciados.

Pela análise das médias apresentadas no quadro 12, podemos afirmar que, nos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (53), a crença mais referenciada foi a de que “cada ser humano possui uma alma e um espírito” (3.96), seguindo-se a crença na “existência de alguma forma de vida para além da morte” (3.49). Os inquiridos referiram ainda com médias mais elevadas e muito próximas das já referenciadas, a preocupação com “a certeza de que morrerá um dia” (3.37), incomodo pelo “facto de outra pessoa lhe mostrar pesar ou sofrimento pela perda de um ente querido” (3.30) e a “frequência com que costuma assistir a serviços religiosos” (3.01). No extremo oposto e como aspectos menos referenciados, surge em 6º lugar “Acredita que as crenças religiosas são meras superstições” (2.52) e em 7º e último lugar “ Importância que dá à exibição de sinais exteriores de luto” (1.96).

Embora os dados disponíveis não apresentem diferenças muito significativas entre as crenças e grau de religiosidade dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os

de Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), uma análise às suas estatísticas resumo não será de todo inconveniente. A crença mais referenciada pelos enfermeiros de CSD (53) continua a ser “cada ser humano possui uma alma e um espírito” (3.99), seguindo-se a crença na “existência de alguma forma de vida para além da morte” (3.88), seguida do incómodo causado pelo “facto de outra pessoa lhe mostrar pesar ou sofrimento pela perda de um ente querido” (3.16) (quarto para os enfermeiros de CSP com 3.30), e a preocupação com “a certeza de que morrerá um dia” (2.90) (terceiro para os enfermeiros de CSP com 3.37). Na 5ª, 6ª e 7ª posição surgem respectivamente, “com que frequência costuma a assistir a serviços religiosos” (2.73), a crença “que as crenças religiosas são meras superstições” (2.37) e em último lugar “a importância que dá à exibição de sinais exteriores de luto” (2.07).

QUADRO 12: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença e as crenças e grau de religiosidade dos inquiridos

<i>Crenças e grau de religiosidade</i>	<i>CSP</i>		<i>CSD</i>		<i>AMOSTRA TOTAL</i>	
	\bar{X}	<i>ORDEM</i>	\bar{X}	<i>ORDEM</i>	\bar{X}	<i>ORDEM</i>
<i>Acredita que as crenças religiosas são meras superstições</i>	2.52	6º	2.37	6º	2.45	6º
<i>Acredita na existência de alguma forma de vida para além da morte</i>	3.49	2º	3.88	2º	3.68	2º
<i>Até que ponto o preocupa a certeza de que morrerá um dia</i>	3.37	3º	2.94	4º	3.16	4º
<i>Acredita que cada ser humano possui uma alma e um espírito</i>	3.96	1º	4.01	1º	3.99	1º
<i>Com que frequência costuma assistir a serviços religiosos</i>	3.01	5º	2.73	5º	2.87	5º
<i>Qual a importância que dá à exibição de sinais exteriores de luto</i>	1.96	7º	2.07	7º	2.01	7º
<i>Em que medida o incomoda o facto de outra pessoa lhe mostrar pesar ou sofrimento pela perda de um ente querido</i>	3.30	4º	3.16	3º	3.23	3º

1.5 Dimensões Significativas da morte

Pela análise das médias resumo apresentadas no quadro 13, podemos afirmar que nos enfermeiros (106; 100%) que integram a amostra em estudo, as dimensões que estruturam

muito ou muitíssimo as suas representações da morte são, em primeiro lugar e com a média mais elevada (3.63) a “Consciência da morte”, seguindo-se a “Inevitabilidade da morte” (3.58), a “Morte do outro” (3.55), com médias iguais (3.47) surgem os “Sentimentos de mal estar” e a “Vida além da morte”. Em sexto e sétimo lugares surgem respectivamente, a dimensão “Crenças / Religiosidade” e “Sagrado religiosidade”. No extremo oposto, e como dimensões que pouco ou absolutamente nada estruturam as representações da morte nos enfermeiros em estudo (dadas as médias totais obtidas), temos a “Questionar da morte” (2.94), “Morte de si próprio” (2.87), e em penúltimo e último lugares, com as médias mais baixas de todas, temos respectivamente, a “Ritualismo da morte” (2.71) e “Imagens concretas” (2.62).

Embora os dados visíveis não apresentem diferenças significativas no que se refere às médias obtidas entre os enfermeiros de CSP e os de CSD, interessa ainda fazer referência às dimensões posicionadas em segundo e terceiro lugares para os enfermeiros de CSD, respectivamente a “A morte do outro” (3.42) e a “Inevitabilidade da morte” (3.40) (que no caso dos enfermeiros de CSP ocupam respectivamente o terceiro e o segundo lugares).

QUADRO 13: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença e as dimensões significativas da morte.

<i>Dimensões significativas da morte</i>	<i>CSP</i>		<i>CSD</i>		<i>AMOSTRA TOTAL</i>	
	\bar{X}	<i>ORDEM</i>	\bar{X}	<i>ORDEM</i>	\bar{X}	<i>ORDEM</i>
<i>Sentimentos de mal estar</i>	3.65	4º	3.28	5º	3.47	4º
<i>Imagens concretas</i>	2.91	10º	2.33	11º	2.62	11º
<i>Ritualismo da morte</i>	2.81	11º	2.61	10º	2.71	10º
<i>A morte do outro</i>	3.68	3º	3.42	2º	3.55	3º
<i>Sagrado / Religiosidade</i>	3.28	6º	3.17	7º	3.23	7º
<i>Vida além da morte</i>	3.55	5º	3.39	4º	3.47	4º
<i>Questionar da morte</i>	2.92	9º	2.96	8º	2.94	8º
<i>Inevitabilidade da morte</i>	3.76	2º	3.40	3º	3.58	2º
<i>Consciência da morte</i>	3.81	1º	3.45	1º	3.63	1º
<i>Crenças / Religiosidade</i>	3.25	7º	3.25	6º	3.25	6º
<i>Morte de si próprio</i>	3.01	8º	2.74	9º	2.87	9º

1.6 Experiência pessoal de vivência recente da morte de alguém próximo (familiar ou amigo)

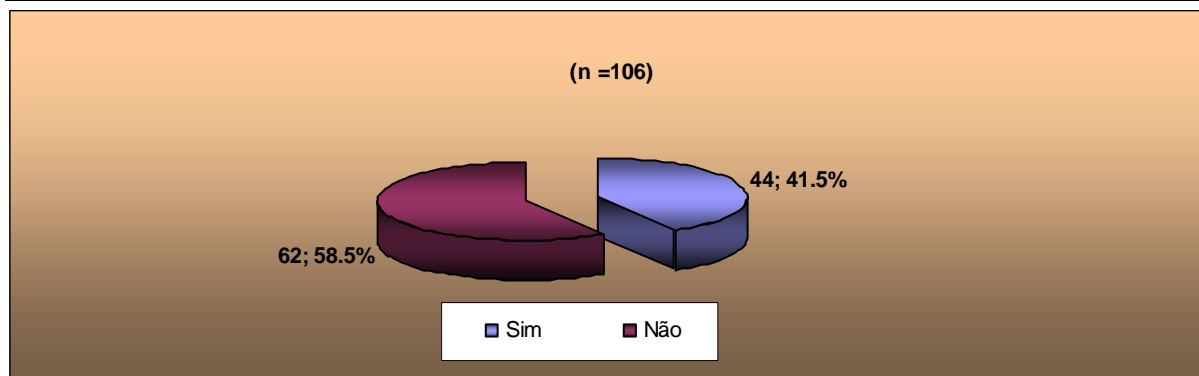
Falando da experiência pessoal de vivência recente da morte de alguém próximo (familiar ou amigo) podemos constatar pelos resultados do quadro 14 e Gráfico 3, que 44 (41.5%) dos enfermeiros da nossa amostra vivenciaram muito recentemente a morte de alguém próximo e 62 (58.5%) não tiveram qualquer vivência recente da morte de um familiar ou amigo próximo.

QUADRO 14: Distribuição da amostra segundo a experiência pessoal de vivência recente da morte de alguém próximo (familiar ou amigo)

<i>Vivência recente da morte de alguém próximo</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	44	41.5
<i>Não</i>	62	58.5
Total	106	100.0

Mo = Não

GRÁFICO 3: Distribuição da amostra segundo a experiência pessoal de vivência recente da morte de alguém próximo (familiar ou amigo)



Observando o quadro 15, podemos concluir que grande parte dos enfermeiros de CSP (32; 60.4%) e dos enfermeiros de CSD (30; 56.6%) não tiveram qualquer experiência pessoal recente da morte de um familiar ou amigo próximo, contudo é de salientar que uma significativa percentagem de enfermeiros de CSP (21; 39.6%) e de enfermeiros de CSD (23; 43.4%) vivenciaram recentemente a perda de um familiar ou amigo próximo. Tal facto poderá de alguma forma condicionar a sua forma de perceber e representar a morte.

QUADRO 15: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença do inquirido e a experiência pessoal de vivência recente da morte de alguém próximo (familiar ou amigo)

<i>Vivência recente de morte de um familiar ou amigo próximo</i>	<i>CSP</i>		<i>CSD</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	21	39.6	23	43.4	44	41.5
<i>Não</i>	32	60.4	30	56.6	62	58.5
Total	53	100.0	53	100.0	106	100.0

Mo = Não

1.7 Comportamentos ou condutas mais frequentes face à morte de um ente querido

Falando ainda da vivência recente da morte de alguém próximo (familiar ou amigo), e procurando apreender os comportamentos dos enfermeiros que recentemente vivenciaram a perda de um familiar ou amigo próximo (44; 41.5%), podemos constatar pelos dados apresentados no quadro 16 e gráfico 4, que de entre uma extensa lista de comportamentos mais frequentes face à morte de um ente querido, os enfermeiros que perderam recentemente um ente querido referiram como comportamentos mais frequentemente exibidos, Chorar (38; 35.8%), Falta de concentração (19; 17.9%), Suspirar (16; 15.1%), Dormir pouco (16; 15.1%), Querer estar só (13; 12.3%), Ficar apático (12; 11.3%), Distracção (11; 10.4%), Estar em actividade permanente (11; 10.4%), Evitar as pessoas (9; 8.5%) ou mesmo falar com o falecido (9; 8.5%). Como comportamentos menos referenciados pelos enfermeiros que perderam alguém querido recentemente, surgem: Ficar triste (1; 0.9%), Visitar a campa do falecido (1; 0.9%), Falar do falecido com a família (1; 0.9%), Rezar (2; 1.9%) e Dormir muito (2; 1.9%).

Um olhar mais atento sobre os comportamentos que aqui foram referidos como os mais frequentes face à morte de um ente querido, permitirá verificar que a situação de morte poderá remeter para manifestações de dor intensa face à perda, manifestada pelo Choro (38; 35.8%);

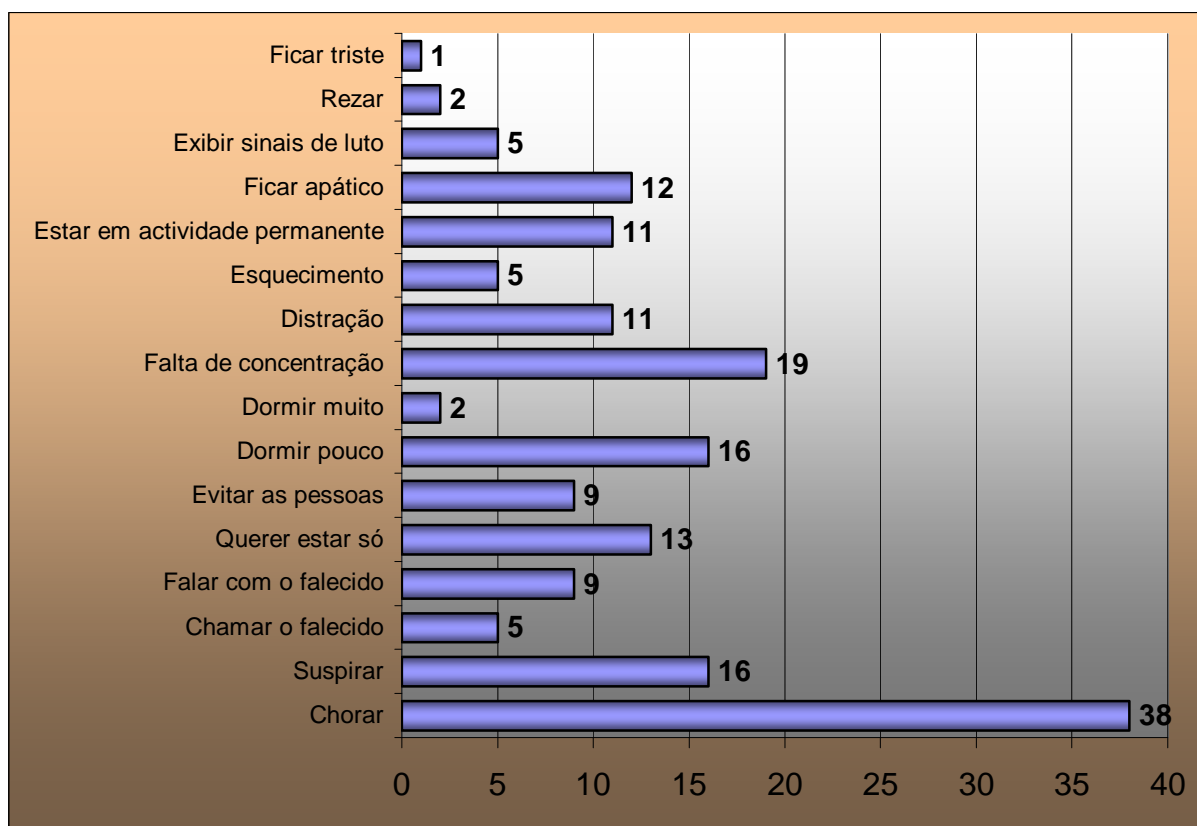
distúrbios psicossomáticos manifestados por comportamentos como a Falta de concentração (19; 17.9%), suspirar (16; 15.1%), insónias (16; 15.1%), ficar apático (12; 11.3%) ou mesmo falar com o falecido (9; 8.5%); Isolamento manifestado por comportamentos como, querer estar só (13; 12.3%) e evitar as pessoas (9; 8.5%); ou numa tentativa de esquecer a morte de alguém querido procurar manter-se em actividade permanente (11; 10.4%).

Por oposição, e de acordo com os comportamentos que aqui se apresentam como os menos frequentes (Ficar triste (1; 0.9%), Visitar a campa do falecido (1; 0.9%), Falar do falecido com a família (1; 0.9%)) poderão indiciar uma tentativa de ocultação da morte, como acontecimento que se opõe à vida, negando a desejada felicidade e bem estar e com o qual se tem grande dificuldade em lidar na actualidade, considerando que estes enfermeiros se encontram inseridos numa sociedade que dá sinais evidentes de não saber lidar com a morte e que parece defender, acima de tudo, valores como a felicidade, o bem estar, o prazer, o poder em detrimento da dor e do sofrimento inerentes à existência de todo o ser vivo.

QUADRO 16: Distribuição da amostra segundo os comportamentos mais frequentes face à morte de um ente querido

Comportamentos mais frequentes face à morte de um ente querido	n	%
<i>Chorar</i>	38	35.8
<i>Suspirar</i>	16	15.1
<i>Chamar o falecido</i>	5	4.7
<i>Falar com o falecido</i>	9	8.5
<i>Querer estar só</i>	13	12.3
<i>Evitar as pessoas</i>	9	8.5
<i>Dormir pouco</i>	16	15.1
<i>Dormir muito</i>	2	1.9
<i>Falta de concentração</i>	19	17.9
<i>Distracção</i>	11	10.4
<i>Esquecimento</i>	5	4.7
<i>Estar em actividade permanente</i>	11	10.4
<i>Ficar apático</i>	12	11.3
<i>Exibir sinais de luto</i>	5	4.7
<i>Rezar</i>	2	1.9
<i>Ficar triste</i>	1	0.9
<i>Visitar a campa do falecido</i>	1	0.9
<i>Falar do falecido com a família</i>	1	0.9

GRÁFICO 4: Distribuição da amostra segundo os comportamentos mais frequentes face à morte de um ente querido



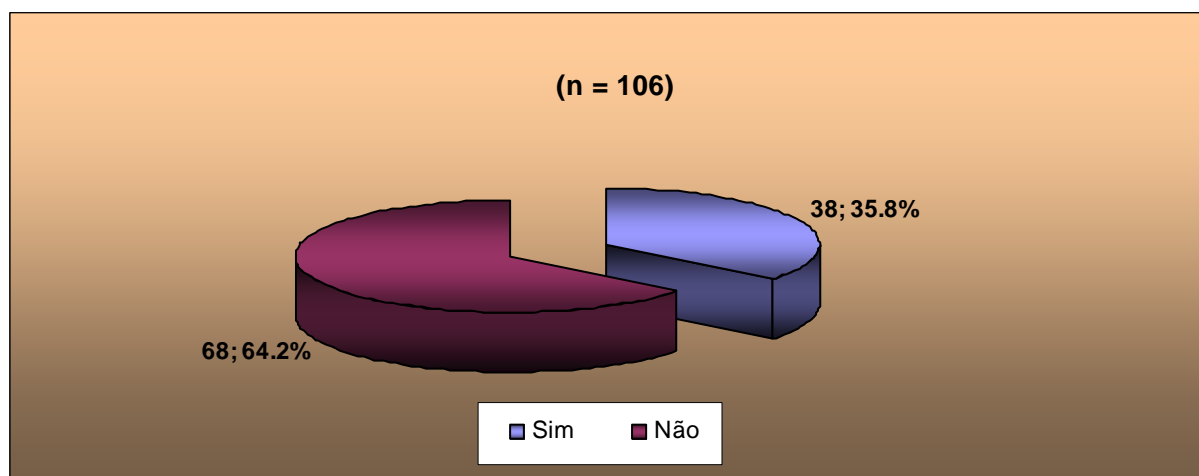
1.8 Vivência de uma experiência pessoal próxima da morte

Pela análise dos resultados expressos no quadro 17, 18 e gráfico 5, podemos constatar que a maioria dos enfermeiros inquiridos neste estudo (68; 64.2%) não teve qualquer vivência pessoal próxima da morte, contudo é de salientar que uma percentagem significativa de enfermeiros (38; 35.8%) já tiveram uma experiência pessoal em que sentiram a proximidade da sua morte ou na eminência de poder morrer.

QUADRO 17: Distribuição da amostra segundo a vivência de uma experiência pessoal próxima da morte.

<i>Vivência pessoal próxima da morte</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	38	35.8
<i>Não</i>	68	64.2
Total	106	100.0

Mo = Não

GRÁFICO 5: Distribuição da amostra segundo a vivência de uma experiência pessoal próxima da morte

Analisado o quadro 18, podemos ainda, verificar que os enfermeiros de CSP (22; 41.5%) foram os que mais tiveram uma vivência pessoal próxima da morte, enquanto que, e por oposição, os enfermeiros de CSD foram os que menos vivenciaram uma experiência pessoal próxima da morte.

QUADRO 18: Distribuição da amostra segundo o grupo de pertença do inquirido e a Vivência de uma experiência pessoal próxima da morte

<i>Vivência pessoal próxima da morte</i>	<i>CSP</i>		<i>CSD</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	22	41.5	16	30.2	38	35.8
<i>Não</i>	31	58.5	37	69.8	68	64.2
Total	53	100.0	53	100.0	106	100.0

Mo = Não

2. Testes de Hipóteses – Análise e interpretação dos resultados

Com o intuito de verificar da aceitabilidade das hipóteses levantadas para a presente investigação, recorreremos às estatísticas inferenciais. Antes de proceder aos testes de hipóteses, e dado que a estatísticas inferenciais, nomeadamente as paramétricas, carecem da verificação de pressupostos, testamos a normalidade da distribuição dos dados da amostra

para as variáveis em estudo com o teste de Kolmogorov-Smirnov (Quadro 19), uma vez que a dimensão da amostra em estudo é superior a 50 sujeitos ($n = 106$). A análise e interpretação dos resultados obtidos, será feita sempre que se realizam testes para as hipóteses formuladas.

QUADRO 19: Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade da distribuição das variáveis em estudo: Idade, Tempo de exercício profissional (variáveis independentes) e dimensões significativas da morte (Variáveis dependentes).

Variáveis em estudo	Teste de Kolmogorov-Smirnov	
	Estatística	P
VARIÁVEIS INDEPENDENTES:		
Idade	0.136	0.000
Tempo de exercício profissional	0.155	0.000
VARIÁVEIS DEPENDENTES:		
“Sentimentos de mal estar”	0.068	0.200
“Imagens concretas”	0.160	0.000
“Ritualismo da morte”	0.095	0.020
“A morte do outro”	0.162	0.000
“Sagrado / Religiosidade”	0.111	0.003
“Vida além da morte”	0.199	0.000
“Questionar da morte”	0.120	0.001
“Inevitabilidade da morte”	0.175	0.000
“Consciência da morte”	0.098	0.014
“Crenças / Religiosidade”	0.121	0.001
“Morte de si próprio”	0.101	0.010

$p < 0.05$ (distribuição não normal); $p > 0.05$ (distribuição normal)

Pela análise do quadro 19, podemos concluir que apenas a variável “Sentimentos de mal estar” ($p=0.200$) tem distribuição normal (dado que $p>0.05$), ao passo que as restantes variáveis não possuem distribuição normal ($p < 0.05$).

HIPÓTESE 1

As características sócio-demográficas (idade, género social, tempo de exercício profissional, categoria profissional, religião) influem na estruturação das representações da morte.

No sentido de testar a primeira hipótese que prevê a existência de relação entre as variáveis sócio-demográficas e a estruturação das dimensões significativas das representações da morte utilizamos:

Idade / Dimensões significativas da morte

Para averiguar a existência de relação entre a idade e as dimensões significativas da morte utilizamos o teste de correlação de Spearman (dada a não normalidade da distribuição observada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov para a variável idade ($p=0.000$)).

Como se pode constatar pela análise dos resultados apresentados no quadro 20, não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre a idade e a estruturação das representações da morte. Assim sendo, podemos afirmar que *não existe relação entre a idade e as dimensões significativas da morte nos enfermeiros que integram a amostra em estudo, pelo que ter mais ou menos idade não interfere na estruturação das suas representações da morte.*

QUADRO 20: Teste de correlação de Spearman referente à idade e às dimensões significativas da morte

(n = 106)

<i>Idade</i>	Teste de correlação de Spearman	
	<i>Rs</i>	<i>P</i>
<i>Dimensões Significativas da Morte</i>		
“Sentimentos de mal estar”	0.127	0.193
“Imagens concretas”	0.161	0.100
“Ritualismo da morte”	0.052	0.599
“A morte do outro”	- 0.130	0.183
“Sagrado / Religiosidade”	0.149	0.127
“Vida além da morte”	0.013	0.898
“Questionar da morte”	0.039	0.694
“Inevitabilidade da morte”	0.058	0.557
“Consciência da morte”	0.119	0.226
“Crenças / Religiosidade”	- 0.066	0.500
“Morte de si próprio”	0.060	0.544

Género / Dimensões significativas da morte

Quanto ao género, esta hipótese foi testada recorrendo aos testes t de Student para amostras não emparelhadas para a dimensão “ Sentimentos de mal estar” (variável com distribuição normal observada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ($K_s = 0.068$; $p = 0.200$) e ao teste Mann-Whitney para as restantes dimensões (variáveis com distribuição não normal observada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov).

Observando os quadros 21 e 22, podemos concluir que há diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género nos enfermeiros em estudo para as dimensões “ sentimentos de mal estar”(p = 0.004), “A morte do outro” (p=0.004), “ Consciência da morte” (p=0.003), enquanto que para as restantes dimensões não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Pela análise das médias obtidas para a dimensão “ sentimentos de mal estar” dos dois géneros, podemos afirmar que o género feminino refere mais “sentimentos de mal estar” (3.539) do que o género masculino (2.927), ou seja, os resultados mostram que as enfermeiras expressam um maior mal estar face à morte, do que os enfermeiros.

Relativamente às restantes dimensões com diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, e pela análise das médias das ordens, podemos constatar que as enfermeiras referem mais “a morte do outro” (enfermeiras = 56.34; enfermeiros = 29.67) e mais “consciência da morte” (enfermeiras = 56.63; enfermeiros = 28.96) do que os enfermeiros. *Ou seja as enfermeiras parecem pensar ou sentir mais a morte do próximo quando confrontadas com a morte, e estar mais conscientes em relação à morte ou à mortalidade do ser humano, do que os enfermeiros.*

Podemos então afirmar, de acordo com os resultados obtidos nos quadros 21 e 22, que ***existe correlação estatisticamente significativa entre o género e as dimensões “ Sentimentos de mal estar”, “ A morte do outro” e a “Consciência da morte”. O mesmo será concluir que***

há relação entre o género e a estruturação das representações da morte e ser enfermeiro ou enfermeira interfere na estruturação das suas representações.

QUADRO 21: Teste t de Student para amostras não emparelhadas referente ao género e à dimensão significativa da morte “Sentimentos de mal estar”.

(n = 106)

	Género	Teste t de Student				
		n	\bar{x}	S	t	P
“Sentimentos de mal estar”	Masculino	12	2.927	0.618	- 2.974	0.004
	Feminino	94	3.539	0.678		

QUADRO 22: Teste Mann-Whitney referente ao género e às dimensões significativas da morte.

(n = 106)

Dimensões Significativas da Morte	Género	Teste Mann-Whitney			
		n	Média das ordens	U	P
“Imagens concretas”	Masculino	12	41.21	416.5	0.140
	Feminino	94	55.07		
“Ritualismo da morte”	Masculino	12	42.29	429.5	0.178
	Feminino	94	54.93		
“A morte do outro”	Masculino	12	29.67	278.0	0.004
	Feminino	94	56.34		
“Sagrado / Religiosidade”	Masculino	12	46.42	479.0	0.393
	Feminino	94	54.40		
“Vida além da morte”	Masculino	12	51.75	542.0	0.830
	Feminino	94	53.72		
“Questionar da morte”	Masculino	12	54.79	548.5	0.876
	Feminino	94	53.34		
“Inevitabilidade da morte”	Masculino	12	43.29	441.5	0.216
	Feminino	94	54.80		
“Consciência da morte”	Masculino	12	28.96	269.5	0.003
	Feminino	94	56.63		
“Crenças / Religiosidade”	Masculino	12	50.40	527.0	0.710
	Feminino	94	53.89		
“Morte de si próprio”	Masculino	12	43.38	442.5	0.222
	Feminino	94	54.79		

Tempo de exercício profissional / Dimensões significativas da morte

Para testar a existência de relação entre o tempo de exercício profissional e as dimensões significativas da morte utilizamos o teste de correlação de Spearman (dada a não normalidade

da distribuição observada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov da variável tempo de exercício profissional ($p=0.000$)).

Como se pode verificar pela análise do quadro 23, podemos concluir que não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre o tempo de exercício profissional e a forma como é percebida e representada a morte, nos enfermeiros em estudo.

Esta inexistência de correlação entre as variáveis em estudo indica que *o tempo de exercício profissional não influi na estruturação das representações da morte nos enfermeiros desta amostra, sendo que um maior ou menor tempo de exercício profissional não interfere com as dimensões significativas da morte.*

QUADRO 23: Teste de correlação de Spearman referente ao tempo de exercício profissional e às dimensões significativas da morte

(n = 106)

<u>Tempo de exercício profissional</u> Dimensões Significativas da Morte	Teste de correlação de Spearman	
	Rs	P
“Sentimentos de mal estar”	0.139	0.156
“Imagens concretas”	0.132	0.177
“Ritualismo da morte”	0.077	0.430
“A morte do outro”	-0.077	0.434
“Sagrado / Religiosidade”	0.177	0.069
“Vida além da morte”	0.018	0.855
“Questionar da morte”	0.063	0.522
“Inevitabilidade da morte”	0.065	0.505
“Consciência da morte”	0.164	0.094
“Crenças / Religiosidade”	0.026	0.789
“Morte de si próprio”	0.119	0.225

Categoria profissional / Dimensões significativas da morte

Em relação à categoria profissional, esta hipótese foi testada com recurso a dois testes distintos: o teste de análise de variância - Anova a um factor para a dimensão “sentimentos de mal estar” (variável com distribuição normal observada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ($K_s = 0.068$; $p = 0.200$)) e o teste de *Kruskal – Wallis* relativamente às restantes dimensões (com distribuição não normal).

Os quadros 24 e 25 mostram-nos que não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre a categoria profissional e as dimensões significativas da morte nos enfermeiros em estudo. Ou seja, *de acordo com os resultados obtidos, podemos afirmar que a categoria profissional não influi na estruturação das suas representações da morte.*

QUADRO 24: Teste ANOVA a um factor referente à categoria profissional e à dimensão significativa da morte “Sentimentos de mal estar”.

(n = 106)

Categoria Profissional	Teste ANOVA a um factor	
	F	P
“ Sentimentos de mal estar”	0.454	0.636

QUADRO 25: Teste Kruskal - Wallis referente à categoria profissional e às dimensões significativas da morte.

(n = 106)

Dimensões Significativas da Morte	Categoria Profissional	Teste kruskal – Wallis			
		n	Média das ordens	H	P
“Imagens concretas”	Enfermeiro	13	45.54	1.012	0.603
	Enf. Graduado	81	54.74		
	Enf. Especialista	12	53.75		
“Ritualismo da morte”	Enfermeiro	13	44.46	1.347	0.510
	Enf. Graduado	81	55.06		
	Enf. Especialista	12	52.79		
“A morte do outro”	Enfermeiro	13	58.00	0.497	0.780
	Enf. Graduado	81	52.38		
	Enf. Especialista	12	56.21		
“Sagrado / Religiosidade”	Enfermeiro	13	43.54	2.289	0.318
	Enf. Graduado	81	53.87		
	Enf. Especialista	12	61.79		
“Vida além da morte”	Enfermeiro	13	61.62	2.250	0.325
	Enf. Graduado	81	51.07		
	Enf. Especialista	12	61.13		
“Questionar da morte”	Enfermeiro	13	64.77	2.088	0.352
	Enf. Graduado	81	52.20		
	Enf. Especialista	12	50.04		
“Inevitabilidade da morte”	Enfermeiro	13	47.27	2.190	0.335
	Enf. Graduado	81	55.89		
	Enf. Especialista	12	44.13		
“Consciência da morte”	Enfermeiro	13	53.31	1.383	0.501
	Enf. Graduado	81	52.09		
	Enf. Especialista	12	63.21		
“Crenças / Religiosidade”	Enfermeiro	13	59.35	3.400	0.183
	Enf. Graduado	81	50.62		
	Enf. Especialista	12	66.58		
“Morte de si próprio”	Enfermeiro	13	47.65	0.882	0.643
	Enf. Graduado	81	53.61		
	Enf. Especialista	12	59.08		

Religião / Dimensões significativas da morte

Para verificar da existência de correlação entre a religião e as dimensões significativas da morte usamos do teste t Student para amostras não emparelhadas para a dimensão “Sentimentos de mal estar” (variável com distribuição normal observada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ($K_s = 0.068$; $p = 0.200$)) e os teste Mann-Whitney para as restantes dimensões (variáveis com distribuição não normal observada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov).

Observando os quadros 26 e 27, podemos verificar que apenas existe diferenças estatisticamente significativas para as dimensões “Sagrado/Religiosidade” ($p=0.001$) e “Crenças/Religiosidade” ($p=0.004$) entre os enfermeiros que professam uma religião e os que não professam qualquer religião.

Pela análise das médias das ordens, podemos afirmar que os enfermeiros que professam uma religião (neste caso a religião católica) referem mais a dimensão “Sagrado/Religiosidade” (Sim = 57.63; Não = 30.28), e mais “Crenças/Religiosidade” (Sim = 57.07; Não = 33.41), do que os enfermeiros que não professam qualquer religião. Resultados que são perfeitamente previsíveis se tivermos presente que os enfermeiros que têm uma religião à partida são mais crentes ou têm um grau de religiosidade superior, do que os enfermeiros que não professam qualquer religião.

De acordo com os resultados obtidos, podemos afirmar que existe correlação estatisticamente significativa entre a religião e as dimensões “Sagrado/Religiosidade” e “Crenças/Religiosidade”. Logo concluímos que a religião influi na estruturação das dimensões significativas da morte e professar ou não uma religião interfere com as dimensões que estruturam as suas representações da morte.

QUADRO 26: Teste t de Student para amostras não emparelhadas referente à religião e à dimensão significativa da morte “Sentimentos de mal estar”.

(n = 106)

	Religião	Teste t de Student				
		n	\bar{x}	S	t	P
“Sentimentos de mal estar”	Sim	90	3.469	0.702	- 0.037	0.970
	Não	16	3.476	0.683		

QUADRO 27: Teste Mann-Whitney referente à religião e às dimensões significativas da morte.

(n = 106)

Dimensões Significativas da Morte	Religião	Teste Mann-Whitney			
		n	Média das ordens	U	P
“Imagens concretas”	Sim	90	53.47	717.5	0.982
	Não	12	53.66		
“Ritualismo da morte”	Sim	90	55.07	578.5	0.210
	Não	12	44.66		
“A morte do outro”	Sim	90	54.65	616.5	0.353
	Não	12	47.03		
“Sagrado / Religiosidade”	Sim	90	57.63	348.5	0.001
	Não	12	30.28		
“Vida além da morte”	Sim	90	53.27	699.5	0.853
	Não	12	54.78		
“Questionar da morte”	Sim	90	52.61	640.0	0.475
	Não	12	58.50		
“Inevitabilidade da morte”	Sim	90	51.32	524.0	0.080
	Não	12	65.75		
“Consciência da morte”	Sim	90	52.84	661.0	0.600
	Não	12	57.19		
“Crenças / Religiosidade”	Sim	90	57.07	398.5	0.004
	Não	12	33.41		
“Morte de si próprio”	Sim	90	53.59	712.0	0.943
	Não	12	53.00		

Resumindo, nesta hipótese que previa a existência de relação entre as variáveis sócio demográficas (idade, género social, tempo de exercício profissional, categoria profissional, religião) e as dimensões significativas que estruturam as representações da morte, podemos concluir que, na amostra em estudo, apenas o género e a religião influem na estruturação

das representações da morte. O mesmo será dizer que a forma como os enfermeiros percebem e representam a morte apenas está correlacionada com as variáveis sócio-demográficas género e religião dos enfermeiros que integram a amostra deste estudo.

HIPÓTESE 2

Os enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários apresentam dimensões significativas da morte diferentes dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Diferenciados.

Para testar a segunda hipótese, que prevê a existência de diferenças ao nível da estruturação das dimensões significativas das representações da morte consoante a área de actuação dos enfermeiros (ou grupo de pertença), utilizamos dois testes: o teste t de Student para amostras não emparelhadas relativamente à dimensão sentimentos de mal estar (com distribuição normal) e o teste Mann-Whitney relativamente às restantes dimensões (com distribuição não normal).

Pela análise dos resultados, apresentados nos quadros 28 e 29, podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões “sentimentos de mal estar”, “Imagens concretas”, “Inevitabilidade da morte” e “Consciência da morte” entre os dois grupos de pertença em estudo (CSP e CSD) sendo que para as restantes dimensões não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Pela análise das médias da dimensão “sentimentos de mal estar” dos dois grupos, podemos ainda afirmar que os enfermeiros de CSP referem mais “sentimentos de mal estar” (3.653) do que os de CSD (3.287).

Em relação às restantes dimensões com diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, e pela análise das médias das ordens, podemos afirmar que os enfermeiros de CSP referem mais “imagens concretas” (CSP = 60.24; CSD = 46.76), mais “inevitabilidade da morte” (CSP = 59.43; CSD = 47.57), e mais “consciência da morte” (CSP = 61.19; CSD = 45.81) do que os enfermeiros de CSD.

Os resultados expostos, mostram que os enfermeiros de CSP manifestam ou expressam mais sentimentos de mal estar face à morte, associam-na mais a imagens concretas, mais a aceitam e encaram como um fim inevitável e inegável, e estão mais conscientes da morte como marco que sinaliza a mortalidade do ser humano, do que os enfermeiros de CSD.

QUADRO 28: Teste t de Student para amostras não emparelhadas referente ao Grupo de pertença dos enfermeiros e à dimensão significativa da morte “Sentimentos de mal estar”.

(n = 106)

	Grupo de Pertença	Teste t de Student				
		n	\bar{x}	S	t	P
“Sentimentos de mal estar”	CSP	53	3.653	0.710	2.786	0.006
	CSD	53	3.287	0.638		

QUADRO 29: Teste Mann-Whitney referente ao Grupo de pertença dos enfermeiros e às dimensões significativas da morte.

(n = 106)

Dimensões Significativas da Morte	Grupo de Pertença	Teste Mann-Whitney			
		n	Média das ordens	U	P
“Imagens concretas”	CSP	53	60.24	1047.5	0.024
	CSD	53	46.76		
“Ritualismo da morte”	CSP	53	57.00	1219.0	0.239
	CSD	53	50.00		
“A morte do outro”	CSP	53	57.90	1171.5	0.134
	CSD	53	49.10		
“Sagrado / Religiosidade”	CSP	53	55.21	1314.0	0.564
	CSD	53	51.79		
“Vida além da morte”	CSP	53	55.74	1286.0	0.444
	CSD	53	51.26		
“Questionar da morte”	CSP	53	53.18	1387.5	0.914
	CSD	53	53.82		
“Inevitabilidade da morte”	CSP	53	59.43	1090.0	0.044
	CSD	53	47.57		
“Consciência da morte”	CSP	53	61.19	997.0	0.010
	CSD	53	45.81		
“Crenças / Religiosidade”	CSP	53	54.02	1377.0	0.861
	CSD	53	52.98		
“Morte de si próprio”	CSP	53	58.35	1147.5	0.101
	CSD	53	48.65		

De referir que os enfermeiros que integram a amostra em estudo foram divididos em dois grupos, os enfermeiros de CSP e enfermeiros de CSD, de acordo com a sua área de actuação.

HIPÓTESE 3

A morte recente de um ente querido (familiar ou amigo) influi na estruturação das representações da morte.

Os testes t de Student para amostras não emparelhadas (relativamente à dimensão “Sentimentos de mal estar”, com distribuição normal) e o teste Mann-whitney (relativamente às restantes dimensões, com distribuição não normal) foram utilizados para testar a terceira hipótese que prevê a existência de relação entre a morte recente de um ente querido (familiar ou amigo) e a estruturação das dimensões significativas das representações da morte.

Pelos resultados dos testes, apresentados nos quadros 30 e 31, podemos concluir que apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “sentimentos de mal estar” e os enfermeiros que tiveram ou não uma vivência recente da perda de um familiar ou amigo próximo.

Assim, pela análise das médias obtidas para a dimensão “Sentimentos de mal estar”, podemos concluir que os enfermeiros que tiveram uma vivência recente da perda de alguém próximo referem mais “sentimentos de mal estar” (6.636) ou seja, expressam ou sentem mais mal estar face à situação de morte, do que os que não tiveram essa vivência (3.352).

Logo, podemos afirmar que a morte recente de alguém próximo (familiar ou amigo) influi na forma como é percebida e representada a morte, nos enfermeiros em estudo.

QUADRO 30: Teste *t* de Student para amostras não emparelhadas referente à Vivência recente da perda de alguém próximo (familiar ou amigo) e à dimensão significativa da morte “Sentimentos de mal estar”.

(n = 106)

	Vivência recente da perda de alguém próximo (familiar ou amigo)	Teste t de Student				
		n	\bar{x}	S	t	P
“Sentimentos de mal estar”	Sim	44	3.636	0.637	2.097	0.038
	Não	62	3.352	0.718		

QUADRO 31: Teste Mann-Whitney referente à Vivência recente da perda de alguém próximo (familiar ou amigo) e às dimensões significativas da morte.

(n = 106)

Dimensões Significativas da Morte	Vivência recente da perda de alguém próximo (familiar ou amigo)	Teste Mann-Whitney			
		n	Média das ordens	U	P
“Imagens concretas”	Sim	44	56.19	1245.5	0.446
	Não	62	51.59		
“Ritualismo da morte”	Sim	44	58.58	1140.5	0.150
	Não	62	49.90		
“A morte do outro”	Sim	44	56.33	1239.5	0.417
	Não	62	51.49		
“Sagrado / Religiosidade”	Sim	44	54.88	1303.5	0.696
	Não	62	52.52		
“Vida além da morte”	Sim	44	56.15	1247.5	0.445
	Não	62	51.62		
“Questionar da morte”	Sim	44	51.68	1284.0	0.604
	Não	62	54.79		
“Inevitabilidade da morte”	Sim	44	57.97	1167.5	0.202
	Não	62	50.33		
“Consciência da morte”	Sim	44	58.77	1132.0	0.135
	Não	62	49.76		
“Crenças / Religiosidade”	Sim	44	52.80	1333.0	0.841
	Não	62	54.00		
“Morte de si próprio”	Sim	44	55.66	1269.0	0.539
	Não	62	51.97		

HIPÓTESE 4

A vivência de uma experiência pessoal próxima da morte influi na estruturação das representações da morte.

A fim de verificar a existência de relação entre a vivência de uma experiência pessoal próxima da morte e a estruturação das representações da morte (Hipótese 4) recorreremos ao teste t de Student para amostras não emparelhadas para a dimensão “sentimentos de mal estar” (dimensão com distribuição normal) e ao teste Mann-Whitney para as restantes dimensões (com distribuição não normal).

De acordo com os resultados apresentados nos quadros 32 e 33, podemos afirmar da existência de diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões “ Sentimentos de mal estar”, “ Consciência da morte” e morte de si próprio” entre os enfermeiros que tiveram ou não uma experiência pessoal próxima da morte, sendo que para as restantes dimensões não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Pela análise das médias da dimensão “Sentimentos de mal estar” os enfermeiros que tiveram uma experiência pessoal próxima da morte referem mais “sentimentos de mal estar” (3.657) do que os que não tiveram na eminência de poder morrer (3.365).

Relativamente às restantes dimensões com diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros, e pela análise das médias das ordens, podemos afirmar que os enfermeiros que tiveram uma vivência pessoal próxima da morte referem mais “Consciência da morte” (Sim = 64.04; Não = 47.40) e mais a “morte de si próprio” (Sim = 66.84; Não = 46.04) do que os enfermeiros que não tiveram tal vivência. O que equivale a inferir que, os enfermeiros que afirmaram ter vivenciado uma experiência próxima da morte, ou que já estiveram na eminência de perder a vida, manifestam ou sentem maior mal estar face à morte, revelam maior consciência da morte e pensam mais na sua própria morte e na sua mortalidade, do que os outros.

Assim, e de acordo com os resultados apresentados, podemos concluir que há diferença estatisticamente significativa entre a vivência de uma experiência pessoal próxima da morte e as dimensões significativas que estruturam as representações da morte. Ou seja, a vivência de uma experiência pessoal próxima da morte influi na estruturação das representações da morte.

QUADRO 32: Teste t de Student para amostras não emparelhadas referente à Vivência de uma experiência pessoal próxima da morte e à dimensão significativa da morte “Sentimentos de mal estar”.

(n = 106)

	Vivência de uma experiência pessoal próxima da morte	Teste t de Student				
		n	\bar{x}	S	t	P
“Sentimentos de mal estar”	Sim	38	3.657	0.629	2.103	0.038
	Não	68	3.365	0.715		

QUADRO 33: Teste Mann-Whitney referente à Vivência de uma experiência pessoal próxima da morte e às dimensões significativas da morte.

(n = 106)

Dimensões Significativas da Morte	Vivência de uma experiência pessoal próxima da morte	Teste Mann-Whitney			
		n	Média das ordens	U	P
“Imagens concretas”	Sim	38	52.16	1241.0	0.736
	Não	68	54.25		
“Ritualismo da morte”	Sim	38	60.80	1014.5	0.067
	Não	68	49.42		
“A morte do outro”	Sim	38	58.72	1093.5	0.183
	Não	68	50.58		
“Sagrado / Religiosidade”	Sim	38	57.57	1137.5	0.304
	Não	68	51.23		
“Vida além da morte”	Sim	38	59.57	1061.5	0.120
	Não	68	50.11		
“Questionar da morte”	Sim	38	59.43	1066.5	0.133
	Não	68	50.18		
“Inevitabilidade da morte”	Sim	38	51.41	1212.5	0.596
	Não	68	54.67		
“Consciência da morte”	Sim	38	64.42	877.0	0.006
	Não	68	47.40		
“Crenças / Religiosidade”	Sim	38	53.87	1278.0	0.926
	Não	68	53.29		
“Morte de si próprio”	Sim	38	66.84	785.0	0.001
	Não	68	46.04		

3. Discussão dos resultados

“A morte é um fenómeno extremamente complexo: por um lado, parece estar sempre presente ao longo da nossa vida; por outro parece manter-se radicalmente ausente enquanto vivemos. A morte é simultaneamente próxima e distante” (Pacheco, 2002:1).

Como refere Oliveira e Amâncio (1999) o relacionamento humano com a morte depende do contexto psicossocial em que nos situamos, resulta de múltiplos factores interrelacionados e, no que se refere particularmente à nossa civilização ocidental, tem sofrido grandes alterações ao longo dos séculos. O Homem actual tende a depositar todas as suas esperanças de vida na ciência e em particular na medicina. A morte deixou de ser vivenciada no seio do lar, entre a família, amigos vizinhos e até mesmo as crianças, pois assim que sentimos a sua proximidade ou a vida em perigo, corremos para o hospital – o novo e privilegiado local para a morte, onde sob o domínio do saber médico se procura a todo o custo prolongar a vida. Tal situação coloca o enfermeiro numa posição de contacto diário e frontal com este derradeiro momento da vida. Diante da morte, o enfermeiro enfrenta um grande e delicado papel na situação de a enfrentar. Poucos são os que se encontram preparados para a morte, e muito menos o enfermeiro. O enfermeiro quase sempre se aproxima do moribundo com um sentimento de incerteza, desespero e grande angústia.

De acordo com os mesmos autores, a forma como (não) encaramos e como percebemos e representamos a morte não é mais do que uma consequência directa do modo como concebemos e vivenciamos a vida, dos valores por que nos regemos, das normas e regras pelas quais nos orientamos, dos preconceitos e dos medos que nos impedem de ver, compreender ou chegar mais longe, das crenças que nos alimentam a esperança, dos desejos e, não menos importante, dos sonhos que nos inspiram no mais íntimo do nosso ser.

Perante o que foi dito, e ao finalizar esta pesquisa, importa lembrar que foi nosso objectivo realizar um estudo, que nos permitisse conhecer a forma como os enfermeiros percebem e representam a morte, procurando apreender as dimensões que estruturam as representações da morte, em enfermeiros de CSP e de CSD, considerando que as representações são estruturadas a partir de ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos e imagens ou símbolos, que estes sujeitos associam à morte. Assim e, procurando desta forma colher dados que nos permitissem uma melhor compreensão da temática, realizamos um estudo exploratório, sobre as representações da morte em enfermeiros, tendo em conta que estes profissionais se encontram diante da morte com maior frequência, e procurando responder a duas questões de investigação, que relembramos: *Que representações sociais têm os enfermeiros sobre a morte? Quais os factores condicionantes das representações sociais da morte em enfermeiros?*

A amostra inquirida é constituída por 106 enfermeiros, sendo 53 de CSP e 53 de CSD. Os enfermeiros inquiridos apresentaram uma média de idades de 37.77 anos, com idades mínima de 22 anos e máxima de 57 anos, o que nos permite constatar que nos encontramos perante uma amostra de enfermeiros jovens adultos. Verificou-se uma grande predominância do género feminino (88.7%) sobre o género masculino, o que era previsível, pois desde os seus primórdios que a profissão de enfermagem, é exercida em larga escala pelo género feminino, situação que acompanha a tendência nacional e que ainda se verifica na actualidade. Trabalham em média há 14.39 anos, variando entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 36 anos, pelo que podemos inferir que se encontram relativamente em início de carreira. A grande maioria são enfermeiros graduados (76.4%), o que também era perfeitamente previsível, dado que a progressão na carreira se dá pelo tempo de serviço, sendo que ao fim de três anos o enfermeiro passa automaticamente a enfermeiro graduado, ao passo que a ascensão à categoria de enfermeiro especialista se dá por intermédio de concurso público, logo o número reduzido destes na nossa amostra. Da totalidade dos enfermeiros em estudo, a

grande maioria (84.9%) professam uma religião, sendo que a totalidade destes são católicos, pelo que não se encontra representada neste estudo qualquer outra religião que não a católica.

Um dos propósitos deste estudo era avaliar em que medida a situação de morte suscitava ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos e símbolos ou imagens associados à morte. Pudemos concluir que, nos enfermeiros em estudo, as representações são muito ou muitíssimo marcadas por pensamentos e sentimentos negativos como a saudade, a perda, o sofrimento, a dor, a tristeza, a impotência, o vazio, a vida, a solidão, a angústia, e pouco ou absolutamente nada representada por símbolos ou imagens (caixão, cemitério, campa, flores, terra, preto, crus, caveira, inferno, fogo, diabo, foice). A morte parece assim, ser representada, para os enfermeiros em estudo, como um momento único e forte da vida, momento de ruptura e de desordem, que talvez como nenhum outro, deixa um rasto de marcas nos afectos, nos sentimentos, nas emoções e até mesmo nas atitudes e vivências quotidianas, contudo ela parece encontrar-se despida da sua carga imagética e simbólica de outrora. A morte parece representar apenas o impeditivo da vida, a ruptura e a negação da vida, opondo-se à tão desejada felicidade. Uma fatalidade inescapável mas que a todo o custo procuramos afastar da nossa mente e do nosso quotidiano.

Ainda tendo em conta a situação de morte e os pensamentos que ela suscita nos enfermeiros, verificamos que a morte os remete a pensar na “Morte de um familiar ou amigo próximo” ou quando muito a pensar na “Morte em si mesma” e só depois surge “ A morte de si próprio”

Enquanto seres vivos que somos, nunca experimentamos a nossa própria morte, e por isso, parece difícil pensá-la como uma experiência própria, é demasiado doloroso e angustiante pensá-la como experiência própria, tanto mais porque parece representar a ruptura e a negação da vida e da felicidade, sendo apenas pensada e representada como a morte do

outro. Pacheco (2002:2), diz a este respeito que “ é sobretudo porque estamos vivos e porque pensamos a morte como oposta à vida que rejeitamos e afastamos aquela, como se nos fosse estranha e não nos dissesse respeito. Enquanto viventes nunca experimentamos a nossa própria morte. Esta, só acontece uma vez a cada pessoa, e é vivida e sentida apenas pela pessoa que morre”. Assim sendo, torna-se possível compreender, que estes enfermeiros pensem na morte como acontecimento projectado antes de mais num familiar ou amigo próximos, e em última análise na sua própria morte. Eles nunca a podem pensar como uma experiência que já tiveram mas sim, como a morte do outro. Jamais alguém poderá fazer a experiência da morte do outro. Cada homem poderá envolver-se em reflexões acerca da sua morte e na dos seus, mas cada homem morre a sua morte, o que JanKélévitch (1977:34) inteligentemente resume ao afirmar “Onde eu estou, a morte não está; e quando a morte está lá, sou eu que já não estou mais. Enquanto eu estou, a morte virá; e quando a morte vem, aqui e agora já não há ninguém”. De facto, a morte é um acontecimento único, solitário, pessoal e intransmissível, que nos acompanha e que nos envolve, mas que ainda não sentimos nem vivemos. Esta impossibilidade de pensar a morte como experiência pessoal tem sido largamente abordada na literatura temática actual. Os enfermeiros que integram a nossa amostra, parecem não pensar na sua mortalidade, ou dificilmente a encaram, mantendo-a tanto quanto possível interdita. A morte é e sempre será um acontecimento inevitável e que parece difícil representar perante nós próprios.

A grande maioria dos enfermeiros, caso pudessem optar, gostariam de morrer enquanto dorme ou rodeado de familiares e /ou amigos (102; 96.3%), o que na realidade poderá dever-se à ideia ou noção de “boa morte” que se encontra enraizada na modernidade, e à luz da qual nos parece possível compreender tal opção. Pois se outrora, e tal como refere Ariès (1989), a boa morte era aquela que se fazia anunciar, dando tempo ao moribundo e família de se prepararem para a sua chegada. A morte súbita era tida como castigo divino e vergonhosa.

Na actualidade a noção de “boa morte” de outrora é hoje uma verdadeira miragem utópica. No mundo em que vivemos a “boa morte” ou mais conhecida por “morte santa” é a morte súbita “ (...) a morte brutal, se possível inconsciente, ou pelo menos rápida para não perturbar muito a vida dos que ficam (...)” (Hennezel, 2002:13). Concebemos a boa morte na modernidade como sendo aquela que vem sem causar distúrbios e se possível sem que demos por ela, desprovida de dor, de sofrimento, silenciosa, sem qualquer manifestação agónica e sem perturbar muito a vida dos que ficam. Poder-se-á pensar que os enfermeiros, na nossa amostra, negam para si próprios uma morte dolorosa e/ou que surge ao fim de muito tempo de sofrimento, ou então, num outro sentido, talvez nos sugiram a importância da família e amigos nos últimos momentos da vida.

Apenas um enfermeiro referiu que preferia morrer sozinho (1; 0.9%), o que de facto, contrasta em absoluto com a realidade actual, onde na maioria das vezes, e tal como referido por vários autores da actualidade (Oliveira, 1999; Hennezel, 2002; Pacheco, 2002; entre outros), se morre no hospital, longe da família e dos que nos são mais queridos, atrás de um biombo, numa enfermaria ou num quarto solitário, rodeado de aparelhos estranhos, e onde na maioria dos casos se acaba por partir sozinho ou na melhor das hipóteses na companhia de um estranho, o enfermeiro. De acordo com a literatura consultada, a sociedade moderna dessocializou a morte, prescreveu-a dos cenários da vida quotidiana, escorraçou-a do seio familiar e transferiu-a para as paredes do hospital. Contudo, os resultados obtidos, por oposição, parecem indicar a necessidade de ressocializar a morte devolvendo-a ao seio familiar (onde pode ser menor a assistência médica, mas onde o moribundo pode viver no seu próprio e habitual ambiente, cercado pelos seus) ou em última análise revelar a necessidade de envolver a família neste derradeiro momento da vida, criando as condições necessárias para que possa acompanhar o seu ente querido, podendo participar deste momento, permitindo ao moribundo sentir-se envolvido pelo amor e afecto dos seus, e porque não, permitir-lhe que faça o seu último pedido, expresse a sua último desejo ou mesmo a sua última mensagem.

Apesar das características da nossa amostra, também nenhum dos enfermeiros (0; 0.0) manifestou que gostaria de morrer rodeado de médicos ou enfermeiros, o que já era previsível para nós, pois como nenhum outro profissional de saúde, o enfermeiro conhece bem o que representa a morte no hospital. Um acontecimento que se tornou solitário, desumano, impessoal, interdito e demasiado mecanizado para que o enfermeiro, conhecedor da realidade, possa optar por morrer neste contexto (Oliveira, 1999). O enfermeiro sabe que no hospital, tal como na maioria dos locais públicos, as questões essenciais à volta da morte, quase nunca se debatem. No hospital ninguém quer falar dela, nem o enfermeiro, nem o médico e nem mesmo a família. Recorre-se aos “*mecanismos de defesa*” para encarar e lidar com a morte e na maioria das vezes, mentimos e ocultamos a morte ao moribundo, mentimos a nós próprios, fazemos de conta que ela não vai chegar, e em vês de carinho e amor, esse momento é rodeado de solidão e silêncio (Hennezel, 2002).

Em suma, a morte em contexto familiar (aquela que outrora Ariès designou por “morte domesticada ou familiarizada”) parece ser representada, nos enfermeiros em estudo, como mais desejável e aceitável do que em contexto hospitalar, sendo aí considerada como algo desconfortável e indesejável, o que consideramos paradigmático da profunda crise psicossocial e de valores que atravessamos, uma vez que é no hospital que a grande maioria das pessoas morre, porém, os nossos sujeitos, apesar de serem profissionais de saúde (enfermeiros), rejeitaram unanimemente tal realidade, o que é muito significativo e apoiado pelo facto de nenhum ter afirmado que, se pudesse, optaria por morrer rodeado de médicos e enfermeiros.

Relativamente às crenças e grau de religiosidade dos enfermeiros, verificamos que quer os enfermeiros de CSP quer os de CSD, acreditam muito (de acordo com as médias totais obtidas) que “cada ser humano possui uma alma e um espírito” (3.99) e na “existência de alguma forma de vida para além da morte” (3.68), o que já era previsível para nós, dado que

se trata de enfermeiros maioritariamente cristãos (única religião representada neste estudo), para os quais a alma e a vida eterna são aspectos centrais no cristianismo. De facto, desde os primórdios que os homens admitiram a ideia da imortalidade da alma e de continuação depois da morte, ideias que para além de constituírem um fundo comum a todas as antigas religiões e ao cristianismo, têm prevalecido ao longo dos tempos e, até ao presente. Assim, julgamos que para os enfermeiros da nossa amostra, e à semelhança de todos os cristãos, a crença na alma e na existência de vida além da morte, poderá levá-los a pensar e a sentirem a sua permanência na terra como uma passagem para uma vida melhor, o que poderá suavizar ou mesmo facilitar a relação com a morte, levando-os a aceitá-la com maior naturalidade e menor sofrimento. À primeira vista, julgamos que a morte é entendida como uma espécie de vida, que prolonga, de uma forma ou de outra, a vida individual terrena. O mesmo será dizer, que julgamos, que estes enfermeiros acreditam que a morte é “Deus”. Não apenas um repouso ou um sono, mas uma viagem, um renascimento, uma ressurreição, uma nova vida, um novo começo, uma nova porta que se abre, uma passagem para a imortalidade. Não queremos com isto, conduzir à ideia de que estes tenham a pretensão de ser imortais. Possivelmente, quando a morte é pensada e sentida como mais próxima (não interdita), os sujeitos deste estudo, parecem procurar dentro de si referências culturais que lhes fortaleçam a sua esperança e apaziguem a sua ansiedade face à morte. A religião, as crenças e práticas religiosas, parecem assim ajudar o enfermeiro a encontrar a paz de espírito e a serenidade necessária ao momento da morte. Os resultados obtidos sugerem-nos que o enfermeiro parece encontrar no seu credo a tranquilidade interior de que necessita para enfrentar a morte.

Mostram-se igualmente muito “incomodados com o facto de outra pessoa lhes mostrar pesar ou sofrimento pela perda de um ente querido” (3.23) e muito “preocupados com a certeza de que morrerão um dia” (3.16). Pensamos que tal facto poderá estar relacionado, por um lado, com a tentativa de ocultação da morte, procurando mantê-la afastada do quotidiano e

ao mesmo tempo minimizar as manifestações de dor, como forma de evitar que a morte possa perturbar muito a vida dos que ficam. Mas também verificamos que a certeza da sua mortalidade é factor de preocupação, o que de facto se poderá compreender se considerarmos que apesar dos avanços científicos que se operarão nas últimas décadas a morte é provavelmente a única situação que o homem ainda não conseguiu controlar e dominar.

Quase metade dos enfermeiros (44; 41.5%) vivenciaram recentemente a perda de um ente querido. Chorar, falta de concentração, suspirar, dormir pouco, querer estar só, ficar apático, distração, estar em actividade permanente, evitar as pessoas ou mesmo falar com o falecido foram os comportamentos mais referenciados como sendo os mais frequentes face à morte de um ente querido (familiar ou amigo próximo), enquanto que, no extremo oposto, e como comportamentos menos frequentes surgem: ficar triste, visitar a campa do falecido, falar do falecido com a família, rezar e dormir muito. Por mais que se tente afastar, a presença da morte é inegável nas nossas vidas. Pelos resultados obtidos, parece possível inferir que, é sobretudo quando a morte nos leva alguém que amamos ou gostamos, que a sentimos entre nós, e que ela nos afecta profundamente, e até morremos de certo modo um pouco também. Nestas ocasiões poderá dizer-se, que se por um lado nos confrontamos com a nossa mortalidade, por outro lado a morte faz emergir um conjunto de sentimentos e emoções intensas (choro, por exemplo), ou distúrbios psicossomáticos (falta de concentração, suspirar, dormir pouco, ficar apático, distração) ou mesmo conduzir ao isolamento social (querer estar só, evitar as pessoas), o que se encontra patente naqueles que foram os comportamentos mais referenciados pelos enfermeiros que tiveram uma experiência recente da morte de alguém próximo. A morte parece ser representada como um momento de crise, de desordem e de ruptura. Por outro lado, e tendo em conta os comportamentos menos referenciados (visitar a campa, falar do falecido), parece existir uma tentativa de a manter distante e alheia na vida quotidiana, afastada, repudiada e escondida, como parecem revelar estes comportamentos.

Estes enfermeiros, à semelhança do que acontece na sociedade actual, evitam falar ou pensar nela, numa tentativa de a camuflar ou mesmo de evitar o seu impacto na vida (Pacheco, 2002).

Apesar da maioria dos enfermeiros (68; 64.2%) não ter vivenciado uma experiência pessoal próxima da morte, é de salientar que uma significativa percentagem de enfermeiros (38; 35.8%) já tiveram uma experiência pessoal em que sentiram a proximidade da sua morte ou na eminência de perder a vida. Para estes últimos, e tal como defende Pacheco (2002) a presença da morte poderá impor-se ainda mais forte, quando nós próprios vivemos uma situação pessoal próxima da morte.

Um dos nossos objectivos era apreender as representações da morte nos enfermeiros, assim constatamos pelos resultados obtidos (tendo em conta a média das ordens) que as dimensões significativas que estruturam, muito ou muitíssimo, as representações da morte nesta amostra foram as dimensões “Consciência da morte” (3.63), “Inevitabilidade da morte” (3.58), a “Morte do outro” (3.55), “Sentimentos de mal estar” (3.47), “Vida além da morte” (3.47), “Crenças /religiosidade” (3.25) e “Sagrado / Religiosidade” (3.23). Tais resultados, parecem permitir-nos inferir que os enfermeiros em estudo, têm plena “consciência da morte” enquanto acontecimento que integra a vida e o qual mais tarde ou mais cedo a todos confronta em dado momento da vida, entendendo-a como “Inevitável” e certa, ou mesmo, sugerir que alimentam a crença de que poderá existir sempre um meio de a protelar ou evitar. Contudo a morte é percebida enquanto acontecimento projectado, antes de mais, no próximo o que os remete à “morte do outro”, e não como um acontecimento pessoal e próprio, a “morte de si próprio” o que parece uma clara tentativa de fuga à ideia da sua própria morte, ou seja, da sua condição de mortal, assumindo-se como algo inquietante e temeroso, procurando mantê-la interdita e distante do seu pensamento. Parece-nos que a morte é percebida como uma

realidade lactente, da qual se está algo protegido, porque ela só se manifesta para os outros. Acreditam que cada “ser humano possui uma alma e um espírito” e na existência de “Vida além da morte”, o que sugere pensarem muito na vida, ou em várias formas de vida que proliferam quando ocorre a morte de um ser humano, sendo que também as “crenças e o Sagrado” assumem um importante papel na forma como estes enfermeiros percebem e representam a morte, procurando na religião resposta às questões fundamentais que “gravitam” em torno da morte, como forma de obter alguma serenidade e conforto perante um acontecimento que é tido como fonte e causa de sofrimento e dor que conduz inevitavelmente a “ Sentimentos de mal-estar”, o que de algum modo traduz a manifestação de pensar e sentirem de modo desconfortável este assunto.

Por oposição, e como dimensões que pouco ou absolutamente nada estruturam as representações da morte nos enfermeiros em estudo (dadas as médias totais obtidas), temos a “ Questionar da morte” (2.94), “Morte de si próprio” (2.87), e em penúltimo e último lugares, com as médias mais baixas de todas, temos respectivamente, a “Ritualismo da morte” (2.71) e “ Imagens concretas” (2.62). Os enfermeiros deste estudo, revelam não pensar no porquê ou no sentido da morte e muito menos sobre a sua própria morte, razão pela qual, se poderá pensar que a morte é algo a que são alheios, revelando não a encarar ou não a quererem aceitar (morte interdita), rejeitando a incontrolabilidade e inevitabilidade da morte, porque esta parece impor-se como um acontecimento sobre o qual não têm qualquer poder, o que de alguma forma pode contrariar a sua identidade profissional, pois a sua formação é feita para lutar e salvar vidas e não para baixar os braços diante da morte.

Como esperávamos as dimensões “Ritualismo da morte” e “Imagens concretas” foram as que menos se salientaram na amostra em estudo, o que nos leva a pensar que estes enfermeiros relacionam-na pouco a imagens e rituais associados à morte e ao enterramento, sugerindo-nos que a percebem como uma realidade bem plausível e presente em suas vidas, ou em última análise, indicando que esta dimensão imagético-simbólica é irrelevante

ou dispensável, procurando a todo o custo ignorar a morte, evitando ou mesmo anulando todos os sinais visíveis ou mesmo públicos e desprezando tudo o que com ela se relaciona e que de alguma forma impeça a felicidade e o bem estar, mantendo-a (a morte) o mais afastada e distante do seu pensamento evitando por isso tudo o que com ela se relaciona (imagens, símbolos e rituais).

Parece evidente pelos resultados expostos, que para os enfermeiros desta amostra, a morte, tal como, a vida é uma presença constante em tudo o que são e os rodeia, momento único e forte da vida pessoal, momento de crise, de ruptura e de desordem que, talvez como nenhum outro, deixa um rasto de marcas nos afectos, nas emoções, nas atitudes e vivências quotidianas. É um acontecimento inevitável e que não podem perceber e representar perante si próprios.

As dimensões significativas da morte ou dimensões significativas que estruturam as representações da morte, que obtivemos, permitem-nos observar a existência, ainda que implícita, de nítidos processos de ancoragem, interrelacionados com processos de objectivação. Os processos de ancoragem, sendo internamente dirigidos, evidenciaram associações das representações da morte a modalidades do pensar, do saber, do sentir, da religião (ou sagrado), do ritualismo, da ideologia, das experiências vividas e da cultura. Recorrendo a processos de objectivação, externamente dirigidos, os enfermeiros derivaram diferentes pensamentos ou ideias, expressaram sentimentos e emoções, referenciaram símbolos ou associaram imagens, ou até práticas e rituais, ligados à morte.

Neste estudo procuramos ainda identificar os factores que influem na estruturação das dimensões significativas das representações da morte nos enfermeiros em estudo.

Tendo em conta as variáveis em estudo, foi possível averiguar em que medida as características sócio-demográficas (idade, género, tempo de exercício profissional, categoria profissional, religião), a vivência recente de perda de um ente querido (familiar ou amigo próximo), e a vivência de uma situação muito próxima da (própria) morte influem na estruturação das dimensões significativas das representações da morte.

Das características sócio-demográficas estudadas (idade, género, tempo de exercício profissional, categoria profissional, religião), verificou-se, pela aplicação dos testes de hipóteses, que na amostra em estudo, existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis género, religião e as dimensões significativas que estruturam as representações da morte. Sendo que, relativamente ao género, as enfermeiras expressaram mais “sentimentos de mal estar”, mais “a morte do outro” e maior “consciência da morte” do que os enfermeiros. O que nos conduz à ideia de que as enfermeiras parecem pensar ou sentir com maior intensidade a morte do próximo quando confrontadas com a morte, e estar mais conscientes em relação à presença da morte ou à mortalidade do ser humano, do que os enfermeiros. Pelo que ser enfermeiro ou enfermeira influi na estruturação das suas representações da morte. No que se refere à religião, verificou-se que os enfermeiros que professam uma religião (neste caso a religião católica) referem mais a dimensão “sagrado/religiosidade”, e mais “crenças/religiosidade”, sendo que os enfermeiros que têm uma religião evidenciaram assim, um nível de crença e religiosidade significativamente superior aos que não professam qualquer religião. A influência da religião na forma como o enfermeiro percebe e representa a morte, poderá reflectir-se também nas atitudes, comportamentos e condutas que exhibe perante a morte.

Logo, concluímos que a forma como os enfermeiros em estudo percebem e representam a morte apenas está correlacionada com as variáveis sócio-demográficas género e religião destes.

Ao analisar se os enfermeiros de CSP (53; 50%) e os enfermeiros de CSD (53; 50%) apresentavam representações da morte diferentes, e procurando avaliar assim, a existência de relação entre o contexto de trabalho ou área de actuação e as dimensões significativas que estruturam as suas representações da morte (hipótese 2), verificou-se a existência de relação estatisticamente significativa entre os dois grupos de enfermeiros para as dimensões “sentimentos de mal estar”, “Imagens concretas”, “inevitabilidade da morte” e “consciência da morte” entre os dois grupos. Sendo que os enfermeiros de CSP manifestam ou expressam mais sentimentos de mal estar face à morte, associam-na mais a imagens concretas, mais a aceitam e encaram como um fim inevitável e inegável e estão mais conscientes da morte como marco que sinaliza a mortalidade do ser humano, do que os enfermeiros de CSD. Acreditamos que tal relação se poderá relacionar-se com o facto de os enfermeiros de CSP desenvolverem maioritariamente a sua actividade na área dos cuidados paliativos ou por outro lado, dada uma maior proximidade com o indivíduo/família e comunidade, terem uma maior envolvimento em práticas e rituais relacionados com a morte e rituais fúnebres, o que os poderá levar a pensar e sentir a morte como algo associado a sentimentos negativos e desagradáveis, associando-a mais a imagens concretas, e mais a pensando e sentindo como uma realidade inevitável (ou que se encontra além da nossa capacidade de controle) e bem presente na sua vida e na sua consciência. Os enfermeiros de CSP encontram-se em posição favorável a uma relação directa e intensa com a comunidade e actividades sociais, razão pela qual, poderão vivenciar e envolver-se mais em práticas e rituais relacionados com a morte e o enterro, ao passo que os enfermeiros de CSD se dedicam mais a uma luta incessante pela vida, procurando a todo o custo protelar ou mesmo evitar a morte.

Relativamente à influencia da “morte recente de um ente querido (familiar ou amigo)” sobre as dimensões significativas que estruturam as representações da morte (hipótese 3), verificou-se que apenas existe relação estatisticamente significativa para a dimensão

“sentimentos de mal estar” entre os enfermeiros que tiveram ou não essa vivência, sendo que, os enfermeiros (44; 41.5%) que vivenciaram a perda recente de um amigo ou familiar próximo expressam ou sentem mais mal estar face à situação de morte, do que os restantes enfermeiros (62; 58.5%), o que parece confirmar que a afirmação de uma vivência emocional em relação à morte poderá indicar uma percepção desta como uma realidade e não como uma “coisa” abstracta e pouco plausível, o que lhes provoca mal estar. Assim, verificou-se, pelos testes de hipóteses aplicados, que a morte recente de alguém próximo influi na forma como é percebida e representada a morte, nos enfermeiros em estudo.

Por último, ao analisar a relação existente entre a “vivência de uma experiência pessoal próxima da morte” e as dimensões que estruturam as representações da morte (hipótese 4), confirmou-se que essa relação era estatisticamente significativa apenas para as dimensões “sentimentos de mal estar”, “consciência da morte” e “morte de si próprio” entre os enfermeiros que tiveram tal experiência (38; 35.8%) e os restantes (68; 64.2%), sendo que os enfermeiros que vivenciaram uma experiência pessoal próxima da morte ou que já estiveram na eminência de perder a vida manifestam ou sentem mais mal estar, têm maior consciência da morte e sua condição de mortais e mais se detêm em pensamentos acerca da sua própria morte, do que os outros. É possível que quem já sentiu a proximidade da sua morte ou na eminência de perder a vida, tendo-se salvo, sinta mais mal estar, revele uma maior consciência da sua mortalidade, receie mais a sua morte ou tenha tendência para acreditar que, numa outra situação semelhante, não voltará a salvar-se, tendo percebido que a morte é bem plausível. A presença da morte parece impor-se de forma mais real e forte, quando se tem uma vivência de uma situação pessoal próxima da morte (Pacheco, 2002).

Em suma, a forma como os enfermeiros percebem e representam a morte reflecte a influência das modalidades de identidade de género (masculino e feminino), da religião, da

área de actuação dos enfermeiros, da vivência recente da morte de alguém próximo e experiência pessoal próxima da morte. Analisando os resultados obtidos, parece-nos correcto afirmar que estes factos ao mesmo tempo que poderão abrir caminho a um melhor entendimento acerca dos factores que condicionam as representações da morte, indicam a necessidade e a obrigatoriedade de os considerar e valorizar quando olhamos para a forma como é percebida e representada a morte nos enfermeiros em estudo.

Para Fontes (1995), a maneira como o enfermeiro encara e aborda a morte depende de muitos factores, entre eles: a religião, ritmo de vida, medo da morte e a ansiedade, experiências ou contactos anteriores com pessoas que caminham para a morte, local de trabalho.

Neste estudo concluímos, e de certa forma à semelhança de Fontes, que a forma como o enfermeiro percebe e representa a morte enquanto pessoa e profissional é assim, influenciada pela sua identidade de género, pela religião (suas crenças e grau de religiosidade) pelo contexto de trabalho (CSP ou CSD) em que desenvolvem a sua actividade profissional e também pelas experiências vividas e adquiridas.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

Ao finalizar este trabalho, importa lembrar que foi nosso objectivo realizar um estudo, que nos permitisse conhecer a forma como os enfermeiros percebem e representam a morte, apreendendo as dimensões significativas (ou universo semântico) que estruturam as representações da morte, em enfermeiros de CSP e de CSD, considerando que as representações são estruturadas a partir de ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos e imagens ou símbolos, que estes sujeitos associam à morte.

Assim, como suporte teórico de análise à investigação, ao longo do capítulo I, do presente trabalho, abordamos as *Representações Sociais*, os processos sócio-cognitivos e factores sociais envolvidos na sua formação.

No capítulo II, *a Morte no Ocidente*, realçamos as perspectivas da morte no Ocidente, tendo em conta as atitudes do homem perante a morte, desde a Idade Média até aos nossos dias.

A forma como são tratadas e vivenciadas as questões fundamentais da vida e da morte nas principais religiões no mundo – Judaísmo, Cristianismo, Islamismo, Hinduísmo e Budismo, foi o que abordamos ao longo do capítulo III, *a Morte através das culturas*, procurando perceber não só os seus rituais e cerimónias, mas também, as explicações para a morte.

O contexto da morte na modernidade, descrito no capítulo IV, inicia com uma breve descrição da crise contemporânea da morte, no qual se revela a dificuldade que o homem da actualidade tem em integrar a morte no quotidiano das suas vidas, procurando mantê-la o mais distante e alheia possível, e ausente das conversas, do pensamento e das rotinas diárias. Seguidamente evidencia-se o hospital como o local privilegiado para a morte na actualidade. A transferência da morte, do domicílio para o hospital traduz uma verdadeira “*hospitalização*”

da morte” nos nossos dias, e coloca aos enfermeiros um importante e difícil desafio, o de enfrentar a morte como uma realidade integrante não só da sua vida social mas também da sua praxis profissional quotidiana. Assim, abordamos também as atitudes dos enfermeiros face à morte, dando especial relevo às principais dificuldades sentidas no seu quotidiano, alertando para a necessidade de uma reorientação na formação pedagógica dos enfermeiros, para que de forma serena e tão matura quanto possível possam prestar cuidados de qualidade a todos os que se abeiram do derradeiro marco da vida.

Assim no presente estudo, procuramos encontrar resposta a duas questões de investigação formuladas e que constituíram as linhas orientadoras que o nortearam:

Questão 1: Que representações sociais têm os enfermeiros sobre a morte?

Pelos resultados obtidos no presente estudo, podemos concluir que nos enfermeiros que integram a amostra, as dimensões que estruturam dominantemente as suas representações da morte são, em primeiro lugar “ Consciência da morte”, seguindo-se a “Inevitabilidade da morte”, a “Morte do outro”, os “Sentimentos de mal estar”, a “ Vida além da morte”, “ Crenças / Religiosidade” e “ Sagrado religiosidade”. No extremo oposto, e como dimensões que pouco ou absolutamente nada estruturam as representações da morte nos enfermeiros em estudo, temos a “ Questionar da morte”, “Morte de si próprio”, e em penúltimo e último lugares, temos respectivamente, a “Ritualismo da morte” e “ Imagens concretas”.

O mesmo será concluir que a morte é percebida pelos enfermeiros como um acontecimento real do qual têm absoluta *consciência* da sua existência e inevitabilidade, apesar dos avanços tecnológicos. Isto significa que, apesar dos seus conhecimentos, cuidados e luta incessante pela vida, para o qual a sua formação pessoal e profissional apela, a morte virá sempre, o que de alguma forma os poderá fazer sentir-se impotentes, revoltados e até mesmo frustrados.

Pensam na morte enquanto acontecimento que representa a finitude do outro, *a morte do outro*. De facto estes profissionais de saúde estão constantemente diante da morte do próximo, o que de alguma forma poderá estar implicado nesta dimensão e lhes permitirá pensá-la enquanto acontecimento alheio e distante na sua vida pessoal e que evitam representar perante si próprios, ou seja, não se detêm em pensamentos acerca da sua própria morte, o que poderá evidenciar a incapacidade de se aceitarem como seres mortais. Ela é também fortemente representada por *sentimentos de mal estar*, sentimentos esses com uma forte carga negativa como a perda que conduz ao sofrimento, dor, tristeza, vazio. A morte parece assim ser representada como um acontecimento gerador de sofrimento, de desordem, de ruptura e acima de tudo a negação da felicidade e da estabilidade afectivo – emocional.

Revelaram ainda que a ideia ou a situação de morte os remete a pensar na vida, na *vida além da morte*, podendo a morte representar uma passagem a uma outra dimensão a uma outra vida mais plena e eterna. As *crenças* e o *sagrado* foram dimensões que também se evidenciaram nos enfermeiros de forma intensa, pelo que nos parece procurarem dentro da religião referências (crenças e sagrado) que lhes fortaleçam a sua esperança e possam acalmar ou apaziguar a sua angústia e ansiedade face ao desconhecido – a morte.

Porém os enfermeiros não se questionam muito sobre o significado, o sentido ou o porquê da morte, tendem a evitar deter-se em reflexões acerca da finitude do homem, pelo que evitam *questionar a morte*, e muito menos a *morte de si próprios*, o que pode reflectir a dificuldade que sentem em encarar a morte e a ideia da sua mortalidade, procurando mantê-la distante e arredada da sua mente e do seu pensamento. O que parece reforçar a ideia que prevalece na sociedade moderna, de encarar e perceber a morte como algo distante e que representa o abstracto, o alheio, o interdito, que pouco ou nada tem a ver com eles, mas sim com o próximo.

As dimensões “Ritualismo da morte” e “Imagens concretas”, foram aquelas que se revelaram como pouco ou absolutamente nada significativas para os enfermeiros, sendo por

esse facto as que menos contribuíram para as representações da morte nestes, parecendo reflectir o quanto as imagens e rituais associados à morte são pouco relevantes uma vez que podem funcionar como referências simbólicas associadas à morte fazendo lembrar ou pensar em algo que é tido como temeroso e inquietante que perturba a vida de todos.

Embora os dados visíveis não apresentem diferenças significativas no que se refere às médias obtidas entre os enfermeiros de CSP e os de CSD, interessa ainda fazer referência às dimensões posicionadas em segundo e terceiro lugares para os enfermeiros de CSD, respectivamente a “A morte do outro” (3.42) e a “Inevitabilidade da morte” (3.40) (que no caso dos enfermeiros de CSP ocupam respectivamente o terceiro e o segundo lugares), o que nos parece perfeitamente justificável pelo facto dos enfermeiros de CSD desenvolverem a sua actividade no hospital e por isso mais expostos à morte do outro lutando com todos os seus conhecimentos e técnicas para evitar a morte e não se curvando facilmente perante a sua força, custando-lhes aceitá-la como um acontecimento inevitável, o que no caso dos enfermeiros de CSP se apresenta exactamente invertido, menor exposição à morte e menores recursos para lutar contra a sua chegada, daí a entenderem como acontecimento inevitável com a qual não podem lutar dando-se mais facilmente por vencidos.

Podemos concluir da não existência de diferenças significativas entre a forma como os enfermeiros de CSP e de CSD percebem e representam a morte, os resultados obtidos mostram-nos que, em cada um dos grupos considerados (enfermeiros de CSP e CSD), os enfermeiros que os integram partilham muitos dos conteúdos representacionais da morte. De certo modo, parece-nos viável afirmar que os enfermeiros deste estudo pensaram, expressaram e/ou criaram as suas realidades partilhadas, acerca da morte, e o grande objectivo do estudo das representações sociais é centrar-se na forma e no conteúdo destas mesmas realidades. Já que tais representações, correspondem de facto a formas de conhecimento

prático, socialmente elaborado e partilhado, conducentes à construção de realidades comuns ao grupo social que consideramos (Jodelet, 1989).

As dimensões significativas da morte que encontramos para além de reflectirem uma realidade comum partilhada pelos enfermeiros em estudo (enfermeiros de CSP e de CSD) correspondem, no seu conjunto às representações sociais da morte destes, permitindo-nos ter uma ideia do seu posicionamento perante a morte e na sociedade, o que por certo terá visibilidade na sua forma de pensar, sentir, estar e agir, reflectem ainda a importância e o envolvimento (implícita) de nítidos processos, sistemas e dinâmicas comunicacionais que concorrem não só para a génese de tais representações mas também permitem aos indivíduos de um grupo social (neste caso enfermeiros) partilhar de forma mais ou menos intensa os mesmos conteúdos e objectos representacionais (Moscovici, 1961).

Questão 2: Quais os factores condicionantes das representações sociais da morte em enfermeiros?

Dos resultados obtidos, concluímos que o género, a religião, a área de actuação do enfermeiro, a vivência recente de morte de alguém próximo (familiar ou amigo) e a experiência pessoal próxima da morte são factores que influem na forma como os enfermeiros percebem e estruturam as representações da morte, ou seja, são os factores que influem na estruturação das dimensões centrais ou Significativas da morte, na amostra em estudo.

Verificamos que o género, interfere na forma como é percebida e representada a morte, sendo que as enfermeiras referem mais “sentimentos de mal estar”, maior “consciência da morte”, e pensam mais na “morte do outro” do que os enfermeiros. As enfermeiras, revelaram assim, pensar e sentir mais a morte do próximo quando confrontadas com a ideia ou situação de morte, e parecem estar mais conscientes em relação à morte ou à finitude do

ser humano, do que os enfermeiros, o que nos levou a concluir de um maior envolvimento das emocional das enfermeiras com a morte.

Os enfermeiros que professam uma religião, salientaram mais a dimensão “Sagrado /Religiosidade” e mais a dimensão “Crenças / Religiosidade” do que os enfermeiros que não professam qualquer religião, ou seja, verificou-se que professar ou não uma religião influi na estruturação das dimensões significativas da morte. Tais resultados eram perfeitamente previsíveis, pois era esperado que os enfermeiros que têm uma religião revelassem maior grau de religiosidade e mais crentes do que os outros.

A área de actuação influi também na estruturação das dimensões da morte, sendo que os enfermeiros de CSP evidenciaram-se mais as dimensões “ sentimentos de mal estar”, mais “imagens concretas”, mais a “inevitabilidade da morte” e mais “ consciência da morte”, do que os enfermeiros de CSD. O que mostra que os enfermeiros de CSP perante a ideia ou a situação de morte, manifestam ou expressam mais sentimentos de mal estar, associam-na mais a imagens concretas relacionadas com o enterro, o funeral, e mais a aceitam e encaram como um fim inevitável e certo, revelando ao mesmo tempo maior consciência da morte como um marco que sinaliza a finitude e mortalidade do ser humano, do qual ninguém se pode apartar.

A morte recente de alguém próximo (familiar ou amigo), revelou-se um factor que influi na estruturação das representações da morte, tendo-se verificado que os enfermeiros que tiverem essa vivência expressaram mais “sentimentos de mal estar”, ou seja, revelaram que expressam ou sentem mais mal estar face à morte, do que os outros.

Também a experiência pessoal próxima da morte, interfere na forma como é percebida e representada a morte pelos enfermeiros, sendo de salientar, que os enfermeiros que tiveram uma experiência pessoal perto da morte ou na eminência de poder morrer referiram mais “ sentimentos de mal estar”, mais “consciência da morte” e mais a “morte de si próprio”, do que os restantes. Assim uma experiência pessoal próxima da morte influi na estruturação das dimensões significativas da morte, o que vem de encontro aquelas

que eram as nossas convicções, pois face à ideia da morte, manifestaram mais mal estar, revelaram-se mais cientes da realidade da morte e detêm-se mais em reflexões acerca da sua própria morte e da sua finitude.

Em suma, verificamos que a forma como é percebida e representada a morte pelos enfermeiros em estudo, a atitude perante a morte e o moribundo, tem muito a ver com o significado que tem para cada um a vida, a cultura, as experiências e vivências pessoais, o contexto de trabalho, a religião e o facto de se acreditar ou não numa vida depois da morte.

Procuramos desenvolver um estudo que viesse proporcionar algum conhecimento à profissão de enfermagem e à área temática em estudo, julgamos que os resultados obtidos vêm de certa maneira clarificar a forma como a morte é percebida e representada pelos enfermeiros, pelo que estamos convictos de ter contribuído para a produção de conhecimento essencial à melhoria da prática de cuidados de enfermagem na morte. Ousaríamos concluir, que a forma como é percebida e representada a morte, a atitude e os comportamentos que exibimos perante a morte e o moribundo, tem muito a ver com o significado que tem para cada um a vida, a cultura a que se pertence, a religião e o facto de se acreditar ou não numa vida depois da morte e pelas vivências quotidianas. O mesmo será dizer que, a imagem da morte, a forma como a percebemos, as representações que os homens fazem dela, são necessariamente de origem social, logo investidas, trabalhadas, formadas pela experiência da vida (como a experiência pessoal da morte de alguém próximo ou da vivência pessoal próxima da morte), da classe social em que se está inserido, da religião, da cultura, de luta e de utopia. Estamos cientes, da necessidade de recuperar o sentido da naturalidade da morte, voltar a encará-la como um processo inerente à natureza humana e deixar de a pensar como um acidente ou um acontecimento que poderia ser evitado. É, sem dúvida, muito longo o caminho a percorrer até que todas as pessoas se consciencializem que, por mais avançada que se encontre a ciência e por mais desenvolvidas e aperfeiçoadas que sejam as tecnologias,

nunca será possível que estas suplantem a “força da natureza” e, conseqüentemente, o facto de sermos mortais (Pacheco, 2002). O enfermeiro, tal como qualquer ser humano, também se questiona sobre o que o rodeia, percebendo e representando a realidade à luz das suas convicções, crenças, padrões culturais, vivências quotidianas e influências sociais. Estamos convictos de que o ideal seria que todos os enfermeiros tivessem consciência do que representa a morte para si enquanto pessoa e profissional de enfermagem e interiorizassem a importância de nunca esquecer a sua condição de humanos e a sua finitude para melhor compreender e aceitar a morte dos que diariamente cuida.

Ao concluir este estudo, pensamos ter atingido os objectivos definidos inicialmente, ainda que este tenha sido sujeito a diversos condicionalismos ou limitações importantes como:

- A dimensão da amostra;
- Tipo e técnica de amostragem seleccionada (que não permite a generalização dos resultados obtidos à população, nem confirmar se existe ou não uma correspondência entre as representações que encontramos e as que observaríamos no exterior do grupo social considerado);
- A não distribuição homogénea dos sujeitos quanto ao género (número reduzido de sujeitos do género masculino);
- Ausência de representação de outras culturas religiosas para além da Cristã (única religião representada neste estudo)
- Tempo disponível por parte do autor (atendendo à sua condição de trabalhador - estudante) bem como os seus recursos financeiros.

Os enfermeiros são pensadores autónomos que, tal como qualquer outro cidadão comum, constantemente produzem e comunicam representações, que influenciam as suas relações, as suas escolhas, o seu comportamento e a sua postura perante a realidade social. As representações sociais têm assim implicações funcionais e práticas que se manifestam na

organização dos comportamentos, nas actividades comunicacionais, na argumentação e na explicação da realidade e da vida quotidiana, e na diferenciação dos grupos sociais.

As representações sociais, e neste caso particular as da morte, traduzem uma forma de pensar, de ser e de estar, socialmente elaborado num determinado grupo e contexto social, conferindo a cada um uma forma própria de ser, pensar, sentir, estar e reagir. Assim sendo, é nossa convicção, que as representações do enfermeiro acerca da morte, vão por certo, reflectir-se no seu comportamento e atitudes, mas também na prestação de cuidados de enfermagem.

Considerando que as representações sociais (da morte) colocam-se como simultaneamente individuais e social e servem de uso colectivo do mundo, guiam a acção, orientam condutas e atitudes, dirigem e orientam as relações interpessoais e do individuo com o mundo (Coutinho e Catão, 2003), contribuindo concomitantemente para a formação de condutas e orientação das relações e da comunicação, e considerando ainda que nos remete para um saber funcional ou teorias sociais práticas, acreditamos que este estudo poderá apresentar-se como um instrumento válido e pertinente capaz de contribuir não só, para o fornecimento de informações essenciais à melhoria dos cuidados de enfermagem, mas também para que se verifiquem as reorientações necessárias ao nível da formação e crescimento pessoal e profissional do enfermeiro para que possa lidar e encarar a morte com maior naturalidade, conduzindo-o a uma maior intimidade com a morte capaz de lhe proporcionar a abertura, serenidade e maturidade tão necessária para lidar com os seus sentimentos e emoções em situações difíceis e penosas como esta, o que por certo terá implicações particularmente relevantes para as “boas” práticas de enfermagem, conferindo ao enfermeiro uma forma de estar e de ser que vá de encontro às necessidades físicas, psíquicas, intelectuais e espirituais daqueles cuja morte se impõe como ponto final da sua vida.

Estamos convictos que reflectir sobre a morte é uma questão essencial e que o conhecimento das suas representações, permitirá ao enfermeiro compreender e rever as suas

atitudes, os seus comportamentos, abandonar o medo, sentir-se mais seguro, aceitando-a com naturalidade e entendendo-a como uma fase integrante da vida, deixando de a considerar algo dramático, uma derrota ou uma humilhação.

Importa criar referências para um desempenho profissional eficaz, reflectindo sobre o que fazemos, as dificuldades que sentimos no nosso quotidiano pessoal e profissional. Lidar com a morte, é sem dúvida uma das maiores dificuldades com a qual o enfermeiro se confronta no seu dia a dia. Só sabendo onde estamos hoje poderemos traçar um caminho de mudança, capaz de promover um constante crescimento pessoal e profissional. O conhecimento da forma como o enfermeiro percepção e representa a morte, será com certeza o melhor caminho para que no futuro possa prestar cuidados de enfermagem de qualidade na morte rumo à “excelência do cuidar”. Julgamos que é no encontro com a sua realidade que poderá ajudar o próximo a encontrar-se na morte. Precisamos de crescer na nossa profissão, não por arrastão, por força das circunstâncias ou influências de terceiros, mas porque decidimos crescer interiormente e desenvolvermo-nos, como pessoas e como profissionais que diariamente se encontram *Diante da morte*. Constituindo a morte um tema vasto e enigmático, fica-nos, com certeza, muito por investigar e estas conclusões corresponderão, tão somente a um pequeníssimo degrau subido na longa caminhada da vida. Assim, sem perder a consciência da nossa inexperiência na área da investigação, ousamos afirmar que demos mais um passo, para o crescimento profissional e para o conhecimento de nós próprios. Nesta perspectiva, consideramos que o presente estudo poderá contribuir para acrescentar valor no que respeita a atitudes, comportamentos, conhecimentos e práticas relativas a cada uma das actividades profissionais específicas no cuidar em fim de vida, de modo que esse acréscimo de saber, saber estar, saber fazer e saber intervir se faça sentir nos cuidados de enfermagem a prestar a todos aqueles que se aproximam da morte.

Embora muitas questões fiquem por responder, e tendo em conta as dificuldades e limitações encontradas, a realização do presente trabalho tornou possível conhecer a forma como a morte é percebida e representada pelos enfermeiros de CSP e de CSD. A satisfação que sentimos em realizar este trabalho, abre-nos horizontes para que possamos sugerir a realização de outros estudos similares que possam desenvolver a temática em estudo e contribuir para o desenvolvimento da profissão de enfermagem colocando-a no caminho da “excelência do cuidar”. Assim, julgamos que seria muito interessante a realização de um estudo, com um número superior de sujeitos (com distribuição homogénea dos sujeitos quanto ao género e com representação das principais religiões existentes), abrangendo enfermeiros e a população em geral, o que para além de possibilitar a apreensão das representações sociais da morte entre os enfermeiros e o cidadão comum da sociedade moderna, possibilitaria também a verificação dos resultados e tendências que aqui obtivemos. O que nos permitiria aceder a um quadro mais vasto e alargado das representações sociais da morte, em diferentes grupos sociais, que para além de poder proporcionar uma melhor compreensão da sua interdição na sociedade moderna, facilitaria simultaneamente um melhor entendimento acerca do factores que condicionam tais representações.

Nesta investigação procurou dar-se algumas contribuições para inovar as práticas formativas em enfermagem e para que no exercício profissional se possam verificar as reorientações necessárias.

Do exposto, somos levados a apresentar de forma sucinta e breve alguns aspectos que elegemos como recomendações finais:

- A necessidade de olhar para o enfermeiro como profissional que presta cuidados em fim de vida sob grandes pressões devido não só à singularidade e exigência das actividades a desenvolver mas também, devido às pressões internas dos seus sentimentos, emoções e pensamentos. O seu eu pessoal e o seu eu profissional em confronto permanente.

- A necessidade de desenvolver esforços no sentido da ressocialização da morte ou num maior envolvimento e preparação da família no cuidar em fim de vida.

- A necessidade de criar equipas multidisciplinares, com filosofia de cuidados paliativos, que proporcionasse não só, a elaboração de normas e protocolos de actuação, mas também permitisse a partilha de sentimentos e emoções, debate de ideias e dificuldades, planeamento de acções e cuidados a implementar e sobretudo que a equipa comungue de objectivos comuns, não esquecendo a importância da família no cuidar em fim de vida.

- Introduzir as questões relacionadas com a morte nos espaços de formação contínua dos enfermeiros

- Desenvolver condições e estratégias que promovam a saúde mental dos enfermeiros que lidam com a morte.

- Abordar a problemática da morte nos curricula de formação inicial de enfermeiros segundo novos modos de trabalho pedagógico e à luz do paradigma sistémico, que conduza à aquisição e desenvolvimento de competências na confrontação com a morte, perda, luto, com implicações significativamente positivas no cuidar em fim de vida.

- A necessidade de circunscrever a aprendizagem da morte e a forma de lidar com ela, na nossa vida social e profissional.

Este estudo implica a proposta e a necessidade de transformar os locais de trabalho em verdadeiras escolas de formação pessoal e profissional capazes de facilitar a clarificação das

representações da morte pelos próprios enfermeiros, analisando simultaneamente as acções a implementar, tendo em vista a melhoria dos cuidados de enfermagem e da comunicação com a pessoa que se abeira da morte e seus familiares.

Finalizamos com a convicção de que o presente trabalho nos proporcionou momentos de solidão, de temor, de profunda intimidade e de grande abertura. Com a sua concretização tornou-se possível a construção de uma parte da nossa própria história de vida e conduziu-nos a uma auto-formação importante, tanto na solidão como no social, pelo que justamente o consideramos uma mais valia para que se verifiquem as reorientações necessárias na formação e desenvolvimento dos enfermeiros.

Estamos cientes e convictos que se trata de um trabalho que abre caminho a um longo percurso para a compreensão de um tema tão central e importante que é parte integrante do mundo em que vivemos e essencialmente do universo profissional do enfermeiro.

Acreditamos que o fim da vida, quando universalmente assumida pelo Homem, será com certeza um momento de triunfo e de libertação, pelo que ao finalizar este estudo, ousamos deixar uma mensagem a todos quantos o lerem:

*“ Uma reforma da morte só poderá ser
a outra face duma reforma da vida ”*

Morin (1988)

Referencias Bibliográficas

Bibliografia de referência temática

ARIÈS, Philippe – **O Homem Perante a Morte – II**. Lisboa: Publicações Europa América, 1988.

ARIÈS, Philippe – **História da morte no ocidente desde a Idade Média**. Lisboa: Editorial Teorema, 1989. p. 17-66.

BAUDOIN, Jean Louis; BLONDEAU, Danielle – **Éthique de la mort et droit à la mort**. Paris: Presse Universitaire de France, 1993.

BLANCHE, Harold Ter; PARKES, Colin Murray – O Cristianismo. In PARKES, Colin Murray [et. al.], Coord – **Morte e Luto através das Culturas**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. p. 155-171.

CARMO, António – **Antropologia das religiões**. Lisboa: Universidade Aberta, 2001.

CHAPLIN, James P. – **Dicionário de Psicologia**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1981.

COLLIÈRE, M.F. – **Promover a Vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; CATÃO, Maria de Fátima F. Martins - Representações Sociais: Intersecção indivisível Indivíduo/Sociedade. In COUTINHO, Maria da Penha de Lima [et. al.], orgs. - **Representações Sociais: Abordagem Interdisciplinar**. UFPB: João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p. 184-193.

CUNHA, Vanessa – **A Morte do Outro – mudança e diversidade nas atitudes perante a morte**. Lisboa: Sociologia, Problemas e Práticas, 1999. Nº 31. p. 103-128.

DALAI-LAMA – **O caminho da libertação**. Lisboa: Círculo de Leitores, 1998.

DALUMEAU, Jean – **As grandes religiões do Mundo**. 1ª edição, Lisboa: Editorial Presença, 1997.

DALUMEAU, Jean – **As grandes religiões do Mundo**. 2ª edição, Lisboa: Editorial Presença, 1999.

DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA – Academia das Ciências de Lisboa. Lisboa: Editorial Verbo, 2001.

FONTES, Fátima, et al. – **O enfermeiro perante a morte**. Nursing, 1995. Ano 8, nº85 (Fevereiro). p. 7-10.

FRIAS, Cidália de Fátima Cabral de – **A aprendizagem do cuidar e a morte – um desígnio do enfermeiro em formação**. Loures: Lusociência, 2003.

HENNEZEL, Marie – **Diálogo com a Morte**. Lisboa: Editorial Notícias, 2002.

HENRIQUES, Marília Franco; MONTEIRO, Zélia Cristo S; LÚCIA, Ana – **O enfermeiro e a morte**. Lisboa: Revista Servir, 1993. Vol. 44, nº1 (Maio). p. 9-17.

JANKÉLÉVITCH, Vladimir – **La Mort**. Paris : Flammarion Éditeurs, 1977.

JANKÉLÉVITCH, Vladimir – **Pensar a morte**. Mem Martins : Inquérito Editorial, 2003.

JODELET, Denise - Les Représentations Sociales: un domaine en expansion. In JODELET, Denise - **Les Représentations Sociales**. Paris: PUF, 1989. p. 47.

JONKER, Gerdien – As muitas facetas do Islamismo – A morte, o agonizante e a disposição do corpo entre as regras ortodoxas e a convenção histórica. In PARKES, Colin Murray [et. al.], Coord – **Morte e Luto através das Culturas**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. p. 173-193.

KUBLER-ROSS, Elisabeth – **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2002.

LEVINE, Ellen – Perspectivas e tradições judaicas da morte. In PARKES, Colin Murray [et. al.], coord. – **Morte e luto através das culturas**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. p 119-154.

MAETERLINK, Maurício – **A Morte**. 1ª edição, Alpiarça: Artes gráficas, 1997.

MARTINS, Maria de Lurdes – **Reflexões sobre Relações Interpessoais ao Cuidar o Doente Terminal**. Lisboa: Revista Servir, 1996. Vol. 44, nº6 (Novembro – Dezembro).

MORIN, Edgar – **O Homem e a Morte**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1970.

MORIN, Edgar – **O Homem e a Morte**. 2º edição, Lisboa: Publicações Europa-América, 1988.

MOSCOVICI, Serge - **La Psychanalyse, son image et son public : étude sur la représentation sociale de la psychanalyse**. 1ª edição, Paris: Presses Universitaires de France, 1961.

MOSCOVICI, Serge - **La Psychanalyse, son image et son public : étude sur la représentation sociale de la psychanalyse**. 2ª edição, Paris: Presses Universitaires de France, 1976.

NETO, Félix - Representações Sociais. In NETO, Félix - **Psicologia Social**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. p. 413-488.

NÓBREGA, Sheva Maia da - Sobre a Teoria das Representações Sociais. In MOREIRA, Antônia Silva Paredes; JESUINO, Jorge Correia, orgs. - **Representações Sociais: Teoria e Prática**. UFPB: João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p. 51-80.

OLIVEIRA, Abílio - **Percepção da Morte: A Realidade Interdita**. Tese de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 1995.

OLIVEIRA, Abílio – **O desafio da morte**. Lisboa: Editorial Notícias, 1999.

OLIVEIRA, Abílio; AMANCIO, Lúcia – **Pertenças sociais e formas de percepção e representação social da morte**. Lisboa: Psicologia, 1998. Vol. XII, nº1, p.115-137.

OLIVEIRA, Abílio; AMANCIO, Lúcia – **Influência do contexto na percepção e nas representações sociais da morte**. Lisboa: Psicologia, 1999. Vol. XII, nº2, p.213-235.

PACHECO, Susana – **Cuidar a pessoa em fase terminal**. Loures: Lusociência, 2002.

PARKES, Colin Murray; LAUNGANI, Pittu; YOUNG, Bill, Coord – **Morte e Luto através das Culturas**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

PIMENTEL, J. Carlos – **Atitudes de ontem e de hoje face à morte. Perspectivas históricas e religiosas**. Divulgação: 1992. nº22 (Abril).

ROMÃO, Maria Rosa Pires Cardante - **Cuidar a Pessoa em Fim de Vida: Contributo para o estudo das representações dos enfermeiros**. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade, 2002.

SECRETARIADO NACIONAL DO APOSTOLADO DA ORAÇÃO – **O Dia Santificado**. 23ª edição, Braga: 1989.

SFAP, Colégio de Cuidados de Enfermagem – **Desafios de enfermagem em cuidados paliativos «cuidar»: ética e prática**. Paris: Lusociência, 1999.

SPINK, Mary Jane P. – **O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 1993. n°9 (Jul/Set). p. 300-308.

STEDFORD, Averil – **Encarando a Morte: Uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

TURA, Luiz Fernando Rangel - Representações Colectivas e Representações Sociais: notas introdutórias. In TURA, Luis Fernando Rangel; MOREIRA, Antônia Silva Paredes, orgs. - **Saúde e Representações Sociais**. UFPB: João Pessoa: Editora Universitária, 2004. p. 15-27.

VALA, Jorge - Representações sociais para uma psicologia social do pensamento social. In VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta - **Psicologia social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. p. 353-384.

VALA, Jorge - Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta, coords. - **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000. p. 457-502.

Bibliografia de referência metodológica

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro – **Metodologia da Investigação – Guia para Auto aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

FORTIN, Marie Fabienne – **O Processo de Investigação – da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2000.

GIL, António Carlos – **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3ª edição, São Paulo: Editora Atlas S.A, 1991.

PEREIRA, Alexandre; POUPA, Carlos – **Como Escrever uma Tese, monografia ou livro científico usando o Word**. 2.^a edição, Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

PEREIRA, Alexandre; POUPA, Carlos – **Como Apresentar em Público teses, relatórios, comunicações usando Power Point**. 1.^a edição, Lisboa: Edições Sílabo, 2004.

PINTO, Amâncio Costa – **Metodologia da Investigação Psicológica**. Porto: Edições Jornal de Psicologia, 1990.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3.^a edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5.^a edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 3.^a edição, Lisboa: Gradiva, 2003.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de Colheita de dados

Anexo 2: Pedido de autorização ao Concelho de Administração do Hospital de Santo André, S.A e à
Sub -Região de Saúde de Leiria, para aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

Anexo 3: Carta de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados

ANEXO 1

Instrumentos de Colheita de dados

ANEXO 2

Pedido de autorização ao Concelho de Administração do Hospital de Santo André, S.A e à
Sub - Região de Saúde de Leiria, para aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

ANEXO 3

Carta de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados

“Diante da morte tudo se torna repentinamente puro.

Não há lugar para mentiras.

E a gente defronta-se então com a Verdade, aquilo que realmente importa.

Para ter acesso à nossa Verdade, para ouvir de novo a voz do desejo mais profundo,

é preciso tornar-se um discípulo da Morte.

Pois só ela nos dá lições de Vida se a acolhermos como amiga.

A morte é nossa eterna companheira.”

Alves (1991)

