

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

VINÍCIUS NUNES DOS SANTOS

EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM UNIDADES HOSPITALARES:
Religiosidade, qualidade de vida e estratégias frente à morte e ao morrer de pacientes

MANAUS

2020

VINÍCIUS NUNES DOS SANTOS

**EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM UNIDADES HOSPITALARES:
Religiosidade, qualidade de vida e estratégias frente à morte e ao morrer de pacientes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão, Ética/Bioética e Tecnologia em Saúde.

ORIENTADOR: PROF. DR. JONAS BYK

COORIENTADORA: PROFA. DRA. CLÁUDIA REGINA BRANDÃO SAMPAIO

MANAUS

2020

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S237e Santos, Vinícius Nunes dos
Equipes multiprofissionais em unidades hospitalares :
Religiosidade, qualidade de vida e estratégias frente à morte e ao
morrer de pacientes / Vinícius Nunes dos Santos . 2020
90 f.: il.; 31 cm.

Orientador: Jonas Byk
Coorientadora: Cláudia Regina Brandão Sampaio
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade
Federal do Amazonas.

1. Religiosidade. 2. Qualidade de vida. 3. Atitude frente à morte.
4. Pessoal de saúde. I. Byk, Jonas. II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*
Mestrado em Ciências da Saúde



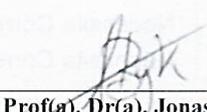
UFAM



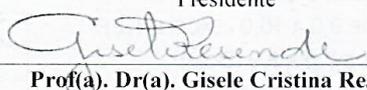
Homologado pelo CNE (Port. MEC 1331, de 08/11/2012, DOU 09/11/2012, sec 1, p. 8)

ATA DO JULGAMENTO DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado, APRESENTADA PELO MESTRANDO VINÍCIUS NUNES DOS SANTOS, NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE, REALIZADA NO DIA 04 DE SETEMBRO DE 2020.

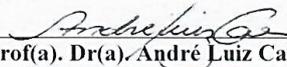
Aos quatro dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte, às treze horas e trinta minutos, através de videoconferência, nesta cidade de Manaus/Amazonas, reuniu-se a Banca Examinadora, indicada pela Coordenação do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Ciências da Saúde, para julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado, apresentada pelo(a) candidato(a) **VINÍCIUS NUNES DOS SANTOS**, na Área de Concentração Ciências da Saúde, Linha de Pesquisa – Gestão, Ética/Bioética e Tecnologia em Saúde, intitulada “EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM UNIDADES HOSPITALARES: RELIGIOSIDADE, QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS FRENTE À MORTE E AO MORRER DE PACIENTES”. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública, compreendendo exposição do(a) mestrando(a) seguida de arguição dos examinadores. Ao término dos trabalhos, cada examinador em sessão secreta, exarou seu parecer. Presidente: Dr(a). Jonas Byk / UFAM (X)Aprovado ()Não Aprovado, Titulares: Prof(a). Dr(a). Gisele Cristina Resende / UFAM (X)Aprovado ()Não Aprovado, Prof(a). Dr(a). André Luiz Caes / UEG (X)Aprovado ()Não Aprovado. Encerrada a sessão, a Professora Dra. Roberta Lins Gonçalves, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, agradeceu a presença de todos. Manaus, 04 de setembro de 2020.



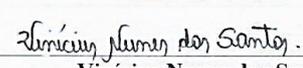
Prof(a). Dr(a). Jonas Byk
Presidente



Prof(a). Dr(a). Gisele Cristina Resende
Membro Interno



Prof(a). Dr(a). André Luiz Caes
Membro Externo



Vinícius Nunes dos Santos
Candidato(a)



Aos profissionais da saúde
Que dedicaram vida e morte:
Sangue, suor e lágrimas,
Em prol das vítimas da pandemia da
COVID-19.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Nosso Senhor, “porque nele vivemos, e nos movemos, e existimos” (Atos 17.28).

À minha família, especialmente aos meus pais, Salatiel e Maria, pelo incentivo contínuo a prosseguir na vida acadêmica.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Jonas Byk, pela coragem e ousadia em aceitar a orientação de uma pesquisa com temática tão peculiar. Obrigado por toda confiança depositada em mim!

À minha estimada coorientadora, Profa. Dra. Cláudia Sampaio, cujas parceria e admiração se estendem desde os tempos da Graduação. Seu empenho e colaboração foram fundamentais para o empreendimento desta Dissertação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (UFAM), na pessoa de sua coordenadora, Profa. Dra. Roberta Lins Gonçalves, figura de tamanha humildade e carinho, pela grande oportunidade de realização de um sonho, que era cursar o Mestrado.

Ao dedicado Gabriel dos Santos Mouta, acadêmico de Psicologia da UFAM, por ser a peça-chave nas análises estatísticas, dando-me suporte e orientação sempre que precisei.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos.

Por fim, agradeço aos participantes deste estudo, pessoas batalhadoras e guerreiras, que enfrentam as agruras do serviço em saúde no Brasil, que a cada dia mais desvaloriza o seu trabalho. Que esta pesquisa possa evidenciar que vocês também merecem todo o cuidado que oferecem aos seus pacientes.

De coração,

Vinícius.

Cântico VI

Tu tens um medo de
Acabar.
Não vês que acabas todo o dia.
Que morres no amor.
Na tristeza.
Na dúvida.
No desejo.
Que te renovas todo dia.
No amor.
Na tristeza.
Na dúvida.
No desejo.
Que és sempre outro.
Que és sempre o mesmo.
Que morrerás por idades imensas.
Até não teres medo de morrer.
E então serás eterno.

Cecília Meireles

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo investigar se os profissionais de equipes de saúde hospitalares utilizam a sua religiosidade para melhor lidar com a morte e o morrer de pacientes. A pesquisa contou com a participação de 57 profissionais de dois hospitais distintos. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: questionário sociodemográfico, entrevista estruturada, Escala de Religiosidade Duke (DUREL), Inventário de Religiosidade Intrínseca (IRI), WHOQOL-SRPB, Escala de *Coping* Frente à Morte e Escala de Medo da Morte de Collett-Lester (EMMCL). A amostra se constituiu por 83,9% de participantes do gênero feminino, com idade média de 37,31 anos (DP = 9,72). O índice de religiosidade intrínseca encontrado foi alto (M = 46,61; DP = 5,96), e ter ou não religião não teve efeito sobre a religiosidade intrínseca. Em relação ao WHOQOL-SRPB, a média encontrada foi 16,52 pontos (DP = 2,04) e não houve diferença média entre pessoas com e sem religião. Os profissionais das equipes hospitalares apresentaram medo moderado da morte de outros (M = 3,26; DP = 1,16) e neutra capacidade de enfrentamento da morte (M = 93,36; DP = 24,55). Análises qualitativas demonstraram dualidade de sentimentos em relação à morte de pacientes e a influência do pensamento religioso sobre as concepções de morte. Concluiu-se que a religiosidade constitui um fator importante para a qualidade de vida dos profissionais pesquisados e confere sentido e conforto frente à morte dos pacientes, porém isoladamente não é capaz de minimizar o medo da morte.

Palavras-chave: Religiosidade. Qualidade de vida. Atitude frente à morte. Pessoal de saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate whether the professionals of the hospital health teams use their religiousness to better deal with the death and dying of patients. The survey was attended by 57 professionals from two different hospitals. The instruments used for data collection were: sociodemographic questionnaire, structured interview, Duke Religious Index (DUREL), Intrinsic Religiousness Inventory (IRI), WHOQOL-SRPB, Coping With Death Scale and Collett-Lester's Fear of Death Scale. The sample consisted of 83.9% of female participants, with an average age of 37.31 years (SD = 9.72). The intrinsic religiousness index found was high (M = 46.61; SD = 5.96), and whether or not religion had no effect on intrinsic religiousness. Regarding the WHOQOL-SRPB, the average found was 16.52 points (SD = 2.04) and there was no average difference between people with and without religion. The professionals of the hospital teams had a moderate fear of the death of others (M = 3.26; SD = 1.16) and a neutral ability to cope with death (M = 93.36; SD = 24.55). Qualitative analyzes have demonstrated dual feelings regarding the death of patients and the influence of religious thinking on conceptions of death. It was concluded that religiousness constitutes an important factor for the quality of life of the professionals surveyed and provides meaning and comfort in the face of the death of patients, but in isolation it is not able to minimize the fear of death.

Keywords: Religiousness. Quality of life. Attitude to death. Health personnel.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo explicativo de qualidade de vida de Felce e Perry	21
Figura 2	Domínios relevantes para a qualidade de vida no modelo de Felce e Perry ..	22
Figura 3	Gráfico de distribuição da amostra, segundo a profissão dos participantes..	38
Figura 4	Gráfico de distribuição dos profissionais pelos setores hospitalares	39
Figura 5	Desempenho geral alcançado em cada faceta do WHOQOL-SRPB em uma escala de 0 a 100	45
Figura 6	Nuvem de palavras dos sentimentos e pensamentos sobre a morte de pacientes ..	48
Figura 7	Gráfico de frequência das categorias temáticas.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Local de nascimento dos participantes da pesquisa	37
Tabela 2	Tabela de comparação entre a porcentagem das religiosidades encontradas na amostra, na população do Amazonas e na população do Brasil no ano de 2010	40
Tabela 3	Estatística descritiva das facetas e do resultado final no WHOQOL-SRPB..	44
Tabela 4	Análise lexicométrica dos sentimentos sobre a morte de pacientes até a 5ª posição no ranking.....	47

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.1 A visão da morte no Ocidente através dos tempos	14
1.2 Conceitos fundamentais	17
1.2.1 Espiritualidade	17
1.2.2 Religião e religiosidade	18
1.2.3 Qualidade de vida	19
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVOS	27
3.1 Geral	27
3.2 Específicos	27
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
4.1 Tipo de pesquisa.....	28
4.2 Critérios de seleção dos participantes.....	28
4.2.1 Inclusão.....	28
4.2.2 Exclusão.....	29
4.3 População, amostra e caracterização dos locais de pesquisa.....	29
4.4 Instrumentos	30
4.5 Análise dos resultados	32
4.5.1 Análise quantitativa	32
4.5.2 Análise qualitativa	33
4.6 Aspectos éticos.....	35
5 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	36
5.1 O panorama religioso	39
6 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E CRENÇAS PESSOAIS: INTERFACE COM A QUALIDADE DE VIDA	43
7 A RELIGIOSIDADE E O FAZER DA EQUIPE DE SAÚDE HOSPITALAR FRENTE À MORTE	47
8 “THE END”: O CALEIDOSCÓPIO DE INTERPRETAÇÕES SOBRE A MORTE... 53	53
8.1 Transcendência	54
8.2 Finitude.....	55
8.3 Término do sofrimento.....	56
8.4 Julgamento	57
8.5 Descanso eterno.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES	73
ANEXO.....	82

INTRODUÇÃO

Não se pode aprender a amar, tal como não se pode aprender a morrer. [...] Chegando o momento, o amor e a morte atacam – mas não se tem a mínima ideia de quando isso acontecerá. [...] No caso da morte, o aprendizado se restringe de fato à experiência de outras pessoas, e portanto constitui uma ilusão in extremis. [...] No mundo real, tal como nos desenhos de Tom & Jerry, talvez alguns gatos tenham sete vidas ou até mais, e talvez alguns convertidos possam acreditar na ressurreição – mas permanece o fato de que a morte, assim como o nascimento, só ocorre uma vez. Não há como aprender a “fazer certo na próxima oportunidade” com um evento que jamais voltaremos a vivenciar.

Zygmunt Bauman

A morte pode ser caracterizada como um processo perante o qual o indivíduo perde a sua identidade de modo irreversível. Trata-se da ontologia do indivíduo e está relacionada ao estágio de evolução da ciência, assim como às características culturais de determinada população (PAZIN-FILHO, 2005). A morte é um evento inquestionável mediante os sentidos imediatos, tendo em vista que todos os seres vivos, inclusive os humanos, morrem. Os seres humanos são sistemas vivos alocados no mundo e situados no tempo, portanto submetidos a um processo fatal que inclui o nascer, o crescer, o decair e o morrer (SCHRAMM, 2002).

Fisiologicamente, o indivíduo morre no momento em que cessa a última função do organismo que mantém a homeostase corporal (circulação, respiração e processos que metabolizam o oxigênio, por exemplo). Não se incluem aqui a perda da consciência e de outros processos mentais que derivam dela (como a razão), porque apesar destes fatos serem perdas severas para o indivíduo, sozinhos não resultam na morte do ser humano (SCHOFIELD et al., 2015). O desfecho morte ocorre no ponto em que essa situação se torna irreversível, independentemente dos meios que se possam empregar, ainda que nem todas as células do corpo estejam mortas (GONÇALVES, 2007).

Os seres humanos se destacam de outros sistemas vivos por serem capazes de pensar a respeito da sua própria existência e, conseqüentemente, de sua finitude e morte. A morte é tema de destaque no pensamento humano e vários mitos e rituais acerca deste fenômeno foram produzidos ao longo da História. Os modos contemporâneos através dos quais a espécie humana lida com a morte tem variado, observando-se até o distanciamento de rituais e mesmo a banalização da morte: “a exiguidade de tempo nos leva a pensar que não temos mais tempo para a morte” (ARAÚJO, 2011, p. 143).

Apresentando um pensamento crítico sobre a morte na contemporaneidade, Araújo (2011) ressaltou que o homem atual deseja a eterna jovialidade e almeja obter a imortalidade; percebe-se uma cultura de exagerado apego à vida e negação da morte, na qual o homem se encontra investido de sua fantasia de poder, esquecendo-se de sua finitude. Muitos são os avanços científicos e tecnológicos produzidos na tentativa de prolongar a vida humana e, quem sabe, alcançar a imortalidade. Entretanto, a morte ainda se constitui um evento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo que se pode dominá-lo em vários níveis (KÜBLER-ROSS, 2008).

Uma importante mudança em como a sociedade convive com a morte, com o morrer e com os pacientes moribundos foi apontada por Kübler-Ross (2008): o que antes era um evento familiar e privado, atualmente acontece de forma impessoal (muitas vezes), legitimado por um ato médico e assistido por toda a equipe de profissionais da saúde. Morrer, especialmente no ambiente hospitalar e para as equipes de saúde, tornou-se símbolo de fracasso e ineficiência. As ciências da saúde resignaram-se à tarefa de evitar e impedir a morte, ao passo que o hospital tornou-se o local onde os acontecimentos inerentes à vida humana (como a dor, o sofrimento e a morte) foram tratados como inimigos a serem combatidos a qualquer custo (VICENSI, 2016).

A religiosidade ou uma crença religiosa seria uma possibilidade para auxiliar estes profissionais no enfrentamento de situações relativas ao falecimento de pacientes, e, conseqüentemente, as vivências negativas decorrentes deste fato, porque elas conferem sentido à morte. O humano é um ser de sentido, logo todos os seus atos necessitam ter sentido, significado. A morte se constitui em um evento difícil de ser significado e a religião (ou crença religiosa) possibilita uma nova compreensão e redimensionamento deste, na medida em que vários sistemas religiosos defendem a ideia da continuidade da vida no pós-morte, ressignificando o último ato da existência humana (GIOVANETTI, 2016). “Os valores, crenças, vivências dos indivíduos influenciam a sua preparação para morrer ou para exacerbar a dificuldade de enfrentamento da morte” (CARVALHO et al., 2006, p. 552). O medo da morte pode influenciar o comportamento humano, sendo a religiosidade/religião ou a crença religiosa importantes na maneira de fazer o indivíduo se posicionar perante a morte (DINIZ; AQUINO, 2009).

A religiosidade é constituidora de sentido na subjetividade humana e está bem presente no contexto universal. Mundialmente, dados de pesquisas internacionais estimaram haver 5,8 bilhões de adultos e crianças pertencentes a alguma denominação religiosa, representando 84% de toda a população, em 2010 (PEW RESEARCH CENTER, 2012). Considerando-se tais afirmações, um questionamento foi levantado: Os profissionais da equipe de saúde hospitalar

que possuem alguma religião ou crença religiosa conseguem lidar melhor com a morte e o morrer de pacientes? A busca de respostas para tal pergunta disparadora constituiu-se no cerne desta dissertação.

O trabalho aqui exposto encontra-se estruturado em oito capítulos. O primeiro capítulo corresponde à fundamentação teórica, na qual discorreu-se sobre a visão da morte no Ocidente e os conceitos fundamentais para este estudo: espiritualidade, religião, religiosidade e qualidade de vida. O segundo capítulo compreende a justificativa para a implementação desta pesquisa, estando os objetivos da mesma descritos no terceiro capítulo. Os procedimentos metodológicos estão apresentados no quarto capítulo deste trabalho, onde discorreu-se sobre o tipo de pesquisa aqui adotado, os critérios de seleção dos participantes, as características da população, da amostra e dos locais de pesquisa, os instrumentos utilizados, as análises dos resultados (quantitativa e qualitativa) e os aspectos éticos para a condução desta pesquisa.

Discutindo-se os resultados obtidos, o quinto capítulo expande a caracterização da amostra, dialogando-se a respeito dos dados sociodemográficos dos participantes e enfatizando-se o contexto religioso ao qual pertencem. Em seguida, no sexto capítulo, têm-se a relação entre religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais e como esses fatores interferem na qualidade de vida dos profissionais das equipes hospitalares pesquisadas. O sétimo capítulo faz uma reflexão sobre como a religiosidade dos profissionais das equipes hospitalares influencia o seu embate diário com a morte de pacientes. Já o oitavo capítulo analisa qualitativamente as respostas dos participantes a respeito do conceito de morte e sobre os sentimentos/emoções suscitados pela morte de um paciente.

Por fim, buscam-se algumas considerações sobre o estudo proposto e apresenta-se as referências utilizadas ao longo de todo o trabalho, assim como os documentos necessários para a construção do mesmo, alocados nas seções “Apêndices” e “Anexo”.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A visão da morte no Ocidente através dos tempos

O termo “morte” traz em si um sentido fatal e desesperançoso: “cessação da vida; termo, fim; destruição, ruína; pesar profundo” (FERREIRA, 2008, p. 565). O homem sempre manteve com a morte uma relação de temor, fonte de tormentos que adoecem a alma e o impedem de obter o equilíbrio necessário a uma vida feliz. “O medo da morte é natural e está presente em todos os indivíduos. Ele é o temor básico que influencia todos, um temor ao qual ninguém está imune” (BECKER, 2015, p. 35). Na Grécia Antiga, Epicuro foi um dos primeiros pensadores a argumentar que a morte não devia ser um problema para o homem. Para ele, a morte nada é a não ser a privação das sensações (SILVA, 1995). A morte nada seria: nem absoluta, nem positiva, nem real. Só teria realidade na imaginação humana.

Moreira e Holanda (2010) afirmaram que a finitude da vida é ansiogênica, também uma razão de sofrimento, independentemente do tempo e das situações nas quais se desenvolve a morte e das pessoas envolvidas com ela. Baseando-se no pensamento de Viktor Frankl e na filosofia grega de Heráclito, a finitude e a temporalidade não são apenas um adicional à vida humana, todavia são constitutivos do seu sentido; “o homem jamais ‘é’, mas sempre ‘vem a ser’. Ele somente será um ‘todo’ quando sua vida terminar; somente então seu ‘mundo’ será concluído” (MOREIRA; HOLANDA, 2010, p. 351). A vida e a morte se complementariam, porque nenhuma das duas tornaria a vida sem sentido, mas antes plena de sentido, ao contrário do que postulou Epicuro.

Heidegger apontou na morte um elemento de transcendência capaz de tirar o homem de suas tarefas cotidianas. A morte permite ao homem, basicamente: 1) uma consciência de toda a existência (passado, presente, futuro), mediante a qual o ser encontrará sua verdade no tempo; 2) assumir, individualmente, a existência, já que a experiência da morte é sempre apenas pessoal (WERLE, 2003). Na filosofia heideggeriana, a morte não se resume somente ao sentido biológico, mas o risco permanente que está presente na existência humana; algo que não é dado, logo é sempre um “por fazer” (LEITE, 2011). O homem deve assumir sua própria vida, inventar-se, dar conta de sua própria precariedade (vida), a rigor (ou a sentido próprio), caso contrário não se dá a existência humana.

Becker (2015) assinalou que os povos ancestrais celebravam a morte com frequência porque acreditavam que esta era a promoção suprema, a última elevação ritual para uma forma de vida superior, para o gozo da eternidade de alguma maneira. No decorrer da História da

humanidade, o sentido da vida e da morte desenvolveu-se com base em manifestações de religiosidade e nas crenças da existência de algum tipo de sobrevivência espiritual e imaterial, como ocorreu em algumas das mais antigas e tradicionais culturas: Antigo Egito, Mesopotâmia, Índia, Pérsia e China; e nas grandes religiões: Budismo, Bramanismo, Taoísmo, Xintoísmo, Zoroastrismo, Islamismo e Cristianismo (SILVA, 1993). Estes sistemas religiosos oferecem ao ser humano uma vivência simbólica constante com seus grandes temores e inseguranças, confrontando o indivíduo com a sua finitude e imortalidade.

Contudo, a visão predominante a respeito da morte e do morrer, ocidentalmente, tem como pilar central o Cristianismo (principalmente o de orientação Católica). Ariès (2012) salientou que as atitudes humanas frente à morte e ao morrer podem parecer quase imóveis através de períodos muito longos de tempo. Entretanto, algumas mudanças, por vezes despercebidas, ocorreram na mentalidade humana, em certos momentos históricos e de maneira lentificada. Estas produziram, basicamente, quatro modelos representativos sobre a morte e o morrer: 1ª) morte domada; 2ª) morte de si mesmo; 3ª) morte do outro; 4ª) morte interdita.

Na morte domada o indivíduo era advertido que ia morrer. A morte terrível (morte súbita ou morte devido à peste) era considerada como excepcional, não sendo mencionada nos relatos históricos. Havia o reconhecimento espontâneo; esperava-se a morte deitado, jacente. Sobre a morte de si mesmo, Ariès (2012) ressaltou que não houve uma nova atitude que substituísse o padrão anterior (morte domada), mas modificações sutis que deram um sentido dramático e pessoal à familiaridade tradicional do homem com a morte. Essa familiaridade do homem com a morte era uma forma de aceitação da ordem natural dos fatos. O homem medieval começava a entender que a morte, sempre presente em seu ser, despedaçava suas ambições e envenenava seus prazeres. A morte tornou-se o lugar em que o homem melhor tomou consciência de si mesmo.

A partir do século XVIII, o homem ocidental tendeu dar à morte uma nova significação. Exaltou-a, dramatizou-a, desejou-a impressionante e arrebatadora, porém ao mesmo tempo, ocupou-se menos da sua própria morte e passou a preocupar-se mais com a morte do outro, cuja saudade e lembrança inspiraram o novo culto aos túmulos e cemitérios nos séculos XIX e XX. A morte temida não é mais a própria morte, mas a morte do outro (ARIÈS, 2012).

Vale ressaltar que no final do século XVIII o homem ocidental ampliou os limites de dessacralização do mundo e assumiu uma dimensão profana, racional e material da existência, culminando na ruptura de antigas crenças que, de alguma maneira, apaziguavam ou aumentavam seus temores (SILVA, 1993). Romper com as antigas crenças fez da concepção

da morte um acontecimento psíquico gerador de grande angústia. Silva (1993) mencionou que a frieza científica e racional não proporciona consolo para a maioria das pessoas, porque se associa o temor da morte ao sentimento de perda da vida, dos apegos, dos desejos, e ambições típicos da subjetividade humana, nos quais o intelecto não é suficiente para satisfazer ou realizar.

Por fim, a concepção da morte interdita tornou-se preponderante nos dias atuais. A morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagando e desaparecendo. Tornou-se vergonhosa e objeto de interdição. Essa revolução sentimental desenvolveu-se a partir da segunda metade do século XIX, na qual aqueles que cercavam o moribundo tendiam a poupá-lo e a ocultar-lhe a gravidade de seu estado. Entre 1930 e 1950, o local da morte muda da casa do moribundo para o hospital. “Não se morre mais em casa, em meio aos seus, mas sim no hospital, sozinho” (ARIÈS, 2012, p. 85). “Morrer se tornou um ato solitário e impessoal, tendo em vista que o paciente, frequentemente, é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência” (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 12).

A atitude do homem frente à morte não apresentou mudanças significativas no século XXI. Em função dos avanços da medicina, o local da morte continua sendo o hospital (salvo algumas exceções), onde o médico consegue controlar o desfecho fatal a partir do domínio de suas técnicas e com o auxílio de equipamentos especializados (COSTA; ROCHA, 2017). Neste contexto, a morte pode se tornar um evento solitário, sem espaço para a expressão do sofrimento e rituais; uma morte distante, asséptica, silenciosa e solitária, na qual o moribundo é expropriado de sua própria morte (KOVÁCS, 2014). A morte continua sendo percebida como inimiga, oculta, vergonhosa, aquela que fere a onipotência do homem moderno. Ainda é considerada um tema interdito: oculta-se a morte com estratégias defensivas, propiciando um poder ilusório àquele profissional, que acredita que pode combatê-la, evidenciando sua fragilidade (KOVÁCS, 2010).

No entanto, a pandemia da COVID-19 não tem permitido que a morte continue oculta. Telejornais de todos os países noticiam, a cada minuto, o número crescente de mortos e infectados pelo mundo. Devido ao grande risco de contágio pela doença, o morrer no hospital tem se tornado ainda mais distante (isolado, fisicamente) e asséptico possível, envolvendo a pessoa falecida em várias camadas de roupas, envelopando-a em bolsas cadavéricas e utilizando desinfetantes, após isso. Essa nova forma de morrer tem se mostrado difícil de aceitar, trazendo grande sofrimento emocional ao profissional envolvido nesses cuidados (LIU et al., 2020). Certamente, a concepção de morte no hospital e o seu enfrentamento pelos profissionais da saúde sofrerão impactos dessa pandemia.

1.2 Conceitos fundamentais

1.2.1 Espiritualidade

Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu a espiritualidade no espectro multidimensional de saúde, conceituando-a como o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa (VOLCAN et al., 2003). A OMS reconhece que a dimensão espiritual tem um papel importante na motivação das pessoas em todos os aspectos da sua vida, e afirma que essa dimensão não somente estimula atitudes saudáveis, mas também deve ser considerada como um fator que define o que seja saúde (TONIOL, 2017).

A espiritualidade é um estado mental universalmente acessível e positivo, vivenciado pela maioria das pessoas, referindo-se à busca pessoal de compreensão relacionada a questões existenciais maiores (como o fim e o sentido da vida) e suas relações com o sagrado (aquilo que é separado do comum e merecedor de veneração) e/ou transcendente (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; SNYDER; LOPEZ, 2009). Vale ressaltar que a espiritualidade: 1) não surge de quaisquer práticas religiosas específicas, pelo contrário, constitui-se a matéria-prima a partir da qual surgem a religiosidade e os comportamentos religiosos; 2) é uma qualidade singular que transcende a cultura e o contexto, adquirindo *status* de uma característica universal do ser humano; 3) a partir da interpretação sobre a Teoria *Big Five*, a espiritualidade se apresenta como um traço idêntico a um dos fatores de personalidade, mas não está mediada por esta, porém representa um aspecto do funcionamento psicológico que se revela independentemente do restante dos outros cinco fatores de personalidade, a saber: Abertura à Experiência, Conscienciosidade, Extroversão, Amabilidade e Neuroticismo (CATRÉ et al., 2016).

Torna-se necessário dizer também que o construto espiritualidade não está relacionado com o Espiritismo, terceira religião mais praticada no Brasil e que tem como pressupostos principais a mediunidade e a reencarnação. Tal confusão conceitual pode ser explicada pelo fato de que o termo “espiritualidade” é utilizado por espíritas kardecistas para se referirem aos “espíritos superiores em conjunto” (CURCIO; MOREIRA-ALMEIDA, 2019a).

Contudo, ratifica-se que a espiritualidade se constrói nos contextos socioculturais e históricos, estruturando e atribuindo significado a valores, comportamentos, experiências

humanas, e em alguns casos se materializa na prática de um credo religioso específico (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007). No contexto hospitalar, a espiritualidade se relaciona, intimamente, ao processo de produção do sentido e do propósito do sofrimento que comumente acompanha a doença, podendo a religiosidade ser um aspecto da espiritualidade do sujeito (ESPERANDIO, 2014).

1.2.2 Religião e religiosidade

Para Koenig, McCullough e Larson (2001), a religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos orientados para auxiliar o acesso ao sagrado ou transcendente (Deus, Ser superior, força maior, verdade suprema/realidade), ao passo que a religiosidade está direcionada ao quanto a pessoa acredita, segue e pratica uma determinada religião (DALGALARRONDO, 2008). A religiosidade também pode ser explicada pelas “atividades realizadas pelo indivíduo em relação a suas crenças, que podem ou não ser ancoradas em uma religião; havendo a possibilidade de o indivíduo ter religiosidade e não possuir religião, não sendo possível o contrário” (TAVARES et al., 2016, p. 88-9).

A religiosidade (ou envolvimento religioso) compreende comportamentos, atitudes, valores, crenças, sentimentos e experiências motivados pelo envolvimento religioso e abrange três dimensões: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) (SANTOS; ABDALA, 2014). A RO corresponde aos comportamentos religiosos institucionais (frequência às atividades religiosas formais, por exemplo) e o desempenho de cargos ou funções religiosas, à medida que a RNO relaciona-se aos comportamentos religiosos privados ou informais (aqueles que ocorrem fora do contexto institucional religioso), sem local nem horários predeterminados, e sem seguirem formas litúrgicas pré-estabelecidas, manifestando-se individualmente ou em pequenos grupos familiares e informais (CARDOSO; FERREIRA, 2009).

Em relação à religiosidade intrínseca, Allport e Ross (1967) concluíram que esta se relaciona às pessoas que veem na sua orientação religiosa a maior motivação para a vida. A partir do momento em que o indivíduo tenha adotado a crença, o mesmo se esforçaria para internalizá-la e segui-la completamente. O conceito de religiosidade intrínseca é fundamental para a construção deste estudo, por sustentar as crenças e valores que fazem mediação entre as experiências pessoais dos profissionais da saúde e a morte dos pacientes ou a finitude dos mesmos.

Os autores conceituaram, ainda, outro termo: religiosidade extrínseca, na qual as pessoas utilizam a religião para seus próprios fins, encontrando utilidade na religião de diversas formas (para fornecer segurança e consolo, sociabilidade e distração, *status* e sua própria justificação); o credo religioso é utilizado de forma seletiva para atender às suas necessidades mais primárias; “o indivíduo se volta para Deus, mas sem abandonar o seu caminho” (ALLPORT; ROSS, 1967, p. 434). A característica extrínseca também pode se manifestar enquanto tradição cultural: “adesão à religião em termos da adoção de crenças, ações, valores e princípios religiosos vigentes na família ou na sociedade, como parte do processo de socialização pelo qual passaram e como manifestação de adequação social” (SANTANA; CUPERTINO; NERI, 2009).

Complementando o sentido de religiosidade, Panasiewicz (2013) afirmou ser esta a abertura existencial que o ser humano tem em relação ao mistério transcendente, aquilo que o inunda, perpassa e traspassa. Essa porção de mistério, presente no cotidiano, pode acontecer através da experiência de Deus (sentido radical e amor pleno). Entretanto, a experiência é a mesma, todavia a forma como cada pessoa ou comunidade elabora o vivido é que a caracteriza, podendo se modificar na conversão da experiência religiosa em experiência de Deus (PANASIEWICZ, 2013). Por experiência religiosa entende-se uma experiência vivencial e intuitiva de algo ou de alguém que o faz transcender, aparecendo de forma mais ou menos estável durante todo o ciclo vital do indivíduo, e de forma mais intensa em momentos cruciais, pontuais, involuntários e imparciais, como no caso de situações de risco de morte (VALE, 1999).

1.2.3 Qualidade de vida

A utilização pela primeira vez do termo “qualidade de vida” é atribuída ao presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, que em um discurso no ano de 1964, declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK et al., 1999, p. 20). A partir deste discurso, percebeu-se um interesse nos temas “padrão de vida” e “qualidade de vida”, conceitos que foram compartilhados por cientistas sociais, filósofos e políticos. Fleck et al. (1999) relataram que o uso de “qualidade de vida” dentro das ciências humanas e biológicas refere-se a utilizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Não existe um consenso sobre o conceito de qualidade de vida, porém através da análise de inúmeras publicações sobre a temática, puderam-

se encontrar quatro características relativas às suas definições (FARQUHAR, 1995; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012):

1) Definições globais: são as mais comuns e apareceram no campo científico com frequência nas décadas de 1960 e 1970. Devido a sua generalização, falam pouco sobre os componentes que as formam ou como o conceito pode ser operacionalizado, comumente incorporam ideias de satisfação/insatisfação e de felicidade e descontentamento. Por essa razão, as definições globais possuem caráter subjetivo e individual.

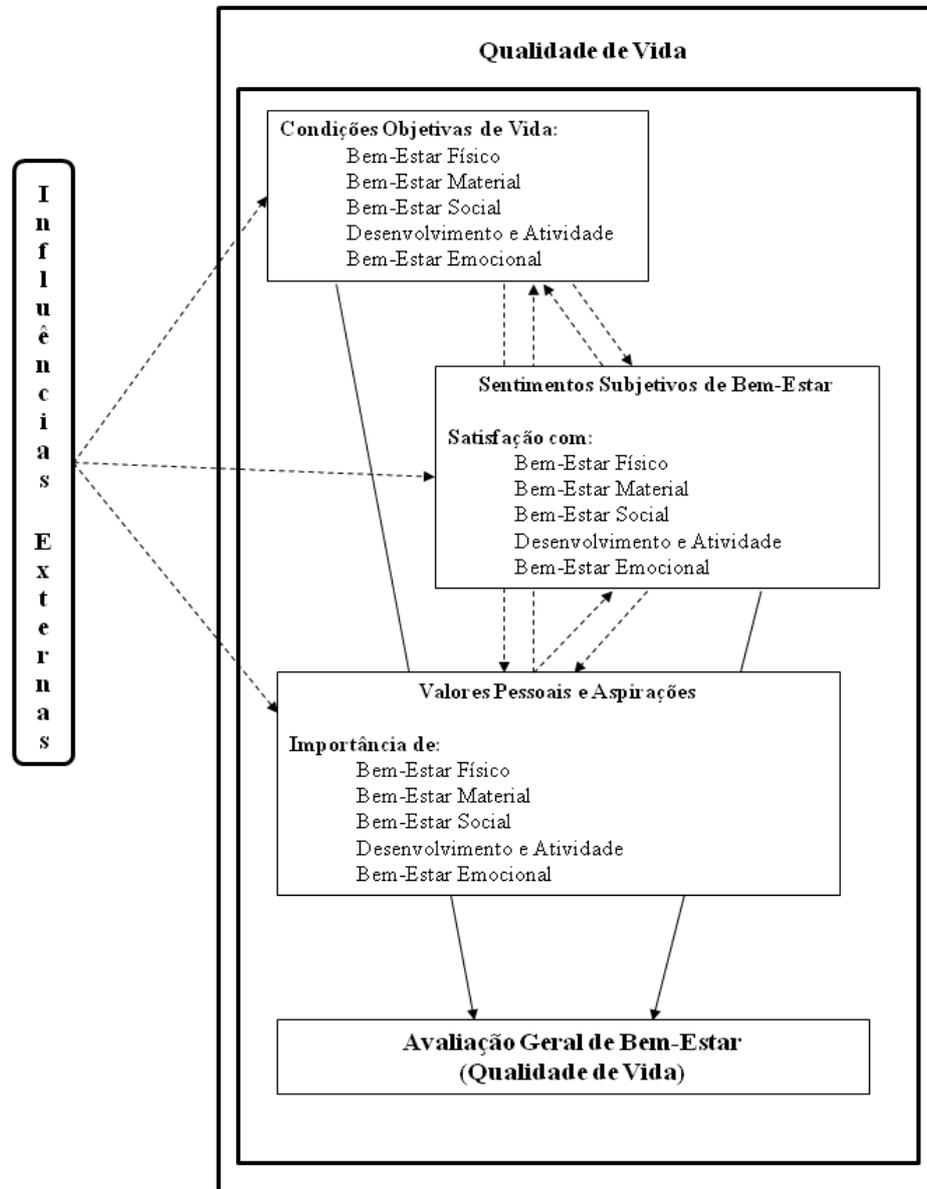
2) Definições por componentes: dividem o conceito em diversas partes, componentes ou dimensões que contribuem para a qualidade de vida global, podendo se destacar um ou mais componentes como essenciais. A vantagem deste tipo de definição é que facilita a operacionalização do conceito e podem abranger tanto aspectos objetivos (estado de saúde e capacidade funcional, nível socioeconômico etc.) quanto aspectos subjetivos (julgamento pessoal sobre a satisfação com a vida, autoestima etc.).

3) Definições focalizadas em um ou mais componentes: trata-se de uma subdivisão das definições por componentes, onde um ou mais componentes são focalizados e analisados mais detalhadamente. Este tipo de definição é utilizado frequentemente na área da saúde, na qual se privilegiam certos aspectos específicos de cada quadro patológico.

4) Definições combinadas: geralmente, são definições globais que especificam um ou mais componentes, porém não se ajustam nitidamente a nenhum tipo de abordagem. Por exemplo, tratam da satisfação geral da vida, enfatizando o aspecto físico, porém não analisando o contexto social.

Percebe-se, então, que a definição de qualidade de vida adotada pela OMS é uma definição global: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2000, p.34). Anteriormente a esta definição, Felce e Perry (1995) já haviam desenvolvido um modelo de qualidade de vida dividido por componentes. Os autores conceituaram a qualidade de vida como um conceito geral de bem-estar, que compreende aspectos objetivos e avaliações subjetivas de bem-estar físico, material, social e emocional, juntamente com a extensão do desenvolvimento pessoal e atividade intencional, analisadas por um conjunto de valores. Estes três elementos constituintes (condições objetivas de vida; sentimento subjetivo de bem-estar; valores pessoais e aspirações) encontram-se em interação dinâmica, influenciando-se mutuamente (FELCE; PERRY, 1995). A Figura 1 demonstra graficamente este modelo:

Figura 1 - Modelo explicativo de qualidade de vida de Felce e Perry

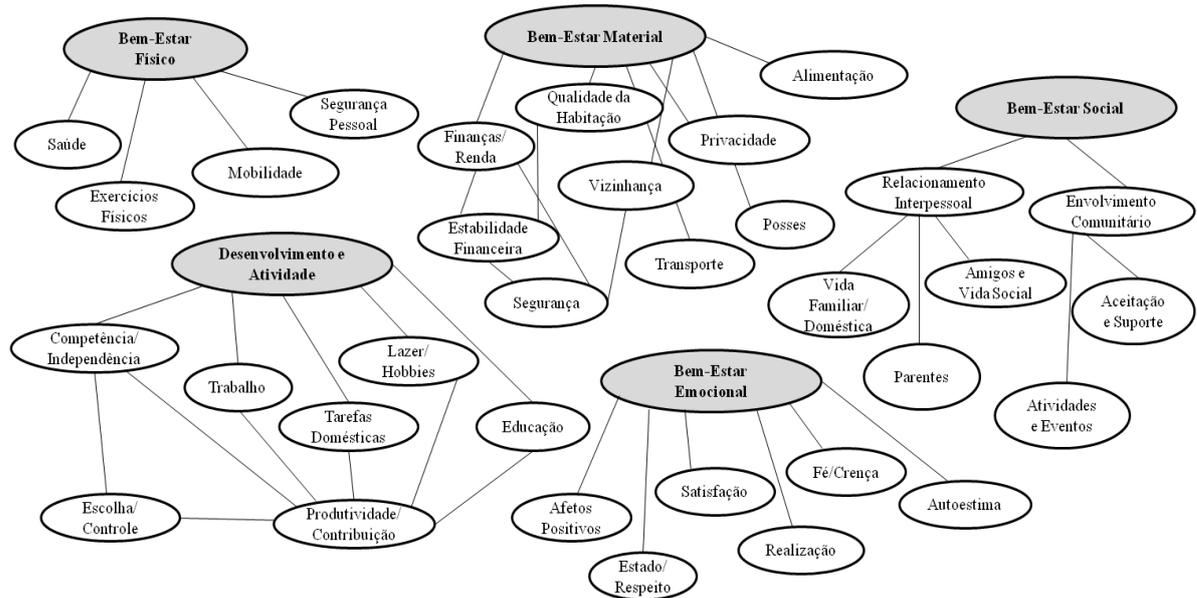


Fonte: FELCE; PERRY, 1995, p. 62.

Nota: tradução livre do autor (2020).

Neste caso, as influências externas incluem heranças genéticas, sociais e materiais, idade e maturidade, histórico de desenvolvimento, emprego, influência de pares e pontos de referência, e outras variáveis sociais, econômicas e políticas. A Figura 2 exemplifica as quatro dimensões propostas e seus elementos constituintes:

Figura 2 - Domínios relevantes para a qualidade de vida no modelo de Felce e Perry



Fonte: FELCE; PERRY, 1995, p. 61.

Nota: tradução livre do autor (2020).

Recentemente, Alborz (2017) ampliou o modelo de qualidade de vida com base em vários outros modelos estudados. Nesta nova proposta, o indivíduo se encontra altamente interconectado ao seu contexto. Segundo o autor, a natureza da qualidade de vida é composta por interações “*self-sociedade-lugar*”, com e entre cada uma das quatro facetas propostas: autonomia (autoatualização); *status* (estima); bem-estar psicossocial (amor e pertencimento); bem-estar fundamental (segurança e sobrevivência).

Em primeira instância, o “*self*” relaciona-se aos julgamentos autênticos que somente uma pessoa pode fazer sobre como ela experiencia sua qualidade de vida. Fatores como disposição genética e personalidade, valores baseados na sua socialização, últimos acontecimentos e estado de humor influenciam a avaliação de cada pessoa sobre a sua qualidade de vida. Em segunda instância, a “*sociedade*” é composta por indivíduos humanos e entidades não humanas, incluindo outras espécies, objetos materiais (produzidos ou naturais) e objetos imateriais (como leis, tradições e eventos). A sociedade é caracterizada pelas interações entre pessoas e entre pessoas e coisas. Por último, o “*lugar*” refere-se aos ambientes físicos naturais e construídos, incluindo elementos como clima, poluição e facilidades públicas. A qualidade ambiental é determinada pelas atividades humanas que impactam sobre o ambiente e este impacto traz consequências sobre as pessoas, interferindo na qualidade de vida (ALBORZ, 2017). O Quadro 1 expõe a composição deste modelo:

Quadro 1 - Facetas, características e elementos do modelo de qualidade de vida de Alborz

	Aspectos Individuais	Aspectos Contextuais
Autonomia: Autoatualização	<p>Aspirações / Desenvolvimento pessoal</p> <p>Autoatualização</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empregando talentos pessoais - Seguindo os próprios interesses <p>Autorrealização</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendo autoconsciência / autoconhecimento <p>Autodeterminação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perseguindo as próprias escolhas / objetivos / aspirações <p>Autorregulação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantendo esforços para alcançar os objetivos <p>“Facilidade” ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recebendo prazer / conforto através de pessoas próximas 	<p>Empoderamento</p> <p>Educação / Aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liberdade para investigar / pesquisar - Acesso à “educação” <p>Emprego</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acesso a uma ocupação satisfatória <p>Serviços Pessoais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoio para buscar aspirações
Status: Estima	<p>Autoestima</p> <p>Estabelecer avaliação positiva de si / competência</p> <p>Alta reputação percebida / prestígio</p> <p>Autorrespeito</p> <p>Adequada percepção pessoal / competência</p> <p>Autoestima / Percepção de sua utilidade no mundo</p> <p>Status Comunitário</p> <p>Aceitação como um membro da comunidade</p> <p>Membro valorizado da comunidade / prestígio</p>	<p>Direitos/Normas</p> <p>Liberdade para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falar / Agir / Defender-se <p>Acesso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Justiça / Igualdade / Honestidade <p>Sociedade</p> <p>Facilidades comunitárias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Previstas para o bem público <p>Grupos sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baseados em atividades comuns <p>Ações em grupo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baseadas em causas comuns / apoio mútuo
Bem-estar Psicossocial: Amor e pertencimento	<p>Valores Comuns</p> <p>“Raízes” / cultura / ética / grupo social</p> <p>Identidade compartilhada</p> <p>Companhia</p> <p>Compartilhamento de experiências de vida</p> <p>Intimidade</p> <p>Apego [cuidar de uma criança]</p> <p>Parceria</p> <p>Relacionamento sexual</p> <p>Procriação</p>	<p>Relacionamento Interpessoal</p> <p>Facilidades comunitárias / oportunidades / liberdades para a interação social</p> <p>Apoio positivo (mutuamente benéfico) nas interações com/em:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoas do denominado “núcleo familiar” - Família extensa - Amigos / Conhecidos - Vizinhança - País / Estado (membros reconhecidos <i>versus</i> exilados)
Bem-estar Fundamental: Segurança e Sobrevivência	<p>Bem-estar fisiológico</p> <p>Nutrição</p> <p>Descanso</p> <p>Higiene</p> <p>Atividade</p> <p>Bem-estar de segurança</p> <p>Proteção (contra danos)</p> <p>Previsibilidade / Confiabilidade</p> <p>Reservas (receio contra o desconhecido)</p> <p>Ambientes familiares</p> <p>Orientação / código moral (ex., religiões / filosofias espirituais)</p>	<p>Bem-estar material</p> <p>Abrigo</p> <p>Comida, água, outros insumos essenciais</p> <p>Comodidades: cozinhar / repousar / viajar</p> <p>Finanças:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acesso a recursos financeiros suficientes - Oportunidade de ganhos financeiros <p>Segurança Pessoal e Bem-estar</p> <p>Lar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabilidade / Segurança <p>Comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lei e ordem - Oportunidades de atividade / apoio na saúde <p>Meio Ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benéfico

Fonte: ALBORZ, 2017, p. 25.

Nota: tradução livre do autor (2020).

2 JUSTIFICATIVA

A relevância em estudar a temática da morte está no fato de que este assunto, de acordo com diversos estudos, ficou na obscuridade por quase todo o século XX (ARIÈS, 2012). Reconhecer que o ser humano não é eterno, auxilia-o a pensar e a refletir sobre como enfrentará tal acontecimento natural e pertinente a todo ser vivo, pois ao reconhecer que o outro é finito, o indivíduo também reconhece a sua própria fragilidade, diante do que muitos acreditam ser a única certeza que se tem na vida.

No âmbito da prestação de serviços em saúde, a exemplo da equipe hospitalar, o confronto com a morte não é apenas um encontro esporádico: constitui-se em um aspecto do seu trabalho, que lhe exige uma série de atitudes direcionadas ao seu desempenho técnico e uma série de inibições emocionais que podem ser compreendidas como ameaçadoras ao cumprimento destas mesmas exigências (FREITAS, 2016). O embate diário com a morte pode suscitar nos profissionais importantes sentimentos de fracasso, impotência, raiva e/ou culpabilidade, reações similares ao que acontece com os pacientes e familiares ante ao risco de vida ou proximidade da morte, como: negação da doença, revolta ou depressão, despertando em toda a equipe hospitalar uma angústia muito intensa, semelhante a uma morte simbólica destes profissionais (KÜBLER-ROSS, 1979).

Durante o processo do morrer no hospital, o apoio psicológico é voltado apenas para o paciente e sua família, na maioria dos casos. Os profissionais da equipe hospitalar, que participam desse processo, não têm um apoio e são vistos como acostumados com a morte de pacientes, todavia seus sentimentos e pensamentos nesse período não são considerados nem pelos próprios colegas da equipe (MOCELIN et al., 2014). Aliado a isto, o processo de formação em saúde não tem oportunizado espaços de reflexão sobre as questões inerentes à morte e ao morrer, pautando-se somente nos procedimentos extremamente tecnicistas de cada profissão e esquecendo o lado humano do paciente (PRAXEDES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2018; TAMADA et al., 2017). As ações dos profissionais das equipes de saúde ainda privilegiam mais os cuidados médico-biológicos, em detrimento das intervenções psicossociais (JUNQUEIRA, 2008), que seriam benéficas tanto para os pacientes quanto para a própria equipe de saúde.

Quando falham o preparo técnico para lidar com as questões da morte e do morrer e o apoio emocional para os profissionais da equipe hospitalar, a religiosidade pode ser algo possível para suprir essa falta. O apoio encontrado na religião, na fé e/ou em Deus pode surgir como um auxílio para lidar com a questão da finitude dos pacientes, favorecendo ao profissional

a externalização do seu lado humano, permitindo emergir suas crenças, concepções religiosas e culturais no cuidado com a morte do paciente, rogando, inclusive, por uma intercessão divina nesse momento tão angustiante (PRAXEDES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2018).

Ainda que existam evidências robustas sobre os fenômenos que transitam na ordem da religiosidade/espiritualidade em associação com a saúde, não existe um consenso científico em relação a esses conceitos (religiosidade/espiritualidade), embora seus efeitos sobre a saúde física e mental dos indivíduos (geralmente, positivos) já tenham sido amplamente divulgados por diversos pesquisadores da área, relacionando-os a menores níveis de depressão, menor uso/abuso de álcool e outras drogas, menor ideação e comportamento suicida; maior sobrevivência, melhor qualidade de vida e maiores níveis de satisfação com a vida; melhores níveis de qualidade de vida para pacientes com transtorno bipolar (CURCIO; MOREIRA-ALMEIDA, 2019a; KOENIG; AL-ZABEN; VANDERWEELE, 2020; STROPPIA et al., 2018). Nesse cenário, o Brasil é um dos países que mais se destacou na produção de conhecimento sobre “espiritualidade, religiosidade e saúde” na última década, envolvendo pesquisas com temas em saúde mental e divulgadas em periódicos das áreas de psiquiatria, saúde pública e enfermagem (DAMIANO et al., 2016).

Cientificamente, o presente estudo contribui para o aumento de pesquisas envolvendo os temas “espiritualidade, religiosidade e saúde”, principalmente no que tange à religiosidade, cooperando para o aumento das publicações científicas sobre a temática e trazendo uma implicação desta em situações de morte e de morrer de pacientes no contexto hospitalar. Aos profissionais das equipes de saúde e aos estudantes da área, a religiosidade seria mais uma ferramenta para lidar com a adversidade e com a angústia que a morte causa, o que não pressupõe que os estudantes ou docentes devam professar alguma religião, porém devem estar atentos a esta importante dimensão constituidora de sentido à existência humana, a qual pode se manifestar em si mesmo ou no paciente, e que pode contribuir ou não para o estado de adoecimento (ou cura) que ora se manifesta (ALCOCER, 2018). Se o profissional da equipe de saúde tem o seu suporte emocional garantido e sua formação o possibilitou a discutir temáticas vivenciais, como a religiosidade e a morte, o mesmo prestará um serviço mais humanizado e integralizado, gerando, assim, uma contribuição importante e diferenciada nos cuidados em saúde, o que acarretará em aumento do bem-estar social e emocional do paciente e seus familiares.

De acordo com o exposto, a atualidade dos assuntos supracitados e a necessidade de se trabalharem questões importantes como as já mencionadas faz com que este estudo tenha relativa expressividade para a comunidade científica, para os profissionais das equipes de saúde

e para a sociedade. Outrossim, considerando o contexto atual e o número expressivo de mortes globais por COVID-19, que colocou as equipes multiprofissionais no centro do processo da morte e do morrer, deslocando, também, mesmo que informalmente, os rituais e os cuidados emocionais do paciente e sua família para si, a discussão torna-se ainda mais importante.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Investigar se os profissionais da equipe de saúde hospitalar utilizam a sua religiosidade para melhor lidar com a morte e o morrer de pacientes.

3.2 Específicos

- Identificar os meios pelos quais os profissionais da equipe de saúde hospitalar vivenciam a religiosidade;
- Estimar o índice de religiosidade intrínseca dos profissionais da equipe de saúde hospitalar;
- Avaliar a qualidade de vida dos profissionais da equipe de saúde hospitalar, em sua interface com a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais;
- Estimar as estratégias de enfrentamento frente à morte, utilizadas pelos profissionais da equipe de saúde hospitalar;
- Apontar os significados que a equipe de saúde hospitalar atribui à morte;
- Expressar os sentimentos e angústias dos profissionais da equipe de saúde hospitalar diante da morte e do morrer de pacientes.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa abrangeu o tipo descritivo, transversal, de estratégia exploratória e análises quantitativa e qualitativa. O delineamento escolhido para este trabalho justifica-se pelo fato de que o estudo descritivo é importante para a ciência, pois a descrição, geralmente, constitui-se como primeiro e essencial passo para a caminhada em busca da compreensão do fenômeno, no qual procura conhecer, interpretar e descrever, sem interferir no que ocorre na realidade (CAMPOS, 2001; VOLPATO, 2015). Aliada a isto, a estratégia de busca exploratória possui o objetivo de formular questões ou hipóteses relativas ao tema, e o estudo transversal apresenta-se como uma secção instantânea que se faz em uma população por meio de uma amostragem, investigando-se nesta a presença ou a ausência da exposição, e a presença ou ausência do efeito (CAMPOS, 2001; HOCHMAN et al., 2005).

A metodologia de construção desta pesquisa se baseou na teoria da triangulação de métodos, tentativa de aproximação entre métodos quantitativos e qualitativos, entre desenhos diversos e entre várias técnicas, com suas respectivas forças e fraquezas peculiares (MINAYO et al., 2005). Na triangulação, os diferentes métodos, técnicas e estratégias são os meios pelos quais se pode observar e compreender a realidade: é uma tentativa de aproximação entre uma abordagem positivista e uma compreensivista. Uma avaliação por triangulação de métodos serve como importante auxílio ao pesquisador, quando o mesmo necessita interpretar resultados intrincados, pois a abordagem qualitativa traz um aporte significativo, tornando a análise mais complexa e oferecendo outro tipo de reflexão para o avaliador (ASSIS et al., 2005).

4.2 Critérios de seleção dos participantes

4.2.1 Inclusão

- Profissionais da equipe de saúde hospitalar, dentre as mais diversas profissões, ambos os gêneros;
- Que trabalhassem diretamente na assistência aos pacientes hospitalizados;
- Quando em funções administrativas, que já tivessem prestado serviços na assistência, em momentos anteriores.

4.2.2 Exclusão

- Que trabalhem, exclusivamente, em funções administrativas.

4.3 População, amostra e caracterização dos locais de pesquisa

Participaram da pesquisa 57 profissionais da equipe de saúde hospitalar¹ (enfermeiros, fisioterapeutas, maqueiro, médicos, nutricionista, odontólogas e técnicos de enfermagem), ambos os gêneros, funcionários de duas unidades hospitalares da cidade de Manaus/AM: um hospital da rede privada e um hospital e pronto-socorro da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM). A amostra foi escolhida por conveniência, selecionando-se os funcionários disponíveis no momento da coleta de dados, nos setores designados pela administração das instituições participantes. A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2019, anteriormente à atual pandemia da COVID-19.

O hospital da rede privada, um dos locais de realização da pesquisa, é um dos centros de referência hospitalar da Região Norte do Brasil, ofertando serviços médico-hospitalares, desde os serviços ambulatoriais até os serviços de alta complexidade. A instituição oferece serviços de transplantes de rins, cirurgias cardíacas e coronarianas, neurocirurgia, ortopedia e uma moderna unidade de oncologia. Além disso, possui 33 consultórios médicos com padrão técnico de alta qualidade, atendendo mais de 42 especialidades médicas.

A segunda unidade hospitalar, onde também ocorreu a coleta de dados, é um estabelecimento da esfera pública estadual (SUSAM), situado na Zona Centro-Sul de Manaus. Oferece serviços que atendem à demanda hospitalar e ambulatorial, bem como atendimentos em urgência e emergência. Funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana (inclusive aos sábados, domingos e feriados), e atende demandas nas seguintes especialidades: clínica geral, ortopedia, cirurgia, odontologia, nefrologia, cardiologia e neurologia. Também possui uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos, com capacidade máxima de 40 leitos.

¹ Ao longo do trabalho, o termo “profissionais da saúde” será empregado também como equivalente aos “profissionais da equipe de saúde hospitalar”, porém entende-se que a categoria “profissionais da saúde” vai além daqueles trabalhadores que atuam nos hospitais.

4.4 Instrumentos

O protocolo para a coleta de dados se caracterizou por um formulário confeccionado pelo pesquisador (APÊNDICE A), no qual constaram os dados sociodemográficos² dos participantes da pesquisa, instrumentos de autorrelato e uma entrevista estruturada. Todos os instrumentos já foram empregados em trabalhos publicados, previamente. A saber:

Escala de Religiosidade Duke (DUREL): uma escala de cinco itens, que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso: Religiosidade Organizacional (RO, item 1), Religiosidade Não Organizacional (RNO, item 2) e Religiosidade Intrínseca (RI, itens 3 a 5) (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008). Para fins deste estudo, utilizaram-se no questionário apenas os itens 1 e 2: frequência a encontros religiosos (missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.) e frequência de atividades religiosas privadas (orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir a programas religiosos na TV ou rádio etc.). Optou-se por não se trabalhar com a dimensão da Religiosidade Intrínseca desta escala, pois o inventário utilizado em sequência verificou o mesmo atributo. Não foi calculado um índice geral para a DUREL.

Inventário de Religiosidade Intrínseca (IRI): instrumento breve para mensurar a religiosidade intrínseca, constituído por 10 itens, cujas respostas são graduadas numa escala do tipo Likert de cinco pontos (“nunca/nada” a “sempre/extremamente”). O índice total de religiosidade intrínseca é determinado pela soma dos escores apontados em cada pergunta, podendo-se chegar à pontuação máxima de 50. De acordo com os dados coletados por diferentes amostras (estudantes universitários e pacientes psiquiátricos), foi comprovado que o IRI é um instrumento válido e pode contribuir para o estudo da religiosidade intrínseca em amostras brasileiras (TAUNAY et al., 2012; TAUNAY, 2011).

WHOQOL-SRPB: desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, sigla em inglês) correlaciona os constructos qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais (PEDROSO; GUTIERREZ; PICININ, 2012). Esta ferramenta genérica se propôs a ampliar a avaliação da qualidade de vida (*Quality Of Life*) nos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref, no que tange à Espiritualidade (*Spirituality*), Religião (*Religion*) e Crenças Pessoais (*Personal Beliefs*), derivando o seu nome das suas iniciais em inglês: SRPB. O objetivo deste instrumento não é avaliar o construto SRPB em si, mas sim a qualidade de vida

² O protocolo de pesquisa foi elaborado com o maior número de religiosidades possíveis, assim como abrangendo os grupos de ateus, agnósticos e os “sem religião”, em uma tentativa de estabelecer um sentimento de pertencimento, visibilidade e não constrangimento ao participante.

na saúde e na assistência à saúde (FLECK; SKEVINGTON, 2007). Possui oito facetas: “conexão com o ser ou força espiritual”, “sentido na vida”, “admiração”, “totalidade e integração”, “força espiritual”, “paz interior”, “esperança e otimismo” e “fé”. O instrumento é composto por 32 itens, tendo suas respostas graduadas em três escalas distintas do tipo Likert de cinco pontos (“nada” a “extremamente”; “nada” a “completamente”; “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”). Os escores das facetas são calculados a partir das somas das quatro questões pertencentes a cada faceta, seguido de uma divisão por quatro. Para o cálculo final do WHOQOL-SRPB, somaram-se os escores obtidos nas oito facetas, dividido por oito. Este resultado é multiplicado por quatro, sendo o total representado em uma escala de 4 a 20.

Escala de *Coping* Frente à Morte: estruturada em duas facetas, refere-se aos aspectos de como a pessoa lida com a sua própria morte (1ª faceta) e como essa mesma pessoa lida com a morte de outros indivíduos (2ª faceta) (MACEDO, 2017). Originalmente, este instrumento possui 30 itens, os quais são respondidos em uma escala do tipo Likert de sete pontos (“discordo completamente” a “concordo completamente”). Para fins deste estudo, por motivos de readequação para a amostra analisada e para os objetivos do trabalho, utilizaram-se somente os itens: “*coping* com a própria morte” (1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 21); “*coping* com a morte do outro” (6, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29). Ressalta-se que a utilização desta escala aqui possui apenas caráter ilustrativo, pois a mesma não resguarda suas propriedades psicométricas originais. Contudo, realizou-se uma padronização proporcional, considerando-se a soma dos 22 itens selecionados, obtendo-se uma pontuação mínima de 22 pontos e uma pontuação máxima de 154 pontos. Assim sendo, uma boa capacidade de enfrentamento foi considerada acima de 94 pontos, uma inadequada capacidade de enfrentamento foi considerada abaixo de 81 pontos e uma capacidade neutra foi considerada no intervalo entre 94 e 81 pontos.

Escala de Medo da Morte de Collett-Lester (EMMCL): instrumento com 28 itens agrupados em quatro subescalas (“Medo da Própria Morte”, “Medo do Próprio Processo de Morrer”, “Medo da Morte de Outros” e “Medo do Processo de Morrer de Outros”), cada uma subdividida em sete itens graduados em uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando entre “nada” a “muito” (ESPINOZA VENEGAS; SANHUEZA ALVARADO; BARRIGA, 2011). Utilizou-se neste trabalho somente a subescala “Medo do Processo de Morrer de Outros”, em uma tradução livre da versão espanhola da EMMCL. Ressalta-se que a utilização desta escala aqui possui apenas caráter ilustrativo, pois a mesma não resguarda suas propriedades psicométricas originais, e pode diferir de sua adaptação transcultural oficial. Os escores da escala são fornecidos para a escala total e para cada subescala, através da média

aritmética simples das respostas, nos quais os escores médios mais altos (a pontuação oscila entre 1 e 5) representam maior medo da morte ou do processo de morrer.

Entrevista estruturada: a entrevista estruturada se dá a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados, sendo o tipo mais adequado para levantamentos sociais (BRITTO JÚNIOR; FERES JÚNIOR, 2011). Esta técnica, aqui empregada, possui fundamental importância para este estudo, pois através dela pôde-se compreender os sentidos que os participantes conferiam à morte e quais os sentimentos atrelados a isso. Além disso, as falas dos entrevistados complementaram as respostas às escalas e inventários também utilizados na pesquisa. O protocolo de entrevista contou com quatro breves questões estruturadas: duas de múltipla escolha e duas discursivas.

O tempo médio para cada participante responder, totalmente, o instrumento de coleta foi de 30 minutos.

4.5 Análise dos resultados

4.5.1 Análise quantitativa

O método quantitativo busca obter evidências de associações entre variáveis independentes (intervenção, exposição) e dependentes (resposta ou de desfecho). À exceção dos estudos exploratórios, o método quantitativo se relaciona, frequentemente, a uma abordagem dedutiva, que consiste em, a partir de uma teoria conhecida ou de uma lei geral, observar casos particulares, procurando confirmar a hipótese investigada ou gerar outras (MINAYO et al., 2005).

Os dados quantitativos, oriundos do questionário sociodemográfico e dos escores dos instrumentos foram plotados em planilhas eletrônicas e analisados através do software estatístico IBM® SPSS® Statistics (versão 25). Realizou-se o tratamento estatístico descritivo para as variáveis categóricas (frequência, porcentagem, porcentagem válida e porcentagem acumulativa) e para as variáveis numéricas (mínimo, máximo, média e desvio-padrão).

Após isso, procedeu-se aos testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para a realização da correlação bivariável e da diferença entre grupos. Encontrou-se o índice de correlação de Pearson (r), para as correlações paramétricas, e o índice de correlação de Spearman (ρ), para as correlações não paramétricas. No caso da diferença entre os grupos, após os testes de normalidade, utilizaram-se o teste de Levene (diferenças paramétricas) e o

teste U de Mann-Whitney (diferenças não paramétricas). Considerou-se o valor $p > 0,05$ para o teste de hipóteses.

4.5.2 Análise qualitativa

A análise qualitativa permite estabelecer fatores de determinado fenômeno, a partir de uma perspectiva analítica da realidade da população estudada, auxiliando na investigação e aprimoramento da qualidade de interpretação do fenômeno, expandindo a compreensão sobre o objeto de estudo e melhor esclarecendo os dados quantitativos, assimilando as nuances da percepção dos entrevistados para expandir o entendimento da realidade vivida por eles e a relação dos mesmos sobre como percebem o fenômeno em foco (CÂMARA, 2013). Utilizou-se neste trabalho a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), para interpretação das respostas discursivas da entrevista estruturada.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas sistemáticas e objetivas de descrição do conteúdo das mensagens, compreendendo uma das técnicas das comunicações. Trata-se de um método empírico, que possui duas funções práticas: uma função heurística, pois enriquece a tentativa exploratória, aumentando a propensão para a descoberta; e uma função de administração da prova, trazendo hipóteses sob a forma de questões ou afirmações provisórias, servindo de diretrizes que apelam para o método de análise sistemática para serem verificadas no sentido de uma confirmação ou de uma infirmação (BARDIN, 2011). Para este estudo, seguiram-se as quatro fases propostas neste modelo de análise de conteúdo:

1) Organização da análise: compreende três polos cronológicos: a) pré-análise (escolha do material a ser submetido à análise, formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final); b) exploração do material (operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas); c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (os resultados brutos são tratados de forma a serem significativos e válidos).

2) Codificação: tratamento dos dados brutos do texto, conforme regras precisas, que permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão. Isto se dá através do recorte (escolha das unidades), da enumeração (escolha das regras de contagem) e da classificação e da agregação (escolha das categorias).

3) Categorização: classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupando características comuns destes elementos. Neste trabalho, utilizou-se o critério de categorização semântico (categorias temáticas), no qual todas as

respostas que expressaram o mesmo tema ficaram agrupadas na mesma categoria, oriundas do reagrupamento progressivo de categorias com generalidade mais fraca e obedecendo aos critérios de exclusão mútua; homogeneidade; pertinência; objetividade e fidelidade; produtividade (BARDIN, 2011).

4) Inferência: investigação das causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores; referências no texto), constituindo-se em um bom instrumento de indução de hipóteses.

Para auxílio na análise das perguntas discursivas, utilizou-se o software MAXQDA® (versão Plus 2020) para a compilação das transcrições das respostas, codificação dos trechos das respostas, criação das categorias e a frequência de respostas nestas. Além disso, o software também produziu a análise lexicométrica da terceira pergunta da entrevista estruturada, gerando uma tabela com a frequência de ocorrência dos sentimentos sobre a morte dos pacientes e uma representação gráfica da mesma, através de uma nuvem de palavras.

Com a finalidade de preservação dos dados dos participantes, optou-se por criar um código de identificação formado por: profissão, esfera administrativa do hospital, grupo religioso, gênero e idade. Tendo em vista que não foi possível citar a resposta de todos os candidatos neste trabalho, têm-se, abaixo, apenas as combinações que serão utilizadas nas apresentações dos resultados qualitativos:

Legenda:

Profissão = Enfermeiro/a (Enf); Fisioterapeuta (Fis); Médico/a (Med); Odontóloga (Odo); Técnico/a de enfermagem (Tec).

Esfera administrativa = Estadual (Est); Privado (Pri).

Grupo religioso = Católico (Cat); Evangélico (Eva); Espírita (Esp); Sem religião (Sem); Cristão sem afiliação religiosa (Cris).

Gênero = Feminino (F); Masculino (M).

Idade = em anos; não informada (N/I).

Exemplo: TecEstCatF24.

A nomeação das categorias derivou do critério de categorização semântico. Ao todo, consideraram-se 56 entrevistas (apenas um participante da pesquisa não completou essa etapa da coleta de dados).

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), através do Parecer nº 3.139.672, de 11 de fevereiro de 2019, sob o CAEE: 04318018.0.0000.5020 (ANEXO A). O mesmo foi conduzido de acordo com o que preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2013). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B).

5 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo se constituiu, majoritariamente, por participantes do gênero feminino (83,9%), com idades entre 20 e 60 anos ($M = 37,31$ anos; $DP = 9,72$). Pesquisas sobre a força de trabalho em saúde no Amazonas identificaram que 66% dos seus trabalhadores eram mulheres, com destaque para os 94% de mulheres na enfermagem (MACHADO et al., 2006). De acordo com os dados do último censo, aproximadamente, 63,3% dos profissionais da saúde no Brasil são mulheres (IBGE, 2012b). Tais achados vêm confirmar a ideia de que as profissões da saúde são reconhecidas socialmente como um trabalho feminino, porque as suas atividades profissionais tendem a ser parecidas com aquelas, historicamente, desempenhadas pelas mulheres: atividades relacionadas ao cuidado, carinho, zelo e aquelas relacionadas à utilização da coordenação motora fina (DURÃES; JONES; SILVA, 2010).

No que diz respeito ao local de nascimento dos participantes, a amostra se apresentou bastante diversificada, contemplando nove Estados brasileiros e um país estrangeiro, o Haiti. Entre os participantes que nasceram no Estado do Amazonas, 53,7% são naturais de Manaus. Ressalta-se que a cidade de Manaus, desde a segunda metade do século XX, tem atraído muitas pessoas do interior do Estado do Amazonas e de outros Estados (Pará, Maranhão e Ceará, por exemplo), pela possibilidade de oferta de empregos e melhores condições de vida, impulsionados pela criação da Zona Franca de Manaus (ANDRADE, 2012; SILVA; NOGUEIRA, 2018).

Outra consideração relevante é que, devido ao terremoto de 2010, na cidade de Porto-Príncipe (Haiti), Manaus recebeu mais de 8.000 haitianos, que vieram em busca de sua sobrevivência. Destes, mais de 1.000 ainda continuavam na capital amazonense, até maio de 2014 (SILVA, 2015). Tais considerações são relevantes, pois permitem compreender a amostra em sua diversidade, contemplando aspectos da própria formação social da população da cidade de Manaus e seu reflexo nas equipes de saúde: profissionais de origem na própria cidade, oriundos de outros municípios do Amazonas, de estados e regiões diferentes do país e estrangeiros.

A distribuição dos participantes por local de nascimento pode ser conferida na Tabela 1:

Tabela 1 – Local de nascimento dos participantes da pesquisa

Posição	Local de Nascimento	N	%	Posição	Local de Nascimento	N	%
1 ^a	Amazonas	37	68,5	4 ^a	Piauí	1	1,9
2 ^a	Pará	7	13	4 ^a	Rio de Janeiro	1	1,9
3 ^a	Maranhão	3	5,6	4 ^a	Roraima	1	1,9
4 ^a	Acre	1	1,9	4 ^a	São Paulo	1	1,9
4 ^a	Ceará	1	1,9	4 ^a	Porto-Príncipe (Haiti)	1	1,9

Fonte: O autor (2020).

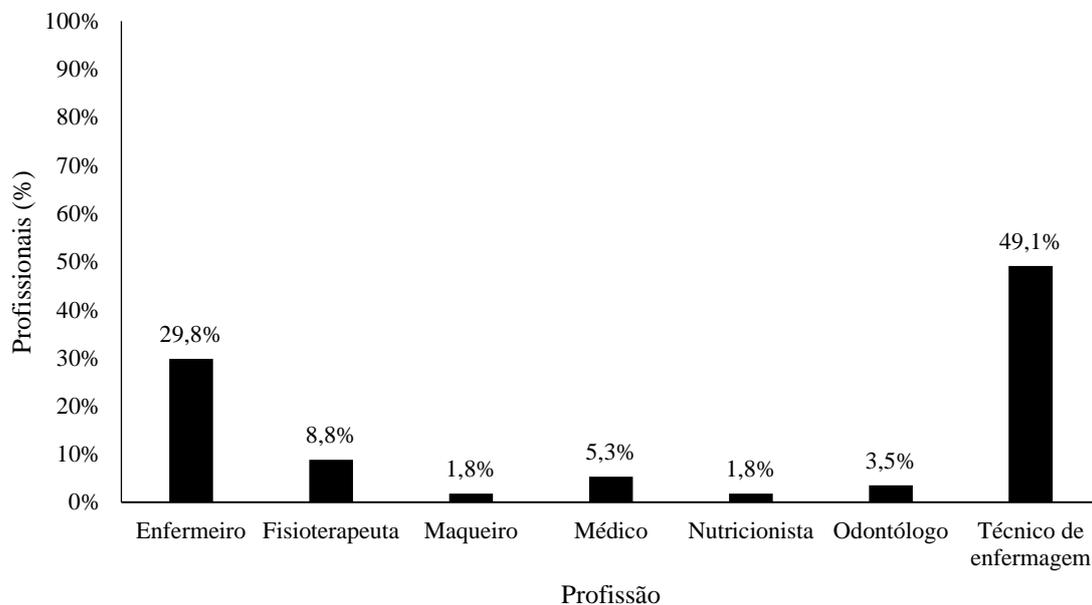
Em relação à constituição familiar, os participantes declararam os estados civis: casados/união estável (52,6%), solteiros (28,1%), divorciados/separados (17,6%) e viúvo (1,8%). Do total da amostra, 63,2% possuíam filhos. Considerando que a maior parte da amostra foi constituída por mulheres, possuir ou não possuir filhos consiste em uma informação a qual pode incidir sobre qualidade de vida, sobretudo quando problematizado o papel social e cultural feminino na família e no trabalho.

Estudos confirmaram a existência do predomínio dos estereótipos relativos ao gênero tanto no contexto profissional quanto no familiar, nos quais os modelos culturais que identificam as mulheres em seu papel na família e no lar acabam por gerar desigualdades na participação de homens e mulheres na vida familiar e tendem a sobrecarregar estas últimas, principalmente na acumulação dos papéis profissionais e familiares (ANDRADE, 2015). A prevalência de participantes mulheres neste estudo levanta questões de interesse à compreensão da qualidade de vida de profissionais da saúde. Como dito anteriormente, profissões relativas ao cuidado em nossa sociedade, tendem a ser associadas à figura feminina. Ser profissional da saúde reunindo a maternidade, somando-se os papéis domésticos e familiares, estes últimos também comumente desempenhados pelas mulheres, expõe uma configuração entre as facetas “*self-sociedade-lugar*” que certamente se diferencia de como tal configuração se daria, em se tratando de profissões de presença predominantemente masculina. Contudo, mesmo em face das dificuldades encontradas pelas mulheres com papéis múltiplos, o trabalho remunerado é apontado como benéfico e importante para a maioria delas e para os seus familiares (MAZO D’AFFONSECA; CIA; BARHAM, 2017).

Concernente ao nível de escolarização da amostra, o mesmo se apresentou elevado, com predomínio de profissionais com formação completa em nível superior (63,2%), seguido

pelos que possuem formação em nível médio (35,1%) e percentual reduzido com formação em nível fundamental (1,8%). Dos que cursaram o Ensino Superior, 35,1% concluíram cursos de Pós-Graduação *Lato sensu* e 5,3% concluíram cursos de Pós-Graduação *Stricto sensu* (Mestrado). Devido ao número de técnicos de enfermagem se constituir preponderante sobre as outras profissões, a expectativa era ter encontrado escolaridade majoritária em nível de Ensino Médio (com curso Técnico de Enfermagem). Entretanto, alguns técnicos de enfermagem possuem o Ensino Superior (em Enfermagem ou outras áreas), porém continuaram atuando em suas funções de origem. A distribuição dos participantes da pesquisa por profissões pode ser conferida na Figura 3:

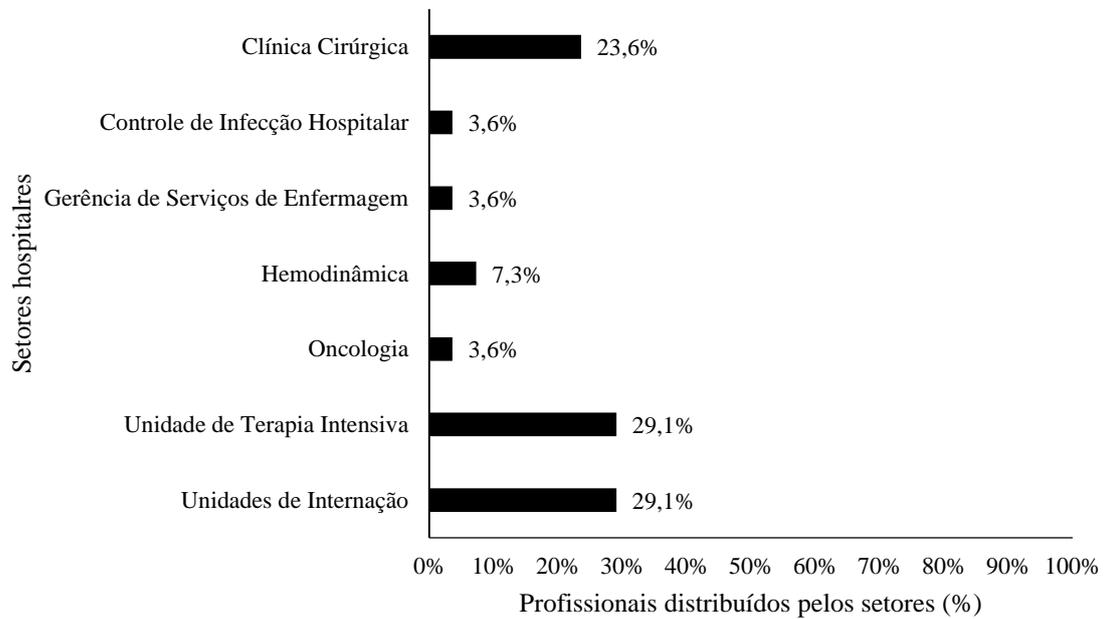
Figura 3 - Gráfico de distribuição da amostra, segundo a profissão dos participantes



Fonte: O autor (2020).

As ocupações “maqueiro”³ e “técnico de enfermagem” são muito importantes na equipe hospitalar, porque estes atores lidam, constantemente, com a morte em seu fazer diário. Um dos destaques deste estudo é ter como participantes profissionais da saúde e áreas afins em todos os níveis de escolaridade. Grande parte destes profissionais trabalhava no hospital e pronto-socorro administrado pela SUSAM (52,6%), com uma média de 6,72 anos de serviço (DP = 8,35), dentre os mais diversos setores hospitalares, como se pode observar na Figura 4:

³ De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), a ocupação “maqueiro de hospital” ou “maqueiro hospitalar” encontra-se na categoria dos “Trabalhadores em serviço de promoção e apoio à saúde”, sendo a categoria “Técnicos e auxiliares de enfermagem” uma de suas famílias afins. Tais informações podem ser conferidas no site: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>>.

Figura 4 - Gráfico de distribuição dos profissionais pelos setores hospitalares

Fonte: O autor (2020).

5.1 O panorama religioso

O Brasil é um país amplamente religioso. Dados do último censo apontaram que 91,8% da população brasileira declarou possuir alguma religião (IBGE, 2012a). Neste mesmo levantamento, verificou-se que, aproximadamente, 94% da população residente no Amazonas possuía alguma religião. Pelos dados censitários, já era esperado que grande parte da amostra também declarasse pertencer a algum grupo religioso, o que pode ser constatado na Tabela 2, onde é observado, também, relação de semelhança entre os dados da amostra e a distribuição das populações amazonense e brasileira:

Tabela 2 - Tabela de comparação entre a porcentagem das religiosidades encontradas na amostra, na população do Amazonas e na população do Brasil no ano de 2010

Grupos de religião	Amostra (N = 57)	Amazonas (2010)	Brasil (2010)
Católica	45,6%	58,3%	64,4%
Evangélicas	40,4%	31,2%	22,2%
Espíritas	1,8%	0,4%	2,0%
Umbanda e Candomblé	-----	0,0%	0,3%
Outras religiosidades	-----	2,9%	2,7%
Sem religião	8,8%	6,0%	8,0%
Cristãos (sem afiliação religiosa)	3,5%	-----	-----

Fonte: O autor (2020).

Nota: Os dados estatísticos, referentes às populações do Amazonas e do Brasil, foram retirados do último censo demográfico (IBGE, 2012a).

Dentre as semelhanças, observou-se que a religião católica ocupou o primeiro lugar das religiões seguidas pela população nacionalmente e no estado do Amazonas. Esta é seguida pelas religiões evangélicas (2º) e pelo grupo sem religião (3º). A amostra deste estudo reproduziu a mesma ordem, apresentando variação a partir da quarta maior frequência encontrada, onde a classificação “Cristãos sem afiliação religiosa” preponderou sobre “outras religiosidades” apontadas para a população geral no quadro nacional e estadual.

Outras particularidades foram encontradas referentes a esta variável de caracterização da amostra. Uma delas se relaciona ao número maior de evangélicos (40,4%), em comparação com os dados da população brasileira no último censo (22,2%). Entretanto, ao se observar os índices do Amazonas, nota-se que o grupo de evangélicos (31,2%) já se encontrava bem acima da média brasileira:

De 2000 a 2010, os evangélicos cresceram cinco vezes a mais do que a população brasileira: 61,4% contra 12,3%. Com isso, ampliaram seu rebanho em 16 milhões de adeptos, saltando de 26,2 para 42,3 milhões, compostos por 7,7 milhões de evangélicos de missão (4% da população), 25,4 milhões de pentecostais (13,3%) e 9,2 milhões de evangélicos não determinados (4,8%) (MARIANO, 2013).

O crescente número de evangélicos no Brasil pode ser explicado pela vastidão de pontos de reunião e de culto, particularmente nas periferias das cidades, onde o número de adesões a essas igrejas é aparentemente maior do que em outras vizinhanças urbanas (LOPES JUNIOR, 2020). A pulverização de denominações e religiosidades evangélicas está incluída em um todo de transformações causadas pela modernidade tardia (radicalizada), na qual o processo

de individualização é um fator de explicação da proliferação de experiências religiosas no Brasil e no mundo (SANTOS, 2018). As experiências evangélicas brasileiras são um exemplo disso, aumentando dia após dia, independentemente da confissão teológica ou não teológica (não tradicional) adotada.

Outra particularidade repousa no fato do desmembramento de alguns grupos religiosos que, geralmente, no senso comum, são atribuídos a um único segmento evangélico: Adventistas, Santos dos Últimos Dias (“Mórmons”) e Testemunhas de Jeová. Isto se deve ao fato de que esses grupos são limítrofes teologicamente, porém próximos sociologicamente do que se denominariam “seitas cristãs”, ao passo que alguns pesquisadores preferem tratá-los como “neocristãos” ou “cristianismo de fronteira” (DALGALARRONDO, 2008). A nomenclatura nos dados censitários brasileiros para esses grupos religiosos são: “Evangélicos de Missão” (Adventistas) e “Outras religiosidades cristãs” (Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias e Testemunhas de Jeová) (IBGE, 2012a). Na amostra, encontrou-se 5,3% de participantes adventistas, cuja frequência foi somada ao grupo de evangélicos.

Uma terceira peculiaridade diz respeito ao leve aumento na quantidade de pessoas sem religião (8,8%), em comparação com a população brasileira (8,0%), porém com quantidade superior ao da população amazonense (6,0%). Em relação ao grupo dos “sem religião” no Brasil, constatou-se um avanço e uma maior visibilidade: 0,5% em 1960; 0,8% em 1970; 1,6% em 1980; 4,8% em 1991; 7,4% em 2000; 8,0% em 2010, atingindo um total de 15,3 milhões de pessoas (CAMURÇA, 2017). Todavia, esta categoria censitária possui alguns entraves conceituais que devem ser considerados, pois nela também estão incluídos os ateus (615.096 pessoas) e os agnósticos (124.436 pessoas), que somados constituem menos da metade do total das pessoas que se declararam “sem religião” (IBGE, 2012a). Ratifica-se que na categoria “sem religião” (8,8%), empregada neste estudo, não estão incluídos os ateus e agnósticos.

Excluindo-se da contagem total desses dois grupos minoritários (ateus e agnósticos), entende-se que a emergência, evolução e consolidação da categoria dos “sem religião” reflete um indicativo das oscilações no contexto religioso ou de um movimento de descentralização, que emerge como um sinal da crise do pertencimento religioso de um tipo de pessoa que assimilou a liberdade religiosa, declarando-se como sem religião (RODRIGUES, 2012). Desta forma, os indivíduos “sem religião” podem ser considerados como “religiosos sem instituição”, expressando o processo de “desfiliação religiosa” relacionado a uma (pós) modernidade religiosa no Brasil (CAMURÇA, 2006, p. 44-5).

Essa tendência já havia sido descrita pela socióloga britânica Grace Davie, a qual nomeou como “crer sem pertencer” (“*believing without belonging*”):

Crer, parece, persiste, enquanto o pertencer continua a declinar – ou, para ser mais precisa, crer está declinando (tem declinado) mais lentamente que pertencer – resultando em um desequilíbrio acentuado entre essas duas variáveis; este desequilíbrio permeia grande parte da nossa vida religiosa (DAVIE, 1990, p. 455).

Posteriormente, ainda analisando a sociedade britânica, Davie (2006) ampliou o conceito “crer sem pertencer” para “religião vicária”. Neste conceito, a religião é praticada por uma minoria ativa, porém em representação de uma maioria, ou seja, a religião vicária expressa a vontade das pessoas (que não praticam a religião tradicional, institucional, diariamente), delegando a esfera religiosa aos ministros profissionais das igrejas, dentre outros, para que estes desempenhem vicariamente as funções religiosas em nome da população como um todo (DAVIE, 2006; MONIZ, 2017).

Apesar de constar a opção “sem religião” no questionário sociodemográfico (APÊNDICE A), 3,5% dos participantes fizeram questão de declarar que eram cristãos, porém não seguiam uma denominação cristã específica, com seus dogmas e rituais. Se esses dois grupos forem considerados como apenas um, obtêm-se o valor de 12,3% de pessoas sem alguma religião específica, valor bem acima do encontrado na população brasileira no último censo.

Outra interpretação possível é a de que este grupo se enquadre nas categorias “católicos nominais” e “evangélicos nominais”: indivíduos que, mesmo se identificando com determinado grupo religioso (católicos ou evangélicos), não professam a fé, não participando dos rituais, sacramentos, programações etc. ou que estejam ligados à confissão religiosa por certa tradição familiar (CAMARGO, 1973; CARREIRO, 2011; SANTOS, 2018). É ainda possível considerar que, em se tratando de uma amostra com recorte específico – profissionais da saúde, com tempo de atuação média superior a 6 anos de exercício profissional – esta condição ou mesmo a formação que qualifica o profissional para a área possa relacionar-se com a variável grupo religioso ao qual se vincula/identifica. Contudo, para afirmação de qualquer uma das possibilidades explicativas mencionadas, estudos que contemplassem outras questões ou instrumentos teriam que ser realizados.

Em resumo, no tocante à religiosidade, a amostra foi definida por se declarar, predominantemente, religiosa, o que corrobora a relevância das vivências dos participantes para este estudo.

6 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E CRENÇAS PESSOAIS: INTERFACE COM A QUALIDADE DE VIDA

Considerando a grande adesão religiosa presente na amostra (91,2%), faz-se necessário entender como os participantes da pesquisa alimentam a sua religiosidade. A Religiosidade Organizacional (RO) esteve restrita a uma baixa frequência aos locais de culto religioso (igreja, templo ou outro encontro religioso), reduzindo-se a assistência religiosa a “algumas vezes por ano” (35,1%). Em contrapartida, a Religiosidade Não Organizacional (RNO), atividades religiosas individuais (preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos), estão presentes “diariamente” em 36,4% dos participantes, em oposição aos 20,0% que declararam “raramente ou nunca”.

Uma hipótese a ser levantada é a de que, devido à sobrecarga de trabalho nos hospitais e ao regime de escalas dos funcionários, as práticas religiosas individuais se tornam mais viáveis que aquelas realizadas em grupo, em locais e horários predeterminados. A baixa frequência também pode estar relacionada ao conceito de religião vicária, manifestando-se por outros em ocasiões raras, mas especiais, como casamentos, funerais e grandes momentos de comoção coletiva (MONIZ, 2017). Outra possibilidade, de acordo com a discussão apresentada sobre os dados censitários e o contexto social pós-moderno, é de que a religiosidade, que acaba sendo interpretada como um estágio anterior à religião institucional, ou simplesmente um “agir religioso”, parece ter sido priorizada entre alguns indivíduos, evidenciando uma crise contemporânea do pertencimento institucional (RODRIGUES, 2012).

Para além das Religiosidades Organizacional e Não Organizacional, ainda existe uma terceira dimensão do fenômeno religioso: a Religiosidade Intrínseca. A média de religiosidade intrínseca encontrada nesta amostra foi alta ($M = 46,61$; $DP = 5,96$), tendo em vista que a pontuação máxima do Inventário de Religiosidade Intrínseca (IRI) é igual a 50 pontos. O teste de Mann-Whitney mostrou que ter ou não religião não tem efeito na religiosidade intrínseca ($U = 93$; $p > 0,05$).

Devido ao fato de a população deste estudo ser quase toda feminina, torna-se inviável correlacionar o gênero a qualquer outra variável. Contudo, em uma pesquisa que investigou a relação entre religiosidade e estilo de vida, a religiosidade esteve associada ao gênero feminino (CRES et al., 2015). Em direção oposta, outras produções não encontraram correlações positivas entre religiosidade e sexo (ou gênero), desafiando a ideia de que as mulheres são mais religiosas ou espirituais que os homens (NORONHA; ROSA; BERNARDES, 2017; SIMPSON et al., 2008).

A dimensão da “espiritualidade/religiosidade” também está relacionada ao construto “qualidade de vida”, de acordo com os modelos apresentados, anteriormente (ALBORZ, 2017; FELCE; PERRY, 1995). O instrumento utilizado para medir a relação entre a espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e a qualidade de vida foi o WHOQOL-SRPB, no qual os participantes da pesquisa alcançaram uma média de 16,52 pontos (DP = 2,04). O teste-t independente mostrou que não há diferença média entre as pessoas com e sem religião, no que diz respeito à qualidade de vida no domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais ($t(54) = -1,24; p > 0,05$). Ressalta-se que, neste trabalho, não foi verificado o índice geral de qualidade de vida, apenas o índice encontrado no módulo “espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais”. O desempenho em cada faceta do módulo pode ser visualizado na Tabela 3:

Tabela 3 - Estatística descritiva das facetas e do resultado final no WHOQOL-SRPB

Faceta	Mínimo	Máximo	Média	DP
Conexão com o ser ou força espiritual	1,75	5,00	4,04	0,80
Sentido na vida	3,00	5,00	4,33	0,57
Admiração	2,75	5,00	4,10	0,57
Totalidade e integração	2,25	5,00	4,04	0,64
Força espiritual	2,25	5,00	4,26	0,69
Paz interior	2,75	5,00	3,95	0,65
Esperança e otimismo	2,25	5,00	4,08	0,64
Fé	2,00	5,00	4,25	0,72

Fonte: O autor (2020).

As oito facetas adicionadas ao WHOQOL-100 representam:

- Conexão com o ser ou força espiritual: o quanto a conexão com Deus auxilia na resolução de problemas ou no confronto de momentos difíceis.
- Sentido na vida: nível com o qual o indivíduo enxerga um sentido em sua vida.
- Admiração: capacidade de admirar e apreciar as coisas que estão ao redor do indivíduo, de forma a inspirar-lhe a viver.
- Totalidade e integração: sentimento de equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma, de forma a criar harmonia entre as ações, pensamentos e sentimentos do indivíduo.
- Força espiritual: nível com o qual a presença da força espiritual interna ajuda em épocas difíceis e/ou na melhoria da vida do indivíduo.
- Paz interior: nível de paz e harmonia com o qual o indivíduo consegue viver.
- Esperança e otimismo: sentimento de esperança e otimismo que o indivíduo possui com relação à melhoria da sua vida.

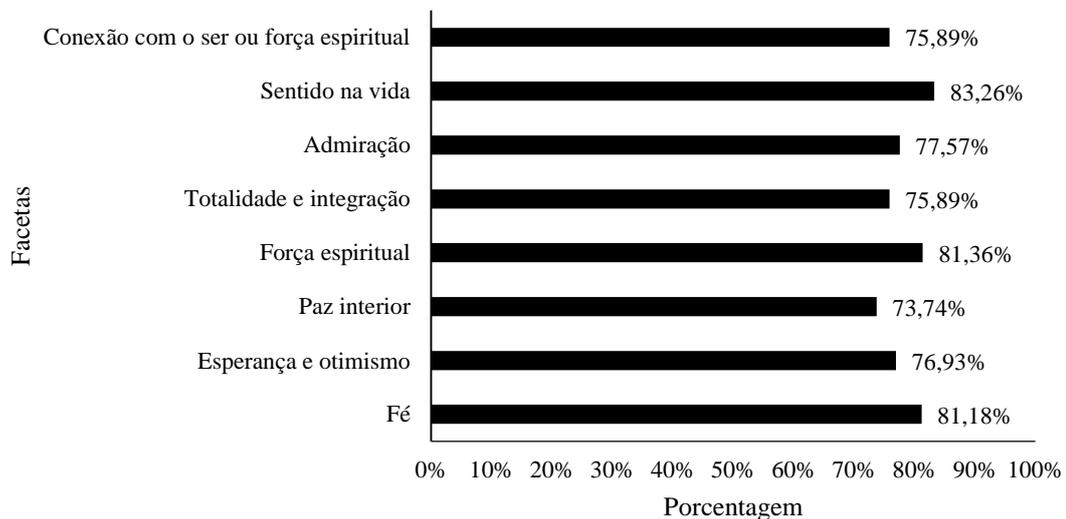
- Fé: o quanto a fé conforta e fortalece o dia a dia do indivíduo, melhorando o seu bem-estar e a forma com a qual este aproveita a vida. (PEDROSO; GUTIERREZ; PICININ, 2012, p. 2-3).

Observou-se que a faceta com a menor média encontrada foi “paz interior” ($M = 3,95$; $DP = 0,65$). A menor pontuação obtida foi encontrada na faceta “conexão com o ser ou força espiritual” (1,75), correspondendo ao maior desvio-padrão (0,80) e à maior amplitude (3,25). Esta se comportou um pouco mais desviante da média, em comparação com as demais.

Em uma pesquisa com estudantes de medicina neozelandeses, o baixo desempenho nas facetas “sentido na vida” e “esperança e otimismo” demonstraram fortes indicadores de sofrimento psicológico (KRÄGELOH et al., 2015). Outro estudo, realizado com profissionais da saúde do setor de oncologia, demonstrou correlações moderadas entre as facetas “totalidade e integração” ($r = 0,505$), “paz interior” ($r = 0,517$), “esperança e otimismo” ($r = 0,512$) e o domínio psicológico do WHOQOL-Bref (CAMARGOS et al., 2015).

Para um melhor entendimento sobre o desempenho dos participantes no presente estudo, os índices obtidos em cada faceta foram convertidos em uma escala de 0 a 100, tal como apresentado na Figura 5:

Figura 5 - Desempenho geral alcançado em cada faceta do WHOQOL-SRPB em uma escala de 0 a 100



Fonte: O autor (2020).

Dois categorias estatisticamente similares são “conexão com o ser ou força espiritual” e “totalidade e integração” (75,89%). Ocupando o lugar de categorias com o segundo maior *déficit*, demonstraram que não é tão evidente a ideia de que Deus ou outras entidades ajudam,

efetivamente, na resolução de problemas ou conflitos, e que o equilíbrio entre as dimensões psíquica, física e espiritual não está completamente satisfatório. Em contrapartida, a faceta “sentido na vida” (83,26%) foi a que obteve maiores pontuações, denotando que os participantes encontravam um propósito para a sua existência. Contudo, em que medida tal sentido na vida estaria relacionado com a religiosidade dos indivíduos pesquisados?

Existem correlações entre a religiosidade intrínseca e as facetas: “fé” ($\rho = 0,59$; $p < 0,01$); “força espiritual” ($\rho = 0,53$; $p < 0,01$); “conexão com o ser ou força espiritual” ($\rho = 0,48$; $p < 0,01$); “sentido na vida” ($\rho = 0,44$; $p < 0,01$); “esperança e otimismo” ($\rho = 0,33$; $p < 0,05$); “totalidade e integração” ($\rho = 0,311$; $p < 0,05$). Não houve diferença estatística significativa entre a religiosidade intrínseca e os níveis de escolaridade ($Z = -1,55$; $p > 0,05$) nem entre as religiões ($Z = -0,956$; $p > 0,05$). Da mesma forma, não houve diferença estatística significativa entre o domínio espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais e os níveis de escolaridade ($t(54) = -1,81$; $p < 0,05$) nem entre as religiões ($t(46) = -0,87$; $p < 0,05$).

Ainda que, em termos gerais, os profissionais da saúde reconheçam a importância da dimensão espiritual/religiosa no cuidado integral ao paciente, torna-se importante, também, ressaltar a importância desta dimensão na vida pessoal e profissional dos trabalhadores da saúde, como uma forma de autocuidado (DOMINGUES et al., 2018; ESPERANDIO, 2015). Nesse sentido, um estudo demonstrou que os profissionais da saúde que obtiveram maiores índices de espiritualidade se sentiram mais à vontade para abordar temas como fé e espiritualidade com seus pacientes, valorizando o cuidado integral ao paciente assistido (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2017). Além disso, a busca pela espiritualidade pode ser um componente harmonizador das relações no trabalho em saúde, provendo bem-estar e qualidade de vida ao profissional (ARRIEIRA et al., 2011).

7 A RELIGIOSIDADE E O FAZER DA EQUIPE DE SAÚDE HOSPITALAR FRENTE À MORTE

Os dados obtidos no IRI e no WHOQOL-SRPB sugerem que a amostra tem na espiritualidade/religiosidade um fator central de suas vidas. Porém, esta centralidade não implica em neutralizar o impacto de situações adversas na qualidade de vida desses profissionais. Uma dessas situações adversas passíveis de impactar a qualidade de vida dos mesmos é a morte de pacientes, evento sempre presente na rotina hospitalar e já presenciado por 98,2% dos participantes da pesquisa. Os dados mostraram que 81,5% deles acreditavam que a religiosidade ajudava a lidar com essa situação. No entanto, quando se reflete sobre a morte de pacientes, surgem pensamentos e sentimentos hesitantes, que impactam na prática profissional, como os apresentados na Tabela 4, a partir de dados da análise lexicométrica das palavras evocadas pelos participantes sobre os próprios sentimentos, diante da morte de pacientes:

Tabela 4 - Análise lexicométrica dos sentimentos sobre a morte de pacientes até a 5ª posição no ranking

Palavra	Comprimento da palavra	Frequência	%	Ranking
Tristeza	8	44	27,50	1
Dor	3	13	8,13	2
Alívio	6	7	4,38	3
Impotência	10	6	3,75	4
Angústia	8	4	2,50	5
Compaixão	9	4	2,50	5
Conforto	8	4	2,50	5
Perda	5	4	2,50	5
Questionamento	14	4	2,50	5
Sufrimento	10	4	2,50	5

Fonte: O autor (2020).

Em linhas gerais, quando da morte de algum paciente, o sentimento de tristeza toma conta das emoções dos profissionais da saúde:

“É muito triste por você estar ali com o cuidar daquela pessoa e você chegar e não encontrá-lo é muito triste, você espera sempre o melhor para alguém” (TecPriCatF36).

Graficamente, a análise lexicométrica pode ser representada pela nuvem de palavras na Figura 6, na qual aparecem todos os sentimentos e pensamentos sobre a morte de pacientes que obtiveram a frequência maior ou igual a dois ($f \geq 2$):

Figura 6 - Nuvem de palavras dos sentimentos e pensamentos sobre a morte de pacientes



Fonte: O autor (2020).

De acordo com a revisão de literatura acerca dos sentidos da morte na sociedade pós-moderna, não seria surpresa que a esse respeito fossem evocadas palavras com conotação negativa, o que se confirmou neste estudo. No entanto, sentimentos com conotação positiva, atrelados à atividade cotidiana dos profissionais, também foram evocados: compaixão, cuidado, aceitação, empatia, conforto e tranquilidade.

Ao falar sobre a morte do outro, automaticamente, o indivíduo reflete sobre a sua própria morte. Segundo Freitas (2016), tanto a religiosidade como a morte são realidades complexas e bastante mobilizadoras em termos existenciais:

Quando se trata do risco da própria morte ou da morte de entes muito queridos, o ser humano tende a ser dominado pelo medo, susto ou pesar. Às vezes, inclusive, tais sentimentos vêm acompanhados pela culpa ou pela recriminação contra si mesmo ou contra alguém, a quem se julga responsável pela vida daquela pessoa, por não tê-la salvo (p. 60-1).

Quando se trata dos trabalhadores da saúde, tal culpa e preocupação ganham contornos reais, pois eles são, de fato, os responsáveis pela assistência ao paciente e o seu manejo profissional pode afetar a vida do mesmo, diretamente. Esse estado constante de vigilância pode lhes causar certa angústia e ansiedade, como constatado nas falas a seguir:

“Fico muito triste, ao pensar que aquela pessoa se foi. É um sentimento sem fim. Fico pensando se fiquei por alguns minutos, sem dar atenção por alguns momentos” (TecPriEvaF38).

“Ansiedade, dor, repensar em tudo que poderia ter feito para ter ajudado” (TecPriCatF26).

“Tristeza pelos parentes. O que poderia ter feito de diferente? Espero que não tenha sofrido” (FisEstSemM26).

“Tristeza, principalmente em relação ao familiar. Alívio, ao saber que o sofrimento de alguma forma acabou. Sentimento de insatisfação” (TecEstSemF20).

Esses questionamentos, evidenciados pela amostra pesquisada, estavam atrelados a vivências negativas em se tratando do impacto na qualidade de vida e satisfação consigo e com seu desempenho profissional. No entanto, tais questionamentos não necessariamente levarão a resultados negativos. O olhar sobre o ocorrido, a revisão das condições presentes e dos próprios recursos e limitações podem auxiliar a posicionamentos mais embasados, à medida que o profissional reflete sobre a sua prática e tenta evitar futuros erros técnicos. Esses sentimentos de autorreflexão podem estar relacionados às palavras “compaixão” e “empatia”, as quais constam na nuvem de palavras. Para a superação de situações adversas com vistas a transformá-las em oportunidades de crescimento, a ressignificação dos eventos, tendo como ponto de partida poder abordar a situação, é um deles (CYRULNIK, 2004). Contudo, falar sobre a morte e seu impacto, mesmo em um ambiente onde esta é uma realidade presente, não é comum.

Ainda existem poucas pesquisas que abordam a morte na perspectiva dos profissionais da saúde, e os poucos estudos que investigam essa temática evidenciaram que os profissionais da saúde não costumam relatar aos seus colegas as suas experiências de morte no trabalho: há uma tendência em se silenciar sobre os encontros com a morte (RAMVI; GRIPSRUD, 2017). Não falar sobre a morte é uma forma de negá-la e absorver ainda mais ansiedade e medo do que, naturalmente, a questão suscitaria, o que é prejudicial para o cotidiano do trabalho em saúde, tendo em vista a morte como um evento constante:

“A morte é algo natural, porém não estou preparada para lidar com perdas de alguém querido” (TecPriCatF29).

“Seria o fim de tudo, por isso sinto muita ansiedade e sofro sobre a morte” (EnfEstCatF40).

O medo da morte entre profissionais da saúde tem se mostrado presente, independentemente, do contexto sociocultural. Em um estudo transversal, conduzido com enfermeiros e trabalhadores da saúde japoneses, o medo da morte esteve associado com menos atitudes positivas sobre o cuidado com os pacientes moribundos (MATSUI; BRAUN, 2010). Outro estudo transversal semelhante, com enfermeiros iranianos, também concluiu que o altos índices de medo da morte estão relacionados a atitudes negativas sobre a prestação de cuidados aos pacientes moribundos (IRANMANESH; DARGAHI; ABBASZADEH, 2008).

Espinoza Venegas, Sanhueza Alvarado e Barriga (2011) esclareceram que o medo da morte não pode ser observado diretamente, sendo possível apenas inferir sobre ele com base na conduta de um sujeito e em seu autorrelato. Visto isso, na presente pesquisa, empregou-se a subescala “Medo do Processo de Morrer de Outros”, oriunda da Escala de Medo da Morte de Collett-Lester (EMMCL), a fim de verificar algum receio por parte dos profissionais em relação à morte de um paciente. O desempenho médio da amostra estudada foi 3,26 pontos (DP = 1,16), indicando um medo moderado do processo de morrer de outras pessoas. Não houve diferença estatística significativa entre o medo da morte de outras pessoas e os níveis de escolaridade ($t(55) = 0,69$; $p > 0,05$) nem entre as religiões ($t(38,36) = 2,210$; $p > 0,05$). O teste-t independente mostrou que não há diferença média entre as pessoas com e sem religião, no que diz respeito ao medo de morrer ($t(55) = -0,40$; $p > 0,05$), evidenciando que possuir uma religião, necessariamente, não diminui o medo de morrer do indivíduo.

As estratégias de enfrentamento da morte entre os profissionais da saúde também foram passíveis de verificação. Qualitativamente, através da análise lexicométrica, evocaram-se palavras positivas, em relação à situação da morte de um paciente e na assistência ao paciente falecido e à sua família: alívio (n = 7); compaixão (n = 4); conforto (n = 4); empatia (n = 3); aceitação (n = 2); alegria (n = 2); cuidado (n = 2); descanso (n = 2); paz (n = 2); tranquilidade (n = 2). Existe, ainda, uma preocupação em ajudar a família enlutada no processo documental *post mortem*:

“Dar a notícia à família. Entregar sua alma ao Senhor. Facilitar a documentação do paciente” (TecEstEvaF53).

Avaliando-se os profissionais da saúde, através da aplicação da Escala de *Coping* Frente à Morte, obteve-se uma média de 93,36 pontos (DP = 24,55), indicando uma neutra capacidade de enfrentamento da morte. Analisando-se os domínios da escala, os participantes pontuaram menos na dimensão “*Coping* com a morte dos outros” (M = 41,79; DP = 11,04), em comparação com a dimensão “*Coping* com a própria morte” (M = 51,57; DP = 15,47). Um estudo semelhante, utilizando-se outro instrumento, verificou que graduandos da área da saúde também mantinham atitudes neutras de enfrentamento da morte (SOUZA et al., 2017).

O *coping* com a morte ($r = 0,35$; $p < 0,01$) e a dimensão “*Coping* com a morte dos outros” ($r = 0,440$; $p < 0,01$) mantiveram correlação com o WHOQOL-SRPB. “*Coping* com a morte dos outros” manteve correlações com as seguintes facetas do WHOQOL-SRPB: “conexão com o ser ou força espiritual” ($\rho = 0,38$; $p < 0,01$); “sentido na vida” ($\rho = 0,45$; $p < 0,01$); “força espiritual” ($\rho = 0,31$; $p < 0,05$); “admiração” ($\rho = 0,28$; $p < 0,05$); “fé” ($\rho = 0,28$; $p < 0,05$). O índice geral de *coping* com a morte apresentou correlação com as seguintes facetas do WHOQOL-SRPB: “sentido na vida” ($\rho = 0,34$; $p < 0,05$); “esperança” ($\rho = 0,27$; $p < 0,05$); “admiração” ($\rho = 0,29$; $p < 0,05$).

Houve diferença estatística significativa entre o *coping* com a morte e o nível de escolaridade ($t(54) = -2,17$; $p > 0,05$), na qual o Ensino Superior apresentou os maiores escores (M = 84,47; DP = 25,32). A dimensão “*coping* com a morte dos outros” também apresentou diferença estatística ($t(54) = -2,23$; $p > 0,05$), em relação ao Ensino Superior (M = 44,24; DP = 10,47). Através da interpretação dos resultados, problematiza-se que possuir maior nível de escolaridade pode atuar como um fator protetivo aos profissionais da equipe hospitalar, fornecendo-lhes melhores formas de enfrentamento em relação à morte de pacientes e à morte, como um todo. Considerando-se o grupo religioso (católicos e evangélicos), houve diferença estatística no *coping* com a morte ($Z = -2,46$; $p > 0,05$) e entre as dimensões “*coping* com a própria morte” ($Z = -2,40$; $p > 0,05$) e “*coping* com a morte dos outros” ($Z = -2,22$; $p > 0,05$), nas quais os evangélicos possuíam os maiores escores.

O teste-t independente mostrou que não há diferença média entre as pessoas com e sem religião, no que diz respeito ao “*coping* com a própria morte” ($t(54) = 0,80$; $p > 0,05$), “*coping* com a morte dos outros” ($t(54) = 0,25$; $p > 0,05$) e *coping* com a morte ($t(54) = 0,62$; $p > 0,05$). Sobre os setores de trabalho, a ANOVA de uma via mostrou que existe efeito dos grupos sobre o “*coping* com a morte dos outros” [$Z(2,41) = 3,569$; $p < 0,05$]. O post-hoc de Bonferroni mostrou que a média do “*coping* com a morte dos outros” da clínica cirúrgica é diferente da unidade de internação, mas não da UTI nem entre unidade de internação e UTI. A

diferença existente entre clínica cirúrgica e unidade de internação demonstrou que a unidade de internação apresenta maior “ *coping* com a morte dos outros”.

Educar para a morte é uma das possibilidades de romper com o tabu que a temática possui nos dias de hoje. Por exemplo, a educação para a morte, no âmbito hospitalar, envolve atividades de educação permanente em saúde, como a criação de grupos multidisciplinares para a discussão de temas de bioética, criação de projetos educativos que facilitem o entendimento sobre a morte entre crianças, adolescentes, adultos e idosos, famílias e profissionais da saúde, e a possibilidade de amplos debates sobre perdas e mortes em hospitais (KOVÁCS, 2005). Destaca-se uma experiência exitosa sobre a criação de grupos de educação para a morte, na qual acadêmicas de Nutrição do interior paulista puderam refletir sobre a morte e o morrer no hospital, por meio de aprendizagem significativa, integrada aos aspectos cognitivos e afetivos, considerando-se, também, a experiência prática clínica das alunas (OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2017).

Outra sugestão relaciona-se à abordagem de disciplinas que contemplem a espiritualidade/religiosidade humana, apesar de toda a inquietação que a temática tem gerado ao longo dos anos. A exemplo da Psicologia, em sua busca histórica pelo rigor científico, muitas instituições, coordenações e docentes em Psicologia resistem a incluir o estudo da religiosidade e/ou da espiritualidade na grade curricular ou nos debates em sala de aula para não associar a ideia do que considerariam uma “Psicologia religiosa”, cerceada por ditames doutrinários (MACHADO; PIASSON; MICHEL, 2019). “A ausência do assunto morte e religiosidade ao longo da formação curricular do profissional da saúde não pode, em hipótese alguma, ser justificada por qualquer tipo de argumento pautado na dicotomia entre racionalidade científica e crença religiosa” (FREITAS, 2016, p. 73).

8 “THE END”: O CALEIDOSCÓPIO DE INTERPRETAÇÕES SOBRE A MORTE

“*The End*”. Esta foi uma das respostas obtidas junto à amostra, quando indagados sobre o que seria a morte. Pesquisas apontaram que o ser humano menos religioso pode interpretar a morte como um empecilho às suas realizações pessoais, projetos de vida, fracasso, fim das esperanças, ao passo que os indivíduos mais religiosos tendem a conceber a morte como uma experiência humana natural (DINIZ; AQUINO, 2009). Seriam as concepções sobre a morte relacionando esta à finitude ou, ainda desvinculadas de um suporte da religiosidade e espiritualidade, um fator associado à ansiedade, dificuldade de lidar com a mesma, dentre outros aspectos de sofrimento?

Uma recente revisão sistemática com metanálise mostrou fracas correlações negativas entre muitos aspectos da religiosidade e a ansiedade da morte (tendo sido a orientação religiosa extrínseca uma notável exceção), que agregaram tamanhos de efeito muito baixos (JONG et al., 2018). Os autores esclareceram que as teorias tanatocêntricas da religião predizem, com frequência, uma relação entre ansiedade da morte e religiosidade, ao passo que a ansiedade da morte é mais baixa entre muitas pessoas não religiosas (como os ateus) e indivíduos muito religiosos, e altos níveis de ansiedade da morte entre aqueles que não têm certeza de suas convicções religiosas (JONG et al., 2018).

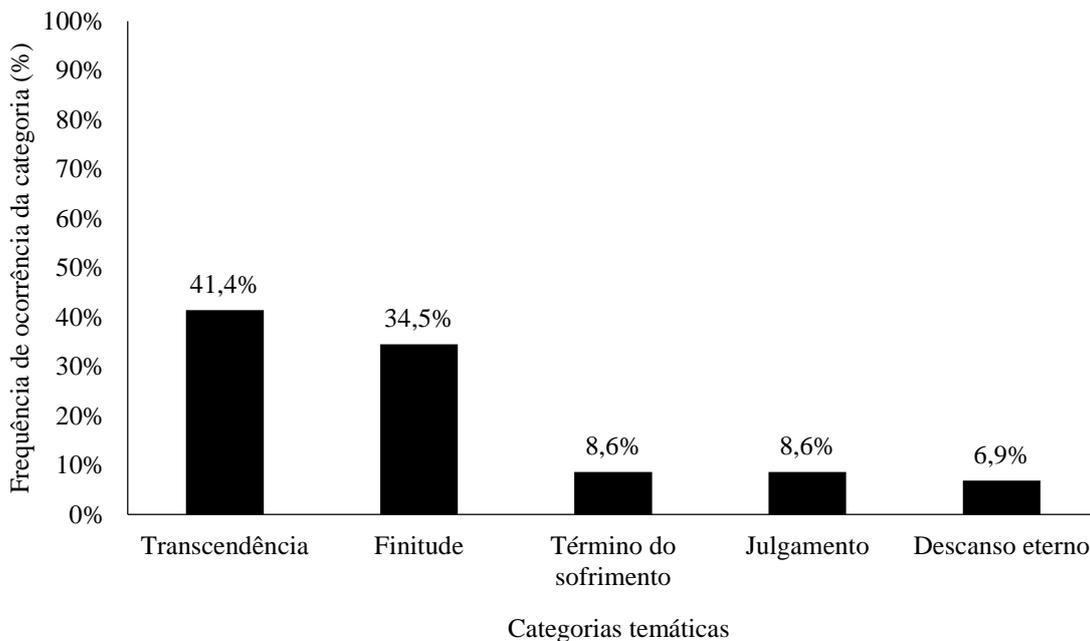
Paiva (2016) sugeriu que o enfrentamento da morte, tranquilo ou angustiado, depende de como a religião entende e apresenta a morte. A crença religiosa pode fornecer algum conforto para os indivíduos frente à morte. Entretanto, é simplista concluir que a crença religiosa seja algo “bom” e que a falta dela seja algo “ruim”. Torna-se necessário considerar as especificidades desta, como as visões particulares sobre Deus, que podem trazer mais ou menos conforto ao indivíduo (FELDMAN; FISCHER; GRESSIS, 2016).

O “*The End*”, com o qual iniciamos este tópico dos resultados, foi a resposta de uma participante da amostra, que assinalou estar entre católicos não praticantes e possui 34 anos de experiência profissional como técnica de enfermagem. Analisando o seu desempenho individual, percebeu-se que seus índices no IRI (34 pontos) e no WHOQOL-SRPB (11,75 pontos) ficaram bem abaixo da média amostral. Da mesma maneira, apresentou uma inadequada capacidade de enfrentamento da morte (61 pontos) e medo acentuado da morte (4,86 pontos).

A seguir, apresentar-se-ão como todos os participantes do estudo concebem a morte. Ressalta-se que algumas visões de morte, aqui, apresentadas estão permeadas por ansiedade e sofrimento psíquico, comparativamente ao que foi encontrado nas análises estatísticas, bem

como influenciadas pela visão de morte do Cristianismo e alguns conceitos oriundos do Espiritismo. As cinco categorias temáticas e suas frequências de ocorrência, encontradas na análise de conteúdo, podem ser representadas na Figura 7:

Figura 7 - Gráfico de frequência das categorias temáticas



Fonte: O autor (2020).

8.1 Transcendência

Nesta categoria, a morte introduz o indivíduo na transcendência dos limites da experiência terrena, física. Ela o elevaria a algum estado superior, de paz eterna, que culminaria no aprimoramento espiritual. A “passagem”, aqui, não é vista como sinônimo de transitoriedade, efemeridade, mas como um acesso ao plano espiritual, à vida eterna, ou outra realidade que não a vinculada à vida biológica.

“É um processo natural da matéria que temos que passar na terra para a evolução do nosso espírito para a eternidade” (MedPriCatFN/I).

“É o momento final de quando tudo que você tinha para realizar no plano terreno está concluído e sua alma transcende para um lugar de completa paz” (FisEstEvaF24).

“É um estágio que faz parte de viver, é uma passagem para outra realidade física” (OdoEstEspF48).

Através dos trechos destacados, percebeu-se um predomínio da concepção espírita sobre a transcendência no pós-morte, independentemente das religiões praticadas pelas entrevistadas. Em termos gerais, o Espiritismo sustenta a existência do Espírito e a sua sobrevivência após a morte, incluindo a reencarnação e a possibilidade de diversas vidas como parte da evolução moral e espiritual (BIELLA, 2017). Acreditar que a morte não é o fim, mas, antes, compreender o término de um estágio ou etapa do ciclo da evolução espiritual pode ajudar no manejo de enfrentamento da própria morte do indivíduo e/ou de um ente querido, atuando como um fator de proteção contra o medo da morte, ansiedade e depressão (CURCIO; MOREIRA-ALMEIDA, 2019b).

Esta foi a categoria temática cujas concepções mostraram-se mais expressivas na amostra em termos de distribuição de frequência, com os sentidos corroborados pelas falas apresentadas, trazendo um elemento significativo para a compreensão dos dispositivos associados aos modos com os quais lidam com a morte e o morrer dos pacientes.

8.2 Finitude

A morte é interpretada aqui como o fim, a cessação da vida, encerramento irreversível de um ciclo, que pode acontecer de forma inesperada ou não. Término das funções vitais do indivíduo. Evento natural e intrínseco à condição material dos seres humanos, embora este processo ainda cause angústias, ansiedade, sofrimento, medo e questionamentos. Um conceito dúbio, nebuloso, difícil de nomear, expressar e aceitar.

Em uma pesquisa com graduandos da área da saúde, verificou-se que a ansiedade perante a morte se correlacionava diretamente com a concepção da morte como algo desconhecido ($r = 0,32$; $p < 0,001$) (AQUINO et al., 2010). Outro estudo, realizado com enfermeiros portugueses, demonstrou que aqueles que mais evidenciavam medo e evitamento acerca da morte possuíam uma capacidade reduzida de *coping* com a morte e *coping* com a própria morte; a aceitação como aproximação aumenta proporcionalmente ao aumento do *coping* com a morte e do *coping* com a própria morte (GOMES, 2014).

Em relação aos participantes do estudo, falas que remetem a concepções da morte tendo a finitude e mistérios a ela associadas foram significativas em seu conteúdo:

“A morte para mim é um fim que não tem mais volta” (TecPriEvaF38).

“É algo desconhecido” (MedPriCatM41).

“É um processo natural, mas que machuca, e pelas perguntas que surgem e nunca serão respondidas, nos deixa com medo” (FisEstSemF25).

“Algo para mim que ainda não aceitei, principalmente quando se trata de uma pessoa que eu amo. Sei que um dia todos nós iremos morrer, mas ainda não aceitei isso” (TecPriCatF32).

Analisando-se as falas dos demais participantes, percebeu-se que alguns deles apresentaram conteúdo das categorias “transcendência” e “finitude”. A morte é um tema sobre o qual ainda se tem muitas dúvidas e se pode pensar, concomitantemente, elementos contraditórios. Essas contradições no discurso são indicativos de dissonâncias ou mesmo desconforto e incerteza em relação ao tema.

8.3 Término do sofrimento

Compreende a morte enquanto extinção dos sofrimentos vivenciados na Terra, ou o sofrimento advindo dos problemas de saúde e da internação hospitalar:

“Para quem está em fase terminal, para mim, é um sofrimento que acaba principalmente a dor. Para os pacientes e seus familiares que veem o sofrimento” (TecPriCatF36).

“Morte no âmbito hospitalar significa, na maioria das vezes, ausência de sofrimento para os pacientes e familiares. É tentar se desprender de um ente querido, mesmo sabendo o quão intensa é sua dor” (EnfEstCatM35).

“A morte para mim é a continuação e uma passagem de todo o sofrimento da Terra para um lugar sem dor e sem sofrimento, ‘céu’, perto do Pai celestial” (EnfEstEvaF34).

Um estudo com enfermeiros hospitalares de Pernambuco também encontrou uma categoria temática semelhante a esta: “Sofrimento e alívio” (GÓIS; ABRÃO, 2015). As pesquisadoras perceberam que, mesmo vivenciando o luto pelo falecimento do paciente, os enfermeiros se sentiam aliviados pelo término do seu sofrimento. Desta forma, eles interpretariam que a morte, por si só, seria capaz de pôr um fim ao sofrimento do paciente, e este não experimentaria mais nenhum sentimento ou sensação.

O que se pôde depreender desta categoria é que a morte parece ser aceitável em algumas situações e em outras, não. O mesmo pensamento se aplica à uma melhor aceitação da

morte de um paciente idoso, em oposição à morte de um paciente jovem, conforme relatada nas conversas informais com os profissionais da equipe hospitalar. Pode-se entender, também, que o alívio se dá após o profissional perceber que já se esgotaram todas as possibilidades de recursos disponíveis para aquele paciente e não há mais nada que se faça para aliviar o seu sofrimento; a única solução seria a morte.

8.4 Julgamento

Religiões as mais diversas apontam que, após a morte, a vida tem sua continuidade em um plano espiritual. No escopo cristão, que fortemente marca a religiosidade e espiritualidade no Ocidente, o indivíduo pode ser bem recompensado pelas suas ações praticadas em vida, ou condenado pelas mesmas. Conforme descrito na seção 5.1 (“O panorama religioso”), 89,5% da amostra, declarou-se como vinculada a religiões que partilham de tais concepções. Um julgamento articulado ao tema da morte é que esta levaria o indivíduo a um destino final: céu ou inferno.

“Um encontro com Deus com certeza e pagamento das dívidas (pecados) que cometi na Terra, com a misericórdia de Deus, se meu coração for realmente capaz de se arrepender” (EnfPriCatFN/I).

“Morte é apenas uma fase que levará para o lugar que escolhemos, céu ou inferno. O destino que iremos depende de nossas decisões antes da morte” (EnfPriEvaF36).

“Eu acredito na vida eterna. Me preocupo quando alguém morre sem Cristo Jesus” (TecEstEvaF53).

Implicitamente, pode-se perceber que com a iminência da morte, advém, nesta concepção, a “necessidade” de um processo de conversão religiosa, com a finalidade de que o indivíduo tenha uma vida eterna com Deus e com Jesus Cristo, como visto na fala de TecEstEvaF53. “No cristianismo, a morte é entendida como participação no destino de Jesus (Cristo). Essa participação [...] faz da morte o prelúdio da ressurreição. [...] A morte, com sua dor, não é, pois, eliminada, mas integrada à participação do cristão no destino de Cristo” (PAIVA, 2016, p. 17). Contudo, após a ressurreição dos mortos, acontecerá o julgamento de suas ações praticadas em vida, conforme escrito na Epístola aos Hebreus: “E, como as homens está ordenado morrerem uma vez, vindo depois disso o juízo” (BÍBLIA, 1997).

De acordo com o pensamento cristão, o sacrifício de Jesus Cristo por Deus garante que os seus seguidores fiéis viverão para sempre, entretanto os comportamentos de decisões tomadas nesta vida afetam diretamente o destino da pessoa na eternidade: as ações individuais têm consequências que vão além desta vida (VAN TONGEREN, 2019). Não é difícil supor que o pensamento cristão traga certa ansiedade para os seus fiéis, ante à possibilidade da morte.

O medo moderado do processo de morrer de outras pessoas, reflete-se nesta categoria. Conseqüentemente, a preocupação com a sua própria morte é evidenciada aqui, como na fala de EnfPriCatFN/I. Essa substancial ansiedade acaba por impactar as estratégias de enfrentamento da morte nas atividades profissionais cotidianas, não permitindo aos membros da equipe hospitalar boas estratégias de gerenciamento, durante o morrer dos pacientes. A morte é vista com mais ansiedade, quando existe a possibilidade do trabalhador ou do paciente sofrerem o castigo eterno.

8.5 Descanso eterno

Nesta categoria, a morte é compreendida como um momento no qual o indivíduo fica em um estágio de adormecimento. O corpo físico descansa e a alma retorna para Deus. Sono eterno. Na Antiguidade, não havia preocupação sobre o transcendente e a imortalidade da alma, a ideia mais difundida era a de que a morte era um nada, um sono eterno “e repetia-se a ideia de que uma vaga sobrevivência nas sombras não passava de fábula” (WERLANG; MENDES, 2014, p. 3).

O ideário de sono eterno também é compartilhado por religiões cristãs, a exemplo dos adventistas. Com base na Bíblia Sagrada, os adventistas acreditam que a morte é como um sono, até o dia em que Cristo ressuscitará os Seus remidos e os mortos sairão do estado inconsciente (IGREJA ADVENTISTA DO SÉTIMO DIA, 2015). Em trechos de fala dos participantes deste estudo, esta concepção esteve presente, como é possível ver a seguir:

“É estado do adormecimento que o ser humano irá passar”
(TecEstEvaF59).

“A hora em que meu corpo irá descansar e minha alma retornará p/ Deus” (TecPriEvaF31).

“A morte p/ mim é um sono eterno” (TecEstCatF60).

O entendimento da morte, nesse contexto, parece ser mais tranquilo, em comparação com a categoria “juízo”. Apesar de o medo ainda estar presente, quando se manteve esse tipo de pensamento sobre a morte, as estratégias de enfrentamento da morte variaram entre boas e neutras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida e a morte não são as faces opostas de uma moeda. Não existe vida sem morte nem morte sem vida, porque a presença de uma implica na existência da outra. Nada é eterno, tudo tem seu fim. A humanidade parecia ter aceitado esse destino, até que a morte começou a ser interpretada como inimiga do homem, interrompendo seus sonhos e suas ambições. A partir daí, a concepção humana sobre a morte passou da aceitação para o temor. O desejo pela eterna juventude, o avanço da indústria farmacêutica e cosmética, a criação de métodos e técnicas de prolongamento da vida, o avanço científico, são alguns artifícios que o homem pós-moderno se apega na tentativa de domínio e controle da morte (com sucesso, em alguns casos), como se fosse possível negar que ela existe e que faz parte de sua ontologia.

O humano pós-moderno vive em busca de sentido para a sua vida, mas esquece de encontrar um sentido para a sua morte. A morte ainda é uma realidade difícil de ser encarada, mesmo para aqueles que lidam com ela constantemente. A mobilização emocional que o tema traz pôde ser percebida através do comportamento dos profissionais da equipe hospitalar, já no momento do convite para a participação da pesquisa. Estranhamento do tema de estudo, o preenchimento incorreto do questionário, a impaciência para completar as questões, a recusa em dissertar sobre a morte e os sentimentos atrelados a ela são alguns exemplos que comprovam o quanto refletir sobre a morte continua a incomodar o ser humano. Contudo, poderia a religiosidade do profissional da saúde oferecer algum suporte emocional a ele ou lhe ajudar na construção de sentido para a morte de seus pacientes?

Sobre os meios pelos quais os profissionais da equipe de saúde hospitalar vivenciavam a sua religiosidade, um dos objetivos parciais deste estudo, identificou-se que a religiosidade organizacional (RO) acontecia algumas vezes por ano, enquanto a religiosidade não organizacional (RNO) era realizada diariamente. Concernente ao outro aspecto do envolvimento religioso, a religiosidade intrínseca (RI), segundo objetivo parcial, observou-se que a média amostral da mesma foi elevada. Ainda que a quase totalidade dos participantes declarasse seguir alguma religião específica, os achados vêm a confirmar as novas tendências de crer na sociedade pós-moderna: formas de religiosidade que não dependam tanto de instituições religiosas para existir e se manter, algo como uma “democratização” religiosa.

A avaliação realizada sobre a qualidade de vida dos profissionais apontou para um leve declínio no nível de paz interior, entretanto acreditavam que sua existência tinha um propósito. Ao considerar essa dimensão na interface com espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, terceiro objetivo parcial deste estudo, percebeu-se que a religiosidade intrínseca se

correlacionava com “fé”, “força espiritual”, “conexão com o ser ou força espiritual”, “sentido na vida”, “esperança e otimismo” e “totalidade e integração”. Este aspecto trouxe grande contribuição para o alcance do objetivo geral, no sentido de que foi confirmada a relação positiva entre qualidade de vida e religiosidade.

Quanto as estratégias de enfrentamento frente à morte, quarto objetivo específico, percebeu-se uma neutra capacidade de enfrentamento, porém um medo moderado do processo de morte de outras pessoas. Constatou-se, também, que alguns aspectos da qualidade de vida espiritual se correlacionaram ao *coping* com a morte.

As concepções que a equipe emitiu sobre a morte, quinto objetivo específico, receberam grande influência do pensamento religioso (Cristianismo e Espiritismo), aliado a cargas de ansiedade, medo e sofrimento psíquico, como a não aceitação da finitude humana, o medo do desconhecido e o julgamento *post mortem* (céu ou inferno). Em relação aos sentimentos advindos da morte de pacientes, sexto objetivo específico, os mesmos foram paradoxais e demonstraram o impacto dessa situação no cotidiano profissional, como: tristeza, dor, impotência, angústia, sofrimento *versus* alívio, compaixão, conforto, empatia, aceitação. Sentimentos sobre o paciente morto também foram encontrados: perda, cuidado, descanso, paz, alegria, tranquilidade.

O objetivo principal deste trabalho era investigar se os profissionais da equipe de saúde hospitalar utilizavam a sua religiosidade para melhor lidar com a morte e o morrer dos pacientes. Considerando-se os resultados, não foi confirmado se os profissionais que possuíam alguma religião ou crença religiosa lidavam melhor com a morte de seus pacientes. De forma geral, o que se pôde constatar é que a religiosidade confere certo conforto pessoal ao profissional da equipe de saúde hospitalar, porém ela sozinha não é capaz de fornecer um bom enfrentamento da morte e a dirimir o medo da morte de alguém próximo ou a morte dos pacientes. Há um paradoxo entre o pensar sobre a morte e a *práxis* cotidiana. A religiosidade auxilia a construção de sentido sobre a morte, entretanto faltam outras ferramentas que deem suporte emocional aos profissionais. Algumas dessas ferramentas são o apoio psicossocial e o aprimoramento técnico sobre o assunto.

O trabalho da(o) psicóloga(o) hospitalar pode e deve abranger a educação para a morte, com ações de educação em saúde e educação popular, além de suas atribuições tradicionais para este contexto profissional. Através das conversas informais com os participantes da pesquisa, observou-se que o serviço de psicologia dos hospitais não se estendia aos profissionais da equipe hospitalar, pelo fato de a demanda estar voltada somente ao paciente e aos seus familiares, por não haver psicólogos suficientes nas instituições. O hospital particular contava

com duas psicólogas, à época da pesquisa. No hospital público havia mais psicólogas e psicólogos hospitalares, porém só existia uma equipe, em regime de meio expediente. Esses impasses justificam a ausência de profissionais da psicologia participantes desta pesquisa, pois não foram encontrados representantes da categoria no momento da coleta de dados.

Insta-se que, para uma melhor compreensão da morte e do morrer no hospital, os currículos dos cursos de graduação (ou profissionais) da área da saúde devem contemplar disciplinas sobre a morte e o morrer, da mesma maneira ofertar disciplinas que abordem a espiritualidade/religiosidade humana. Quando o profissional da saúde compreende que a sua própria espiritualidade/religiosidade pode ser um fator de proteção para a sua saúde mental e uma aliada no manejo com os pacientes em processo de morte, tem-se uma assistência em saúde mais humanizada, carregada de afeto e de sentido. No entanto, as condições que interferem diretamente na organização do trabalho destes profissionais necessitam ser pensadas também na interface com este tema. Quer seja no âmbito das políticas públicas ou leis trabalhistas, estas necessitam trazer a centralidade do profissional, observando e assegurando condições adequadas de trabalho e criando dispositivos de apoio psicossocial, que lhe ajude a lidar com a carga emocional diária de sua rotina laboral. Do ponto de vista psicoemocional, a frieza emocional, o distanciamento e a banalização da morte como estratégias de minimização do sofrimento imposto ao trabalhador podem se constituir em aspectos que comprometem negativamente a qualidade de vida, saúde e o próprio desempenho profissional. Reconhecer a espiritualidade ou religiosidade como parte da subjetividade humana, implica em incluir estes aspectos como relevantes na formação e na atuação profissional das equipes hospitalares

Mais do que nunca, urge-se refletir sobre a morte e suas estratégias de enfrentamento, pois, apesar de tema sempre presente na história humana, sofre transformações, as quais precisam ser consideradas a partir de estudos científicos. Como exemplo, temos a pandemia da COVID-19 e os desafios colocados globalmente e que vêm atingindo, diretamente, os profissionais da saúde. A pandemia da COVID-19, que já levou a óbito mais de um milhão de pessoas ao redor do mundo até a presente data, ressignifica a vida e os modos de proteger a existência. Igualmente, ressignifica a morte e o morrer, onde a mesma ocorre com pacientes isolados de seus familiares, colocando a equipe profissional dos hospitais como aqueles que acompanharão e assistirão, para além do sentido dos cuidados da saúde, a angústia e sofrimento relacionados a incertezas diversas: a efetividade dos tratamentos, a suficiência dos recursos materiais, técnicos e científicos, além da incerteza acerca da própria vida. Certamente, a concepção de morte no hospital e o seu enfrentamento pelos profissionais das equipes hospitalares já vêm sofrendo impactos, necessitando não somente que os profissionais sejam

ouvidos e recebam cuidados relativos à sua saúde e qualidade de vida, mas também por demandar pesquisas futuras nesse quesito.

O estudo contribui para ampliar os debates e discussões acerca da morte e do morrer de pacientes, sendo a religiosidade uma ferramenta possível nesse enfrentamento. Todavia, deve-se considerar os limites do mesmo. Alguns dos limites referem-se à esfera metodológica. Um deles foi ter investigado a qualidade de vida apenas em sua interface com a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais. Investigar a qualidade de vida em seu sentido mais amplo, em suas interfaces com as dimensões física, psicológica, social, ambiental e o nível de desenvolvimento e atividade poderia contribuir para compreender aspectos de maior complexidade que circundam a vida destes profissionais, e até mesmo de outras categorias que vivenciam em seu cotidiano a relação com a morte de modo próximo.

Outro limite restringe-se à utilização parcial da Escala de *Coping* Frente à Morte e da Escala de Medo da Morte de Collett-Lester, que foi traduzida de sua versão em espanhol. A utilização da parcial da Escala de *Coping*, sem uma pesquisa-piloto para uma nova normatização, pode ter interferido em suas propriedades psicométricas, consequentemente, interferindo também em seu resultado final e criando vieses na interpretação do instrumento como um todo. O mesmo pode ser dito em relação à uma tradução alternativa da Escala de Medo da Morte, sem ter feito as etapas necessárias para a adaptação transcultural de um instrumento. Tal fato implica, novamente, nas perdas psicométricas do instrumento utilizado.

Uma outra possível limitação refere-se à generalização dos dados. Esta poderia ser mais abrangente, caso os participantes fossem selecionados aleatoriamente e caso fosse possível a presença de mais categorias profissionais, como psicólogos(os) e assistentes sociais, por exemplo. Levando-se em consideração a formação psicossocial destes profissionais, a interpretação e a forma de enfrentamento que os mesmos possuem sobre a morte poderia ser diferente daquelas apresentadas por seus colegas de outras áreas da saúde.

Resguardadas as limitações do presente estudo, espera-se que os resultados aqui encontrados possam fomentar outras pesquisas, e que estas subsidiem políticas públicas de proteção à saúde psicoemocional do profissional da saúde (não somente aos membros de equipes hospitalares), bem como a urgência em abordar os temas morte, morrer, espiritualidade e religiosidade no âmbito acadêmico-científico, dado o caráter essencialmente humano destes tópicos.

REFERÊNCIAS

- ALBORZ, Alison. The nature of quality of life: a conceptual model to inform assessment. **Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities**, v. 14, n. 1, p. 15–30, 2017.
- ALCOCER, Solange Andrea Díaz. **Religiosidade e espiritualidade na formação acadêmica de cursos de saúde no Brasil: uma revisão**. 2018. 109 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) - Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.
- ALLPORT, Gordon W.; ROSS, J. Michael. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 5, n. 4, p. 432–443, 1967.
- ANDRADE, Cláudia. Trabalho e vida pessoal: exigências, recursos e formas de conciliação. **Dedica: revista de Educação e Humanidades**, v. 8, p. 117–130, 2015.
- ANDRADE, Aldair Oliveira de. Migração para Manaus e seus reflexos socioambientais. **Somanlu**, v. 2, p. 85–102, 2012.
- AQUINO, Thiago Antônio Avellar de et al. Visões de morte, ansiedade e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 63, p. 289–302, 2010.
- ARAÚJO, Armando Otávio Vilar de. Múltiplos enfoques sobre a morte e o morrer. In: MORITZ, Rachel Duarte (Org.). **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011. p. 141–155.
- ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira et al. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 314–321, 2011.
- ASSIS, Simone Gonçalves de et al. Apresentação e divulgação de resultados. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (Org.). **Avaliação por triangulação métodos abordagem programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 223–244.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BECKER, Ernest. **A negação da morte: uma abordagem psicológica sobre a finitude humana**. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 2015.
- BÍBLIA. Epístola aos Hebreus, Os sacrifícios do santuário, por causa de suas imperfeições, deviam repetir-se, mas o de Cristo é único, porque é perfeito. 9, 27. Português. **Bíblia Sagrada**. Edição Revista e Corrigida. Niterói: FECOMEX, 1997.
- BIELLA, Carlos Alberto. A contribuição da doutrina espírita no tratamento e cura de algumas doenças: um estudo sobre o Espiritismo em Jataí (GO). **Hygeia**, v. 13, n. 24, p. 110–126, 2017.

BRASIL. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução N. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, 12, 59. Brasil: Conselho Nacional de Saúde, 2013.

BRITTO JÚNIOR, Álvaro Francisco de; FERES JÚNIOR, Nazir. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência**, v. 7, n. 7, p. 237–250, 2011.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179–191, 2013.

CAMARGO, Cândido Procópio F. de. **Católicos, protestantes, espíritas**. Petrópolis: Vozes, 1973.

CAMARGOS, Mayara Goulart de et al. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality / religiosity: a cross-sectional study. **Medicine**, v. 94, n. 47, p. 1–15, 2015.

CAMPOS, Luis Fernando de Lara. **Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2001.

CAMURÇA, Marcelo Ayres. A realidade das religiões no Brasil no Censo IBGE-2000. In: TEIXEIRA, Faustino; MENEZES, Renata (Org.). **As religiões no Brasil: continuidades e rupturas**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 35–48.

_____. Os “sem religião” no Brasil: juventude, periferia, indiferentismo religioso e trânsito entre religiões institucionalizadas. **Estudos de Religião**, v. 31, n. 3, p. 55–70, 2017.

CARDOSO, Myrian Cristina da Silva; FERREIRA, Maria Cristina. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p. 380–393, 2009.

CARREIRO, Gamaliel Silva. Evangélicos urbanos: rememorando e reinterpretando a presença evangélica no Brasil. In: CARREIRO, Gamaliel Silva; FERRETI, Sergio F.; ARAÚJO, Lyndon (Org.). **Religiões e religiosidades no Maranhão**. São Luís: EDUFAMA, 2011.

CARVALHO, Lucimeire Santos et al. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 4, p. 551–557, 2006.

CATRÉ, Maria Nazarete Costa et al. Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceito. **Análise Psicológica**, v. 34, n. 1, p. 31–46, 2016.

COSTA, Iolanda Cristina da; ROCHA, Ana Cristina D’Oliveira. Percepções da morte e do morrer para residentes de medicina em um hospital terciário. **Revista Ciências Em Saúde**, v. 7, n. 4, p. 7–14, 2017.

CRES, Marli Rosangela et al. Religiosidade e estilo de vida de uma população adulta. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 2, p. 240–250, 2015.

CURCIO, Cristiane Schumann Silva; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Investigação dos conceitos de religiosidade e espiritualidade em amostra clínica e não clínica em contexto brasileiro: uma análise qualitativa. **Interacao em Psicologia**, v. 23, n. 2, p. 281–292, 2019a.

_____. Who does believe in life after death? Brazilian data from clinical and non-clinical samples. **Journal of Religion and Health**, v. 58, n. 4, p. 1217–1234, 2019b.

CYRULNIK, Boris. **Os patinhos feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

DALGALARRONDO, Paulo. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAMIANO, Rodolfo F. et al. Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health”. **Revista de Psiquiatria Clinica**, v. 43, n. 1, p. 11–16, 2016.

DAVIE, Gace. Believing without belonging: is this the future of religion in Britain? **Social Compass**, v. 37, n. 4, p. 455–469, 1990.

_____. Is Europe an exceptional case? **International Review of Mission**, v. 95, n. 378/379, p. 247–258, 2006.

DINIZ, Ana Carolina; AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. A relação da religiosidade com as visões de morte. **Religare: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB**, v. 6, n. 9, p. 101–113, 2009.

DOMINGUES, Elaine Aparecida Rocha et al. Bem-estar espiritual do profissional de enfermagem no ambiente hospitalar. **Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde**, v. 16, n. 3, p. 1–9, 2018.

DURÃES, Sarah Jane Alves; JONES, Kimberly Marie; SILVA, Magna Elisabete Dias. Divisão sexual do trabalho em saúde: estudo de caso do Hospital Universitário Clemente de Faria (2005-2008). 2010, Curitiba: VIII Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Gênero, 2010.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. **Horizonte**, v. 12, n. 35, p. 805–832, 2014.

_____. et al. A religiosidade/espiritualidade (R/E) em profissionais/trabalhadores da saúde. **Interações - Cultura e Comunidade**, v. 10, n. 18, p. 195–209, 2015.

ESPINOZA VENEGAS, Maritza; SANHUEZA ALVARADO, Olivia; BARRIGA, Omar. Validação de Escala de Medo da Morte de Collet-Lester em uma amostra de estudantes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1–9, 2011.

FARQUHAR, Morag. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, n. 3, p. 502–508, 1995.

FELCE, David; PERRY, Jonathan. Quality of life: It’s Definition and Measurement. **Research in Developmental Disabilities**, v. 16, n. 1, p. 51–74, 1995.

FELDMAN, David B.; FISCHER, Ian C.; GRESSIS, Robert A. Does religious belief matter for grief and death anxiety? Experimental philosophy meets psychology of religion. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 55, n. 3, p. 531–539, 2016.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 7. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2008.

FLECK, Marcelo P.; SKEVINGTON, Suzane. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. supl 1, p. 146–149, 2007.

_____. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19–28, 1999.

_____. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33–38, 2000.

FREITAS, Marta Helena de. Religiosidade e morte na prática do profissional de saúde: implicações para a formação. In: FREITAS, Marta Helena de; AQUINO, Thiago A. Avellar de; PAIVA, Geraldo José de (Org.). **Morte, psicologia e religião**. São Paulo: Fonte Editorial, Edições Terceira Via, 2016. p. 59–77.

GIOVANETTI, José Paulo. O processo de morrer e a religião na sociedade hipermoderna. In: FREITAS, Marta Helena de; AQUINO, Thiago A. Avellar de; PAIVA, Geraldo José de (Org.). **Morte, psicologia e religião**. São Paulo: Fonte Editorial, Edições Terceira Via, 2016. p. 23–41.

GÓIS, Amanda Regina Silva; ABRÃO, Fátima Maria da Silva. O processo de cuidar do enfermeiro diante da morte. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 415–425, 2015.

GOMES, Sara Margarida Rodrigues. **O luto em enfermeiros expostos à morte dos doentes: a realidade do IPOCFG, E.P.E.** 2014. 118 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2014.

GONÇALVES, Ferraz. Conceitos e critérios de morte. **Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia**, v. XVI, n. 4, p. 245–248, 2007.

HOCHMAN, Bernardo et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, n. suppl 2, p. 2–9, 2005.

IBGE. **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012a.

_____. **Censo demográfico 2010: trabalho e rendimento**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012b.

IGREJA ADVENTISTA DO SÉTIMO DIA. **Adventistas creem que a morte é como um sono**. Disponível em: <<https://noticias.adventistas.org/pt/noticia/institucional/adventistas-creem-que-a-morte-e-como-um-sono/>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

IRANMANESH, Sedigheh; DARGAHI, Helen; ABBASZADEH, Abbas. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. **Palliative and Supportive Care**, v. 6, n. 4, p. 363–369, 2008.

JONG, Jonathan et al. The religious correlates of death anxiety: a systematic review and meta-analysis. **Religion, Brain and Behavior**, v. 8, n. 1, p. 4–20, 2018.

JUNQUEIRA, Lilian Cláudia Ulian. **Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde**. 2008. 226 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2008.

KOENIG, Harold G.; AL-ZABEN, Faten; VANDERWEELE, Tyler J. Religion and psychiatry: recent developments in research. **BJPsych Advances**, p. 1–11, 2020.

_____. MCCULLOUGH, Michael E.; LARSON, David B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOVÁCS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 94–104, 2014.

_____. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p. 484–497, 2005.

_____. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 420–429, 2010.

KRÄGELOH, Christian U. et al. The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. **Academic Psychiatry**, v. 39, n. 1, p. 85–89, 2015.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

_____. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 9. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

LEITE, Fernanda. O ser-para-a-morte a partir e depois de Ser e Tempo. **Ítaca**, v. 16, p. 85–101, 2011.

LIU, Qian et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 6, p. e790–e798, 2020.

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes de la; YARID, Sérgio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 11, n. 6, p. 2510–2517, 2017.

LOPES JUNIOR, Orivaldo Pimentel. O dualismo das igrejas evangélicas e sua postura

sociopolítica. **Religião & Sociedade**, v. 40, n. 1, p. 67–89, jan. 2020.

MACEDO, Alini. **Tradução e adaptação transcultural para o uso no Brasil do instrumento Coping With Death Scale**. 2017. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

MACHADO, Fatima Regina; PIASSON, Douglas Leite; MICHEL, Renate Brigitte. Mapeamento da Psicologia da Religião no Brasil. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes et al. (Org.). **Psicologia cognitiva da religião no Brasil: estado atual e oportunidades futuras**. Curitiba: CRV, 2019. p. 41–71.

MACHADO, Maria Helena et al. **Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MARIANO, Ricardo. Mudanças no campo religioso brasileiro no censo 2010. **Debates do NER**, v. 2, n. 24, p. 119–137, 2013.

MATSUI, Miho; BRAUN, Kathryn. Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 16, n. 12, p. 593–599, 2010.

MAZO D’AFFONSECA, Sabrina; CIA, Fabiana; BARHAM, Elizabeth Joan. Trabalhadora feliz, mãe feliz? Condições de trabalho que influenciam na vida familiar. **Psicologia Argumento**, v. 32, n. 76, p. 129–138, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (Org.). **Avaliação por triangulação métodos abordagem programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71–103.

MOCELIN, Dianes et al. Processos psicológicos dos profissionais da saúde perante a morte de um paciente. **Vitale: revista de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 11–20, 2014.

MONIZ, Jorge Botelho. Os desafios da religiosidade contemporânea: análise das teorias da individualização religiosa e espiritual. **Revista Lusófona de Ciência das Religiões**, v. 20, p. 393–405, 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 31–32, 2008.

MOREIRA, Neir; HOLANDA, Adriano. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 345–356, 2010.

NORONHA, Ana Paula Porto; ROSA, Paulo André Céio; BERNARDES, Luiz Felipe Ayres. Estudos psicométricos da Escala de Avaliação da Percepção da Religiosidade. **Revista Avaliação Psicológica**, v. 16, n. 2, p. 215–224, 2017.

OLIVEIRA-CARDOSO, Érika Arantes; SANTOS, Manoel Antônio dos. Grupo de educação para a morte: uma estratégia complementar à formação acadêmica do profissional de saúde.

Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37, n. 2, p. 500–514, 2017.

PAIVA, Geraldo José de. O papel da religião no gerenciamento do medo da morte. In: FREITAS, Marta Helena de; AQUINO, Thiago A. Avellar de; PAIVA, Geraldo José de (Org.). **Morte, psicologia e religião**. São Paulo: Fonte Editorial, Edições Terceira Via, 2016. p. 13–22.

PANASIEWICZ, Roberlei. Categorização de experiências transcendentais: uma leitura da religiosidade, da fé e da religião. **Revista Pistis & Praxis: Teologia Pastoral**, v. 5, n. 2, p. 587–611, 2013.

PAZIN-FILHO, Antonio. Morte: considerações para a prática médica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 38, n. 1, p. 20–25, 2005.

PEDROSO, Bruno; GUTIERREZ, Gustavo Luis; PICININ, Tania Claudia. Qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais: análise do instrumento WHOQOL-SRPB. **Revista Eletrônica FAFIT/FACIC**, v. 3, n. 1, p. 1–12, 2012.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, 2012.

PEW RESEARCH CENTER. **The global religious landscape**. Disponível em: <<https://www.pewforum.org/2012/12/18/global-religious-landscape-exec/>>. Acesso em: 14 mar. 2020.

PINTO, Cândida; PAIS-RIBEIRO, José Luís. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. **Arquivos de Medicina**, v. 21, n. 2, p. 47–53, 2007.

PRAXEDES, Antônia Marília; ARAÚJO, Janieiry Lima de; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. Death and dying in the process of nursing education. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 2, p. 369–376, 31 jul. 2018.

RAMVI, Ellen; GRIPSRUD, Brigitta Haga. Silence about encounters with dying among healthcare professionals in a society that ‘de-tabooises’ death. **International Practice Development Journal**, v. 7, n. Suppl, p. 1–12, 2017.

RODRIGUES, Denise dos Santos. Os sem religião nos censos brasileiros: sinal de uma crise do pertencimento institucional. **Horizonte**, v. 10, n. 28, p. 1130–1153, 2012.

SANTANA, Marcelo Cardoso de; CUPERTINO, Ana Paula Fabrino Bretas; NERI, Anita Liberalesso. Significados de religiosidade segundo idosos residentes na comunidade. **Geriatrics & Gerontology**, v. 3, n. 2, p. 70–77, 2009.

SANTOS, Neyde Cintra dos; ABDALA, Gina Andrade. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 795–805, 2014.

SANTOS, Douglas Alessandro Souza. “Não-determinados?” - A pulverização evangélica e o problema metodológico do censo brasileiro. **Diversidade Religiosa**, v. 8, n. 1, p. 03–23, 2018.

SCHOFIELD, G. M. et al. When does a human being die? **Qjm**, v. 108, n. 8, p. 605–609, 2015.

SCHRAMM, Fermin Roland. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 1, p. 17–20, 2002.

SILVA, Dalila Naiara Henrique Costa da; NOGUEIRA, Amélia Regina Batista. De lá para cá: a migração expressiva do camponês ribeirinho para Manaus, uma reflexão. **Revista Geonorte**, v. 9, n. 31, p. 54–67, 2018.

SILVA, Eliane Moura da. **Vida e morte: o homem no labirinto da eternidade**. 1993. 251 f. Tese (Doutorado em História) - Departamento de História, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.

SILVA, Markus Figueira da. Epicuro e a morte como perda da subjetividade. **Princípios**, v. II, n. 3, p. 140–146, 1995.

SILVA, Sidney Antônio da. Inserção social e produtiva dos haitianos em Manaus. In: PRADO, Erlan José Peixoto do; COELHO, Renata (Org.). **Migrações e trabalho**. Brasília: Ministério Público do Trabalho, 2015. p. 165–173.

SIMPSON, David B. et al. Sex and gender differences in religiousness and spirituality. **Journal of Psychology and Theology**, v. 36, n. 1, p. 42–52, 2008.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, Shane J. **Psicologia Positiva**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUZA, Mariana Cristina dos Santos et al. Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, p. e3640016–e3640016, 2017.

STROPPA, André et al. Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: A two-year prospective study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, n. 3, p. 238–243, 2018.

TAMADA, Jacqueline Kaori Tozaki et al. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 2, p. 81, 2017.

TAUNAY, Tauily C. et al. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 1, p. 76–81, 2012.

_____. **Desenvolvimento e validação do Índice de Religiosidade Intrínseca: correlações com saúde mental e qualidade de vida**. 2011. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

TAVARES, Cássia Quelho et al. Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas. **Interações - Cultura e Comunidade**, v. 11, n. 20, p. 85–97, 2016.

TONIOL, Rodrigo. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico**, v. 42, n. 2, p. 267–299, 2017.

VALE, Edênio. **Psicologia e experiência religiosa**. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

VAN TONGEREN, Daryl R. The importance of meaning in the relationship between religion and death. **Religion, Brain and Behavior**, v. 9, n. 2, p. 194–200, 2019.

VICENSI, Maria do Carmo. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 64–72, abr. 2016.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 952, p. 440–5, 2003.

VOLPATO, Gilson Luiz. O método lógico para redação científica. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 9, n. 1, p. 1–14, 2015.

WERLANG, Rosangela; MENDES, Jussara Maia Rosa. A morte inscrita no tempo. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas**, v. 3, n. 1, p. 42–61, 2014.

WERLE, Marco Aurélio. A angústia, o nada e a morte em Heidegger. **Trans/Form/Ação**, v. 26, n. 1, p. 97–113, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE ESTUDOS COMPORTAMENTAIS E ACUPUNTURA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

QUESTIONÁRIO: _____

PREENCHA OS DADOS MARCANDO COM UM X EM CIMA DO NÚMERO A INFORMAÇÃO CORRETA OU ESCRREVENDO A INFORMAÇÃO SOLICITADA.

A. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO:

1. Gênero: (1) Masculino (2) Feminino 2. Idade: _____.
3. Naturalidade (Cidade/Estado): _____ / _____.
4. Estado civil: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) União estável (4) Viúvo(a)
(5) Divorciado(a) (6) Separado(a) (7) Outros: _____.
5. Possui filhos? (1) Não (2) Sim 6. Se sim, quantos filhos (vivos)? (1) 1 filho(a)
(2) 2 filhos(as) (3) 3 filhos(as)
(4) 4 filhos(as) (5) 5 filhos(as) ou mais
7. Escolaridade: (1) Ensino Fundamental (2) Ensino Médio (3) Ensino Médio (Técnico)
(4) Ensino Superior (5) Especialização (6) Mestrado (7) Doutorado
8. Profissão: (1) Médico(a) (2) Enfermeiro(a) (3) Fisioterapeuta (4) Psicólogo(a)
(5) Assistente Social (6) Técnico(a) de enfermagem (7) Outras: _____.
9. Local de trabalho: _____.
10. Setor: _____.
11. Tempo no setor de trabalho (anos/meses): _____.
12. Religião: (1) Católico(a) (2) Evangélico(a) (3) Adventista (4) Santos dos Últimos Dias
(5) Testemunha de Jeová (6) Espírita (7) Judeu/Judia (8) Islâmica
(9) Umbandista (10) Candomblecista (11) Agnóstico(a) (12) Ateu/Ateia
(13) Outros: _____.
13. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? (DUREL)
(1) Mais do que uma vez por semana (2) Uma vez por semana
(3) Duas a três vezes por mês (4) Algumas vezes por ano
(5) Uma vez por ano ou menos (6) Nunca
14. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos? (DUREL)
(1) Mais do que uma vez ao dia (2) Diariamente
(3) Duas ou mais vezes por semana (4) Uma vez por semana
(5) Poucas vezes por mês (6) Raramente ou nunca

B. INVENTÁRIO DE RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA (IRI-UFC)

Com o questionário a seguir, queremos conhecer um pouco sobre sua religiosidade. Favor responder o questionário abaixo utilizando a seguinte numeração:

Nunca / nada	Raramente / pouco	Ocasionalmente / médio	Frequentemente / muito	Sempre / extremamente
1	2	3	4	5

1. Você acredita na existência de um(a) Deus/entidade superior? (1) (2) (3) (4) (5)
2. Sua crença religiosa é extremamente importante para você? (1) (2) (3) (4) (5)
3. Sua crença religiosa é uma fonte de conforto para você? (1) (2) (3) (4) (5)

4. Sua crença religiosa provê sentido e propósito para a sua vida? (1) (2) (3) (4) (5)
 5. Sua crença religiosa é uma importante parte de você enquanto pessoa? (1) (2) (3) (4) (5)
 6. Sua crença religiosa é fonte de inspiração para a sua vida? (1) (2) (3) (4) (5)
 7. Seu relacionamento com um(a) Deus/entidade superior é extremamente importante para você? (1) (2) (3) (4) (5)
 8. Você acredita na força de sua oração? (1) (2) (3) (4) (5)
 9. Você acredita na ocorrência de milagres? (1) (2) (3) (4) (5)
 10. Deus/entidade superior é fonte de benefícios em sua vida e dos outros? (1) (2) (3) (4) (5)

Total: _____.

C. WHOQOL-SRPB

As questões seguintes são sobre sua **espiritualidade, religião ou crenças pessoais** e como estas crenças afetam sua qualidade de vida. Estas questões são elaboradas para ser aplicáveis para pessoas de culturas diferentes e que possuem as mais variadas crenças espirituais, religiosas ou pessoais. Se você segue uma religião particular, como Judaísmo, Cristianismo, Islã ou Budismo, você provavelmente responderá as questões seguintes com suas convicções religiosas em mente. Se você não segue uma religião particular, mas ainda acredita que algo superior e mais poderoso existe além do mundo físico e material, você pode responder as questões seguindo essa crença. Por exemplo, você pode acreditar em uma força espiritual mais alta ou poder curativo da Natureza. Você pode não ter nenhuma convicção em uma entidade superior espiritual, mas você pode ter crenças pessoais fortes, como acreditar em uma teoria científica, um estilo de vida pessoal, uma filosofia particular ou um código moral e ético.

Algumas destas questões usarão palavras como espiritualidade. Por favor, responda estas questões em função de seu próprio sistema de crença, seja este religioso, espiritual ou pessoal.

As questões seguintes perguntam como suas crenças afetaram diferentes aspectos da sua qualidade de vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, uma questão pergunta "Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, o corpo e a alma?". Se você vivenciou isto muitas vezes, circule o número próximo a "Muito". Se você não vivenciou isso, circule o número próximo a "Nada". Você deve circular um dos números dentre as possíveis respostas. As questões se referem às **últimas duas semanas**.

SP1.1 Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

SP1.2 Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

SP1.3 Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

SP1.4 Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual conforta/tranquiliza você?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

SP2.1 Até que ponto você encontra um sentido na vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

SP2.2 Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

SP2.3 Até que ponto você sente que sua vida tem uma finalidade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

SP2.4 Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
SP5.1 Até que ponto você sente força espiritual interior?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
SP5.2 Até que ponto você encontra força espiritual em épocas difíceis?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
SP8.1 Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
SP8.2 Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia a dia?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
SP8.3 Até que ponto a fé lhe dá força no dia a dia?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
SP3.2 Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
SP3.3 Até que ponto você tem sentimentos de inspiração/emoção em sua vida?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
SP3.4 Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
SP7.1 Quão esperançoso você se sente?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
SP7.2 Até que ponto você está esperançoso com sua vida?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5
SP3.1 Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (p. ex., natureza, arte, música)	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP4.1 Até que ponto você sente alguma ligação entre sua mente, seu corpo e sua alma?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP4.3 Até que ponto você sente que a maneira como vive está de acordo com o que você sente e pensa?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP4.4 O quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

SP5.3 O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP5.4 Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP6.1 Até que ponto você se sente em paz dentro de você mesmo?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP6.2 Até que ponto você sente paz interior?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP6.3 O quanto você consegue se sentir em paz, quando precisa?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP6.4 Até que ponto você sente um senso de harmonia em sua vida?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP7.3 Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP7.4 O quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP8.4 Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5
SP4.2 Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5

D. ESCALA DE COPING FRENTE À MORTE

INSTRUÇÕES: Responda os itens do instrumento abaixo assinalando **uma** das opções de respostas com um (X), conforme as opções de respostas.

OPÇÕES DE RESPOSTAS						
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5	6	7

ITENS	OPÇÕES DE RESPOSTA						
1. Pensar sobre a morte é uma perda de tempo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho uma boa perspectiva sobre morte e morrer.	1	2	3	4	5	6	7
3. A morte é um assunto que pode ser abordado com segurança.	1	2	3	4	5	6	7
6. Estou ciente das emoções que caracterizam o sofrimento humano.	1	2	3	4	5	6	7
7. Saber que certamente irei morrer não afeta, de modo algum, a condução da minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
8. Estou preparado para enfrentar minha própria morte.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto-me preparado para enfrentar o meu processo de morrer.	1	2	3	4	5	6	7
10. Compreendo meus medos relacionados à morte.	1	2	3	4	5	6	7
12. Ultimamente, não tenho problemas em pensar sobre a morte.	1	2	3	4	5	6	7
13. Minha atitude quanto à vida mudou recentemente.	1	2	3	4	5	6	7
14. Consigo expressar meus medos sobre a morte.	1	2	3	4	5	6	7
15. Posso colocar em palavras meus profundos sentimentos sobre a morte.	1	2	3	4	5	6	7
18. Consigo falar sobre a minha morte com meus familiares e amigos.	1	2	3	4	5	6	7
21. Sinto-me capaz de lidar com a morte de pessoas próximas a mim.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu sei ouvir as pessoas, incluindo doentes terminais.	1	2	3	4	5	6	7
23. Eu sei como falar com crianças sobre a morte.	1	2	3	4	5	6	7
24. Posso dizer algo errado quando estou com alguém em luto.	1	2	3	4	5	6	7
25. Sou capaz de passar um tempo com uma pessoa que está morrendo, se for necessário.	1	2	3	4	5	6	7
26. Posso ajudar alguém com seus pensamentos e sentimentos sobre a morte e o morrer.	1	2	3	4	5	6	7
27. Seria capaz de conversar com um amigo ou membro familiar sobre a sua morte.	1	2	3	4	5	6	7
28. Posso diminuir a ansiedade daqueles à minha volta quando o assunto é morte e morrer.	1	2	3	4	5	6	7
29. Consigo me comunicar com alguém que está morrendo.	1	2	3	4	5	6	7

E. ESCALA DE MEDO DA MORTE DE COLLET-LESTER (EMMCL)

Leia cada frase e responda rapidamente. Não gaste muito tempo pensando em sua resposta. Trata-se de expressar a primeira impressão de como você pensa agora. Marque o número que melhor representa seu sentimento.

Qual o grau de preocupação ou ansiedade que você tem em relação ao PROCESSO DE MORRER DE OUTRA PESSOA em...	Muito	Moderado			Nada
1. Ter que estar com alguém que está morrendo	5	4	3	2	1
2. Tem que estar com alguém que quer falar sobre a morte com você	5	4	3	2	1
3. Ver como a pessoa sofre	5	4	3	2	1
4. Observar a degradação física de seu corpo	5	4	3	2	1
5. Não saber administrar sua dor diante da perda de uma pessoa amada	5	4	3	2	1
6. Assistir à deterioração de suas faculdades mentais	5	4	3	2	1
7. Ter consciência de que algum dia você também viverá esta experiência	5	4	3	2	1

F. ENTREVISTA ESTRUTURADA

Após pensar um pouco sobre a sua religiosidade e sobre o tema "Morte", responda, sucintamente, às questões abaixo:

1. Para você, o que é morte?

2. Você já presenciou a morte de um paciente? (1) Sim (2) Não

3. Cite três sentimentos que você tem ao saber da morte de um paciente que estava sob os seus cuidados:

4. A sua religiosidade lhe ajuda a lidar melhor com a morte dos pacientes?

(1) Sim (2) Não (3) Não sei

Agradeço pela sua colaboração nesta pesquisa.
Para maiores informações, entre em contato com o pesquisador, através dos dados informados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sob sua guarda.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE MEDICINA



NÚCLEO DE ESTUDOS COMPORTAMENTAIS E ACUPUNTURA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da Pesquisa: “Os sentimentos e percepções dos profissionais da saúde, diante da morte e do morrer de um paciente: o suporte da religiosidade”.

A responsabilidade é do pesquisador **Vinicius Nunes dos Santos**, que poderá ser localizado no seguinte endereço: Rua Afonso Pena, nº 1.053, Centro, Manaus-AM, CEP: 69020-160 (Departamento de Patologia e Medicina Legal – Faculdade de Medicina – UFAM), ou pelos telefones: (92) 3308-7662 / (92) 99218-1630, ou ainda pelo seguinte e-mail: vinicius_nunesdossantos@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6397325531215248>.

Fará parte do projeto o pesquisador (orientador) **Dr. Jonas Byk**, que poderá ser localizado no seguinte endereço: Rua Afonso Pena, nº 1.053, Centro, Manaus-AM, CEP: 69020-160 (Departamento de Patologia e Medicina Legal – Faculdade de Medicina – UFAM), ou pelos telefones: (92) 3305-4747 / (92) 3305-4950 / (92) 99173-4355, ou ainda pelo seguinte e-mail: jonas.byk@hotmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5345312521055243>.

Equipe de pesquisa (acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Amazonas – UFAM):

Alex Kenji Yuaca (<http://lattes.cnpq.br/0982549320615853>), Telefone: (92) 3305-4981, Rua Afonso Pena, 1.053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160;

Angelo Domingo Moura Burga (<http://lattes.cnpq.br/5674873363751032>), Telefone: (92) 98199-4973, Rua Afonso Pena, 1.053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160;

Giovanna Dib de Almeida (<http://lattes.cnpq.br/7139046144682511>), Telefone: (92) 3305-4747, Rua Afonso Pena, 1.053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160;

Lucas de Cristo Rojas Cabral (<http://lattes.cnpq.br/9129008794315369>), Telefone: (92) 98828-7021, Rua Afonso Pena, 1.053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160;

Maria Izabel Andrade dos Santos (<http://lattes.cnpq.br/7538887283467433>), Telefone: (92) 99236-0749, Rua Afonso Pena, 1.053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160;

Zuriel Rodrigues Seixas Nunes (<http://lattes.cnpq.br/8805555277077680>), Telefone: (92) 3305-4950, Rua Afonso Pena, 1.053 - Centro, Manaus - AM, 69020-160.

1) Objetivo geral da pesquisa:

- Investigar se os profissionais da saúde utilizam as suas experiências religiosas para melhor lidar com a morte e o morrer dos pacientes.

2) Objetivos específicos:

- Pesquisar a existência de áreas da vida dos profissionais da saúde que recebem suporte positivo da religiosidade;
- Identificar os meios pelos quais os profissionais da saúde vivenciam a sua religiosidade;
- Apontar os significados atribuídos à morte;
- Conhecer os sentimentos e angústias dos profissionais da saúde, diante da morte e do morrer de seus pacientes.

3) **Envolvimento na pesquisa:** Ao participar deste estudo, o(a) senhor(a) deverá permitir que o pesquisador lhe entreviste. As entrevistas serão realizadas em seu local de trabalho, em sala previamente determinada, num horário que lhe for mais conveniente. É previsto, apenas, um único contato, que deve durar, aproximadamente, 40 minutos. Neste único encontro serão aplicadas as ferramentas de coleta de dados, a saber: A coleta de dados acontecerá através de um formulário, confeccionado pelo pesquisador, onde constarão dados sociodemográficos, uma entrevista estruturada e algumas escalas de autorrelato, já validadas.

4) **Riscos e desconforto:** Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. Contudo, a participação nesta pesquisa não lhe trará nenhuma complicação legal, e nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Como se trata de um tema que pode trazer algumas lembranças e sentimentos, talvez, desconfortáveis, será oferecido ao final da entrevista um espaço para você falar livremente sobre o que quiser. Na eventualidade da participação nesta pesquisa lhe causar qualquer tipo de dano, os pesquisadores se comprometem a estar atentos e providenciar suporte psicológico. Em casos de danos físicos, a assistência será prestada no Ambulatório Araújo Lima, situado à Rua Afonso Pena, nº 1.053, Centro, Manaus-AM, CEP: 69020-170, telefone: (92) 3305-4807. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

5) **Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os relatos de pesquisa serão identificados com um código, ou número. Apenas os pesquisadores terão conhecimento dos dados. A



PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE MEDICINA



NÚCLEO DE ESTUDOS COMPORTAMENTAIS E ACUPUNTURA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

coleta de dados será feita através de um gravador digital, permanecendo sua identidade preservada. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins deste estudo e para divulgação científica.

Os pesquisadores garantem a confidencialidade e sigilo de seus dados nesta pesquisa, onde asseguram:

- Não utilizar as informações confidenciais a que tiverem acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
- Não apropriar-se de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
- Não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por nosso intermédio, obrigando-nos, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

6) **Benefícios:** Ao participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes sobre as questões relativas à saúde e qualidade de vida dos profissionais que prestam assistência aos pacientes em processo de morte. No futuro, essas informações poderão ser usadas em benefício de outros profissionais da saúde, refletindo em sua própria saúde e na qualidade dos serviços prestados ao paciente e seus familiares.

7) **Pagamento:** O(A) senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. A sua participação é **voluntária** e o(a) senhor(a) tem a liberdade de se recusar a participar da pesquisa, bem como poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de prejuízo para sua pessoa. Garantimos as despesas de ressarcimento ao participante da pesquisa, quando necessário, não somente àquelas despesas relacionadas ao "transporte" e "alimentação", mas a tudo que for necessário ao estudo (Item IV.3.g, da Resolução CNS nº 466 de 2012). Estão assegurados os direitos a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7).

8) **Dúvidas e/ou esclarecimentos:** Sempre que desejar, o(a) senhor(a) terá direito a solicitar esclarecimentos no que diz respeito ao estudo, podendo entrar em contato, diretamente, com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), situado à Rua Teresina, nº 4.950, Adrianópolis, Manaus-AM, CEP: 69057-070, telefone: (92) 3305-1181, ramal 2004, e-mail: cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, RG nº: _____, fui informado(a) sobre o que o pesquisador pretende realizar e por que necessita da minha colaboração. A explicação foi entendida por mim. Portanto, concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou receber qualquer tipo de retorno financeiro e que posso retirar-me quando quiser. **Este documento é emitido em duas vias iguais, impresso em frente e verso, que serão ambas assinadas por mim e pelos pesquisadores, e terei uma das vias como posse.**



Impressão dactiloscópica
do participante

Manaus-AM, _____ / _____ / _____.

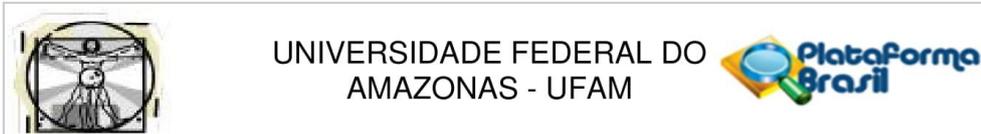
Assinatura do(a) participante

Vinícius Nunes dos Santos
Assinatura do Pesquisador Responsável

Jonas Byk
Assinatura do Orientador

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, DIANTE DA MORTE E DO MORRER DE UM PACIENTE: O SUPORTE DA RELIGIOSIDADE

Pesquisador: Vinícius Nunes dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04318018.0.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.139.672

Apresentação do Projeto:

O pesquisador refere que a finitude da vida é ansiogênica, também uma razão de sofrimento, independentemente do tempo e das situações nas quais se desenvolve a morte, e das pessoas envolvidas com ela. O homem sempre manteve com a morte uma relação de temor, fonte de tormentos que adoecem a alma e o impedem de obter uma vida feliz. Durante o processo de morrer no hospital, o apoio psicológico é voltado apenas para o paciente e sua família, na maioria dos casos. Sendo assim, a religiosidade do profissional da saúde pode oferecer uma possibilidade saudável de elaboração desse luto, por se tratar de um dos fatores fundamentais no desenvolvimento do pensamento humano sobre a temática "morte". Dessa forma, o presente estudo procurará investigar se os profissionais da saúde utilizam as suas experiências religiosas para melhor lidar com a morte e o morrer dos pacientes. A pesquisa será descritiva, analítica, não-probabilística, de abordagem quali-quantitativa e orientada, teoricamente, pelo viés da Psicologia Positiva e outras referências oriundas de disciplinas do conhecimento humano. A amostra (conveniência) contará com 60 profissionais da saúde, de ambos os sexos, que trabalhem diretamente na assistência aos pacientes internados, por um período mínimo de 12 meses de atuação. Os locais onde acontecerá a pesquisa serão a Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), Hospital Pronto-Socorro 28 de Agosto e Hospital Santa Júlia. A coleta de dados acontecerá através de um formulário, confeccionado pelo pesquisador, onde constarão dados sociodemográficos, uma entrevista estruturada e algumas escalas de autorrelato,

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

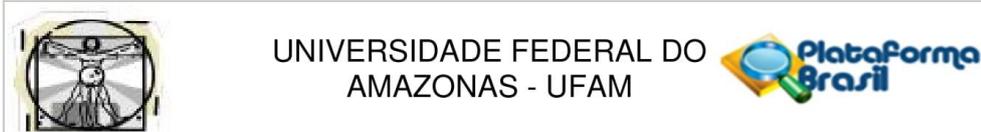
UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.139.672

a saber: Escala de Religiosidade de Duke (DUREL), Escala de Coping Frente à Morte, Escala de Medo da Morte de Collet-Lester (EMMCL), Inventário de Religiosidade Intrínseca (IRI) e WHOQOL-SRPB.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar se os profissionais da saúde utilizam as suas experiências religiosas para melhor lidar com a morte e o morrer dos pacientes.

Objetivo Secundário:

Pesquisar a existência de áreas da vida dos profissionais da saúde que recebem suporte positivo da religiosidade;

Identificar os meios pelos quais os profissionais da saúde vivenciam a sua religiosidade;

Apontar os significados atribuídos à morte;

Conhecer os sentimentos e angústias dos profissionais da saúde, diante da morte e do morrer de seus pacientes.

Compreender a maneira como os profissionais da saúde vivenciam os sentimentos e angústias, diante da morte e do morrer de pacientes acometidos por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), especificamente, HIV/Aids.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Segundo a pesquisadora:

Riscos: Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. Contudo, a participação nesta pesquisa não trará nenhuma complicação legal, e nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade do(a) participante. Como se trata de um tema que pode trazer algumas lembranças e sentimentos, talvez, desconfortáveis, será oferecido ao final da entrevista um espaço para que o(a) participante fale livremente sobre o que quiser. Na eventualidade da participação nesta pesquisa causar qualquer tipo de dano, os pesquisadores se comprometem a estar atentos e providenciar suporte psicológico. Em casos de danos físicos, a assistência será prestada no Ambulatório Araújo Lima, situado à Rua Afonso Pena, no 1.053, Centro, Manaus-AM, CEP: 69020-170, telefone: (92) 3305-4807. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecerão aos Critérios da Ética na Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução no 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Benefícios: Ao participar desta pesquisa, o(a) participante não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes sobre as questões relativas à saúde e qualidade de vida aos profissionais que prestam assistência aos pacientes em

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

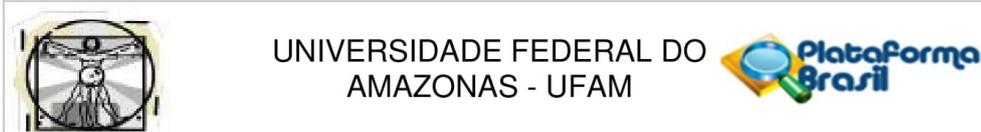
UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.139.672

processo de morte. No futuro, essas informações poderão ser usadas em benefício de outros profissionais da saúde, refletindo em sua própria saúde e na qualidade dos serviços prestados ao paciente e seus familiares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador informa que se trata de um estudo descritivo, analítico, não-probabilístico, de abordagem quali-quantitativa, que investigará os sentidos atribuídos à morte de pacientes, na perspectiva de profissionais da área da saúde, e a sua relação com a religiosidade. O estudo descritivo é importante para a ciência, pois a descrição, geralmente, é o primeiro passo, e essencial, passo para a caminhada em busca da compreensão do fenômeno (VOLPATO, 2015). Teoricamente, a pesquisa será, ainda, analisada pelo viés da Psicologia Positiva, modelo teórico que busca a independência do modelo tradicional patológico, ressaltando o lado saudável dos seres humanos. Contudo, a Psicologia Positiva não pretende contender contra outros modelos compreensivos da subjetividade, mas levar a que se reconheça uma nova abordagem constituída de rigorosos métodos da ciência, objetivando a investigação dos fatores que dão significado ao que há de sadio no ser humano, sem deixar de lado os passos metodológicos da Ciência "tradicional" para promover o conhecimento (PALUDO; KOLLER, 2007). No entanto, outras referências poderão ser utilizadas com origem em outras disciplinas do conhecimento humano. Participarão da pesquisa 60 profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem), ambos os sexos, que trabalhem na Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), Hospital Pronto-Socorro 28 de Agosto e no Hospital Santa Júlia, situados na cidade de Manaus/AM. A amostra utilizada será escolhida por conveniência, uma vez que esse estudo também não será probabilístico. Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos, haverá a aplicação de instrumentos que auxiliarão na interpretação e análise do fenômeno morte, de acordo com as experiências religiosas de profissionais da saúde. Para tal, utilizar-se-á um formulário, confeccionado pelo pesquisador, onde constarão os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa, bem como a utilização de algumas perguntas da Escala de Religiosidade de Duke (DUREL - itens 1 e 2), Escala de Coping Frente à Morte (itens 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 e 29) e Escala de Medo da Morte de Collet-Lester (EMMCL – subescala "Medo do Processo de Morrer de Outros"). Os instrumentos Inventário de Religiosidade Intrínseca (IRI) e WHOQOL-SRPB serão utilizados integralmente. Após o preenchimento dessas escalas de autorrelato, o participante preencherá uma pequena entrevista estruturada com quatro questões breves: duas de múltipla escolha e duas discursivas. O tempo aproximado para cada participante responder, totalmente, o

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.139.672

instrumento de coleta será de 40 minutos.

Critérios de Inclusão e Exclusão: o pesquisador informa

Critérios de Inclusão: Profissionais da saúde, ambos os sexos, que trabalham em um centro de referência em doenças tropicais, em um hospital e pronto-socorro e em um hospital particular, situados na cidade de Manaus/AM; Que trabalhem diretamente na assistência aos pacientes internados, por um período mínimo de 12 meses de atuação.

Critérios de Exclusão: Que estejam trabalhando em funções administrativas; Que tenham passado por situações de morte familiar, ou de alguma pessoa importante para si, dentro de um período mínimo de 12 meses.

Cronograma – Período de coleta programado para início em 01/04/2019 e término em 28/06/2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- **Informações Básicas do Projeto:** Apresentadas no arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1270024.pdf, de 26/01/2019 às 01:46:46. Traz as informações para o desenvolvimento da pesquisa. Prevê orçamento de Seiscentos e oitenta e três reais (R\$ 683,00) com financiamento próprio. ATENDEU AS SOLICITAÇÕES DO PARECER ANTERIOR QUANTO NOS ITENS: RISCOS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

2- **Carta de anuência -** Apresentadas nos arquivos Termo_Anuencia_AAL.pdf e PARECER_AAL_25_01_19.pdf, ambas de 26/01/2019, sendo a primeira às 01:44:20 e a segunda 01:43:37. Consta em papel timbrado, com a assinatura e o carimbo dos respectivos responsáveis legais, informando estar de acordo com a realização do estudo e concordando em atender os pacientes encaminhados para o serviço pelo pesquisador responsável, ainda que na condição de prestar assistência conforme as normas institucionais vigentes

3- **Carta Resposta -** Apresentada no arquivo CARTA_RESPOSTA_CEP.docx de 26/01/2019, as 01:41:48. Consta informações dos ajustes realizados no projeto conforme solicitação do parecer anterior.

4- **Projeto Detalhado –** Apresentado no arquivo PROJETO_plataforma_Brasil_ATT.docx, 26/01/2019, as 01:40:59. Consta as alterações solicitadas no parecer anterior grifadas em amarelo.

5- **Termo de Anuência –** Apresentado no arquivo Termo_Anuencia_Sta_Julia.pdf, de

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

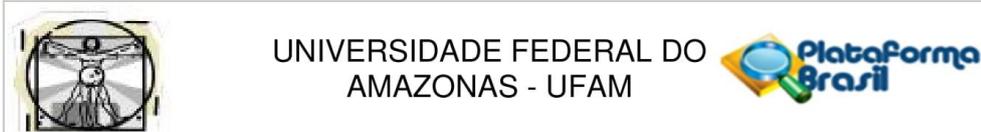
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.139.672

05/12/2018 às 14:21:58. Emitido em papel timbrado, constando a assinatura e o carimbo da Presidente da Comissão de Ensino e Pesquisa da Instituição, autorizando a realização do estudo.

6- Termo de Anuência – Apresentado no arquivo Termo_Anuencia_HPS_de_28_de_agosto.pdf, de 05/12/2018 às 14:21:27. Emitido em papel timbrado, constando a assinatura da Diretora do hospital, autorizando a realização do estudo.

7- Termo de Anuência – Apresentado no arquivo Termo_Anuencia_FMT.pdf, de 05/12/2018 às 14:20:39. Emitido em papel timbrado, constando a assinatura da do Diretor da Comissão de Ensino e Pesquisa da Instituição, autorizando a realização do estudo.

8- Instrumento – Apresentado no arquivo QUESTIONARIO_Plataforma_Brasil.docx de 05/12/2018 às 14:19:52. Constam os formulários e questionários citados na metodologia, bem como as questões semi-estruturada elaboradas pelo pesquisador principal.

9- TCLE - Apresentado no arquivo TCLE_Plataforma_Brasil.docx, de 05/12/2018 às 13:41:01.

10- Folha de rosto – Apresentado no arquivo Folha_Rosto.pdf, de 05/12/2018 às 13:39:37. Consta assinatura da Coordenadora do Programa de Mestrado Ciências da Saúde – Roberta Lins Gonçalves.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em razão do exposto, somos de parecer que o projeto seja APROVADO, por ter atendido totalmente as solicitações do parecer anterior, estando em conformidade com a Res. 466/2012.

É o parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1270024.pdf	26/01/2019 01:46:46		Aceito
Outros	Termo_Anuencia_AAL.pdf	26/01/2019 01:44:20	Vinicius Nunes dos Santos	Aceito
Outros	PARECER_AAL_25_01_19.pdf	26/01/2019 01:43:37	Vinicius Nunes dos Santos	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

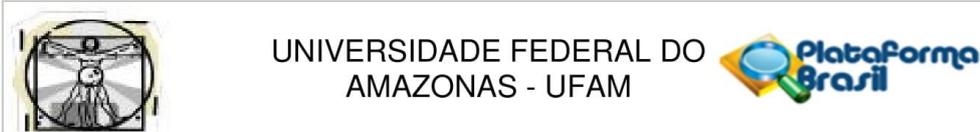
UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.139.672

Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.docx	26/01/2019 01:41:48	Vinicius Nunes dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Plataforma_Brasil_Alt.docx	26/01/2019 01:40:59	Vinicius Nunes dos Santos	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_Sta_Julia.pdf	05/12/2018 14:21:58	Vinicius Nunes dos Santos	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_HPS_28_de_Agosto.pdf	05/12/2018 14:21:27	Vinicius Nunes dos Santos	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_FMT.pdf	05/12/2018 14:20:39	Vinicius Nunes dos Santos	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_Plataforma_Brasil.docx	05/12/2018 14:19:52	Vinicius Nunes dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Plataforma_Brasil.docx	05/12/2018 13:41:41	Vinicius Nunes dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	05/12/2018 13:39:37	Vinicius Nunes dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 11 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com