

ISABEL CRISTINA DE SOUSA FERREIRA CAMPELOS

A ANSIEDADE E O MEDO DA MORTE
NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2006

ISABEL CRISTINA DE SOUSA FERREIRA CAMPELOS

A ANSIEDADE E O MEDO DA MORTE
NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RESUMO

A morte faz parte da nossa vida, é universal e experienciada diferentemente por cada um de nós, podendo acarretar consequências psicológicas e sociais, nomeadamente ansiedade e medo da morte. Assim sendo, o estudo desta temática junto dos profissionais de saúde parece fazer sentido já que alguns estão diariamente expostos a situações de falecimentos e também porque se prevê a morte venha a ser um processo mais longo e com tendência crescente para acontecer nos hospitais. Há a ideia geral que os profissionais de saúde lidam negativamente com a morte e são, muitas vezes, os seus próprios medos acerca da morte que impedem estes profissionais de se relacionarem com doentes em fases terminais. Este estudo tem como objectivos perceber se enfermeiros(as) que mais frequente e directamente convivem com a morte sentem mais ansiedade e medo face à mesma e quais as variáveis sócio-demográficas e as perspectivas da morte que lhe poderão estar associadas. A amostra foi constituída por 79 sujeitos (31 do Instituto Português de Oncologia e 48 de outras instituições). Os instrumentos utilizados foram o *Death Anxiety Questionnaire* (DAQ) e as Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte. Os resultados obtidos evidenciam que apesar de não existir diferenças significativas nos níveis de ansiedade de morte nos dois grupos, são os profissionais do sexo feminino que apresentam níveis mais altos de ansiedade. Relativamente às perspectivas da morte conclui-se que há diferenças significativas entre os vários grupos e que estas se correlacionam positivamente com a ansiedade face à morte, levando-nos a crer que os profissionais do IPO percebem mais a morte como sofrimento e solidão e como fracasso.

AGRADECIMENTOS

Com a conclusão deste estudo, é altura de reflectir um pouco sobre o percurso percorrido para a obtenção da minha licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho. Desta reflexão surge, claramente, a necessidade de agradecer a todas as pessoas que durante este tempo me acompanharam e incentivaram e sem as quais não teria sido possível chegar ao fim.

Assim agradeço:

Em primeiro lugar à minha filha, que muitas vezes se privou da minha companhia e a quem, por vezes, pus em segundo plano.

Aos meus pais e à minha irmã por toda a compreensão, alento e auxílio que me deram na gestão da minha vida pessoal, familiar e profissional.

Ao meu amigo Neto pelo ânimo e auxílio que me deu, principalmente no emprego, e por sempre ter acreditado em mim.

Aos amigos que ganhei nesta caminhada, especialmente, à Alexandra, ao Ângelo, e ao Jorge, por tudo o que fizemos em conjunto e partilhamos e pela amizade que ficou.

A todos os professores que me fizeram crescer e acreditar que eu era capaz, em particular, à Dra. Sónia Alves pelo seu apoio, ajuda e amizade num dos momentos mais difíceis da minha vida.

E, por último, a todas as pessoas que participaram e colaboraram neste estudo, em particular, ao Doutor José Soares Martins, pela orientação e acompanhamento prestado nesta monografia.

A todos, o meu sincero

OBRIGADA

ÍNDICE

Introdução Geral	1
Parte I – Enquadramento Teórico	3
Capítulo 1 – A Morte	4
Introdução.....	4
1.1. Aspectos históricos e culturais do tema da morte.....	4
1.2. Definições e interpretações da morte.....	9
1.3. A morte ao longo do ciclo da vida.....	13
1.4. Breve abordagem da evolução dos estudos sobre o tema da morte.....	17
Conclusão.....	18
Capítulo 2 – A ansiedade e o medo da morte	19
Introdução.....	19
2.1. Operacionalização dos conceitos da ansiedade e do medo na morte.....	20
2.2. Estudos realizados no campo da ansiedade e medo da morte e suas variáveis.....	22
2.2.1. A ansiedade e o medo da morte/idade.....	24
2.2.2. A ansiedade e o medo da morte/género.....	26
2.2.3. A ansiedade e o medo da morte/cultura.....	26
2.2.4. A ansiedade e o medo da morte/religião.....	27
2.2.5. A ansiedade e o medo da morte/psicopatologia.....	28
2.2.6. A ansiedade e o medo da morte/personalidade.....	29
2.3. Modelos explicativos da ansiedade e medo da morte.....	31
2.3.1. Modelo da Ansiedade da Morte.....	31
2.3.2. Modelo Multidimensional do Medo da Morte.....	32
2.3.3. Modelo de Elizabeth Kubler-Ross.....	32

2.3.4. Modelo de Pattison.....	33
2.3.5. Modelo de Bowlby.....	33
Conclusão.....	34
Capítulo 3 – A morte nos profissionais de saúde.....	34
Introdução.....	34
3.1. Os profissionais de saúde e a morte.....	35
3.2. A classe dos enfermeiros e os doentes em fases terminais.....	38
3.3. Os profissionais de saúde (enfermeiros) e o processo de luto.....	42
3.3.1. Comportamentos e sentimentos do processo de <i>Coping</i> de Kavanaugh's.....	45
3.3.2. Grief Care Plan.....	46
3.3.3. The Stress Cascade.....	47
3.4. Evolução dos estudos da ansiedade face à morte nos profissionais de saúde.....	48
Conclusão.....	53
Parte II – Estudo Empírico.....	55
Capítulo 4 – Metodologia.....	56
4.1. Justificação do estudo.....	56
4.2. Objectivos da Investigação.....	57
4.3. Hipóteses.....	58
4.4. Participantes.....	60
4.5. Instrumentos.....	62
4.5.1. Questionário Sócio-Demográfico.....	62
4.5.2. Death Anxiety Questionnaire.....	62
4.5.3. Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte.....	64
4.5.4. Análise psicométrica dos instrumentos.....	66
4.6. Variáveis.....	67

4.7. Procedimentos.....	67
4.8. Teste estatísticos realizados.....	68
Capítulo 5 – Análise dos Resultados.....	69
5.1. <i>t student</i> e Anova (Oneway).....	69
5.2. Correlações.....	74
5.3. Regressões.....	75
5.4. Diferenças interquartílicas.....	77
Capítulo 6 – Discussão e conclusões.....	79
Conclusão Geral.....	88
Referências Bibliográficas.....	90
Anexos.....	99

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da amostra por género.....	61
Quadro 2 – Distribuição da amostra por idade.....	61
Quadro 3 – Distribuição da amostra por local de trabalho.....	61
Quadro 4 – Distribuição da amostra por tempo de serviço.....	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Teste <i>t student</i> para as diversas variáveis relacionadas com a ansiedade total e perspectivas da morte tendo em linha de conta o género	69
Tabela 2 – <i>Anova Oneway</i> para os grupos de idade tendo em consideração as variáveis ansiedade e as diversas perspectivas da morte	70
Tabela 3 – Teste <i>t student</i> para as diversas variáveis relacionadas com a ansiedade total e perspectivas da morte tendo em linha de conta o local de trabalho	71
Tabela 4 – <i>Anova Oneway</i> para os grupos de anos de experiência tendo em consideração as variáveis ansiedade e perspectivas da morte	72
Tabela 5 – Correlações entre a ansiedade total e as diversas perspectivas da morte para a amostra de enfermeiros(as) do IPO	74
Tabela 6 – Correlações entre a ansiedade total e as diversas perspectivas da morte para a amostra de enfermeiros(as) de outras instituições	75
Tabela 7 – Análise de regressão linear tendo como variável critério a ansiedade total e variáveis preditivas de diversas perspectivas da morte para o grupo de enfermeiros(as) do IPO	75
Tabela 8 – Análise de regressão linear tendo como variável critério a ansiedade total e variáveis preditivas de diversas perspectivas da morte para o grupo de enfermeiros(as) de outras instituições	76
Tabela 9 – Teste T de <i>student</i> para diferenças entre percentagens mais altas e mais baixas de ansiedade total face às diversas perspectivas da morte para o grupo de enfermeiros(as) do IPO	77
Tabela 10 – Teste T de <i>student</i> para diferenças entre percentagens mais altas e mais baixas de ansiedade total face às diversas perspectivas da morte para o grupo de enfermeiros(as) de outras instituições	78

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – O Modelo Integrado da Ansiedade da Morte

Anexo 2 – Grief Care Plan

Anexo 3 – The Stress Cascade

Anexo 4 – Questionário Sócio-Demográfico

Anexo 5 – Death Anxiety Questionnaire

Anexo 6 – Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte

Anexo 7 – Consentimento informado

INTRODUÇÃO GERAL

A morte traz consigo muitos atributos e associações: dor, ruptura, interrupção, desconhecimento, tristeza, negação, ansiedade, medo... Designa o fim absoluto de um ser humano, de um animal, de uma planta, de qualquer ser vivo. Numa posição antagónica, a morte coexiste com a vida, o que não a impede de ser angustiante, de incutir medo e, ao mesmo tempo, ser musa inspiradora de filósofos, poetas e psicólogos...

A confrontação regular com o processo de morrer, com a morte e com o luto é realidade constante na vida dos profissionais de saúde, ainda para mais, agora, que o nosso sistema social “empurra” a morte para os hospitais. E a verdade é que por muito que os avanços tecnológicos consigam adiar a morte, não conseguem curar o homem da morte, nem do medo e da ansiedade que ela suscita. Urge, então, a necessidade destes profissionais estarem preparados para lidar com a sua própria morte, pois só assim serão capazes de ajudar os que vêm morrer e seus familiares, sem que isso interfira nas competências do exercício das suas profissões, ou até mesmo nas suas vidas pessoais e sociais.

Com base nestas afirmações, o presente estudo irá, então, tentar entender como é que os profissionais de saúde lidam com o sentimento da ansiedade e medo da morte, o que poderá ser uma mais valia para o desenvolvimento de cursos e técnicas de aconselhamento, bem como de teorias emocionais específicas para estes profissionais.

Desta forma, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira consiste numa revisão bibliográfica sobre a ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde e é constituída por três capítulos. A segunda parte incide no estudo empírico realizado e está, igualmente, dividida em três capítulos.

No primeiro capítulo aborda-se em primeiro lugar os aspectos históricos e culturais da morte; num segundo ponto, apresentam-se várias definições e interpretações da morte; segue-

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

se a maneira como a morte é vista ao longo do ciclo da vida e por último faz-se uma breve abordagem da evolução dos estudos sobre o tema da morte.

O segundo capítulo caracteriza-se, especificamente, pela revisão da literatura relativamente à ansiedade e ao medo da morte. Este capítulo inicia com a operacionalização dos conceitos da ansiedade e do medo na morte. Seguidamente, dá a conhecer uma série de estudos realizados nesta temática, bem como de alguns modelos explicativos da ansiedade e medo da morte.

O capítulo três relaciona a ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde. No primeiro ponto deste capítulo aborda-se a problemática da morte nestes profissionais; no segundo ponto examina-se a classe dos enfermeiros e as suas relações e comportamentos com doentes terminais; no terceiro debate-se a questão dos profissionais de saúde e o processo de luto, apresentando-se, também alguns modelos explicativos. Este capítulo acaba com uma síntese da evolução dos estudos da ansiedade face à morte nos profissionais de saúde, finalizando, assim, a primeira parte do trabalho.

A parte empírica deste trabalho inicia com o quarto capítulo que trata da metodologia, nomeadamente: a justificação do estudo; os objectivos da investigação; as hipóteses; os participantes; os instrumentos; as variáveis; os procedimentos e as análises estatísticas efectuadas. No quinto capítulo apresenta-se a análise dos resultados, para no sexto se efectuar a discussão e a conclusão dos mesmo.

Por último, conclui-se o presente trabalho, procedendo a uma reflexão crítica do mesmo e salientando as principais conclusões tiradas.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – A Morte

Introdução

Todos os seres vivos, com excepção de algumas bactérias e protistas elementares, estão condenados à morte (Ruffié, 1987). No entanto, o homem é o único animal terrestre que tem consciência da morte, da sua finitude porque é o único dotado de capacidades de se projectar no futuro (Ruffié, 1987), daí ser o único que crê na sobrevivência ou no renascimento dos mortos (Morin, 1976). Talvez por isto, o homem seja, também o único ser vivo que pratica o culto aos mortos (Morin, 1976; Oliveira, 1998).

A morte é um tema tão antigo quanto o homem e por isso acompanha-o desde os primórdios da sua existência. Por isso, para além de ser um tema sempre actual, é abordado e estudado por várias disciplinas: teologia, literatura, filosofia, religião, medicina, antropologia, sociologia, psicologia (...). Até porque todas as mortes envolvem um inter-jogo entre processos psicológicos, sociais e biológicos tal como todas as vidas (Kastenbaum e Aisenberg, 1972).

Assim, neste capítulo, tentar-se-á caracterizar e descrever os aspectos mais pertinentes da morte recorrendo, sempre que possível, a uma visão antropológica, filosófica, sociológica e psicológica dos mesmos. Para o efeito, em primeiro lugar, abordar-se-á alguns aspectos históricos e culturais da morte; num segundo ponto tentar-se-á revelar algumas definições e interpretações da morte; de seguida, explorar-se-á a morte ao longo do ciclo da vida; e por último, apresentar-se-á uma pequena síntese sobre a evolução dos estudos sobre o tema da morte.

1.1. Aspectos históricos e culturais do tema da morte

Phillipe Ariés, no seu livro intitulado “*História da Morte no Ocidente*” que publicou em 1975, descreve e intitula a evolução das atitudes perante a morte como “morte domesticada” na Idade Média à “morte proibida” na Idade Moderna. De facto, no início da

Idade Média, havia uma familiaridade com a morte que era um acontecimento colectivo que envolvia toda a comunidade (Morin, 1976). Nas palavras de Ariés (1975), “tal como se nascia em público, morria-se em público (...) (p. 147). Ainda, segundo este autor, ao pressentir a morte, o moribundo recolhia-se junto dos familiares, amigos e vizinhos cumprindo o ritual de pedir perdão pelas suas culpas, de legar os seus bens, enquanto esperava a morte chegar. Aqui, os ritos das mortes eram aceites e cumpridos, sem expressões dramáticas ou demonstrações de excessivas emoções. Nesta época, o corpo dos defuntos eram enterrados nos pátios das igrejas, que também eram palco de festas populares e feiras, ficando a ideia que mortos e vivos coexistiam no mesmo espaço.

Este panorama alterou-se por volta do séc. XIII, quando foram proibidos jogos, danças e feiras nos cemitérios, pois começava a soar incómoda a proximidade entre os mortos e os vivos. As sepulturas, anónimas até ao século XII, passaram a ser identificadas por inscrições, efígies e retratos, tendo-se a arte funerária desenvolvido bastante, mais concretamente, a partir do século XIV até ao XVIII.

Segundo Ariés (1975), é a partir deste século, mais precisamente, que a morte tomou um sentido dramático e exaltado; a morte do outro é chorada e dramatizada, atitude, esta, que revela uma forma de fugir do pensamento da sua própria morte, em que esta é vista como uma ruptura da vida, algo doloroso e impensável. O personagem principal deixa de ser o morto e passa a ser a família, o luto torna-se exagerado e os mortos são afastados para os cemitérios (ibd.).

Morin (1976), considera que é a partir da segunda metade do século XIX que ocorre aquilo a que ele apelidou de “crise contemporânea da morte”, já que é a partir daqui, mais precisamente, que a morte passa a ser vista como algo vergonhoso, interdito e começa a tornar-se progressivamente oculta.

Mas, para Ariés (1975), a grande reviravolta na história da morte deu-se entre 1930 e 1950 graças a um “importante fenómeno físico”: a deslocação do local da morte. Tal como já foi referido anteriormente, deixou-se de se morrer em casa junto da família e passou-se a morrer no hospital, sozinho. Morin (1976), fala-nos da “morte em comum e da morte solitária”, ou seja, antigamente a morte era um acontecimento colectivo, de toda a comunidade, enquanto hoje é relegada para a esfera individual e morre-se sozinho, como no suicídio.

A verdade é que a partir de 1930, a medicina mudou a representação social da morte; os avanços da ciência permitem prolongar a vida ou abreviá-la e os pacientes podem ser condenados a meses ou anos de vida vegetativa, ligados a tubos e aparelhos (Oliveira, 1998).

Nos nossos dias, ou na sociedade industrial, a morte deixou de ser sentida e pressentida pelo moribundo, já que os sinais disso lhe são ocultados pelos familiares e pelo pessoal hospitalar (Glaser & Strauss, 1966, *cit in* Oliveira, 1998), impedindo-o de se organizar e preparar para o momento final (Ariés, 1975; Hennezel & Leloup, 1998; Kubler-Ross, 2000). Os primeiros autores vão mais longe e referem que enquanto antigamente se dizia “*mors* certa, hora incerta”, agora verbalizamos “*mors* certa, hora certa”, passando quase a decisão da morte das mãos de “Deus” para as mãos dos médicos que decidem quando desligar os aparelhos ou deixar de prestarem cuidados intensivos aos doente. Zimmermann e Rodin (2004) falam mesmo da “medicalização da morte”, tornando-se o tema da morte muito mais técnico do que moral. Outros autores, como por exemplo Leis (2000), chamam a atenção para a “privatização institucional da morte”: morre-se só, o hospital informa mecanicamente a família por telefone e os rituais de preparação do corpo são conduzidos por agências funerárias. Hoje em dia “(...) o agente funerário trata de tudo” (Oliveira, 1998, p. 189). O defunto é limpo, vestido e deposto como se estivesse a dormir, refere Ruffié (1987). Em alguns casos maquilha-se o cadáver para que pareça vivo (Oliveira, 1998). Tudo é conduzido

no sentido de os vivos permanecerem o mínimo tempo possível na presença do morto (Paúl & Fonseca, 2001).

Por tudo isto, Kubler-Ross (2000), refere que, hoje em dia, morrer é solitário, mecânico e desumano: as pessoas são removidas das casas para os hospitais e destes para a igreja. Para Elias (1987, *cit in* Leis, 2000), este fenómeno reflecte a sociedade moderna, ou seja, a solidão na qual vivem as pessoas na nossa sociedade, também se reflecte na solidão com que morrem as pessoas nos hospitais.

Tal como pudemos constatar, a morte afigura-se diferente ao longo dos tempos, mas não só. Também em termos culturais. Kubler-Ross (1975, *cit in* Schumaker, Warren & Groth-Marnat, 1991) observou que as culturas diferem bastante nas suas formas de explicar e de dar sentido à morte. A título de exemplo refere-se a cultura Oriental e Ocidental, que apresentam orientações e maneiras divergentes de a viver.

Enquanto que na cultura Oriental, o próprio sistema de crenças religiosas tende a suavizar o medo da morte (Kubler-Ross, 1975, *cit in* Schumaker *et al*, 1991) e a vê-la como um incidente transitório de continuidade da existência (Westman & Canter, 1985); por exemplo, pode aqui referir-se as práticas e as crenças do Budismo de *Zen* que proporcionam aos seus discípulos um sentido de paz e de controlo interpretativo de aceitação da realidade do que é a vida, onde se inclui a morte. A verdade é que, em contraste, na cultura Ocidental, com a predominância da religião judaico-cristã, as pessoas religiosas apresentam ora uma visão de esperança, ora uma visão de punição e castigo. Assim, as pessoas muito religiosas receiam menos a morte porque acreditam que com ela vão finalmente ser acolhidas por Deus, num paraíso livre das preocupações e angústias que fizeram penar parte da sua existência terrena, alcançando a felicidade suprema; em contrapartida, as pessoas que perfilham uma dada religião mas não a praticam no seu dia-a-dia, experienciam um elevado receio pela morte, já que são conscientes que violam as regras de conduta moral e material imposta pela mesma,

em detrimento do prazer que por vezes ambicionam. Neste último caso a morte aparece como um medo fantasmagórico que as persegue, já que as assusta a expectativa de virem a ser punidos no Além tendo em conta a contradição que foi as suas vidas (Rebelo, 2004).

Por outro lado, nas culturas africanas a morte é um fenómeno público natural, assumido por toda a tribo ou comunidade (Oliveira, 1998).

Em termos gerais, sabe-se que todas as culturas possuem uma *ars moriendi* e que todas as grandes civilizações tiveram uma arte amadora (Leis, 2000). Este autor explica, que na maioria das culturas pré-modernas, a arte de morrer tem um estatuto tão importante como a arte de viver. Prova disso, são os textos constituintes do “Livro Tibetano dos Mortos” e do “Livro Egípcio dos Mortos” que apresentam uma maior centralidade nos aspectos da morte que nos da vida. Segundo Evans-Wentz (1988), durante o Renascimento e nas primeiras fases da Modernidade, conservaram-se os ensinamentos para aprender a morrer, através da leitura de textos e tratados medievais. Nestas épocas, as pessoas sofriam, sentiam e reflectiam sobre a própria morte, na ocasião da morte dos outros (Leis, 2000). Ao invés, hoje, o prenúncio mais comum na nossa cultura é a profunda rejeição que sentem os adultos de pensarem na sua própria morte, de falarem da morte com seus filhos ou de permitirem que tenham contacto com a morte de familiares, no sentido de lhes evitar sofrimento e de os afastar de algo que acreditam fazer-lhes mal (ibd.).

Este dado leva muitos autores referirem que a morte é o novo tabu da modernidade. Phillipe Ariés (1975), por exemplo, fala da morte como o novo tabu que surgiu, repentinamente, na sociedade ocidental, referindo que o primeiro autor a dar conta deste facto foi Gorer, em 1955, no seu livro “*The Ponography of Death*”. Por sua vez, Morin (1976) diz-nos que “o homem esconde a sua morte tal como esconde o seu sexo (...)” (p. 311).

Mas, se durante muitos anos o sexo foi o tabu por excelência, a verdade é que nas últimas décadas a morte ocupou o seu lugar, tornando-se algo de interdito e escondido (Ariés, 1975; Morin, 1976; Hennezel & Leloup, 1998; Oliveira, 1998; Leis, 2000).

Por tudo isto, vários autores defendem mesmo que vivemos numa sociedade de não-aceitação da morte (Becker, 1973; Ariés, 1975; Illich, 1976, *cit in* Copp, 1994; Oliveira, 1998; Michalopoulou & Michalopoulou, 2002; Wong, 2002; Zimmermann & Rodin, 2004), apesar do facto dos *mass media* exibirem numerosas mortes, o que leva a que ocorra um fenómeno de banalização da mesma (Figueiredo, 1993; Oliveira, 1998; Leis, 2000).

1.2. Definições e interpretações da morte

Recorrendo à origem da palavra morrer, sabemos que deriva do latim, mais precisamente, da palavra *morrere* que significa perder a vida, falecer, morrer, expirar, perecer. Outros significados lhe são atribuídos em termos de senso comum e em sentido figurado, tais como: apagar, bater a bota, bater a caçoleta, descansar, desaparecer, descer à terra, dizer adeus ao mundo, embarcar, entregar a alma a Deus (...).

Do ponto de vista médico, e tendo por base Ruffié (1987), a morte é o “abandono do mundo vivo, correspondendo à paragem do conjunto de processos bioenergéticos e das funções que os apoiam” (p. 229).

Na realidade, definir o conceito de morte não é tarefa fácil (Oliveira, 1998), pois o conceito de morte é muito diversificado (Ramos, 1987). Este antropólogo analisou diversas sociedades, culturas e tribos no oriente e no ocidente e verificou que existem diferentes concepções de vida e de morte, diferentes rituais de funeral, diferentes atitudes em relação à morte e aos mortos. Já para Cabodevilla (1999), “(...) morrer é único, personal e incomunicable (...)” (p. 72).

O título do livro de Herman Feifel – *The Meaning of Death* (1959 *cit in* Attig, 2004), sugere que a morte tem um simples significado, embora apresente diversas perspectivas e uma

grande variedade de definições de morte. O mesmo autor em 1977, na sua antologia actualizada, *New Meanings of Death*, dá a conhecer que a morte apresenta vários significados e que estes podem ser estudados e explorados por diferentes disciplinas (*cit in* Attig, 2004).

Tendo por base Vilar (2000), foi possível ter uma perspectiva da visão sociológica da morte por parte dos evolucionistas e funcionalistas. Assim, para os primeiros a morte significava o momento último de vida que se traduzia pela aniquilação da própria existência. Como forma de procurar compreender a perspectiva do próprio fim, apoiaram-se, através da religião, na crença da alma humana e, conseqüentemente, na crença da imortalidade humana. Na teoria dos funcionalistas e, mais precisamente, com Émile Durkheim, a abordagem social da morte inova e difere da anterior. A morte é, vista, então, como um elemento desestabilizador, como um momento de ruptura, já que as suas conseqüências, ou seja, o risco do desespero individual e colectivo, poderão ocasionar o risco da desagregação social. Segundo os funcionalistas a religião é a instância que permite o reequilíbrio social através da introjecção do morto às normas sociais e pela passagem do corpo e da alma para estádios seguintes.

Estudar os aspectos sociais da morte é também trabalhar com as diferentes maneiras das pessoas pensarem acerca dela, bem como a maneira como as pessoas lidam com ela em sociedade. Deverá, então, salientar-se que, na generalidade, os sociólogos, argumentam que a morte é frequentemente experimentada com uma crise (Vernon, 1970). Mas, este autor também refere que, de uma forma geral, as pessoas acreditam na finalidade da morte e que a morte é vista como o fim do individual, embora haja quem pense na morte como uma forma de sono, o que pressupõe vida após a morte.

Numa perspectiva teológica, e tendo como apoio bibliográfico o livro de Barros de Oliveira (1998) – “Viver a morte” –, logo, numa óptica mais cristã, a morte é considerada com um acontecimento profundamente humano, inseparável da vida. No entanto, parece

existir, entre os teólogos, alguma dificuldade em distinguir o conceito de imortalidade, de origem grega, e a ressurreição, anunciada no Novo Testamento. Isto é, na Bíblia refere-se que a morte não é o fim porque existe algo além da morte, enquanto que no Novo Testamento acredita-se que a morte não é o fim porque a sua principal ideia é a ressurreição (Miller, 1969).

No livro anteriormente citado, é-nos dada a conhecer a “teologia antropológica” de Rahner sobre a morte, que defende que a morte contamina todas as realidades humanas, como o espírito, o amor, a liberdade, a angústia e a confiança, e que põe em causa a clássica definição da morte como “separação entre o corpo e a alma”.

O tema da morte na filosofia esteve sempre presente, e seguindo a ideia de Montaigne (1948, *cit in* Leis, 2000) filosofar significa “aprender a morrer”.

Numa fase mais inicial, Platão e Aristóteles encontram uma visão diferente da morte: o primeiro defende a imortalidade da alma enquanto o segundo vê o homem no seu conjunto como um ser mortal, composto de matéria e de forma. Com Kant, no século XVIII inicia-se uma nova etapa na filosofia da morte já que este admite a imortalidade e a vida futura. A Kant segue-se Hegel que tenta integrar a morte na razão, procurando compreender a sua função e necessidade. A partir da segunda metade do século XIX, dá-se uma espécie de “crise da morte” com a introdução do conceito de angústia na morte, com Kierkegaard, ao relacionar a noção de pecado com a morte.

Mas, em termos de correntes filosóficas, a existencialista foi aquela que mais se dedicou à morte, e dentro desta destaca-se Heidegger (1951, *cit in* Leis, 2000) que considera a nossa finitude um dado essencial da existência humana, defendendo a premissa que a aceitação da morte permite ao homem vivê-la mais a sério. Assim, definiu o ser humano como um “ser-para-a-morte” (*ibd.*).

Outro filósofo existencialista é Jankélévitch (1977) que menciona que “a morte é um fenómeno biológico, como o nascimento, a puberdade e o envelhecimento; a mortalidade é um fenómeno social do mesmo modo que é a natalidade, a nupcialidade ou a criminalidade” (*cit in* Oliveira, 1998, p. 85). Este mesmo autor fala-nos da morte “em terceira pessoa” – que é a morte em geral, a morte abstracta e anónima ou ainda a morte da pessoa distante –, “em segunda pessoa” – que é a proximidade da morte de um ser querido (uma mãe ou uma irmã) – e “em primeira pessoa” – que se refere à própria morte.

Numa perspectiva mais humanista, Michalopoulou e Michalopoulou (2002) referem que a morte é uma experiência universal mas que deve ser enfrentada individualmente, tendo normalmente um efeito nos outros”. A morte é uma parte normal da experiência humana influenciada por diferenças culturais e circunstâncias materiais (Steele, 1997, *cit in* Michalopoulou & Michalopoulou, 2002).

Em termos psicológicos, Kastenbaum e Aisenberg (1972), referem que o conceito de morte é complexo, relativo, mutável, varia com o contexto e depende do comportamento do sujeito. Kastenbaum e Costa (1977) dizem-nos que “a morte, para muita gente, não é um pensamento abstracto e generalizado, nem uma preocupação pelo falecimento pessoal; é antes a perda actual ou temida de uma pessoa significativa” (p. 243). Estes autores referem também que pode haver dois tipos de morte: a morte puramente física e a morte com significativas derivações psicossociais.

Segundo Oliveira e Neto (2004) “a morte tem a ver com o consciente e o inconsciente”. No entanto, o ponto de vista psicanalítico refere que “a morte é um conceito abstracto, com um conteúdo negativo, ainda sem correspondência inconsciente” (Oliveira, 1998, p. 165).

De salientar que a psicanálise desde cedo estudou o tema da morte, tendo Freud, progressivamente encontrado a morte como opositora directa à força da vida, confrontando

Eros com Thanatos (Oliveira, 1998). Segundo Freud (1976), a nossa atitude frente à morte, é uma atitude de recalçamento, já que no fundo ninguém acredita na própria morte ou está inconscientemente convencido da própria imortalidade.

Apesar das várias tentativas de definir a morte, há a básica compreensão que a morte envolve cinco principais conceitos: (1) universalidade – todas as pessoas morrem; (2) irreversibilidade – uma vez morto, o corpo físico jamais voltará à vida; (3) não funcionalidade – o corpo deixa de se envolver em actividades associadas com a vida; (4) causalidade – o que realmente traz sobre a morte; (5) continuação não-corporal – alguma forma de existência depois da morte do corpo físico (Brent & Speece, 1993; Corr, 1995, *cit in* Noppe & Noppe, 2004).

Segundo Robert Marrone (1999), muitas são as interpretações que se dão à morte: para uns “a morte é simplesmente o fim da existência, uma parede, e a ideia de uma vida após da morte como uma ilusória, mística qualidade”; para outros “a esfera da morte e da vida depois da morte é uma porta – uma objectiva transição de estados do ser”; para alguns “o evento da morte é uma sagrada e magnífica libertação da dor e sofrimento da pesada existência terrestre” e ainda para outros “a morte é a terrível e lamentável perda da vida” (p. 515).

Apesar de apresentarmos várias perspectivas e tentativas de definição da morte, convém não esquecer que possuímos uma herança cultural sobre a morte que define e interfere a visão que cada um de nós tem sobre a mesma. Mais ainda, segundo a psicóloga Bel César (2002) “Partimos de ideias preconcebidas sobre a morte, formadas a partir da nossa personalidade, da educação familiar e do ambiente sociocultural e religioso em que vivemos” (p. 24).

1.3. A morte ao longo do ciclo da vida

A morte e a visão que dela se tem difere, como é óbvio, dependendo dos estádios de desenvolvimento em que cada um se encontra. Certamente que a noção que uma criança tem

da morte e do morrer é diferente daquela que o adolescente ou o adulto apresenta. Normalmente, a premissa mais explícita neste campo é que as crianças não compreendem a morte e os adultos compreendem (Kastenbaum & Costa, 1977).

Segundo Pettle e Britten (1995), até aos 5 anos de idade a criança não vê a morte como algo consumado, esperando que a pessoa regresse a qualquer altura; até aos 9/10 anos a morte continua a ser vista como algo exterior, como uma espécie de rapto e só a partir desta idade é que consegue identificar a morte como um processo biológico permanente.

Por sua vez, Kubler-Ross (2000) elucidou-nos que as crianças morreriam com a maior das naturalidades, não fossem os adultos dramatizar demais e ver a morte como um grande mistério. Para esta autora a primeira intuição que as crianças têm da morte passa pelo medo de separação – dos pais – e pelo medo de alguma mutilação e conseqüente castração, principalmente se a criança atravessa o complexo de Édipo. Kubler-Ross afirma que só por volta dos 8 ou 9 anos é que as crianças percebem a morte como um acontecimento definitivo, salientado que deveremos, não só, usar com elas de toda a sinceridade e honestidade, como também, deixá-las exprimir livremente os seus sentimentos acerca da questão.

Estudos realizados por Nagy (1948) e Brent e Speece (1993) mostraram que as crianças só conseguem alcançar maturidade para perceber os cinco conceitos principais que a morte implica – universalidade, irreversibilidade, não funcionalidade, causalidade e continuação não corporal (anteriormente descritos) – aproximadamente entre os 7 e os 9 anos de idade. Dado que estes conceitos estão associados ao desenvolvimento cognitivo, não é surpresa que o pensamento operacional formal próprio dos adolescentes, lhes permita uma oportunidade para considerarem a morte em termos mais abstractos e hipotéticos (Noppe & Noppe, 1996 *cit in* Noppe & Noppe, 2004).

De facto, entre os 9 e os 12 anos (período da última infância), as crianças já percebem que a morte é comum a todos os seres vivos, tratando-se de um estágio terminal e irreversível;

neste período já conseguem, também, pensar na sua própria morte e, na perda de um familiar, já passam por um processo de luto (Oliveira, 1998).

Na altura da (pré)adolescência, graças ao desenvolvimento cognitivo, a ideia anteriormente exposta acentua-se, estando, agora, o jovem em condições para equacionar a vida para além da morte, podendo ser tentados pelo ocultismo, pelo reencarnacionismo, espiritismo e outras teorias exóticas (Kastenbaum & Aisenberg, 1972).

Mas, apesar da certeza que a morte é inevitável e mais próxima em cada dia, os adolescentes aprendem a conviver com esta ideia vivendo a vida ao máximo o que, inerentemente, compreende alguns riscos (Noppe & Noppe, 2004). Estes autores salientam ainda que o optimismo natural dos adolescentes, juntamente com as suas disposições egocentristas – onde se insere a ideia de que “nada pode acontecer comigo” – conduz a uma tensão subjacente entre o abraçar a vida e o reconhecer a morte.

Um dos dados mais pertinentes no que concerne à relação dos adolescentes com a morte prende-se com a ligação que estes fazem entre a morte e a futuridade (Dickstein & Blatt, 1966). Kastenbaum e Aisenberg (1972) explicam que “a identidade do adolescente está intimamente ligada à pessoa-que-ele-virá-a-ser num futuro próximo(...), o prospecto da morte é uma ameaça para o adolescente-que-ele-é-hoje porque tolda a possibilidade de vir a ser, um dia, aquele que ele valoriza e em direcção ao qual ele caminha” (p. 35). Assim, a maneira como o jovem conceptualiza o futuro, aparece como um ponto crucial nas suas orientações perante a morte (Wohlford, 1966).

O facto dos adolescentes viverem num momento em que procuram a sua própria identidade, complica a tarefa dos jovens lidarem com a percepção lógica sobre a morte e o morrer, sendo, por vezes, difícil para eles aceitar as regras da vida e da morte, o que os leva, muitas vezes, a avaliarem o sentido da sua existência (Sterling & Van Horn, 1989).

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Certamente, os adolescentes são mais sofisticados do que as crianças na sua compreensão e resposta à morte. Contudo, ainda não fazem o luto como um adulto. Mas, na realidade, autores há que defendem que os jovens vivem o luto mais intensamente que os adultos, expressando-o através de pequenas explosões ou então optando por um esforço concertado no controlo das emoções (Oltjenbruns, 1991; Christ, Siegel & Christ, 2002). Barros Oliveira (1998), por sua vez, refere que os jovens conseguem manifestar os seus sentimentos numa forma mais espontânea que os adultos, reagindo, às vezes, através da depressão e até mesmo através de tentativas de suicídio, por considerarem a vida sem sentido.

Assim, é de toda a importância que os adolescentes, por um lado, desenvolvam capacidades para expressar os seus próprios sentimentos e de resolução de problemas, e que, por outro, se sintam rodeados de relações estáveis de confiança e de apoio. Ao que parece, o apoio social proveniente da família e do grupo de pares poderá amortecer os sentimentos de confusão e isolamento, bem como a intensidade das reacções do adolescente enlutado (Noppe & Noppe, 2004).

No que diz respeito à idade adulta parece ser aceitável reconhecer diferenças individuais e a probabilidade de que as orientações relativamente à morte são complexas, multifacetadas e sujeitas a influências situacionais no interior da uma mesma pessoa (Kastenbaum & Aisenberg, 1972).

Do ponto de vista de Noppe e Noppe (2004), “os adultos vêm a morte através da lente da esperança que provem de um número infinito de experiências de vida, associadas a múltiplas interacções com diferentes pessoas, situações de trabalho e relações familiares” (p. 151).

Um dado interessante relaciona-se com o facto dos adultos de meia-idade, começarem a pensar nas suas idades mais em termos de distância da morte do que da nascença (Lieberman & Caplan, 1970). Em geral, quando já somos muito idosos passamos mais tempo

a pensar na morte e até organizamos o nosso enterro. Segundo Rebelo (2004), esta atitude ou este envolvimento comprova que à medida que avançamos na idade vamos aceitando a morte com menos angústia, encarando de frente o inevitável.

Segundo Oliveira (1998), os idosos podem manifestar múltiplos sentimentos, por sua vez, difíceis de narrar, à medida que sentem a morte a aproximar-se. Mas, estes sentimentos vão sempre depender de cada um, de como viveu a vida, de quem o rodeia, da fé religiosa, da maneira como poderá vir a morrer (local, estado físico, sozinho, etc.).

Mas, apesar de tudo, parece relevante que as pessoas ao longo da vida vão adquirindo capacidades de acomodação ao conceito de finitude, não só através da acumulação das suas experiências, como também pelo simples facto de terem vivido mais tempo, tal como referem Neimeyer, Wittkowski e Moser (2004).

Em termos de conclusão deste ponto, poder-se-á admitir que a nossa postura perante a morte se vai modificando ao longo do nosso ciclo de vida, sendo a idade um factor de relevo na nossa atitude perante a morte. Citando o autor José Eduardo Rebelo (2004) “embora evitamos pensar que um dia nos baterá à porta, o sermos confrontados, a partir de certa idade, com a perda, primeiro de pessoas mais velhas, como os pais e tios, e mais tarde com pessoas da nossa geração, como os amigos e colegas, e eventualmente mais novos, faz-nos começar a ter atenção com o nosso fim” (p. 36).

1.4. Breve abordagem da evolução dos estudos sobre o tema da morte

Centrando-nos apenas na psicologia, há que referir que o tema da morte, apesar de ser um fenómeno que nos acompanha em toda a nossa vida, não foi, até à década de 60, muito explorado pelos psicólogos. Segundo Oliveira (2002), este facto poderá ter acontecido ou porque o tema era demasiado complexo e pouco empírico (o que não enquadrava com o behaviorismo), ou porque houvesse medo de a encarar. O facto de ela pertencer a todas as idades e condições sociais e de estar na origem de muitos sintomas e doenças psíquicas, como

as insónias, a depressão, doenças psicossomáticas, diferentes medos e obsessões, foi realmente determinante para o desenvolvimento do seu estudo (Oliveira & Neto, 2004).

Pode-se dizer, que o decisivo e principal interesse pelo estudo deste tema nas várias especialidades apenas teve lugar após a 2ª Guerra Mundial, mais precisamente na década de 50/60, altura em que surgem uma série de congressos, artigos, livros e até os primeiros cursos universitários sobre tanatologia.

Foi, pois, a partir desta época, que se começaram a realizar os primeiros seminários, encontros e revistas sobre este tema e, em particular, sobre o tema da ansiedade ou do medo face à morte. Desta feita surge a revista *OMEGA: American Journal of Death and Dying* e o livro mais representativo a nível internacional desta temática intitulado *The Psychology of Death* de Kastenbaum e Aisenberg em 1972.

Em Portugal as investigações realizadas neste campo são ainda mais recentes e singularmente escassas, contando-se apenas com os trabalhos de Abreu (1987, *cit in* Oliveira, 2002), Bracinha e Vieira (1987), Coelho (1991), Oliveira (1998; 2002).

Conclusão

Há que salientar que apesar da morte ser um tema sempre actual e presente – tendo em conta as inúmeras mortes que ocorreram nas muitas guerras existentes ao longo da nossa história e as mais variadas mortes que todos os dias nos são dadas a conhecer pela comunicação social dos nossos tempos – a verdade é que sempre foi um tema tabu. Prova disto é a forma como o mundo Ocidental, em particular, trata a morte ocultando-a das crianças e banindo-a das conversas quotidianas. De facto tenta-se camuflar tudo aquilo que possa lembrá-la: a doença, a velhice, a decrepitude.

Na base deste fundamento está, principalmente, a análise dos rituais de culto dos mortos de antigamente e de agora. Até meados do século XIX a morte tinha lugar em casa, junto da família, amigos e vizinhos. Desta feita, era, de certa forma, um acontecimento mais

comum a todos e até para as crianças. Nos nossos dias, a morte fica a cargo dos profissionais de saúde: já não se morre em casa mas nos hospitais, por vezes só e longe dos que lhe são mais próximos; do hospital o corpo segue para a igreja devidamente preparado e até mesmo maquilhado e muitas vezes opta-se pela cremação; o luto tende a desaparecer e os cemitérios já não são alvo de tantas visitas (Oliveira, 1998).

Numa tentativa de explicar este fenómeno, o autor anteriormente citado considera que a negação da morte na sociedade actual prende-se com vários factores tais como: a vontade existente de se “gozar a vida”; ao avanço da tecnologia que prolongou a longevidade; a mudança de valores mais voltados para o consumismo e o hedonismo.

Em termos de conclusão e tal como podemos constatar, ao longo dos tempos vários foram os rituais que se criaram, determinados pela cultura e pela religião, no sentido de ajudar as pessoas a lidarem com a morte. Mas, como tivemos oportunidade de verificar, a morte mudou ao longo dos anos, notando-se agora um maior sentimento de desconforto por parte das pessoas quando se defrontam com este tema. Convém aqui evocar as observações de Feifel (1982) “nós estamos embutidos no nosso tempo e cultura... cada geração luta com a presença da morte – enfurecendo-se contra ela, abraçando-a, tentando domesticá-la” (p. 72), e, ao mesmo tempo, apesar de sermos mais conhecedores e realistas acerca da morte, continua a persistir a sua negação.

CAPÍTULO II – A ansiedade e o medo da morte

Introdução

Embora faça parte do ciclo natural da vida a morte, continua a ser um tema bastante polémico, por vezes evitado e por muitos não compreendido. Sendo considerada uma das maiores interrogações da humanidade, reveste-se de mistérios, sedução, curiosidade, gerando medo e ansiedade nas pessoas. Para Palmer (1993) “a morte é terrificante porque é

omnipotente, omnipresente e brutalmente imparcial. Ao mesmo tempo a morte é desconhecida e completamente misteriosa para nós, uma presença monstruosa e invisível ameaça levar tudo o que gostamos num instante” (*cit in* Wong, 2002).

Neste segundo capítulo tentar-se-á, numa primeira abordagem, operacionalizar os conceitos da ansiedade e do medo quando relacionados com a morte. Num segundo ponto apresentar-se-á uma série de investigações nesta área, demonstrando-se algumas das variáveis que normalmente lhe estão correlacionadas. E, por último, descrever-se-ão alguns modelos explicativos da ansiedade e medo da morte.

2.1. Operacionalização dos conceitos da ansiedade e do medo na morte

“Medo” e “ansiedade” são, entre os termos usados para caracterizar a morte ao longo da vida, os mais frequentes (Kastenbaum & Costa, 1977). Shulz (1979, *cit in* Copp, 1994) salientou que a apreensão evocada nos pensamentos acerca da morte e do morrer tem, simultaneamente, propriedades de medo e de ansiedade. Para além disso, uma ansiedade existencial adicional pode, ainda, advir da capacidade que o Homem tem de reflectir acerca do sentido da vida e da morte, pelo que a maneira como vemos a morte e a forma como lidamos com a ansiedade da morte pode afectar profundamente todos os aspectos das nossas vidas quer positiva ou negativamente (Wong P., 2002).

Apesar de se poder estabelecer uma distinção entre estes dois conceitos, na maioria dos casos a literatura disponível utiliza-os como sinónimos (Simões & Neto, 1994). De qualquer das maneiras tentar-se-á defini-los separadamente.

Tendo por base o trabalho dos psicanalistas, Schulz (1979, *cit in* Copp, 1994) constatou que o termo “Medo” é experienciado relativamente a acontecimentos ambientais específicos ou a objectos, como por exemplo a dor. No que diz respeito à “Ansiedade” o termo refere-se a um estado emocional negativo associado à falta de um objecto específico,

como por exemplo, pensar sobre a morte pode desencadear ansiedades amorfas e não especificadas devido ao carácter desconhecido que a qualifica.

Sendo a ansiedade um estado emocional que provém de um medo que é real ou imaginado, fácil é de racionalizar a normalidade de se sentir medo e ansiedade face à morte tendo em conta que, por um lado, a morte é a única certeza da vida e que todos os organismos vivos morrem; e que, por outro lado, o ser humano, tal como já foi referido, tem a capacidade cognitiva de se aperceber da inevitabilidade da morte e de reçar o que poderá vir após a morte. E, na maioria dos casos, essa capacidade cognitiva evoca imagens negativas e perturbadoras que evocam sentimentos de medo e ansiedade (Rebelo, 2004).

Muitos autores, definiram a ansiedade da morte como sendo um medo da morte e do morrer que as pessoas experienciam no seu dia-a-dia, causado pela antecipação do estado em que cada um de nós está morto (Neimeyer e Moore, 1994 *cit in* Fry, 2003; Tomer & Eliason, 1996; Cicirelli, 1999).

Para Hoelter (1979), “A ansiedade da morte é uma reacção emocional que envolve sentimentos subjectivos de desagrado e preocupação baseados na contemplação ou antecipação de alguma das muitas facetas/dimensões relacionadas com a morte” (p. 996).

Vários têm sido, também, os autores que têm tentado operacionalizar modelos e conceitos sobre o medo da morte. A título de exemplo podem ser citados Becker (1973) e Feifel (1977) que partem da premissa que a maior parte do comportamento humano é uma resposta ao medo da morte, evidenciando como exemplo as perturbações psicossomáticas e as depressões. Feifel e Nagy (1981) foram mais além e defenderam mesmo que “... o medo da morte, mais ou menos natural ou aprendido, é um medo de que poucos se podem considerar imunes” (p. 163). Por sua vez, Freud (1923 *cit in* Oliveira, 1998) afirma que o princípio de que todo o medo ou angústia é medo da morte, não parece fazer sentido, até porque o medo da

morte passa-se entre o eu e o supereu e a ansiedade face à morte e ainda a ansiedade da consciência surgem da “elaboração do medo de castração”.

Numa perspectiva puramente psicológica, dever-se-á referir, aqui, Kastenbaum e Aisenberg (1972), que no seu livro *The Psychology of Death*, referem que a palavra ou o pensamento da morte funciona como um estímulo, cuja resposta será a ansiedade e o medo da morte. Por sua vez, explicam, também, que o objecto do medo pode divergir conforme: o momento da morte, o medo da surpresa da morte, o facto de deixar de ser ou de desaparecer, o medo do que acontecerá depois da morte, o sofrimento e a angústia que precede a morte, o medo de fazer sofrer os que me rodeiam, o medo só da minha morte ou então o da morte dos meus entes queridos. Outro dado interessante que estes autores nos indicaram é que o medo da morte seria algo de aprendido, ou seja, seria um medo adquirido ao longo do processo de socialização.

Indo de encontro à ideia anterior, Bel César (2002), diz que o medo da morte é inerente ao processo de desenvolvimento humano, aparecendo na infância a partir das primeiras experiências de perda. Para esta psicóloga este medo tem várias facetas já que se trata do medo do desconhecido, somado ao medo da própria extinção, da ruptura da teia afectiva, da solidão e do sofrimento.

2.2. Estudos realizados no campo da ansiedade e medo da morte e suas variáveis

A ansiedade e o medo da morte estão correlacionados com muitas variáveis, como a idiosincrasia ou personalidade, a idade, o sexo e a religião. No entanto, e pelos resultados de vários estudos, parece concluir-se que o medo da morte tem mais a ver com a personalidade e o sentido de bem-estar do que com a idade, sexo e mesmo com a religião (Oliveira, 1998).

Mas na realidade, nesta área temática dificilmente se chega a um consenso quanto a teorias e conceitos, pois a realidade é que os resultados das diferentes investigações não obtêm resultados coincidentes e são, muitas das vezes, inconclusivas.

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Na origem destes resultados discordantes estão, por um lado, factores como: uma maior ou menor consciência desse medo; variáveis que poderão interferir com esse medo como a idade, sexo, cultura, religião e determinados traços de personalidade (*locus* de control, optimismo vs pessimismo, auto-estima, entre outros); e, por outro lado, os próprios instrumentos de medição da ansiedade face à morte que se distinguem por uma grande variedade e se debatem por ser de natureza uni ou pluridimensional. Relativamente a este ponto não há consenso quanto ao número de factores nem quanto à sua designação. Exemplificando, Neimeyer e Moore (1994, *cit in* Fry, 2003) deram atenção a oito factores na sua *Multidimensional Fear of Death Scale*, enquanto que Collett e Lester (1969) propuseram uma solução de quatro factores na *Collett-Lester Fear of Death Scale*.

Ainda sobre a temática do número de factores que são componentes essenciais das escalas de ansiedade face à morte, Thorson e Powell (2000, *cit in* Fry, 2003) asseguravam que a controvérsia continuava. Contudo Fry (2003), tal como já foi referido, acredita que cada vez mais há concordância que a ansiedade da morte passa por uma variada gama de medos que se relacionam ao da sua própria morte, à morte dos outros, ao do desconhecido depois da morte, ao medo de obliteração e ao medo do processo de morte que inclui o medo de uma morte lenta e de uma morte dolorosa.

Além destas divergências Oliveira (2002) chama a atenção para outros dois aspectos pertinentes, nomeadamente o facto de existirem autores que defendem este medo como algo fixo, enquanto outros como dependente de influências ambientais; e ainda a questão levantada por Kastenbaum e Costa (1977) sobre a utilidade dos questionários neste domínio, tendo por base a fraca validade e fidelidade dos instrumentos usados, até porque, tendo em conta que o tema da morte é quase sempre de repúdio e negação, levanta-se a questão da sinceridade das respostas face ao problema da deseabilidade social.

Apesar de todos estes senãos, um número considerável de estudos têm sido realizados no campo da ansiedade ou medo da morte.

2.2.1. A ansiedade e o medo da morte/idade

Desde cedo muitos autores focaram a idade como uma das variáveis mais representativas da ansiedade face à morte, acreditando que esta seria mais elevada nos idosos. Tomer e Eliason (1996) referiram mesmo que é muito plausível acreditar-se numa relação directa e simples entre a proeminência da morte e a ansiedade da morte, pelo que pessoas que estão “perto da morte” demonstrarão maiores níveis de ansiedade.

Feifel, em 1956, foi o primeiro psicólogo a conduzir um estudo empírico das atitudes dos idosos perante a morte, tendo, numa fase posterior, investigado, mais directamente, a relação entre idade e ansiedade de morte em vários níveis de conhecimento. Os resultados dos seus estudos sugerem que a terceira idade não é necessariamente um período de preocupação taciturna com a própria morte, até porque os idosos apresentaram níveis mais baixos de medo da morte do que os jovens (Neimeyer *et al.*, 2004). Rebelo (2004) acredita que com a idade, tornamo-nos mais contemplativos perante a nossa própria morte, envolvendo-nos mais com ela. Segundo este autor, esta atitude é consequente da diminuição da ansiedade que vamos tendo perante a morte.

Na realidade e tal como aconteceu com Feifel, algumas investigações levaram a concluir que, em geral, os idosos sentem menos ansiedade da morte que os mais novos (Kastenbaum e Aisenberg, 1972; Koocher, O’Malley, Foster, & Gogan, 1976; Oliveira, 1998, 2002). Outros estudos sugerem também que há uma diminuição linear da ansiedade da morte com o decorrer dos anos (Neimeyer, Bagley & Moore, 1986; Thorson & Powell, 1994 *cit in* Tomer & Eliason, 1996) enquanto outros revelam mais um movimento curvilíneo da ansiedade face à morte, registando-se o seu ponto mais elevado na meia-idade (Gesser, Wong & Reker, 1987 *cit in* Tomer & Eliason, 1996).

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Conduzindo uma meta-análise de toda a investigação publicada sobre esta população, Fortner e Neimeyer (1999) descobriram que a ansiedade da morte era mais elevada em adultos idosos que: (a) tinham mais problemas de saúde física; (b) relatavam uma história de angústia psicológica; (c) tinham fracas crenças religiosas e (d) tinham baixa “*ego integrity*”, satisfação de vida e resiliência.

Numa linha de estudos mais direccionada para os adolescentes, Sterling e Van Horn (1989) descobriram que aqueles que se encontrassem no pico da sua luta no que diz respeito à formação da identidade apresentavam os maiores níveis de ansiedade face à morte. Para além disto, outras investigações demonstram, por um lado, que é comum nos adolescentes preocupações acerca da sua própria morte e, por outro lado, que a ansiedade face à morte é relativamente mais elevado nos adolescentes mais velhos (Thorson & Powell, 1994 *cit in* Noppe & Noppe, 2004).

Por seu lado, Rasmussen e Brems (1996) estudaram a correlação que poderia existir entre as variáveis idade e maturidade psicológica dos indivíduos, finalizando que estas estavam inversamente relacionadas com a ansiedade da morte, isto é, quanto mais velho se é e maturidade se tem menos ansiedade de morte se sente. Porém, Oliveira (2002) a partir de um estudo realizado com uma amostra repartida por quatro subgrupos díspares em idade e em formação, concluiu que a ansiedade face à morte diminuía com a idade adulta para de novo aumentar na terceira idade.

No que diz respeito ao que seria mais temido nas questões relacionadas com a morte, Thorson e Powell (1994 *cit in* Noppe & Noppe, 2004), concluíram que sujeitos mais novos temiam aspectos como a decomposição do corpo, dor, abandono e isolamento, enquanto pessoas mais velhas apresentavam maior preocupação com a perda de controlo e da existência de vida depois da morte.

2.2.2. A ansiedade e o medo da morte/género

Outra variável também muito avaliada em investigações desta temática é o género.

Embora algumas investigações não tivessem encontrado nenhuma diferença significativa relativamente aos resultados da ansiedade face à morte entre o sexo masculino e feminino (Fortner & Neimeyer, 1999; Marks, 1986; Thorson, 1991), a verdade é que existem muitos outros estudos que referem que as mulheres apresentam resultados significativamente mais elevados que os homens (Templer, Ruff, & Franks, 1971; Lester, 1972; Oliveira, 2002). Schumaker *et al.* (1991) num estudo intercultural que fizeram, entre japoneses e australianos, denotaram que não havia diferenças significativas nos níveis de ansiedade entre os homens e as mulheres da cultura chinesa, enquanto que na amostra australiana depararam que o sexo feminino eram mais ansioso que o masculino.

Num estudo idêntico, Abdel-Khalek e Lester (2003), tendo por amostra dois grupo de estudantes, um de kuwaitianos e outro de americanos, encontraram diferenças de género no grupo de kuwaitianos, com as mulheres a apresentarem níveis mais altos de ansiedade do que os homens. No caso do grupo de americanos o mesmo não aconteceu, não havendo diferenças estatisticamente significativas.

Numa tentativa de se explicar estes resultados, poderão estar factores como as mulheres normalmente apresentarem níveis mais altos de ansiedade e mal-estar nos inventários da ansiedade (Lonetto & Templer, 1988); o facto das mulheres terem menos dificuldade em exprimir os seus sentimentos e preocupações (Fortner & Neimeyer, 1999); bem como, o facto dos homens apresentarem maior relutância em admitir o medo da morte, simplesmente por ser uma atitude socialmente indesejável (Oliveira, 1998).

2.2.3. A ansiedade e o medo da morte/cultura

A nível de estudos produzidos, dever-se-ão, também aqui, mencionar os interculturais designadamente o de Schumaker *et al.* (1991) que compararam o nível de ansiedade em

japoneses e australianos, descobrindo que os primeiros são, expressivamente, mais ansiosos que os segundos; e, também, os que relacionam a religião e a cultura como Parsuram e Sharma (1992) em que utilizaram um grupo de hindus, um muçulmano e um cristão, tendo os primeiros manifestado menos ansiedade que os outros grupos e o cristão apresentou maiores níveis de ansiedade; Parsuram e Ghandi (1994 *cit in* Oliveira, 2002) fizeram um estudo idêntico tendo obtido resultados um pouco diferentes: aqui, foram os muçumanos que evidenciaram menos ansiedade, seguiram-se os hindus, tendo, uma vez mais, o grupo dos cristãos apresentado maior ansiedade.

Tendo em conta que cada cultura tem a sua própria maneira de explicar e de dar sentido à morte, vários autores (Charmaz, 1980 *cit in* Schumaker *et al.*, 1991; Schumaker, Barraclough, & Vagg, 1988) referem que é fácil depreender que alguns sistemas culturais poderão ser mais eficazes que outros no que concerne à defesa do impacto psicológico da percepção da morte nos seus membros.

Mas na realidade, em termos de estudos culturais, os que se quantificam mais são os relacionados com as cultura oriental e ocidental. Na generalidade, os resultados evidenciam que pessoas de várias culturas orientais tendem a demonstrar níveis mais baixos de ansiedade face à morte do que populações de culturas ocidentais (McMordie & Kumar, 1984 *cit in* Schumaker *et al.*, 1991; Westman & Canter, 1985; Schumaker *et al.*, 1988).

2.2.4. A ansiedade e o medo da morte/religião

A religião tem sido outros dos factores também muito pesquisado, normalmente com o intuito de se perceber até que ponto a crença religiosa poderá ou não afectar a intensidade da ansiedade da morte. Hoelter e Epley (1979, *cit in* Oliveira, 2002), Powell e Thorson (1991), Macintosh *et al.*, (1993, *cit in* Oliveira, 2002), Ramussen e Johnson, (1994) são alguns dos autores que debruçaram os seus estudos sobre esta variável, contudo os seus resultados caracterizam-se, quase sempre, de pouco conclusivos.

Feifel (1959, *cit in* Neimeyer *et al.*, 2004) e Feifel e Branscomb (1973) concluíram que pessoas religiosas quando comparadas com pessoas não-religiosas têm mais medo da morte talvez pelo facto de se preocuparem mais, não só com questões sobre o fim da existência, mas também sobre o tema da vida além da morte. Na opinião de Rebelo (2004), os ateus experimentam níveis moderados de ansiedade perante a morte, porque como não têm crença na vida para além da morte, preocupam-se sobretudo com o que desejavam fazer e não conseguiram durante a sua existência; assim, não temem a morte, experimentando apenas alguma inquietação relativamente ao momento e à maneira como esta ocorrerá.

Florian e Kravetz (1983), concluíram que a religião interfere positivamente nos níveis do medo da morte, quando as suas orientações e crenças estão voltadas para noções de castigo após a morte.

No entanto, outros estudos revelaram que a ansiedade é menor nas pessoas religiosas do que não-religiosas (Jeffers, Nichols, & Eisdorfer, 1961 *cit in* Clements, 1998; Templer, 1972; Feifel & Nagy, 1981; Alvarado, Templer, Bresler, & Thomas-Dobson, 1995). Outros estudos há que não encontraram nenhuma correlação entre ansiedade face à morte e religião (Kurlychek, 1978 *cit in* Clements, 1998; Templer & Dotson, 1979, *cit in* Clements, 1998). Oliveira (1998) admitiu que o contributo da religião poderá não ser assim tão importante para a qualidade da morte, até porque é sempre difícil definir o que caracteriza uma pessoa religiosa. No entanto, acredita que pessoas com convicções profundas, a fé poderá ajudar a bem morrer.

2.2.5. A ansiedade e o medo da morte/psicopatologia

Feifel (1955) notou que o tema da morte predominava muitas vezes em psicopatologia e que para alguns pacientes a discussão deste tema era terapêutico. Para este autor, e contrariamente à teoria psicanalítica, a ansiedade à morte nestes pacientes poderia não ser um aspecto secundário de outras perturbações (como por exemplo a ansiedade da separação), mas

deveria ser ela própria uma força a partir da qual outra sintomatologia secundária poderia surgir.

Muitas são as investigações que têm estabelecido uma associação entre a ansiedade da morte e uma forte conexão com a psicopatologia, mais concretamente com a depressão à morte (Abdel-Khalek, 1997, 2000-2001) e também com a depressão em geral (Lonetto & Templer, 1988, Lucas, 1974). Alvarado *et al.*(1995), referiram que a ansiedade face à morte está relacionada com o medo individual face à própria morte, enquanto a depressão face à morte está ligado ao facto do indivíduo deprimir quando pensa na morte.

Outro factor associado positivamente à ansiedade da morte é a ansiedade em geral, ou seja, indivíduos com elevada ansiedade à morte tendem a vivenciar uma maior ansiedade no seu dia-a-dia (Abdel-Khalek, 1997, 2000-2001; Templer *et al.*, 1990).

Por sua vez, outros estudos, sugerem que altos níveis de ansiedade de morte são, geralmente, acompanhados por elevados níveis de neuroticismo, onde se incluem as predisposições para a culpa, preocupação e desconfiança, entre outras (Howells & Field, 1982; Loo, 1984; Westman & Brackney, 1990).

Neste item, parece pertinente incluir, também, o estudo de D'Átillio e Campbell (1990), que encontrou uma correlação positiva entre suicídio e ansiedade à morte, indicando que os sujeitos com maior potencial para o suicídio apresentavam maiores níveis de ansiedade face à morte.

2.2.6. A ansiedade e o medo da morte/personalidade

Para terminar a apresentação da lista dos principais estudos no domínio faltam mencionar os que se têm debruçado sobre algumas variáveis da personalidade.

Assim, indicamos White e Handel (1991 *cit in* Oliveira, 2002) que verificaram que pessoas com alta ansiedade da morte viviam mais abatidas e menos satisfeitas com a vida; e Davis *et al.* (1992 *cit in* Oliveira, 2002) que por sua vez, elaboraram um estudo relacionando

variáveis como a solidão, o optimismo/pessimismo e a ansiedade face à morte, concluindo não haver correlações significativas.

No entanto, Neimeyer e Chapman (1980 *cit in* Noppe & Noppe, 2004), através das suas investigações com adolescentes, evidenciaram que baixos níveis de ansiedade da morte estão associados com uma alta auto-estima.

Fry (2003), usando uma amostra de 167 mulheres e 121 homens, entre os 65-87 anos, testou a crença que a percepção da auto-eficácia nas pessoas idosos seria um preditor do medo e ansiedade da morte. Esta hipótese acabou por se confirmar tanto nas mulheres como nos homens, indo esta teoria de encontro à linha de pensamento de Tomer e Eliason (1996) que enfatizaram o papel mediático das auto-percepções (auto-estima, auto-competência, auto-respeito) no modo de lidar com ansiedade face à morte.

Outro aspecto relevante na visão que temos da morte e, em particular na forma como a vivemos, é o estatuto sócio-cultural e ainda a vida passada. Para Oliveira (1998), é mais fácil e simples morrer para pessoas que viveram uma vida cheia de preocupações e privações do que para aquelas que tiveram uma vida regalada e com bens abastados, para quem a passagem da morte é algo muito doloroso e complicado. Da mesma forma, pessoas com menos educação e de estatuto sócio-económico baixo vivenciam a morte de forma mais amena e penosa do que outras com mais cultura e estatuto sócio-económico mais elevado (*ibid.*).

De facto, não só os aspectos da personalidade ligados à experiência de vida e ao meio social de inserção, como também, algumas personalidade mais neuróticas e psicopatologias, se revelam bastante relevantes nos níveis de ansiedade face à morte, podendo, até, reflectir preocupações neuróticas relacionados em especial com sintomas somáticos.

2.3. Modelos explicativos da ansiedade e medo da morte

Dada à grande curiosidade que foi surgindo ao longo dos tempos sobre as atitudes e a ansiedade perante a morte que as pessoas vão sentido durante as suas vidas e principalmente no momento em que se deparam com a mesma, vários foram os modelos emergentes que tentaram explicar este processo.

2.3.1. Modelo da Ansiedade da Morte

Dada a grande inconsistência dos resultados e/ou paradoxais descobertas no campo da ansiedade face à morte, surgiu a necessidade para a formulação de um modelo compreensivo, operável e testável, que conseguisse explicar estas diferenças relacionando-as com algumas possíveis causas determinantes.

Tomer e Eliason (1996) acabaram por elaborar um modelo integrado sobre a ansiedade referindo três antecedentes imediatos do medo da morte: lamentação referente ao passado, lamentação referente ao futuro e significado da morte. A lamentação referente ao passado refere-se às aspirações que deveriam ser alcançadas mas não foram; a lamentação referente ao futuro refere-se à antecipação que, como resultado de uma morte prematura, impossibilita a pessoa de atingir determinados objectivos no futuro; o significado da morte está relacionado com o conceito de morte de cada um e a habilidade para lhe dar um sentido. Segundo os autores do modelo estes três aspectos são afectados, quer directa, quer indirectamente, pela proeminência da morte. A forma indirecta pela qual a proeminência da morte afecta os três aspectos acima mencionados vai depender de dois tipos de crenças de cada um: crenças acerca do mundo e crenças acerca do “eu”. Para além disto, a proeminência da morte pode activar mecanismos de defesa nas pessoas (que podem incluir a análise da sua vida, os planos da sua vida, a sua identificação com a cultura e a sua transcendência) que, por sua vez, vão afectar os dois tipos de crenças e consequentemente os três aspectos determinantes da ansiedade da morte referidos por estes autores.

Para melhor compreensão do modelo, apresenta-se em anexo o esquema do mesmo (ver anexo 1).

2.3.2. Modelo Multidimensional do Medo da Morte

Florian e Kravetz (1983) propuseram um modelo que sugere que o medo da morte possui três componentes: a componente intrapessoal que se refere ao impacto da morte no corpo e na mente; a componente interpessoal que diz respeito ao impacto da morte daqueles que amamos e que nos são próximos; e a componente transpessoal que, por sua vez, está associada à preocupação com a possibilidade de ser punido no outro mundo pelos comportamentos terrenos.

2.3.3. Modelo de Elizabeth Kubler-Ross

Segundo Elizabeth Kubler-Ross (2000), a adaptação à morte faz parte de um processo de socialização. Com base em estudos realizados com doentes terminais num contexto hospitalar, esta autora apresentou uma teoria que defende que a adaptação emocional da morte inclui cinco estádios:

1. Negação – o paciente recusa acreditar o que lhe está a acontecer;
2. Ira/Revolta – “ Porquê eu?”, o paciente sente-se privado de uma longa vida e revolta-se com ninguém e com todos, incluindo Deus;
3. Negociação – o paciente faz um acordo como destino/sorte e pede-lhe que lhe permita que viva o suficiente para ver um evento especial e significativo;
4. Depressão – à medida que as energias vão sendo desgastadas pela doença, o paciente começa a adaptar-se à ideia da sua morte;
5. Aceitação – este estádio pode ser atingido se a fase anterior surgir e permite que o próprio encare a morte pacificamente; a luta termina.

Segundo a autora a maior parte das pessoas que se encontram num processo de falecimento passam por estes estádios, no entanto podem entrar e sair de cada um deles sem

nenhuma ordem particular. A autora enfatiza, igualmente, que a persistência da esperança aparece em todos os estádios, de várias maneiras.

Segundo Palmer (1993), que refere que a vida é uma doença terminal, o modelo de Kubler-Ross é assim aplicável a todos nós (*cit in* Wong, 2002).

2.3.4. Modelo de Pattison

Pattison (1997), por sua vez no seu modelo apenas se referiu a três diferentes fases: a fase aguda; a fase crónica; e a fase terminal (*cit in* Abenzógar, Bueno & Vega, 1999). Na primeira fase o autor refere que sentimentos de negação, ira e negociação convergem dando origem a elevados níveis de ansiedade; na fase crónica os sujeitos temem o desconhecido, a perda de controlo e dos seus próprios corpos, bem como receiam a perda dos seus familiares e amigos; por último, na terceira fase, o autor explica que as pessoas à beira da morte sentem uma verdadeira aceitação das suas mortes porque experienciam sinais vindos dos seus próprios corpos, afastando-se dos outros para se focalizarem em si próprios para conservarem a maior quantidade possível de energia.

2.3.5. Modelo de Bowlby

Bowlby (1983), no seu estudo sobre as fases de sofrimento pelas quais passam as pessoas que perderam um ente querido, concluiu que estas têm muito em comum com o processo psicológico pelo qual passa uma pessoa que está a viver a sua própria morte (*cit in* Abenzógar *et al.*, 1999). Apelidou a primeira fase como “amortecimento da sensibilidade” onde os enlutados parecem não manifestar qualquer tipo de reacções, embora interiorizem explosões de revolta e intensa dor, ataques de pânico ou euforia. A fase seguinte é denominada “desejo e procura pela pessoa perdida” – fase da ira – em que as pessoas podem começar a reconhecer a perda com a angústia implícita que ela envolve, apresentando, ao mesmo tempo, uma predisposição para ataques de raiva. A fase seguinte coincide com a da Kubler-Ross – “negociação” – onde se tenta chegar a um pacto para recuperar a pessoa

perdida. Segue-se a fase da “desorganização e desespero” em que os sofridos reconhecem a sua realidade actual, onde o choro e a dor profunda são frequentes. Por último, vem a fase da “aceitação e reorganização” das suas vidas.

Conclusão

Relativamente a este capítulo, e pelo o que foi exposto, pode-se concluir que o medo ou a ansiedade face à morte constitui um dos temas mais versados do ponto de vista psicológico. Daí a grande panóplia de investigações e estudos existentes nesta área, com as muitas variáveis que poderão estar correlacionadas com a ansiedade e o medo da morte.

Contudo, dever-se-á aqui evidenciar a grande dificuldade encontrada pelos investigadores em assumir conclusões definitivas. Esta dificuldade deve-se, por um lado, aos resultados inconclusivos e contraditórios dos estudos, e por outro, ao problema em encontrar boas escalas para avaliar o medo da morte.

Pelas múltiplas variáveis estudadas e apresentadas, depreende-se que as que estão relacionadas com a personalidade, talvez sejam aquelas que mais se evidenciam e interferem nos níveis de ansiedade e medo face à morte.

CAPÍTULO III – A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Introdução

Dada a evolução dos tempos e da tecnologia empurrar a morte para locais como os hospitais, e como o tema central desta monografia é a ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde, este capítulo reveste-se de uma enorme importância. Através dele tentar-se-á demonstrar e justificar que a morte, muitas vezes presenciada e testemunhada por estes profissionais poderão trazer consequências nefastas não só para a qualidade das suas actividades laborais, como também pessoais e sociais.

No primeiro ponto, abordar-se-á a morte nos profissionais de saúde, em geral, evidenciando os seus sentimentos e as suas reacções à questão da morte. Num segundo ponto, debruçar-nos-emos mais na classe dos enfermeiros e no seu trabalho junto de doentes terminais. No terceiro ponto focar-se-á, novamente, a classe dos enfermeiros, tentando-se decifrar a sua relação com o luto e a forma como o ultrapassam (para, tal apresentar-se-ão alguns modelos que possam facilitar o seu processo do luto). Por último, patentear-se-á alguns estudos efectuados no campo da ansiedade e medo da morte nos profissionais de saúde, bem como outros que se desvendaram relevantes e pertinentes para o trabalho empírico em questão.

3.1. Os profissionais de saúde e a morte

Se no passado a morte e a vida caminhavam juntos, hoje com os novos meios tecnológicos criou-se a ilusão de que a vida poderá ser estendida infinitamente (Leis, 2000). Para Ariés, (1975) o facto da evolução da medicina ter contribuído para que o homem escapasse cada vez mais de doenças potencialmente fatais criando a ideia de que a medicina será capaz de resolver todos os problemas, levou a que os profissionais de saúde também se sintam mais embaraçados em avisar a família e o moribundo por medo de se confrontarem com as suas próprias emoções e limites.

Por várias razões, a verdade é que “(...) o hospital converteu-se no lugar da morte moderna(...)” (Ariés, 1975, p. 151). Nuland (1995) levou a cabo um estudo nos Estados Unidos onde verificou que cerca de 80% da população morria nos hospitais, enquanto que na década de 50 apenas 50% das mortes aconteciam nestes locais.

Embora, em termos de estudos de conhecimentos sobre a morte, os doentes terminais se tenham tornado o centro das atenções, desde logo se percebeu que muitas das pessoas que se relacionam com as pessoas que morrem também elas sentem angústia. Assim sendo, médicos e enfermeiros que estão em permanente contacto com pessoas em fases terminais

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

mostram frequentemente comportamentos de evasão e outras formas de auto-protecção (Kastenbaum & Costa, 1977). Walter Osswald (1996 *cit in* Oiveira, 1998) referiu que muitos médicos tendem a abandonar os doentes terminais, sendo esta atitude um mecanismo de defesa por não conseguirem suportar a situação ou por se sentirem impotentes.

Tal como nos explica, Rebelo (2004), mais do que nunca, hoje, o papel primordial do profissional de saúde é salvar e/ou prolongar a vida, mesmo em situações-limite, pelo que a morte para os médicos passou a ser considerada inadmissível e frustrante. Na verdade, o objectivo da medicina é, em geral, a cura da doença e conseqüentemente o adiamento da morte, cada vez mais exacerbado graças ao avanço tecnológico e às constantes descobertas científicas, o que dificulta o profissional de saúde em conciliar o ideal profissional de tratar ou curar e as limitações impostas pela realidade (Nunes, 1998).

Assim, as atitudes dos profissionais de saúde podem traduzir-se numa relação distante, fria, desumanizada, constituindo um entrave para a relação de empatia e compreensão, podendo influenciar a motivação e a satisfação face ao trabalho com doentes terminais, assim como a capacidade de planear e de prestar cuidados a estes doentes (Marques *et al.*, 1991). Kovács (2003) enfatiza esta ideia explicando que os profissionais de saúde adoptam muitas vezes mecanismos de protecção e defesa, como: negação da situação, manutenção de relações superficiais com os doentes, estabelecimento de rotinas e protocolos, sem ter em conta as características particulares de cada doente, argumentação de falta de tempo e de disponibilidade para ouvir e estar juntos dos doentes.

O processo da morte e a eventualidade do morrer afecta as pessoas pessoal, social e psicologicamente em todos os sistemas sociais, e não menos no dos profissionais de saúde. É, realmente, difícil para os profissionais de saúde abandonarem ou renunciarem aos seus sentimentos, medos e atitudes pessoais inatas quando tratam doentes em fases terminais e confrontando a morte no decurso das suas profissões (Copp, 1994). Kubler-Ross (2000)

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

questionava “se não somos capazes de encarar a morte com serenidade, como podemos ajudar os nossos pacientes?” (p. 43). Normalmente, profissionais de saúde que tendam a negar a morte, tendem também a negá-la nos pacientes, não os ajudando a encarar a realidade e muitas vezes até escondendo-a.

A título de exemplo, uma pesquisa realizada em 2001, por uma equipa multiprofissional, formada por psicólogos, radioterapeutas e outros, tendo como premissa a comunicação de diagnóstico e prognóstico por parte de médicos e enfermeiras do Hospital de Cancro do Ceará, descobriram que 91,4% destes profissionais de saúde achavam importante dizer o diagnóstico ao paciente, no entanto, 53,4% revelaram que tinham alguma dificuldade em fazê-lo e só 27,1% o faziam com frequência (*cit in* Lima de Oliveira, s/data).

Para além deste aspecto, e tal como diz Worden (1991), trabalhar com pessoas em fases terminais e com as respectivas famílias afecta os profissionais de saúde de três maneiras: pode, dolorosamente, dar-lhes mais conhecimento das suas próprias perdas; pode contribuir para uma maior ansiedade resultante dos seus medos pessoais das actuais ou potenciais perdas; e pode elevar a ansiedade existencial relativamente aos seus conhecimentos pessoais sobre a morte (*cit in* Rich, 2005).

Em contrapartida, sentimentos de medo, raiva, culpa e frustração podem ocorrer ora simultaneamente, ora sequencialmente depois de uma morte, nos profissionais de saúde. A frustração pode resultar não somente pelo facto destes profissionais se sentirem impotentes na hora da morte, como também por eles próprios, muitas vezes, não terem forças ou energias para lidarem com as suas próprias respostas emocionais (Rich, 2005).

Tal como nos dizem Wasner, Longaker, Fregg and Borasio (2005), “uma constante confrontação com a morte de outros pode provocar nos profissionais de saúde frequentes re-avaliações da sua mortalidade e re-análises do sentido da vida” (p. 102).

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Os profissionais das diversas áreas ficam, assim, expostos a um tipo de desgaste intenso e constante, apresentando dificuldades especiais ao enfrentarem a imprevisibilidade da vida, a fragilidade humana e a terminalidade do doente. Além disso, não costumam comparecer aos funerais e têm dificuldade em encontrar suporte, uma vez que o seu luto não é reconhecido. É desta forma, que a negação tão arraigada na nossa sociedade se mantém presente para os profissionais de saúde que, frequentemente, evitam os doentes em estado terminal, evitam falar sobre as mortes dos seus pacientes ou dos seus sentimentos sobre isso (Cecília Oliveira, 2002).

Um dado interessante é-nos revelado por Rappaport e Witzke (1993) que num estudo verificaram que a maior parte das faculdades de medicina não possuíam nos seus currículos, aulas sobre a educação para a morte. Neste mesmo estudo constataram que 54% dos estudantes referiram sentir-se pouco preparados para lidar com a morte e com pacientes terminais, tendo cerca de 91% mostrado o desejo de frequentar aulas de educação para a morte.

3.2. A classe dos enfermeiros e os doentes em fases terminais

O(a) enfermeiro(a) como pessoa que é, e por ser o profissional de saúde que passa mais tempo em contacto com o doente, partilha de uma variedade de sentimentos acerca do sofrimento e da morte, pelo que necessita de estar preparado para compreender e cuidar do doente em fase terminal na sua globalidade (Nunes, 1998).

O cuidado ao enfermo terminal é uma das situações mais tensas e exigentes a que estão sujeitos muitos(as) enfermeiros(as) (Quint, 1967 *cit in* Kastenbaum & Aisenberg, 1972); estes(as) quando incapazes de se libertarem do seu próprio medo da morte e do sofrimento, adoptam estratégias de fuga, argumentando, muitas vezes, falta de tempo e de disponibilidade para ouvir e estar junto dos doentes (Nunes, 1998).

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Alguns autores salientaram a ideia que os(as) enfermeiros(as) só poderão mudar as atitudes de distância social e de evitamento perante doentes que enfrentam a morte quando aprenderem a confrontar os seus próprios sentimentos acerca da morte (Ross, 1978; Hurtig & Stewin, 1990).

Cuidar de quem está morrendo – ou que já morreu – é considerada uma tarefa difícil, na qual são exacerbados sentimentos oriundos de vivências pessoais e familiares dos que cuidam. Estes profissionais acabam, assim, por desenvolver atitudes e comportamentos envoltos de muita emoção e questionamentos, já que foram preparados para lidar com a vida e não com a morte (Palú, Labronici & Albini, 2004).

Tal como diz Quint (1967 *cit in* Kastenbaum & Aisenberg, 1972), é difícil lutar para manter o paciente vivo a todo o custo e simultaneamente ajudá-lo a morrer de forma digna e confortado. Talvez por isto, é possível verificar que apesar dos(as) enfermeiros(as) demonstrarem ser conhecedores e sensíveis às necessidades psicossociais dos pacientes, a verdade é que a sua principal prioridade está concentrada na provisão dos cuidados físicos (Costello, 2001).

Não há dúvidas que o(a) enfermeiro(a) que cuida de doentes terminais terá que ter presente uma motivação especial, no entanto, em consequência das situações com que muitas vezes se defrontam, estes profissionais desenvolvem reacções de stress, bem como sentimentos emocionais de impotência, culpa, frustração, medo, ansiedade, angústia, insegurança, revolta ou embaraço, assim como perturbações somáticas, à medida que são confrontados com a realidade do sofrimento, da morte e da doença terminal.

Esta opinião é partilhada por Gomes (1992) que para além destas reacções considera que podem, igualmente, surgir alguns comportamentos e atitudes, como: dificuldade de concentração, fadiga, agressividade, sinais de desmotivação, absentismo, desejo de mudança de serviço, comportamentos de fuga, comportamentos aditivos e conflitos familiares.

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Embora este tipo de sintomas sejam fáceis de se encontrar nos profissionais de saúde, há que salientar que não se instalam de um momento para o outro. Segundo Edelwich e Brodsky citados por Dubreucq (1989), esta sintomatologia pode manifestar-se num processo constituído por várias fases:

Primeira fase – caracteriza-se por um entusiasmo idealista exagerado, que é mais frequente nos jovens recém-licenciados, embora se possa verificar noutros momentos da vida profissional; é um período em que há muitas esperanças, quase irreais, em que as expectativas são muito elevadas; a pessoa despende energia em muitas tarefas, levando-as a bom termo, a ponto de inquietar os que o rodeiam por considerarem exagerado;

Segunda fase – a eficácia começa a marcar passo e surgem os primeiros sinais de fadiga; marcada pela estagnação a pessoa começa a sentir-se vazia e apesar dos esforços o rendimento diminui; a profissão, que parecia realizar a pessoa, já não oferece tanta satisfação; em consequência surgem as primeiras queixas psico-somáticas e a tentativa de remedeio;

Terceira fase – surge o sentimento de frustração; afinal a realidade não é tão gratificante como se tinha esperado; surgem as interrogações sobre a eficiência e utilidade da profissão; o enfermeiro não avança nos seus empreendimentos e torna-se irritável, apresentando perturbações somáticas e emocionais;

Quarta fase – caracteriza-se pela apatia; deslocar-se para o trabalho torna-se uma obrigação pesada, à qual não se pode fugir nem que seja apenas por razões económicas; doravante procura fazer o menos possível e vai desenvolvendo resistência à mudança, ou seja, tudo o que possa vir ameaçar uma rotina segura é cuidadosamente mantido à distância; nesta fase já nada funciona bem, nem o trabalho, nem a vida pessoal, nem tão pouco a saúde.

Ao debruçar-se sobre as questões dos comportamentos e das atitudes dos enfermeiros face ao doente terminal, mais concretamente sobre as manifestações de ansiedade, Harper (*cit in* Rodrigues, 1999), desenvolveu uma escala de progressão e crescimento esquemático da

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

forma como estes profissionais enfrentam a situação. Esta escala compreende cinco estádios, a seguir identificados e explicados:

Estádio I

Intelectualização – Conhecimento e ansiedade: na primeira experiência do enfermeiro face ao doente terminal, este focaliza a sua atenção sobre os conhecimentos de índole profissional e factual, ou sobre assuntos de carácter filosófico; nesta fase os contactos com os doentes terminais tendem a ser superficiais e impessoais; a morte é ainda inaceitável para o enfermeiro, então surgem períodos de grande ansiedade, na medida em que tenta resolver as suas inquietações pela compreensão do meio ambiente, das políticas e dos procedimentos específicos;

Estádio II

Sobrevivência emocional – Trauma: neste estádio o enfermeiro tende a sentir-se frustrado e culpado, pois enfrenta a realidade da morte final e inexorável dos seus doentes, passando a enfrentar o espectro da sua própria morte; ao compreender que o sofrimento dos doentes e a sua própria morte são inevitáveis, transita de uma fase de intelectualização para uma fase de envolvimento emocional;

Estádio III

Depressão – Dor, desgosto e pesar: é o principal estádio, na medida em que permite, ou não, a resolução dos conflitos e a progressão ou a regressão no processo de “adaptação”; o enfermeiro ou aceita o desenrolar da evolução terminal e a inevitabilidade da morte, ou tem de abandonar a instituição ou o serviço por inadaptação; a aceitação provém de um período de dor e de pesar;

Estádio IV

Desenlace emocional – Moderação, adaptação e acomodação: este estádio é marcado por uma sensação de liberdade emocional, já que o enfermeiro já não se identifica com os

sintomas do doente e não apresenta sinais de depressão, ou preocupação com a sua própria saúde ou morte física; isto não significa que não sinta dor psicológica, ou pesar, quando cuida de doentes terminais; pelo contrário, ele é capaz de demonstrar empatia, em vez de simpatia, pois ele agora já consegue ver o mundo através dos olhos do doente, em vez de o intelectualizar pelos seus próprios olhos;

Estádio V

Compreensão profunda, auto-realização, auto-capacidade e actualização: este estágio constitui o culminar dos anteriores; o enfermeiro desenvolveu as suas capacidades de encarar a situação; ele já consegue relacionar-se com o doente terminal, de uma forma profunda, numa perspectiva de completa aceitação da sua morte; a sua preocupação está canalizada para uma vertente humana e profissional das necessidades.

Tendo em conta que a morte não é um acontecimento meramente biológico, mas também um fenómeno social, os(as) enfermeiros(as) devem tentar compreendê-lo num sentido mais amplo, onde a prática da sua profissão seja um reflexo de seu entendimento através de uma abordagem ética, psicológica, filosófica, histórica, cultural e jurídica sobre o que se faz e os resultados sobre os receptores deste fazer (Santos, 1996).

3.3. Os profissionais de saúde (enfermeiros) e o processo de luto

Autores como Theresa A. Brosche (2003), defende, por um lado, que os(as) enfermeiros(as) que cuidam de pessoas em fases terminais devem estar preparados para assistir as famílias destes no processo de luto. Por outro lado, defende, também, que os próprios enfermeiros(as) deverão ser capazes de lidar com o seu próprio luto.

Rich (2005) compactua da mesma ideia, referindo que depois do falecimento de um paciente ou de alguém que se ama, enfermeiros(as) e família enfrentam a tarefa da integração da perda nos seus conhecimentos pessoais e no seu particular esquema de circunstâncias. Assim, se o trabalho de luto dos profissionais de saúde se for acumulando e se não for

trabalhado, esta população poderá ser tão vulnerável a qualquer sequela de um processo de luto mal resolvido, como qualquer familiar.

Será, aqui, pertinente decifrar um pouco o que é o luto e o processo de luto, apresentando algumas definições de alguns autores, bem como, ponderando algumas questões levantadas em torno da polémica gerada relativamente à convicção anteriormente apresentada que os profissionais de saúde, também eles, vivem um processo de luto pelos seus pacientes.

Recorrendo à definição de Freud o luto é “uma reacção à perda de um ente querido, à perda de alguma abstracção que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou ideal de alguém” (*cit in* Rebelo, 2004, p. 45).

Laplanche e Pontalis (1988 *cit in* Attig, 2004) definiram o luto como sendo um processo intrapsíquico, consecutivo à perda de um objecto de afeição, através do qual o indivíduo consegue despegar-se dele.

Numa perspectiva um pouco diferente, Attig (2004), assumiu que o “luto é por definição o estado de se ter perdido alguém que nós cuidamos ou amamos por morte” (p. 343). Seguindo a premissa geral que o luto pressupõe o sentimento de dor, desolação e tristeza, deveremos, segundo este autor, considerar dois aspectos diferentes num processo de luto. Por um lado, sentir dor é a nossa resposta emocional quando vivenciamos a morte de outro como uma perda; numa reacção de pesar nós consideramos que perdemos alguém válido e sentimos dor e angústia (incluindo sentimentos de tristeza, solidão, abandono e outras respostas somáticas associadas) fundamentadas na realização que as nossas disposições já não são sustentáveis. Por outro lado, o sofrimento é a nossa resposta activa à perda, em que não reagimos simplesmente passiva ou automaticamente à morte ou ao luto; engrenamos na perda, chegamos a um acordo com as nossas reacções à mesma, refazemos os modelos da vida quotidiana e redireccionamos as nossas histórias de vida à luz do que aconteceu.

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Considerando as definições de luto de Freud e de Laplanche e Pontalis, poder-se-ia dizer que pelo facto dos profissionais de saúde não estarem intimamente ligados aos seus pacientes, isto é, por estes não manifestarem a afeição acima referida, não há por que falar de luto nesta classe de profissionais. Lima de Oliveira (s/ data) refere que é raro encontrar médicos em trabalho de luto por um paciente perdido, mesmo em oncologia, onde se torna possível acompanhar o desenrolar de todo o seu drama, dele fazendo parte. No entanto, o facto do luto não ser frequente, deve-se às defesas psíquicas e comportamentais adoptadas pelos profissionais, que ao esconderem as suas reacções sobre a perda, a dor, a morte, a frustração, entre outras, imputam para o corpo o que deveria ser tarefa da alma, o que justifica o alto índice de somatizações, alcoolismo, abuso de drogas e suicídio encontrado na classe médica (Kovács, 2003).

Pensando nestes termos, e tendo por base a definição e a descrição do processo de luto de Attig (2004), é natural, tal como referiu Brosche (2003), que os profissionais de saúde, afinal, também possam passar por um processo de luto.

Não se pode mudar a morte ou a nossa reacção a ela, apenas podemos responder-lhe através da escolha de um luto activo. Como tal, para se enfrentar esta realidade da morte, é fundamental providenciar o desenvolvimento de teorias de luto, que promovam uma compreensão geral, que sustentem o respeito pela individualidade, que estimem o sentimento de abandono, que guiem os profissionais de saúde nas suas próprias respostas ao luto e nas das pessoas enlutadas e que nos ajudem a entender porque é que, às vezes, não somos capazes de responder efectivamente à morte e suas consequências (Brosche, 2003; Attig, 2004).

Segundo Brosche (2003), o trabalho de Elizabeth Kubler-Ross, descrito no capítulo anterior, poderá, e tem, com certeza, ajudado muitos profissionais de saúde a perceber os estádios pelos quais os defuntos e suas famílias poderão estar a atravessar em cada momento.

Contudo, verificou-se que os pensamentos, reacções e emoções de alguns profissionais de saúde não seriam totalmente explicados por este modelo, necessitando de mais explicações.

Assim, foram surgindo outros modelos que apesar de serem estudados a partir de pessoas enlutadas conseguem descrever melhor as atitudes e as reacções de alguns profissionais de saúde. De seguida, apresentar-se-ão alguns desses modelos.

3.3.1. Comportamentos e sentimentos do processo de *Coping* de Kavanaugh's (1972)

Tal como o próprio nome indica, este modelo apresenta sete comportamentos e sentimentos que estão presentes num processo de *Coping* de um luto, apresentando-se muito similares às cinco fases apresentadas por Kubler-Ross (Kavanaugh, 1972 *cit in* Brosche, 2003).

Estes sete estágios sobre o sofrimento referem-se a fases emocionais distintas que acabam por se interligar e sobrepor, podendo não seguir uma ordem específica, já que alguns estádios podem ser vivenciados inteiramente e outros podem durar apenas alguns minutos.

Para melhor compreensão apresentam e explicam-se sucintamente, a seguir, os sete comportamentos e sentimentos deste autor:

- *Choque e negação*: a pessoa internamente diz “não” à morte e está num estado de descrença; manter a pessoa em contacto com algo que goste na vida é essencial;
- *Desorganização*: a pessoa está completamente ausente dos procedimentos normais da vida; sente-se como se fosse eterno, sente-se imóvel e desamparado; a confusão é o estado que mais caracteriza esta fase, o que leva a pessoa a ter uma necessidade de falar no sentido de recuperar a energia que perdeu nos pensamentos indesejados e sentimentos pouco habituais que lhe provocam confusão;
- *Reacções voláteis*; que ecoam a mais profunda dor interna; por trás destas reacções estão os mais primitivos sentimentos de abandono, sofrimento e frustração; aqui há uma tendência para negar e ocultar estas reacções, transformando-as em vergonha “*eu não deveria sentir-me*

assim”; mais tarde este recalcar de sentimentos para não parecer “tolo” pode causar conflitos internos que poderão traduzir-se em sintomas físicos como dores de cabeça e problemas gástricos; uma escuta permissiva é indispensável nesta fase para que a pessoa expresse os seus sentimentos de cólera ou raiva sem julgamentos;

- *Culpa*: a pessoa entristecida quer outra oportunidade para prevenir ou adiar a morte prematura; deseja-se tempo para eliminar qualquer falha ou negligência pessoal; auto-desaprovação e depressão amontoam-se neste despertar de sentimentos de culpa; também aqui uma escuta paciente e sem julgamentos permite a pessoa a livrar-se destes sentimentos e aceder às suas necessidades pessoais para efectuar reparações “*Fiz tudo o que podia*”;

- *Perda e solidão*: é o estágio mais penoso e de maior sofrimento; tristeza, depressão e auto-compaixão assombram a pessoa, que para minimizar a dor normalmente se mantém ocupada; a frequente e regular presença de alguém amigo torna-se importante para encorajar o sujeito no sofrer;

- *Alívio*: este sentimento habitualmente confunde as pessoas; não implica nenhuma crítica individual do falecido, pelo contrário, é fruto de uma reflexão da necessidade de continuar: esta é uma resposta humana normal, indispensável para libertar os sentimentos de culpa;

- *Convalescença*: esta fase normalmente começa devagar e demora tempo, nesta fase novas relações são formadas e a pessoa abre portas para começar de novo.

3.3.2. Grief Care Plan

Esta ferramenta tem a particularidade de ser direccionada não para o paciente nem para a família mas para a classe dos enfermeiros. O objectivo dele consiste em ajudar e informar estes profissionais de saúde acerca das emoções que podem sentir no momento que enfrentam a morte e o morrer, e ao mesmo tempo dar-lhes a conhecer os mecanismos de defesa que normalmente as acompanham.

É um instrumento que quebra a barreira e encoraja mais discussão, comunicação e colaboração acerca do luto que a classe dos enfermeiros possa experienciar.

Dada a dificuldade da sua explicação, já que descreve as emoções, os mecanismos de defesa e os procedimentos destes profissionais em cada uma das sete fases do modelo anteriormente descritos – choque e negação, desorganização, reacções voláteis, culpa, perda e solidão, alívio e convalescença –, colocou-se em anexo o esquema deste instrumento (ver anexo 2).

3.3.3. The Stress Cascade (Brosche, 2002)

A tentativa de suprimir os sentimentos associados com a morte de um paciente pode levar os profissionais a uma tarefa pesada que, frequentemente, os conduz à *Stress Cascade* (Broshe, 2002 *cit in* Broshe, 2003). Esta cascata começa com a exposição dos(as) enfermeiros(as) a um estímulo stressante como é a morte de um paciente. A este estímulo normalmente associam-se outros, nomeadamente, a perspicácia das condições do paciente, o próprio ambiente que se vive em departamentos ou instituições que lutam contra a morte (por exemplo, unidades de cuidados intensivos ou hospitais oncológicos) e as respostas rápidas e decisivas fundamentais em momentos de crise podem levar estes profissionais a um trauma emocional. Dado que os(as) enfermeiros(as) para além de viverem este ambiente, têm que continuar a prestar cuidados a outros pacientes este estímulo é muitas vezes inevitável e como resultado os(as) enfermeiros(as) não têm suporte adequado ou tempo para fazer o luto.

Se estes profissionais não estiverem dotados de medidas de *coping*, aprendidas ou desenvolvidas quer através da educação, experiência, treino ou por outras estratégias que lhe sejam disponíveis no seu local de trabalho, podem muitas vezes seguir um processo ineficaz ou mal-adaptativo de estratégias de *coping*.

Este processo desajustado, por sua vez, pode conduzir a um distanciamento emocional e à depressão que resulta, habitualmente, em atitudes de falta de assistência, raiva e *burnout*.

Estas atitudes culminam numa rotulagem dos profissionais como tendo comportamentos problemáticos, imprudentes e irresponsáveis.

Depois de muitos processos de luto negligenciados comportamentos doentios e aditivos podem surgir, tais como o abuso de drogas e álcool, ou pensamentos de suicídio e de morte. Estes aspectos afectarão não só o apoio moral que deverá ser dado aos pacientes, mas também a eficiência dos cuidados prestados pelos enfermeiros(as). As consequências poderão conduzir a um fraco e pobre serviço de atendimento aos clientes da instituição/hospital, grandes alterações e a um aumento de custos nas substituições da equipa de prestadores de cuidados.

Para uma melhor compreensão da cascata apresenta-se, em anexo o seu esquema (ver anexo 3).

3.4. Evolução dos estudos da ansiedade face à morte nos profissionais de saúde

Também nesta área Feifel foi outros dos autores que, desde cedo na sua carreira, se interessou por compreender a relação entre a ansiedade e o medo na morte nos profissionais de saúde. Esta curiosidade por parte do autor surgiu, principalmente, pelo facto de se ter confrontado muitas vezes com respostas negativas, da parte dos médicos, de acesso a pacientes com os quais tencionava estudar as atitudes perante a morte. Começou, então a ponderar a hipótese que os clínicos o faziam não numa perspectiva de preocupação de bem-estar dos doentes, mas numa base dos seus próprios medos perante a morte. Esta hipótese conduziu Feifel em 1965 ao estudo piloto na área, com um grupo de 40 médicos, descobrindo que estes, embora pensassem menos frequentemente na morte, apresentavam maior ansiedade face à morte do que pacientes e outros grupos de profissionais (*cit in Neimeyer et al., 2004*).

A partir dos seus estudos Feifel (1969), argumentou que a relutância comum encontrada nos médicos para informar os pacientes da iminência da morte, derivava das ansiedades dos clínicos acerca da sua própria mortalidade (*ibd.*).

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Vários foram os autores que, partindo da premissa de Feifel, se debruçaram sobre o estudo da ansiedade e medo da morte nos profissionais de saúde, alguns dos quais obtiveram resultados idênticos. A título de exemplo nomeiam-se Neimeyer e Dingemans (1980, *cit in* Neimeyer, *et al.*, 2004), DePaola, Neimeyer, Lupfer e Fiedler (1992).

Outras investigações, pelo contrário, falharam em confirmar que profissionais de saúde apresentavam maiores níveis de ansiedade que outros grupos de comparação, tais como: Howells e Field (1982), Neimeyer, Bagley e Moore (1986) e Bivens *et al.*, (1992, *cit in* Neimeyer, *et al.*, 2004).

Num estudo realizado, num grupo de clínicos, uma maior ansiedade da morte foi associada a atitudes mais negativas relativamente a doentes terminais e a uma maior dificuldade em revelar um prognóstico terminal a um doente (Cochrane, Levy, Fryer & Oglesby, 1990; Kvale, Berg, Groff & Lange, 1999 *cit in* Neimeyer, *et al.*, 2004). Shulz e Anderman (1979), por exemplo, descobriram que doentes terminais de clínicos que apresentavam níveis mais altos de ansiedade, permaneciam mais tempo no hospital do que os doentes de clínicos com ansiedade de morte mais baixa., o que implica que os primeiros optassem por um tratamento mais heróico, no sentido de prolongar as vidas dos doentes terminais durante os seus dias finais no hospital.

Outros autores evidenciaram que, por exemplo, a classe dos enfermeiros experienciavam uma ansiedade considerável quando cuidavam de indivíduos à beira da morte (Quint, 1967, *cit in* Copp, 1994; Popoff, 1975; Whitfield, 1979 *cit in* Copp, 1994; Birch 1983). Mais ainda, o estudo de Popoff (1975) sugeria que a ansiedade verificada nos(as) enfermeiros(as) que cuidavam de doentes em fases terminais se devia ao medo das suas próprias mortes. Colocando-se a questão se estes medos da morte pudessem diminuir com os anos de experiência do profissional, tal como constatou Stoller (1980), a verdade é que com Hurtig e Stewn (1990), tal facto não se verificou.

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Num estudo realizado por Paulo Ferreira (2001) numa amostra constituída por 107 enfermeiros de todos os serviços de Centro Regional de Oncologia de Coimbra (CROC), em que um dos objectivos de estudo seria verificar a ansiedade destes profissionais de saúde perante a morte, o autor encontrou um valor médio de 9,41, com um desvio padrão de 2,79. Tendo por base o autor da escala utilizada – *Death Anxiety Scale* de Templer D. I. (1970) –, o valor mais ou menos normal anda à volta dos 11 valores, o que fez com que Paulo Ferreira concluísse que os enfermeiros que constituíram a sua amostra apresentaram uma ansiedade perante a morte baixa/moderada. Este resultado levou o autor a considerar a hipótese de que pelo facto destes profissionais trabalharem só com este tipo de patologia (neste caso o cancro) atingissem uma “habituação” à morte desenvolvendo mesmo mecanismos de defesa para tal situação.

Apesar da hipótese, geralmente, levantada que os profissionais de saúde apresentam níveis mais altos de ansiedade, autores houve que se preocuparam com a questão de como a variação dos níveis de ansiedade destes profissionais podem ou não predizer e possivelmente afectar as suas atitudes e a performance do seu trabalho (Vickio & Cavanaugh, 1985). Kubler Ross (2000), por exemplo, concluiu, através da sua muita investigação com doentes terminais, que “o trabalho com o paciente moribundo requer uma certa maturidade que só vem com a experiência. Temos que examinar detalhadamente a nossa posição diante da morte e do morrer, antes de nos sentarmos tranquilos e sem ansiedade ao lado de um paciente em fase terminal” (p. 271).

Dado existirem alguns estudos no que diz respeito às performances e atitudes dos profissionais de saúde, e em particular, na classe dos enfermeiros, e uma vez que estas poderão de certa forma estar interligadas com o objectivo principal deste estudo, apresentar-se-ão, a seguir, algumas dessas pesquisas.

Certas pesquisas pretenderam verificar alguns comportamentos verbais e não verbais das enfermeiras em situações de morte eminente. Lawrence LeShan (1964, *cit in* Kastenbaum & Aisenberg, 1972), por exemplo, cronometrou o intervalo entre o ressoar de uma campainha à beira da cama e a resposta da enfermeira. O autor constatou que as enfermeiras demoravam mais tempo a dar resposta às chamadas dos doentes com prognóstico terminal do que aos outros cujo estado era menos grave; outra conclusão relevante deste estudo, é que as enfermeiras não tinham consciência deste facto.

Por sua vez, Kastenbaum (1967 *cit in* Kastenbaum & Aisenberg, 1972) tentou perceber o comportamento verbal e em que sentido este também reflectia mal-estar em casos de agonia e morte. A pesquisa consistiu em perguntar a 200 enfermeiras de um hospital geriátrico o que respondiam quando um paciente as abordava com comentários da sua própria morte, tais como: “Acho que vou morrer” ou “gostaria que tudo isto acabasse”. Como respostas possíveis evidenciaram-se cinco categorias: *reconforto* – “Está a correr tudo bem”, “Não precisa pensar assim”, “Logo vai sentir-se melhor e não pensará mais assim. Vai voltar a ser o que era”; *negação* – “Não acredite, nisso”, “Não vai morrer; vai chegar aos 100 anos”; *mudança de assunto* – “Vamos pensar em coisas mais alegres”, “Não deveria dizer isso; há coisas melhores em que pensar”; *fatalismo* – “Todos nós vamos morrer um dia e é bom não saber quando”, “Quando Deus quiser, Ele levar-nos-á; é pecado dizer que quer morrer”; *discussão* – “Porque está a dizer isso hoje? Aconteceu alguma coisa, alguém o aborreceu?”, “Pode dizer-me porquê? Gostaria de saber”. Destas cinco categorias as respostas mais populares foram: fatalismo, negação e mudança de assunto. Apenas 18% de todos o grupo optaria pela discussão dos pensamentos e sentimentos dos pacientes. De salientar que as enfermeiras que tendiam a não discutir o assunto com o doente o faziam por não gostar de serem tão lúgubres, já que para elas mencionar a morte equivalia a em estado de medo e

rendição; outras referiram que o faziam porque “Conversas sobre a morte estragam-me o dia” ou “falar da morte faz-me tremer”.

Um outro estudo realizado no mesmo hospital atrás citado, antes três anos da experiência anteriormente descrita, tentou averiguar como é que uma amostra de 303 enfermeiras se sentiam relativamente às experiências de morte que vivenciavam e o que faziam em resposta aos seus próprios sentimentos. Os resultados deste estudo determinaram que 90% das enfermeiras, na primeira vez em que estiveram com um paciente moribundo, realmente sentiram, mas procuraram não revelar os seus sentimentos; 94 % confessaram que quando estavam com um paciente moribundo também procuravam não revelar os seus sentimentos. Outra questão pertinente deste estudo tentou esclarecer como respondem estes profissionais no caso do estado de um doente se agravar. Neste caso verificou-se que raras vezes há uma diminuição de afecto (apenas 3%); 57% declararam que sentiram com mais intensidade e 40% que mantiveram o mesmo nível de sempre. Concluiu-se com este estudo que a classe dos enfermeiros sentem, frequentemente, uma compaixão média ou acima da média pelos que sofrem ou estão doentes. Poucas são as enfermeiras que, tal como os médicos, tentam segregar-se das suas implicações emocionais do seu trabalho, sendo, assim mais comum a enfermeira preocupar-se com os seus pacientes que estão sofrendo. Outra conclusão pertinente prende-se com o facto da maioria das enfermeiras acreditarem que não devem manifestar ou exhibir os seus sentimentos aos outros, já que poderá ser julgada negativamente pelos seus colegas, pelo que parece que estes profissionais se encontram muitas vezes perante um dilema: desenvolvem fortes sentimentos com os seus pacientes, sentimentos estes, que se mantêm à medida que o doente vai desfalecendo, mas, no entanto, não podem ou não devem mostrar sinais de fraqueza em termos de sentimentos.

Uma pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica hermenêutica foi desenvolvida numa unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino da cidade de

Curitiba, por Palú, Labronici e Albini (2004). Através da realização de nove entrevistas a enfermeiras deste departamento os autores explicaram que estas profissionais de saúde sentem-se desconfortáveis com a morte no seu quotidiano de trabalho e recusam-se, na maioria dos casos, a aceitá-la, já que trabalham para a vida e não para a morte; para conviverem com a dor, o sofrimento e a morte desenvolvem sentimentos de imparcialidade. Segundo as entrevistadas esta atitude de imparcialidade e de distanciamento é indispensável para evitar os seus próprios prejuízos psicológicos e emocionais. Em contrapartida também evidenciam que apesar da indiferença por vezes demonstrada relativamente ao morrer do outro, é impossível cuidar de alguém sem algum envolvimento.

Para terminar, apresenta-se apenas mais um estudo interessante, que reforça a ideia partilhada por muito autores de que há a necessidade de uma educação para a morte (Oliveira, 1998; Kovács, 2003). Rappaport e Witzke (1993), verificou que a maior parte das faculdades de medicina não possuíam nos seus currículos aulas sobre educação para a morte. Neste mesmo estudo constataram que 54% dos estudantes de medicina referiram sentir-se pouco preparados para lidar com a morte e com pacientes terminais, tendo cerca de 91% mostrado desejo de frequentar aulas de educação para a morte.

Conclusão

Como se pode verificar, vários são os autores que se debruçam sobre este assunto, sendo consenso geral que os profissionais de saúde que lidam directamente com a morte estão sujeitos e vulneráveis a uma panóplia de sentimentos e reacções, para as quais, na maioria dos casos não estão preparados para lidar.

A verdade é que hoje, mais do que nunca, o profissional de saúde é cada vez mais solicitado e ensinado para curar, tratar e se possível suprimir a morte. Como tal, quando impotentes perante a morte, é natural que se sintam fracassados e frustrados perante a mesma.

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

A par desta realidade há ainda a questão do seu envolvimento emocional com os pacientes que poderão levá-los a vivenciar, não só os constantes processos de luto dos pacientes e seus familiares como também os seus próprios.

De facto, todos os aspectos evidenciados nos estudos anteriormente apresentados salientam e evidenciam ser comum encontrar profissionais de saúde, e mais concretamente, enfermeiros que, incapazes de se libertarem do seu próprio medo da morte, adoptam atitudes de defesa ou de identificação com o doente, apresentando dificuldade em se relacionar com eles. Assim, constata-se que o trabalho com doentes terminais não é fácil, pois requer maturidade pessoal e profissional, que só poderá ser adquirida através da formação e de técnicas de apoio que possam fornecer a estes profissionais estratégias e competências para melhor lidarem com situações de morte eminente.

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

4.1. Justificação do Estudo

Numa altura em que vários são os autores que se debruçam sobre o tema da ansiedade da morte, particularmente nos idosos, que por razões óbvias, sentem o fim da vida cada vez mais próximo (Cicirelli, 1999; Singer, Martin & Kelner, 1999, *cit in* Fry, 2003), não se evidenciaram, na pesquisa bibliográfica efectuada, muitos estudos realizados com pessoas que, quase diariamente, vêem pessoas a sofrer e a morrer, como é o caso de certos profissionais de saúde.

De facto, estes profissionais confrontam-se com a morte quer de pessoas idosas quer de pessoas mais jovens ou até mesmo crianças que morrem umas vezes por doenças prolongadas, outras até, por morte súbita, pelo que parece ser uma boa razão para que estes profissionais tenham altos níveis de ansiedade e medo face à morte.

Outro aspecto que sustenta a necessidade desta investigação prende-se com o facto de, ultimamente, se acreditar, cada vez mais, que a ansiedade da morte passa por uma variada gama de medos que se relacionam ao da sua própria morte, à morte dos outros, ao medo do desconhecido depois da morte, ao medo de obliteração e medo do processo de morte que inclui o medo de uma morte lenta e de uma morte dolorosa (Fry, 2003). Ora, os profissionais de saúde serão, talvez, o grupo de pessoas que mais expostos estão a este conjunto de medos. Por outro lado, Oliveira (2002) defende que o tema da morte “...pertence a todas as idades e condições e está provavelmente na origem de muitos sintomas e doenças psíquicas, como as insónias, a depressão, doenças psicossomáticas, diferentes medos e obsessões” (p. 162).

Se aos aspectos acima mencionados associarmos a ideia, anteriormente referida, do aumento do número de mortes verificadas nos hospitais, parte-se do princípio que estes profissionais poderão precisar, de uma forma ou de outra, de uma melhor preparação pessoal

profissional para, mais facilmente, gerirem a sua ansiedade face à morte. Esta é, sem dúvida, a causa primordial deste estudo.

Para além disto, não podemos esquecer que estes profissionais poderão, igualmente, ajudar de forma positiva, caso estejam preparados para isso, a minimizarem a dor e o sofrimento dos que vão morrendo e dos que vêem os seus entes mais queridos morrerem. Alguns autores da área da saúde como Michalopoulou e Michalopoulou (2002) começam a chamar a atenção de que profissionais que interagem frequentemente com pacientes em fases terminais e seus familiares deveriam ser possuidores de um auto-conhecimento no sentido de melhor poderem assistir esses pacientes. Por esta razão, defendem que mais cursos sobre a morte e o processo de morte deveriam ser oferecidos a estes profissionais.

Com base no que ficou dito, esta investigação afigura-se pertinente, já que por um lado irá permitir concluir se o grupo de enfermeiros(as) que lidam diariamente com a morte (grupo do IPO) apresentam níveis superiores de ansiedade comparativamente ao grupo de enfermeiros(as) que trabalham noutras instituições (OI) e que não estão diariamente expostos à mesma. Por outro lado, ficaremos a perceber quais as diversas perspectivas da morte que cada grupo apresenta e qual delas poderão estar mais interligadas com a ansiedade e o medo da morte. Assim, poder-se-á concluir se haverá necessidade de munirmos estes profissionais com mais e melhores estratégias que possam minimizar o seu desconforto na realização diária das suas funções profissionais, neste novo contexto social.

4.2. Objectivos da Investigação

O objectivo ou a intenção principal desta investigação é perceber até que ponto profissionais de saúde que mais frequente e directamente convivem com a morte sentem ou não uma maior ansiedade e medo face à mesma.

Relativamente aos objectivos específicos, pretende-se analisar possíveis variáveis que possam estar relacionadas com uma maior ou menor ansiedade face à morte sentida por estes

profissionais, designadamente o género, a idade, o local de trabalho e os anos de serviço, e quais as perspectivas da morte que lhe poderão estar mais associadas.

Para o efeito foram seleccionados dois grupos de enfermeiros(as). Um deles, trabalha no Instituto Português de Oncologia (IPO) e o outro grupo subdivide-se entre profissionais de hospitais ou clínicas públicas ou privadas e cujo serviço não esteja directamente ligado a sectores de doenças terminais.

Desta forma saberemos se o grau de ansiedade face à morte sentida por estes profissionais é elevado ou não, qual a idade e o género que manifesta maior ansiedade e se esta se altera mediante os seus anos de experiência no serviço e mediante as reacções e as atitudes que os mesmo têm da morte.

Tendo em conta que estes profissionais necessitam de um triplo conhecimento de estratégias e habilidades para “combaterem” sentimentos e emoções que se associam à morte – as suas, as dos pacientes e seus familiares –, parece, pois, que estes resultados possam ser de grande utilidade. A partir deles, poder-se-ão delinear e providenciar programas de formação profissional ou de aconselhamento técnico e psicológico, especificamente direccionados para colmatar os seus maiores medos, obstáculos e até necessidades.

4.3. Hipóteses

Aquando da pesquisa bibliográfica e depois de uma breve reflexão acerca deste tópico tão pouco abordado como é o da morte, levantou-se a questão se não haveriam grupos de pessoas que, por conviverem muito com a morte de outras pessoas, seriam mais vulneráveis a este tipo de ansiedade. Desta feita, pensou-se que os profissionais de saúde poderiam enquadrar-se neste panorama já que alguns deles se vêem, constantemente, confrontados não só com a morte dos seus pacientes, bem como com todo um conjunto de emoções e sentimentos que estes e os seus familiares manifestam no processo de morte.

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Como tal, a presente averiguação irá tentar revelar se estes profissionais, e mais precisamente a classe dos enfermeiros, serão, então, “vítimas” desta ansiedade da morte e se, conseqüentemente, sentem um maior medo da mesma, ou não. De igual modo, ajudará a compreender se haverá diferenças nos níveis de ansiedade tendo em conta o sexo, a idade, os anos de experiência, o local de trabalho e as perspectivas da morte de cada um.

Sendo este um estudo, essencialmente, exploratório, de carácter transversal (dado que se realizará num único momento de avaliação) e quantitativo (uma vez que se irá contabilizar os respectivos resultados), apresentam-se a seguir as hipóteses, que constituem os pressupostos básicos desta investigação:

H₁ – Os enfermeiros(as) do sexo feminino apresentam maiores níveis de ansiedade que os do sexo masculino;

H₂ – Os enfermeiros(as) mais jovens apresentam maior ansiedade da morte do que os mais velhos;

H₃ – O grupo de enfermeiros(as) do IPO apresentam maior ansiedade face à morte que os grupo de enfermeiros(as) de outras instituições (OI);

H₄ – Profissionais de saúde com mais anos de experiência acabam por sentir menor ansiedade que os que têm menos anos de experiência;

H₅ – Esperam-se encontrar diferenças significativas em termos das diversas perspectivas da morte para o género, a idade, o local de trabalho e os anos de experiência;

H₆ – Esperam-se encontrar associações significativas entre as diversas perspectivas da morte e a ansiedade da morte nos profissionais do IPO e de OI;

H₇ – Espera-se que as diversas perspectivas da morte possam explicar a ansiedade da morte no que toca aos enfermeiros(as) do IPO e de OI?;

H₈ – Espera-se que seja o grupo com pontuações mais altas em ansiedade da morte que apresente médias mais elevadas relativamente às diversas perspectivas da morte.

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

As conclusões destas hipóteses poderão ser muito úteis para professores, psicólogos, clínicos e até mesmo para os responsáveis das instituições de saúde. Primeiro, porque se se vier a confirmar a terceira hipótese deste estudo, será de todo conveniente pensar-se num meio de diminuir este tipo de ansiedade nestes profissionais de forma a evitar-se, num futuro mais ou menos próximo, consequências pessoais de foro psíquico e até físico que, de uma forma ou de outra, poderão estar relacionadas com este facto. Segundo, porque poder-se-á, também, recolher informação pertinente, não só relativamente às atitudes e reacções dos enfermeiros face à morte e que poderão estar a dificultar o exercício das suas funções, como também prever quais as estratégias que deverão e precisarão de desenvolver e/ou melhorar para lidarem com a sua ansiedade e a dos outros.

Assim, poder-se-ão elaborar programas específicos de formação e de apoio, quer para estudantes, quer para os profissionais da área da saúde.

4.4. Participantes

No total a amostra consta de 79 elementos, sendo 16 do sexo masculino e 63 do sexo feminino (ver quadro 1). Em termos de idade a amostra está compreendida entre os 22 e os 64 anos. Para uma maior facilidade de compreensão dos resultados agrupou-se a variável idade em três subgrupos: o grupo 1 compreende as idades entre os 22 e os 30 anos e é constituído por 43 elementos; o grupo 2 abrange as idades entre os 31 e os 40 anos, reunindo 27 elementos; e o grupo 3 que se refere a todos os sujeitos que apresentaram uma idade superior a 40 anos de idade com 9 elementos (ver quadro 2).

No geral a amostra subdivide-se em dois grandes grupos: o grupo dos enfermeiros(as) do IPO (Instituto Português de Oncologia) que é constituído por 31 sujeitos; e o grupo de enfermeiros(as) de outras instituições com 48 elementos (ver quadro 3).

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Relativamente ao tempo de experiência a amostra varia entre 1 e os 40 anos de serviço, tendo, também, esta variável sido agrupada em quatro subgrupos: o grupo 1 com 23 elementos, compreende o intervalo de 1 a 5 anos de serviço; o grupo 2 com 31 elementos compreende o intervalo de 6 a 10 anos de serviço; o grupo 3 com 17 elementos compreende o intervalo de 11 a 20 anos de serviço; e, por último o grupo 4 com 8 elementos compreende o intervalo de 21 a 40 anos de serviço (ver quadro 4).

Quadro 1: Distribuição da amostra por género

	Sexo	
	<i>n</i>	%
Masculino	16	20,3
Feminino	63	79,7

Quadro 2: Distribuição da amostra por idade

	Idade	
	<i>n</i>	%
Grupo 1 (22/30 anos)	43	54,4
Grupo 2 (31/40 anos)	27	34,2
Grupo 3 (+ de 40 anos)	9	11,4

Quadro 3: Distribuição da amostra por local de trabalho

	Local de trabalho	
	<i>n</i>	%
IPO	31	39,2
Outras instituições	48	60,8

Quadro 4: Distribuição da amostra por tempo de serviço

	Tempo de serviço	
	<i>n</i>	%
Grupo 1 (1 a 5 anos de serviço)	23	29,1
Grupo 2 (6 a 10 anos de serviço)	31	39,2
Grupo 3 (11 a 20 anos de serviço)	17	21,5
Grupo 4 (21 a 40 anos de serviço)	8	10,1

4.5. Instrumentos

4.5.1. Questionário Sócio-Demográfico

Com a ajuda de um questionário sócio-demográfico (ver anexo 4), devidamente elaborado, foi possível estudar as variáveis independentes – género, idade, local de trabalho e anos de experiência. Este questionário, permitiu, ainda, verificar outro tipo de variáveis como o estado civil e a nacionalidade (variáveis subsidiárias), bem como retirar algumas informações sobre a forma como cada participante “Vive a sua morte e a dos outros”.

4.5.2. Death Anxiety Questionnaire (DAQ)

Esta escala surgiu em 1982 e foi desenvolvida por Conte, Weiner e Plutchic. Para a validação deste construto os autores usaram uma escala de ansiedade geral e outra de depressão. Através da análise factorial, determinaram cinco factores, apesar de não terem conseguido denominar o último deles. Os quatro primeiros factores designaram-nos de: medo do desconhecido, medo do sofrimento, medo da solidão e medo da extracção pessoal.

Contudo, através de uma análise qualitativa do conteúdo de cada item, esta arrumação a partir da análise factorial pôde ser contestada, não só porque aquilo a que os autores chamaram de “características da natureza da ansiedade face à morte” serem, no fundo, características do medo da morte em geral, como também pelo facto dos cinco factores apresentarem entre 2 a 3 itens cada um.

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Talvez, por isso, outros estudos com esta mesma escala se seguissem, desta feita, com outro tipo de arrumação e número de factores, como foi o caso de Simões e Neto (1994), aquando da adaptação da escala à população portuguesa. Deste estudo resultaram apenas três factores que, por sua vez, numa nova readaptação da escala em 1998 foram suprimidos, tendo o DAQ ficado qualificado como uma escala unifactorial.

Assim, a escala unifactorial de Oliveira (1998) ficou reduzida a 11 itens, todos eles formulados na primeira pessoa (“preocupo-me”) e com frases tipo afirmativas e não interrogativas. As respostas apresentam-se numa escala de *Lickert* com pontuação de 1 a 5, em que 1 significa *totalmente em desacordo* (absolutamente não) e 5 *totalmente de acordo* (absolutamente sim); a pontuação máxima da ansiedade face morte será, então, 55 pontos e a mínima 11 (ver anexo 5).

Os resultados da análise factorial desta escala basearam-se no conjunto de quatro amostras: duas caboverdianas e duas portuguesas. A amostra global compreendeu, então, 742 sujeitos, sendo: 285 jovens de Cabo Verde do curso complementar (secundário) do Liceu Domingos Ramos da Praia; 202 jovens portugueses do 12º ano de um colégio de Vila Nova de Gaia; 135 jovens do Instituto Pedagógico e da Escola Superior de Educação da Praia (Cabo Verde) e 120 alunos do 3º e 4º anos da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Os questionários foram administrados durante as aulas na presença do professor ou do psicólogo.

Na análise factorial em componentes principais (para a amostra global) apenas dois obtiveram valores próprios (*eigenvalues*) superiores a 1, perfazendo os dois 61,8% da variância que, desde logo, denunciou uma clara tendência para um único factor. Esta tendência pôde também ser observada na “comunalidade” das estatísticas finais onde todos os itens apresentam, igualmente, saturação superior a .40. Esta tendência verificou-se, ainda,

quando procedida a análise factorial em componentes principais em cada uma das quatro amostras.

A consistência interna da escala na amostra global foi verificada através do coeficiente alfa de *Cronbach*, cujo valor foi de .86, o que poderá, uma vez, mais indicar a unidimensionalidade da escala.

Dados os resultados da análise factorial e pelo índice de fidelidade, pode concluir-se que esta escala reformulada apresentava razoáveis qualidades psicométricas.

4.5.3. Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte

Estas escalas têm por base as *Death Perspective Scales* de Spilka, Shout, Minton e Sizemore (1977 *cit in* Oliveira & Neto, 2004), que identificavam várias reacções emotivas, umas negativas, outras positivas, experimentadas por quem pensa na morte. Os autores pretenderam através delas avaliar a verdadeira natureza multidimensional dos sentimentos experimentados acerca da morte.

Estas escalas são constituídas por oito subescalas que avaliam os diferentes aspectos das reacções frente à ideia da própria morte. No total apresentam 43 itens, variando entre 6 e 4 itens em cada uma das oito subescalas, que iniciam todas do mesmo modo: “A morte como...”. As respostas apresentam-se numa escala de *Lickert* que varia entre 1 e 6, em que 1 significa totalmente em desacordo e 6 totalmente de acordo (ver anexo 6).

Na escala 1 (morte como sofrimento e solidão) com 6 itens, o máximo da pontuação é 36; na escala 2 (morte como vida do além de recompensa) igualmente com 6 itens, também 36; na escala 3 (indiferença frente à morte) com 5 itens, a pontuação é 30; na escala 4 (morte como desconhecido), temos novamente 36 pontos, dado que apresenta mais 6 itens; na escala 5 (morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade) com 5 itens, temos mais 30 pontos; na escala 6 (morte como coragem) com 6 itens, 36 pontos e na escala 7 (morte como fim natural) apenas com 4 itens e pontuação máxima 24.

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Para a avaliação da validade da escala os autores utilizaram outras escalas e pessoas religiosas, tendo os resultados apontado para o bom funcionamento da escala. Esta escala foi também utilizada por Schoenrade (1989 *cit in* Oliveira & Neto, 2004) noutros estudos, tendo encontrado resultados relativamente consistentes com os encontrados por Spilka *et al.* (1977 *cit in* Oliveira & Neto, 2004). Na avaliação da fidelidade das escalas os autores supra citados encontraram um coeficiente de K-R 20 entre .71 e .79.

Apesar deste instrumento não ser adequado para gente inculta e jovem, dado que alguns itens exigem certa cultura para serem respondidos, é considerado um construto muito útil para avaliar um quadro abrangente de atitudes ou reacções face à morte. Por este facto, Oliveira e Neto (2004) resolveram estudar as suas características psicométricas, na tentativa da sua adaptação à população portuguesa.

Para o efeito, utilizaram uma amostra de 387 sujeitos, distribuídos por quatro grupos: o primeiro foi constituído por 102 freiras de diversos Institutos Religiosos de Portugal; o segundo reuniu 77 estudantes de teologia de diversos Seminários Maiores Portugueses; o terceiro congregou 110 estudantes da Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física da Universidade do Porto; e o quarto constava de 98 professores do ensino básico e secundário de diversos Colégios da região do Porto.

Para além da recolha de dados sócio-demográficos, os participantes responderam, inicialmente, a duas perguntas em formato dicotómico: “Pertence a alguma religião?” e “É praticante?”. De seguida, foi-lhes administrado as oito escalas sobre as diversas perspectivas sobre a morte de Spilka *et al.* (1977 *cit in* Oliveira & Neto, 2004). Com o intuito de se verificar o comportamento psicométrico e particularmente a correlação desta escala com outros construtos administrou-se, igualmente, outras escalas, todas em formato Lickert com cinco hipóteses de resposta (desde totalmente em desacordo a totalmente de acordo), que apresentavam razoáveis propriedades psicométricas, nomeadamente: *ansiedade face à morte*

(Oliveira, 1998); *neuroticismo* (Barros, 1999 *cit in* Oliveira & Neto, 2004); solidão, de Russell, Perpalu e Ferguson (1978 *cit in* Oliveira & Neto, 2004), adaptada à população portuguesa por Neto (1989 *cit in* Oliveira & Neto, 2004; 1992 *ibd.*); *optimismo* (Oliveira, 1998); *satisfação com a vida*, da autoria de Diener, Emmons, Larsen e Griffins (1985 *cit in* Oliveira & Neto, 2004), adaptada por Neto, Barros e Barros (1990 *cit in* Oliveira & Neto, 2004) para a população portuguesa; *felicidade* (Barros, 2001 *cit in* Oliveira & Neto, 2004).

As características psicométricas das escalas foram estudadas na amostra total. Para apurar a estrutura factorial, procedeu-se a uma análise factorial ortogonal em componentes principais, aparecendo 9 factores com *engenvales* superiores a 1, mas realçando-se o primeiro com 8.5 explicando só por si 20% da variância total, denotando a tendência da escala para a unifactoriedade (diversas perspectivas da morte, mas sempre com o mesmo construto em causa – a morte). No entanto, seguiu-se a teoria dos autores e consideraram-na octofactorial. Os valores de cada factor apresentaram sempre saturações superiores a .60 e muitas superiores a .70 e mesmo a .80, salvo duas no 6º factor com saturação superior a .50 e uma no 8º inferior a .50, mas que não saturam em nenhum dos outros factores. Estes resultados provam, assim, a teoria dos autores, tratando-se de escalas com boa estrutura factorial.

Por sua vez, a consistência interna das escalas, verificada através do alfa de *Cronbach*, apresentou os seguintes valores, respectivamente do primeiro ao oitavo factor: .83, .94, .84, .86, .83, .83, .87, .78. Concluiu-se que são valores realmente elevados, considerando que se trata de escalas muito breves (a última apenas com 4 itens).

4.5.4. Análise psicométrica dos instrumentos

No estudo aqui apresentado também se procedeu à análise da sensibilidade e de fidelidade de ambos os instrumentos. Assim, em termos de fidelidade, através do alfa de *Cronbach*, verificou-se que DAQ obteve o valor de .87 e que as Escalas Breves sobre

Diversas Perspectivas da Morte apresentaram, da primeira à última, respectivamente, os seguintes valores: .89, .96, .81, .92, .85, .88, .89, .88.

Para a sensibilidade analisaram-se os resultados da média, mediana, assimetria e curtose. Os valores da média e mediana são bastante próximos e os valores do coeficiente da assimetria e curtose estão próximos da unidade, tanto no DAQ como em cada uma das oito sub-escalas que constituem as Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte.

4.6. Variáveis

Tendo por base que a variável dependente é aquela que é observada e medida pelo investigador (Pinto, 1990), facilmente se depreende que a variável dependente deste estudo é a ansiedade face à morte, medida através do Death Anxiety Questionnaire.

Este mesmo autor diz-nos também que a variável independente é aquela que é manipulada pelo investigador. Assim, neste caso concreto, temos como variáveis independentes o género, a idade, o local de trabalho, os anos de experiência e as diversas perspectivas da morte.

4.7. Procedimentos

Este trabalho de campo foi efectuado no último quadrimestre de 2005. No sentido de se acelerar e ultrapassar um pouco todo o processo burocrático, optou-se por se realizar o consentimento informado de todos os participantes, onde se incluiu uma breve explicação dos objectivos do estudo.

Assim, os questionários (sócio-demográfico, Death Anxiety Questionnaire e as Escalas Breves sobre diversas perspectivas da morte) foram entregues a algumas enfermeiras do IPO e de várias instituições de saúde pública e privada que, por sua vez, ficaram responsáveis pela sua distribuição a outros profissionais desta classe, pela explicação e esclarecimento de qualquer dúvida no seu preenchimento, bem como pela posterior recolha dos mesmos.

Após a reunião de todos os questionários distribuídos, efectuou-se a base de dados que nos permitiu tratar estatisticamente os resultados, a partir dos quais se verificou se as hipóteses levantadas tinham ou não sido confirmadas.

4.8. Testes estatísticos realizados

Depois da elaboração da base de dados em que se criaram os vários grupos das variáveis dependentes e independentes, procedeu-se a uma análise de variância, através do *t student* e da *Anova Oneway* para encontrar diferenças no que diz respeito à ansiedade e às diversas perspectivas da morte face aos diferentes grupos que caracterizaram as variáveis sócio-demográficas. Desta feita, verificamos se a média da ansiedade e das diversas perspectivas da morte é significativamente diferente nos diferentes grupos formados pelas variáveis independentes. Como a *ANOVA* apenas nos diz se existem diferenças ou não, mas não nos indica em que grupos é que elas se verificam, efectuamos provas *POST HOC*, a posteriori, nomeadamente a prova *Scheffé* dado que os grupos desta amostra não têm tamanhos iguais.

Para encontrarmos associações entre as diversas variáveis no estudo e para procurar explicar a variável dependente a partir das variáveis independentes usaram-se, respectivamente, correlações e regressões.

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS

5.1. *t student* e Anova (Oneway)**Tabela 1:** Teste *t student* para as diversas variáveis relacionadas com a ansiedade total e perspectivas da morte tendo em linha de conta o género

Variáveis relacionadas com a ansiedade total e perspectivas da morte	Grupos	Média	Desvio padrão	<i>t</i>	Sig (2-tailed)
Ansiedade total	Masculino	27,12	6,99	-3,146	,002**
	Feminino	34,90	9,22		
Morte como sofrimento e solidão	Masculino	11,44	5,46	-1,379	,172
	Feminino	14,06	7,09		
Morte como vida do além de recompensa	Masculino	15,19	9,53	-1,864	,066
	Feminino	19,68	8,37		
Indiferença frente à morte	Masculino	12,87	6,22	-,363	,718
	Feminino	13,43	5,24		
Morte como desconhecido	Masculino	26,07	8,51	-,653	,515
	Feminino	27,57	7,90		
Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	Masculino	12,25	6,07	-,517	,607
	Feminino	13,13	6,07		
Morte como coragem	Masculino	18,19	8,67	-,659	,512
	Feminino	19,55	7,08		
Morte como fracasso	Masculino	14,44	8,81	,374	,709
	Feminino	13,76	5,74		
Morte como fim natural	Masculino	22,50	2,61	1,761	,082
	Feminino	20,25	4,91		

Analisando a tabela acima exposta relativamente ao *t student* relacionado com o sexo, verifica-se que há diferenças significativas relativamente à ansiedade total, o mesmo não acontecendo nas diversas perspectivas da morte.

Tabela 2: *Anova Oneway* para os grupos de idade tendo em consideração as variáveis ansiedade e as diversas perspectivas da morte

Variáveis relacionadas com a ansiedade total e as diversas perspectivas da morte	M1	DP	M2	DP	M3	DP	F	Sig.
Ansiedade total	34,39	9,78	32,67	9,31	30,22	6,72	,846	,433
Morte como sofrimento e solidão	12,28	6,00	13,78	7,03	18,78	8,21	3,610	,032*
Morte como vida do além de recompensa	19,67	8,36	17,96	8,97	16,89	10,36	,546	,581
Indiferença frente à morte	13,02	5,07	13,37	5,48	14,55	7,14	,295	,746
Morte como desconhecido	27,50	8,84	26,81	6,69	27,67	8,17	,071	,932
Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	12,46	5,45	12,11	6,00	17,67	7,21	3,331	,041*
Morte como coragem	19,09	7,48	19,00	7,52	21,00	7,14	,272	,763
Morte como fracasso	13,21	6,02	13,26	5,88	19,11	8,02	3,571	,033*
Morte como fim natural	20,74	4,55	21,30	3,46	18,78	7,41	1,007	,370

Teste *Scheffé*: grupos de idade

Morte como sofrimento e solidão	Grupo 1 < grupo 3
Morte como fracasso	Grupo 1 < grupo 3

Quando se tem em linha de conta a idade encontramos diferenças significativas no que toca à morte como sofrimento e solidão, à morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade e à morte como fracasso. No que diz respeito à morte como sofrimento e

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

solidão as diferenças acontecem entre o grupo 1 (22 aos 30 anos) e o grupo 3 (mais de 40 anos), sendo o grupo 3 o que pontua mais alto; no caso da morte como fracasso as diferenças verificam-se, igualmente, entre o grupo 1 e o grupo 3, sendo também os do grupo 3 que pontuam mais alto. Relativamente à variável morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade, apesar de apresentar diferenças significativas, no teste *sheffé* não evidencia entre que grupos existem essas diferenças; com um teste menos apertado (por exemplo *Duncan*) essas diferenças talvez surgissem.

Tabela 3: Teste *t student* para as diversas variáveis relacionadas com a ansiedade total e perspectivas da morte tendo em linha de conta o local de trabalho

Variáveis relacionadas com a ansiedade total e as diversas perspectivas da morte	Grupos	Média	Desvio padrão	<i>t</i>	Sig (2-tailed)																																																																					
Ansiedade total	IPO	32,48	10,90	-,645	,521																																																																					
	Outras inst.	33,87	8,22			Morte como sofrimento e solidão	IPO	13,39	7,58	-,150	,881	Outras inst.	13,62	6,40	Morte como vida do além de recompensa	IPO	20,48	9,69	1,406	,164	Outras inst.	17,67	7,99	Indiferença frente à morte	IPO	10,81	3,70	-3,548	,001**	Outras inst.	14,94	5,75	Morte como desconhecido	IPO	26,40	7,54	-,769	,444	Outras inst.	27,83	8,28	Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	IPO	10,68	6,70	-2,831	,006**	Outras inst.	14,48	5,07	Morte como coragem	IPO	19,52	8,93	,228	,820	Outras inst.	19,12	6,30	Morte como fracasso	IPO	11,90	6,12	-2,280	,025*	Outras inst.	15,19	6,34	Morte como fim natural	IPO	21,71	4,09	1,563	,122
Morte como sofrimento e solidão	IPO	13,39	7,58	-,150	,881																																																																					
	Outras inst.	13,62	6,40			Morte como vida do além de recompensa	IPO	20,48	9,69	1,406	,164	Outras inst.	17,67	7,99	Indiferença frente à morte	IPO	10,81	3,70	-3,548	,001**	Outras inst.	14,94	5,75	Morte como desconhecido	IPO	26,40	7,54	-,769	,444	Outras inst.	27,83	8,28	Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	IPO	10,68	6,70	-2,831	,006**	Outras inst.	14,48	5,07	Morte como coragem	IPO	19,52	8,93	,228	,820	Outras inst.	19,12	6,30	Morte como fracasso	IPO	11,90	6,12	-2,280	,025*	Outras inst.	15,19	6,34	Morte como fim natural	IPO	21,71	4,09	1,563	,122	Outras inst.	20,06	4,86						
Morte como vida do além de recompensa	IPO	20,48	9,69	1,406	,164																																																																					
	Outras inst.	17,67	7,99			Indiferença frente à morte	IPO	10,81	3,70	-3,548	,001**	Outras inst.	14,94	5,75	Morte como desconhecido	IPO	26,40	7,54	-,769	,444	Outras inst.	27,83	8,28	Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	IPO	10,68	6,70	-2,831	,006**	Outras inst.	14,48	5,07	Morte como coragem	IPO	19,52	8,93	,228	,820	Outras inst.	19,12	6,30	Morte como fracasso	IPO	11,90	6,12	-2,280	,025*	Outras inst.	15,19	6,34	Morte como fim natural	IPO	21,71	4,09	1,563	,122	Outras inst.	20,06	4,86															
Indiferença frente à morte	IPO	10,81	3,70	-3,548	,001**																																																																					
	Outras inst.	14,94	5,75			Morte como desconhecido	IPO	26,40	7,54	-,769	,444	Outras inst.	27,83	8,28	Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	IPO	10,68	6,70	-2,831	,006**	Outras inst.	14,48	5,07	Morte como coragem	IPO	19,52	8,93	,228	,820	Outras inst.	19,12	6,30	Morte como fracasso	IPO	11,90	6,12	-2,280	,025*	Outras inst.	15,19	6,34	Morte como fim natural	IPO	21,71	4,09	1,563	,122	Outras inst.	20,06	4,86																								
Morte como desconhecido	IPO	26,40	7,54	-,769	,444																																																																					
	Outras inst.	27,83	8,28			Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	IPO	10,68	6,70	-2,831	,006**	Outras inst.	14,48	5,07	Morte como coragem	IPO	19,52	8,93	,228	,820	Outras inst.	19,12	6,30	Morte como fracasso	IPO	11,90	6,12	-2,280	,025*	Outras inst.	15,19	6,34	Morte como fim natural	IPO	21,71	4,09	1,563	,122	Outras inst.	20,06	4,86																																	
Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	IPO	10,68	6,70	-2,831	,006**																																																																					
	Outras inst.	14,48	5,07			Morte como coragem	IPO	19,52	8,93	,228	,820	Outras inst.	19,12	6,30	Morte como fracasso	IPO	11,90	6,12	-2,280	,025*	Outras inst.	15,19	6,34	Morte como fim natural	IPO	21,71	4,09	1,563	,122	Outras inst.	20,06	4,86																																										
Morte como coragem	IPO	19,52	8,93	,228	,820																																																																					
	Outras inst.	19,12	6,30			Morte como fracasso	IPO	11,90	6,12	-2,280	,025*	Outras inst.	15,19	6,34	Morte como fim natural	IPO	21,71	4,09	1,563	,122	Outras inst.	20,06	4,86																																																			
Morte como fracasso	IPO	11,90	6,12	-2,280	,025*																																																																					
	Outras inst.	15,19	6,34			Morte como fim natural	IPO	21,71	4,09	1,563	,122	Outras inst.	20,06	4,86																																																												
Morte como fim natural	IPO	21,71	4,09	1,563	,122																																																																					
	Outras inst.	20,06	4,86																																																																							

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Relativamente ao local de trabalho, pode-se concluir que há diferenças significativas entre os enfermeiros do IPO e os das outras instituições no que toca à indiferença frente à morte, à morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade e à morte como fracasso, sendo os enfermeiros de outras instituições que pontuam mais alto.

Tabela 4: *Anova Oneway* para os grupos de anos de experiência tendo em consideração as variáveis ansiedade e perspectivas da morte

Variáveis relacionadas com a ansiedade total e as diversas perspectivas da morte	M1	DP	M2	DP	M3	DP	M4	DP	F	Sig.
Ansiedade total	32,61	10,49	34,10	8,94	35,00	9,66	28,87	5,74	,903	,444
Morte como sofrimento e solidão	10,87	6,30	13,97	5,63	13,47	7,39	19,62	8,35	3,657	,016*
Morte como vida do além de recompensa	17,26	8,51	21,42	7,63	16,35	9,64	18,00	10,49	1,671	,180
Indiferença frente à morte	12,48	5,91	13,97	4,81	12,23	4,96	15,50	7,01	,992	,401
Morte como desconhecido	26,45	9,32	27,84	7,26	26,12	8,73	29,87	5,11	,521	,669
Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	10,73	5,82	13,57	4,65	11,88	6,67	19,00	6,41	4,496	,006**
Morte como coragem	18,00	8,60	19,81	6,17	18,47	8,40	22,62	5,58	,893	,449
Morte como fracasso	12,78	6,64	13,61	5,53	12,65	6,06	20,87	6,45	4,042	,010**
Morte como fim natural	21,09	4,50	20,16	4,47	21,59	3,81	19,87	7,10	,480	,697

Teste *Scheffé*: grupos anos de experiência

Morte como sofrimento e solidão	Grupo 1 < grupo 4
Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	Grupo 1 < grupo 4 Grupo 3 < grupo 4
Morte como fracasso	Grupo 1 < grupo 4 Grupo 2 < grupo 4 Grupo 3 < grupo 4

No que diz respeito aos anos de experiência, e tal como aconteceu nos grupos de idades, encontram-se diferenças significativas no que se refere à morte como sofrimento e solidão, à morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade e à morte como fracasso. No caso da morte como sofrimento e solidão denota-se que essas diferenças se verificam entre o grupo 1 (1 a 5 anos de experiência) e o grupo 4 (21 a 40 anos de experiência), sendo o grupo 4 o que pontua mais alto; relativamente à morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade observa-se que as diferenças existem entre o grupo 1 e o grupo 4 e entre o grupo 3 (11 a 20 anos de experiência) e o grupo 4, sendo que em ambos os do grupo 4 pontuam mais alto; referindo-nos agora à morte como fracasso as diferenças verificadas dão-se entre o grupo 1 e o grupo 4, entre o grupo 2 e o grupo 4 e entre o grupo 3 e o grupo 4, sendo o grupo 4 o que pontua mais alto em todos os casos.

5.2. Correlações

Tabela 5: Correlações entre a ansiedade total e as diversas perspectivas da morte para a amostra de enfermeiros(as) do IPO

Diversas perspectivas da morte	Ansiedade total	Sig. (2-tailed)
Morte como sofrimento e solidão	,551	,001**
Morte como vida do além de recompensa	,164	,379
Indiferença frente à morte	,198	,285
Morte como desconhecido	,363	,049*
Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	,285	,120
Morte como coragem	,374	,038*
Morte como fracasso	,423	,018*
Morte como fim natural	,053	,776

Relativamente às correlações entre a ansiedade total e as diversas perspectivas da morte para a amostra dos enfermeiros do IPO, verificamos que a ansiedade total se correlaciona significativa e positivamente com as variáveis morte como sofrimento e solidão, a morte como desconhecido, a morte como coragem e a morte como fracasso.

Tabela 6: Correlações entre a ansiedade total e as diversas perspectivas da morte para a amostra de enfermeiros(as) de outras instituições

Diversas perspectivas da morte	Ansiedade total	Sig. (2-tailed)
Morte como sofrimento e solidão	,189	,198
Morte como vida do além de recompensa	,335	,020*
Indiferença frente à morte	-,057	,699
Morte como desconhecido	,292	,044*
Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	,226	,131
Morte como coragem	,361	,012*
Morte como fracasso	,042	,778
Morte como fim natural	-,058	,693

Finalmente, no que corresponde às correlações entre a ansiedade total e as diversas perspectivas da morte para a amostra dos enfermeiros de outras instituições, a ansiedade total correlaciona-se significativa e positivamente com as variáveis morte como vida do além de recompensa, morte como desconhecido e morte como coragem.

5.3. Regressões

Tabela 7: Análise de regressão linear tendo como variável critério a ansiedade total e variáveis preditivas de diversas perspectivas da morte para o grupo de enfermeiros(as) do IPO

Ansiedade total (a)	Adjusted R Square	Beta	Sig.
Morte como sofrimento e solidão (b)	,265	,539	,002

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

Relativamente à análise de regressão linear que tem como variável critério a ansiedade total e como variáveis preditivas as diversas perspectivas da morte para o grupo de enfermeiros do IPO, verifica-se que a ansiedade total é explicada em 26% pela variável morte como sofrimento e solidão que apresenta um valor *Beta* de 539; ou seja, à medida que aumenta a crença da morte como sofrimento e solidão, aumenta a ansiedade total.

Tabela 8: Análise de regressão linear tendo como variável critério a ansiedade total e variáveis preditivas de diversas perspectivas da morte para o grupo de enfermeiros(as) de outras instituições

Ansiedade total (a)	Adjusted R Square	Beta	Sig.
Morte como vida do além de recompensa (b)	,087	,328	,026

No que concerne às análises de regressão tendo como variável critério a ansiedade total e como variáveis preditivas as diversas perspectivas da morte e considerando o grupo de enfermeiros de outras instituições, pode-se concluir que a ansiedade total é explicada em 8% pela variável morte como vida do além de recompensa que apresenta um valor *Beta* de 328; ou seja, à medida que aumenta a crença na morte como vida do além de recompensa, aumenta a ansiedade total.

5.4. Diferenças interquartílicas

Tabela 9: Teste T de *student* para diferenças entre percentagens mais altas e mais baixas de ansiedade total face às diversas perspectivas da morte para o grupo de enfermeiros(as) do IPO

Diversas perspectivas da morte	Ansiedade total			
	Grupos	Média	Desvio padrão	Sig (2-tailed)
Morte como sofrimento e solidão	Grupo 1	8,82	3,43	,002**
	Grupo 2	19,55	9,37	
Morte como vida do além de recompensa	Grupo 1	18,18	12,04	,129
	Grupo 2	25,11	5,46	
Indiferença frente à morte	Grupo 1	9,73	3,66	,382
	Grupo 2	11,33	4,36	
Morte como desconhecido	Grupo 1	22,40	7,76	,021*
	Grupo 2	29,89	4,34	
Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	Grupo 1	8,64	5,26	,058
	Grupo 2	14,88	8,45	
Morte como coragem	Grupo 1	14,54	9,01	,012*
	Grupo 2	25,55	8,34	
Morte como fracasso	Grupo 1	8,36	4,08	,005**
	Grupo 2	16,00	6,59	
Morte como fim natural	Grupo 1	22,18	2,23	,891
	Grupo 2	22,33	2,64	

Relativamente ao *t student* referente às diferenças entre as percentagens mais altas e as mais baixas de ansiedade total face às diversas perspectivas da morte, para o grupo de enfermeiros do IPO, observa-se que são os indivíduos com valores mais altos em ansiedade que apresentam pontuações mais elevadas no que toca à morte como sofrimento e solidão, à morte como desconhecido, à morte como coragem e à morte como fracasso, sendo as diferenças significativas.

Tabela 10: Teste T de *student* para diferenças entre percentagens mais altas e mais baixas de ansiedade total face às diversas perspectivas da morte para o grupo de enfermeiros(as) de outras instituições

Diversas perspectivas da morte	Ansiedade total			
	Grupos	Média	Desvio padrão	Sig (2-tailed)
Morte como sofrimento e solidão	Grupo 1	8,90	4,62	,008**
	Grupo 2	16,33	6,20	
Morte como vida do além de recompensa	Grupo 1	14,90	8,49	,076
	Grupo 2	20,88	4,51	
Indiferença frente à morte	Grupo 1	15,10	5,48	,550
	Grupo 2	13,66	4,66	
Morte como desconhecido	Grupo 1	22,50	8,59	,024*
	Grupo 2	30,88	5,75	
Morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade	Grupo 1	10,50	3,24	,084
	Grupo 2	13,57	3,55	
Morte como coragem	Grupo 1	16,20	6,35	,081
	Grupo 2	21,22	5,30	
Morte como fracasso	Grupo 1	13,10	7,18	,240
	Grupo 2	16,77	5,80	
Morte como fim natural	Grupo 1	22,10	1,96	,541
	Grupo 2	21,44	2,60	

Analisando o *t student* referente às diferenças entre as percentagens mais altas e as mais baixas de ansiedade total face às diversas perspectivas da morte, para o grupo de enfermeiros de outras instituições, pode-se concluir que são os indivíduos com valores mais altos em ansiedade que apresentam pontuações mais elevadas no que toca à morte como sofrimento e solidão e à morte como desconhecido, sendo as diferenças significativas.

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Depois de se ter analisado estatisticamente os resultados, apresentam-se, neste capítulo, as conclusões e a discussão dos mesmos, tentando-se, sempre que possível, relacioná-los e compará-los com outros estudos evocados na parte teórica deste trabalho.

Começando pela primeira hipótese, pode-se, desde logo, concluir que as enfermeiras exibem níveis de ansiedade significativamente mais altos que os enfermeiros (34,90 para as mulheres e 27,12 para os homens). Estas conclusões poderão, assim, reforçar os resultados dos estudos de Templer, Ruff e Franks (1971), Lester (1972) e Oliveira (2002) que referem que as mulheres, em geral, apresentam níveis de ansiedade significativamente mais altos que os homens. Estas diferenças podem surgir pelo facto das mulheres terem menos dificuldade em exprimir os seus sentimentos e preocupações (Fortner e Neimeyer, 1999), ou por as mulheres normalmente apresentarem níveis mais altos de ansiedade e mal-estar nos inventários de ansiedade (Lonetto & Templer, 1988), ou ainda pelo facto dos homens apresentarem maior relutância em admitir o medo da morte, simplesmente por ser uma atitude socialmente indesejável (Oliveira, 1998).

No que diz respeito à segunda hipótese levantada que se refere à variável independente idade, verifica-se que não foi confirmada. Mas, apesar de não haver diferenças significativas, observa-se, através dos valores da média da ansiedade de cada grupo, que é o grupo dos mais jovens (entre 22 a 30 anos) que pontua mais alto – 34,39; seguindo-se o grupo que compreende as idades entre os 31 e os 40 anos com 32,67 e, por último, o grupo com mais de 40 anos de idade com 30,22. Estes resultados poderão indicar que, talvez com uma amostra mais alargada e equilibrada, se confirmasse esta hipótese que vai de encontro aos estudos e às crenças de Feifel que, desde cedo, acreditou que os idosos experienciam níveis de medo mais baixos que os jovens. Mas, muitos outros autores encontraram resultados idênticos tais como: Kastenbaum e Aisenberg, 1972; Koocher *et al*, 1976; Oliveira, 1998. Outros, ainda, sugerem

que há uma diminuição linear da ansiedade da morte com o decorrer dos anos: Neimeyer *et al.*, 1986; Thorson & Powell, 1994 (*cit in* Tomer & Eliason, 1996).

Relativamente à terceira hipótese, que previa que os profissionais de saúde do IPO, por estarem mais próximos da realidade e do pensamento da morte, sentiriam níveis de ansiedade mais elevados do que os de outras instituições (OI), verifica-se que também aqui não há diferenças significativas pelo que se conclui a não confirmação da hipótese. Aliás, através da análise da média de ansiedade apresentada por estes dois grupos – grupo do IPO 32,48 e grupo de OI 33, 87 –, é curioso verificar-se que a média de ansiedade no grupo de OI consegue ser um pouco mais elevada que a do grupo de enfermeiros(as) do IPO, o que contraria por completo a ideia pressuposta na hipótese. Este resultado poderá ir contra a ideia de Worden (1991 *cit in* Rich, 2005) que referiu que trabalhar com pessoas em fases terminais e com as respectivas famílias pode contribuir para uma maior ansiedade resultante dos medos pessoais das actuais ou potenciais perdas destes profissionais. Apresenta também, resultados contraditórios àqueles verificados por Quint (1967, *cit in* Copp, 1994), Popoff (1975), Whitefield (1979, *cit in* Copp, 1994) e Birch (1983) que referiam que a classe dos enfermeiros experienciavam uma ansiedade considerável quando cuidavam de indivíduos à beira da morte.

Reportando-nos, agora, à quarta hipótese, cuja variável independente estudada foi os anos de experiência dos profissionais de saúde, verificou-se que também esta não foi confirmada. Não existem diferenças significativas de ansiedade face à morte entre os quatro grupos existentes. Contudo, também aqui, é possível concluir, através da observação da média de ansiedade sentida por cada grupo, que é o grupo com mais anos de experiência (21 a 40 anos de experiência) que apresenta um nível inferior de ansiedade – 28,87. Segue-se o grupo de enfermeiros(as) que têm entre 1 e 5 anos de experiência com 32,61; os profissionais com os anos de experiência entre 6 a 10 pontuaram 34,10 e, finalmente, o grupo com 11 a 20 anos de experiência que apresentou a média mais alta – 35,00. Isto parece querer demonstrar que a

ansiedade vai aumentando à medida que os profissionais de saúde adquirem mais experiência, para depois diminuir, consideravelmente, para os níveis mais baixos, na última fase das suas carreiras profissionais. Mais uma vez estes resultados poderão aludir que com uma amostra maior e mais equilibrada, talvez a hipótese se confirmasse.

Tendo por base as médias de ansiedade sentidas pelos vários grupos desta variável somos tentados a concluir que estas parecem, por um lado, reflectir as fases de um processo de luto (por exemplo, os comportamentos e sentimentos do processo de Coping de Kavanaugh) e, por outro, descrever os cinco estádios da escala de progressão e crescimento esquemático dos comportamentos e das atitudes dos(as) enfermeiros(as) face ao doente terminal de Harper (*cit in* Rodrigues, 1999). De facto, tendo em conta estes dois modelos dá a impressão que estes profissionais se deparam nos seus primeiros anos de experiência com sentimentos de choque e negação, em que a morte é ainda inaceitável para o profissional, surgindo períodos de grande ansiedade. Seguem-se, então, os períodos de desorganização, reacções voláteis e culpa que se assemelham com o estádio II de Harper em que sentimentos de confusão, desamparo, solidão, culpa e frustração poderão ajudar a aumentar a ansiedade. Será, nesta fase que os(as) enfermeiros(as) enfrentam a realidade da morte final e inexorável dos seus doentes, passando a enfrentar o espectro da sua própria morte; passam, assim, de uma fase de intelectualização para uma fase de envolvimento emocional. Quando os profissionais se encontram no pico da ansiedade (no nosso estudo entre os 11 e os 20 anos de experiência), poderão estar a vivenciar a quinta fase de Kavanaugh e o estádio III de Harper, já que estes se caracterizam por serem os mais penosos e de maior sofrimento, causando tristeza e depressão, podendo esta fase ser crucial para o seguimento adaptativo ou não adaptativo do processo de aceitação do desenrolar da evolução da doença terminal e da inevitabilidade da morte. Neste estudo, de certa forma, denota-se, um processo adaptativo já que os(as) enfermeiros(as) com mais anos de experiência revelam níveis de ansiedade mais

baixos parecendo indicar que passaram para as fases de alívio e convalescença de Kavanaugh e o estágio IV e V de Harper. Poderá, então, ter havido um período de adaptação, acomodação, marcado por uma sensação de liberdade emocional em que os profissionais desenvolveram competências para encarar a situação, libertando-se dos sinais de depressão e preocupação com a sua própria saúde ou morte física sentidos na fase anterior. No entanto, não significa que estes profissionais fiquem completamente ausentes da dor psicológica ou pesar, o que poderá explicar que o nível de ansiedade sentida pelos nossos enfermeiros se situe ainda acima da média do DAQ (27,5).

Tendo, ainda, em conta as médias da ansiedade observadas, nesta quarta hipótese de salientar que os resultados deste estudo vão de encontro aos observados no estudo de Stoller (1980) e contrastam com os do estudo de Hurtig e Stewn (1990). Assim, poderemos aqui levantar a suposição, tal como Ferreira (2001) de que estes profissionais de saúde poderão sofrer um processo de habituação à morte, ao longo das suas carreiras.

Relativamente à quinta hipótese concluímos que:

- Em termos de género não há diferenças significativas para homens e mulheres no que respeita às diversas perspectivas da morte;
- No que diz respeito à idade e aos anos de experiência, é interessante verificar que as perspectivas que apresentam valores significativos são, em ambos os casos, a morte como sofrimento e solidão a morte como fracasso e a morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade. Quer no caso da idade, quer relativamente aos anos de experiência é o grupo de profissionais com mais de 40 anos e o grupo com mais anos de experiência (21 a 40 anos de experiência) que pontuam mais alto estas atitudes. Daqui poderá presumir-se uma associação entre idade e anos de experiência já que, supostamente, quanto mais velho se é mais anos de experiência se terá. Depreende-se daqui que os profissionais mais velhos e com mais anos de experiência, por terem lidado e convivido mais tempo com a realidade das duas

profissões, pensem ou sintam mais a morte como sofrimento e solidão, o que poderá estar associado à ideia do morrer só e no hospital, típico da sociedade dos nossos dias (Morin, 1976; Leis, 2000; Kubler-Ross, 2000). Relativamente à morte como fracasso, embora no caso da idade as diferenças significativas se situam entre o grupo de profissionais mais jovens e mais velhos, a verdade é que relativamente aos anos de experiência esta atitude foi significativa entre todos os grupos que caracterizam esta variável, sendo, neste caso, o grupo com menos anos de experiência que apresenta uma média mais baixa. Estes dados parecem reforçar, então, a ideia de que os jovens enfermeiros(as) começam a sua actividade profissional com um entusiasmo idealista exagerado, com expectativas muito elevadas (tal como nos diz Edelwich e Brodsky *cit in* Dubreucq, 1989) até porque são ensinados a curar (Palú *et al.*, 2004; Rebelo, 2004). Mas, à medida que se vão deparando com a realidade da sua profissão vão sentindo uma certa impotência, uma certa frustração, levando-os a percepcionarem a morte como um fracasso (Gomes, 1992). Esta ideia da morte como fracasso poderá ainda estar relacionada com a consciência do homem face à sua impotência e fraqueza perante a morte. Quanto à outra perspectiva que falta referir – a morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade, de referir de que relativamente à idade não se conseguiu apurar entre que grupos se verificavam essas diferenças; no que diz respeito aos anos de experiência, mais uma vez, observou-se que são os profissionais com mais tempo de serviço que a manifestam mais. Esta atitude face à morte poderá estar associada às anteriores já que estes profissionais se sentem muitas vezes frustrados e culpados por não conseguirem evitar a dor, o sofrimento e, por vezes, até mesmo a morte, dos doentes que são seus dependentes nos hospitais.

- Por último e tendo em consideração o local de trabalho, viu-se que as perspectivas da morte mais pontuadas foram a indiferença frente à morte, a morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade e morte como fracasso, sendo sempre o grupo OI a

pontuar mais alto. Destes resultados é curioso verificar que os profissionais de OI são mais indiferentes à morte, que a consideram mais como fracasso que os do IPO e que a perspectivem mais em termos de abandono dos que dependem de nós com culpabilidade. A indiferença frente à morte talvez seja explicada pelo facto destes profissionais não conviverem tanto com a morte como os do IPO; quanto à questão de percepcionarem mais a morte como fracasso, talvez se possa explicar que isto se verifique porque os profissionais do IPO, por conviverem mais com a morte, necessitem de desenvolver e de adoptar estratégias de adaptação e aceitação da mesma; ora, só o poderão fazer se acreditarem que fizeram tudo ao seu alcance pelo doente terminal e se aceitarem que até a ciência é limitada perante a morte. O facto dos profissionais de OI sentirem mais a morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade torna-se um pouco incompreensível e contraditório relativamente ao que foi referido, pelo que sugerimos que este aspecto deva ser alvo de investigações mais específicas no futuro.

Na sexta e sétima hipótese esperávamos encontrar correlações significativas entre a ansiedade e as diversas perspectivas da morte e que estas explicassem a ansiedade da morte quer para os profissionais do IPO, quer para os de OI.

Assim, tendo em conta os profissionais de saúde do IPO, verificou-se que a ansiedade total correlaciona positiva e significativamente com a morte como sofrimento e solidão, a morte como desconhecido, a morte como coragem e a morte como fracasso. Dentro destas, a perspectiva da morte que se prevê que explique 26% da ansiedade total destes profissionais é a morte como sofrimento e solidão, ou seja, à medida que aumenta a crença da morte como sofrimento e solidão, aumenta a ansiedade total.

No que diz respeito aos profissionais de OI, as perspectivas da morte que correlacionam positiva e significativamente com a ansiedade total são a morte como vida do além de recompensa, a morte como desconhecido e a morte como coragem. Neste caso, a

A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde

ansiedade total é explicada em 8% pela variável preditiva morte como vida do além de recompensa; temos, assim, que à medida que aumenta a crença na vida do além como recompensa aumenta a ansiedade total.

Pelo exposto, pode-se concluir, por um lado, que tanto para os(as) enfermeiros(as) do IPO como para os de OI a morte é algo desconhecido e também um acto de coragem. Estas duas atitudes perante a morte poderão explicar o facto de ambos os grupos evidenciarem níveis de ansiedade da morte acima da média. Com efeito, estas duas perspectivas pressupõem sentimentos de incertezas, mistérios, interrogações, ambiguidades, lutas, recusas de humilhação ou derrota e confrontações que se enquadram, perfeitamente, nas definições psicológicas do medo e da ansiedade.

Por outro lado, verifica-se, que perspectivas da morte há que ajudam a diferenciar a ansiedade da morte sentida nos profissionais que trabalham no IPO ou OI. Destaca-se, aqui, para os(as) enfermeiros(as) do IPO a morte como sofrimento e solidão e para os de OI a morte como vida do além de recompensa. Assim, crê-se que, pelo facto dos primeiros conviverem mais diariamente com doentes em fases terminais e, como tal, a viverem um processo de tristeza, dor, sofrimento e solidão, a percepcionem mais especificamente como um último momento de agonia, de isolamento, última angústia e tormento. Desta feita, é de todo compreensível que esta variável seja aquela que mais prevê a ansiedade da morte nestes profissionais.

O facto dos profissionais de OI não conviverem diariamente com a morte e com o sofrimento pernicioso que advém da inevitabilidade inesperada da morte, poderá explicar o porquê deste profissionais serem mais indiferentes à morte e de perspectivarem mais a ansiedade da morte numa vertente mais religiosa e espiritual. Aliás, tendo em conta os resultados aqui encontrados e que a nossa amostra se insere numa sociedade de religião cristã, os dados parecem corroborar e consolidar a ideia defendida por alguns autores de que o facto

da religião judaico-cristã alimentar a ideia de uma vida para além da morte como recompensa ou castigo, poderá estar na base de níveis de ansiedade face à morte mais elevados (Feifel, 1959 *cit in* Neimeyer *et al.*, 2004; Feifel & Branscomb, 1973).

Para finalizar, a hipótese oito esperava que os profissionais do IPO e de OI que pontuassem mais alto em ansiedade face à morte apresentassem, também, médias mais elevadas nas escalas breves sobre diversas perspectivas da morte. No que diz respeito à amostra do IPO esta hipótese está perfeitamente confirmada já que os profissionais que pontuaram mais alto em ansiedade total pontuaram, igualmente, mais alto nas perspectivas da morte como sofrimento e solidão, morte como desconhecido, morte como abandono e morte como fracasso. Aliás, estas mesmas perspectivas da morte foram as que apresentaram uma correlação positiva e significativa com a ansiedade da morte, para estes profissionais, o que vem intensificar a convicção de que a ansiedade face à morte e as perspectivas da morte estão associadas. No caso dos profissionais de OI verificam-se diferenças significativas em duas perspectivas da morte. Ou seja, os profissionais de OI com percentagens de ansiedade mais elevadas pontuam também mais alto nas reacções à morte como desconhecido e à morte como sofrimento e solidão. No que diz respeito à morte como desconhecido estes resultados confirmam a correlação existente entre esta e a ansiedade. Mas, relativamente à morte como sofrimento e solidão os resultados acabam por contrariar e não confirmar os dados obtidos anteriormente, já que esta perspectiva não estaria significativamente correlacionada com a ansiedade para os profissionais de OI. Assim, será um aspecto a ter em conta em futuras investigações.

Por tudo o que ficou dito, fica a convicção de que apesar de termos verificado que profissionais que lidam diária e directamente com a morte – como os do IPO – não evidenciaram níveis de ansiedade significativamente mais elevados do que os profissionais de outras instituições, parece ser, contudo, evidente que estes percebem mais a morte em

termos de sofrimento e solidão e fracasso, o que poderá, tal como alguns autores referem, conduzir à ideia que estes profissionais estão sujeitos a uma panóplia de sentimentos e reacções, para os quais na maioria dos casos não estão preparados para lidar (Rappaport e Witzke, 1993), pelo que será normal evidenciarem comportamentos de evasão e outras formas de auto-protecção (Kastenbaum & Costa, 1977) ou atitudes de relações distantes, frias e desumanizadas (Marques *et al.*, 1991).

Ficou também patente que tanto os profissionais do IPO como os de OI percebem a morte como coragem e como desconhecido. Estas duas atitudes, poderão, de certa forma, explicar o facto dos níveis de ansiedade apresentarem, sempre, pontuações acima da média do DAQ - 27,5 - em todas as variáveis analisadas. Este dado reflecte e fortifica a ideia de Shulz (1979 *cit in* Copp, 1994) quando diz que pensar sobre a morte pode desencadear ansiedades amorfas, a de Feifel e Nagy (1981) que defenderam que "... o medo da morte, mais ou menos natural ou aprendido, é um medo de que poucos se podem considerar imunes" (p. 163), ou ainda a perspectiva psicológica de Kastenbaum e Aisenberg (1972) quando referem que a palavra morte ou o pensamento da morte funciona como um estímulo, cuja resposta será a ansiedade e o medo da morte. No entanto, parece-nos que esta conclusão apenas poderia ter um fundamento teórico mais consistente se neste estudo existisse um grupo experimental de pessoas que não estivessem ligadas a profissões de saúde e que também elas apresentassem níveis de ansiedade acima dos 27,5.

Todas estas conclusões, aliadas ao facto destes profissionais não perspectivarem a morte como fim natural – algo que seria, se calhar, esperado ocorrer uma vez que do ponto de vista médico, a morte é o “abandono do mundo vivo, correspondendo à paragem do conjunto de processos bioenergéticos e das funções que os apoiam” (Ruffié, 1987 p. 229) – não é, pois, difícil de pressentir a carência de uma educação para a morte, no que respeita aos profissionais de saúde (Oliveira, 1998; Kovács, 2003; Wass, 2004).

CONCLUSÃO GERAL

Neste trabalho acabamos por efectuar uma revisão da evolução histórica e cultural da morte, da complexidade do seu conceito e da forma como ela é percebida ao longo do ciclo da vida. A partir daqui foi-nos possível detectar a complexidade deste fenómeno e dos muitos aspectos que lhe estão associados, como é o caso da ansiedade e o medo da morte. Debruçamo-nos, por isso, essencialmente, sobre esta temática, tentando definir, perceber e explicar as suas causas e os seus efeitos nas pessoas. Para tal, apresentaram-se uma série de estudos realizados nas suas várias vertentes, bem como modelos explicativos da sua dinâmica.

Mas, o estudo empírico deste trabalho incidiu, especificamente, na ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde. Assim, fez-se uma revisão de ideias, modelos explicativos e estudos realizados neste campo. Nesta investigação propusemo-nos, então, analisar e comparar níveis de ansiedade da morte e explorar as suas relações com diversas perspectivas da morte nos profissionais de enfermagem, como forma de contribuirmos para uma melhor identificação, compreensão e resolução das possíveis implicações deste fenómeno na realização das suas profissões.

Dado que a avaliação da ansiedade e medo da morte tem sido uma questão algo controversa, não só no que diz respeito às suas escalas de avaliação como também às variáveis que com ela se podem relacionar tais como a religião, aspectos sociais e de personalidade (optimismo, pessimismo, auto-estima, solidão, entre outras), desde logo se anteviu que esta investigação iria apresentar algumas limitações. De facto, neste estudo não se teve em conta nem a religião nem aspectos de personalidade ou de desejabilidade social, pelo que os resultados finais poderão ser passíveis de algum enviesamento. Além disso, esta investigação tem pouco apoio teórico visto que estudos realizados no âmbito da ansiedade e das perspectivas da morte, junto dos profissionais de saúde, são escassos. Assim, trata-se de um estudo exploratório, cujas conclusões não poderão ser generalizadas para nenhuma outra

população nem cultura. Para finalizar o campo das limitações de referir, ainda, o carácter reduzido da amostra e o facto dos grupos não serem homogéneos.

Apesar disso, no nosso entender, os objectivos a que nos propusemos foram de maneira geral atingidos, ainda que nem todas as hipóteses tenham sido confirmadas. Mais do que dar respostas permitiu levantar ainda mais questões, alertando-nos para o facto de ainda muito se poder investigar nesta temática. Mesmo assim, acreditamos que este trabalho permitiu dar uma modesta colaboração no estudo da ansiedade e medo da morte.

Este estudo parece deixar a ideia de que apesar dos avanços técnico-científicos e do aumento da esperança de vida, a morte continua e continuará a ser uma ameaça ao sentimento de onipotência do homem, e no caso dos enfermeiros ao sentimento de fracasso. Da mesma forma, denota-se que os níveis de ansiedade são consideráveis quando o tema central é a morte e que os profissionais de saúde que lidam mais directamente com a morte a percebem mais como sofrimento e solidão. Em termos mais genéricos fica a intuição que a morte é sentida como algo desconhecido e um acto de coragem, logo envolta de mistério e de luta o que leva a considerar uma grande associação entre o pensamento da morte e o sentimento de ansiedade e medo da mesma.

Em termos pessoais, fica a convicção de que muito ficou dito e de que muito mais haveria para dizer. Mas a certeza é de que este modesto trabalho em muito contribui para a minha atitude para com a vida e a morte, que adquiriu agora um novo significado. Agradeço, assim, a reflexão profunda e a tomada de consciência da realidade que me suscitou e que contribuirá, sem dúvida, para a minha formação futura como pessoa e como psicóloga.

Finalizo, assim, esta monografia, subscrevendo Oliveira (2002, p.162):

“A aceitação da morte constitui certamente um dos maiores sinais de maturidade humana, daí a necessidade duma educação sobre a morte, duma *ars moriendi*, porque a morte, paradoxalmente, pode ensinar a viver.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel-Khalek, A. M. (1997). Death anxiety, and depression. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 35 (2), 219-229.
- Abdel-Khalek, A. M. (2000-2001). Death, anxiety, and depression in Lebanese undergraduates. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 42 (4), 301-320.
- Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2003). Death obsession in Kuwait and American college students. *Death Studies*, 27 (1), 65-75.
- Abengógar, C. M., Bueno B., & Vega, L. J. (1999). Intervention on attitudes toward death along the life span. *Educational Gerontology*, 25, 435-447.
- Alvarado, K. A., Templer, D. I., Bresler, C., & Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical psychology*, 51, 202-204.
- Ariés, Ph. (1975). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema.
- Attig, T. (2004). Meanings of death seen through the lens of grieving. *Death Studies*, 28, 341-360.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press.
- Birch, J. A. (1983). Anxiety and conflict in nurse education. *Research in Nurse Education*, 12, 26-47.
- Bracinha Vieira, A. (1987). Da morte e do morrer. *Psicologia*, 5 (2), 139-145.
- Brent, S.B., & Speece, M. W. (1993). “Adult” conceptualization of irreversibility: implications for the development of the concept of death. *Death Studies*, 17, 203-224.
- Brosche, T. A. (2003). Death, dying, and the ICU nurse. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22, 173-179.

- Cabodevilla, I. (1999). *Vivir e morir conscientemente*. Bilbao: Deseleé de Brouwer.
- César, B. (2002). Como não podemos evitar a morte, só nos resta conviver bem com ela. *Superinteressante*, 24-26.
- Cicirelli, V. G. (1999). Personality and demographic factors in older adult's fear of death. *The Gerontologist*, 39, 569-579.
- Christ, G. H., Siegel, K., & Christ, A. E. (2002). Adolescent grief. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1269-1278.
- Clements, R., (1998). Intrinsic religious motivation and attitudes toward death among the elderly. *Current Psychology*, Vol. 17, 237-249.
- Cochrane, J. B., Levy, M. R., Fryer, J. E., & Oglesby, C. A. (1990). Death anxiety, disclosure behaviours, and attitudes of oncologists toward terminal care. *Omega*, 22, 1-12.
- Coelho, A. (1991). *Atitudes perante a morte*. Coimbra: Livraria Minerva.
- Collett, D., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-181.
- Conte, H., Weiner, M., & Plutchic, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (4), 775-785.
- Coop, G. (1994). Palliative care nursing education: a review of research findings. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 552-557.
- Costello, J. (2001). Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 59-68.
- D'Attilio, J. P., & Campbell, B. (1990). Relationship between death anxiety and suicide potential in an adolescent population. *Psychological Reports*, 67, 975-978.
- DePaola, S. J., Neimeyer, R. A., Lupfer, M. B., & Fiedler, J. (1992). Death concern and attitudes toward the elderly in nursing home personnel. *Death Studies*, 16, 537-555.

- Dickstein, L. S., & Blatt, S. (1966). Death concern, futurity and anticipation. *Journal of Consulting Psychology, 30*, 11-17.
- Dubreucq, J. L. (1989). O desgaste dos enfermeiros. *Servir, 36* (2), 90-92.
- Evans-Wentz, W. Y. (1988). *Prefácio à segunda Edição no "Livro Tibetano dos Mortos"*. São Paulo: Pensamentos.
- Feifel, H. (1955). Attitudes of mentally ill patients toward death. *Journal of Nervous and Mental Disease, 122*, 375-380.
- Feifel, H. (1977). Death and dying in modern América. *Death Education, 1*, 5-14.
- Feifel, H. (1982). Death in contemporary América. *Death Education, 6*, 69-174.
- Feifel, H., & Branscomb, A. (1973). Who's afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology, 81*, 38-45.
- Feifel, H., & Nagy, V. T. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 278-286.
- Ferreira, P. A. (2001). Satisfação profissional dos enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra. Estudo descritivo das relações com padrões de vinculação, ansiedade perante a morte e interesses vocacionais. *Revista de Investigação em Enfermagem, 4*, 20-28.
- Figueiredo, E. (1993). *Angústia ecológica e o futuro: trajectos portugueses*. Lisboa: Gradiva.
- Florian, V., & Kravetz, S. (1983). Fear of personal death: attribution, structure and relation to religious belief. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 600-607.
- Fry, P. S. (2003). Perceived self-efficacy domain as predictors of fear of the unknown and fear of dying among older adults. *Psychology and Aging, 18* (3), 474-486.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies, 23*, 387-411.

- Freud, S. (1976). *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago (obra original publicada em 1915).
- Gomes, L. (1992). Stress em enfermagem. *Divulgação*, 23, 36-40.
- Hennezel, M., & Leloup, J. Y. (1998). *A arte de morrer*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 996-999.
- Howells, K., & Field, D. (1982). Fear of death and dying among medical students. *Social Science and Medicine*, 16, 1421-1424.
- Hurtig, W. A., & Stewin, L. (1990). The effect of death education and experience on nursing students' attitude towards death. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 29- 34.
- Kastenbaum, R., & Aisenberg, R. (1972). *Psicologia da morte*. São Paulo: Novos Ubrais.
- Kastenbaum, R., & Costa, P. (1977). Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology*, 28, 225-249.
- Kubler-Ross, E. (2000). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Koocher, G., O'Malley, J., Foster, D., & Gogan, J. (1976). Death anxiety in normal children and adolescents. *Psychiatria Clinica*, 9, 220-229.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Fapesp.
- Leis, H. R. (2000). *A sociedade dos vivos*. Porto Alegre: Editora Teorias sobre a Modernidade.
- Lester, D. (1972). Studies in death attitudes (part two). *Psychological Reports*, 30, 440.
- Lieberman, M. A., & Caplan, A. S. (1970). Distance from death as a variable in the study of aging. *Developmental Psychology*, 2, 71-84.
- Lonneto, R., & Templer, D (1988). *La ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Ediciones Temis.

- Loo, R. (1984). Personality correlates of the Fear of Death and Dying Scale. *Journal of Clinical Psychology, 40*, 120-122.
- Lucas, R. (1974). A comparative study of measure of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patient and wife. *Omega: The Journal of Death and Dying, 5* (3), 233-234.
- Marks, A. (1986). Race and sex differences and fear of dying. *Omega: The Journal of Death and Dying, 17* (3), 229-236.
- Marques, A. R. *et al.* (1991). Reacções emocionais à doença grave : como lidar... *Psiquiatria Clínica: Coimbra*.
- Marrone, R. (1999). Dying, mourning, and spirituality: a psychological perspective. *Death Studies, 23*, 495-519.
- Michalopoulou, A. M., & Michalopoulou, E. (2002). Social handling of death. *Nursing.Gr, 12*.
- Morin, E. (1976). *O homem e a morte*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Nagy, M. A. (1948). The child's theories concerning death. *Journal of Genetic Psychology, 73*, 3-27.
- Neimeyer, R. A., Bagley, K. J., & Moore, M. K. (1986). Cognitive structure and death anxiety. *Death Studies, 10*, 273-288.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death studies, 28*, 309-340.
- Noppe, I. C., & Noppe, L. D. (2004). Adolescent experiences with death: letting go of immortality. *Journal of Mental Health Counseling, 26*, 146-167.
- Nuland, S. B. (1995). *Como morremos*. Rio de Janeiro: Editora Rocco.

- Nunes, R. (1998). O doente oncológico em fase terminal (atitudes e comportamentos dos enfermeiros). *Apontamentos do Curso Multidisciplinar de Cuidados Paliativos*. Porto: UCC do CROP.
- Oliveira, J. (1998). *Viver a morte. Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Almedina.
- Oliveira, J. (2002). Ansiedade face à morte: Uma abordagem diferencial. *Psychologica*, 31, 161-176.
- Oliveira, J., & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 355-367.
- Oltjenbruns, K. A. (1991). Positive outcomes of adolescents' experiences with grief. *Journal of Adolescence Research*, 6, 43-53.
- Palú, A. L., Labronici, L. A., & Albini, L. (2004). A morte no cotidiano dos profissionais de uma unidade de terapia intensiva. *Monografia não publicada*. UFPR.
- Parsuram, A., & Sharma, m. (1992). Functional relevance of belief in life after death. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 8, 97-100.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pettle, S., & Britten, C. (1995). Talking with children about death and dying. *Child Care, Health and Development*, 21, 395-404.
- Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal da Psicologia.
- Popoff, D. (1975). What are your feelings about death and dying?. *Nursing*, 5, 15-24.
- Powell, F., & Thorson, J. (1991). Constructions of death among those high in intrinsic religious motivation: a factor analytic study. *Death Studies*, 15, 131-138.
- Ramos, M. J. (1987). A morte categoria lógica no pensamento simbólico. *Psicologia*, 5 (2), 163-166.

- Rappaport, W., & Witzke, D. (1993). Education about death and dying during the clinical years of medical school. *Surgery, 113* (2), 163-165.
- Rasmussen, C. A., & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychological maturity. *Journal of Psychology, 130*, 141-144.
- Ramussen, C., & Johnson, M. (1994). Spirituality and religiosity: relative relationship to death anxiety. *Omega Journal of Death and Dying, 29*, 313-318.
- Rebelo, J. E. (2004). *Desatar o nó do luto*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Rich, S. (2005). Providing quality end-of-life care. *Journal of Cardiovascular Nursing, 20*, 141-145.
- Rodrigues, M. F. (1999). Atitudes do enfermeiros perante o doente terminal – contributos para uma praxis humanizada. *Dissertação de Mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*.
- Ross, C. W. (1978). Nurses' personal death concerns and responses to dying patients' statements. *Nursing Research, 27*, 64-68.
- Ruffié, J. (1987). *O sexo e a morte*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Santos, G. F. (1996). O ser no mundo: vida e morte. *Revista de Enfermagem, 2* (5), 21- 23.
- Schulz, R., & Anderman, D. (1979). Physicians' death anxiety and patient outcomes. *Omega, 9*, 327-332.
- Schumaker, J. F., Barraclough, R. A., & Vagg, L. M. (1988). Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *Journal of Social Psychology, 128*, 41-47.
- Shumaker, J. F., Warren, W. G., & Groth-Marnat, G. (1991). Death anxiety in Japan and Australia. *The Journal of Social Psychology, 131* (4), 511-518.
- Simões, A., & Neto, F. (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 28* (1), 79-96.

- Sterling, C. M., & Van Horn, K. R. (1989). Identity and death anxiety. *Adolescence, 24*, 321-326.
- Stoller, E. P. (1980). Effect of experience on nurses' responses to dying and death in a hospital setting. *Nursing Research, 29*, 35-38.
- Templer, D. (1972). Death anxiety in religiously very involved persons. *Psychological Reports, 31*, 361-362.
- Templer, D., Lavoie, M., Chalgujian, H., & Thomas-Dobson, S. (1990). The measurement of death depression. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 834-838.
- Templer, D., Ruff, C., & Franks, C. (1971). Death anxiety: age, sex and parental resemblances in diverse population. *Developmental psychology, 4*, 108.
- Thorson, J. A. (1991). Afterlife constructs, death anxiety, and life reviewing: the importance of religion as a moderating variable. *Journal of Psychology and Theology, 19* (3), 278-284.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1989). Death anxiety and religion in an older male sample. *Psychological Reports, 64*, 985-986.
- Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies, 20*, 343-365.
- Vickio, C. J., & Cavanaugh, J. C. (1985). Relationships among death anxiety, attitudes toward aging, and experience with death in nursing home employees. *Journal of Gerontology, 40*, 347-349.
- Wasner, M., Longaker, C., Fegg, M. J., & Borasio, G. M. (2005). Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative Medicine, 19*, 99-104.
- Wass, H. (2004). A perspective on the current state of death education. *Death Studies, 28*, 289-308.

- Westman, A. S., & Brackney, B. E. (1990). Relationships between indices of neuroticism, attitudes toward and concepts of death, and religiosity. *Psychological Reports*, 66, 1039-1043.
- Westman, A. S., & Canter, F. M. (1985). Fear of death and the concept of extended self. *Psychological Reports*, 56, 419-425.
- Wohlford, P. (1966). Extension of personal time, affective states and expectations of personal death. *Journal Pers. Soc. Psychol.*, 3, 559-566.
- Wong, P., (2002). *From death anxiety to death acceptance: a meaning management model. Keynote address delivered at the Conference on Life and Death Education in National Changhua University of Education, Taiwan.*
- Zimmermann, C., & Rodin, G. (2004). The denial of death thesis: sociological critique and implications for palliative care. *Palliative Medicine*, 18, 121-128.

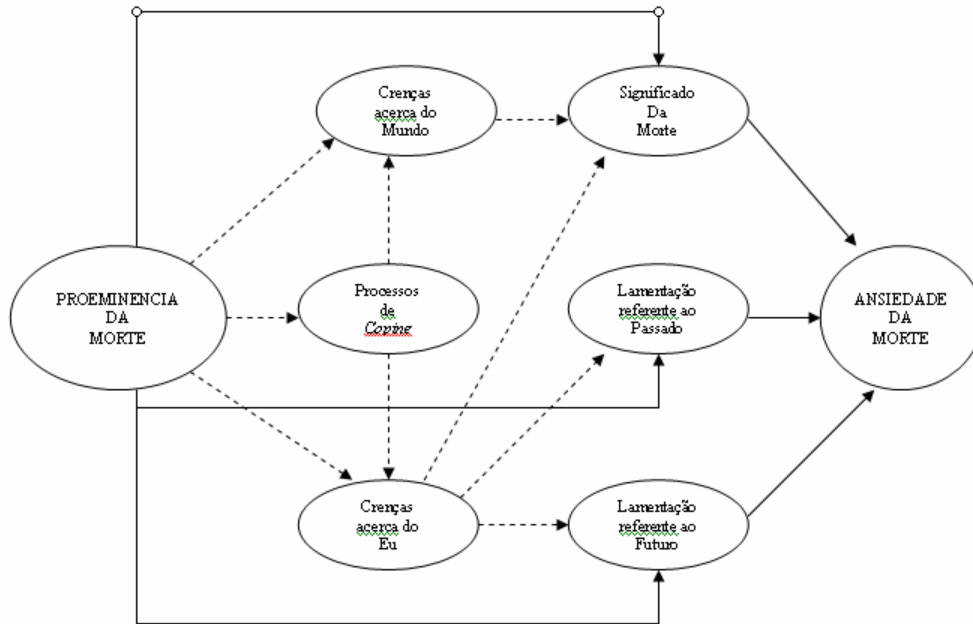
Documentos Eletrônicos

- Lima de Oliveira, L. (s/data). *As mortes e a morte em oncologia*. Consultado em 24 de Setembro de 2005 através de www.sbpo.com.br/producao/MortesOncologia.pdf.
- Miller, L. O. (1969). *Perspectives on Death*. Consultado em 20 de Agosto de 2005 através de www.soc.hawaii.edu/leonj/updates/baracao/paper3.htm.
- Oliveira, C. C. (2002). *Profissionais cuidando de si*. Consultado em 04 de Março de 2005 através de www.funerariaonline.com.br/global.
- Vernon, G. M. (1970). *Sociology of death: an analysis of death-related behaviour*. Consultado em 20 de Agosto de 2005 através de www.soc.hawaii.edu/leonj/updates/baracao/paper3.htm.
- Vilar, M. (2000). *Luto e morte: uma pequena revisão bibliográfica*. Consultado em 24 de Setembro de 2005 através de www.cchla.ufpb.br/caos/01-vilar.html.

ANEXOS

Anexo 1: O Modelo Integrado da Ansiedade da Morte

Modelo da Ansiedade da Morte



(Readaptado de Tomer & Eliason, 1996)

Anexo 2: Grief Care Plan

Grief Care Plan

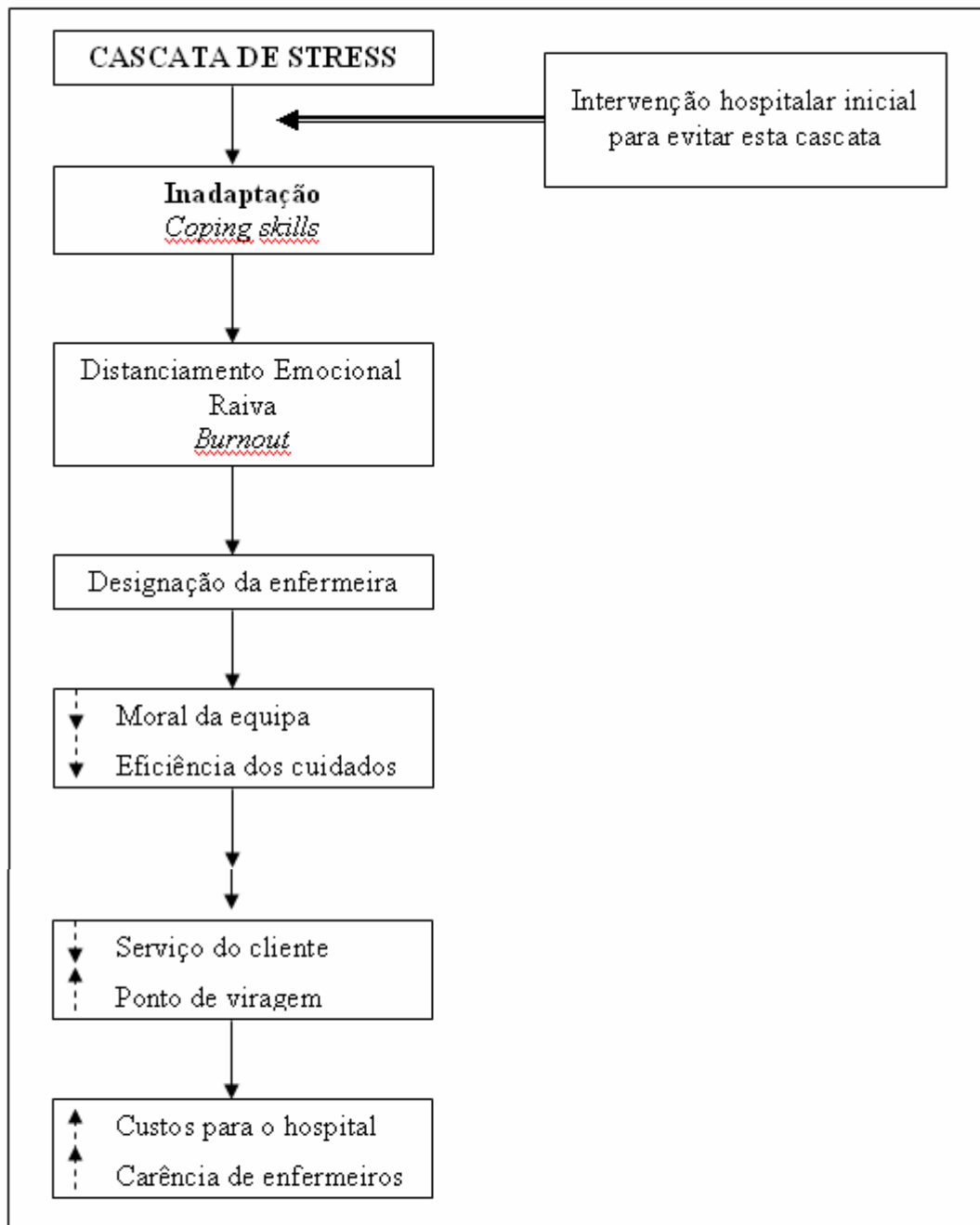
Avaliação	Diagnóstico	Implementação	Apreciação
<ul style="list-style-type: none"> - A morte faz parte deste turno, mesmo assim a enfermeira chegou ao trabalho sem estar preparada para perder um paciente, “Isto não me está a acontecer hoje”; - Tratar da papelada, providenciar apoio emocional e implementar cuidados pós morte; - Focar-se nas próximas tarefas, apesar das emoções de tristeza serem escondidas e negadas. 	<p>Negação do choque</p>	<p>Manter-se ocupada permite à enfermeira permanecer num estado de negação. Ela/ele não tem que se identificar com os sentimentos que sente. Ela/ele tem de pôr o trabalho em dia e agir de uma forma socialmente correcta, ou seja, sem demonstrar qualquer tipo de dor. Ser forte e agir de forma controlada.</p>	<p>Manter-se ocupada é eficaz na medida em que permite à/ao enfermeira/o acabar o turno e ir ao encontro das necessidades imediatas da família. Leming e Dickinson afirmaram que “A negação não é apenas uma experiência comum entre os que sofreram a perda de um familiar mas também serve funções positivas no processo de adaptação “É um lugar temporariamente seguro”.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Imediatamente após a morte de alguém a enfermeira sente como se estivesse a “flutuar”; - Ela/ele lê o obituário no jornal, mas não pode assistir ao funeral devido a um compromisso prévio; - Ela/ele sente que está a tentar seguir para a frente mas no entanto há qualquer coisa que a/o puxa para trás, como uma “luta de tracção”. Ela/ele está confusa/o com estes pensamentos e emoções. 	<p>Desorganização</p>	<p>A/o enfermeira/o mantém-se orientada/o na sua tarefa. Ela/ele foca-se em atingir determinados objectivos de forma a manter-se ocupada/o e dar alguma ordem aos pensamentos.</p>	<p>Dedicar-se a um regime de exercício e atingir objectivos em casa são duas tarefas simples que mantêm a enfermeira/o ocupada/o e proporcionam alguma ordem. Leming e Dickinson descrevem isto como estar “desorientado”. Esta fase é aquela em que a pessoa está completamente fora do contacto com a realidade da vida quotidiana.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - A enfermeira/o irrita-se facilmente com a família. - Ela/ele está no limite; - Ela/ele terá dores de cabeça nos dias que se seguirão em casa e sentirá náuseas. 	<p>Reacções Voláteis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A/O enfermeira/o irrita-se facilmente em casa mas não no local de trabalho. A casa é um refúgio confortável onde ela/ele não tem de enterrar sentimentos por vergonha; - No entanto ela/ele apercebe-se de que este tipo de comportamento pode arrastar grande parte da família por isso ela/ele põe-se à parte durante curtos períodos de tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> - O tempo em que ela/ele passa sozinha/o dá-lhe oportunidade para se identificar com os sentimentos que ela/ele está a encobrir. Leaming e Dickinson declaram que “Os humanos quando sofrem são por vezes mais bem sucedidos em disfarçar os seus sentimentos em comportamentos socialmente aceites do que outros animais”.
<ul style="list-style-type: none"> - A/O enfermeira/o questiona-se se poderia ter feito algo mais pelo paciente de forma a atrasar a sua morte; - Ela/ele começa a questionar as suas capacidades como profissional de saúde; - Ela/ele sente, de certa forma, que a morte do paciente esta relacionada com a sua falha/o seu insucesso pessoal. 	<p>Culpa</p>	<p>A/O enfermeira/o relê livros de medicamentos e relativos a cuidados básicos de saúde para se assegurar de que foram providenciados os cuidados de saúde necessários.</p>	<p>A/O enfermeira/o assegura-se de que proporcionou os devidos cuidados de saúde ao paciente e que a sua morte não foi por sua culpa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kavanaugh declara que a “auto-depreciação e a depressão surgem no despertar de sentimentos de culpa. A necessidade de se auto castigar dá origem à construção de planos e promessas impossíveis no topo do arrependimento.

Grief Care Plan

<p>- Quando a/o enfermeira/o entra na UCI (Unidade de Cuidados Intensivos) na semana seguinte, espreita para o quarto do paciente para encontrar outro paciente e outra família;</p> <p>- Ela/ele recorda o episódio da semana anterior;</p> <p>- Ela/ele sente-se sem esperança e sozinha/o mas pronta/o para desempenhar as suas funções profissionais para o turno.</p>	<p>Perda e Solidão</p>	<p>-A/O enfermeira/o fala sobre os seus sentimentos com outros colegas da equipa de saúde. Ela/ele faz isto usando humor e falando em generalidades. Ela/ele quer-se ligar aos outros colegas enfermeiros, no entanto parece não sobrecarregá-los com os seus sentimentos e pensamentos. Manter estas linhas de comunicação abertas entre os seus colegas de equipa é importante e essencial para o crescimento pessoal;</p> <p>- Ela/ele aproxima-se dos pacientes e das suas famílias de uma forma empática e com compaixão genuína de forma a ir ao encontro das suas necessidades.</p>	<p>- Ao manter a linha de comunicação aberta entre membros da equipa de saúde, pacientes e famílias ajudam a reduzir e a eliminar o sentimento de estar sozinho;</p> <p>- Falar sobre os nossos sentimentos com os outros pode reduzir o nosso arrependimento e incapacidade para alterar o resultado final para o paciente em estado terminal.</p>
<p>- A/O enfermeira/o sente um certo conforto e consolo mal consegue falar abertamente sobre os seus sentimentos relativamente a morte do paciente. Embora as palavras partilhadas e o cenário sejam informais, encorajam-na/no a continuar;</p> <p>- Ela/ele começam a sentir uma certa paz interior.</p>	<p>Alívio</p>	<p>- A capacidade de comunicação da/o enfermeira/o com os seus parceiros e o facto de eles a/o terem ouvido facilita o seu sentimento de paz;</p> <p>- A/O enfermeira/o também utiliza as suas crenças religiosas para o assistir. Rezar, serviços formais da igreja, e meditação são algumas das estratégias que utiliza.</p>	<p>-A religião e a espiritualidade são importantes na vida da enfermeira/o. Ela/ele utiliza-as nos acontecimentos quotidianos e em momentos de crise. A sua fé permite-lhe encontrar conforto e paz interior. Doka declara que “Os sistemas de crença podem ser uma fonte de conforto e apoio; para outros será uma causa de ansiedade”;</p> <p>- A fé não deve ser desafiada mas utilizada para assistir os que perderam um familiar a explorar maneiras de expressar sentimentos dentro do contexto das suas crenças religiosas.</p>
<p>- A/O enfermeira/o sente-se mais confortável, mais confiante e cuidadoso quando é confrontado com a morte do seu próximo paciente;</p> <p>- Ela/ele é capaz de compreender, aceitar, e tomar conhecimento do seu sofrimento, apesar da ansiedade que possa sentir quando a morte surgir de novo;</p> <p>- Ela/ele sabe que não é errado sofrer ou pelo menos não faz mal reflectir sobre a situação.</p>	<p>Restabelecimento</p>	<p>- A/O enfermeira/o identifica a necessidade de ajudar o paciente, família e enfermeira/o;</p> <p>- Depois de 14 anos de experiência, ela/ele está agora melhor equipado para enfrentar a sua dor de uma forma mais saudável.</p>	<p>- O reconhecimento da/o enfermeira/o da sua necessidade de sofrer como enfermeira/o, permite-lhe ajudar de uma forma melhor as necessidades de uma outra família;</p> <p>- A/O enfermeira/o também se torna mais consciente das necessidades de outra/os enfermeira/os e é capaz de ajudar nas necessidades da UCI, de uma forma informal;</p> <p>- Leming e Dickinson declaram que, “Nós temos experimentar a nossa perda antes de apreciarmos a tarefa de investir as nossas vidas em nova relações”.</p>

Anexo 3: The Stress Cascade

THE STRESS CASCADE



(Readaptada de Brosche, 2002 *cit in* 2003)

Anexo 4: Questionário Sócio-Demográfico

Sou aluna da Universidade Fernando Pessoa e encontro-me actualmente em fase de conclusão da Licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho.

Desta forma, no âmbito da elaboração de uma monografia – indispensável para a obtenção do grau de licenciatura –, proponho-me realizar um trabalho de investigação sobre a ansiedade e o medo da morte nos Profissionais de Saúde.

É neste sentido que solicito a sua colaboração, bem como o seu consentimento informado no preenchimento dos questionários que junto se anexam.

De salientar que as suas respostas são anónimas e confidenciais, os dados obtidos destinam-se exclusivamente ao estudo em causa.

Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade

Questionário de ansiedade face à morte de Conte, Weiner e Plutchic (1982), adaptado por Simões e Neto (1994) e readaptado por Barros (1997)

Este questionário procura sondar algumas atitudes face à morte. Responda sincera e espontaneamente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Não há respostas boas ou más; todas são boas se sinceras. O questionário é anónimo. Obrigada pela sua colaboração.

Faça um círculo (só um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação (se possível, evite o “mais ou menos”), conforme esta chave:

1 = Totalmente em desacordo (absolutamente Não)

2 = Bastante em desacordo (Não)

3 = Nem de acordo, nem em desacordo (mais ou menos)

4 = Bastante de acordo (Sim)

5 = Totalmente de acordo (absolutamente Sim).

1. Preocupo-me com a morte	1	2	3	4	5
2. Aflige-me pensar que posso morrer antes de fazer tudo o que queria	1	2	3	4	5
3. Preocupo-me quando penso que posso ficar gravemente doente, durante muito tempo, antes de morrer	1	2	3	4	5
4. Aflige-me pensar que os outros me podem ver sofrer antes de morrer	1	2	3	4	5
5. Preocupa-me a ideia de as pessoas mais chegadas a mim não estarem presentes à hora da minha morte	1	2	3	4	5
6. Aflige-me o pensamento de perder a razão (de enlouquecer) antes de morrer	1	2	3	4	5
7. Preocupa-me pensar que as despesas com a minha morte podem vir a ser um peso para as outras pessoas	1	2	3	4	5
8. Fico perturbado ao pensar que, com a morte, vou deixar aqueles que amo	1	2	3	4	5
9. Fico preocupado ao pensar que as pessoas que me são queridas podem não se lembrar de mim, depois da minha morte	1	2	3	4	5
10. Preocupa-me pensar que com a morte posso desaparecer para sempre	1	2	3	4	5
11. Preocupa-me não saber o que me espera depois da morte	1	2	3	4	5

Escalas breves sobre diversas perspectivas da morte de Spilka, Stout, Minton e Sizemore (1977), adaptado por Barros e Neto (2004)

Apresento-lhe algumas escalas sobre situações da vida e da morte para serem preenchidas. Os questionários são anónimos e por isso pode usar de toda a *sinceridade*. Responda a *todas* as perguntas conforme aquilo que realmente se adapta ao seu caso e não como gostaria de ser. Não há respostas boas ou más: todas são boas desde que sinceras.

Em todas as perguntas seguintes, faça um círculo à volta do número (marque só um em cada pergunta, mas não esqueça nenhuma) que *melhor* corresponda ao seu caso, conforme este significado (se se enganar, risque o erro e marque bem o número que pretende):

- 1 = *Totalmente em desacordo*
- 2 = *Bastante em desacordo*
- 3 = *Um pouco em desacordo*
- 4 = *Um pouco de acordo*
- 5 = *Bastante de acordo*
- 6 = *Totalmente de acordo*

<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. O último momento de agonia						
2. O fim de um tempo de isolamento						
3. A última miséria						
4. O destino de cair na berma de estrada						
5. A última angústia e tormento						
6. Uma experiência de solidão no momento da morte						
<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. A entrada num lugar de total satisfação						
2. Um limpar e renascer de si mesmo						
3. A própria ressurreição e recompensa						
4. União com Deus e eterna ventura						
5. A de deixar esta vida em troca de outra melhor						
6. A porta de entrada no céu e na felicidade plena						
<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. Pouco importante tendo em conta tudo o resto						
2. De poucas consequências						
3. Algo a que devemos ficar indiferentes e esquecer						
4. Nem temida nem benvinda						
5. Coisa indiferente de uma forma ou de outra						
<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. A maior das incertezas						
2. O maior dos mistérios						
3. O fim do conhecido e o princípio do desconhecido						
4. Algo sobre que devemos dizer “não sei”						
5. Um ponto de interrogação						
6. A maior ambiguidade entre as complexidades da vida						

A morte é:	1	2	3	4	5	6
1. Deixar os que dependem de nós sujeitos às dificuldades da vida						
2. Abandonar aqueles que amamos						
3. Razão para se sentir culpado por não poder continuar a ajudar a família						
4. Razão para se sentir culpado						
5. Deixar a família entregue à sua morte						
A morte é:	1	2	3	4	5	6
1. Uma oportunidade para provar que lutámos por algo na vida						
2. Uma ocasião para mostrar como podemos enfrentar o último teste da vida						
3. Um grande momento de verdade para si mesmo						
4. Uma oportunidade para uma grande realização						
5. Um tempo para recusar a humilhação ou a derrota						
6. Um teste ao compromisso em relação aos valores pessoais da vida						
A morte é:	1	2	3	4	5	6
1. Um acontecimento que impede a realização do potencial pessoal						
2. O fim das nossas esperanças						
3. O falhanço pessoal na procura do sentido da vida						
4. A destruição da última oportunidade de plena realização						
5. A derrota na luta por ser bem sucedido e alcançar os objectivos						
A morte é:	1	2	3	4	5	6
1. Uma experiência que chega a todos devido à passagem natural do tempo						
2. O acto final de harmonia com a existência						
3. Um aspecto natural da vida						
4. Parte do ciclo da vida						

Obrigada pela Sua colaboração