

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ATTITUDES PERANTE A MORTE E ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
CUIDADORES PROFISSIONAIS DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Tatiana Prazeres Antunes Vaz Lopes

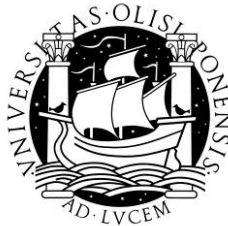
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia
Clínica Dinâmica)**

2010

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ATTITUDES PERANTE A MORTE E ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
CUIDADORES PROFISSIONAIS DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Tatiana Prazeres Antunes Vaz Lopes

Dissertação Orientada pela Prof.^a. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia
Clínica Dinâmica)**

2010

Agradecimentos

Dedico este espaço para expressar o meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que tornaram possível a concretização deste trabalho.

Aos que, cujas vivências em torno da morte e do luto me ensinaram a importância de cada vida e que me inspiraram para a realização deste estudo.

À Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva pelo apoio, disponibilidade e olhar crítico e atento que demonstrou durante a orientação deste trabalho.

Às instituições que me deram a oportunidade de pôr em prática o presente estudo, nomeadamente, ao Hospital Residencial do Mar, Casa de Saúde da Idanha e Centro de Saúde de Odivelas, assim como aos que de forma generosa aceitaram participar neste estudo.

Aos meus amigos, em especial ao Rodrigo, por compreenderem integralmente o que sou e pela força que me transmitiram em todos os momentos.

Resumo

O presente estudo visa: (1) caracterizar as atitudes perante a morte e a ansiedade e depressão num grupo de cuidadores profissionais de cuidados paliativos; (2) explorar a relação das atitudes perante a morte e da ansiedade e depressão em função do sexo, idade, anos de experiência em cuidados paliativos e habilitações profissionais; (3) analisar a relação entre as atitudes perante a morte e a ansiedade e depressão. Com este propósito, foram aplicadas as versões portuguesas do *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R; Wong, Reker, & Gesser, 1994) e da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983), juntamente com um Questionário para a recolha de dados sócio-demográficos. Participaram no estudo 42 cuidadores profissionais de cuidados paliativos, com idades entre os 21 e os 50 anos. Os resultados mostram que, face a um grupo de comparação (amostra do estudo de Wong, Reker, & Gesser, 1994), os cuidadores profissionais obtêm valores superiores de medo da morte e inferiores de aceitação de escape e aceitação religiosa. Relativamente às atitudes perante a morte, são os homens que apresentam resultados mais elevados de aceitação religiosa relativamente às mulheres; os sujeitos mais velhos os que obtêm resultados mais elevados de aceitação religiosa e aceitação de escape; os sujeitos mais experientes os que obtêm pontuações mais elevadas de aceitação religiosa; e os auxiliares, o grupo de cuidadores com valores superiores de evitamento da morte e medo da morte relativamente aos médicos e enfermeiros. Constata-se igualmente que os cuidadores profissionais de cuidados paliativos apresentam um funcionamento mais ansioso do que depressivo e que a depressão aumenta com a idade. As atitudes positivas perante a morte correlacionam-se negativamente com a ansiedade e depressão, enquanto que as atitudes negativas perante a morte se correlacionam positivamente com a ansiedade e depressão.

Palavras-Chave: Atitudes Perante a Morte; Cuidados Paliativos; Cuidadores Profissionais; Ansiedade; Depressão

Abstract

The present study aims: (1) to characterize the attitudes before death, and anxiety and depression, in a group of professional caregivers of palliative care, (2) to explore the relationship between death attitudes and the anxiety and depression by gender, age, years of experience in palliative care, and professional qualifications, (3) to analyze the relationship between death attitudes and anxiety and depression. For this purpose, the Portuguese versions of the *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R; Wong, Reker, & Gesser, 1994) and the *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS, Zigmond & Snaith, 1983) were applied, along with a socio-demographic questionnaire. The study involved 42 professional caregivers of palliative care, aged between 21 and 50 years. The results show that in relation to a comparison group (sample of the study of Wong, Reker, & Gesser, 1994), the professional caregivers obtain significantly higher values of fear of death and lower values of escape acceptance and approach acceptance. As for death attitudes, men have higher results of approach acceptance than women; older subjects get the highest scores of approach acceptance and escape acceptance; the more experienced subjects are the ones who obtain the highest scores of approach acceptance; and the auxiliary group of caregivers obtain higher values of death avoidance and fear of death than doctors and nurses. In what concerns anxiety and depression, results show that professional caregivers in palliative care have a more anxious than depressed functioning and that depression increases with age. Positive death attitudes are correlated negatively with anxiety and depression, while negative death attitudes are positively correlated with anxiety and depression.

Keywords: Death Attitudes; Palliative Care; Professional Caregivers; Anxiety; Depression

ÍNDICE

Introdução

Capítulo 1: O Contacto Actual com a Morte	1
Capítulo 2: Os Profissionais de Saúde perante a Vida e a Morte	3
2.1 Os Cuidados Paliativos	4
2.1.1 Cuidados Paliativos e os Médicos e Enfermeiros	7
2.1.2 Cuidados Paliativos e os Vários Grupos Ocupacionais	9
Capítulo 3: A Formação dos Profissionais de Saúde na Área da Morte	10
Capítulo 4: Atitudes perante a Morte	12
4.1 Atitudes perante a Morte e sua Mensuração	12
4.2 Atitudes perante a Morte no Envelhecer	13
4.3 Atitudes perante a Morte na Doença	13
4.4 Atitudes perante a Morte nas Perturbações Psicopatológicas	14
4.5 Atitudes perante a Morte nas Profissões de Saúde e nos Prestadores de Cuidados em Geral	15
Capítulo 5: Atitudes perante a Morte e Formação na Área da Morte	16
Capítulo 6: Questão Inicial, Objectivos e Hipóteses	20
6.1 Questão Inicial	20
6.2 Objectivos	21
6.3 Hipóteses	22
Capítulo 7: Estratégia Metodológica	25
7.1 Processo de Selecção da Amostra	25
7.2 Caracterização da Amostra	25
7.3 Instrumentos utilizados	26

7.3.1 Perfil de Atitudes Perante a Morte – Revisto (DAP-R)	26
7.3.2 <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS).....	29
7.3.3 Questionário Sócio- Demográfico	30
7.4 Procedimento na Recolha de Dados	30
7.5 Procedimentos Estatísticos	31
Capítulo 8: Resultados	32
8.1 Caracterização das Atitudes perante a Morte	32
8.1.1 Comparação com a Amostra de Estudo do DAP-R	32
8.1.2 Análise em função do Sexo	33
8.1.3 Análise em função da Idade	34
8.1.4 Análise em função Anos de Profissão em Cuidados Paliativos	35
8.1.5 Análise em função das Habilitações Profissionais	36
8.2 Caracterização das Ansiedade e da Depressão	37
8.2.1 Análise em função do Sexo	37
8.2.2 Análise em função da Idade	38
8.2.3 Análise em função dos Anos de Profissão em Cuidados Paliativos	38
8.2.4 Análise em função das Habilitações Profissionais	39
8.3 Relação entre Atitudes perante a Morte e Ansiedade e Depressão	40
Capítulo 9: Discussão	41
9.1 Atitudes perante a Morte	41
9.2 Ansiedade e Depressão	45
9.3 Relação entre Atitudes perante a Morte e Ansiedade e Depressão	46
Capítulo 10: Conclusão	47
Referências Bibliográficas	51
Anexo	58

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. DAP-R (Estatística descritiva)

Quadro 2. DAP-R: Comparação com os Resultados da Amostra do Estudo de Wong, Reker e Gesser (1994)

Quadro 3. DAP-R: Comparação em Função do Sexo

Quadro 4. DAP-R: Comparação em Função do Grupo Etário

Quadro 5. DAP-R: Comparação em Função dos Anos de Profissão em Cuidados Paliativos

Quadro 6. DAP-R: Comparação em Função das Habilitações Profissionais

Quadro 7. HADS (Estatística descritiva)

Quadro 8. HADS: Comparação em Função do Sexo

Quadro 9 HADS: Comparação em Função do Grupo Etário

Quadro 10. HADS: Comparação em Função dos Anos de Profissão em Cuidados Paliativos

Quadro 11 . HADS: Comparação em Função das Habilitações Profissionais

Quadro 12. Correlação entre os resultados do DAP-R (Atitudes Perante a Morte) e da HADS (Ansiedade e Depressão)

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Questionário Sócio-Demográfico

Introdução

Actualmente assistimos a um duplo envelhecimento da população portuguesa: do ponto de vista individual, existe uma maior longevidade dos indivíduos, devido ao aumento da esperança média de vida, do ponto de vista demográfico, assiste-se a um aumento da proporção das pessoas idosas na população total.

O Índice de Envelhecimento em 2004, ou seja, a relação entre a População Idosa e a População Jovem, apontava para valores de 109 idosos por cada 100 jovens, o que proporciona uma previsão para 2050 que este valor possa atingir os 243 idosos por cada 100 jovens. Já em relação ao Índice de Dependência, isto é, a relação entre a População Idosa e a População Potencialmente Activa, em 2004, os números revelavam 25.2 idosos por cada 100 activos, o que leva a pensar que em 2050 poderá atingir valores de 50 idosos por 100 activos (INE, 2004).

O cenário social actual aponta para um crescente número de idosos com determinadas características; aumento do número de doentes crónicos; aumento da pluripatologia; a mulher, potencial cuidadora, a trabalhar; insuficiente/ inexistente suporte familiar; afastamento geográfico entre gerações; redes sociais e de vizinhança frágeis; disfunção familiar e falta de apoio concreto à família (Raquel Pires, comunicação pessoal, 6 de Fevereiro de 2004). Assim, o aumento das doenças crónicas e do envelhecimento representam um “tsunami” para os serviços de saúde, em que a emergência e actualidade dos Cuidados Paliativos não é uma questão de moda, mas sim um direito. É uma questão de justiça, equidade e eficiência nos serviços de saúde.

No âmbito destas preocupações, o presente trabalho pretende explorar de que forma as atitudes face à morte se integram nas vivências actuais dos cuidadores profissionais, expressas, por exemplo, nos níveis de ansiedade e depressão auto-relatados.

Para perspectivar esta realidade, este trabalho encontra-se estruturado em 10 Capítulos. Nos Capítulos 1 a 5 apresenta-se o enquadramento teórico, realizado com base na revisão da literatura efectuada. Em primeiro lugar, abordam-se o contacto actual com a morte, em seguida os profissionais de saúde perante a vida e a morte, depois a formação dos profissionais de saúde na área da morte, seguidamente as atitudes perante a morte e, por fim, as atitudes perante a morte e formação na área da morte. No Capítulo 6, é apresentada a questão inicial, condutora do estudo, os objectivos definidos, assim como as hipóteses formuladas. No Capítulo seguinte são abordados a estratégia

metodológica, onde consta o processo de selecção da amostra, a sua caracterização e uma descrição dos instrumentos utilizados, do procedimento na recolha de dados e dos procedimentos estatísticos. Dos capítulos 8 e 9 constam, respectivamente, os resultados do estudo e a discussão dos mesmos. Por fim, o último capítulo destina-se à conclusão, sendo também apresentadas algumas limitações do estudo e propostas para futuras investigações.

CAPÍTULO 1: O CONTACTO ACTUAL COM A MORTE

Tal como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano. Portanto, é um dos fenómenos totais que são ao mesmo tempo físico-biológicos, psico-afectivos, sócio-culturais e existenciais.

O ser humano caracteriza-se também e, principalmente, pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelo significado ou pelos valores que imprime às coisas. Portanto, o significado da morte varia, necessariamente, no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas, sendo que, não é a gravidade objectiva de uma doença, de uma perda ou de um acontecimento que ocasiona o sofrimento, mas a significação que a pessoa atribui à experiência (Béfecadu, cit. por Gameiro, 1999).

Com o desenvolvimento das sociedades industriais e o desenvolvimento técnico e científico da medicina, a partir do século XIX, a visão da morte e a interacção com o paciente moribundo modificaram-se radicalmente.

Em contraposição com a alta Idade Média, a morte solene, solidária, familiar, partilhada e natural, deu sequência a uma representação contemporânea recalcada da morte, uma «morte tabu» que na experiência quotidiana se assume como uma morte solitária, isolada, medicalizada (Burgess, 1993), institucionalizada e escamoteada (Prior, 1989).

Surge o novo fenómeno, universal e irreversível «envelhecimento demográfico» das sociedades desenvolvidas, impulsionado a partir da segunda metade do século XX, determinado pelos baixos níveis de fecundidade e acompanhado por importantes modificações nos comportamentos sexuais e nas atitudes face à vida, assim como pela redução da mortalidade em todas as idades, desmedindo desequilíbrios entre as diferentes idades e gerações e conduzindo, como já foi referido, a uma situação de duplo envelhecimento demográfico.

Gorer (1965), num estudo com base em inquéritos realizado em Inglaterra, constatou diversos aspectos importantes relacionados com as grandes alterações em torno da vivência da morte e dos seus rituais, no século XX, apontando-a como interdita numa «conspiração de silêncio». Este autor verificou que apenas um quarto das pessoas enlutadas presenciou o momento da morte dos seus familiares mais próximos, no hospital; 70% das pessoas inquiridas não tinha participado em qualquer funeral, há mais de cinco anos; a prática corrente era a de excluir crianças e adolescentes dos funerais, mesmo quando se tratava do dos seus próprios pais e ocultar-lhes a verdade sobre o

sucedido. Esta prática do evitamento da morte inclui, de uma forma inusitada, a própria pessoa que está a morrer. Neste sentido, a morte representa uma recusa quase contagiosa, “como se cada Homem, perante a morte dos seus semelhantes, tivesse a antevisão da sua própria morte” (Bernardo, 1999: 3).

Segundo Freud, o nosso inconsciente não acredita na morte, ele comporta-se como se fosse imortal. Vivemos, por assim dizer, numa clivagem permanente e funcional entre o reconhecimento da mortalidade do outro e a convicção inconsciente de que a morte não é para nós (cit. por Charazac, 2004/2001). Nesta perspectiva, ao medo da morte associa-se a angústia que avisa o Ego do perigo que a pulsão de morte faz pender sobre ele. Em termos tópicos diríamos que tem de se defender em duas frentes: no terreno do mundo exterior onde a morte existe, erguida como uma ameaça do Superego, e no seu mundo interior, onde uma outra morte é desejada pelo Id (Charazac, 2004/2001).

A significação actual da morte levou-nos, igualmente, a um vazio associado ao afastamento da família e da comunidade, no acto de cuidar na vida e na morte. Trouxe uma diluição na relação humana associada ao cuidar do outro, preenchido agora por outras formas de comunicar, através de números e sons emitidos por máquinas que sondam os corpos, imunes ao pudor ou às emoções humanas.

As consequências da atitude global perante a morte, que tem implicações concretas na forma como a vivenciamos e como a percebemos, começam agora a emergir. Este trabalho debruça-se então sobre as consequências para as pessoas que mais de perto têm de lidar com a morte: os cuidadores profissionais.

Para devolver o sentido à morte, «reumanizá-la», ter-se-á de compreender melhor as nossas relações com ela e tentar melhorar a forma como a abordamos e lhe fazemos frente e como a vivemos (Barbosa, 2003).

CAPÍTULO 2: OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE A VIDA E A MORTE

2.1. Os Cuidados Paliativos

Segundo a OMS (2002), os cuidados paliativos são os cuidados activos e totais prestados aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida.

Os cuidados paliativos dão então resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e, se necessário, prolongam-se no acompanhamento do luto da família.

Os determinantes do resultado do processo de luto, segundo Parkes (1998), estão relacionados aos seguintes factores: identidade e papel da pessoa que foi perdida; tipo de vínculo existente; causas e circunstâncias da perda (por exemplo: morte prematura, morte violenta, mortes múltiplas, mortes que geram culpa); idade, género, religião e personalidade do enlutado; contexto sócio-cultural e psicológico que afecta o enlutado, na época e após a perda (exemplo: apoio social); além de stresses secundários (mudanças e crises concomitantes que ocorrem após a morte).

Assim, os cuidados paliativos destinam-se ao doente enquanto um ser total e sua família e o seu objectivo é proporcionar apoio e cuidados aos doentes nas últimas fases da sua doença, no sentido de lhe proporcionar tanto quanto possível, um grau de actividade e conforto de qualidade. Incluem, igualmente, “a reabilitação, pois procuram ajudar o doente a atingir e manter o seu mais elevado potencial físico, psicológico, social e espiritual, não recusando a investigação e o tratamento pela «alta tecnologia», que, no entanto, só serão utilizados quando os seus benefícios ultrapassem os eventuais malefícios” (Barbosa, 2003:47).

Kübler- Ross (1991) propôs uma teoria segundo a qual as pessoas que tomam consciência da sua morte iminente (e, por vezes, as pessoas que lhes são mais vinculadas) tendem a desenvolver um processo que contém cinco fases que podem não seguir, obrigatoriamente, uma sequência ou ser vivenciadas da mesma forma por todos os indivíduos: *Negação e Isolamento*- Impacto inicial da notícia onde pode ocorrer uma paralisação na pessoa e ela não conseguir dar seguimento a pensamentos. Também é comum nesta fase que se tente negar o ocorrido, não acreditando na informação recebida. A negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial. Também é comum uma transição, falar sobre a realidade do assunto num momento, e de repente, negá-la completamente; *Raiva* - Surgem sentimentos intensos como raiva, revolta, inveja e ressentimento que, geralmente, são projectados no ambiente externo, no sentido de inconformismo. Neste momento os cuidadores podem sentir pesar, culpa ou humilhação; *Negociação* - Após ter ultrapassado a negação e a raiva, passa-se a utilizar, inconscientemente, outro recurso, tentando fazer algum tipo de acordo que faça com que as coisas se restabeleçam. Geralmente este movimento volta-se para a religiosidade ou ao recurso a promessas, acordos, pactos, maioritariamente em

segredo; *Depressão* - Ocorre um sofrimento profundo, onde já não se pode mais negar os acontecimentos e nem revoltar-se contra eles. É a fase de introspecção profunda em que a pessoa pode sentir culpa por deixar os seus entes queridos, por não enfrentar a morte com dignidade e quedar-se em depressão; *Aceitação* - Tendo superado as fases anteriores, percebe-se e vivencia-se uma aceitação do rumo das coisas. Os sentimentos já não estão tão superficiais, como se a dor se tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e as coisas passam então a ser enfrentadas com consciência das possibilidades e das limitações. Segundo a autora, a exteriorização dos sentimentos, pelo paciente, e a compreensão desses afectos, pelos que o acompanham, são fundamentais para a sua aceitação, daí a relevância das atitudes dos cuidadores deste tipo de doentes, perante estes estágios vivenciais.

Em Portugal, movimentos como os que acompanham os cuidados paliativos, actualmente integrados nos cuidados continuados, começam a despertar mesmo os menos atentos a esta realidade. Formações em diversas áreas em torno da morte e do luto emergem onde, até há poucos anos, apenas era tolerado falar da vida.

«Cuidar», seja por cuidadores informais ou enfermeiros, comporta outros elementos para além da prestação de cuidados físicos, os quais são menos bem conhecidos. Cuidar não envolve apenas tarefas específicas mas depende da qualidade e tipo de relação mantida, envolve atender, física, mental e emocionalmente às necessidades do outro e assumir o compromisso de dar suporte, promover o crescimento e reparação do outro (Magalhães, 2009).

No âmbito deste tipo de cuidados, a exposição constante a situações-limite, por parte da equipa multidisciplinar, pode pôr em causa os mecanismos de defesa de cada um, visto serem situações que acarretam sofrimento e que podem levar ao confronto com a impossibilidade de representar para si mesmo a sua própria morte (Charazac, 2004/2001). Assim, um dos aspectos menos focados dentro da temática dos cuidados paliativos é o do impacto que estes têm nos cuidadores profissionais, as emoções que despertam, contingências de alta relevância que podem despoletar consequentes alterações no cuidado ao doente.

O olhar específico do doente terminal exige a compreensão e aceitação que, num espaço e tempo verdadeiramente íntimos, traduz o que há de essencial de si próprio, o que verdadeiramente conta. Infelizmente, grande número de cuidadores profissionais estão ainda pouco preparados para assistir, entender, acompanhar e ajudar realmente um ser humano nos difíceis momentos que antecedem a sua morte. Estão pouco habituados

a saber escutar o doente, a informar-se sobre o curso dos acontecimentos e a deixá-lo tomar partido nas decisões importantes.

2.1.2. Cuidados Paliativos e os Médicos e Enfermeiros

De facto, torna-se bastante importante reconhecer o desgaste provocado pelo cuidar de pessoas em sofrimento e em final de vida, e as suas consequências físicas e psicológicas, no profissional de saúde. Sabo (2006) argumenta também que os profissionais de saúde nestas áreas sofrem, frequentemente, do que designa por stress traumático secundário ou fadiga por compaixão (*compassion fatigue*), sem que sejam apoiados devidamente.

Um aspecto central para os enfermeiros em cuidados paliativos é, então, conter as emoções intensas, ao mesmo tempo que alimentam relações próximas e alicerçadas no cuidar com os seus doentes (Magalhães, 2009).

Muitas das vezes, o enfermeiro, perante o processo de morte, decide evitar todo e qualquer contacto com o doente, pois, afastando-se do doente através de subterfúgios, o que o enfermeiro faz é proteger-se contra sentimentos que lhe lembrem a morte e que lhe causem mal-estar (Elhartg et al., 1983).

Queirós (1999) constatou que, após a perda de um doente, alguns médicos e enfermeiros necessitavam, eles próprios, de apoio para conseguir voltar a prestar cuidados a pacientes em final de vida, devido ao processo de luto a que estavam sujeitos, continuamente. No mesmo sentido, Henriques, Monteiro e Lúcia (1995) defendem que a morte do paciente confronta os profissionais de enfermagem com os limites da sua actuação e, por isso, sentimentos de frustração e impotência são frequentes. Referem que surgem sentimentos de insegurança, revolta, impotência perante a situação e mesmo uma agressividade interior que se esforçam por ignorar, assim como o sentimento de fracasso que a morte por si representa. Stedeford (1986) também afirma que qualquer contacto com a morte ou com o processo de morrer desperta uma inevitável resposta específica geradora de tensão, stress, tristeza, actividade exagerada e fadiga.

Neste sentido, White (1969) afirma igualmente, que a auto-imagem do médico sofre com a deterioração e morte de um doente. Assim, a morte de um doente, após uma doença prolongada, pode ser sentida como um fracasso profissional e pessoal. (cit. por Meier, Back, & Morrison, 2001).

Irwin (2000) verificou, analogamente, em estudos de casos realizados com enfermeiras a trabalhar em lares de terceira idade, que, as múltiplas perdas a que estavam sujeitas constituíam o aspecto ao qual intitulavam como factor de maior desgaste emocional, sobretudo, as mortes dos pacientes com quem tinham maior proximidade relacional.

Relativamente ao «trabalho emocional» desenvolvido pelos profissionais de saúde, Seymour (2001) define-o como a forma como os enfermeiros dos hospícios gerem as emoções associadas com o cuidar, de modo a que permitam, a si próprios, o «espaço» para continuar com as suas rotinas normais de trabalho e com as exigências do seu ambiente de trabalho, em particular. O trabalho emocional actua como uma forma de regulação da expressão emocional, e, no entanto, também facilita, de forma paradoxal, a expressão emocional que é tão necessária para se atingir o cuidar que corresponde à «boa» enfermagem (cit. por Magalhães, 2009).

Em relação à percepção de enfermeiros de cuidados paliativos sobre as boas e as más mortes, nos seus doentes, Kristjanson et al. (2001) evidenciaram que os enfermeiros consideravam prioritário o conforto e a dignidade dos doentes e dirigiam os seus esforços para proteger e melhorar as relações com os doentes e os seus familiares. O sucesso do trabalho de equipa e a boa comunicação era visto como um aspecto crítico para alcançar uma boa morte.

Num estudo de Cardoso et al. (2003), demonstrou-se existir uma tendência acentuada para centrar todas as decisões relativas ao prolongamento de vida, uso de terapêuticas mais ou menos agressivas em pacientes terminais, retirada de suporte essencial de vida, entre outras, no pessoal com formação médica, sem que sejam envolvidos outros profissionais, pacientes ou seus familiares. Esta conclusão contrasta com o facto de serem os profissionais com formação em enfermagem e os auxiliares de saúde os que, na quase totalidade dos serviços, prestam cuidados aos pacientes em final de vida, sendo aqueles que mais cuidados físicos e de conforto prestam e maior grau de interacção relacional têm com os pacientes e com os seus familiares.

A solidão em que se encontram os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem no seu trabalho nos cuidados em fim de vida não é medida, apenas, pela quantidade de pessoas da equipa envolvida com a situação, mas avaliada, também, pela qualidade do fim de vida daquela pessoa. Para Loff (2000), não é a morte que provoca angústia nos prestadores de cuidados, mas sim o facto de ela poder ser acompanhada de violência, de revolta, de lágrimas, de emoções insustentáveis, despoletando uma

multiplicidade de atitudes, ou seja, o tipo de circunstâncias da morte determinam as atitudes empreendidas por parte de quem a vive e acompanha.

Morrer acompanhado pela família assegura, de certa forma, que uma determinada sociedade cultiva este valor como primordial. No entanto, assim como o facto do paciente morrer sozinho pode ser um problema para a enfermagem, morrer acompanhado também pode tornar-se um problema (Simoni & Santos, 2003).

Antunes e Moeda (2005) constataam que, de entre os factores de risco que predispoem os médicos ao excesso de envolvimento ou desapego emocionais, identificam-se os factores do próprio médico, os factores do doente e os factores situacionais. Dos primeiros, destacam-se a identificação do médico com o doente (física e/ou profissionalmente, a idade, o carácter), a semelhança do doente com uma pessoa importante na vida do médico, o médico possuir um familiar doente, estar em luto recente ou mal resolvido, existir um sentimento profissional de inadequação ou impotência, estar presente uma reflexão inconsciente acerca de sentimentos originados e expressos pelo doente ou pela família, existir uma incapacidade de tolerar níveis elevados e prolongados de ambiguidade ou incerteza, o medo da morte ou da incapacidade ou, ainda, uma doença psiquiátrica (depressão, abuso de substâncias).

2.1.3. Cuidados Paliativos e os Vários Grupos Ocupacionais

Richard (1996) afirma que os problemas apontados pelas supervisoras de cuidados paliativos concernem, principalmente, à dimensão relacional com pacientes e familiares, à formação e à ausência de meios materiais. A autora considera que as trocas e comunicações propiciadas nos grupos apresentaram um resultado favorável, no sentido de desvendar as resistências à prática dos cuidados paliativos e à melhoria das condições de fim de vida no hospital.

Também Vachon (1987) sistematiza, pormenorizadamente, os principais stressores identificados no exercício profissional, por pessoas de vários grupos ocupacionais que lidam de perto com os que estão a morrer, com a morte e com o luto. No que respeita às variáveis pessoais que influenciam a vivência profissional, este autor identificou alguns aspectos interessantes: 1) quanto mais jovens os profissionais, mais stressores ambientais identificavam e menos estratégias de *coping* apresentavam, 2) não existiam diferenças significativas no número ou tipo de stressores identificados em função do sexo ou do estado civil dos respondentes, 3) as pessoas que escolhiam trabalhar em áreas de maior contacto com a morte tinham geralmente motivações de

ordem pessoal para o fazer e 4) estavam associadas à escolha profissional variáveis como a personalidade, o estilo de *coping* e níveis mais baixos de ansiedade perante a morte.

Segundo um estudo de Araújo e Silva (2007), também a comunicação interpessoal comprovou ser um elemento relevante nos cuidados paliativos, distinguindo-se a atenção dada aos sinais não-verbais do profissional para o estabelecimento do vínculo de confiança; a necessidade da presença compassiva; o desejo de não focar a interação e o relacionamento apenas na doença e na morte, assim como a valorização da comunicação verbal alegre, que privilegia o optimismo e o bom humor.

CAPÍTULO 3: A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA DA MORTE

Uma parte substancial do stress vivido pelos profissionais de saúde advém do contacto com pacientes que estão a morrer pois, devido à morte ser vista como um adversário a ser combatido e superado, um doente terminal torna-se um sinal visível do fracasso e da impotência do profissional. Os pacientes terminais podem também despertar pensamentos perturbadores sobre a própria morte ou a morte de outras pessoas significativas (Maslash & Jackson, 1982).

Acrescentar o contacto persistente com a morte, a um papel profissional, que tem como principal objectivo, transmitido consistentemente ao longo da formação básica e na finalização da licenciatura, lutar por preservar a vida, pode tornar-se particularmente problemático e fazer emergir dúvidas acerca do seu papel efectivo na prestação de cuidados (McIntyre, 1994).

De acordo com Brunton (2005), quando a natureza específica dos cuidados a prestar implica um contacto continuado com a dor, o sofrimento e a morte dos pacientes, os profissionais de saúde ficam particularmente onerados, uma vez que, por si só, o papel profissional já os expõe a múltiplos factores que contribuem para o seu progressivo desgaste físico e emocional, pela complexidade e diversidade de funções que têm de desempenhar.

Há uma nítida desproporção entre os conhecimentos técnicos recebidos e a preparação para os aspectos humanos da profissão. Preparar-se para aceitar a inevitabilidade da morte é um trabalho árduo e difícil (Barbosa, 2003).

Estudos efectuados por Abiven (2001) revelam que grande parte dos enfermeiros, ao iniciarem o exercício profissional, sentiu que a formação de base não os preparou de forma eficiente, para a prestação de cuidados aos doentes em fim de vida.

Em 1999, Ferrell et al. concluem que há deficiências notórias em 50 manuais de enfermagem que analisaram, no que se refere a temas específicos dos cuidados em fim de vida. Apontam, igualmente, para a necessidade de futuras publicações abordarem, com extensão e profundidade, as temáticas da morte e do luto, dando particular relevo ao conjunto de necessidades físicas, psicossociais e espirituais apresentadas, não apenas pelos pacientes e seus familiares mas, igualmente, por todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados prestados em fim de vida.

Já em 2003, Sullivan et al., através de um inquérito telefónico realizado a 1455 estudantes finalistas e professores de 62 faculdades de medicina dos E.U.A, constataram que, da totalidade da amostra, apenas 18% dos indivíduos reportavam ter recebido algum tipo de treino formal na área do contacto com a morte. No que concerne à vontade na comunicação com pacientes em fase final de vida, 39% afirmavam não se sentirem de todo preparados para comunicar com pacientes, nestas circunstâncias, e 50% afirmavam não saber lidar com os seus próprios sentimentos face à morte. Entre a amostra de professores, 40% dizia sentir-se pouco preparados para abordar temas relacionados com a morte nas suas aulas.

Kubler Ross (1991) defendeu que os riscos de estar constantemente exposto à morte dos nossos semelhantes eram paralelos aos de estar sempre a olhar directamente para o sol e que, portanto, era necessário encontrar meios de o fazer com alguma protecção psicológica, adquirida ou treinada, através de formação adequada.

Assim, para escutar o sofrimento espiritual, o profissional deverá começar por escutar o seu, para que se permita que alguém seja plenamente si mesmo, indo mais além, e favorecer uma tal abertura, desejo de consumação: “pela presença, escuta em todo o seu invisível — o seu sofrimento (compaixão) — deixar-se contaminar pelo sofrimento do outro, acolhendo-o sem ficar afogado no sofrimento do outro, o seu desejo, o ser que nele deseja (pois é parte do desconhecido de nós mesmos que a morte pode revelar), atitude de confiança na profundidade do homem, naquilo que no homem se mantém aberto a um além do homem” (Barbosa, 2003: 44).

CAPÍTULO 4: ATITUDES PERANTE A MORTE

4.1 Atitudes Perante a Morte e sua Mensuração

Um dos modelos mais reconhecidos para caracterizar as atitudes e as respostas observadas decorrentes das mesmas é o de Rosenberg e Hovland (1960). Este modelo, denominado de modelo dos três componentes das atitudes, prevê que, perante determinados estímulos (ex. indivíduos, situações, etc.), vão emergir atitudes que condicionam o comportamento do indivíduo, no sentido de o predispor a responder a esses mesmos estímulos de três formas possíveis: afectiva, cognitiva ou comportamentalmente. Este modelo propõe igualmente a noção de que os diversos tipos de resposta, do ponto de vista das atitudes tomadas, estão relacionados entre si, podendo surgir simultaneamente.

Para este estudo, em particular, o tipo de medida escolhida para operacionalizar as atitudes perante a morte foi uma escala de atitudes. As escalas de atitudes são construídas sobre o pressuposto de que podemos medir as atitudes através das crenças, opiniões e avaliações das pessoas acerca de um determinado objecto, sendo que, segundo Tomer (2000), as atitudes perante a morte fazem a ligação entre a morte percebida como ocorrência final, irreversível e universal, e os aspectos que consideramos importantes na nossa vida.

As atitudes emergem da organização dos sentimentos, das crenças e dos valores, assim como da predisposição da pessoa para se comportar de determinada maneira, são um determinante muito importante na orientação e adaptação do ser humano ao ambiente social. Não são inatas, pertencem ao domínio da motivação humana; não se autogeneram psicologicamente, mas formam-se fruto da relação com outras pessoas, grupos, instituições, objectos, valores e ideologias.

O estudo das atitudes ocupa uma posição importante em todos os estudos das ciências sociais e humanas, pois as atitudes estão intimamente ligadas às acções do indivíduo. De um modo geral, conhecendo as atitudes de uma pessoa, podemos prever o seu comportamento, actuação e desempenho.

Assim, é necessário recontextualizar as atitudes em relação à finalidade humana e aos conceitos por ela elaborados, pois o mal-estar pode surgir, essencialmente, do recalque da sociedade na admissão da imutabilidade e permanência da realidade da morte, porque nunca, na história da humanidade, ela esteve tão em contradição com os

valores sócio-culturais, e são o doente terminal e o idoso que constituem duas categorias principais causadoras de mal-estar (Barbosa, 2003).

4.2 Atitudes Perante a Morte no Envelhecer

Segundo Noppe e Noppe (2004), os adultos vêem a morte através da lente da esperança que provem de um número infinito de experiências de vida, associadas a múltiplas interações com diferentes pessoas, situações de trabalho e relações familiares. Lieberman e Caplan (1970) referem que, na meia-idade, os indivíduos começam a pensar nas suas idades mais em termos de distância da morte do que da nascença.

Já para Rebelo (2007), no geral, quando o indivíduo, já é muito idoso, passa mais tempo a pensar na morte e até no seu enterro, o que comprova que à medida que se avança na idade, se aceita 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.

Por sua vez, Fry (2003), usando uma amostra de 167 mulheres e 121 homens, entre os 65-87 anos, testou a crença de que a percepção da auto-eficácia nas pessoas idosas seria um preditor do medo e ansiedade de morte.

Apesar de existirem vários estudos que apontam para diferentes tipos de atitudes perante a morte, no envelhecer, os estudos mais recentes que abordam esta temática parecem apontar para um aumento da ansiedade perante a morte nos indivíduos mais velhos, quando têm cumulativamente: 1) problemas de saúde, 2) história de problemas psicológicos anteriores, 3) menor crenças religiosas, 4) menor satisfação perante a vida e 5) vivência diária em lares ou instituições, por contraposição com os que estão em suas casas (Fortner, Neimeyer, & Rybarczyk, 2000).

4.3 Atitudes Perante a Morte na Doença

Inicialmente os Cuidados Paliativos estavam associadas a serviços com patologia oncológica e incidiam no período imediato antes da morte.

A assistência inicial prestada alargou-se e, por doença terminal, passou a entender-se, geralmente, uma doença (avançada, incurável e progressiva) com diagnóstico confirmado, em que se verifica falta de resposta a tratamento específico, a presença de sintomas intensos, multifactoriais e cambiantes, e um grande impacto emocional no doente, na família e na equipa de cuidados, com prognóstico de vida

inferior a seis meses (Barbosa, 2003). Assim, actualmente, não só doentes com cancro em situação terminal, mas também com doenças crónicas progressivas fazem parte do leque que compõe os Cuidados Paliativos. Doenças essas tais como insuficiências crónicas respiratória, cardíaca, renal ou hepática e doenças infecciosas, como o HIV, em fases terminais, mas também doentes com patologias neurológicas degenerativas, como a esclerose lateral amiotrófica, esclerose em placas e demências.

Feifel e Branscomb (1973) procuraram entender, através de vários estudos, as atitudes individuais perante a morte, em situações muito diferentes, tais como: doenças terminais, doenças crónicas e degenerativas, doenças mentais de diversos foros, doentes institucionalizados e não institucionalizados, comparando depois os resultados obtidos com os de pacientes saudáveis. No entanto, estes autores não encontraram diferenças significativas, ao nível do medo consciente da morte, nas diversas populações em estudo. Contudo, este facto também pode ser devido à simplicidade da medida escolhida, que consistia numa única pergunta com justificação pedida: “Tem medo da sua própria morte? Porquê?”.

De facto, o contexto onde maiores diferenças têm sido detectadas, talvez pela investigação mais intensiva desenvolvida nas últimas duas décadas, é a dos doentes com HIV positivo ou com SIDA. Várias investigações demonstraram existirem, nestes pacientes, níveis mais elevados de ansiedade perante a morte, sobretudo em indivíduos com pouco suporte social e recursos económicos (Neimeyer et al., 2004).

4.4 Atitudes Perante a Morte nas Perturbações Psicopatológicas

Vários estudos focaram a forma como a morte é percebida em diferentes tipos de perfis tidos como psicopatológicos.

Feifel (1955) constatou que o tema da morte predominava, muitas vezes, em psicopatologia e que, para alguns pacientes, a discussão desta temática é terapêutica.

Vários estudos sugerem também que altos níveis de ansiedade sobre a morte são, geralmente, acompanhados por elevados níveis de neuroticismo, onde se incluem as predisposições para a culpa, preocupação e desconfiança, entre outras (Loo, 1984; Westman & Brackney, 1990)

Outros estudos procuraram investigar as diferenças entre a ansiedade causal (estado) e a ansiedade global (traço), nos resultados em escalas de ansiedade perante a morte, conseguindo verificar que, a elevação da escala da depressão do MMPI e na

escala de depressão de Zung acompanha os valores mais elevados de ansiedade perante a morte, obtidos em populações psiquiátricas (Loneto & Templer, 1986).

4.5 Atitudes Perante a Morte nos Prestadores de Cuidados em Geral

O morrer, como acto humano, é banal e anónimo, tal como o nascer, mas cada sujeito é único e será sempre muito difícil ser capaz de se entender, autenticamente, o que se está a passar nele e com ele: está a morrer como homem, como um mortal, e não só como um doente (Barbosa, 2003). Perante isto, qualquer comunicação verbal poderá não ter muito significado, mas o que pode ser verdadeiramente essencial é estar com o sujeito que está a morrer. É essa presença, esse privilégio do contacto com a morte, que poderá permitir aos prestadores de cuidados dar um sentido mais verdadeiro à vida ou um sentido diferente pois, com a morte de pessoas que se amam, há uma facilidade em questionar o sentido da vida e, deste modo, melhor perceber o poder revelador da morte.

Verifica-se que, em muitos casos, a impotência face à doença e à morte leva o prestador de cuidados a retirar valor ao objecto. Mas, ao torpedear os seus lutos, esta defesa empobrece os seus investimentos narcísicos e objectais (Charazac, 2004/2001). Esta questão pode tornar-se, então, bastante pertinente para a qualidade de quem cuida e de quem é cuidado.

Nas situações em que os pacientes estão em estados terminais, há problemas éticos para as equipas médicas e para as famílias. Geralmente, o que se verifica, em muitos casos, é uma morte precedida de sofrimento físico e psíquico, e ao mesmo tempo, verifica-se também, o despreparo de grande parte dos profissionais de saúde nos hospitais, para o atendimento ao doente nessas condições, cuja morte é iminente (Kübler-Ross, 1991).

Neste sentido, o enfermeiro e o auxiliar de saúde que manipulam os corpos, se os seus gestos não forem retomados por uma actividade mental suficientemente rica, já só dispõem das suas funções comportamentais e corporais para conter algumas regressões ou neutralizar os traumatismos. Quanto ao médico, o racionalismo da sua formação leva-o mais a sobreinvestir a força do pensamento, correndo o risco dos seus recursos intelectuais terem apenas um alcance defensivo, sem verdadeiro valor de trabalho psíquico (Charazac, 2004/2001).

Feifel (1969), ao longo dos seus estudos acerca das atitudes perante a morte, constata haver bloqueios sistemáticos por parte de médicos. Esta conclusão permitiu-lhe perceber que os médicos podem, igualmente, ter dificuldade em veicular informação

acerca da gravidade da doença, devido a eles próprios terem dificuldade em lidar com o tema da morte, ou terem atitudes exageradamente negativas face à mesma.

Neste sentido, também Antunes e Moeda (2005) afirmam que, relativamente aos profissionais de saúde, o bem-estar poderá estar posto em causa devido à solidão, à perda do significado do sentido profissional e de missão, à perda de clareza acerca dos objectivos da medicina, ao cinismo, ao desamparo, ao desespero, à frustração, ao sentimento de raiva em relação ao sistema de saúde e da profissão médica, e à perda do sentido do doente como um ser humano semelhante. Assiste-se, assim, a um acréscimo do risco de esgotamento profissional e de depressão.

Um estudo de Rooda, Clements e Jordan (1999), com mais de 400 enfermeiros a trabalhar em cuidados paliativos, constatou que as atitudes de Medo da Morte e de Evitamento da Morte, medidas pelo *Death Attitude Profile – Revised* (DAP-R) de Wong, Reker e Gesser (1994) eram as que mais afectavam negativamente as atitudes face ao cuidado a prestar ao doente em fase final de vida, medidas pela *Frommelt Attitude Toward Care of the Dying* (FATCOD) de Frommelt (1991). Goodman (1981), defende também, que o medo existencial da morte, o medo de não existir, é o mais difícil de dominar. Muitas das estratégias defensivas, como a de negar a realidade, a racionalização, o isolamento do afecto, condicionado pelo medo da separação, não são barreiras protectoras eficazes contra o medo existencial da morte.

Também Dunk, Otten e Stephens (2005), usando igualmente a DAP-R (Wong, Reker, & Gesser, 1994) e a FATCOD (Frommelt, 1991), constataram que o tempo de exercício profissional, o nível educacional e as formações já realizadas na área da morte, eram os melhores preditores das atitudes positivas face à morte.

CAPÍTULO 5: ATITUDES PERANTE A MORTE E FORMAÇÃO NA ÁREA DA MORTE

O estudo das atitudes perante a morte é uma investigação bastante complexa, pois envolve bastantes contingências e as idiossincrasias que o tema levanta.

Devolver um sentido à morte, na nossa sociedade contemporânea, não se fará restaurando, pura e simplesmente, o quadro legislativo sobre o fim da vida, mas sim, num primeiro tempo, admitindo que desde há várias gerações tem-se afastado, voluntariamente, a morte da vida (Barbosa, 2003). Com efeito, este afastamento poderá

contribuir para a dificuldade dos cuidadores profissionais construírem uma atitude coesa e saudável face à morte.

Também a capacidade dos profissionais de saúde para serem e permanecerem um continente e um reservatório pronto para receber e conter os *acting out* dos pacientes, sem se deixar abalar pelos conteúdos agressivos, não se adquire de forma espontânea, tornando-se um elemento cuja carga emocional é muito pesada, provocando níveis elevados de stress (Delbrouck, 2006).

As dificuldades dos profissionais, incomodados e insatisfeitos no confronto com a perspectiva da morte, muitas vezes assumida como um fracasso pela equipa ou pela sociedade, fazem com que a concebam, inconscientemente, como «contagiosa» (Barbosa, 2003).

Morito et al. (2007) procuraram avaliar o efeito de uma formação de cinco horas sobre os sentimentos face a pacientes terminais, na mudança de atitudes face ao paciente terminal, medida pelo FATCOD (Frommelt, 1991,) e na mudança de atitudes face à morte, medida pela DAI (Lester & Templer, 1992-93). Os autores reportam uma alteração modesta mas significativa nos resultados obtidos na FATCOD (Frommelt, 1991).

Segundo Durlak (1994), os estudos acerca do impacto da formação nas atitudes perante a morte não são unânimes, nas suas conclusões. O autor propõe que isto se deve à heterogeneidade das formações quanto à duração temporal, conteúdos ministrados, bem como nas técnicas pedagógicas usadas e porque os instrumentos destinados a medir a mudança de atitude são também eles diferentes.

No entanto, como já foi referido, o contacto próximo com a morte, por parte dos cuidadores profissionais, pode ser uma experiência intensa e geradora de diversas contingências no cuidar e ser cuidado. Como tal, seria de especial relevância, recorrer à identificação de factores de risco que podem predispor os cuidadores profissionais ao excesso de envolvimento ou desapego emocionais, tentando reconhecer-se os sinais e sintomas emocionais que afectam negativamente o cuidado ao doente.

Segundo Meier, Back e Morrison (2001), os sintomas (emoções/sentimentos) de alerta são os sentimentos de irritação ou desprezo em relação ao doente/família; sentimentos de superioridade ou hostilidade/ perseguição pelo doente ou família; a ocorrência de pensamentos intrusivos acerca dos mesmos; sentimentos de fracasso, de culpa, de auto-responsabilização ou de obrigação pessoal em salvar o doente; a convicção de que as queixas de mal-estar do doente são esforços manipulativos para

chamar a atenção, assim como o frequente sentimento de vitimização pelas inerências da prática médica. Ao nível comportamental, os autores destacam como factores de risco a incapacidade de comunicar, eficazmente, com outros profissionais acerca do doente; a ocultação/ omissão de considerações acerca do doente aos colegas; a incapacidade de prestar atenção a detalhes do cuidado ao doente; o aparecimento de sinais físicos de *stress* ou tensão em encontros com o doente ou família e uma frequência no contacto com o doente superior à medicamente necessária.

Neste sentido, a consciencialização dos cuidadores profissionais sobre o impacto das próprias emoções possibilita uma capacidade mais segura e preparada para lidar, posteriormente, com a situação. Assim, esta consciencialização pode ajudar o cuidador a interiorizar, na sua rotina, um processo de reflexão, de auto-monitorização e de domínio que permita uma prestação de cuidados responsável.

Segundo Wong, (2000), a aceitação da morte pode basear-se em vários caminhos como a revisão de vida, importante para trazer ordem e coerência à vida e à manutenção da identidade de cada um; a auto-aceitação, que se baseia na necessidade de descobrir quem realmente somos, antes de morrer, do contacto com a essência interior do nosso ser; as crenças espirituais/ religiosas, no sentido em que existe uma ligação entre a espiritualidade e a busca de significado; abraçar uma vida própria, em que o melhor caminho a ser preparado para a morte é viver a vida ao Máximo e, por fim, a educação para a vida e morte, no sentido em que não podemos saber como viver se não entendermos a morte, ou seja, para aceitar a nossa morte temos de perceber a nossa vida que leva à morte.

Também Canut et al. (2000) referem ainda que, o facto de o indivíduo poder expressar os seus valores, crenças e opiniões por meio de atitudes, ajuda-o a resolver conflitos internos e a desenvolver a capacidade de adaptação. Tais situações ajudam o ser humano a viver em coerência consigo próprio e com aqueles que são objecto do seu cuidado. Assim, a capacidade que a pessoa tem de fazer uma auto-análise, de avaliar as suas atitudes e a congruência das suas componentes (cognitiva, afectiva e comportamental) possibilita uma relação saudável com os outros. De um modo geral, uma pessoa não pode ajudar a outra a expressar os seus valores, sem antes ter feito uma reflexão sobre os seus próprios valores.

Meier, Back e Morrison (2001) sugerem uma estratégia de auto-monitorização e reflexão como competências de rotina para os médicos, o que também se pode alargar aos cuidadores profissionais em geral. Essa estratégia compreende quatro etapas: 1) a

identificação do sentimento (o seu reconhecimento e a sua identificação constituem o primeiro e o mais importante passo no controlo do efeito das emoções do médico no cuidado ao doente); 2) a aceitação da naturalidade da ocorrência desse sentimento; 3) a reflexão acerca da emoção e dos seus possíveis resultados, fazendo uma antecipação consciente das diferentes consequências para o doente, como resultado de diferentes tipos de comportamento do médico; 4) a consulta de um colega em quem se confie, atitude que diminui o isolamento e auxilia a construção de uma rede de apoio necessária para o trabalho clínico, complexo e exigente.

Para preservar a saúde emocional e física e evitar o esgotamento, devem ser adoptadas estratégias de *coping* adequadas. Tycross (2003) propõe o trabalho em equipa (partilhando decisões e responsabilidades, com apoio e respeito mútuos), a boa comunicação dentro da mesma, a existência de recursos adequados e de serviços de apoio, o estabelecimento de metas realistas, a manutenção de um espírito aberto para receber apoio dos doentes, a existência de períodos de folga/alimentação/repouso adequados, assim como tempo disponível para recreação, incluindo passatempos, e apropriada restauração espiritual.

Neste âmbito, também Arranz et al. (2005) afirmam que as estratégias, que podem ajudar a prevenir e enfrentar as dificuldades sentidas pelos cuidadores profissionais, exigem uma certa disciplina pessoal, abertura, capacidade de auto-observação, consistência e um certo grau de paciência, recordando sempre que, tais estratégias têm como objectivo fundamental, manter as condições e exigências da boa prática clínica. Estes autores sugerem, então, uma intervenção que passa pela formação em: 1) comunicação assertiva, que permitirá a capacidade de dizer “não”, de pedir ajuda, de fazer e aceitar críticas, dar e receber elogios, expressar o que se pensa e se sente, sem afectar a susceptibilidade dos outros etc., 2) estratégias de resolução de problemas, que ajudará os cuidadores profissionais a resolver problemas e a tomar decisões, facilitando o reconhecimento do problema e a sua identificação, evitando a tendência de uma resposta impulsiva e gerar alternativas à situação, 3) gestão do tempo, que permitirá estabelecer prioridades, aumentando assim a qualidade do tempo, 4) técnicas redutoras de ansiedade, como o relaxamento, auto-hipnose, yoga, meditação e, por fim, 5) estratégias de auto-regulação cognitiva, que permitirá mudar a percepção produzida por ideias irracionais ou pensamentos distorcidos. Reforçam a ideia que é importante assinalar que estas estratégias só poderão ser devidamente incorporadas com o treino e supervisão adequados.

De facto, existem diversas variáveis que interagem na prestação de cuidados paliativos de qualidade, prestados pelos diferentes cuidadores profissionais. Nomeadamente, as atitudes do profissional de saúde relativamente à problemática da morte, bem como as características dos doentes paliativos e as contingências inerentes a este tipo de cuidados, que desempenham um papel fulcral na prestação dos cuidados paliativos, susceptíveis de encaminhar o cuidador a níveis de ansiedade e de depressão mais problemáticos, essencialmente quando não existe uma preparação prévia do cuidador.

Tendo como linha orientadora a revisão da literatura efectuada, o presente trabalho pretende explorar, em cuidadores profissionais, no âmbito dos cuidados paliativos, o impacto das atitudes perante a morte nos níveis de ansiedade e depressão e ainda avaliar o impacto de algumas variáveis soció-demográficas quer sobre as atitudes perante a morte, quer sobre os níveis de ansiedade e depressão.

CAPÍTULO 6: QUESTÃO INICIAL, OBJECTIVOS E HIPÓTESES

6.1 Questão inicial

Tendo como ponto de partida o interesse sobre a forma como as atitudes face à morte se integram nas vivências actuais dos cuidadores profissionais de cuidados paliativos, expressas, por exemplo, nos níveis de ansiedade e depressão auto-relatados, partiu-se para a etapa exploratória do estudo, que consistiu numa revisão bibliográfica, na escolha dos instrumentos, na recolha da amostra e no estudo quantitativo.

A questão primordial prendeu-se com o facto de que, a forma como os profissionais de saúde lidam com a morte pode afectar a qualidade da relação que estabelecem com os pacientes e seus familiares, bem como afectar a sua saúde global enquanto pessoas. Este interesse focou-se, particularmente, no sofrimento psicológico do cuidador profissional e em que medida as diferentes atitudes face à morte podem ou não estar associadas ao impacto que os cuidados paliativos possam surtir.

Neste sentido, pretende-se averiguar o impacto que a exposição ocupacional à morte pode ter nas atitudes perante a morte, em profissionais de saúde e, mais especificamente, perceber como a variável atitude perante a morte pode actuar enquanto factor de protecção nos níveis de ansiedade e depressão reportados pelos profissionais de saúde, com diferentes graus de formação em cuidados paliativos.

6.2 Objectivos

Objectivo Geral 1: Analisar as atitudes perante a morte num grupo de cuidadores profissionais, no âmbito dos cuidados paliativos.

Objectivos Específicos:

- a) Averiguar se há diferenças nas atitudes perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação de Escape, Aceitação Religiosa e Aceitação Neutra) entre o grupo de cuidadores profissionais de cuidados paliativos e um grupo de comparação – amostra do estudo do Death Anxiety Profile - Revised (Wong, Reker, & Gesser, 1994).
- b) Verificar se existem diferenças entre sexos relativamente às atitudes perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação de Escape, Aceitação Religiosa e Aceitação Neutra).
- c) Determinar se existem diferenças nas atitudes perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação de Escape, Aceitação Religiosa e Aceitação Neutra) relativamente à idade.
- d) Determinar se existem diferenças nas atitudes perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação de Escape, Aceitação Religiosa e Aceitação Neutra) em função dos anos de exercício profissional em cuidados paliativos.
- e) Determinar se existem diferenças nas atitudes perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação de Escape, Aceitação Religiosa e Aceitação Neutra) em relação às habilitações profissionais.

Objectivo Geral 2: Analisar a ansiedade e a depressão num grupo de cuidadores profissionais, no âmbito dos cuidados paliativos.

Objectivos Específicos:

- a) Caracterizar a ansiedade (Índice global de Ansiedade) e depressão (Índice Global de Depressão) num grupo de cuidadores profissionais de cuidados paliativos.
- b) Verificar se existem diferenças entre sexos relativamente à ansiedade (Índice global de Ansiedade) e depressão (Índice Global de Depressão).

- c) Determinar se existem diferenças na ansiedade (Índice global de Ansiedade) e depressão (Índice Global de Depressão) relativamente à idade.
- d) Determinar se existem diferenças na ansiedade (Índice global de Ansiedade) e depressão (Índice Global de Depressão) em função dos anos de exercício profissional em cuidados paliativos.
- e) Determinar se existem diferenças na ansiedade (Índice global de Ansiedade) e depressão (Índice Global de Depressão) em relação às habilitações profissionais.

Objectivo Geral 3: Analisar a relação entre as atitudes perante a morte e a ansiedade e a depressão em cuidadores profissionais, no âmbito dos cuidados paliativos.

Objectivo Específico:

- a) Examinar a relação entre os resultados obtidos pelos cuidadores profissionais em termos de atitudes perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação de Escape, Aceitação Religiosa e Aceitação Neutra) e os relativos à ansiedade (Índice global de Ansiedade) e depressão (Índice Global de Depressão).

6.3 Hipóteses

Partindo dos objectivos definidos para a investigação e da revisão bibliográfica efectuada, desenhou-se um estudo exploratório que compreende as seguintes questões de investigação:

Hipótese 1a: Espera-se que o grupo de cuidadores profissionais de cuidados paliativos apresente valores mais elevados de atitudes negativas perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape) relativamente ao grupo de comparação (amostra do estudo de Wong, Reker, & Gesser, 1994).

Hipótese 1b: Espera-se que os cuidadores do sexo masculino apresentem valores mais elevados de atitudes negativas perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape) relativamente aos cuidadores do sexo feminino.

Na população geral, os homens têm tendência a ter níveis mais elevados de medo da morte, ao passo que, as mulheres apresentam uma aceitação religiosa mais elevada (e.g., Wong, Reker, & Gesser, 1994). A presente hipótese é colocada com base nos resultados obtidos pela população geral, dado não ter sido possível o acesso a estudos que focassem especificamente os cuidadores profissionais de cuidados paliativos em relação às atitudes perante a morte.

Hipótese 1c: Espera-se que os cuidadores mais novos apresentem valores mais elevados de atitudes negativas perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape) relativamente aos cuidadores mais velhos.

A revisão de literatura efectuada aponta para que os indivíduos mais velhos tenham menor medo da morte, assim como menor evitamento da morte (e.g., Van Ranst & Malcoen, 2000; Wong, Reker, & Gesser, 1994; Lester, 1972), no entanto estas conclusões não surgem no âmbito específico dos cuidadores profissionais de cuidados paliativos.

Hipótese 1d: Espera-se que os cuidadores com menos anos de exercício profissional em cuidados paliativos apresentem valores mais elevados de atitudes negativas perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape) relativamente aos cuidadores com menos anos de profissão em cuidados paliativos.

A revisão de literatura realizada indica que o tempo de exercício profissional parece ser um bom preditor de atitudes mais positivas face à morte (e.g., Lester, 1972 ; Dunk, Otten, & Stephens, 2005).

Hipótese 1e: Espera-se que os auxiliares de saúde apresentem valores mais elevados de atitudes negativas perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape) relativamente aos médicos e enfermeiros.

De acordo com a revisão da literatura realizada, existem ainda poucos estudos que se foquem nos cuidadores profissionais de cuidados paliativos com menos formação, no entanto, alguns apontam para que o nível educacional e as formações realizadas na área da morte sejam factores importantes nas atitudes mais positivas face à morte (e.g., Dunk, Otten, & Stephens, 2005).

Hipótese 2a: Espera-se que os cuidadores profissionais de cuidados paliativos apresentem um nível maior de ansiedade do que depressão.

Segundo a literatura, o facto dos cuidadores profissionais terem de lidar com a finitude dos seus pacientes é descrito como ansiogénico, stressante e de grande exigência emocional para os profissionais de saúde.

Hipótese 2b: Prevê-se que os cuidadores profissionais de cuidados paliativos do sexo feminino apresentem um nível de ansiedade e de depressão superior, comparativamente com os cuidadores do sexo masculino.

Hipótese 2c: Espera-se que os cuidadores mais novos tendam a ter níveis de ansiedade e de depressão mais elevados em relação aos cuidadores mais velhos.

A literatura aponta para que quanto mais jovens os profissionais, mais stressores ambientais possuem e menos estratégias de *coping* apresentam (Vachon, 1987)

Hipótese 2d: Espera-se que os cuidadores com menos anos de exercício profissional em cuidados paliativos apresentem valores mais elevados de ansiedade e de depressão relativamente aos cuidadores com menos anos de profissão em cuidados paliativos.

Hipótese 2e: Espera-se que os auxiliares de saúde apresentem valores mais elevados de ansiedade e de depressão face aos médicos e enfermeiros.

Hipótese 3: Espera-se que quanto mais elevadas as atitudes positivas face à morte (Aceitação Neutra, Aceitação Religiosa) mais reduzidos serão os níveis de ansiedade e depressão enquanto que, quanto mais elevadas as atitudes negativas face à morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape), maiores os níveis de ansiedade e depressão reportados pelos cuidadores profissionais de cuidados paliativos.

Segundo a revisão da literatura, os valores mais elevados de depressão e de ansiedade estão associados quando os indivíduos apresentavam atitudes negativas mais acentuadas perante a morte. (e.g. Conte, Weiner, & Plutchik, 1982; Howels & Fields, 1982; Loneto & Templer, 1986; Westman & Brackney, 1990).

CAPÍTULO 7: ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

7.1 Processo de selecção da amostra

Foi seleccionada uma amostra de conveniência composta por diversos grupos profissionais, nomeadamente, médicos, enfermeiros e auxiliares de saúde a exercer actividade, especificamente, na área dos cuidados paliativos. A amostra foi recolhida na área metropolitana de Lisboa e os critérios de elegibilidade para a participação no presente estudo consistiram em: possuir um curso superior nas áreas técnicas ou científicas de medicina ou enfermagem ou ser auxiliar de saúde e exercer actividade profissional em cuidados paliativos.

Os participantes que preenchiam as condições de inclusão na amostra, após ser assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados, dispuseram-se a participar na investigação, de forma voluntária.

7.2 Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo é composta por 19 auxiliares de saúde, 18 enfermeiros e 5 médicos que exercem funções em cuidados paliativos (N=42). No que diz respeito à caracterização da amostra de acordo com as variáveis sócio-demográficas utilizadas, 85.7% dos sujeitos são do sexo feminino e 14.3% são do sexo masculino, sendo que apresentam uma média de idades de 30.6 anos (DP=6.75), variando entre os 21 e os 50 anos. Em relação ao estado civil, 42.9% são solteiros, 50% estão casados ou em regime de união de facto e 7.1% são divorciados. De acordo com o tempo de exercício profissional, 52.4% dos indivíduos têm até cinco anos de profissão, 23.8% têm entre 6 a 10 anos de profissão, 16.7% têm entre 11 a 15 anos de profissão e 7.1% possuem 16 ou mais anos de exercício profissional. Relativamente à experiência em cuidados paliativos, 69% dos sujeitos têm até 3 anos de exercício profissional, 28.6% possuem entre 4 e 6 anos de profissão nesta área e 2.4% dos indivíduos têm 10 ou mais anos de experiência profissional, em cuidados paliativos. De acordo com as horas semanais em cuidados paliativos, 16.7% dos cuidadores profissionais trabalham até 10 horas, 16.7% trabalham entre 11 a 20 horas, 7.2% trabalham entre 21 a 30 horas e 59.5% dos sujeitos trabalham entre 30 a 40 horas semanais, nesta área.

Por fim, relativamente ao número de filhos, 57.1% dos sujeitos não têm filhos, 38.1% têm até dois filhos e 4.8% têm mais de dois filhos.

7.3 Instrumentos utilizados

O presente estudo exploratório recorreu aos seguintes instrumentos: O Perfil de Atitudes Perante a Morte – Revisto, designado pelo acrónimo DAP-R (Wong, Reker, & Gesser, 1994) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) da autoria de Zigmond e Snaith (1983). O último questionário consiste num conjunto de questões de natureza sócio-demográfica e profissional, necessárias para diversos testes de controlo de efeitos e descrição da amostra.

7.3.1 Perfil de Atitudes Perante a Morte – Revisto (DAP-R)

O DAP-R, de Wong, Reker e Gesser (1994) apresenta-se como uma versão revista e alargada do DAP, de Gesser, Wong e Reker (1987-88), que optaram por uma abordagem multidimensional, de base existencialista, para o conceber.

Para Wong, Reker e Gesser (1994), os termos “medo da morte” e “ansiedade perante a morte” são frequentemente confundidos na literatura acerca das medidas atitudinais perante a morte, portanto, os autores sentiram a necessidade de os distinguir. A morte pode ser receada por diversas razões e de formas distintas, em diferentes fases da vida, consoante o grau de exposição a ela e, nesse sentido, surge como um conceito multidimensional.

Assim, segundo os autores, o medo da morte parece reportar-se a aspectos mais específicos e conscientes do que a ansiedade perante a morte e emergiria, igualmente, da incapacidade do indivíduo em encontrar um significado pessoal e objectivos para a sua vida e morte. Esta perspectiva parte do princípio que a forma que cada um de nós tem de temer ou aceitar a morte depende, em grande parte, da forma como aprendeu a aceitar o seu percurso de vida, dando-lhe um significado.

Ao estudar o conceito “aceitação da morte”, Gesser, Wong e Reker (1987-88) identificaram três tipos de aceitação da morte: 1) a Aceitação neutra, 2) a Aceitação religiosa e 3) a Aceitação de escape.

A aceitação neutra corresponde à aceitação de que a morte faz parte da vida e que, portanto, tem de ser aceite. Um indivíduo com este tipo de aceitação não teme a morte mas também não a deseja, simplesmente aceita que não pode mudar o facto desta existir e tenta viver o melhor que pode com a noção presente de que a vida é finita. Esta forma de olhar a morte pode ser caracterizada como ambivalente ou indiferente mas também como uma abordagem mais naturalista e independente de um posicionamento religioso específico.

A aceitação religiosa implica a existência da crença numa continuidade feliz da vida para além da morte, sendo vista como uma porta de entrada para uma feliz continuidade futura e, segundo Wong, Reker e Gesser (1994), parece estar também relacionada com crenças e com o grau de envolvimento religioso.

A aceitação de escape pode ser uma resposta quando a vida é sentida como plena de dificuldades. Quando as pessoas vivem momentos carregados de sofrimento ou dor e existe pouca ou nenhuma possibilidade de alívio, a morte pode oferecer uma saída. Segundo Wong, Reker e Gesser (1994), as pessoas apresentam esta atitude perante a morte porque já não conseguem lidar de uma forma eficaz com a dor e com os problemas nas suas vidas e, portanto, este tipo de atitude perante a morte não se cinge à "bondade inerente" da morte, mas sim, à "maldade" da vida, tendo por base o desejo de escapar das circunstâncias desconfortáveis ou desagradáveis da vida.

Até ao surgimento do DAP, os tipos de aceitação da morte nunca tinham sido efectivamente medidos (Gesser, Wong, & Reker, 1987-88). Assim, o DAP era composto por 21 itens e quatro subescalas que mediam as seguintes dimensões: 1) Medo da Morte e de Morrer, 2) Aceitação Religiosa, 3) Aceitação de Escape e 4) Aceitação Neutra.

Posteriormente, constatou-se que algumas pessoas preferiam evitar o tema da morte e que o medo da morte não abrangia essa opção. Assim, para abarcar também este aspecto, surge a forma revista do perfil de atitudes perante a morte (DAP-R) de Wong, Reker e Gesser (1994), que compreende que o evitamento de todo e qualquer pensamento ou contacto com o tema da morte reduz a ansiedade perante a morte e, portanto, corresponde a um mecanismo de defesa psicológico para evitar que o tema chegue à consciência. Nesta revisão, efectuaram também a reformulação da escala de medo da morte e de morrer, uma vez que os autores pretendiam que esta se focasse, exclusivamente, no medo da morte e portanto, retiraram alguns itens relativos ao medo de morrer, acrescentando outros relativos ao medo da morte. Acrescentaram igualmente itens novos às escalas de aceitação. Desta forma, o DAP-R passou a contar com 36 itens, posteriormente reduzidos a 32, após análise factorial. O DAP-R mede então cinco dimensões: 1) Medo da Morte, 2) Evitamento da Morte, 3) Aceitação Neutra, 4) Aceitação Religiosa e 5) Aceitação de Escape.¹ Estas escalas ficaram com a seguinte

¹ Os autores verificaram que existia um grau de concordância de 70% na categorização dos 36 itens e nalguns itens o grau de concordância era superior a 90%.

distribuição: 10 itens para a aceitação religiosa, 7 itens para a escala de medo da morte, 5 itens para o evitamento da morte, 5 itens para a aceitação de escape e 5 itens para a aceitação neutra.²

Os 32 itens são cotados numa escala de 1 a 7 no sentido do “discordo muitíssimo”(1) para o “ concordo muitíssimo”(7) e contribuem para a obtenção de pontuações parcelares para cada um dos cinco factores que constituem este instrumento. Desta forma, o factor “Medo da morte” é calculado através da soma de sete itens (1, 2, 7, 18, 20, 21 e 32), o factor ”Evitamento da morte” através da soma de cinco itens (3,10, 12, 19 e 26), o factor “Aceitação neutra” com a soma de cinco itens (6, 14, 17, 24 e 30), o factor “Aceitação religiosa “ é baseado na soma de dez itens (4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28 e 31) e, por fim, o factor “Aceitação de escape” é obtido pela soma de cinco itens (5, 9, 11, 23 e 29).

As somas totais de cada factor são transformadas em médias, dividindo o valor obtido pelo número de itens que constituem o factor. Os valores médios que os autores obtiveram para uma população de 300 adultos de várias idades, de diversas proveniências socioculturais e de ambos os sexos foram de 3.03, para o “Medo da morte”, 2.91, para o “Evitamento da morte”, 5.57, para a “Aceitação neutra”, 4.95, para a “Aceitação religiosa” e 4.45, para a “Aceitação de escape”.

Da análise factorial realizada (Wong, Reker, & Gesser, 1994), verificou-se que as cinco componentes são independentes e que os factores são puros e internamente consistentes (com Alpha de Cronbach a variar entre .65 e .97 para as componentes).

Tendo em atenção todas as atitudes perante a morte e suas correlações, Wong, Reker e Gesser (1994) constataam que a aceitação neutra parece ser, de entre todas, a que melhor funcionamento adaptado prevê, uma vez que, quando as pessoas aceitam a morte como algo inevitável e a vida como limitada, acabam por fazer melhor uso da vida.

Todos os estudos efectuados pelos autores sugerem que o DAP-R constitui a única medida que acede, de forma mais abrangente, às atitudes perante a morte,

² Para testar a validade da reformulação deste instrumento, Wong, Reker e Gesser (1994) conduziram um estudo no qual puderam concluir que a análise de componentes principais da DAP-R indicava que os itens se organizavam tal como previsto teoricamente: em cinco factores que claramente correspondiam às cinco escalas, já mencionadas.

permitindo que o medo da morte não seja estudado de forma descontextualizada de outras atitudes perante a morte.

O DAP-R de Wong, Reker e Gesser (1994) foi traduzido para português e a tradução retrovertida para o inglês por um docente de inglês no ensino superior, de língua materna inglesa, de forma a controlar eventuais desvios de tradução. A adaptação do instrumento, realizada por Loureiro (2010), demonstra que o DAP-R parece ser uma medida fidedigna e válida, quer pelos valores razoáveis da consistência interna das dimensões (a variar entre os .65 e os .88), quer pela estrutura imergida da análise factorial que vai ao encontro dos construtos teóricos sobre as atitudes perante a morte, tal como conceptualizados pelos autores.

No presente estudo, a análise da consistência interna do itens revelou um elevado nível (Alpha de Cronbach a variar entre .77 e .95, para as diversas dimensões).

7.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A HADS, de Zigmond e Snaith (1983), foi elaborada com o objectivo de aceder, de um modo simples e rápido, à presença ou ausência de níveis clinicamente significativos de ansiedade ou depressão.

A HADS é uma escala de auto-aplicação, constituída por 14 itens que permitem explorar a existência de experiências de ansiedade e depressão. A cotação da escala destinada à mensuração da ansiedade é efectuada através da soma dos pontos obtidos nos sete itens ímpares e a da depressão através da soma das pontuações obtidas nos itens pares. As pontuações possíveis em cada item variam entre o 0, o 1, o 2 e o 3, sendo o 0 atribuído sempre que o sintoma está ausente e as restantes pontuações em função da gravidade dos sintomas apresentados na resposta.

Um ponto importante, que distingue a HADS das demais, é que para prevenir a interferência dos distúrbios somáticos, na pontuação da escala, foram excluídos todos os sintomas de ansiedade ou de depressão relacionados com doenças físicas. A ansiedade surge como um dos indicadores de stress e pode tornar-se patológica à medida que se apresenta de forma mais intensa (Corner, 2002). O agravamento desta situação pode gerar síndromes, como o de *burnout*, comum em profissionais de saúde.

Originalmente, os autores do HADS consideraram que valores globais, obtidos para cada subescala, iguais ou superiores a 8, seriam indicadores de presença de sintomas significativos de ansiedade ou de depressão. Posteriormente, Carroll et al.

(1993) indicam que só o ponto de corte 11, em cada subescala, oferece garantias de presença de ansiedade e/ou depressão.

A HADS existe em versão portuguesa, e o estudo de adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro et al. (2007) confirma a sua consistência interna (Alpha de Cronbach de .76 para a Ansiedade e de .81 para a Depressão), demonstrando propriedades métricas semelhantes aos estudos gerais realizados noutras línguas. É um instrumento bastante utilizado em investigação e com resultados positivos na sua aplicação na versão em língua portuguesa, no contexto de saúde em Portugal.

O HADS revela-se como um instrumento adequado, não só por ser considerado uma boa medida dos construtos Ansiedade e Depressão (Walker et al., 1999; Holthom e Barraclough, 2000) mas, sobretudo, por já ter sido bastante usado, com resultados positivos, no contexto de saúde em Portugal.

No presente estudo, o nível de consistência interna foi calculado através do Alpha de Cronbach, tendo-se obtido um valor de .74 para a Ansiedade e .65 para a Depressão.

7.3.3 Questionário Sócio- Demográfico

Foram ainda recolhidas questões de enquadramento sócio-demográfico, relacionadas com as variáveis: sexo, idade, estado civil, número de filhos, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em cuidados paliativos, número de horas semanais em cuidados paliativos e habilitações profissionais.

7.4 Procedimento na Recolha de Dados

O processo de recolha de dados foi efectuado no Hospital Residencial do Mar (N= 23), na Casa de Saúde da Idanha (N= 11) e no Centro de Saúde de Odivelas (N= 8). Após ter sido estabelecido contacto com a psicóloga do hospital, a enfermeira chefe e psicóloga da Casa de Saúde da Idanha e a psicóloga do Centro de Saúde de Odivelas, foi acordado, de forma a ser mais viável e eficaz, que os questionários seriam distribuídos, por estas responsáveis, a elementos passíveis de constituir a amostra para o presente estudo. A participação foi totalmente voluntária, sendo os participantes esclarecidos acerca do procedimento, e foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados.

7.5 Procedimentos Estatísticos

A análise dos dados obtidos foi realizada com recurso ao programa estatístico SPSS -versão 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Inicialmente, recorreu-se à estatística descritiva com o objectivo de caracterizar a amostra, de acordo com os dados recolhidos no questionário sócio-demográfico e com as variáveis consideradas – Atitudes perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação Neutra, Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape) e Ansiedade e Depressão. Foi efectuado o cálculo de frequências e percentagens, a determinação de médias, desvios-padrão e valores máximos e mínimos, tendo em conta o tipo de variáveis envolvidas.

Posteriormente, efectuou-se a comparação dos resultados obtidos no presente estudo com os de um grupo da amostra do estudo efectuado por Wong, Reker e Gesser (1994), recorrendo-se ao teste t de Student para uma amostra.

De seguida, foi analisada a consistência (Alpha de Cronbach) do DAP-R e do HADS.

Para o estudo da correlação linear entre variáveis referentes às dimensões de Atitudes perante a morte e à Ansiedade e Depressão, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson.

Finalmente, de forma a avaliar diferenças nas dimensões de Atitudes perante a morte, na Ansiedade e Depressão tendo em conta o sexo, os anos de exercício profissional em cuidados paliativos e as habilitações profissionais, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney; de modo a verificar o efeito que teriam a idade fece às atitudes perante a morte e aos níveis de ansiedade e de depressão, recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis.

CAPÍTULO 8: RESULTADOS

8.1 Caracterização das Atitudes Perante a Morte

Neste ponto serão descritos os resultados obtidos no presente estudo. Começa por se apresentar os resultados estatísticos descritivos relativos à média, ao desvio-padrão e aos valores mínimos e máximos, nas cinco dimensões de Atitudes perante a Morte (média da dimensão Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação Neutra, Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape). Pode constatar-se que os cuidadores profissionais, constituintes da amostra do presente estudo, apresentam valores mais elevados relativamente à Aceitação Neutra, seguindo-se a Aceitação Religiosa, o Medo da Morte, a Aceitação de Escape e o Evitamento da Morte.

Quadro 1
DAP-R (Estatística descritiva)

	M	DP	Mín.	Máx.
Medo da Morte	3.52	1.24	1	6
Evitamento da Morte	2.90	1.35	1	6
Aceitação Neutra	5.42	0.67	4	7
Aceitação Religiosa	3.99	1.27	1	6
Aceitação de Escape	3.29	1.16	1	6

Nota. N=42

8.1.1 Comparação com a Amostra de Estudo do DAP-R

Os resultados obtidos nas cinco dimensões de atitudes perante a morte foram sujeitos à análise comparativa, realizada com recurso ao teste t-Student para uma amostra, mostrando-se diferentes entre a amostra do presente estudo e a amostra do estudo efectuado por Wong, Reker e Gesser (1994). No Quadro 2, apresentam-se as médias para as dimensões Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação Neutra, Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape, e os valores de t resultantes da comparação entre os duas amostras.

Quadro 2

DAP-R: Comparação com os Resultados da Amostra do Estudo de Wong, Reker e Gesser (1994)

	Cuidadores Profissionais de C.P. ^a	Estudo de Wong, Reker e Gesser (1994) ¹	t
	M	M	
Medo da Morte	3.52	3.03	2.55*
Evitamento da Morte	2.90	2.91	-.03
Aceitação Neutra	5.42	5.57	-1.42
Aceitação Religiosa	3.99	4.95	-4.89**
Aceitação de Escape	3.29	4.45	-6.49**

Nota. Cuidadores de C.P. – Cuidadores Profissionais de Cuidados Paliativos

¹Amostra do estudo de estudo de Wong, Reker e Gesser (1994)

N^a = 42.

*p<.05, **p<.01

Constata-se, então, que as médias dos valores das cinco dimensões de atitudes perante a morte, obtidas pelos cuidadores profissionais de cuidados paliativos, apresentam algumas diferenças das médias dos valores das mesmas cinco dimensões, alcançadas por uma amostra de 300 adultos de várias idades, de diversas proveniências socioculturais e de ambos os sexos, sendo os valores dos níveis das cinco dimensões de atitudes perante a morte inferiores nos sujeitos do presente estudo, com significância para as dimensões Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape, com excepção da dimensão Medo da Morte, que apresenta superioridade significativa nos cuidadores profissionais de cuidados paliativos.

8.1.2 Análise em Função do Sexo

As comparações inter-sexo quanto às variáveis correspondentes às cinco dimensões de atitudes perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação Neutra, Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape) foram avaliadas através do teste não paramétrico de Mann-Whitney. A partir da observação do Quadro 3, pode-se constatar que as mulheres apresentam níveis médios significativamente inferiores de Aceitação Religiosa quando comparadas com o sexo masculino.

Verifica-se também que as mulheres evidenciam resultados inferiores de Aceitação Neutra e superiores de Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape em comparação com os homens, contudo, estas diferenças não apresentam significância estatística.

Quadro 3

DAP-R: Comparação em Função do Sexo

	Média das Ordens		U
	Mulheres ^a	Homens ^b	
Medo da Morte	21.92	19.00	93.00
Evitamento da Morte	22.82	13.58	60.50
Aceitação Neutra	20.61	26.83	76.00
Aceitação Religiosa	19.94	30.83	52.00*
Aceitação de Escape	21.60	20.92	104.50

Nota. n^a = 36; n^b = 6

*p<.05

8.1.3 Análise em função da Idade

Para se proceder à comparação dos cuidadores profissionais de cuidados paliativos em função da idade, constituíram-se três grupos: um com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos (n = 24), outro com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos (n = 15) e outro com 41 ou mais anos (n = 3). As comparações das diferenças médias quanto às cinco dimensões de atitudes perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação Neutra, Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape) foram avaliadas através do teste não paramétrico Kruskal-Wallis. A partir da análise do Quadro 4, pode verificar-se, à partida, que são os sujeitos mais velhos (≥ 41 anos) que obtêm os resultados significativamente mais elevados de Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape, seguindo-se os indivíduos com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos e, por fim, surgem os sujeitos cuja idade se encontra situada entre os 20 e os 30 anos.

Verifica-se igualmente que, em relação ao Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação Neutra, os resultados mais elevados correspondem aos sujeitos com idade igual ou superior a 41 anos, seguindo-se os indivíduos com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos e, por fim, surgem os sujeitos cuja idade se encontra situada entre os 20 e os 30 anos, apesar destas diferenças não serem estatisticamente significativas.

Quadro 4

DAP-R: Comparação em Função do Grupo Etário

	Média das Ordens			χ^2
	20-30 anos ^a	31-40 anos ^b	≥ 41 anos ^c	
Medo da Morte	18.83	23.43	33.17	4.24
Evitamento da Morte	19.88	21.87	32.67	2.95
Aceitação Neutra	20.75	22.03	24.83	.35
Aceitação Religiosa	16.77	27.47	29.50	8.42*
Aceitação de Escape	17.54	26.30	29.17	6.01*

Nota. n^a = 24; n^b = 15; n^c = 3.

*p<.05

8.1.4 Análise em Função Anos de Profissão em Cuidados Paliativos

Para a comparação dos cuidadores profissionais de cuidados paliativos em função dos anos de profissão exercidos em cuidados paliativos, utilizaram-se dois grupos: um de 1 a 3 anos de experiência profissional neste âmbito (n = 29) e outro com 4 a 6 anos de experiência (n = 12). Uma vez que apenas existia um indivíduo com mais de 6 anos de experiência, este não foi tido em conta na constituição dos grupos.

Para as comparações entre as diferenças médias quanto às dimensões de atitudes perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação Neutra, Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape), recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney. De acordo com a observação do Quadro 5, pode constatar-se que, relativamente à Aceitação Religiosa, os sujeitos com 4 a 6 anos de profissão são os que obtêm pontuações significativamente mais elevadas, relativamente aos os sujeitos que têm entre 1 a 3 anos de profissão em cuidados paliativos.

Observa-se, também, que em relação ao Medo da Morte e ao Evitamento da Morte, os sujeitos que têm entre 1 e 3 anos de profissão são os que obtêm resultados mais elevados em relação aos indivíduos com 4 a 6 anos de experiência profissional em cuidados paliativos. Por outro lado, em relação à Aceitação de Escape e Aceitação Neutra, são os sujeitos com 4 a 6 anos de profissão os que obtêm pontuações mais elevadas, em relação aos indivíduos menos experientes (1 a 3 anos). Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 5

DAP-R: Comparação em Função dos Anos de Profissão em Cuidados Paliativos

	Média das Ordens		U
	1-3 anos ^a	4-6 anos ^b	
Medo da Morte	22.21	18.08	139.00
Evitamento da Morte	22.53	17.29	129.50
Aceitação Neutra	20.88	21.29	170.50
Aceitação Religiosa	18.34	27.42	97.00*
Aceitação de Escape	19.26	25.21	123.50

Nota. n^a = 29; n^b = 12.

*p<.05

8.1.5 Análise em Função das Habilitações Profissionais

As comparações entre as habilitações profissionais quanto às variáveis correspondentes às cinco dimensões de atitudes perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte, Aceitação Neutra, Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape) foram avaliadas através do teste não paramétrico de Mann-Whitney. Organizou-se um único grupo para médicos e enfermeiros – admitindo-se que ao longo dos seus percursos académicos, ambos acabam por obter algum tipo de educação para a morte, em alguns conteúdos leccionados, ao contrário dos auxiliares - e um outro grupo com os auxiliares.

A partir da observação do Quadro 6, é possível constatar que, relativamente às dimensões Medo da Morte e Evitamento da Morte, os auxiliares de saúde são o grupo de profissionais que apresentam valores significativamente mais elevados em relação ao grupo profissional de médicos e enfermeiros. Também se pode verificar que, em relação à Aceitação Neutra e Aceitação Religiosa, são os médicos e enfermeiros que obtêm os valores mais elevados, seguindo-se o grupo profissional dos auxiliares de saúde, muito embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Quadro 6

DAP-R: Comparação em Função das Habilitações Profissionais

	Média das Ordens		U
	Auxiliares ^a	Médicos + Enfermeiros ^b	
Medo da Morte	25.84	17.91	136.00*
Evitamento da Morte	28.92	15.37	77.50**
Aceitação Neutra	17.97	24.41	151.50
Aceitação Religiosa	20.47	22.35	199.00
Aceitação de Escape	22.97	20.28	190.50

Nota. n^a = 19; n^b = 23.

*p<.05, **p<.01

8.2 Caracterização das Ansiedade e da Depressão

No Quadro 7, apresentam-se os resultados estatísticos descritivos relativos à média, ao desvio-padrão e aos valores mínimos e máximos relativos às sub-escalas e ao resultado total do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

Quadro 7

HADS (Estatística descritiva)

	M	DP	Mín.	Máx.
Ansiedade	5.26	2.8	1	12
Depressão	2.43	2	0	9
Total	7.69	4.8	1	21

Nota. N=42

Os resultados indicam que os valores da sub-escala Ansiedade são superiores aos valores da sub-escala Depressão. Verifica-se que os resultados médios encontrados não atingem, em nenhuma das escalas, o ponto de corte 11, apontado por Carroll et al. (1993) como oferecendo garantias de presença de ansiedade e/ou depressão, como seria de esperar. No entanto, verifica-se também que, no caso da ansiedade, é atingida uma pontuação máxima de 12, mas que na depressão não há valores superiores a 9.

8.2.1 Análise em Função do Sexo

As comparações entre o sexo e a ansiedade e depressão foram realizadas através do teste não paramétrico de Mann-Whitney. No quadro 8, apresentam-se os resultados relativos à comparação intra-grupo dos homens e das mulheres, cuidadores profissionais em cuidados paliativos, no que se refere à ansiedade e à depressão. Verifica-se que,

embora as mulheres tenham uns resultados relativamente mais elevados no que toca à ansiedade e à depressão, esta diferença não atinge significância estatística.

Quadro 8

HADS: Comparação em Função do Sexo

	Média das Ordens		U
	Mulheres ^a	Homens ^b	
Ansiedade	22.65	14.58	66.50
Depressão	22.79	13.75	61.50

Nota. n^a= 36; n^b= 6

8.2.2 Análise em função da Idade

Para a comparação dos cuidadores profissionais de cuidados paliativos em função da idade, utilizaram-se os três grupos, já referidos anteriormente: um com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos (n = 24), outro com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos (n = 15) e outro com 41 ou mais anos (n = 3). As comparações das diferenças médias quanto à ansiedade e à depressão foram avaliadas através do teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Através do Quadro 9, pode verificar-se que os cuidadores mais velhos (≥ 41 anos) obtêm os resultados significativamente mais elevados em relação à depressão, seguidos dos cuidadores com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos e, por fim, os cuidadores mais novos (20-30 anos).

Quadro 9

HADS: Comparação em Função do Grupo Etário

	Média das Ordens			χ^2
	20-30 anos ^a	31-40 anos ^b	≥ 41 anos ^c	
Ansiedade	18.10	24.63	33.00	5.58
Depressão	18.13	23.17	40.17	9.58**

Nota. n^a = 24; n^b = 15; n^c = 3.

**p<.01

8.2.3 Análise em função dos Anos de Profissão em Cuidados Paliativos

Para a comparação dos cuidadores profissionais de cuidados paliativos em função dos anos de profissão exercidos em cuidados paliativos, utilizaram-se dois

grupos, já anteriormente mencionados: um de 1 a 3 anos de experiência profissional neste âmbito (n = 29) e outro com 4 a 6 anos de experiência (n = 12). Igualmente, uma vez que apenas existia um indivíduo com mais de 6 anos de experiência, este não foi tido em conta na constituição dos grupos.

Para as comparações entre as diferenças médias quanto às dimensões Ansiedade e Depressão recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney. Como se pode observar, através do Quadro 10, os indivíduos com 4 a 6 anos de experiência profissional em cuidados paliativos são os que obtêm valores mais elevados em relação à ansiedade. Em relação à depressão, os sujeitos com 1 a 3 anos de experiência são os que obtêm resultados superiores face aos indivíduos com maior experiência profissional em cuidados paliativos (4 a 6 anos). Apesar das diferenças encontradas, estas não atingem significância estatística.

Quadro 10

HADS: Comparação em Função dos Anos de Profissão em Cuidados Paliativos

	Média das Ordens		U
	1-3 anos ^a	4-6 anos ^b	
Ansiedade	21.03	21.92	173.00
Depressão	21.84	18.96	149.50

Nota. n^a = 29; n^b = 12

8.2.4 Análise em função das Habilitações Profissionais

No Quadro 11, estão representadas as comparações entre as habilitações profissionais quanto às variáveis correspondentes às sub-escalas Ansiedade e Depressão, que foram analisadas através do teste não paramétrico de Mann-Whitney. Mais uma vez, optou-se por juntar os médicos e os enfermeiros num mesmo grupo, pelas razões apontadas anteriormente. Através da análise do Quadro, pode concluir-se que, os auxiliares de saúde são os profissionais que obtêm valores mais elevados nas duas sub-escalas, Ansiedade e Depressão, em comparação com o grupo de médicos e enfermeiros. No entanto, é de ressaltar que estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 11

HADS: Comparação em Função das Habilitações Profissionais

	Média das Ordens		U
	Auxiliares ^a	Médicos + Enfermeiros ^b	
Ansiedade	25.21	18.43	148.00
Depressão	24.18	19.28	167.50

Nota. n^a = 19; n^b = 23.

8.3 Relação entre Atitudes Perante a Morte e Ansiedade e Depressão

Com o objectivo de estudar a relação entre as Atitudes Perante a Morte e a Ansiedade e Depressão, realizou-se um estudo correlacional. As correlações obtidas a partir do teste de Correlação de Pearson, entre as cinco dimensões de Atitudes Perante a Morte e as sub-escalas Ansiedade e Depressão, encontram-se no Quadro 12.

Quadro 12

Correlação entre os resultados do DAP-R (Atitudes Perante a Morte) e da HADS (Ansiedade e Depressão)

		Medo da Morte	Evitamento da Morte	Aceitação Neutra	Aceitação Religiosa	Aceitação de Escape	Ansiedade	Depressão
DAP-R	Medo da Morte		.77**	-.37*	-.05	.44**	.62**	.52**
	Evitamento da Morte			-.36*	-.08	.41**	.55**	.53**
	Aceitação Neutra				.07	.14	-.12	-.04
	Aceitação Religiosa					.02	.07	-.10
	Aceitação de Escape						.39*	.43**
HADS	Ansiedade							.64**
	Depressão							

*p < .05, **p < .01

Como é possível verificar, a partir da análise do quadro, relativamente à dimensão das atitudes perante a morte, o Medo da Morte encontra-se positiva e significativamente relacionado (por ordem decrescente) com o Evitamento da Morte e a

Aceitação de Escape (ao nível de significância .01), relacionando-se negativa e significativamente com a Aceitação Neutra (ao nível de significância .05). Por sua vez, o Evitamento da Morte relaciona-se positiva e significativamente com a Aceitação de Escape (ao nível de significância de .01) e negativa e significativamente com a Aceitação Neutra (ao nível de significância de .05).

Em relação à Depressão, verifica-se a existência de relações positivas e significativas (ao nível de significância .01) com a Ansiedade.

Quanto à relação entre os dois conceitos, atitudes perante a morte e ansiedade e depressão, verifica-se uma relação positiva e significativa (ao nível de significância supracitado) entre (por ordem decrescente): 1) Medo da Morte e Ansiedade, 2) Evitamento da Morte e Ansiedade, 3) Evitamento da Morte e Depressão, 4) Medo da Morte e Depressão e, por fim, 5) Aceitação de Escape e Depressão. Verifica-se, igualmente, outra relação positiva e significativa, ao nível de significância .05, entre a Aceitação de Escape e a Ansiedade.

CAPITULO 9: DISCUSSÃO

Neste ponto proceder-se-á à discussão dos resultados obtidos na análise estatística, enquadrando-os com os pressupostos teóricos estruturadores do presente estudo.

9.1 Atitudes perante a Morte

Numa perspectiva geral, os cuidadores profissionais de cuidados paliativos obtêm valores mais elevados relativamente à Aceitação Neutra, seguindo-se a Aceitação Religiosa, o Medo da Morte, a Aceitação de Escape e o Evitamento da Morte. Tais resultados revelam, segundo a literatura (e.g. Wong, Reker, & Gesser, 1994), que os cuidadores profissionais, em geral, tendem a encarar a morte como um facto natural e tentam viver da melhor forma com a ideia de que a vida é finita. No entanto, esta forma de encarar a morte pode ser caracterizada também como ambivalente, ou mesmo indiferente, mas também como uma abordagem mais naturalista. De sublinhar que o Medo da Morte surge em terceiro lugar como a atitude mais adoptada pelos cuidadores profissionais, podendo indicar que alguns destes profissionais podem sentir alguma incapacidade em encontrar um significado pessoal e objectivos para a sua vida e morte,

sendo que este medo dependerá da forma como cada um aprendeu a aceitar o seu percurso de vida e da necessidade da consciência da própria mortalidade.

No que diz respeito à caracterização das atitudes perante a morte, na amostra de cuidadores profissionais de cuidados paliativos, do presente estudo (Objectivo1), salienta-se que, na comparação do estudo de Wong, Reker e Gesser (1994), os grupos apenas se distinguem significativamente na dimensão Medo da Morte, Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape, sendo possível constatar que os resultados apenas confirmam uma parte da Hipótese 1a, onde se previa que os cuidadores profissionais de cuidados paliativos apresentassem valores mais elevados de atitudes negativas perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape) em relação ao grupo de comparação. Assim, em relação à Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape, os cuidadores profissionais apresentam valores inferiores aos do grupo de comparação. Relativamente ao Medo da Morte, os cuidadores profissionais de cuidados paliativos apresentam valores significativamente superiores quanto ao grupo de comparação. Não se sabe se uma percentagem de indivíduos da amostra de comparação será cuidador profissional de doentes em fase terminal. Contudo, se tal acontecer, esse facto poderá ter alguma relevância e contribuir, pelo menos em parte, para a distintividade face a outros estudos. Numa outra linha, o resultado significativamente superior dos cuidadores profissionais no Medo da Morte é passível de ser interpretado no sentido da maior proximidade com a morte, assim como da maior consciencialização da morte por parte destes. Assim, o medo da morte dependeria, em grande parte, da forma como os cuidadores profissionais de cuidados paliativos aceitam a sua vida, dando-lhe um significado mais positivo, temendo assim a morte, de forma mais significativa que a população em geral, embora sem a encararem como um escape às dificuldades ou como uma continuação para além da vida.

Quando se analisam as atitudes perante a morte, intra-grupo, comparando os resultados dos homens e das mulheres cuidadores profissionais de cuidados paliativos, sobressai que os homens apresentam valores médios significativamente mais elevados na Aceitação Religiosa em relação às mulheres. Os resultados vão contra a hipótese colocada (Hipótese 1b), onde se previa que os cuidadores do sexo masculino apresentassem valores mais elevados de atitudes negativas perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape) relativamente aos cuidadores do sexo feminino. Os resultados poderão ser interpretados com base na influência de outras variáveis como por exemplo a idade e anos de experiência profissional. Como não foi

possível ter tido acesso a estudos que focassem especificamente os cuidadores profissionais de cuidados paliativos em relação às atitudes perante a morte, a hipótese foi colocada com base nos resultados obtidos pela população geral e, eventualmente, não faria sentido, a sua formulação, com participantes com a experiência profissional específica da amostra em estudo.

Em relação às atitudes perante a morte, em função da idade (grupos: 20- 30 anos, 31- 40 anos e ≥ 41 anos), verifica-se que os cuidadores mais velhos (≥ 41 anos) são os que obtêm os resultados significativamente superiores aos outros grupos de cuidadores (20- 30 anos, 31- 40 anos), relativamente à Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape. A hipótese colocada (Hipótese 1c), na qual se previa que os cuidadores mais novos apresentassem valores mais elevados de atitudes negativas perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape) relativamente aos cuidadores mais velhos, não é confirmada pelos resultados, que surgem como ambivalentes. Pode apontar-se que os cuidadores mais velhos, por terem uma maior experiência de vida e de contacto com o sofrimento e a morte dos outros, ao longo das suas vidas, não consigam lidar de uma forma eficaz com essa questão, vendo a morte como o escape do sofrimento daqueles de quem cuidam. Por outro lado, acreditam na continuidade do ser humano para além da morte, como forma de obterem alguma esperança e motivação para a vida, uma vez que serão os indivíduos com maior proximidade do fim, e para o cuidado que exercem perante os outros. Dever-se-á ter em conta também que a população de cuidadores profissionais de cuidados paliativos será uma população específica e com características próprias, e, por isso, poderá não seguir o padrão de resultados que tem sido encontrado para a população geral ou mesmo para a população de cuidadores profissionais. O facto de também não se encontrarem diferenças significativas em função da idade poderá dever-se, ainda, à reduzida dimensão dos grupos constituídos.

No que diz respeito à análise das atitudes perante a morte em função da experiência profissional em cuidados paliativos (grupos: 1- 3 anos e 4- 6 anos), constata-se que a Aceitação Religiosa aumenta significativamente com a experiência profissional, sendo os cuidadores com maior experiência em cuidados paliativos (4 a 6 anos) os que revelam valores mais elevados. Assim, a hipótese colocada (Hipótese 1d) não foi confirmada, pois previa-se que os cuidadores com menos anos de exercício profissional em cuidados paliativos apresentassem valores mais elevados de atitudes negativas perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de

Escape) relativamente aos cuidadores com mais anos de profissão em cuidados paliativos. No entanto, são os cuidadores menos experientes (1-3 anos) os que tendem a obter os resultados mais elevados em relação ao Medo da Morte e Evitamento da Morte e os cuidadores com 4-6 anos de experiência, os que apresentam resultados mais elevados face à Aceitação de Escape e à Aceitação Neutra. Estas diferenças, apesar de não serem estatisticamente significativas, podem indicar que os cuidadores mais experientes têm estratégias de *coping* face à vida mais positivas e, por isso, apresentam maior Aceitação Religiosa e Neutra, ao contrário dos cuidadores com menor experiência profissional em cuidados paliativos, que poderão ter maior dificuldade em lidar com a morte. Por outro lado, as diferenças encontradas podem não ser significativas uma vez que, segundo Quintana et al. (2001), a experiência, por mais que atenua e/ou permita uma certa distância, por mais que suponha um certo saber sobre o que fazer face a um doente em fim de vida, não elimina um conjunto de implicações tanto pessoais, como culturais e profissionais.

Quando se analisam as Atitudes Perante a Morte em função das habilitações profissionais (grupos: médicos + enfermeiros e auxiliares), salienta-se que os resultados encontrados confirmam, apenas em parte, a hipótese colocada (Hipótese 1e), onde se previa que os auxiliares de saúde apresentassem valores mais elevados de atitudes negativas perante a morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape), relativamente aos médicos e enfermeiros. Constata-se então que, de facto, são os auxiliares que apresentam valores significativamente superiores de Evitamento da Morte e Medo da Morte em relação aos médicos e enfermeiros. Os resultados encontrados podem ser justificados pelo grau de proximidade que os auxiliares têm com os pacientes, em fase final de vida, no que se refere aos cuidados que prestam, antes e depois da morte, assim como pela menor formação no âmbito da educação para a vida e morte. Contudo, é também de sublinhar que os auxiliares de saúde tendem igualmente a obter resultados mais elevados na Aceitação de Escape, enquanto que os médicos e enfermeiros tendem a apresentar resultados mais elevados em relação à Aceitação Neutra e Religiosa. Estas diferenças encontradas poderão não ter sido significativas, eventualmente devido ao tamanho reduzido dos grupos constituídos.

9.2 Ansiedade e Depressão

Ao realizar a caracterização da Ansiedade e Depressão na amostra de cuidadores profissionais de cuidados paliativos do presente estudo (Objectivo 2), salienta-se que, apesar dos resultados médios encontrados não atingirem, em nenhuma das escalas, o ponto de corte 11, apontado por Carroll et al. (1993) como oferecendo garantias de presença de ansiedade e/ou depressão, os cuidadores profissionais de cuidados paliativos apresentam, de facto, resultados superiores de Ansiedade em relação à Depressão. Este resultado vai ao encontro da Hipótese 2a, na qual se previa que os cuidadores profissionais de cuidados paliativos apresentassem um funcionamento mais ansioso do que depressivo. Quintana et al. (2001) afirma que ansiedade, dúvidas, falta de informação e desprotecção profissional são algumas das reacções mais frequentes dos cuidadores profissionais, quando se deparam com situações frequentes de morte. Schulz (1979, cit. por Coop, 1994) defende que a ansiedade se refere a um estado emocional negativo associado à falta de um objecto específico, como por exemplo, pensar sobre a morte poder desencadear ansiedades amorfas e não especificadas, devido ao carácter desconhecido que a qualifica.

Quando se comparam os homens com as mulheres cuidadoras profissionais de cuidados paliativos, na Ansiedade e Depressão, não se encontram diferenças significativas em função do sexo. Este resultado contraria a hipótese colocada (Hipótese 2b), onde se previa que os cuidadores profissionais de cuidados paliativos do sexo feminino apresentassem níveis de Ansiedade e Depressão mais elevados que os do sexo masculino. No entanto, segundo os resultados, o sexo feminino tende de facto a ter níveis de Ansiedade e Depressão superiores ao sexo masculino. Os resultados podem não ter atingido significância estatística devido igualmente, e mais uma vez, à reduzida dimensão dos grupos constituídos.

No que diz respeito à análise da Ansiedade e Depressão em função da idade (grupos: 20- 30 anos, 31- 40 anos e \geq 41 anos), constata-se que a Depressão aumenta significativamente com a idade. Os resultados não confirmam a hipótese colocada (Hipótese 2c), na qual se previa que os cuidadores profissionais de cuidados paliativos mais novos tendessem a ter níveis de ansiedade e de depressão mais elevados em relação aos cuidadores mais velhos. Estes resultados podem sugerir que os cuidadores mais velhos, devido ao contacto com a morte daqueles que cuidam e ao terem cada vez mais próxima a ideia da sua própria morte, em relação aos cuidadores mais novos,

possam alimentar atitudes mais depressivas, com o aumento da idade. Igualmente, em relação aos cuidadores mais novos, pode mesmo colocar-se a hipótese de que, no momento do auto-relato, podem ter adoptado uma estratégia mais defensiva, com alguma tendência para responderem de acordo com o que é socialmente aceite.

Relativamente à análise da Ansiedade e Depressão em relação à experiência profissional em cuidados paliativos (grupos: 1- 3 anos e 4- 6 anos), constata-se que a hipótese colocada (Hipótese 2d), onde se previa que os cuidadores com menos anos de exercício profissional em cuidados paliativos apresentassem valores mais elevados de Ansiedade e de Depressão, relativamente aos cuidadores com menos anos de profissão em cuidados paliativos, não foi confirmada. Não foram encontradas diferenças significativas, provavelmente devido à pequena dimensão dos grupos constituídos. No entanto, os resultados da Ansiedade tendem a ser mais elevados no grupo de profissionais mais experientes em cuidados paliativos (4-6 anos), o que pode ser interpretado como uma relação com o aumento dos níveis de *burnout*, enquanto que, os sujeitos menos experientes (1-3 anos) são os que tendem a obter níveis de Depressão mais elevados, podendo levantar-se a hipótese duma relação com a dificuldade em lidar com as questões em torno da morte.

Quando se analisa a Ansiedade e Depressão em função das habilitações profissionais (grupos: médicos + enfermeiros e auxiliares), salienta-se que os resultados encontrados não foram igualmente significativos, devido também ao tamanho reduzido dos grupos constituídos, não confirmando a hipótese colocada (Hipótese 2e), onde se previa que os auxiliares de saúde apresentassem valores mais elevados de Ansiedade e Depressão, relativamente aos médicos e enfermeiros. No entanto, salienta-se que o grupo dos auxiliares de saúde é o que atinge níveis de Ansiedade e Depressão mais elevados, relativamente ao grupo de médicos e enfermeiros. Carece-se, pois, de mais estudos que tenham em conta a especificidade da hipótese colocada, contemplando os diversos níveis de habilitações profissionais dos cuidadores formais, no âmbito dos cuidados paliativos, e que utilizem amostras de maior dimensão.

9.3 Relação entre Atitudes Perante a Morte e Ansiedade e Depressão

O estudo da relação entre Atitudes Perante a Morte e Ansiedade e Depressão na amostra de cuidadores profissionais de cuidados paliativos confirma a hipótese colocada (Hipótese 3), na qual se previa que quanto mais elevadas as atitudes positivas face à

morte (Aceitação Neutra, Aceitação Religiosa) mais reduzidos seriam os níveis de ansiedade e depressão enquanto que, quanto mais elevadas as atitudes negativas face à morte (Medo da Morte, Evitamento da Morte e Aceitação de Escape), maiores níveis de ansiedade e depressão seriam reportados pelos cuidadores profissionais de cuidados paliativos.

Os resultados encontrados são semelhantes aos encontrados na literatura (e.g. Conte, Weiner, & Plutchik, 1982; Howels & Fields, 1982; Loneto & Templer, 1986; Westman & Brackney, 1990), que referiram valores mais elevados de ansiedade e de depressão associados quando os indivíduos apresentavam atitudes negativas mais acentuadas perante a morte.

Reker e Wong (1984) constataram que os níveis de aceitação de escape também se acentuam em pessoas que estão doentes há muito tempo e para as quais a ideia da morte surge como uma libertação apelativa. No caso da amostra de cuidadores profissionais de cuidados paliativos, a aceitação de escape pode surgir da incapacidade sentida pelos mesmos em reverter a situação ou proporcionar um alívio eficaz e prolongado dos sintomas e, desta forma, pode associar-se a sofrimento psicológico.

CAPÍTULO 10: CONCLUSÃO

O tema das atitudes perante a morte nos cuidadores profissionais de cuidados paliativos afigura-se como preponderante dado o crescente impacto desta área na sociedade contemporânea, representando, os sectores afectos à saúde, uma população de risco. No presente estudo, pretendeu-se investigar, especificamente, a área dos cuidados paliativos, sendo esta a que se encontra em maior expansão, dado o crescente aumento das faixas etárias mais elevadas, da esperança média de vida e das doenças crónicas e progressivas, o que implica a reestruturação dos serviços que prestam cuidados neste domínio, bem como o crescente aumento do número de profissionais que se dedicam à prestação de cuidados paliativos.

Assim sendo, e tendo em conta as mudanças operadas nos cuidados de saúde, a presente investigação foi concebida com o intuito de obter dados mais vastos acerca das atitudes perante a morte e dos níveis de ansiedade e depressão, em cuidadores formais com habilitações profissionais distintas, dada a escassez de estudos neste domínio.

Neste capítulo apresentam-se as conclusões do presente trabalho, considerando os objectivos estabelecidos. Salientam-se, ainda, algumas limitações do estudo, e sugerem-se investigações futuras.

Relativamente à caracterização das atitudes perante a morte, num grupo de cuidadores profissionais de cuidados paliativos (Objectivo 1), realça-se que os cuidadores profissionais apenas apresentam resultados mais elevados de medo da morte e mais reduzidos de aceitação de escape e aceitação religiosa relativamente ao grupo de comparação, sugerindo que devido à maior proximidade com a morte e consciencialização desta, os cuidadores profissionais de cuidados paliativos valorizam mais a vida, temendo mais a morte, no entanto, sem a encararem como um escape às dificuldades ou uma continuação para além da vida. Na análise intra-grupo constata-se, contrariamente ao esperado, que os homens apresentam valores mais elevados de aceitação religiosa em relação às mulheres, provavelmente também pela influência de outras variáveis. Em função da idade, os sujeitos mais velhos (≥ 41 anos) são os que obtêm os resultados mais elevados de Aceitação Religiosa e Aceitação de Escape, sugerindo que a experiência de vida e de contacto com o sofrimento e a morte dos outros, ao longo da vida, dificulta o contacto com a morte, sendo vista como o escape do sofrimento daqueles de quem cuidam. Por outro lado, acreditam na continuidade para além da morte, como forma de obterem alguma esperança e motivação para a vida. Em relação à experiência profissional em cuidados paliativos, os sujeitos mais experientes são os que obtêm pontuações significativamente mais elevadas de aceitação religiosa, revelando uma atitude de *coping* ligada à crença na continuidade da vida para além da morte, em relação aos indivíduos menos experientes. Relativamente às habilitações profissionais, são os auxiliares que apresentam valores superiores de Evitamento da Morte e Medo da Morte em relação aos médicos e enfermeiros, provavelmente devido ao grau de proximidade que têm com os pacientes, em fase final de vida, e da insuficiente formação no âmbito da educação para a vida e morte.

Quanto à caracterização da ansiedade e depressão na amostra de cuidadores de cuidados paliativos do presente estudo (Objectivo 2), salienta-se que cuidadores profissionais de cuidados paliativos apresentam um funcionamento mais ansioso do que depressivo. Não se encontram diferenças em função do sexo, no entanto, em função da idade, a depressão aumenta significativamente, sugerindo que, com o aumento dos anos, a ideia da própria morte poderá parecer mais próxima, o que pode alimentar atitudes mais depressivas dos cuidadores mais velhos, ou poderá ter ocorrido alguma

defensividade dos cuidadores mais novos durante o auto-relato. Também, em relação à experiência profissional em cuidados paliativos e às habilitações profissionais, não foram encontradas diferenças.

O estudo da relação entre atitudes perante a morte e ansiedade e depressão, na amostra de cuidadores profissionais de cuidados paliativos (Objectivo 3), destacou que quanto maior o nível de aceitação neutra e aceitação religiosa – atitudes positivas - mais reduzidos são os níveis de ansiedade e depressão enquanto que, quanto mais elevados o medo da morte, o evitamento da morte e a aceitação de escape – atitudes negativas - maiores os níveis de ansiedade e depressão.

Uma vez que várias hipóteses do estudo foram colocadas com base na população geral, por não se ter acedido a estudos com cuidadores profissionais de cuidados paliativos que as pudessem fundamentar, tal poderá ter contribuído, pelo menos em parte, para que elas não fossem confirmadas. De facto, os cuidadores profissionais de cuidados paliativos poderão ter especificidades face à população geral, pelo que se carece de estudos que contemplem a análise destas potenciais especificidades.

No que se refere às limitações do presente estudo, começa por se referir a dimensão reduzida da amostra considerada e em particular dos grupos constituídos, o que poderá ter contribuído para a que os resultados obtidos não fossem significativos, em algumas análises. Uma limitação adicional prende-se com o facto de não se ter utilizado um grupo de controlo que permitisse obter resultados mais conclusivos.

Em investigações futuras seria interessante a replicação do estudo com uma amostra de maior dimensão com recurso a um grupo de controlo. Seria importante replicar o estudo, complementando-o com a utilização de instrumentos que avaliassem o sentido de vida e o apoio percebido pelos cuidadores profissionais de cuidados paliativos, como variáveis mediadoras entre as atitudes perante a morte e os níveis de ansiedade e depressão. Seria igualmente interessante explorar as relações que os sujeitos têm face ao trabalho de cuidador, os interesses e as expectativas que possuem.

Relativamente a possíveis estratégias de intervenção, salienta-se as que se referem à formação para a vida e morte, com o intuito de promover o aumento de competências de auto-gestão de emoções, de modo a que, o cuidador profissional, com maior ou menor formação, possa tornar-se mais competente e o seu trabalho mais eficaz.

Igualmente, a existência de grupos de partilha, supervisionados por profissionais direccionados para tal, revela-se uma ferramenta essencial, onde a equipa

multidisciplinar pudesse definir objetivos e estratégias de *coping*, assim como elaborar emoções e proporcionar a coesão da equipa multidisciplinar, partilhando pontos de vista e experiências que pudessem enriquecer a eficácia e competência dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, M. & Moeda, A. (2005). Ao Encontro da Morte - o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 21, 353-7.

Abiven, M. (2001) *Para uma morte mais humana: Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. Loures: Lusociência.

Araújo, M.. & Silva, M.. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o optimismo. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41, 668-674.

Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P., & Bayés, R. (2005). *Intervención emocional en cuidados paliativos*. Barcelona: Editorial Ariel.

Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, 166, 35-49.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Bernardo, M. (1999). História dos cuidados paliativos in J. Luís Portela e Isabel Galriça Neto (Eds.), *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Brunton, M. (2005). Emotions in health care: The cost of caring. *Journal of Health Organization and Management*, 19, 340-355.

Burgess, M. (1993). The medicalization of dying. *Journal of Medicine and Philosophy*, 20, 269-280.

Cardoso, T., Fonseca, T., Pereira, S., & Lencastre, L. (2003). Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: A national survey of intensive care physicians. *Critical Care*, 7(6),167-175.

Carroll, B., Kathol, R., Noyes, R., Wald, T., & Clamon, G. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15, 69-74.

Charazac, P. (2004). *Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2001).

- Conte, H., Weiner, M., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, Psychometric and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 775-785.
- Coop, G. (1994). Palliative care nursing education: A review of research findings. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 552-557.
- Corner, J. (2002). Nurse's experience of cancer. *European Journal of Cancer Care*, 11, 193-199.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dunk, K., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 97-104.
- Durlak, J. (1994). Changing death attitudes through death education. In Neimeyer, R. (ed.) *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application*. Washington: Taylor & Francis.
- Elhartg, D., Firsich, S, Gragg, G., & Rees, O. (1983). *Princípios científicos de enfermagem*. (8ª Ed.) Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Feifel, H. (1955). Attitudes of mentally ill patients toward death. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 122, 375-380.
- Feifel, H. (1969). Attitudes toward death: A psychological perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 292-295.
- Feifel, H. & Branscomb, A. (1973). Who's afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 38-45.
- Ferrel, B., Virani, R., Grant, M., & Borneman, T. (1999). Analysis of content regarding death and bereavement in nursing texts. *Psycho-Oncology*, 8, 500-510.
- Fortner, B., Neimeyer, R., & Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. In A. Tomer, (Ed.) *Death Attitudes and the Older Adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge.

Frommelt, K. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American journal of Hospice and Palliative care*, 8, 37-43.

Fry, P.S. (2003). Perceived self-efficacy domain as predictors of fear of unknown and fear of dying among older adults. *Psychology and Aging*, 18, 474-486.

Gameiro, H.(1999). *Sofrimento na Doença*. Coimbra, Quarteto.

Gesser, G., Wong, P., & Reker, G. (1987-88). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, 18, 109-124.

Goodman (1981). *Death and the creative life*. New York: Springer Publishing Company.

Gorer, G. (1965). *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*, Londres: Cresset Press.

Henriques, M., Monteiro, Z., & Lúcia, A. (1995). O enfermeiro e a morte. *Servir*, 43, 9-17.

Holtom, N. & Barraclough, J. (2000). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) useful in assessing depression in palliative care?. *Palliative Medicine*, 14, 219-220.

Howells, K. & Field, D. (1982). Fear of death and dying among medical students. *Social Science and Medicine*, 16, 1421-1424.

Irwin, S. (2000). The experiences of the registered nurse caring for the person dying of cancer in a nursing home. *Collegian*, 7, 30-34.

Kristjanson, L., McPhee, I., Pickstock, S., Wilson, D., Oldham L., & Martin K. (2001). Palliative care nurses' perceptions of good and bad deaths and care expectations: a qualitative analysis. *International Journal of Palliative Care Nursing*, 7, 129-139.

Kubler-Ross, E. (1991). *Sobre a morte e o morrer* (Paulo Menezes, trad. 4ª edição). São Paulo: Martins Fontes.

Lester, D. (1972). Studies on death attitudes. *Psychological Reports*, 30, 440.

- Lester, D. & Templer, D. (1992-1993). Death anxiety scales: A dialogue. *Journal of Death and Dying, Omega*, 26, 239-253.
- Lieberman, M. A. & Caplan, A. S. (1970). Distance from death as a variable in the study of aging. *Developmental Psychology*, 2, 71-84.
- Loff, A. (2000). Que risco para o enfermeiro que presta cuidados ao doente terminal?. *Cuidados paliativos- Manual Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Loneto, R. & Templer, D. (1986). *Death Anxiety*. Washington: Hemisphere Publishing.
- Loo, R. (1984). Personality correlates of the Fear of Death and Dying scale. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 120-122.
- Loureiro, L.(2010). Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Referência IIIª Série*,1, 101-108.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. In G. Sanders & J. Sullis, (Eds), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: Laurence Erlbaum Associates.
- McIntyre, T. (1994). O stress e os profissionais de saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 193-200.
- Meier, D., Back, A., & Morrison, R. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 286(23), 3007-3014. doi:10.1001/jama.286.23.3007.
- Morito, T., Murato, H., Hirai, K., Tamura, K., Kataoka, J., Ohnishi, H., Azisuki, N., Kurihara, Y., Akechi, T., & Uchitomi, Y. (2007). Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. *Journal of Pain Symptom Management*, 34, 160- 170.
- Neimeyer, R., Wittkowsky, J., & Moser, R. (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 Counselling*, 26, 146-167.
- Oliveira, J. (1998). *Viver a morte*. Abordagem antropológica e psicológica. Coimbra: Almedina.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 225-237.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta* (M. H. F. Bromberg, Trad.). São Paulo: Summus.
- Prior, L. (1989), *The Social Organization of Death. Medical Discourse and Social Practices in Belfast*. Nova York: St. Martin's Press.
- Queirós, M. J. (1999). O luto. In Portela, L. e Neto, I. (coord.). *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer.
- Quintana, F., García-Caro, M., Rio-valle, J., Rivera, M., & Prados-Peña D. (2001). Enfermería, familia y paciente terminal. *Rev. Rol de enfermería*, 1, 8-12.
- Rebelo, J. E. (2007). *Desatar o nó do luto*. 3ª Ed. Lisboa: Editorial Notícias.
- Richard, I. (1996). La mort, l'accompagnement et les soins palliatifs dans un service de médecine interne. Enquête auprès des soignants. Tese de Doutoramento em Medicina, Université Paris VII - Denis Diderot.
- Rooda, L., Clements, E., & Jordan, M. (1999). Nurses' attitudes towards death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 26, 1683- 1687.
- Rosenberg, M. J. & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes, In, C. I. Hovland & M. J. Rosenberg (Eds.), *Attitude Organization and Change* (pp. 1-14). New Haven: Yale University Press.
- Sabo, M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136–142.

- Seymour, J. (2001). *Critical Moments – Death and Dying in Intensive Care*. Open University Press. Buckingham.
- Simoni, M. & Santos, M. (2003). Considerations about palliative care and hospital work: a plural approach of the nursing work process. *Psicologia USP*, 14, 169-194.
- Stedeford, A. (1986) *Encarando a morte - uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sullivan, A., Lakoma, M., & Block, S. (2003). The status of medical education in end-of-life care: a national report. *Journal of General International Medicine*, 18, 685-695.
- Tomer, A. (2000). Death-related attitudes: conceptual distinctions. In Tomer, A. (Ed.), *Death Attitudes and the Older Adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Tycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (José Nunes de Almeida Trad.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Walker, L., Heys, S., Walker, M., Ogston, K., Miller, I., Hutcheon, A., Sarkar, T., Ah-See, A., & Eeremin, O. (1999). Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 35, 1783- 1788.
- Westman, A. & Brackney, B. (1990). Relationships between indices of neuroticism, attitudes toward and concepts of death and religiosity. *Psychological Reports*, 66, 1039-1043
- WHO (2002). National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines, 2º ed., Genebra, Organização Mundial de Saúde, 84.
- Wong, P. (2000). Meaning of life and meaning of death in successful aging. In A. Tomer, (Ed.), *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Wong, P., Reker, G., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In R. Neimeyer, (Ed.), *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation and application*. Washington: Taylor & Francis.

Vachon, M.L. (1987). *Occupational Stress in the Care of the Critically ill, the Dying and the Bereaved*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.

Van Ransst, N. & Marcoen, A. (2000). Structural Components of Personal meaning in Life and Their Relationship with Death Attitudes and Coping Mechanisms in Late Adulthood. In Reker; G. e Chamberlain, K. (Eds). *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span*. California. Sage.

Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXO

Anexo 1. Questionário Sócio-Demográfico

Questionário Sócio –Demográfico

1) Idade: _____ anos

2) Sexo: Fem. Masc.

3) Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a) ou em regime de união de facto

Separado(a) de facto ou divorciado(a)

Viúvo(a)

4) Número de filhos: _____

5) Idade dos filhos:

Primeira Infância (0-3 anos)

Infância- (3-10 anos)

Adolescência (11-18 anos)

Jovens adultos (18-25 anos)

Adultos (> 25anos)

6) Tempo de Exercício Profissional: _____ (anos)

7) Tempo de Exercício Profissional em Cuidados Paliativos: _____

8) Número de horas semanais em Cuidados Paliativos: _____

9) Habilitações Profissionais Actuais:

Muito obrigado pela sua colaboração.