U.PORTO

CURSO DE MESTRADO
CUIDADOS PALIATIVOS

AS ATITUDES PERANTE A MORTE E A ESPIRITUALIDADE EM MÉDICOS – UM RETRATO EM ANÁLISE

Bela Alice Botelho Morais Costa

Sob orientação do Professor Doutor Rui Nunes

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2020

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Mestrado em Cuidados Paliativos

As atitudes perante a morte e a espiritualidade em médicos - um retrato em análise

Tese apresentada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Paliativos sob a orientação do Professor Doutor Rui Nunes

Bela Alice Botelho Morais Costa [1]

[1] - Médica de Medicina Geral e Familiar na USF Nova Mateus

Porto, 2020

Creio que Irei Morrer

Creio que irei morrer.
Mas o sentido de morrer não me move,
Lembro-me que morrer não deve ter sentido.
Isto de viver e morrer são classificações como as das plantas.
Que folhas ou que flores têm uma classificação?
Que vida tem a vida ou que morte a morte?
Tudo são termos onde se define.

Alberto Caeiro, in "Poemas Inconjuntos"

AGRADECIMENTO

"A melhor maneira de agradecer por um belo momento é desfrutá-lo plenamente."
Richard Bach

À minha família

Por me encorajarem sempre a seguir o trilho dos sonhos;

Aos meus doentes

Por me inspirarem na busca contínua da melhoria;

Aos meus amigos

Por celebrarem comigo as inconstâncias da vida;

Ao Professor Doutor Rui Nunes

Pela orientação, o suporte e o exemplo;

À Professora Elisete Mourão

Pela disponibilidade e altruísmo demonstrado.

RESUMO

Introdução: A morte enquanto processo inerente à existência humana apresenta-se em constante transformação em termos de vivência, significância e ritualismo. Da mesma forma, as atitudes perante a morte assumem padrões que variam em termos socioculturais, individuais e profissionais. Na sociedade atual, a hospitalização da morte e o crescente interesse na investigação desta temática têm demonstrado a centralidade do papel do profissional de saúde no processo de morrer e na edificação da boa morte. As atitudes que estes profissionais detêm perante a morte parecem ter impacto na qualidade da prestação de cuidados e nas atitudes desenvolvidas pelos doentes e suas famílias. A formação sobre a morte, as vivências prévias e a presença de um sentido para a vida têm demonstrado em alguns estudos, desenvolvidos essencialmente em enfermeiros, um impacto positivo nas atitudes perante a morte. Com este estudo pretendemos reconhecer os níveis de espiritualidade e atitudes perante a morte, bem como determinar a relação entre a espiritualidade e atitudes perante a morte dos médicos portugueses.

Metodologia: Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal em médicos a exercer em Portugal. Os dados da amostra foram colhidos sob a forma de um questionário de autorresposta, composto por três partes: caracterização demográfica e profissional; escala de espiritualidade de Pinto CR e Pais-Ribeiro; escala de atitudes perante a morte (EAPM). Para a análise estatística recorreu-se ao SPSS®, realizando-se estatística descritiva para caracterização da amostra, seguida de análises multivariadas de variância e teste de qui-quadrado para o estudo das hipóteses formuladas.

Resultados: Os médicos da amostra são predominantemente do sexo feminino (67,1%), com uma média de idades de 37,5 anos. Apesar de a grande

maioria já ter vivenciado processos de morte (94%), a maioria (61,1%) não teve formação nesta área nos últimos 5 anos e sente que a sua formação não é adequada para lidar com estas situações (67,3%). Os médicos apresentam um nível médio de espiritualidade de 2,7 com predomínio da dimensão de otimismo (2,96). Estes mostraram ter associação com significado estatístico com a idade, a prática religiosa e a formação. Relativamente às atitudes perante a morte a atitude predominante foi a aceitação neutral (71,8%), seguida do medo e ansiedade. As atitudes perante a morte demonstraram ter associação significativa com a idade, a prática profissional, as vivências profissionais de morte, a prática religiosa e a formação. Os níveis de espiritualidade apresentam um efeito estatisticamente significativo sob as atitudes perante a morte, conduzindo a atitudes positivas.

Discussão e conclusão: Os resultados obtidos mostram a associação entre a espiritualidade e as atitudes perante a morte bem como o impacto sobre estes, de fatores como a idade, as vivências e a formação, corroborando outros estudos realizados em profissionais de saúde. O caráter inédito deste estudo na população médica pode contribuir para o estabelecimento de medidas que visem otimizar o processo de humanização da morte, levando estes profissionais a encarar de forma positiva o seu papel no acompanhamento da morte e consequentemente condicionando uma melhoria da prestação de cuidados e das vivências para o doente e para a família. Mais estudos seriam benéficos no sentido de estruturar de modo mais formal e pragmático os mecanismos mais efetivos e eficazes para desenvolver a espiritualidade e as atitudes positivas dos médicos perante a morte.

ABSTRACT

Introduction: Death as a process inherent to human existence is constantly changing in terms of experience, significance and ritualism. Likewise, attitudes towards death take on patterns that vary in sociocultural, individual and professional terms. In today's society, the hospitalization of death and the growing interest in investigating this theme has demonstrated the central role of the health professional in the process of dying and in the construction of a good death. The attitudes that these professionals have towards death seem to have an impact on the quality of care provision and on the attitudes developed by patients and their families. The training on death, previous experiences and the presence of a meaning for life have shown in some studies, developed mainly in nurses, a positive impact on attitudes towards death. With this study we intend to recognize the levels of spirituality and attitudes towards death, as well as to determine the relationship between spirituality and attitudes towards death of Portuguese doctors.

Methodology: This is an observational, descriptive and cross-sectional study of doctors in Portugal. The sample data were collected in the form of a self-answer questionnaire, composed of three parts: demographic and professional characterization; Pinto CR and Pais-Ribeiro spirituality scale; scale of attitudes towards death (DAP-R). For statistical analysis, SPSS® was used, using descriptive statistics to characterize the sample, followed by multivariate analyzes of variance and chi-square test to study the formulated hypotheses.

Results: The doctors in the sample are predominantly female (67.1%), with an average age of 37.5 years. Despite the great majority having already

experienced death processes (94%), the majority (61.1%) had no training in this area in the last 5 years and feel that their training is not adequate to deal with these situations (67,3%). Doctors have an average level of spirituality of 2.7 with a predominance of the dimension of optimism (2.96). These showed to be associated with statistical significance with age, religious practice and education. Regarding attitudes towards death, the predominant attitude was neutral acceptance (71.8%), followed by fear and anxiety. Attitudes towards death showed a significant association with age, professional practice, professional experiences of death, religious practice and training. The levels of spirituality have a statistically significant effect on attitudes towards death, leading to positive attitudes.

Discussion and conclusion: The results obtained show the association between spirituality and attitudes towards death as well as the impact on them of factors such as age, experiences and training, corroborating other studies carried out with health professionals. The unprecedented nature of this study in the medical population can contribute to the establishment of measures aimed at optimizing the process of humanization of death, leading these professionals to positively face their role in monitoring death and consequently conditioning an improvement in the provision of care and of experiences for the patient and the family. Further studies would be beneficial in the sense of structuring in a more formal and pragmatic way the most effective and efficient mechanisms to develop the spirituality and positive attitudes of doctors towards death.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA - análise univariada

DAP – Perfil de atitudes perante a morte

EAPM - Escala de Atitudes Perante a Morte

MANOVA - Análise multivariada

MGF - Medicina Geral e Familiar

OMS - Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 17
2. CONTEXTUALIZAÇÃO 19
   2.1. A morte e o processo de morrer 20
   2.2. A morte a boa morte e os profissionais de saúde 24
   2.3. A espiritualidade e a saúde 28
   2.4. As atitudes perante a morte 33
   2.5. A saúde e a morte em tempos de pandemia 43
3. METODOLOGIA 48
   3.1. Tipo de estudo 48
   3.2. Objetivo do estudo e hipóteses formuladas 49
   3.3. População alvo e seleção da amostra 50
   3.4. Variáveis de estudo 51
   3.5. Colheita de dados - instrumentos e procedimentos 53
   3.6. Análise estatística 56
4. RESULTADOS 58
   4.1. Caraterização sociodemográfica e profissional da amostra 58
   4.2. Vivências de morte e do seu processo 59
   4.3. Formação específica sobre a morte 60
   4.4. A espiritualidade em médicos 60
   4.5. As atitudes perante a morte em médicos 65
   4.6. Os níveis de espiritualidade e as atitudes perante a morte em médicos 76
5. DISCUSSÃO 82

6. CONCLUSÃO 91

7. BIBLIOGRAFIA 94

8. ANEXOS 100

8.1. Questionário 101

8.2. Parecer da comissão de ética 105

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Escala de espiritualidade de Pinto C. e Pais- Ribeiro

Tabela 2. Itens da EAPM de acordo com as dimensões

Tabela 3. Vivências de morte dos médicos

Tabela 4. Resultado na análise multivariada (MANOVA) para a espiritualidade

Tabela 5. Resultado da análise univariada (ANOVA) para a espiritualidade e idade

Tabela 6. Resultado da ANOVA para a espiritualidade e prática religiosa

Tabela 7. Resultado da ANOVA para a espiritualidade e a formação sobre a morte

Tabela 8. Resultado da ANOVA para a perceção de formação adequada para lidar com a morte

Tabela 9. Resultados dos valores médios das dimensões da EAPAM

Tabela 10. Resultados dos valores de frequência da atitude predominante perante a morte

Tabela 11. Resultados do teste de Qui-Quadrado para a atitude predominante perante a nova

Tabela 12. Resultado da MANOVA para as atitudes perante a morte

Tabela 13. Resultado da ANOVA para as atitudes perante a morte e a idade

Tabela 14. Resultado da ANOVA para as atitudes perante a morte e a prática profissional

Tabela 15. Resultado da ANOVA para as atitudes perante a morte e a prática religiosa

Tabela 16. Resultado da ANOVA para as atitudes perante a morte e vivências profissionais de morte

Tabela 17. Resultado da ANOVA para as atitudes perante a morte e a formação sobre a morte

Tabela 18. Resultado da ANOVA para as atitudes perante a morte e a perceção de formação adequada para a morte

Tabela 19. Resultado da MANOVA para as atitudes perante a morte e a espiritualidade

Tabela 20. Resultado da ANOVA para a espiritualidade e atitudes perante a morte

Tabela 21. Resultados da associação entre a espiritualidade e as atitudes perante a morte

Tabela 22. Análise preditiva: atitudes perante a morte em função dos níveis de espiritualidade

1. INTRODUÇÃO

"Minha vida é um livro aberto sempre na mesma página: Introdução."

Dalia Hewia

A morte é um processo inerente à vida cuja significância está em constante transformação. A dimensão cultural, as dinâmicas individuais, as crenças, os rituais e os padrões sociais vão moldando as vivências e significâncias da morte ao longo dos tempos, sendo apenas transversal a sua inevitabilidade. [1,2,3]

A mudança de paradigma social fez com que o palco da morte se deslocasse do lar do enfermo para as instituições de saúde, conferindo aos profissionais de saúde um novo papel central neste processo. [4,5]

O cuidar transcendeu o tratar e o acompanhar deixou de ser um ato biológico para assumir uma dimensão holística.[1,6]

Na última década, a investigação nesta área tem vindo a crescer e tem dado realce à espiritualidade como uma dimensão importante do ser e na atribuição de significância aos processos de doença ou mudança do estado de saúde. [7,8]

A formação dos profissionais para cuidar na morte parece ser essencial e ter impacto positivo nestes, nos doentes e nas famílias. [1,6]

Viktor Frake sugere que o sentido da vida é o elemento central na forma como os profissionais lidam com a inevitabilidade da morte.[1]

Alguns trabalhos têm sido conduzidos no sentido de compreender os fatores que influenciam as atitudes dos profissionais de saúde perante a morte, mas a maioria são dirigidos a enfermeiros, não havendo em Portugal nenhum estudo com médicos.

Considerando o papel essencial que o médico, através da sua singular relação médico-doente assume no acompanhamento dos momentos finais,

parece-me relevante analisar a realidade dos médicos portugueses quanto à espiritualidade e às suas atitudes perante a morte.

Desta forma, com este trabalho, propomo-nos a atingir os seguintes objetivos:

- Avaliar os níveis de espiritualidade dos médicos e a sua relação com as caraterísticas sociodemográficas e profissionais;
- Analisar as atitudes perante a morte e a sua relação com as caraterísticas sociodemográficas e profissionais;
- Compreender o papel da espiritualidade nas atitudes dos médicos perante a morte.

A compreensão destas dimensões poderá ser importante para reforçar a necessidade de investir em formação sobre a morte e o cuidar no ato de morrer, bem como de garantir acompanhamento espiritual aos profissionais de saúde, visando por um lado a melhoria do seu bem-estar e a prevenção do Burnout e por outro a melhoria da prestação de cuidados no momento da morte.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

O indivíduo só poderá agir na medida em que aprender a conhecer o contexto em que está inserido, a saber quais são suas origens e as condições de que depende.

Émile Durkheim

Este capítulo é destinado à apresentação de uma visão sucinta do contexto atual em torno da temática em estudo. Reconhecer o estado da arte bem como o percurso histórico percorrido ajuda-nos a compreender conceitos, esquematizar ideias, percecionar as direções, formular questões e analisar paradigmas.

Para tal foi efetuada uma pesquisa bibliográfica de meta-análises, revisões sistemáticas e estudos originais, utilizando os termos Mesh "Attitude to death" or " Spirituality" and "health personnel" nas bases de dados, CMA-Infobase, Cochrane Lybrary, Clinicalevidence, DARE, Bandolier e Pubmed, tendo sido pesquisados artigos publicados em inglês e português. Inicialmente foi realizada uma leitura dos resumos e, mediante a seleção por interesse temático foram solicitados aos autores os artigos cuja versão completa não estava disponível, tendo sido também realizada a pesquisa cruzada da bibliografia dos artigos selecionados.

A informação será sistematizada em cinco áreas de forma a tentar criar um fluxo de ideias que nos conduza à exploração das questões colocadas neste estudo.

2.1. A morte e o processo de morrer

O escritor Tolstoi na sua obra *"A morte de Ivan Ilitch"* questionava-se sobre os preâmbulos da morte: O que significa? Como deve ser experimentada? Como pode ser vivida?[1]

Estas e outras questões têm acompanhado a humanidade na sua senda mais intimista, conduzindo a inúmeros estudos, ensaios e reflexões. A própria arte, a cultura e a religião encontram frequentemente a sua inspiração nos mistérios da morte e do morrer, tentando afastar a angústia que lhe está subjacente. [1,2,3]

Tal deve-se ao facto de o Homem ser o único ser vivo que, tendo consciência da sua própria morte, marca o momento e presta culto aos que partem. [1,4]

Fernando Pessoa dizia: *"Morrer não é só não ser visto"*, levando-nos a refletir sobre o conceito.

A conceptualização da morte tem assumido assim diversas assunções. Encarada como o desaparecimento do espírito vital, um sono profundo, uma passagem, uma transformação ou libertação. Várias têm sido as definições associadas à morte que é atualmente encarada como a cessação irreversível das funções vitais. [2,3]

Muitas definições, mas uma só morte, várias representações do invisível que lhe dão uma forma: a hora certa que surge em momento incerto. A morte é assim um conceito multidimensional que encerra dimensões científicas, culturais e religiosas.

Não obstante a sua inevitabilidade e universalidade, a morte tem assumido ao longo da história das sociedades diferentes papeis e simbologias. [1, 3, 4, 5]

Segundo Oswaldo Giacocia (2005), a maneira como uma sociedade se posiciona diante da morte é decisiva na constituição da sua identidade

coletiva. [3,5] Para uns é um castigo, para outros a libertação; para uns é o fim e para outros o começo; uns encaram com dor e outros com serenidade. [5] Podemos então afirmar que a morte, envolta no seu mistério e incerteza tem uma vivência única e inalienável, mas não é um processo meramente individual, dado que a sua ocorrência afeta os demais, como expressa o poeta John Donne: *"não perguntes por quem dobram os sinos, eles dobram por ti"*. [1]

Se recuarmos numa análise pela história vemos que o Homem de Neandertal (Thomas 1992) terá sido o primeiro a proceder a inumação intencional dos seres mortos ao invés de os deixar à mercê dos animais necrófagos. No Mesolítico as sepulturas deixaram de ser individuais para ser coletivas, mantendo-se a prática de as decorar com ocre vermelho e de as munir com diversos utensílios e comida. [3,4,5]

Na civilização egípcia um dos aspetos fulcrais da tanatologia consistia em conservar o corpo em bom estado depois da morte para que o seu espírito se pudesse de novo unir a ele na vida do além - mumificação. [6,7] Também os locais de sepultura eram importantes e tentavam reproduzir os espaços onde se vivia, apetrechados de muita comida, animais embalsamados e mobiliários. Tudo para que, ao acordar, a pessoa se sentisse em casa, não temesse a morte e não quisesse vingar-se dos vivos. [9,11] Para fugir ao eterno esquecimento, a pessoa teria de enfrentar diversas provas, alcançando a união com *Osírirs*. [12] O livro dos mortos continha várias instruções e formulações que o ajudariam nas provações, sendo essencial ultrapassar o julgamento de *Maat*, demonstrando um coração tão puro que fosse mais leve que uma pena. [9, 10]

Na Mesopotâmia a visão predominante era de que o Homem tinha como missão servir os deuses, não podendo atingir a imortalidade. Os corpos eram enterrados nas casas e o luto era longo podendo atingir sete anos de muitos rituais.[10,12]

Para os Persas (séc. VI aC) a morte volta a ser encarada como uma passagem, simbolizada por uma ponte, para uma dimensão superior. Os corpos por serem impuros eram libertados aos animais, sendo preservados apenas os ossos. [3,5]

No tempo dos Gregos permanecia a crença de uma vida para lá da morte. Os corpos eram sepultados em cemitérios, por questões de saúde pública, e as manifestações de luto não deveriam ultrapassar um ano, sendo a partir daí sujeitas a sanção. A ocorrência da morte não tornava os Homens iguais, diferenciando-se os rituais dos heróis. Era para todos essencial fugir ao esquecimento, a noite dos tormentos, personificada por Thanatos. [4]

Na era Medieval a morte era social e familiar, um evento coletivo de convívio - *"Morte domada"*.[3,4,5] Muito próxima do quotidiano das pessoas, mesmo das crianças, pela sua frequência e pela diversidade nas suas causas, começou a gerar sentimentos de medo e repulsa. Os corpos eram sepultados juntos nas igrejas. A morte era encarada como um castigo que condenava o pecado, perdendo assim a naturalidade que a caracterizava. O fervor das crenças levava o Homem a viver emergido pelos preceitos da igreja que intermediava o acesso da alma ao paraíso, aguardando um juízo divino favorável. [1,5]

O Renascimento traz consigo uma forma mais alegre de encarar a vida, contudo, longe do tempo das trevas, a morte continua certa e com ela a necessidade de aproveitar intensamente cada momento da vida. [3,5,12]

Na era Moderna (séc. XVIII) a ideia de morte começa a ser romantizada, permitindo a união dos seres que se amam. Os mortos deixam de ser enterrados nas igrejas para serem colocados em cemitérios, abandonando as valas comuns e dando primazia à individualidade do espaço. [2,3] Começou a existir medo de se ser enterrado vivo, pelo que se começaram a realizar velórios que duravam mais de 48 horas. Os corpos

eram ocultados pelo uso de caixões e começaram a rezar-se as missas pelas almas. [3]

Na era Contemporânea (sec. XX) a diminuição da mortalidade associada à velocidade corrosiva do quotidiano afastou a ideia familiar de morte, institucionalizando-a - *"morte invertida"* ou a morte que se esconde.[1,5] Segundo Kubler e Ross a morte tornou-se um ato solitário e impessoal. [13] Ocorreu assim uma mudança de atitude perante a morte, que passou a ser de ocultação. As crenças foram afastadas da morte que passou a acontecer em hospitais, desfamiliarizada e desprovida de tempo.[1] A morte surge mesmo como um fenómeno técnico, decidida pelos médicos quando a tecnologia já não funciona.[3,10] Há negação da morte, evita-se falar da mesma na tentativa de nos afastarmos da nossa própria finitude e preservar a felicidade. O morto é vestido e maquilhado, afugentando a visão da morte e consequentemente a introspeção. A primazia da ciência, da medicina e da indústria funerária em desprimor da cultura religiosa, mercantilizou a morte e privatizou-a, afastando-a do quotidiano, tornando-a invisível e o menos disruptiva possível na dinâmica social.[1,5] Exige-se uma rápida recuperação, por vezes com supressão do luto e ausência da vivência da dor e da perda. O choro é engolido e o negro do momento é disfarçado de sobriedade. O filósofo contemporâneo Gadomes fala-nos do desaparecimento da experiência da morte que vem sendo marginalizada. Há também uma tendência para sobrevalorizar a individualidade e autonomia do ser que morre tão só quanto vive.[5] Há uma preocupação constante em preservar a vida o que torna a morte ainda mais angustiante e encarada como o castigo de uma vida desregrada.

Também as religiões têm diferentes formas de vivenciar a morte. Os Hindus consideram a morte como a passagem para o outro plano de existência - o Nirvana. Cremam os corpos e lançam as cinzas ao vento e ao

rio, sendo os monges os únicos que são sepultados em posição de meditação. Já para os Cristãos a morte consiste num sono profundo, do qual o homem acabará por acordar, no dia da ressurreição. Os corpos são enterrados, marcando o retorno da matéria corporal à terra.[3,4]

A morte constitui-se complexa e ambivalente, mas também fascinante. Impõe o Homem à sua inexorável vulnerabilidade, fazendo-o experimentar a sua mais profunda solidão ao reconhecer a relação do "eu" com o seu próprio fim numa vida que se renova.[4]

Em suma a morte iguala a humanidade, velho ou jovem, ocioso ou trabalhador, rico ou indigente, a certeza de um fim sem hora marcada, conduz-nos a todos a uma mesma natureza.

2.2. A morte, a boa morte e os profissionais de saúde

Segundo dados de 2019 do site de vigilância da mortalidade do ministério da saúde 62,3% das 112373 mortes ocorreram em instituições de saúde e 24,6% no domicílio. Estes valores contrastam com os dados de 1984 em que 60% dos óbitos ocorria no domicílio.[5,11] O estudo de Ferreira da Silva (2011) fala-nos desta transferência de paradigma que terá ocorrido de forma repentina a partir de 1991, sem que os hospitais tivessem preparados. A cultura hospitalar focada no tratar não deixa lugar para a morte. [5,10]

O ambiente familiar de reflexão e despedida foi substituído pela angústia e o desconforto de mais uma morte para ocultar. Vedado por uma cortina ou despojado numa qualquer sala vazia não pensada para o efeito, o corpo despede-se em solidão desta vida, num ápice que não deve ser percecionado pelos demais doentes e acompanhantes. [1,6]

A morte tornou-se selvagem, trocando o espaço domiciliário, sede de hábitos e afetos, pelo hospital, local de ciência, razão e técnica. [10]

A procura de segurança e de uma solução na medicina, aliada à realidade das dinâmicas profissionais que impede os filhos de ficar em casa com os pais, faz com que o novo templo da morte, o hospital, prometa permanecer como tal. [1]

De acordo com um estudo de Silva *et al* (2006), 74,8% dos idosos idealizaram morrer em casa, surgindo o hospital apenas como opção quando lhes confere mais segurança e conforto.[15]

As instituições têm-se demonstrado ineficientes e despersonalizadas, mantendo-se os esforços de humanização e procura de dignidade no processo de morrer muito aquém.

A morte acaba por se tornar clandestina, originando uma atitude de repugnância e recusa em admitir a naturalidade da sua ocorrência.[16, 17]Numa sociedade do ter em vez do ser a tecnologia é sobrevalorizada, a morte considerada um erro ou falha técnica e o processo de morrer, apesar de corresponder a um estadio final do desenvolvimento, ficou despojado de estatuto.[16,17,18]

Os próprios profissionais encaram a morte como uma prova de incompetência, culpabilizando-se e afastando-se dela. Não são formados para atender às necessidades do doente em fim de vida, sentem pouca preparação para lidar com a morte e consideram que os hospitais deveriam ter locais próprios, acolhedores, que permitissem a presença dos familiares e a ocorrência de uma morte menos oculta. [16]

Aos profissionais é exigida a competência técnica, o saber teórico, a ética no agir, a humanização no relacionar, a disponibilidade para o doente e para a família, a capacidade de comunicar e assistir no luto, confortar e ouvir as lamentações, as revoltas e as queixas. Um sem fim de novas dimensões do cuidar, que sendo essenciais raramente são ensinadas ou treinadas e que passam a constituir um fardo para os profissionais. [6]

A sensação de impotência e de incapacidade perante este sem fim de tarefas e no lidar com a morte, transporta muitas vezes os profissionais para um estado de ansiedade, despersonalização e desinteresse auto-protetor, culminando por vezes em situações de Burnout.[1,16,17]

A proteção da vida como valor fundamental é uma obrigação deontológica do profissional, bem enraizada na sua formação. No entanto, sempre que se constata a ausência de uma possibilidade realista de cura, devemos dar uma oportunidade à morte, ao invés de infligir no ser mais técnicas de tratamento.[19]

Os profissionais permaneceram muito concentrados na eficácia terapêutica, na produtividade e nas rotinas de cuidados, assumindo uma postura paternalista que remete ainda mais o doente para a sua perda de autonomia. Reina muitas vezes a angustiante conspiração do silêncio, numa sociedade que já não sabe morrer, imersa em medos e fantasmas.[10,16,17]

É transversal e consistente a ideia de que os profissionais têm escassa formação para a morte.[7] Esta está direcionada para a técnica, a fisiologia e o tratar, descurando a humanização dos cuidados e a espiritualidade. Kubler e Ross (1991) defendem que é necessário encontrar mecanismos de proteção adquiridos, ou treinados através de formação adequada.[13]

A morte é um facto, instantânea e voraz, mas morrer é um processo do qual o Homem só tem um vislumbre ao presenciar as experiências dos demais.

Surge então a busca pela boa morte, e o morrer bem, conceito este também subjetivo e mutável. [14]

O processo de morrer encerra em si dimensões biológicas, psicológicas e sociais, sendo o ideal de boa morte individual e intransmissível.[17] Uns desejam que chegue sem avisar e sem sofrimento, outros ambicionam morrer sem questões pendentes e de bem com Deus. Para os Jesuítas a melhor forma de preparar a boa morte será viver bem.

Para outros tantos esta questão nem se coloca porque a morte é-lhes demasiado abstrata e não configurável. [15]

Um estudo conduzido por Jordão *et al* na população portuguesa (2014) mostrou a primazia da importância da ausência de dor, a brevidade do momento e a sua naturalidade, com ausência de equipamento médico.[15]

Vários estudos corroboram a importância para o indivíduo de manter o controle, sentir-se confortável, com valor, ter as relações maximizadas, confiança nos profissionais e abandono das suas responsabilidades e papeis.[17,20]

No estudo de Hopkinson e Hallet (2002) sobre o conceito de boa morte em enfermeiros reitera-se a importância do conforto e da preparação para a consciência e aceitação da morte pelo doente.[15] Silva e Simões (2006), num estudo em profissionais de saúde, concluíram a importância da humanização, naturalidade, boa assistência e companhia dos familiares na conceção da ideia de boa morte. [14]

Nesta nova senda surgiram os cuidados paliativos, pela mão e pela mente de Cecily Sanders, numa busca por uma morte digna, em luta contra o solitário esvaziamento e ocultação deste processo. [21]

A fase terminal constitui uma importante oportunidade de crescimento e desenvolvimento para o doente, a sua família e os profissionais. O privilégio de entrar no mais íntimo mundo do outro e da sua família, comunicando, agindo em equipa e prestando cuidados ativos dirigidos à pessoa, atendendo às diferentes dimensões das suas necessidades constituem o pilar dos cuidados paliativos. Para tal é importante considerar a atitude que os profissionais detêm perante a morte, aprimorar as competências técnicas e teóricas dirigidas ao controle sintomático, mas também competências comunicacionais, humanas, empatia e ética no agir. Torna-se assim essencial o treino e a formação, parecendo

também ser importante o acompanhamento dos profissionais de forma a que estes possam vivenciar de forma sadia a perda.[19,22]

Contudo, a utopia de garantir a todos o devido acompanhamento e conforto na morte está longe de ser uma realidade tangível. Como principais barreiras têm sido apontadas a falta de recursos humanos e técnicos, as divergências no seio das equipas multidisciplinares quanto às estratégias e a cultura/ política hospitalar vigente.

Podemos estar num período de transição de atitudes, dado que tem havido uma tendência crescente para estudar e dignificar a morte em contexto hospitalar. No futuro importa trabalhar e valorizar a humanização dos hospitais, capacitando-os para lidar com a morte no que concerne quer aos espaços físicos como à assistência prestada e permitindo que, quando possível e desejado, a morte ocorra no domicílio com o devido acompanhamento.

2.3. A espiritualidade e a saúde

Quem somos? De onde vimos? Para onde vamos? O que fazemos neste Mundo? Estas e outras questões acompanham a humanidade e a sua evolução ao longo dos tempos e mantém-se no cerne da reflexão humana, constituindo o âmago da espiritualidade.

Desde os primórdios que a crença nos espíritos bons e nos espíritos maus influenciou o curso das populações. No antigo Egipto as práticas de cuidados estavam impregnadas de uma aura de espiritualidade. Já na Idade Média as necessidades humanas espirituais antepunham-se às físicas. A saúde e a espiritualidade sempre caminharam lado a lado, ligadas à prática religiosa e aos rituais de cura, sendo o Renascimento o marco de cisão entre o corpo e o espírito por influência do pensamento de Descartes.[23, 24]

O advento da medicina científica e da tecnologia marginalizaram a espiritualidade. É notório que desde a revolução industrial, no século XVIII, as sociedades têm vindo a sofrer de uma perda de consciência religiosa e um aumento do pensamento pragmático e científico.[25] Tem ocorrido pouca valorização espiritual, fruto da dessensibilização da sociedade pelos valores da vida. Imagem das sociedades industrializadas e materialistas onde a valorização do exterior e da aparência constituem uma cilada para a espiritualidade.[23,26]

Esta visão tecnicista do cuidar só recentemente começou a ser posta em causa voltando-se a assumir o papel da espiritualidade na saúde. [8]

Sulmasy (2002) defende que a pessoa humana é constituída por quatro dimensões fundamentais: física, psíquica, social e espiritual e, por conseguinte, a ciência deve procurar atender às necessidades das pessoas em todas as dimensões.[27, 28]

A atenção dada à dimensão espiritual, tanto na investigação como na prestação de cuidados, tem vindo a ganhar relevo nas duas últimas décadas, pelo que importa clarificar e pragmatizar o conceito.[26,28,29,30,31,32]

Inicialmente, o conceito de espiritualidade imiscuía-se com o de religiosidade, sendo atualmente clara a diferença entre estes.

A religião é definida como um sistema complexo de crenças formais, comportamentos, tradições, rituais e estruturas organizadas, geralmente associadas a um poder sobrenatural que compõe a fé de um conjunto de pessoas.[22,28] Assim se a espiritualidade pode englobar a religião não se limita certamente a ela.[23]

A espiritualidade não tem reunido consenso em torno da sua conceptualização dado tratar-se de um processo complexo, dinâmico, multidimensional, subjetivo e não dogmatizado, associado a uma experiência estritamente individual quanto à natureza e significado.[23]

É inerente a todo o Homem na sua condição humana, mesmo o agnóstico, como uma necessidade básica, definindo-se como uma busca pessoal para compreender o sentido da vida e a relação com o sagrado.[34,35]

O conceito de espiritualidade pode ser entendido como uma reação emocional ou sentimento transcendente com base na aquisição de um significado. É o pico de uma experiência emocional que deve ser consistente com as crenças e os valores de cada um.[36]

Fisher (1999) considera a espiritualidade como uma forma de estar dinâmica, pessoal e experiencial que enfatiza a vida e é visível na qualidade das relações do indivíduo.[33]

São atributos essenciais da espiritualidade:

- A procura de um significado, força invisível que unifica o ser com a sua existência;
- A necessidade de relação consigo mesmo atendendo ao propósito e valores do indivíduo;
- A necessidade de se relacionar com o outro, estabelecendo laços interpessoais;
- A necessidade de se relacionar com o ambiente e a natureza;
- A necessidade de se relacionar com o transcendente. [26, 33, 37]

Em suma, segundo Unruh *et al* (2002) existem duas vertentes que devem ser enfatizadas na definição de espiritualidade: a transcendência no que concerne às experiências fora do campo existencial do dia a dia e a conectividade. [33,36]

A espiritualidade desenvolve-se ao longo da vida e através desta o ser vê também desenvolverem-se os afetos, a moralidade, os papeis, a criatividade, a personalidade e a autoconsciência.[8,33,45]

A espiritualidade auxilia o indivíduo a gerir conflitos, a morte, o sofrimento e a solidão. Alguns investigadores defendem que um indivíduo

pode usufruir de uma série de benefícios quando motivado por uma experiência espiritual forte:

- Descobrir sentido na adversidade;
- Criar estratégias de coping;
- Admitir a realidade de uma situação;
- Ter uma visão mais otimista para o futuro;
- Lidar melhor com situações stressantes. [33]

Desta análise conceptual aflora-se indubitável a importância da espiritualidade na saúde, facto corroborado pela OMS, que no final dos anos 80 incluiu a espiritualidade no conceito multidimensional da saúde.[30]

A doença pode constituir uma ameaça à dignidade do indivíduo, acarretando sofrimento. O sofrimento é uma experiência universal inerente à condição humana. Este existe, entre outras razões, porque o Homem toma consciência das lacunas da sua vida e da sua finitude.[38, 39] A doença, particularmente a incurável, coloca a pessoa numa situação de vulnerabilidade, de confronto com os seus próprios limites pelo que esta pode experimentar um vazio existencial, mas também enriquecimento espiritual e reencontro com a essência humana.[8,19, 26,30]

Os estudos têm sido unânimes em demonstrar impacto positivo da espiritualidade na saúde, nomeadamente na qualidade de vida e sobrevida.[26, 30, 34, 40]

Para Damásio, o domínio espiritual representa uma parte significativa do que somos e qualquer distúrbio clínico ou cirúrgico do corpo é refletido numa alteração da mente e do espírito. A avaliação holística não deve assim descurar a avaliação das necessidades espirituais tal como expressa a adaptação da pirâmide das necessidades de Maslow aos cuidados paliativos realizada por Zalenski e Raspa.[23, 30]

Segundo os estudos da área, em termos espirituais o doente sente necessidade de:

- Ser reconhecido como uma pessoa integral;
- Avaliar a sua história atribuindo sentido à sua vida, revendo os seus limites e potencialidades;
- Libertar-se das culpas geradas pela análise das suas experiências, necessitando de perdão quer na dimensão vertical como horizontal;
- Necessidade de amor e relacionamento;
- Necessidade de esperança autêntica;
- Necessidade de experimentar a transcendência e expressar sentimentos e vivências religiosas.[23, 28, 30]

São indicadores da presença de necessidades espirituais o sofrimento intenso, o sentimento de desespero, desamparo e ausência de significado, o sentimento de culpa ou vergonha, o estoicismo desmedido e a cólera e distanciamento de Deus. [34]

Os estudos realizados com profissionais de saúde têm demonstrado consistentemente que estes consideram a espiritualidade e a sua abordagem essencial na prestação de cuidados e na humanização, devendo ser incluídos nos planos de cuidados. [26, 28, 34, 35, 42] Contudo, muitos admitem ainda a dificuldade em realizar esta abordagem apresentando como principais barreiras a falta de formação, a falta de tempo e de profissionais, a falta de condições físicas de privacidade, o medo do envolvimento emocional e o medo de imporem os seus pontos de vista ao doente. [26,35]

Os níveis superiores de espiritualidade nos profissionais permitem-lhes ter uma visão integral da saúde e sensibiliza-os para a abordagem do doente em todas as dimensões. Paralelamente, a espiritualidade nos profissionais parece influenciar positivamente as relações laborais e a sua qualidade de vida. [34]

É importante que o profissional consolide primeiro a sua própria espiritualidade nas áreas cognitiva (procura de significado), vivencial

(necessidade de afeto e resiliência) e comportamental (como expressão das convicções e necessidades). [26, 30, 43]

Segundo Wu & Lihl (2011) o processo formativo nesta área pode ter um impacto grande na perceção que os profissionais têm da espiritualidade.[26] Para a Association of American Medical Colleges: "a espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde das pessoas. Ela é expressa nas buscas individuais para um sentido através da participação na religião e ou crença em Deus, família, naturalismo, racionalismo, humanismo e nas artes. Todos esses fatores podem influenciar a forma como pacientes e profissionais percebem a saúde e a doença bem como a forma como interagem entre si".[44] Assim sendo, os currículos médicos deveriam ser capazes de salientar o papel da espiritualidade no cuidado dos pacientes bem como sensibilizar para a influência da própria espiritualidade dos profissionais na capacidade de cuidar. [35]

Não obstante à existência de diferentes instrumentos de avaliação da espiritualidade desenvolvidos nas últimas décadas, neste trabalho optamos por utilizar a escala de Pinto C. e Pais-Ribeiro. O facto de ser curta e simples de aplicar, aliada ao facto de ter sido desenvolvida por portugueses, com validação para a nossa realidade cultural, constituíram os principais argumentos para esta escolha. Nos vários estudos demonstrou ter propriedades métricas adequadas, sendo, contudo, de notar que não foi encontrada na pesquisa nenhuma aplicação em profissionais de saúde. [45,46]

2.4. As atitudes perante a morte

O filósofo e teólogo britânico Amy Tan afirmava: "Se você não pode mudar o seu destino, então mude as suas atitudes". Nesta perspetiva as atitudes dos indivíduos e o seu impacto nas dinâmicas pessoais e sociais têm sido alvo de estudo intenso.[10]

Uma atitude diz respeito ao posicionamento mental estável que um indivíduo detém face a um determinado aspeto, pessoa ou ideia. Têm como base as experiências subjetivas do indivíduo mediando a sua forma de agir e de pensar. Não podem ser diretamente observadas, sendo inferidas partindo do pressuposto que têm ligação ao comportamento. São elementos básicos das relações sociais sendo construídas a partir das interações. [10,47]

A atitude constitui assim um potencial para reagir de determinado modo, gerando à partida, reações semelhantes face a situações semelhantes.

Segundo o modelo tripartido de Rosenberg e Hovland a atitude de uma disposição resulta da organização de três componentes:

- Afetiva - sentimentos subjetivos e respostas fisiológicas que acompanham a atitude;
- Cognitiva - crenças e opiniões;
- Comportamental - que prepara o indivíduo para agir de determinada forma. [47]

Neste sentido, se pretendemos mudar a ação de um indivíduo devemos primeiro gerar mudança nas suas opiniões, crenças e sentimentos.[10, 47]

De acordo com Neto (1998) as atitudes têm quatro características:

- Direção - diz respeito ao sentido concordante, discordante ou indiferente;
- Intensidade - relacionada com a força de proximidade/repulsa;
- Dimensão - se tem um ou vários domínios;
- Acessibilidade - referente à solidez da associação entre o objeto da atitude.

A formação das atitudes depende em larga escala do processo de socialização e cultura vigente, sendo influenciadas continuamente e de forma dinâmica pelas experiências de vida. São as atitudes que vão conduzindo o ser humano na interpretação e categorização dos aspetos da

sua vida, conduzindo-os à aproximação ou repulsa mediante determinados estímulos. [10,47, 48]

Com base nestes pressupostos têm sido construídas as escalas das atitudes, instrumentos que visam medir a qualidade, intensidade e direção das atitudes através das crenças e opiniões. [10,48]

O estudo e a compreensão das atitudes tem-se demonstrado essencial na medida em que, através da influência exercida sobre estas podemos levar à mudança de comportamentos. [47]

No que concerne ao estudo das atitudes perante a morte este ganhou realce aquando da 2ª Guerra Mundial com os trabalhos desenvolvidos por Neimeyer e Herman Feifel que tiveram grande impacto na psicologia humanística e existencial. [10,49,50]

Kubler-Ross (1969), psiquiatra americana, dedicou-se ao estudo do processo de morrer em doentes terminais, definindo cinco estádios que passaram posteriormente a ser encarados como tarefas emocionais:

1. Negação e isolamento - primeira reação perante a eminência da morte, o indivíduo refuta: "isto não me está a acontecer", podendo indiciar que não está preparado para lidar com a realidade;
2. Raiva - o indivíduo questiona-se "porquê a mim?", sendo necessária paciência e compreensão do meio envolvente;
3. Negociação - com Deus ou com os profissionais de saúde, no sentido de ter mais tempo;
4. Depressão - pela vivência profunda da perda;
5. Aceitação - quando por fim se mostra capaz de entender a situação, resignando-se perante a inevitabilidade da morte.[13, 47 51, 52, 53]

Estes estádios não são rígidos, nem sempre estão todos presentes nem se manifestam, sempre pela ordem apresentada.

A aceitação consiste em tomar conhecimento deliberado e intelectual da própria morte e assimilar isso de forma positiva em termos emocionais. Apresenta dois componentes, um de consciência cognitiva da finitude e outro da reação emocional positiva ou neutral dessa tomada de consciência, num processo de integração. [49,50]

Erikson defende que no último estadio os indivíduos devem resolver a crise de integridade *versus* desespero. Integridade é um estadio da mente, a convicção de que tivemos uma vida com significado e que reconciliamos a discrepância entre a realidade e o ideal. Por outro lado, se sentimos que a vida foi desperdiçada e que já não nos resta tempo, vamos experienciar desespero e medo da morte. [49]

As atitudes perante a morte são assim um constructo multidimensional com atributos emocionais, cognitivos e experienciais. Fazem a ligação entre a morte percebida como irreversível e universal e os aspetos que são considerados importantes durante o viver, sendo expressas sob uma ética positiva ou negativa. Sob o ponto de vista existencialista as atitudes positivas são classificadas como aceitação, enquanto as negativas denotam medo e ansiedade. [54]

Vários instrumentos têm vindo a ser desenvolvidos para avaliar as atitudes perante a morte, sendo a maioria unidimensionais e focados na ansiedade e no medo.[10,49] Também são poucos os instrumentos construídos com base numa abordagem teórica sólida.

Para colmatar estas lacunas Guesser, Wong e Reker (1987-88) optaram por uma abordagem multidimensional de base existencialista para construir o Perfil de atitudes Perante a Morte (DAP). Esta foi posteriormente adaptada, revista e alargada em 1994 constituindo a DAP-R.[10,45,49,52,54] É dos únicos instrumentos que mede um amplo espectro de atitudes perante a morte encontrando-se já traduzida e validada para mais de dez países, incluindo Brasil e Portugal. Tem orientação existencialista, baseada na análise

conceptual de aceitação da morte proposta por Kubler-Ross, entendendo que medo e aceitação são indissociáveis e se correlacionam na procura de sentido para a vida. [52,54] Como os autores referem, o modelo de aceitação implica simultaneamente a ansiedade e o medo da morte porque ambos impelem o indivíduo a atribuir significado e sentido para a vida. [49]

A escala é do tipo Likert com gradação de 1 a 7 (de discordo fortemente a concordo fortemente) e tem 32 itens avaliando 5 dimensões:

- Aceitação neutral - a morte é considerada como parte integrante da vida implicando uma atitude ambivalente ou de indiferença. Não se tem medo nem se deseja a morte, simplesmente se aceita como um facto, tentando tirar melhor partido da existência.

- Aceitação religiosa - implica a crença de que algo de bom nos espera depois da morte. Relacionada com as práticas religiosas, as crenças dão a noção de que a morte pode trazer paz e harmonia com Deus.

- Aceitação de escape - parte do pressuposto de que quando se vive em determinadas condições de sofrimento a morte se torna numa alternativa agradável que põe fim à dor. O medo de viver em determinadas circunstâncias pode superar o medo da morte. Geralmente são pessoas que já não conseguem reagir efetivamente à dor e aos problemas existenciais.

- Medo e ansiedade da morte - a sua presença é universal e a sua completa ausência pode refletir evitamento. Não é um constructo unitário, mas sim complexo. Talvez seja mais fácil pensar no medo como algo específico e consciente e na ansiedade como algo generalizado e inacessível à consciência. Há vários motivos para ter medo como a preocupação com o desconhecido, medo de sofrer,

preocupação com os familiares, sensação de que se falhou em ter uma vida com significado.

- Evitamento - evita-se falar ou pensar acerca da morte como mecanismo de proteção de forma a reduzir o medo e a ansiedade.

As somas totais de cada dimensão são transformadas em médias, dividindo o valor pelo número de itens que compõe a dimensão. Obtém-se uma média de valores como resultado para cada tipo de atitudes que o indivíduo manifesta e sabe-se assim qual é a predominante. É, contudo, de realçar que a aceitação da morte não é categoricamente oposta ao medo, coexistindo numa trégua inquietante. Não importa o quão terrível a morte possa parecer, todos devemos aprender a nossa mortalidade de algum modo. [52,54,55]

É de prever que ocorra uma associação positiva moderada entre a aceitação religiosa e a aceitação de escape e uma relação negativa moderada entre a aceitação religiosa e o medo da morte. Por sua vez o evitamento relaciona-se positivamente com o medo e negativamente com a aceitação religiosa. [49]

As atitudes tendem a apresentar-se como uma miscelânea, com atitudes em conflito que se contrabalançam e se vão equilibrando num sentido adaptativo. Assim sendo, é importante na educação para a morte que se tome consciência das diferentes atitudes e do seu impacto na forma como vivemos. [49, 56]

Acredita-se que estas atitudes perante a morte estão na base de comportamentos ou ações específicas, sendo poderosas componentes no processo de tomada de decisão.[54] A forma como vemos a nossa vida influência as nossas atitudes perante a morte, da mesma maneira que a forma como percecionamos a nossa morte influência as nossas atitudes em

vida. Parece haver uma correlação forte entre a satisfação subjetiva da forma como vivemos e a aceitação da morte. A falta de sentido e direção na vida está associada a mais ansiedade perante a morte. [16, 49, 58]

Como já foi anteriormente referido, a mudança de paradigma da morte e a sua hospitalização com supressão do luto é equacionada como uma crise da sociedade que já não sabe lidar com a morte. [47, 58]

Atualmente há muito mais envolvimento dos profissionais de saúde no processo de morrer. Ajudar o paciente na morte bem como acompanhar a família é parte integrante do trabalho dos profissionais de saúde. Cuidar na morte é descrito pelos profissionais como a tarefa mais dolorosa e stressante que têm.[56] Mesmo sabendo que a morte é algo inevitável, os profissionais têm em si incutida a responsabilidade de manter a vida do doente, pelo que a morte é muitas vezes encarada como fracasso terapêutico, gerando ansiedade.[51, 54] A morte estabelece os limites do saber dos profissionais, condicionando sentimentos de angústia, vergonha e desespero.[16, 59, 60]

O primeiro passo para melhorar é começar por reconhecer a realidade existente. [54]

As atitudes perante a morte influenciam aspetos práticos e diários dos cuidados prestados pelos profissionais aos indivíduos em fim de vida. A identificação destas atitudes pode ajudar a planear intervenções com vista a melhorar o processo de cuidar. [52]

Vários estudos têm demonstrado a influência das atitudes perante a morte na qualidade do cuidado perante o enfermo. [54, 55, 57, 61] As atitudes negativas acarretam consequências emocionais e comportamentais importantes. [55]

Os profissionais afirmam consistentemente nos diversos estudos que não se sentem preparados para lidar com a morte.[10, 51, 50, 62] Como tal, recorrem muito à negação como mecanismo de proteção, de forma a

reprimir o contacto com a experiência de rutura e dor, havendo resistência em falar sobre a morte. [53] Por não saberem encarar a morte tendem a distanciar-se do paciente, cuja morte constitui a lembrança da finitude. [57,63]

Cuidar do outro expõe os profissionais a emoções e sentimentos que revelam os fantasmas da sua própria realidade de perdas.[53] Os profissionais de saúde têm dificuldade em reconhecer o seu próprio sofrimento por considerarem constituir uma vulnerabilidade.[59] A negação e a repressão dos sentimentos acabam por conduzir a uma maior tendência para a depressão e Burnout. Paralelamente estes profissionais não proporcionam ao doente momentos para falar da morte, acabando por ter também impacto negativo no modo como as famílias vivenciam a morte. [53, 55, 59] Em contraposição, profissionais com atitudes mais positivas face à morte têm mais capacidade de comunicar sobre a temática com o doente e a família.[64]

Um estudo realizado em cuidados intensivos demonstrou também que profissionais com atitudes de evitamento perante a morte têm mais tendência em prolongar intervenções consideradas fúteis, tentando salvar o doente a qualquer custo.[65]

Não menos importante é o impacto que as atitudes dos profissionais perante a morte têm na sua vida pessoal e na sua dinâmica relacional, influenciando o trabalho da equipa multidisciplinar. [55,59]

Quando questionados sobre os fatores que os levam a sentirem-se incomodados com a morte e a terminalidade, os profissionais indicam transversalmente a falta de preparação e formação como principal fator.[66,67,68]. A falta de preparação dos profissionais para lidar com a morte tem impacto na sua estabilidade emocional e na capacidade de manter discernimento na tomada de decisão. [51]

Os estudos têm sido consistentes em demonstrar o impacto positivo dos programas formativos, sendo mais significativo nas formações de longa duração. [55,56] Estas formações devem envolver conceitos técnicos da morte e

do controle sintomático bem como o treino de competências de comunicação e uma abordagem centrada no profissional, de autodescoberta e definição.

A falta de skills emocionais e comunicacionais conduzem a maior ansiedade e evitamento. [56] Construir competências para cuidar do paciente no momento da morte incluem as seguintes dimensões:

- Competências práticas, técnicas e de conhecimento teórico;
- Competências próprias do indivíduo a nível emocional e relacional (como a maturidade, calma, paciência e sentido de humor), que parecem ser o componente mais importante, envolvendo recursos pessoais de coping existencial (papel da religião, espiritualidade, esperança e fé) e de coping emocional (autocuidado e saúde mental). [55]

Os profissionais apontam ainda a falta de condições físicas dos hospitais, os fatores de stress ocupacionais e as condições da dinâmica laboral, bem como a ausência de programas contínuos de acompanhamento que constituam um suporte, permitindo-lhes falar da morte e dos seus sentimentos.[51, 53, 55]

O medo de se envolverem demais, o medo de dizerem algo errado, a dificuldade de presenciar o sofrimento do outro e a falta de tempo são também referenciados como aspetos que condicionam a repulsa dos profissionais. A dificuldade prende-se com o não negar o sofrimento e simultaneamente manter um distanciamento saudável, o que significa ser próximo do sofrimento do doente sem se super-identificarem com ele. [57]

Khader (2010) e Dunn *et al* (2005), demonstraram nos seus estudos que as características sociodemográficas, pessoais e educacionais influenciam as atitudes dos profissionais perante a morte. [57,59] São assim fatores que têm demonstrado impacto na literatura:

- Idade; [28, 30, 49, 51, 55, 56]

- Género - os estudos não são consistentes, podendo as diferenças encontradas serem fruto da diferença nos processos de socialização entre homens e mulheres em alguns países. Quando há diferença, as mulheres tendem a apresentar mais ansiedade; [47]
- Experiência profissional; [51, 56, 59]
- Vivências prévias de morte; [55,56,59]
- Crenças religiosas - Sem consistência.[47, 55, 59]

Segundo Dunn *et al* (2005) o número de anos de experiência profissional e o nível de formação prévia acerca da morte, foram os melhores preditores das atitudes positivas perante a morte. [16, 57]

A presença de problemas de saúde nos profissionais, nomeadamente condições do foro psíquico, e a integridade do ego estiveram também relacionados com piores atitudes perante a morte.[10]

Na última década tem-se verificado um aumento dos estudos relacionados com a morte e o morrer em Portugal, estes privilegiaram sobretudo a análise qualitativa centrada nas vivências dos familiares e dos profissionais de saúde, essencialmente enfermeiros. [52]

A ausência de estudos na população médica e a importância que estes profissionais têm na prestação de cuidados, na tomada de decisão, na comunicação do processo quer com o doente como com a família e na orientação das dinâmicas das equipas multidisciplinares leva-nos a inferir que será importante, como base de trabalho, ter um conhecimento acerca das suas atitudes perante a morte e os fatores relacionados.

2.5. A saúde e a morte em tempos de pandemia

Optei por incluir este tema na contextualização do trabalho pois a colheita dos dados para o estudo ocorreu durante os meses de pico viral no nosso pais, facto não previsto no protocolo de estudo.

A pandemia condicionou na área da saúde muitas alterações e expôs os profissionais a vivências sem precedentes. O aumento do número de horas de trabalho, o stress laboral e o clima de incerteza e de constante adaptação ao inimigo invisível e desconhecido, o medo de contágio e sobretudo o medo de contagiar os seus, foram alguns dos fatores que os profissionais de saúde tiveram de encarar com resiliência a cada dia desta batalha. Todos estes factos não são alheios ao âmbito do estudo e deverão ter-se em conta na análise dos resultados e na reflexão à cerca dos mesmos.

Em dezembro de 2019 começou a invadir os noticiários a descoberta de um novo vírus que se estaria a disseminar pela China, mais concretamente na cidade de Wuhan, com alto índice de contágio, manifestando-se através de uma síndrome respiratória aguda grave com elevada taxa de mortalidade. Não obstante a sensação de distanciamento e tranquilidade face à situação que inicialmente se viveu em Portugal, não demorou mais que um mês até que o vírus atingisse a Europa. [69]

Balanceados entre os argumentos despreocupados e as visões mais alarmistas chegamos à situação de pandemia declarada a 11 de março de 2020 pela OMS. Em Portugal o primeiro caso foi reportado a 2 de março de 2020

Em agosto de 2020 a Covid-19 contava com 21480111 casos detetados no Mundo e um total de 771518 óbitos, havendo em Portugal 53981 casos e 17775 perdas a lamentar. [69]

A disseminação da Covid-19 no Mundo obrigou ao estabelecimento de medidas que provocaram profundas alterações na dinâmica social e

interpessoal. O isolamento social foi apresentado desde cedo como a chave para a contenção do vírus o que levou a intervenções que geraram cerceamento e perda das liberdades individuais. Diversos países encerraram as escolas, confinaram as pessoas ao domicílio, em teletrabalho, encerraram estabelecimentos públicos e comercias deixando apenas disponíveis os bens de primeira linha. A cultura adormeceu, a economia estagnou, as fronteiras foram fechadas e todo o fluxo social se viu imerso num sono assombrante, imprevisto e sem fim marcado.

O caráter inédito da situação e das medidas infligidas, associado à imprevisibilidade do curso da pandemia, conduziram a sentimentos de frustração, ansiedade e tédio nas populações.[70,71] Vários estudos têm demonstrado que quer a pandemia em si como as medidas adotadas para a combater têm causado grande impacto na saúde mental, aumentando os níveis de ansiedade e depressão na população em geral e em profissionais de saúde. [71]

Na área da saúde as mudanças também se fizeram sentir. Receosos da incapacidade de resposta dos serviços de saúde à dimensão desta ameaça muitos países pararam o seu fluxo natural de cuidados, centrando os esforços no combate à pandemia. Criaram-se áreas de atendimento separadas para doentes com suspeita de Covid e foi pedido aos restantes que libertassem os cuidados de saúde. Em Portugal foi suspensa toda a atividade programada, foram criados postos Covid em todos os hospitais e nos cuidados de saúde primários, foi reforçada a resposta dos cuidados intensivos e abriram-se definitivamente as portas para a teleconsulta como alternativa comunicativa com os doentes. Conceitos como a higienização das mãos, o distanciamento social, a etiqueta respiratória e os equipamentos de proteção individual passaram a ser rotineiros e obrigatórios. O sorriso passou a oculto, sendo a máscara a nossa melhor expressão. O toque tornou-se escasso e quando possível disfarçado pelas camadas de latex protetoras.

O abraço passou a ser dado apenas com o olhar, o único livre para continuar a manifestar-se afetuosamente. O beijo e qualquer cumprimento passou de ato carinhoso a criminoso e eliminado das rotinas, dos momentos especiais e das manifestações de afeto.

Os profissionais de saúde encontram-se um pouco por todo o mundo em exaustão psíquica e emocional. Obrigados a uma adaptação diária a novas regras e *leges artis*, confrontados com inúmeros dilemas éticos, em ambientes dilacerantes, assumindo o papel de profissional, mas muitas vezes substituindo junto ao leito a presença da família. Num momento que se está a confirmar histórico e no qual a ciência procura formas de superar a doença, a morte de um paciente pode ser especialmente encarada como um fracasso. [72]

A pandemia levou à proibição de visitas em diversos hospitais e lares fazendo com que muitos passassem em solidão os momentos finais. A ausência dos familiares no leito transferiu para os profissionais, já sobrecarregados, a missão de apoiar emocionalmente, escutar ou simplesmente estar. As despedidas foram adiadas assim como os demais afetos de encorajamento e força. As notícias quando eram conseguidas chegavam com o toque do telefone, longe do olhar e do toque, imersas pela distância, a incerteza o medo e a saudade. Quando um ente querido ficava internado por qualquer motivo os familiares temiam não voltar a vê-lo ficando impossibilitados de apoiar, de estar presentes com o seu amor, de dar a mão no leito com a força e a coragem de quem nos concede sentido à vida. [72,73]

O imperativo tornou-se a proteção, a distância, a segurança, males necessários num combate de importância maior.

Também os rituais de morte se viram envoltos nesta nova realidade. As celebrações eram reservadas a familiares próximos, havendo países como a Itália que proibiram a despedida e outros como a China que obrigaram à

cremação. As famílias viram-se assim impedidas de realizar os funerais de acordo com as suas vontades e tradições o que pode ter tido impacto no processo de luto.

O luto definido como um processo fisiológico e multidimensional que envolve a adaptação de vários aspetos do ser e transformações internas, está geralmente associado à reação emocional do indivíduo, sendo frequentemente expresso por rituais.[74,75] Segundo Wallace *et al* (2020) possíveis impedimentos no fluxo natural dos hábitos e costumes tanatológicos produzem desorganização nos mecanismos psicossociais.[74]

No geral, a incerteza quanto ao comportamento da doença e o seu prognóstico e a submersão diária em notícias de morte fez aumentar o sentimento de medo e ansiedade das populações. A morte, que sempre se apresentou como inevitável pareceu-nos agora mais próxima, mais real, mais embrenhada no nosso quotidiano, o que levou muitos a vivenciarem um luto antecipatório.[71,74]

Existem já vários estudos que relatam um aumento da ocorrência de lutos prolongados e complicados. [71,72,73] Estes fatores devem deixar-nos alerta para a eminência de várias perturbações mentais que devem ser encarados como problemas de saúde pública.

Foram adulterados os rituais de despedida (que tendem a ser organizadores e facilitadores do luto) e as famílias viram a comunicação interdita. As últimas questões ficaram por solucionar, aquele pedido de desculpas não pode ser feito, o último olhar não foi trocado.

As necessidades espirituais, que costumavam fornecer a maneira de lidar com situações adversas, sendo um recurso importante, foram remetidas para segundo plano e mesmos os refúgios religiosos e locais de culto foram encerrados. Fica a imagem dos enterros em valas comuns, as mortes sem rosto e as despedidas sem espaço nem tempo.

Foram muitas as mudanças que reinaram e impuseram a adaptação num muito curto espaço de tempo, continua ainda grande a imprevisibilidade quanto ao futuro, esperando o retorno à normalidade ou a uma nova normalidade recriada pela força incessante da criatividade humana e do equilíbrio da natureza.

3. METODOLOGIA DO ESTUDO

"Todos têm o seu método tal como todos têm a sua loucura; mas só consideramos sensato aquele cuja loucura coincide com a da maioria."

Miguel Unamuno

Neste capítulo iremos descrever os diversos aspetos metodológicos que foram considerados na elaboração deste trabalho. A metodologia escolhida com base na questão formulada teve em conta a inexistência de estudos sobre a morte e a espiritualidade na população médica, bem como a natureza das escalas e restantes variáveis em análise.

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional desenvolvido com vista a medir e analisar as variáveis em causa na população médica, através da aplicação de um questionário, não ocorrendo nenhuma intervenção.

O estudo desenvolveu-se entre março e julho de 2020, sendo um estudo transversal.

Em termos estatísticos podemos considerar que este estudo tem duas componentes:

- Descritiva uma vez que é feito um retrato da amostra de médicos no que concerne às caraterísticas sociodemográficas, experiência profissional, formações e vivências prévias relacionadas com a morte, níveis de espiritualidade e perfil de atitudes perante a morte;
- Analítica e correlacional dado que se propõe a inferir acerca da eventual relação entre as variáveis e a sua natureza.

3.2. Objetivos do estudo e hipóteses formuladas

Após análise cuidada do estado da arte da evidência produzida nesta área, foram definidos como objetivos para este estudo:

- Avaliar os níveis de espiritualidade dos médicos e a sua relação com as caraterísticas sociodemográficas e profissionais;
- Analisar as atitudes perante a morte e a sua relação com as caraterísticas sociodemográficas e profissionais;
- Compreender o papel da espiritualidade nas atitudes dos médicos perante a morte.

Face aos objetivos propostos para este trabalho, foram formuladas as seguintes questões e hipóteses, tendo como foco dois pilares centrais: a espiritualidade e o perfil de atitudes dos médicos perante a morte.

3.2.1. Caraterização da amostra em termos sociodemográficos e profissionais

Questão 1: Qual o perfil sociodemográfico dos médicos da amostra?

Questão 2: Qual a experiência profissional e especialidade dos médicos?

Questão 3: Quantas vivências de morte tiveram os médicos em termos pessoais e profissionais?

Questão 4: Qual a formação que o médico detém em relação à morte?

3.2.2 - Espiritualidade em médicos

Questão 1: Qual o nível de espiritualidade em médicos?

Hipótese H1: Prevê-se que o nível de espiritualidade dos médicos seja diferente consoante as suas caraterísticas sociodemográficas e profissionais.

3.2.3 - As atitudes dos médicos perante a morte

Questão 1: Qual o perfil das atitudes dos médicos perante a morte?

Hipótese H1: Prevê-se que o perfil de atitudes dos médicos perante a morte seja diferente consoante as suas caraterísticas sociodemográficas e profissionais.

3.2.4 - As atitudes dos médicos perante a morte e a espiritualidade

Questão 1: Terão os níveis de espiritualidade dos médicos influência nas suas atitudes perante a morte?

Hipótese H1: Prevê-se que as atitudes dos médicos perante a morte sejam diferentes consoante os seus níveis de espiritualidade.

3.3 - População alvo e seleção da amostra

Após análise da literatura existente, a população alvo escolhida para este estudo foi constituída pelos médicos inscritos na ordem dos médicos portuguesa.

Segundo os dados publicados no site da ordem dos médicos, referentes às estatísticas nacionais de 2019, encontram-se inscritos 56200 médicos.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado através do programa Epi Info (versão 3.5.3)®, com vista a obter um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5% e utilizando, dada a ausência de estudos prévios, uma prevalência prevista de 50%.

Com base nestes pressupostos o tamanho mínimo de uma amostra representativa seria de 382 médicos.

A seleção dos médicos para estudo foi feita de forma não aleatória por questões de ordem prática e conveniência na acessibilidade. Foram incluídos no estudo os médicos que após convite via e-mail ou através da divulgação nas redes sociais acederam em responder ao questionário (n= 472). Foram excluídos do estudo os médicos que não se encontram atualmente a exercer em Portugal. Assim sendo, ficou constituída uma amostra, composta por 468 médicos, valor acima do cálculo amostral realizado.

3.4 - Variáveis de estudo

Atendendo às questões formuladas, foram consideradas as variáveis de estudo que passo a descrever de seguida. Como variáveis independentes as correspondentes à caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes bem como as vivências de morte.

As atitudes dos médicos perante a morte e os níveis de espiritualidade constituem as variáveis dependentes.

- Idade: variável quantitativa contínua com vista a caraterização sociodemográfica; para a realização da análise estatística considerou-se a estratificação desta variável em 3 categorias de acordo com a literatura:
  - 20 - 39 anos: adulto-jovem;
  - 40 - 59 anos: meia-idade

- ≥ 60 anos: idoso

- Género: variável qualitativa nominal dicotómica com vista à caracterização sociodemográfica;
- Localidade de trabalho: variável colhida de forma aberta, mas categorizada em qualitativa nominal dicotómica, conforme a localidade se integrasse um território de alta ou baixa densidade;
- Tempo de exercício profissional: variável quantitativa categórica ordinal que expressa em anos o tempo de exercício profissional dos participantes;
- Especialidade: variável qualitativa nominal que considera a especialidade que o médico está a frequentar ou já concluiu. Os médicos sem especialidade ou a frequentar o ano de internato geral foram considerados como generalistas.
- Vivências pessoais de morte: variável quantitativa categórica ordinal que considera o número de vezes em que o participante vivenciou a perda por morte de familiares ou entes queridos;
- Vivências profissionais de morte: variável quantitativa categórica ordinal que considera o número de vezes em que o participante vivenciou a perda por morte de um doente no exercício da sua profissão;
- Formação sobre a morte: variável quantitativa categórica ordinal correspondendo ao número de horas de formação sobre a morte que os participantes frequentaram;
- Perceção da preparação para lidar com a morte: variável qualitativa nominal dicotómica que expressa o sentimento da participante fase à sua preparação para lidar com a morte;

- Atitude predominante perante a morte: variável qualitativa categórica nominal correspondendo a cinco dimensões - aceitação neutral, aceitação religiosa, aceitação de escape, medo e ansiedade da morte e evitamento;
- Atitudes perante a morte: variável quantitativa ordinal subdividida em cinco dimensões: aceitação neutral, aceitação religiosa, aceitação de escape, medo e ansiedade da morte e evitamento;
- Espiritualidade: variável quantitativa ordinal podendo ser subdividida em duas dimensões - crenças e otimismo, e que traduz numericamente os níveis de espiritualidade dos participantes.

3.5 - Colheita de dados - instrumentos e procedimentos

A colheita de dados ocorreu entre os meses de março e julho de 2020. Para tal foi construído um questionário constituído por 3 partes compostas pelos seguintes instrumentos:

1 - Caraterização sociodemográfica e profissional: composto por questões abertas e fechadas compreendendo variáveis como: idade, género, profissão, anos de experiência profissional, especialidade, experiência de perda por morte de familiares próximos, experiência de perda por morte de pacientes em âmbito profissional, participações em ações formativas sobre a morte.

2 - Escala de espiritualidade de Pinto C.R. e Pais-Ribeiro: Esta escala foi construída empiricamente com o objetivo de avaliar a espiritualidade em contextos de saúde. Teve como população base para a sua génese doentes oncológicos, tendo já sido estudada e validada em idosos. É constituída por 5 questões com resposta em escala de likert com 4 alternativas (Tabela 1). Os níveis globais de espiritualidade e das suas duas dimensões (crenças e otimismo) são calculados através da média dos respetivos componentes. [31, 45, 46]

Tabela 1. Escala de espiritualidade de Pinto C. e Pais-Ribeiro

		Não concordo	Concordo pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
CRENÇAS	1. As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida;	1	2	3	4
	2. A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis;	1	2	3	4
OTIMISMO	3. Vejo o futuro com esperança;	1	2	3	4
	4. Sinto que a minha vida mudou para melhor;	1	2	3	4
	5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.	1	2	3	4

3 - Escala de avaliação do perfil de atitudes acerca da morte (EAPM): trata-se de uma escala traduzida e adaptada para português disponível em http://www.drpaulwong.com/documents/wong-scals/death-attitude-profile.revised-scale.pdf. Avalia um amplo espetro de atitudes perante a

morte constituído por 32 itens organizados em 5 dimensões (medo, evitamento, aceitação neutral, aceitação religiosa e aceitação de escape). Cada item é avaliado de acordo com uma escala de concordância (1 discordo completamente - 7 concordo totalmente).

Tabela 2 – Itens da EAPAM de acordo com as dimensões

Dimensão	**Itens**
Aceitação neutral	6, 14, 17, 24 e 30
Aceitação religiosa	4, 8 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28 e 31
Aceitação de escape	5, 9, 11, 23 e 29
Medo e ansiedade	1, 2, 7, 18, 20, 21 e 32
Evitamento	3, 10, 12, 19 e 26

As somas totais de cada dimensão são transformadas em médias, dividindo o valor pelo número de itens que compõe a dimensão. Obtém-se uma média de valores como resultado para cada tipo de atitudes que o indivíduo manifesta e sabe-se assim qual é a predominante. [49,52]

Para utilização das escalas referidas foi solicitada via e-mail autorização aos respetivos autores.

Após construção foi aplicado o pré-teste a 20 médicos com uma média de 40 anos de idade, sendo 60% do sexo feminino e com uma média de 15 anos de experiência profissional. Foram reformuladas duas questões da caraterização sociodemográfica referentes à localidade de trabalho.

A versão final do questionário foi transformada num ficheiro do Google Forms® começando por explicar aos participantes o estudo e respetivos objetivos, seguido das questões sendo necessário responder a todas para prosseguir.

Atendendo às questões éticas e privilegiando a autonomia dos participantes foi considerada a prestação de consentimento tácito pelo preenchimento do questionário.

3.6 - Análise estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS® 22.0.

Para caracterização da amostra foi utilizada estatística descritiva com recurso a cálculos de frequência, percentagens, médias e desvios-padrão de acordo com as variáveis envolvidas.

Todos os instrumentos utilizados no estudo foram avaliados ao nível da consistência interna, através do alfa de *Cronbach*, com o objetivo de assegurar que os itens dos mesmos correspondiam às dimensões que pretendiam avaliar.

A análise de simetria da distribuição das frequências (normalidade univariada) foi efetuada através da utilização dos coeficientes de *skeweness* (assimetria) e *kurtosis* (achatamento). Através da análise dos valores de skeweness e kurtosis verifica-se que as variáveis dependentes se encontram dentro do intervalo esperado, o que revela a normalidade da amostra nesses domínios. Neste seguimento constatou-se a possibilidade de utilização de testes paramétricos.

De modo a verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as escalas EAPAM e Espiritualidade e as variáveis género, idade, local de trabalho, prática religiosa, vivências de morte, formação sobre a morte e perceção da adequação da formação sobre a morte realizou-se uma análise multivariada de variância, MANOVA, seguindo-se sempre que possível, uma análise de variância univariada e teste de comparações múltiplas de Tukey. Para calcular a grandeza das diferenças entre os grupos

foi calculado a magnitude do efeito. O eta-squared partial (η_{p2}) foi utilizado como uma medida do tamanho de efeito de acordo com a seguinte regra: pequeno (<0.05); médio (≤0.25); elevado (≤0.5) e muito elevado (> 0.5) (Marôco, 2007).

Com o objetivo de verificar se existia uma relação significativa entre as atitudes predominantes perante a morte e o género, idade, local de trabalho, prática religiosa, vivências de morte, formação sobre a morte e perceção da adequação da formação sobre a morte utilizou-se o teste de independência do qui-quadrado. De modo a calcular a magnitude do efeito, no que concerne ao teste qui-quadrado, foi calculado o V de Cramer.

Por último, para analisar o efeito dos níveis de espiritualidade e as atitudes perante a morte realizou-se uma regressão linear de Pearson seguida de uma regressão linear múltipla.

Em todas as análises estatísticas foram considerados valores de significância de p <0.05.

4. RESULTADOS

"Sejam quais foram os resultados, com êxito ou não, o importante é que no final cada um possa dizer: fiz o que pude."

Louis Pasteur

Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados obtidos. Descrevem-se inicialmente os resultados da análise descritiva com vista a caracterizar a amostra no que diz respeito às suas características sociodemográficas e profissionais. Seguidamente figuram os resultados relativos aos testes das hipóteses formuladas.

4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

A amostra do estudo é constituída por 468 médicos, inscritos na ordem dos médicos e a exercer em Portugal. Estes apresentam idades compreendidas entre os 24 e os 69 anos com uma média de 37,5 anos. Relativamente à análise categórica da idade verificamos que a maioria dos participantes pertence à faixa adulto-jovem (72,9%), seguido da meia-idade (17,7%). Os participantes são maioritariamente do sexo feminino (67,1%). No que concerne à prática religiosa 67,9% dos médicos refere não ser religioso praticante.

Em termos profissionais a maioria dos médicos da amostra (41,7%) tem entre 5 a 10 anos de prática profissional, seguido de 23,9% que trabalha há menos de 5 anos, por fim 18,4% têm mais de 20 anos de prática e 15,8% entre 10 e 20 anos (moda e mediana de 5 a 10 anos).

Participaram neste estudo médicos de 36 especialidades diferentes, havendo 4,9% dos médicos sem especialidade ou a exercer o internato de

formação geral. As três especialidades mais frequentes foram a Medicina Geral e Familiar (42,7%), seguida da Medicina interna (11,3%) e de Cirurgia Geral (4,7%).

A maioria dos médicos encontra-se a trabalhar em localidades pertencentes a territórios de alta densidade (57,3%).

4.2. Vivências de morte e do seu processo

Relativamente às vivências de morte (Tabela 3) a maioria dos médicos já teve de lidar com perdas por morte de familiares entre 2 a 5 vezes.

Em termos profissionais 60% dos participantes já acompanhou doentes em fase terminal em mais de 5 situações, havendo apenas 8,3% que nunca acompanhou este processo. A vivência de perda por morte de doentes no âmbito profissional foi experienciada em mais de 5 situações por 65% dos participantes, sendo que 6% nunca vivenciou a morte de um doente.

Tabela 3. Vivências de morte dos médicos

	Perdas familiares		**Acompanhamento de doentes terminais**		**Perdas em termos profissionais**	
	n	%	n	%	n	%
>5 situações	59	12,6	281	60,0	304	65,0
1 - 5 situações	392	83,8	148	31,6	136	29,1
Nunca	17	3,6	39	8,3	28	6,0

4.3. Formação específica sobre a morte

No que diz respeito à formação específica sobre a morte, a maioria dos participantes (65,8%) refere não a ter obtido durante a formação pré-graduada, havendo 14,3% dos participantes que não se recorda e apenas 19,7% que responde afirmativamente.

Quando questionados acerca da participação em formações especificas sobre a morte nos últimos 5 anos 61,1% afirma não ter frequentado nenhuma formação, 14,1% participaram em formações com menos de 8 horas, 12,8% entre 8 a 30 horas, 5,8% entre 30 a 80 horas e 6,2% acima das 80 horas.

Por último foi inquirido aos participantes se consideravam ter formação adequada para lidar com situações de morte sendo que 67,3 % considerou que não.

4.4. A espiritualidade em médicos

Relativamente aos níveis de espiritualidade dos médicos da amostra, calculada através da aplicação da escala de Pinto C. e Pais-Ribeiro, verifica-se que os participantes apresentam um nível médio de 2,7 de espiritualidade em termos globais (desvio padrão de 0,671), sendo predominante a sua dimensão horizontal de otimismo e perspetiva positiva da vida (média de 2,96 e desvio padrão de 0,71) face à sua dimensão vertical de crenças e sentido da vida (média de 2,37 e desvio padrão de 1,00).

A confiabilidade da Escala de espiritualidade foi testada por meio da sua consistência interna através da utilização do coeficiente alfa. O valor do coeficiente de alfa da espiritualidade global e das suas dimensões foi

respetivamente de: Espiritualidade global 0,66; Crenças 0,919 e Otimismo 0,76. Assim sendo verifica-se que estes resultados estão de acordo com os valores estabelecidos como limites na literatura em psicometria para a interpretação do coeficiente alfa (Georgi P. Mallery 2002).

Para verificar a existência de associação entre os níveis de espiritualidade dos médicos e as suas características sociodemográficas, profissionais, de vivências e de formação realizou-se uma análise multivariável de variância MANOVA. Pela observação da Tabela 4 podemos inferir que as variáveis idade, prática religiosa, horas de formação sobre a morte nos últimos 5 anos e perceção de formação adequada sobre a morte têm um efeito estatisticamente significativo sobre o compósito multivariado. Observada a significância multivariada, procedeu-se a uma análise de variância univariada (ANOVA) para cada um dos fatores que passamos a descrever.

Tabela 4. Resultado da análise multivariada (MANOVA) para a espiritualidade

Variável	**Valor**	**Z**	**Df de h.**	**Erro df**	**p**	**η_{p2}**
Género	0,996	1,043	2,000	465,000	0,353	0,004
Idade	0,976	2,862	4,000	926,000	**0,023***	0,012
Experiência	0,981	1,488	6,000	924,00	0,179	0,010
Local de trabalho	0,999	0,213	2,000	464,000	0,808	0,001
Prática religiosa	0,681	108,773	2,000	465,000	**<0,001***	0,319
Mortes familiares	0,995	0,572	4,000	928,000	0,683	0,002
Morte de doentes	0,989	1,236	4,000	928,000	0,294	0,005
Formação sobre a morte	0,967	1,965	8,000	924,000	**0,048***	0,017
Adequação da formação	0,984	3,763	2,000	464,000	**0,024***	0,016

*Lambda de wilks; *p<0,05*

- Idade

Tabela 5. Resultado da análise univariada (ANOVA) para a espiritualidade e idade

Dimensões	**Grupos**	**N**	**X**	**dp**	**Z**	**p**	**η_{p2}**
Espiritualidade	Adulto-Jovem	341	2,699	0,652	2,042	0,131	0,09
	Meia-Idade	83	2,858	0,689			
	Idoso	43	2,670	0,751			
Crenças	Adulto-Jovem	341	2,295	0,973	4,166	**0,016***	0,18
	Meia-Idade	83	2,639	1,039			
	Idoso	43	2,453	1,062			
Otimismo	Adulto-Jovem	341	2,969	0,706	1,100	0,334	0,005
	Meia-Idade	83	3,004	0,697			
	Idoso	43	2,814	0,746			

**p <0,05*

Através do teste de hipóteses podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) a nível da dimensão das crenças consoante a faixa etária. Pela análise do teste de comparações múltiplas de Tukey verifica-se que a diferença verificada se deve ao grupo de Meia idade que apresenta níveis de crença superiores aos restantes. Desta forma há evidências estatisticamente significativas para afirmar a hipótese que prevê que a idade influencia os níveis de espiritualidade.

- Prática Religiosa

Tabela 6. Resultado da análise univariada (ANOVA) para a espiritualidade e a prática religiosa

Dimensões	**Grupos**	**N**	**X**	**dp**	**Z**	**p**	**η_{p2}**
Espiritualidade	Sim Não	150 318	3,135 2,528	0,634 0,597	101,308	**<0,001***	0,179
Crenças	Sim Não	150 318	3,187 0,871	0,729 0,871	215,938	**<0,001***	0,317
Otimismo	Sim Não	150 318	3,100 2,892	0,700 0,744	8,918	**0,003***	0,19

**p<0,05*

Através do teste de hipóteses podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) a nível da dimensão das crenças, do otimismo e nos níveis globais de espiritualidade de acordo com a prática religiosa. Verificamos assim que os indivíduos que afirmam ser religiosos praticantes apresentam maiores níveis de espiritualidade quer em termos globais quer em cada uma das suas dimensões. Desta forma há evidências estatisticamente significativas para afirmar a hipótese que prevê que a prática religiosa influencia os níveis de espiritualidade.

- Horas de formação sobre a morte

Através do teste de hipóteses podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) a nível da dimensão do otimismo e nos níveis globais de espiritualidade de acordo com a formação sobre a morte frequentada nos últimos 5 anos.

Tabela 7. Resultado da análise univariada (ANOVA) para a espiritualidade e a formação sobre a morte

Dimensões	**Grupos**	**N**	**X**	**dp**	**Z**	**p**	**η_{p2}**
Espiritualidade	>80 h	29	3,097	0,651	2,989	**0,019***	0,025
	30-80 h	27	2,837	0,682			
	8-30 h	60	2,727	0,651			
	<8 h	66	2,742	0,657			
	Não	286	2,668	0,679			
Crenças	>80 h	29	2,845	1,087	1,977	0,095	0,017
	30-80 h	27	2,370	0,916			
	8-30 h	60	2,442	0,983			
	<8 h	66	2,303	0,972			
	Não	286	2,318	1,003			
Otimismo	>80 h	29	3,264	0,529	1,282	**0,036***	0,022
	30-80 h	27	3,148	0,742			
	8-30 h	60	2,917	0,728			
	<8 h	66	3,035	0,662			
	Não	286	2,901	0,720			

**p <0,05*

Pela análise do teste de comparações múltiplas de Tukey verifica-se que apesar de se verificar um aumento dos níveis de espiritualidade e da sua dimensão de otimismo com o aumento do número de horas de formação, a diferença verificada se deve sobretudo aos sub-grupos sem formação e com formação superior a 80 horas. Desta forma há evidências estatisticamente significativas para afirmar a hipótese que prevê que o número de horas de formação sobre a morte influência os níveis de espiritualidade.

- Perceção de formação adequada para lidar com a morte

Tabela 8. Resultado da análise univariada (ANOVA) para a perceção de formação adequada para lidar com a morte

Dimensões	**Grupos**	**N**	**X**	**dp**	**Z**	**p**	**η_{p2}**
Espiritualidade	Sim Não	152 315	2,789 2,689	0,749 0,630	2,306	0,130	0,005
Crenças	Sim Não	152 315	2,359 2,373	1,077 0,965	0,021	0,884	0,000
Otimismo	Sim Não	152 315	3,077 2,899	0,757 0,678	6,486	**0,011***	0,014

**p<0,05*

Através do teste de hipóteses podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) a nível da dimensão do otimismo de acordo com a perceção de ter formação adequada para lidar com a morte. Verificamos assim que os indivíduos que sentem ter formação adequada para lidar com a morte apresentam maiores níveis de otimismo. Desta forma há evidências estatisticamente significativas para afirmar a hipótese que prevê que a perceção de preparação formativa para lidar com a morte influencia os níveis de espiritualidade.

4.5 - As atitudes perante a morte em médicos

As atitudes dos médicos da amostra foram avaliadas através da aplicação da escala de atitudes perante a morte (EAPM) na sua versão traduzida e validade para português. A Tabela 9 mostra-nos a distribuição média das respostas para cada uma das dimensões da escala.

Tabela 9. Resultados dos valores médios das dimensões da EAPAM

	Aceitação Religiosa	**Aceitação Neutral**	**Aceitação de Escape**	**Medo e ansiedade**	**Evitamento**
Média	3,036	5,410	3,0415	3,778	3,330
DP	1,430	1,017	1,325	1,244	1,430

No que concerne à atitude predominante perante a morte (Tabela 10), podemos ver que a aceitação neutral é a atitude que mais frequentemente predomina (71,8%), seguida do medo e ansiedade da morte (14,3%). Se categorizarmos as dimensões em duas vertentes verificamos que 76,5% dos médicos têm atitudes positivas perante a morte.

Tabela 10. Resultados dos valores de frequência da atitude predominante perante a morte

	Atitude Positiva		**Atitude Negativa**		
	Aceitação Religiosa	Aceitação Neutral	Aceitação de escape	Medo e ansiedade	Evitamento
n	22	336	18	67	25
%	4,7	71,8	3,8	14,3	5,3
Total	76,5%		23,5%		

A confiabilidade da escala foi testada por meio da sua consistência interna através da utilização do coeficiente alfa. O coeficiente alfa das dimensões foi de: 0,794 para o medo e ansiedade da morte; 0,842 para o evitamento; 0,650 para a aceitação neutral, 0,932 para aceitação religiosa e 0,768 para a aceitação de escape. Verifica-se, portanto, que os resultados

estão de acordo com os valores estabelecidos como limites na literatura em psicometria para a interpretação do coeficiente de alfa.

4.5.1. Análise da atitude predominante

Para verificar a existência de associação entre a atitude perante a morte e as diferentes características sociodemográficas, profissionais de vivências e formação, realizou-se o teste de independência do qui-quadrado. Pela observação da Tabela 11 podemos inferir que as variáveis anos de prática profissional, prática religiosa e perceção de formação adequada têm um efeito estatisticamente significativo sobre as atitudes predominantes perante a morte. De modo a calcular a magnitude do efeito no que concerne ao teste qui-quadrado, foi calculado o V de Cramer considerando que um valor <0,1 representa uma magnitude fraca, de 0,1 a 0,3 uma magnitude média e um valor >0,5 uma magnitude elevada.

Tabela 11. Resultados do teste de Qui-quadrado para a atitude predominante perante a morte

Variável	**Valor**	**p**	**V de Cramer**
Género	0,550	0,458	0,034
Idade	12,373	0,135	0,115
Anos de prática	23,468	**0,024 ***	**0,129**
Local de trabalho	5,893	0,207	0,112
Prática religiosa	33,047	**<0,001 ***	**0,266**
Morte de familiares	15,052	0,058	0,127
Morte de doentes	6,105	0,635	0,81
Formação sobre a morte	14,328	0,574	0,087
Adequação da formação	13,988	**0,007***	**0,173**

**P<0,05*

4.5.2 - Análise das atitudes perante a morte

No sentido de verificarmos a existência de associação entre as 5 dimensões das atitudes perante a morte e as características sociodemográficas, profissionais de vivências e formação, realizou-se uma análise multivariada de variação MANOVA. Pela observação da Tabela 12 podemos inferir que as variáveis idade, anos de prática profissional, prática religiosa, vivências profissionais de morte, horas de formação e perceção de adequação da formação têm um efeito estatisticamente significativo sobre o compósito multivariado, pelo que se procedeu a uma análise de variância multivariada (MANOVA) para cada um dos fatores que passamos a descrever.

Tabela 12. Resultado da análise multivariada (MANOVA) para as atitudes perante a morte

Variável	Valor	Z	Df de h.	Erro df	p	η_{p2}
Género	0,985	1,423	5,000	462,000	0,215	0,015
Idade	0,906	4,674	10,000	920,000	**<0,001***	0,048
Anos de prática	0,889	3,680	15,000	1267,49	**<0,001***	0,038
Local de trabalho	0,998	0,161	5,000	461,000	0,977	0,002
Prática religiosa	0,690	41,489	5,000	462,000	**<0,001***	0,310
Morte de familiares	0,966	1,595	10,000	922,000	0,103	0,017
Morte de doentes	0,948	2,484	10,000	922,000	**0,006***	0,025
Formação sobre a morte	0,930	1,689	20,000	1848,000	**0,029***	0,018
Adequação da formação	0,939	5,997	5,000	461,000	**<0,001***	0,016

*Lambda de wilks; *p<0,05*

- Idade

Tabela 13. Resultado da análise univariada (ANOVA) para as atitudes perante a morte e idade

Dimensões	**Grupos**	**N**	**X**	**dp**	**Z**	**p**	**η_{p2}**
Aceitação neutral	Adulto-Jovem Meia-Idade Idoso	341 83 43	5,317 5,692 5,411	1,012 0,956 1,069	5,577	**0,004***	0,023
Aceitação religiosa	Adulto-Jovem Meia-Idade Idoso	341 83 43	2,930 3,2542 3,445	1,377 1,553 1,528	3,700	**0,025***	0,016
Aceitação de escape	Adulto-Jovem Meia-Idade Idoso	341 83 43	2,885 3,342 3,707	1,212 1,561 1,426	10,337	**<0,001***	0,043
Medo e ansiedade	Adulto-Jovem Meia-Idade Idoso	341 83 43	3,829 3,596 3,718	1,264 1,219 1,136	1,224	0,295	0,005
Evitamento	Adulto-Jovem Meia-Idade Idoso	341 83 43	3,289 3,388 3,535	1,329 1,375 1,425	0,741	0,477	0,003

**p<0,05*

Através do teste de hipóteses podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) a nível das dimensões de aceitação neutral, aceitação religiosa e aceitação de escape consoante a faixa etária. Pela análise do teste de comparações múltiplas de Tukey verifica-se que relativamente à aceitação religiosa e de escape a diferença verificada se deve aos sub-grupos adulto jovem e idoso, havendo um aumento destas dimensões com a idade. Relativamente à aceitação neutral a diferença verificada deve-se ao sub-grupo de meia-idade que apresenta níveis superiores aos de mais. Desta forma há evidências estatisticamente

significativas para afirmar a hipótese que prevê que a idade influencia as atitudes perante a morte.

- Anos de prática profissional

Tabela 14. Resultado da análise univariada (ANOVA) para as atitudes perante a morte e a prática profissional

Dimensões	**Grupos**	**N**	**X**	**dp**	**Z**	**p**	**η_{p2}**
Aceitação neutral	<5	112	5,204	1,076	4,197	**0,006***	0,026
	5-10	195	5,407	0,909			
	10-20	74	5,365	1,108			
	>20	86	5,712	1,032			
Aceitação religiosa	<5	112	3,047	1,317	1,143	0,331	0,007
	5-10	195	2,911	1,385			
	10-20	74	3,103	1,617			
	>20	86	3,242	1,505			
Aceitação de escape	<5	112	2,889	1,209	6,205	**<0,001***	0,039
	5-10	195	2,894	1,236			
	10-20	74	3,038	1,295			
	>20	86	3,579	1,559			
Medo e ansiedade	<5	112	4,089	1,191	3,347	**0,019***	0,021
	5-10	195	3,726	1,284			
	10-20	74	3,660	1,186			
	>20	86	3,593	1,226			
Evitamento	<5	112	3,577	1,302	3,958	**0,008***	0,025
	5-10	195	3,115	1,318			
	10-20	74	3,592	1,321			
	>20	86	3,295	1,401			

**p <0,05*

Através do teste de hipóteses podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) a nível de todas as dimensões consoante os anos de prática profissional. Pela análise do teste de comparações múltiplas de Tukey verifica-se que:

- A dimensão medo e ansiedade vê a sua média diminuir com o aumento da prática profissional, devendo-se a diferença com significância estatística sobretudo aos grupos < 5 anos e > 20 anos;
- A dimensão evitamento apresenta valores menores para os sub-grupos 5-10 e >20 anos;
- A aceitação de escape vai aumentando com os anos de prática profissional, devendo-se a diferença com significância estatística sobretudo ao sub-grupo > 20 anos que difere dos restantes;
- A aceitação neutral apresenta diferença estatisticamente significativa à custa dos sub-grupos < 5 anos e > 20 anos, apresentando este último níveis maiores.

Desta forma há evidências estatisticamente significativas para afirmar a hipótese que prevê que os anos de prática profissional influenciam as atitudes perante a morte.

- <u>Prática religiosa</u>

Através do teste de hipóteses podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) a nível das dimensões de aceitação religiosa e de escape consoante a prática religiosa. Verifica-se que tanto a aceitação religiosa como a aceitação de escape apresentam maiores níveis no sub-grupo dos praticantes religiosos. Desta forma há evidências

estatisticamente significativas para afirmar a hipótese que prevê que a prática religiosa influencia as atitudes perante a morte.

Tabela 15. Resultado da análise univariada (ANOVA) para as atitudes perante a morte e a prática religiosa

Dimensões	**Grupos**	**N**	**X**	**dp**	**Z**	**p**	**η_{p2}**
Aceitação neutral	Sim Não	150 318	5,368 5,430	0,967 1,041	0,381	0,538	0,001
Aceitação religiosa	Sim Não	150 318	4,185 2,494	1,026 1,265	204,564	**<0,001***	0,305
Aceitação de escape	Sim Não	150 318	3,261 2,938	1,394 1,279	6,148	**0,013***	0,013
Medo e ansiedade	Sim Não	150 318	3,844 3,747	1,122 1,299	0,621	0,431	0,001
Evitamento	Sim Não	150 318	3,369 3,312	1,344 1,346	0,185	0,667	<0,001

**p <0,05*

- Vivências profissionais de morte

Através do teste de hipóteses podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) a nível das dimensões de aceitação neutral, aceitação religiosa e de medo e ansiedade consoante as vivências profissionais de morte.

Tabela 16. Resultado da análise univariada (ANOVA) para as atitudes perante a morte e as vivências profissionais de morte

Dimensões	**Grupos**	**N**	**X**	**dp**	**Z**	**p**	**η_{p2}**
Aceitação neutral	>5	304	5,5006	0,957	6,973	**0,001***	0,029
	2-5	136	5,321	1,028			
	Nunca	28	4,807	1,343			
Aceitação religiosa	>5	304	2,921	1,465	7,681	**0,023***	0,016
	2-5	136	3,179	1,333			
	Nunca	28	3,589	1,358			
Aceitação de escape	>5	304	2,997	1,354	1,181	0,308	0,005
	2-5	136	3,067	1,248			
	Nunca	28	3,393	1,358			
Medo e ansiedade	>5	304	3,674	1,258	3,123	**0,045**	0,013
	2-5	136	3,954	1,219			
	Nunca	28	4,051	1,111			
Evitamento	>5	304	3,221	1,358	2,955	0,053	0,013
	2-5	136	3,550	1,275			
	Nunca	28	3,450	1,426			

**p <0,05*

Pela análise do teste de comparações múltiplas de Tukey verifica-se que:

- Relativamente à aceitação religiosa a sua média diminui com o aumento das vivências de morte, apresentando uma diferença estatisticamente significativa à custa dos sub-grupos > 5 anos e nunca;
- A dimensão de aceitação neutral aumenta com as vivências profissionais de morte, apresentando uma diferença estatisticamente significativa à custa do sub-grupo "Nunca" que difere dos outros dois;
- A dimensão medo e ansiedade também diminui com as vivências profissionais de morte não apresentando, contudo, diferenças na análise de Tukey.

Desta forma há evidências estatisticamente significativas para afirmar a hipótese que prevê que as vivências profissionais de morte influenciam as atitudes perante a morte.

- Horas de formação sobre a morte

Tabela 17. Resultado da análise univariada (ANOVA) para as atitudes perante a morte e a formação sobre a morte

Dimensões	**Grupos**	**N**	**X**	**dp**	**Z**	**p**	**η_{p2}**
Aceitação neutral	>80 h	29	5,593	1,135	2,465	**0,044***	0,021
	30-80 h	27	5,837	0,613			
	8-30 h	60	5,457	0,832			
	< 8 h	66	5,164	1,184			
	Não	286	5,399	1,017			
Aceitação religiosa	>80 h	29	3,410	1,511	0,845	0,497	0,007
	30-80 h	27	2,744	1,484			
	8-30 h	60	3,112	1,546			
	< 8 h	66	3,044	1,294			
	Não	286	3,008	1,423			
Aceitação de escape	>80 h	29	2,835	1,563	0,522	0,720	0,004
	30-80 h	27	2,896	1,455			
	8-30 h	60	3,040	1,263			
	< 8 h	66	2,930	1,194			
	Não	286	3,102	1,332			
Medo e ansiedade	>80 h	29	3,241	1,194	2,722	**0,029***	0,023
	30-80 h	27	3,344	1,202			
	8-30 h	60	3,705	1,167			
	< 8 h	66	3,851	1,206			
	Não	286	3,872	1,262			
Evitamento	>80 h	29	2,490	0,956	4,847	**0,001***	0,040
	30-80 h	27	2,882	1,347			
	8-30 h	60	3,160	1,339			
	< 8 h	66	3,439	1,379			
	Não	286	3,469	1,335			

**p <0,05*

Através do teste de hipóteses podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) a nível das dimensões de aceitação neutral, medo e ansiedade e evitamento consoante as horas de formação sobre a morte. Pela análise do teste de comparações múltiplas de Tukey verifica-se que:

- A dimensão medo e ansiedade diminui com o aumento das horas de formação sobre a morte, não apresentando, contudo, diferenças na análise de Tukey;
- A dimensão evitamento também diminui com o aumento das horas de formação sobre a morte, apresentando uma diferença estatisticamente significativa à custa dos sub-grupos >80 h que difere dos sub-grupos <8h e Sem formação;
- A dimensão aceitação neutral aumenta com o aumento do número de horas de formação sobre a morte, apresentando uma diferença estatisticamente significativa à custa dos sub-grupos >80h e sem formação.

Desta forma há evidências estatisticamente significativas para afirmar a hipótese que prevê que as horas de formação sobre a morte influenciam as atitudes perante a morte.

- <u>Perceção de formação adequação para lidar com a morte</u>

Tabela 18. Resultado da análise univariada (ANOVA) para as atitudes perante a morte e a perceção de formação adequada para a morte

Dimensões	**Grupos**	**N**	**X**	**dp**	**Z**	**p**	**η_{p2}**
Aceitação neutral	Sim Não	152 315	5,658 5,299	0,962 1,016	13,282	**<0,001***	0,028

Aceitação religiosa	Sim Não	152 315	2,970 3,074	1,452 1,420	0,534	0,465	0,001
Aceitação de escape	Sim Não	152 315	3,165 2,982	1,430 1,271	1,940	0,164	0,004
Medo e ansiedade	Sim Não	152 315	3,403 3,948	1,177 1,227	20,765	**<0,001***	0,043
Evitamento	Sim Não	152 315	3,016 3,472	1,341 1,314	12,221	**0,001***	0,026

**p <0,05*

Através do teste de hipóteses podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) a nível das dimensões de aceitação neutral, medo e ansiedade e evitamento consoante a perceção de adequação de formação para lidar com a morte. Verifica-se que que a aceitação neutral é maior nos médicos que sentem ter formação adequada para lidar com a morte. Por seu lado o evitamento bem como o medo e ansiedade são maiores nos médicos que não se sentem com formação adequada para lidar com a morte. Desta forma há evidências estatisticamente significativas para afirmar a hipótese que prevê que a perceção de adequação de formação para lidar com a morte influencia as atitudes perante a morte.

4.6 - Os níveis de espiritualidade e as atitudes perante a morte em médicos

No sentido de testar a hipótese principal deste trabalho que prevê que os níveis de espiritualidade podem influenciar as atitudes dos médicos perante a morte fizemos uma análise quanto à atitude predominante perante a morte e outra análise com as 5 dimensões.

Atitude predominante

Para verificarmos a existência de associação entre as atitudes predominantes perante a morte e os níveis de espiritualidade, realizou-se uma análise multivariada de variação MANOVA. Pela observação da Tabela 19 podemos inferir que os níveis de espiritualidade apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o compósito multivariado, pelo que se procedeu a uma análise de variância univariada (ANOVA) para cada um dos fatores que passamos a descrever.

Tabela 19. Resultado da análise multivariada (MANOVA) para as atitudes perante a morte e a espiritualidade

Variável	**Valor**	**Z**	**Df de h.**	**Erro df**	**p**	**η_{p2}**
Atitude predominante	0,940	3,654	8,000	924,000	**<0,001***	0,031

Lambda de wilks; **p <0,05*

Através do teste de hipóteses podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) a nível da espiritualidade global e das crenças. Pela análise do teste de comparações múltiplas de Tukey verifica-se que:

- Os níveis de espiritualidade apresentam diferenças estatisticamente significativas à custa dos sub-grupos aceitação de escape, aceitação neutral e evitamento que diferem dos sub-grupos aceitação religiosa e medo e ansiedade que apresentam maiores níveis de espiritualidade;

- Os níveis da sub-dimensão crenças apresentam diferenças estatisticamente significativas a custa do subgrupo de aceitação religiosa, que sendo maior difere de todos os restantes.

Tabela 20. Resultado da análise univariada (ANOVA) para a espiritualidade e as atitudes perante a morte

Dimensões	**Grupos**	**N**	**X**	**dp**	**Z**	**p**	**η_{p2}**
Espiritualidade	Ac. neutral	336	2,687	0,657	3,292	**0,011***	0,028
	Ac. religiosa	22	3,209	0,625			
	Ac. escape	18	2,644	0,816			
	Medo/ansiedade	67	2,752	0,666			
	Evitamento	25	2,744	0,679			
Crenças	Ac. neutral	336	2,277	1,003	6,516	**<0,001***	0,053
	Ac. religiosa	22	3,341	0,624			
	Ac. escape	18	2,444	1,083			
	Medo/ansiedade	67	2,403	0,946			
	Evitamento	25	2,580	0,874			
Otimismo	Ac. neutral	336	2,960	0,700	0,742	0,564	0,006
	Ac. religiosa	22	3,121	0,767			
	Ac. escape	18	2,778	0,792			
	Medo/ansiedade	67	2,985	0,712			
	Evitamento	25	2,853	0,688			

**p <0,05*

Dimensões das atitudes perante a morte

Para analisar a associação entre a Espiritualidade e Atitudes perante a morte utilizamos o coeficiente de correlação linear de Pearson.

Os resultados obtidos, Tabela 21, indicam correlações positivas e significativas entre espiritualidade e as variáveis crenças, otimismo e aceitação. Existem ainda associações positivas e significativas entre crenças

e as variáveis otimismo, aceitação religiosa e aceitação de escape; otimismo e aceitação religiosa; medo da morte e evitamento; aceitação religiosa e aceitação de escape. As correlações negativas e significativas verificam-se entre a variável neutral e as variáveis medo da morte, evitação, aceitação e as variáveis otimismo e escape.

Tabela 21. Resultados da Associação entre Espiritualidade e Atitudes perante a morte

	Espirit.	Crenças	Otimismo	Neutral	Medo	Evitamento	Religiosa	Escape
Espiritualidade	1	**,800****	**,825****	,021	,019	,018	**,493****	-,036
Crenças		1	**,320****	-,020	**,095***	,077	**,696****	**,103***
Otimismo			1	,053	-,060	-,044	**,123****	**-,154****
Neutral				1	**-,302****	**-,263****	**-,107***	-,062
Medo					1	**,619****	**,100***	-,037
Evitamento						1	,033	,003
Religiosa							1	**,305****
Escape								1

** p<0.001; * p<0.05

Com o objetivo de perceber se os níveis de espiritualidade predizem a atitude perante a morte realizaram-se análises de regressão linear múltipla. De seguida apresentamos apenas os modelos que demonstraram correlação (Tabela 22).

Tabela 22- Análise Preditiva: atitude perante a morte em função dos níveis de espiritualidade

	R^2	B	t	p
Aceitação Religiosa				
	.493			
Espiritualidade		-.373	-3.187	**.002**
Crenças		1.194	15.230	**<.001**
Aceitação de Escape				
	.05			
Espiritualidade		-.649	-4.370	**<.001**
Crenças		.485	4.864	**<.001**
Medo				
	.014			
Espiritualidade		-.294	-2.079	**<.001**
Crenças		.276	2.904	**<.001**

Desta análise destacamos o valor de R^2 para a dimensão aceitação religiosa que atendendo ao tipo de variáveis (escala de Likert) uma variabilidade explicada de 69% para o modelo.

Podemos desta forma confirmar as seguintes hipóteses:

- Os níveis de espiritualidade e a sua subdimensão crenças influenciam a atitude de aceitação religiosa perante a morte, com relação positiva, numa magnitude elevada;

- Os níveis de espiritualidade e a sua subdimensão crenças influenciam a atitude de escape perante a morte, numa relação inversa e com magnitude fraca;
- Os níveis de espiritualidade e a sua dimensão crenças influenciam a atitude de medo e ansiedade perante a morte, numa relação inversa e com magnitude fraca.

5. DISCUSSÃO

"O objetivo da argumentação, ou da discussão, não deve ser a vitória, mas o progresso."

Joseph Joubert

Neste capítulo pretendemos fazer uma análise detalhada dos resultados obtidos através de uma apreciação crítica dos mesmos, atendendo à literatura existente e às limitações do estudo.

A amostra deste estudo é composta por 468 médicos inscritos na ordem e a exercer em Portugal, valor que supera o tamanho amostral calculado para o universo da população com vista a obter um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5 %. Os médicos inquiridos são maioritariamente do sexo feminino (67,9%) apresentando idades compreendidas entre os 24 e os 69 anos, com uma média de 37,5 anos, sendo a faixa etária mais prevalente a de adulto-jovem. Consultando as estatísticas nacionais disponíveis no site da ordem dos médicos relativos a 2019, podemos verificar que 55,6% dos médicos portugueses são do sexo feminino, sendo a faixa etária mais prevalente a de adulto-jovem (40%), sendo os dados concordantes com o do estudo. [76] Contudo, é de notar que a nossa amostra é significativamente mais jovem facto que pode estar relacionado com a metodologia de colheita dos dados o que é também verificado nos anos de prática profissional, trabalhando a maioria dos inquiridos há 5-10 anos.

No que concerne à prática religiosa a maioria dos médicos (67,9%), afirma não ser praticante, o que é coincidente com os recentes estudos sociológicos que demonstram um declínio da influência religiosa e da sua prática fervorosa.[10]

Participaram médicos de 36 das 47 especialidades existentes em Portugal, sendo a maioria de MGF, Medicina interna e Cirurgia geral, sendo assim análogo à realidade nacional.

A maioria dos médicos encontra-se a trabalhar em territórios de alta densidade (57,3%) o que pode dever-se à maior concentração de recursos médicos e respetiva dimensão nestas localidades.

Relativamente às vivências da morte, a maioria dos inquiridos vivenciaram perdas, quer a nível pessoal como profissional. É de realçar que apenas 8,3% dos médicos afirma nunca ter acompanhado doentes em estádio terminal e apenas 6% não experienciou uma situação de morte no trabalho. Estes dados demonstram a transversalidade do processo da morte e do seu acompanhamento na prática médica, evidenciando que esta não está restrita apenas a algumas especialidades.

Se analisarmos estes dados em paralelo com os dados relativos à formação específica sobre a morte verificamos com facilidade o contraste. Apesar de a grande maioria dos médicos ter de lidar com a morte na sua dinâmica laboral, apenas 32,7% considera ter formação adequada para lidar com a morte, sendo que 61,1% afirma não ter frequentado nenhuma formação nos últimos 5 anos.

Estes resultados corroboram a realidade apresentada na maioria dos estudos realizados em profissionais de saúde em que a falta de formação é apresentada como principal barreira na gestão do processo de morrer.[10,16,56,59] Este facto pode dever-se por um lado à falta de oferta formativa na área e por outro à postura dos próprios profissionais, que mantendo o foco na técnica curativa, desvalorizam e evitam esta dimensão.[10, 59, 67]

No que concerne ao estudo dos níveis de espiritualidade verificou-se que os médicos do estudo apresentam níveis médios de 2,7 de espiritualidade global, com predomínio do otimismo com 2.96 face às

crenças com 2,37. Os valores globais estão em nível com os apresentados no estudo original da escala (média de 3,22) e com os estudos realizados na população idosa (médias de 2,79 e 2,22). Contudo no que diz respeito à dimensão dominante os dados são discordantes, dado que nos restantes estudos predominam as crenças. Esta diferença pode estar relacionada com o caráter da profissão, que parece conduzir os médicos a valorizar mais a vida, a esperança e o futuro do que a profundidade religiosa da espiritualidade

A consistência interna verificada pelo coeficiente de alfa de 0,66 foi sobreponível à encontrada nos restantes estudos que recorreram a esta escala. [45,46]

Verificou-se existir uma associação entre os níveis de espiritualidade e as seguintes variáveis: idade, prática religiosa, horas de formação sobre a morte e perceção de ter formação adequada para lidar com a morte.

A idade apresenta diferenças ao nível das crenças numa associação de efeito médio, à custa de níveis superiores nos médicos adultos-jovens relativamente aos restantes. Os dados da literatura existente são inconsistentes, havendo estudos que não mostram relação com a idade e outros em que a idade tem impacto, sendo que nestes verifica-se geralmente um aumento da espiritualidade com a idade. [26, 29,231]

Esta inconsistência verifica-se também no género, que no nosso estudo não revelou diferenças estatisticamente significativas e que em outros estudos demonstrou a existência de níveis de espiritualidade superiores no sexo feminino. [31]

O tempo de experiência profissional não demonstrou diferenças, dados que são consonantes com o estudo de Sapage, C. (2015) em enfermeiros. [26]

Como seria expectável a prática religiosa apresentou uma relação positiva de força média com os níveis de espiritualidade e as suas dimensões,

demonstrando ainda que não é condição imprescindível ao desenvolvimento da espiritualidade.

As horas de formação sobre a morte mostraram ter um impacto positivo de pequeno efeito sob a dimensão do otimismo/esperança. Esta diferença verificou-se sobretudo entre os grupos sem formação e com formação superior a 80 horas. Não sendo de todo sobreponíveis, estes dados estão em linha com os resultados obtidos por Pinto, C. que mostram o efeito positivo da literacia na dimensão do otimismo.[31] Estes dados reforçam a importância da formação e dos programas educacionais sobre a morte, que não apresentando, como seria de esperar, efeitos nas crenças individuais, levam os médicos a refletir sobre a sua finitude e os valores da vida, aumentando a sua visão de esperança e otimismo. Esta análise espelha-se também na relação encontrada entre a perceção de formação adequada e o otimismo.

Importa realçar que, tal como formulado por Baldachino (2006), o cuidado espiritual é complexo, exigindo competências pessoais e profissionais, implicando formação e treino. Neste sentido, o reconhecimento individual da dimensão espiritual torna-se essencial para a perceção da mesma como fundamental na vida humana e consequentemente na prestação de cuidados. [8, 77]

De acordo com a revisão de Romeiro, J. *et al* (2018) há em Portugal poucos estudos sobre a espiritualidade na saúde, apesar de haver um interesse crescente nesta área desde 2002. Os estudos realizados em profissionais de saúde são todos dirigidos a enfermeiros, havendo apenas um que recorre à escala de Pinto C. Ribeiro, facto que dificulta a análise comparativa dos dados. [37]

No que diz respeito às atitudes perante a morte a confiabilidade do instrumento, calculada pelo coeficiente de alfa, mostrou-se sobreponível nas diferentes dimensões aos resultados da literatura pesquisada.

Começamos por fazer uma análise relativa à atitude predominante, mas dado o caráter da escala que assume a coexistência das dimensões, e a sua interdependência e interligação na dinâmica real de atuação perante a morte, realçamos os resultados obtidos na segunda análise.

Verificou-se um predomínio da aceitação neutral, com uma média de 5,4, a que se seguiu o medo e ansiedade com 3,778, o evitamento com 3,33, a aceitação de escape com 3,04 e a aceitação religiosa com 3,03. Em 71,8% dos médicos a atitude neutral predominou, havendo ainda 14,3% dos médicos em que o medo prevalece. Wong *et al* (1994) numa população de 300204 adultos de várias idades e diversas proveniências socioculturais obtiveram os seguintes valores médios: 5,57 para a aceitação neutral, 5,95 para a aceitação religiosa, 4,45 para a aceitação de escape, 3,03 para o medo e 2,91 para o evitamento. Por sua vez, Andrade, T. (2008) num estudo realizado com 281 profissionais de saúde portugueses, na sua grande maioria enfermeiros, obteve médias de 5,41 para a aceitação neutral, 4,32 para o medo, 4,08 para o evitamento, 3,78 para a aceitação religiosa e 3,37 para a aceitação de escape. Havendo um padrão similar nos estudos no que concerne às atitudes, podemos notar níveis francamente inferiores de aceitação religiosa nos estudos com profissionais de saúde, facto que podendo estar relacionado com o pragmatismo inerente à profissão, pode também ser alvo de influência do ano de realização do estudo. Verificam-se também menores níveis de aceitação de escape. O medo e o evitamento assumem maior destaque nos estudos com profissionais de saúde, demonstrando-se a base negativa e a tendência de fuga que os profissionais, ainda imbuídos na sua missiva de salvação, assumem perante o processo de morrer.[52] Ao verificarmos o relevo que a aceitação neutral teve no nosso estudo e a dimensão paralela do medo não podemos deixar de intuir que a realidade vivida no momento de colheita pode ter deixado o seu cunho nas atitudes dos profissionais. A experiência

de uma pandemia e da consequente proximidade da morte, tornando-a simultaneamente mais próxima e previsível, mas também mais temida pode ter condicionado os resultados obtidos.

No estudo das associações entre as atitudes perante a morte e as restantes características sociodemográficas, pessoais e profissionais, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas no que concerne às variáveis idade, experiência profissional, prática religiosa, vivências profissionais de morte, formação sobre a morte e perceção da adequação da formação.

A idade apresenta diferenças estatisticamente significativas de pequena dimensão ao nível da aceitação neutral, aceitação religiosa e aceitação de escape. As duas últimas aumentam com a idade, verificando-se diferença significativa entre os sub-grupos de adulto jovem e idoso. A aceitação neutral por sua vez, apresenta níveis superiores no sub-grupo de meia-idade relativamente aos restantes. Estes resultados são análogos aos obtidos no estudo de Barbosa F. *et al* em enfermeiros. O aumento da aceitação de escape parece estar relacionada com a diminuição das oportunidades para se envolver em atividades com significado, com o isolamento e com o aparecimento de alguns problemas de saúde e limitações inerentes ao avançar da idade, enquanto que a aceitação religiosa parece florir com as reflexões existencialistas numa vivência mais próxima com o transcendente e mais afastada da roldana frenética de tecnicismos e ambições que caracterizam a juventude. Já o pico de aceitação neutral que se verifica na meia idade pode estar relacionado com a análise de ponderação da vida em perspetiva, que aparece ocorrer na "crise da meia idade" e que leva os indivíduos a percecionarem o fim da áurea juventude e a encararem a finitude da sua jornada.

De notar que muitos estudos apontam para a existência de diferenças de atitudes face ao género, apresentando as mulheres mais aceitação

religiosa e os homens maiores níveis de evitamento, valores que não se verificaram no nosso estudo. [10,16, 49, 52]

Os médicos com prática religiosa apresentaram uma relação positiva de força elevada com os níveis de aceitação religiosa.

Tal como nos estudos de Lange (2008) e Dunn *et al*, os anos de prática profissional demostraram ter um efeito de pequena força em todas as dimensões com exceção da aceitação religiosa. A aceitação neutral e de escape aumentam com a experiência profissional, enquanto o medo tende a diminuir. A morte é encarada como um falhanço que qualquer jovem médico deve evitar, mostrando-se mais natural, presente e até aceitável com o decorrer da experiência e das vivências profissionais. Já o evitamento apresenta dados curiosos, sendo menor logo no início da carreira e posteriormente quando a prática excede os 20 anos. Estes dados acabam por encontrar um suporte nos resultados obtidos para a variável de vivências de morte. Os médicos tendem a diminuir a aceitação religiosa e o medo com o aumento das vivências de morte de âmbito profissional, aumentando a sua aceitação neutral. Podemos assim inferir que o contacto com o processo da morte, o treino e a experiência facilitam uma atitude mais positiva, vencendo os mecanismos de defesa e as rotinas de afastamento, aproximando os profissionais do corolário da existência e da inerência da morte à vida. [13]

Na mesma linha de evidência, verificamos que a participação em formações sobre a morte e a perceção de ter formação adequada para lidar com a morte se associa nos médicos a níveis superiores de aceitação neutral e níveis inferiores de medo e evitamento. O impacto da formação, do treino e da preparação ficam assim mais uma vez reforçados no estabelecimento de atitudes dos médicos face à morte.

Por último procedemos à análise da relação entre os níveis de espiritualidade e as atitudes perante a morte. Verificamos que os níveis globais de espiritualidade se relacionam positivamente com a aceitação

religiosa e que o nível da sub-dimensão crenças se relaciona positivamente com o medo e aceitação religiosa. Por sua vez a sub-dimensão do otimismo relaciona-se positivamente com a aceitação religiosa e negativamente com a aceitação de escape. Desta forma podemos afirmar que os níveis de espiritualidade têm impacto nas atitudes dos médicos perante a morte, sendo o sentido da vida importante na identificação e construção dos padrões de atitudes perante a morte, sendo que a integração de ambos pode ser a melhor forma de compreender a complexidade em torno do tema da perceção individual da morte. [10]

O conhecimento de si mesmo, o autocuidado, a reflexão e o acompanhamento espiritual anunciam-se assim como aspetos a ter em conta quando pretendemos trabalhar as atitudes dos profissionais perante a morte.

Consideramos como principais limitações deste estudo o facto de a constituição da amostra ser não probabilística e intencional, facto que nos permitiu facilitar a recolha atempada dos dados mas que impõe prudência na generalização dos resultados. A este facto associa-se o modo de divulgação do convite para o estudo e respetivo questionário que tendo privilegiado o recurso a meios informáticos pode ter induzido um viés de seleção.

Como pontos fortes são de realçar o tamanho amostral e o recurso a escalas validadas, uma das quais construída especificamente por portugueses, mas que nunca tinha sido utilizada em médicos, podendo desta forma contribuir para investigações futuras. Consideramos ser também uma mais valia o estudo incidir sobre a população médica. Com base na literatura pesquisada nenhum outro estudo efetuou a análise das dimensões espiritualidade e atitudes perante a morte em si, nem nenhum estudo destas temáticas se realizou em médicos portugueses pelo que os nossos resultados

expõem informação preliminar e pioneira na área, sendo difícil estabelecer análises comparativas.

6. Conclusão

Às vezes ponho-me a pensar se a aceitação calma da morte no homem da terra não será o resultado desta íntima comunhão com o ritmo da natureza. No inverno, árvores despidas; na primavera, folhas e flores; no verão, frutos. No inverno seguinte, árvores despidas; na primavera, folhas e flores; no verão, frutos. No inverno a seguir... Eu bem sei que o homem da cidade tem por sua vez mil maneiras de notar este eterno retorno da vida e da morte. Parece-me é que ali a coisa não tem esta nitidez, esta evidência, esta fatalidade.

Miguel Torga, in "Diário" (1936)

A morte constitui uma inerência, assumindo várias perspetivas de acordo com a cultura, o contexto social e os momentos da história.

A recente desfamiliarização da morte que encontrou no hospital um habitat despreparado, despersonalizado e frio, tem obrigado à reflexão, análise e estudo do papel dos profissionais de saúde no processo de morrer e respetivos determinantes.

A tónica no cuidar, na humanização e dignificação ao longo do processo tem assumido grande preponderância na área da saúde estando ainda muito aquém de constituir uma realidade universal e homogénea.

Este estudo concebido para estudar a realidade dos médicos portugueses no que concerne à espiritualidade e às atitudes perante a morte, encontrou nas diferentes análises as seguintes conclusões:

- Os médicos das diferentes áreas de especialização acompanham doentes em estádio terminal e no processo de morte;

- A maioria dos médicos sente não ter formação adequada para lidar com a morte, nem frequentou nenhuma formação nos últimos 5 anos;
- Os médicos apresentam níveis médios de espiritualidade havendo um predomínio da sub-dimensão otimismo/esperança;
- Os níveis de espiritualidade dos médicos são influenciados pela idade, a prática religiosa e pela formação sobre a morte;
- Os médicos apresentam predominantemente uma atitude neutral perante a morte;
- O medo e a ansiedade apresentam níveis elevados nos médicos, sendo a segunda atitude predominante;
- A idade, a experiência profissional, as vivências profissionais de morte, a prática religiosa e a formação influenciam as atitudes dos médicos perante a morte;
- A experiência profissional e as vivências profissionais de morte têm impacto positivo nas atitudes perante a morte;
- A formação sobre a morte aumenta a naturalidade com que os médicos lidam com o processo, diminuindo as suas atitudes negativas;
- Os níveis de espiritualidade dos médicos influenciam as suas atitudes perante a morte.

O caráter inovador das dimensões e da população estudada deve-nos levar a repensar no papel dos médicos no acompanhamento da morte, bem como no modo como estes podem ser agentes de mudança, na generalização da prestação de cuidados holísticos, onde a espiritualidade não deve ser descurada, como na responsabilização de uma nova atitude perante a morte que a torne menos oculta e temida, mais personalizada, digna e humana.

Paralelamente não se deve minimizar as implicações que os resultados obtidos podem conferir à prática da medicina em Portugal, tendo

sido produzidos conhecimentos que se podem configurar determinantes na melhoria da prática dos cuidados médicos perante a morte.

O investimento em programas educacionais de formação (pré e pós-graduada), treino e acompanhamento bem como a criação de grupos de suporte que facilitem e promovam a reflexão da temática, através do desenvolvimento individual de competências e do amadurecimento coletivo das equipas multidisciplinares parece-nos essencial. A aposta em equipas multidisciplinares com variância no que concerne à idade e experiência profissional poderá também enriquecer o processo de humanização da morte institucionalizada. A mudança de paradigma que se exige reclama por si a extinção de tabus em torno da espiritualidade e da sua vivência e abordagem nas dinâmicas da saúde e da negação da morte. Esta mudança deve ser transversal e operacionalizada nas diversas áreas da medicina, não devendo ficar confinada aos serviços de cuidados paliativos.

Será também importante desenvolver novos estudos que nos permitam estruturar de modo mais formal e pragmático os mecanismos mais efetivos e eficazes para desenvolver a espiritualidade e as atitudes positivas dos médicos perante a morte.

Este reconhecimento configura-se essencial na melhoria das dinâmicas nacionais de humanização e dignificação do morrer, quer através da formação e acompanhamento dos recursos humanos, como na estruturação física e organizacional de novos modelos de assistência.

7 . BIBLIOGRAFIA

1 - Osswald W. Sobre a Morte e o Morrer. Relógio D'Água Editores. 2013.

2 - Coelho A M. Atitudes Perante a Morte. Livraria Minerva. 1991.

3 - Caputo F. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. Saber acadêmico. 2008;6. ISSN 1980-5950.

4 - Guerreiro E. A ideia de morte - do medo à libertação. Diacrítica [online]. 2014; 28(2):169-197.

5 - Mattedi M, Pereira A. Vivendo com a morte: o processamento do morrer na sociedade moderna. Caderno CRH, Salvador. 2007;20(50):319:330.

6 - Nunes, R., Rego, F., Rego, G. Enciclopédia Luso-brasileira de cuidados paliativos. 2018, Almedina.

7 - Rego, F. Espiritualidade. In Nunes, R., Rego, F., Rego, G. Enciclopédia Luso-brasileira de cuidados paliativos. 2018, Almedina.

8 - Rego F., Pereira, C., Rego, G., Nunes, R. The Psychological and Spiritual Dimensions of Palliative Care: A Descriptive Systematic Review. Neuropsychiatry (London) (2018) 8(2), 484-494

9 - Trindade Lopes (1991). *O Livro dos Mortos do Antigo Egipto* (Trad.). Lisboa: Assírio e Alvim.

10 - Andrade T. Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde. Repositório da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. 2008.

11 - Vanoyeke, V. (1999). L´Egipte inconnue. *Science et Vie*. No 982 (49-64)

12 - Davies, J. (1999). *Death, Burial and Rebirth in the Religions of Antiquity*. Routledge. Londres

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

14 - https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/07/13/sistema-de-informacao-de-mortalidade/ (Consultado Em agosto de 2020)

15 - Jordão J, Leal I. Conceito de boa morte na população portuguesa. Psicologia, Saúde & Doenças. 2014;15(1):13-25.

16 - Serra S. Morrer na presença de quem cuida: atitudes do enfermeiro de cuidados diferenciados face à morte e aos cuidados ao doente em fim-de-vida. Repositório da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2012.

17 - Ariès, Phillipe.: *Sobre a História da morte no Ocidente desde a Idade Média.* Teorema, Lisboa, 2010. 4a edição. pp. 222.

18 - Magalhães, J. C.: *Cuidar em fim de vida - Experiência durante a formação inicial de enfermeiros.* Lisboa: Coisas de Ler, 2009, pp. 190

19 - Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores.

20 - Kehl, K, A. (2006). Moving toward peace: an analysis of the concept of a good death. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 23, 277-286. doi: 10.1177/1049909106290380

21 - Saunders, C. (1991) Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach. Londres. Edward Arnold.

22 - Bernardo, M. (1999). História dos cuidados paliativos. In J. Luís Portela e Isabel Galriça Neto (coord.). *Dor e cuidados paliativos*. Lisboa. Permanyer Portugal

23 - Alves C. A espiritualidade e os profissionais de saúde em cuidados paliativos. Repositório da Universidade de Lisboa. 2011.

24 - Romeira, O. (1998). Espiritualidade: Que importância no cuidar. *Servir, 46* (3), 127-128.

25 - Nunes, R.,De Melo, H. (2012) - Testamento Vital. Almedina, Coimbra, 2012

26 - Espiritualidade no cuidar: perceções dos enfermeiros face ao cuidado espiritual. Repositório da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2015.

27 - Sulmasy D. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. Gerontologist. 2002; 42(3):24-33.

28 - Longuiniere A, Yarid S, Silva E. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. Revista Cuidarte. 2018;9(1).

29 - Zimmer Z, Jagger C, Chiu C, Ofstedal M, Rojo F. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. SSM - Population Health 2.2016:373-381.

30 - I Ribeiro. Espiritualidade nos cuidados de Saúde: Perspectiva Bioética. Repositório da Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2011.

31 - Pinto C, Ribeiro J. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. Rev. Port. Sau. Pub. 2010;28(1).

32 - Romeiro J, Martins H, Pinto S, Caldeira S. Review and Characterization of Portuguese Theses, Dissertations, and Papers about Spirituality in Health. Religions. 2018:9(271).

33 - Teixeira J. O impacto da espiritualidade nas emoções e na resiliência. Repositório da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. 2016

34 - Longuinierie A, Yarid S, Silva E. Influência da Religiosidade/Espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico. ISSN 1981-8963

35 - Oliveira R. Saúde e espiritualidade na formação profissional em saúde, um diálogo necessário. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2017;19(2):54-5.

36 - Cicirelli, V. G. (2011).Religious and nonreligious spirituality in relation to death acceptance or rejection. Death Studies, 35, 124 - 146. doi:10.1080/07481187.2011.535383

37 - McSHERRY, W (2006) - Making sense of Spirituality in nursing and healthcare practice. London, 2006, 2ªEdição

38 - PINTO, S; CALDEIRA, S, MARTINS, J. (2012) - A espiritualidade nos pacientes com câncer em quimioterapia. CuidArte Enfermagem, Vol.6, Nº1, Janeiro-Junho 2012, pp: 8-14.

39 - CARQUEJA, E. (2008) - A prática religiosa e a percepção do sofrimento: um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica. Cadernos de Saúde, Vol.2, Nº 1, 2008, pp:7-40.

40 - PERES, M. [et al] (2007) - A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Revista de Psiquiatria Clinica, Nº 34, Supl. 1 2007, pp: 82-87

41 - Ironson G, Kremer H, Lucette A. Relationship between spiritual coping and survival in patients with HIV. J Gen Intern Med. 2016 Sept;31(9):1068-76. Doi: 10.1007/s11606-016-3668-4

42 - Schleder LP, Parejo LS, Puggina AC, Silva MJP. Espirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1): 71-8. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100012

43 - CALDEIRA, S., Narayanasamy, A. (2011) - Programas de Educação em Enfermagem acerca da Espiritualidade: uma revisão sistemática. CuidArte Enfermagem,Vol. 5, Nº 2, Julho / Dezembro 2011, pp:123-128.

44 - Association of American Medical Colleges. Report I: Learning objectives for medical student education: guidelines for medical schools [Internet]. Washington (DC): American Association of Medical Colleges; 1998 [acesso em 01 abr, 2020]. (Medical School Objectives Project).

45 - Pinto C, Pais-Ribeiro J. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. Arquivos de Medicina. 2007;21(2):47-53.

46 - Dias E, Pais-Ribeiro J. Propriedades Psicométricas da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro: Estudo com pessoas idosas residentes na comunidade. Kairos. 2017;20(4).

47 - Tojal A. Atitude do Enfermeiro perante a morte. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2011

48 - Monteiro, M,; Santos, M. - Psicologia: Nova Edição. Porto: Porto Editora, 1997. 351p. ISBN 972-0-42104-5

49 - Wong P, Reker G, Gesser G. The Death Attitude Profile-Revised (DAP-R): A Multidimensional Measure of Attitudes Towards Death. In R. A. Neimeyer (Ed.), Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application (pp. 121-148). Washington, DC: Taylor & Francis.

50 - Neimeyer R. Death anxiety handbook. Taylor & Francis. 1994.

51 - Faria S, Figueiredo J. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. Psicologia hospitalar. 2015;15(1):44-66.

52 - Loureiro L. Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). Revista de Enfermagem - III - nº1 - 2010.

53 - Magalhães M, Melo S. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. Psicologia e Saúde em Debate. 2015;1(1).

54 - Machado R, Oriá M, Fernandes M, Gouveia M, Silva G. Tradução e adaptação cultural do death attitude profile revised (DAP-R) para uso no Brasil. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019;28:e20180238.

55 - Sharif Nia H, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. IJCBNM. 2016;4(1):2-10.

56 - Khader K, Jarrah S, Alasad J. Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. Int. J. Nurs. Midwifery. 2010;(2)1:1-9.

57 - Gama G, Vieira M, Barbosa F. Factors influencing nurses' attitudes towards death. Int. J. Palliat. Nurs. 2013;18(6).

58 - CUNHA, Vanessa - A morte do outro: Mudança e diversidade nas atitudes perante a morte. Sociologia, Problemas e Práticas, no31. Lisboa: Editora CIES-ISCTE/CELTA, 1999. p.103-128. ISSN 0873-6529

59 - Santos M, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(9):2757-2768.

60 - Saraiva, Dora M. R. F. - Atitude do Enfermeiro Perante a Morte: Investigação. In NURSING: Edição Portuguesa, no244, (Abril 2009). ISSN 0871-6196. p.6-13

61 - Braun, M., Gordon D. e Uziely, B.: *Associations between Oncology Nurses' Attitudes toward death and caring for dying patients.* Oncology Nursing Forum. 37 (1) janeiro 2010. pp. 43-49

62 – Takahashi CB, Contrin LM, Beccaria LM, Goudinho MV, Pereira RAM. Morte: percepção e sentimentos de acadêmicos de enfermagem. Arq Ciênc Saúde 2008; 15(3):132-138.

63- Souza DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. Texto Contexto Enferm 2009; 18(1):41-47

64 - Black K. Health care professionals'death attitudes, experiences, and advance directive communication behavior. Death S tud 2007; 31(6):563-572

65 - Rosa AF, Lunardi VL, Barlem ED, Filho WDL. Percepções das enfermeiras frente aos sentimentos de quem vivencia o processo de morrer e morte. Ciênc Cuid Saúde 2006; 5(2):204-211

66 - Sadala MLA, Silva FM. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(2):287-294.

67 - Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. Oncol Nurs Forum 2008; 35(6):955-959.

68 - Lundén K, Baigi IA, Hildingh C, Fridlund B. Coronary care unit nurses' outlook on death - their own thoughts as well as those of their patients: a pilot study. Nordic J Nurs Research Clin S tud 2007; 27(3):9- 12.

69 - https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen (Consultado em Agosto de 2020)

70 - Brooks, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence.: rapid review of the evidence. The Lancet, v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8

71 - Fontes W, Assis P, Santos E, Maranhão T, Júnior J, Gadelha M. Perdas, Mortes e Luto Durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão da Literatura. Id on Line Rev. Mult. Psic. 2020;14(51):303-317.

72 - Crepaldi M, Schmidt B, Noal D, Bolze S, Gabarra L. Terminalidade, Morte e Luto na Pandemia de Covid-19: Demandas Psicológicas Emergentes e Implicações Práticas. Revista Estudos de Psicologia (Campinas), 37.

73 - Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impacto f quarantine and how to reduce it: review of the evidence. Lancet. 2020;395:912-20.

74 - Wallace, C. L. et al. Grief During the COVID-19 Pandemic: considerations for palliative care providers: Considerations for Palliative Care Providers. Journal Of Pain And Symptom Management, abr. 2020. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012.

75 - ZHAI, Y.; DU, X. Loss and grief amidst COVID-19: a path to adaptation and resilience.: A path to adaptation and resilience. Brain, Behavior, And Immunity, abr. 2020. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053.

76- https://ordemdosmedicos.pt/estatisticas-nacionais/ (Consultada em Agosto de 2020)

77 - Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. 2006. JNC 15(7):885-896.

8. ANEXOS

8.1. QUESTIONÁRIO

As atitudes perante a morte e a espiritualidade em médicos

Este questionário destina-se a um estudo de tese de Mestrado em Cuidados Paliativos pela faculdade de medicina da Universidade do porto que pretende analisar as Atitudes dos médicos perante a morte, a sua relação com a espiritualidade e a formação profissional. Agradecemos desde já a sua colaboração através do preenchimento deste questionário com duração prevista de 15 minutos, os dados obtidos serão totalmente anonimizados. Os resultados serão expostos sob a forma de artigo científico e numa conferência para profissionais de saúde com data e local a definir.

DADOS GERAIS:

Género: ☐ F ☐ M Idade: ___ Anos de prática profissional: ☐ <5 ☐ 5 - 10 ☐ 10 - 20 ☐ >20

Especialidade: _____; Localidade de Trabalho: _____

É religioso praticante?: ☐S ☐ N

VIVÊNCIAS DE MORTE:

Já teve de lidar com a morte de familiares próximos?

☐ >5 situações; ☐ 2 a 5 situações; ☐ 1 situação; ☐ nunca;

Como profissional já acompanhou doentes em fase terminal?

☐ >5 situações; ☐ 2 a 5 situações; ☐ 1 situação; ☐ nunca;

Como profissional quantas perdas por morte de doentes já acompanhou?

☐ >5 situações; ☐ 2 a 5 situações; ☐ 1 situação; ☐ nunca;

FORMAÇÃO SOBRE A MORTE:

Na sua formação pré-graduada (curso da faculdade) teve formação específica sobre a morte?

☐ Sim ; ☐ Não; ☐ Não me recordo;

Nos últimos 5 anos participou em alguma formação sobre a morte?

☐ Sim > 80 horas ; ☐ Sim 30 a 80 horas; ☐ Sim 8 – 30 horas ; ☐ Sim < 8 horas ; ☐ Não

Como profissional considera que tem formação adequada para lidar com situações de morte?

☐ Sim; ☐ não; ☐ não sei;

ESPIRITUALIDADE *(Pinto C e Pais-Ribeiro JL):*

As frases seguintes referem-se à sua espiritualidade/ crenças pessoais, e ao modo como elas afetam a sua qualidade de vida. Por favor selecione a opção que melhor expressa o seu estado na ultima semana.

	Não concordo	*Concordo um pouco*	*Concordo bastante*	*Plenamente de acordo*
1 – As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2 – A minha fé e crenças dão-me força nos momentos difíceis	1	2	3	4
3 – Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
4 – Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5 – Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4

PERFIL DE ATITUDES PERANTE A MORTE *(Wong, Reker e Gesser):*

Este questionário contém uma série de afirmações relativas a diferentes atitudes perante a morte. Leia atentamente cada afirmação, e depois indique o quanto concorda ou discorda com a mesma. As opções de resposta vão do "concordo muitíssimo" ao "discordo muitíssimo" e do "discordo muitíssimo" ao "concordo muitíssimo". Se estiver indeciso, escolha a opção "não concordo nem discordo". Tente, no entanto, usar esta opção o menos possível. Muitas das afirmações podem parecer semelhantes, mas todas são necessárias para evidenciar pequenas diferenças ao nível das atitudes.

1 – A morte constituiu sem dúvida uma experiência terrível.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

2 - Perspetivar a minha própria morte gera-me ansiedade.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

3 – Evito pensamentos à cerca da morte a todo o custo

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

4 – Acredito que irei para o céu depois de morrer

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

5 – A morte porá fim a todos os meus problemas.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

6 – A morte devia ser olhada como um acontecimento natural, inegável e inevitável.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

7 – Perturba-me o facto de a morte ser irreversível

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

8 – A morte é uma passagem para um local de satisfação plena

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

9 – A morte permite escapar deste mundo terrível.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

10 – Sempre que me ocorrem pensamentos acerca da morte, procuro afastá-los.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

11 – A morte é a libertação da dor e do sofrimento.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

12 – Tento sempre não pensar na morte.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

13 - Acredito que o céu será um local bem melhor do que este mundo.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

14 – A morte é um aspeto natural da vida.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

15 – A morte é a união com deus e com a felicidade eterna.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

16 – A morte traz uma promessa de uma vida nova gloriosa.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

17 – Não temerei a morte, mas também não a receberei de braços abertos.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

18 – Tenho um intenso medo da morte.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

19 – Evito por completo pensar na morte.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

20 – O tema da vida depois da morte perturba-me bastante.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

21 – O facto da morte poder significar o final de tudo o que conheço assusta-me.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

22 – Aguardo com expectativa a reunião com o que amei, depois da morte.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

23 - Vejo a morte com alívio do sofrimento terreno.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

24 – A morte é simplesmente uma parte no processo da vida.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

25 – Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

26 – Tento não me envolver em nada que tenha a ver com o tema morte.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

27 – A morte oferece a maravilhosa libertação da alma.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

28 – Uma das coisas que me conforta perante a morte é a minha crença numa continuidade da vida depois da morte.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

29 – Vejo a morte como alívio dos fardos desta vida.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

30 – A morte não é boa nem má.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

31 – Aguardo com expectativa a vida depois da morte.

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo

32 – A incerteza de não se saber o que acontece depois da morte preocupa-me.

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo

Obrigado pela sua colaboração.

8.2. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer da Comissão de Ética do

Centro Hospitalar Universitário de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projeto:

As atitudes perante a morte e a espiritualidade em médicos - um retrato em análise

Nome da Investigadora Principal:

Dra. Bela Alice Botelho Morais Costa – Médica de Medicina Geral e Familiar.

Onde decorre o Estudo:

Estudo alargado, realizado através de divulgação de questionário via email, por redes sociais ou grupos médicos

Objectivos do Estudo:

"Determinar a relação entre os níveis de espiritualidade e as atitudes perante a morte em médicos.

Determinar se, fatores como formação prévia sobre a morte, vivências pessoais de morte, ou local de trabalho, têm impacto nas atitudes dos médicos perante a morte".

Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da FMUP, sob orientação do Prof. Doutor Rui Nunes.

Observações:

- Sugere-se que na formulação dos objetivos - se corresponder ao pretendido pelo investigador

. O objetivo geral seja reformulado para – Determinar, em médicos, a relação entre os níveis de espiritualidade e as atitudes perante a morte.

. O primeiro objetivo especifico apresentado no protocolo do estudo, onde se lê *"Avaliar as atitudes perante a morte dos médicos"* seja alterado para "Avaliar as atitudes dos médicos perante a morte"

No questionário para submissão de investigação solicita-se que:

- Seja preenchido informaticamente (não de forma manuscrita)
- Indique se o investigador tem formação em boas práticas clínicas
- Indique a data de início e término do estudo
- Apresente informação sobre como é garantida a anonimização dos dados, ou justificar o porquê de não considerar aplicável.

Conceção e Pertinência do estudo:

"A compreensão destas dimensões poderá ser importante para reforçar a necessidade de investir em formação sobre a morte e o cuidar no ato de morrer, bem como de garantir acompanhamento espiritual aos profissionais de saúde, visando por um lado a melhoria do seu bem-estar e a prevenção do burnout e por outro lado a melhoria da prestação de cuidados no momento da morte".

O investigador informa no protocolo do estudo que:

A colheita de dados acontece através da aplicação de um questionário (que apresenta em anexo) composto por 3 partes

. um questionário sociodemográfico compreendendo variáveis como idade, género, estado civil, profissão, anos de experiência profissional, especialidade, experiência de perda por morte de familiares próximos, experiência de perda por morte de pacientes em âmbito profissional, participação em ações formativas sobre a morte;

. a escala de avaliação do perfil de atitudes acerca da morte (EAPAM);

. a escala de espiritualidade de Pinto C. R. e Pais-Ribeiro.

O protocolo do estudo refere que são elegíveis para amostra todos os médicos a exercer, inscritos em ordem profissional e através do programa Epi Info® sendo todos convidados a participar.

Observações:

Solicita-se ao investigador que acrescente a informação de se pretende uma amostra a nível nacional, ou internacional.

No protocolo informa que pede no questionário o estado civil do participante. Deverá retificar a informação, o questionário apresentado não contém esse dado.

Benefício/risco:

Considera-se como incómodo previsto, o associado ao tempo dispendido no preenchimento do questionário.

Confidencialidade dos dados:

O questionário solicita dados como idade, tempo de experiência profissional, especialidade e localidade de trabalho. Dependendo do número de médicos em localidades pequenas, poderá não ser garantida a não identificação do participante.

Observações:

- Não é apresentada informação sobre como será garantida a confidencialidade ou anonimização dos dados, solicita-se que seja acrescentada.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:
O consentimento é tácito pelo preenchimento do questionário.

Observações:
A informação ao participante poderá esclarecer como serão tratados os dados (tendo em conta os dados sóciodemográficos incluidos) e indicar o tempo previsto para o preenchimento do questionário.

***Curriculum* da investigadora**: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo:
Não é esclarecida a data de término do estudo.

Observações:
Solcita-se ao investigador que indique as datas de início e de término do estudo.

Propriedade dos dados:
O investigador identifica-se como proprietário dos dados.
Informa que pretende expor os resultados do estudo numa conferência para profissionais de saúde.

Observações:
Sugere-se que a informação seja acrescentada na informação ao particiante.

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projeto de investigação, após esclarecimento das questões assinaladas.

Porto, 29 de maio de 2020

A Relatora da CE, Enf.ª Gisela Lima

Face às questões levantadas e em resposta ao solicitado pela Comissão de Ética do CHUSJ, o investigador principal do projeto "*atitudes perante a morte e a espiritualidade em médicos - um retrato em análise*" envia a seguinte informação:

1 - O objetivo geral do estudo reformulado para: "Determinar, em médicos, a relação entre os níveis de espiritualidade e as atitudes perante a morte";

2 - Primeiro objetivo específico reformulado para: "Avaliar as atitudes dos médicos perante a morte";

3 - Quanto ao questionário para submissão de investigação:

- É apresentado preenchido informaticamente
- O investigador assinala que não tem formação em boas práticas clínicas
- Indica datas, início do estudo 01-07-2020, data de término 30-10-2020
- Acrescenta informação sobre confidencialidade e anonimização dos dados. Serão utilizadas técnicas de generalização, referindo a estratificação da idade e da localidade de trabalho em dois grupos (território de alta densidade/território de baixa densidade);

4 - A amostra do estudo será composta pelos médicos a exercer em Portugal, seguindo os métodos de recrutamento já apresentados no protocolo;

5- A informação ao participante inclui esclarecimento sobre confidencialidade e anonimização dos dados, forma como serão publicados e partilhados e tempo previsto para preenchimento do questionário.

Conclusão: Mediante os esclarecimentos do investigador principal do projeto de investigação *"As atitudes perante a morte e a espiritualidade em médicos - um retrato em análise"*, que respondem de forma satisfatória ao solicitado pela Comissão de Ética, proponho um parecer favorável à realização deste estudo.

Porto, 16 de Junho de 2020

A Relatora da CE, Enf.ª Gisela Lima

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

FACULDADE DE **MEDICINA**