



UNIVERSIDADE DO PORTO

FMUP

FACULDADE DE MEDICINA

**A ESCOLHA DO LUGAR ONDE MORRER POR ESTUDANTES E MÉDICOS:
VALORES HUMANOS E PERCEPÇÃO DE MORTE DIGNA**

INÊS MOTTA DE MORAIS

Dissertação de Doutoramento em Bioética

Porto – Portugal
2012

Inês Motta de Moraes

**A ESCOLHA DO LUGAR ONDE MORRER POR ESTUDANTES E MÉDICOS:
VALORES HUMANOS E PERCEPÇÃO DE MORTE DIGNA**

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Bioética

Orientador: Prof. Dr. Rui Nunes, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Portugal

Co-orientador: Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia, Professor Titular da Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes - Campus I, Departamento de Psicologia - João Pessoa, Paraíba - Brasil

Porto - Portugal
2012

FICHA CATALOGRÁFICA

FOLHA DE JULGAMENTO

*“De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos começando,
A certeza de que é preciso continuar e a
certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.
Fazer da interrupção um caminho novo,
Fazer da queda um passo de dança,
Do medo uma escola,
Do sonho uma ponte,
Da procura um encontro,
E assim terá valido a pena existir!...”*

Fernando Sabino

DEDICATÓRIA

Ao meu marido,
companheiro ideal, parceiro de todas as horas,
Udson de Alvarenga Moraes.

À Patrícia, Marina e Paulo,
que me ensinaram a arte de ser mãe,
e deram um significado especial à minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Rui Nunes, ilustre doutor, pela orientação sábia e incentivo constante.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia, amigo, incentivador capaz, facilitador incansável, sempre contribuindo para o desenvolvimento e execução desta tese.

Aos membros da Banca Examinadora, que contribuíram para o aperfeiçoamento deste estudo.

A Francisco José Sampaio de Alencar, minha gratidão, pelo que representou na consecução de uma nova trajetória por mim idealizada e perseguida e pelos conselhos indispensáveis na elaboração desta tese.

A minha irmã Cristina Motta Ferreira meu agradecimento pela orientação e contribuição no aperfeiçoamento desta tese.

Aos professores do Doutorado em Bioética, que tão gentilmente vieram ao Brasil para ministrar suas disciplinas.

Aos amigos Maria do Carmo Demasi Wanssa, Marilene Aparecida Cruz Penati, Frederico Henrique de Melo, Denise Pires de Carvalho, José Hiran da Silva Gallo e Edson de Oliveira Andrade, pelo incentivo dado.

Aos estudantes de Medicina e médicos de Rondônia que generosamente aceitaram ser entrevistados e responderam aos nossos questionários.

Ao Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina de Rondônia, pelo apoio recebido.

ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
AIDS/SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
d.C.	Depois de Cristo
Dr.	Doutor
<i>et al.</i>	Expressão latina que significa “e outros”
e.g.	Expressão inglesa que significa “exemplo”
etc.	Expressão latina que significa “e outras coisas”
FIMCA	Faculdades Integradas Aparício Carvalho
Mme.	Expressão francesa que significa “senhora”
p.	Página
Prof.	Professor
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNECV	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
CID 10	Código Internacional de Doenças
CREMERO	Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia
EPMD	Escala de Percepção de Morte Digna
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
KMO	Estatística de Kaiser-Meyer-Olkin
ONU	Organização das Nações Unidas
PASW 18	Programa Estatístico
RJ	Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UTI's	Unidades de Terapia Intensiva
Washington - DC	Capital dos Estados Unidos/Distrito de Columbia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Dimensões, Funções e Subfunções dos Valores Básicos.....	140
Figura 2	Distribuição Gráfica dos Valores Próprios.....	152
Figura 3	Mediação entre Percepção de Morte Digna e Lugar onde Deseja Morrer...	162
Figura 4	Distribuição Gráfica das Pontuações de Fadiga.....	178
Figura 5	Modelo de Mediação do Fator Controle Físico e Cognitivo.....	184
Figura 6	Modelo de Mediação do Fator não Ser um Fardo para os Demais.....	185

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese das Definições de Valores Individuais.....	127
Quadro 2	Tipo de Valores Instrumentais e Terminais.....	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estrutura Fatorial da Escala de Percepção de Morte Digna	153
Tabela 2	Correlações Inter-componentes de Percepção de Morte Digna	155
Tabela 3	Correlações dos Valores com os Componentes de Percepção de Morte Digna	159
Tabela 4	Correlatos Demográficos de Percepção de Morte Digna	161
Tabela 5	Estatística Descritiva dos Fatores de Percepção de Morte Digna	175
Tabela 6	Estatística Descritiva das Subfunções Valorativas	176
Tabela 7	Estrutura Fatorial da Escala de Avaliação da Fadiga	177
Tabela 8	Valores e Componentes de Percepção de Morte Digna em Médicos	179
Tabela 9	Estrutura Fatorial dos Indicadores Sociodemográficos	181
Tabela 10	Lugar onde Gostaria de Morrer e Percepção de Morte Digna	183

RESUMO

A morte é a cessação definitiva da vida no corpo, mas, com os avanços técnico-científicos da medicina, conseguiu-se prolongá-la por um tempo indeterminado, modificando-se a visão a respeito do tema. Esse problema bioético é acentuado pelo fato de que, atualmente, as pessoas não morrem mais em casa, mas em ambiente hospitalar hostil e sozinhas. Diante desse fato, discute-se o que é morte digna, quais são seus atributos definidores, se essa concepção pode ser explicada pelos valores humanos e que implicação poderia ter na escolha do lugar onde se desejaria morrer. A presente tese objetiva contribuir com esse debate, procurando conhecer como acadêmicos de Medicina e médicos percebem a morte digna, relacionando essa percepção com seus valores e a escolha de onde gostariam de morrer. Dois estudos empíricos foram realizados. O *Estudo 1* reuniu 200 estudantes de Medicina de Porto Velho (RO), que responderam à *Escala de Percepção de Morte Digna*, ao *Questionário dos Valores Básicos* e a perguntas de conteúdo demográfico. Os resultados mostraram a adequação psicométrica (validade e precisão) da medida de percepção de morte digna, composta por seis fatores: *manutenção da esperança e do prazer, boa relação com a equipe profissional de saúde, controle físico e cognitivo, não ser um fardo para os demais, boas relações com a família e controle do futuro*. A percepção de morte digna pelos participantes foi mais bem explicada pelas subfunções valorativas *normativa* e *interativa*, tendo esta subfunção mediado a relação entre a percepção de morte digna e o lugar onde desejavam morrer; sua casa foi a escolha de quase três quartos deles. O *Estudo 2* procurou replicar o anterior, introduzindo variáveis sobre os contextos pessoal e laboral dos médicos. Participaram 223 profissionais, selecionados aleatoriamente, os quais responderam às mesmas medidas de percepção de morte digna e valores humanos, incluindo indicadores demográficos e laborais. Os resultados corroboraram a importância das subfunções *interativa* e *normativa* para explicar a percepção de morte digna, sobretudo seus fatores *boas relações com a família* e *boas relações com a equipe profissional de saúde*. Mais de três quartos dos respondentes preferiram sua casa como lugar onde gostariam de morrer, sendo essa variável explicada pelas subfunções *existência* e *suprapessoal*, mediadas por *controle físico e cognitivo* e *não ser um fardo para os demais*, respectivamente. Esse fator se correlacionou com *estabilidade pessoal* (e.g., idade, tempo de trabalho). Concluindo, observou-se a importância dos valores para explicar a percepção de morte digna e a escolha do lugar onde estudantes e médicos gostariam de morrer, evidenciando achados compatíveis com os descritos em estudos prévios.

ABSTRACT

Death is the permanent cessation of life in the body, but with the technical and scientific advances in medicine, it has been able to extend it for an indefinite period, changing the view about it. That bioethical problem is accentuated by the fact that, nowadays, most people do not die at home, but at hostile hospital context and alone. Given this fact, it has been discussed what is dignified death, what are its defining attributes, if this concept can be explained by human values and what implications they could have in the choice of where anyone would like to die. This dissertation aims to contribute to this debate, seeking to understand how medicine students and physicians realize the dignified death, relating this perception with their values and the choice of the place where they would like to die. Two studies were performed in Porto Velho (Brazil). Study 1 gathered 200 medicine students, who answered the following instruments: Perception of Dignified Death Scale, Basic Value Survey and demographic questions. Results showed the psychometric adequacy (validity and reliability) of the measure of perception of dignified death, composed by six factors: maintaining hope and pleasure, good relationship with the health staff, physical and cognitive control, not to be a burden to others, good relationships with family and control of future. The participants' perception of dignified death was best explained by normative and interactive subfunctions, and this last mediated the relationship between the perception of dignified death and the place where they wished to die; their home was chosen by nearly three-quarters of them. Study 2 sought to replicate the previous one, introducing variables about the physicians' personal and work contexts. Participants were 223 randomly selected physicians, who answered the same measures of perception of dignified death and human values, including demographic and work indicators. Results confirmed the importance of interactive and normative subfunctions to explain the perception of dignified death, especially the factors good relations with family and good relationships with the health staff. More than three-quarters of participants chose home as the place where they would like to die, and this variable was explained by existence and suprapersonal subfunctions, mediated by cognitive and physical control and not be a burden to others factors, respectively. This factor correlated with personal stability (e.g., age, working time). In conclusion, it was observed the importance of values to explain the perception of dignified death, and choice of the place where medicine students and physicians would like to die, showing findings consistent with those of previous studies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
Parte I – Marco Teórico	24
Capítulo I Morte: Histórico e Conceituação	25
1.1. Concepções Históricas da Morte	27
1.1.1. A Morte na Pré-História e Idade Antiga	28
1.1.2. A Morte na Idade Média	30
1.1.2.1. A Morte Domada	30
1.1.2.2. A Morte em Si Mesma	32
1.1.2.3. Vida no Cadáver, Vida na Morte	34
1.1.2.4. A Morte do Outro	35
1.1.2.5. A Morte Invertida ou Interdita	36
1.1.2.6. A Morte no Oriente	39
1.2. Conceituando a Morte e Pós-Morte	41
1.2.1. Visões da Morte nas Grandes Religiões	45
1.2.1.1. O Budismo	47
1.2.1.2. O Islamismo	49
1.2.1.3. O Judaísmo	51
1.2.1.4. O Cristianismo	52
1.2.1.5. O Espiritismo	54
1.2.2. Visões da Pós-Morte em Tradições Afro-Brasileiras e Indígenas	56
1.2.2.1. Candomblé	57
1.2.2.2. Umbanda	59
1.2.2.3. Suruí-Paiter	60
1.2.2.4. Gavião Ikolen, Kwarup do Alto Xingu, Bororo e Macurap	60
Capítulo II Morte: Reações, Luto e Lugar onde Morrer	62
2.1. Reações diante da Morte	62
2.2. O Processo de Luto	67
2.3. O Local onde Morrer: Alternativas e Escolhas	76
2.3.1. Morte Digna	80
Capítulo III Ética, Moral e Bioética	89
3.1. Ética, Moral, Deontologia e Bioética: Sintetizando Conceitos	90
3.1.1. Ética e Moral	92
3.1.2. Deontologia e Bioética	94
3.1.2.1. Autonomia	97
3.1.2.2. Beneficência	100
3.1.2.3. Não Maleficência	102
3.1.2.4. Justiça	102
3.2. A Morte no Contexto da Bioética e dos Direitos Humanos	104
3.2.1. O Sentido da Morte	105
3.2.2. Direitos Humanos	108
3.2.2.1. Configuração e Reconhecimento dos Direitos Humanos	109
3.2.2.2. Os Princípios Universais dos Direitos Humanos	115
3.2.2.2.1. A Dignidade Humana	117
3.2.2.2.2. Liberdade	119
3.2.2.2.3. Igualdade	120

Capítulo IV	Valores Humanos.....	122
4.1.	Contexto Histórico e Evolução Conceitual dos Valores.....	124
4.2.	Principais Modelos Teóricos Contemporâneos.....	129
4.2.1.	Rokeach: Valores Terminais e Instrumentais.....	130
4.2.2.	Inglehart: Valores Materialista e Pós-Materialista.....	132
4.2.3.	Schwartz: Tipos Motivacionais de Valores.....	134
4.2.4.	Gouveia: Teoria Funcionalista dos Valores.....	136
Parte II - Estudos Empíricos		142
Capítulo V	Estudo I. Adaptação da Escala de Percepção de Morte Digna.....	143
5.1.	Introdução.....	144
5.2.	Método.....	144
5.2.1.	Delineamento e Hipóteses.....	144
5.2.2.	Participantes.....	145
5.2.3.	Instrumentos.....	145
5.2.4.	Procedimento.....	146
5.2.5.	Análise de Dados.....	147
5.3.	Resultados.....	147
5.3.1.	Evidências Psicométricas da Medida de Percepção de Morte Digna....	148
5.3.1.1.	Análise dos Itens.....	148
5.3.1.2.	Parâmetros Psicométricos.....	150
5.3.1.2.1.	Evidências de Validade Fatorial.....	150
5.3.1.2.2.	Evidências de Consistência Interna.....	156
5.3.2.	Correlatos de Percepção de Morte Digna.....	158
5.3.3.	Valores como Explicadores.....	158
5.3.4.	Antecedentes Demográficos.....	161
5.4.	Discussão Parcial.....	163
Capítulo VI	Estudo II. Correlatos de Percepção de Morte Digna e Lugar onde Morrer.....	166
6.1.	Introdução.....	167
6.2.	Método.....	167
6.2.1.	Delineamento e Hipóteses.....	167
6.2.2.	População e Amostra.....	170
6.2.3.	Instrumentos.....	170
6.2.4.	Procedimento.....	172
6.2.5.	Análise de Dados.....	172
6.3.	Resultados.....	173
6.3.1.	Caracterização dos Participantes.....	173
6.3.2.	Descrição de Percepção de Morte Digna, Fadiga e Valores.....	174
6.3.3.	Correlatos de Percepção de Morte Digna.....	179
6.3.4.	Explicando a Escolha do Lugar onde Gostaria de Morrer.....	182
6.4.	Discussão Parcial.....	185
Capítulo VII	Conclusão.....	188
7.1.	Limitações Potenciais dos Estudos.....	189
7.2.	Resultados Principais.....	191
7.3.	Aplicações Possíveis dos Resultados.....	193
7.4.	Estudos Futuros.....	194
8.	Referências Bibliográficas.....	197
9.	Anexos	212

I.	Autorização para Adaptar a Escala de Percepção de Morte Digna.....	213
II.	Versão Brasileira da Escala de Percepção de Morte Digna.....	214
III.	Questionário dos Valores Básicos.....	216
IV.	Questionário Demográfico dos Estudantes.....	217
V.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	218
VI.	Parecer Favorável do Comitê de Ética.....	219
VII.	Poder Discriminativo dos Itens.....	220
VIII.	Estrutura Fatorial da Escala de Percepção de Morte Digna.....	221
XIX.	Versão Reduzida da Escala de Percepção de Morte Digna.....	223
X.	Escala Subjetiva de Fadiga.....	224
XI	Questionário Demográfico dos Médicos.....	225

Introdução

A percepção e a decisão em relação à escolha de onde a pessoa gostaria de morrer tem sido um tema de interesse em diversos países, sobretudo em razão da tendência registrada a partir dos anos 1990 acerca da mudança de preferência do hospital para o contexto doméstico, isto é, a própria casa do indivíduo (Alencar, Lacerda & Centa, 2005; Wilson *et al.*, 2001). Essa situação não é ocasional e reflete o entendimento de que é necessário buscar a humanização da saúde, sobretudo para aqueles que estão vivenciando seus momentos finais. Não basta, pois, viver bem, com qualidade de vida; cada dia mais se tem claro que é também importante morrer bem, ter uma morte digna (Pessini, 1996). Isso pode passar por desfrutar os últimos momentos em companhia dos seus, em um clima pessoal e tranquilo, longe da agonia e correria do contexto hospitalar, recluso das armadilhas próprias de quem desafia a morte natural, tentando prolongar não mais a vida, mas a própria morte, agonizante, muitas vezes.

Apesar desse quadro geral, o que se constata no contexto brasileiro é uma escassez de estudos sobre a escolha do lugar onde morrer. A propósito, em busca realizada no Google, em 20 de junho de 2012, empregando como expressões-chave “morte digna” e “lugar de morrer”, limitando a consulta a páginas do Brasil, identificaram-se seis registros. Desses, um compreendia uma reflexão ético-teológica (Palka, 2005); outro correspondia a um trabalho de disciplina, contendo um resumo de textos que tratam dos estágios da morte (Sobreira, 2010); um terceiro, correspondendo a um trabalho de final de curso, procurava conhecer a percepção de quatro enfermeiros que atuam em unidade oncologia para adultos e ambulatorial em relação aos cuidados que oferecem às pessoas que perdem um membro da família no hospital (Grapiglia, 2008); um artigo em que se procedeu a uma revisão da literatura com o fim de redigir um protocolo que servisse de referência aos profissionais que atuam em unidades pediátricas de terapia intensiva, favorecendo aos pacientes uma morte mais digna e humana (Garros, 2003); e duas dissertações de mestrado. Uma na área de enfermagem, em que se procurou conhecer o significado atribuído por dez enfermeiras ao cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados, identificando cinco temáticas centrais: (a) o cuidado de conforto e para boa morte; (b) a participação da família dos idosos nos cuidados paliativos; (c) o domicílio como o melhor local para os idosos em condições terminais passarem o final de suas vidas; (d) os sentimentos que emergem durante o cuidado; e (e) os dilemas éticos e bioéticos dos cuidados paliativos (Amaral, 2006); e, finalmente, uma na área de medicina, procurando conhecer o quanto a graduação prepara os acadêmicos para enfrentar a morte e o que significa para eles tal enfrentamento na prática educativa em hospital (Azeredo, 2007).

Percebe-se, pois, que, mesmo sendo uma temática relevante, não foram identificados estudos empíricos no contexto brasileiro sobre a escolha do lugar onde morrer. Entretanto, por meio de buscas em artigos científicos a respeito, foi possível identificar um único que tinha sido realizado no país. Concretamente, Kurashima *et al.* (2005) o levaram a cabo em São Paulo, contando com a participação de 71 crianças com câncer que, antes de morrer, foram suas pacientes em cuidados paliativos. Seu propósito foi conhecer os fatores associados ao local de morte dessas crianças, observando que 59% delas morreram em casa, tendo sido os seguintes os fatores associados à escolha desse lugar: sexo masculino (73,7%), seguro de saúde (65%), mãe com níveis educacionais correspondentes aos ensinos elementar (75,9%) e médio (75%) e nível educacional médio do provedor de cuidados em casa (83,3%). Porém, mesmo nesse caso, considerou-se uma população específica, formada por crianças, tendo em conta não suas preferências, mas a decisão que seus pais ou responsáveis tomaram quanto ao local onde iriam morrer. Esse aspecto reforça a importância da presente tese de doutoramento, que considera um grupo que, comumente, precisa aprender a lidar com a morte em sua prática profissional: os médicos.

A morte é condição inevitável, vivenciada de formas variadas pelas pessoas, e isso tem implicações em atitudes e comportamentos quotidianos, favorecendo ou dificultando a relação com os próprios pacientes e seus familiares. Nesse sentido, justifica-se a ênfase nesta tese em aspectos mais subjetivos relacionados com a morte e o morrer, a exemplo das prioridades axiológicas das pessoas e sua preferência quanto ao local onde desejam morrer.

Apesar de inevitável, a morte é raramente admitida. Sabe-se que epidemias dizimaram muitas gerações no passado, tornando a morte um acontecimento frequente, tendo a maioria das famílias perdido prematuramente um ente querido. Foram os avanços da medicina e a melhoria das condições sanitárias que fizeram diminuir a incidência de doenças endêmicas e proporcionaram aumento na longevidade e na expectativa de vida das populações. Coerente com esse quadro, constatou-se uma diminuição na base da pirâmide populacional em vários países do mundo, com incremento significativo no percentual de pessoas idosas (Kübler-Ross, 2008). Dessa forma, a modernidade tornou a morte algo distante, improvável. Nestes novos tempos cibernéticos, a morte está ligada a uma ação má, um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo. Precisamente por essa sua não-naturalização, cresce o medo diante da morte.

De fato, no Hemisfério Ocidental os seres humanos demonstram dificuldades em falar sobre a morte e o morrer. Falar disso remete à ideia de fim, de despedida que não tem

respostas, e assusta o ser humano; porém, ela não pode ser negada diante de um paciente terminal ou grave. Esse cenário faz com que os profissionais da saúde, despreparados na sua formação acadêmica (Azeredo, 2007), não se sintam aptos ou não saibam como cuidar desses pacientes e de seus familiares, impedindo que eles se manifestem sobre seus temores, dúvidas e angústias próprias de sua condição.

A velocidade intensa dos avanços tecnológicos, a assistência médica centrada na cura em detrimento das medidas de prevenção à doença, o atendimento institucionalizado do ambiente hospitalar e a diversidade dos serviços prestados têm contribuído para o inadequado atendimento às necessidades do ser humano, não só as de caráter biológico, mas também – e sobretudo – as psicológicas, afetivas, sociais e espirituais. Todas essas inovações fizeram com que o espaço destinado ao morrer tenha se deslocado do ambiente domiciliar para o hospitalar, tornando o morrer solitário e desumano, não existindo mais tempo para despedidas ou mesmo para passar os últimos momentos em família (Alencar, Lacerda & Centa, 2005; Wilson *et al.*, 2001).

A forma de encarar a morte, bem como sua definição, é variada, de acordo com o enfoque dado, quer seja religioso, filosófico, médico ou jurídico. Muito se debate para definir o que seria o fim de uma vida, e, quando se fala da morte de um corpo humano, a atenção está voltada para a vida biológica; porém, quando se fala da morte de todo o corpo a partir da morte do cérebro, a definição se concentra na vida de uma pessoa.

O conceito filosófico de morte cerebral não difere daquele de morte cardiorrespiratória. O que difere são os critérios utilizados para comprovar a morte de uma pessoa, pois a parada cardiorrespiratória é um dos mecanismos de disfunção irreversível de funcionamento do tronco cerebral, e quando existe desintegração total deste, o ser humano pode e deve ser considerado morto, fazendo com que o profissional reflita sobre a suspensão e/ou abstenção de meios extraordinários ineficazes (Nunes & Melo, 2011).

A medicina – e a ciência em geral – pode proteger as pessoas de doenças e prolongar sua existência, porém não oferece qualquer solução para a questão da morte, sendo as respostas fundamentais da existência humana encontradas na filosofia e na religião. Porém, ainda assim, unicamente a título de explicação, jamais de resolubilidade. A propósito, embora as grandes religiões apresentem diferenças doutrinárias e tradicionais, em maior ou menor medida, por formas variadas, todas defendem a vida, prometem a ressurreição e a eternidade, favorecendo uma cultura de veneração, de não violência e de paz, orientando as pessoas pelo

caminho da sensatez, pregando o amor e apresentando um fim bom para a criação e um futuro bem aventurado para os justos (Bertachini & Pessini, 2010; Boff, 2000; Ikeda, 2010).

Diante da morte as pessoas apresentam reações diversas, que vão da negação à aceitação. São fases de muito sofrimento, angústia e desespero, e é nesse período que os profissionais médicos têm que saber como agir com o paciente e seus familiares, respeitando sua dignidade, pois é então que se inicia outro tratamento, que tem como finalidade o alívio e o bem-estar. O respeito pela dignidade humana é uma preocupação que se arrasta há vários séculos, manifestando-se de várias formas: pela religião, pelo direito, pela política e pelo pensamento individual. Com o aparecimento do Código de Nuremberg e da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ficou evidente a necessidade de respeitar a autonomia da pessoa, como requisito da sua dignidade. O pensamento bioético não ficou alheio ao tema, surgindo a autonomia como um princípio fundamental próprio, inserido por Beauchamp e Childress (2002), num referencial com outros três princípios: beneficência, não-maleficência e justiça, pelos quais se espera orientar a tomada de decisão frente aos problemas éticos.

O termo autonomia significa autogoverno, autodeterminação para a pessoa tomar decisões que afetam sua vida, saúde, integridade físico-psíquica e relações sociais. Implica a ausência de imposições ou coações externas, assim como de incapacidades ou limitações pessoais que diminuam o poder de decisão. Respeitar a autonomia dos outros significa dar valor às opiniões das pessoas autônomas e, ao mesmo tempo não proibir suas ações a menos que estas estejam interferindo na autonomia dos demais. Não respeitar as decisões das pessoas é negar a elas a liberdade de tomar suas próprias decisões.

A autonomia da pessoa depende da doutrina da dignidade humana e dos direitos fundamentais. Uma pessoa autônoma tem capacidade para deliberar sobre seus objetivos pessoais e agir nessa mesma direção, e quanto maior for sua capacidade de exercer sua atividade de se autodeterminar voluntária, afetiva e intelectualmente, mais autônoma ela é (Anjos, 2006; Durand, 2007; Melo, 2008; Morais, 2010a).

O desenvolvimento da tecnologia médica, o prolongamento da vida, muitas vezes sem limite, o dilema entre a sacralidade da vida e a preocupação com a sua qualidade, provocam discussões que podem caminhar para um impasse de manter uma vida na qual a morte já está presente, levando o ser humano a um sofrimento intenso e solitário, ou simplesmente poupar-lhe toda dor (Morais, 2010b; Nunes, 2009). Nesse contexto, surgem as questões: pode-se escolher a forma de morrer? O ser humano tem autonomia suficiente para realizar essa

escolha? É digno morrer com sofrimento? Pode-se interromper tratamento cujo objetivo é apenas o prolongamento da vida, sem qualidade? Esse tema tem suscitado discussões em busca da dignidade no processo de morrer, que não é o apressamento da morte (eutanásia) ou o prolongamento da vida com sofrimento (distanásia).

Com o desenvolvimento da tecnologia médica, as doenças mais graves passaram a ser curadas ou os doentes permanecem mais tempo internados em hospital, sendo este, então, o local mais comum da morte, longe da família, que muitas vezes não consegue estar presente nos momentos finais. Nessa situação, o processo da morte não pertence mais à pessoa, pois sua autonomia e sua consciência foram retiradas. O paciente está só, perdeu a noção de dia ou noite, e os seus companheiros são os tubos e ruídos de monitores, e não a voz e a imagem dos familiares. Foi levado a abdicar pouco a pouco de sua autonomia, deixando à família a responsabilidade de decidir o rumo final de sua vida e sua morte, e, muitas vezes, essa responsabilidade é repassada ao médico, por se entender que ele é possuidor dos segredos da saúde e do sofrimento, tendo capacidade de decidir com soberania.

Todos os recursos colocados à disposição do médico têm possibilitado não apenas benefícios à saúde das pessoas, mas também afetam sua dignidade, inclusive o controle do processo de morte. Comumente o indivíduo idealiza a forma como gostaria de morrer, e, nas doenças com prognóstico reservado ou em fase terminal, essa é uma questão crucial (Ariès, 1982; Kovács, 1998). Ressalte-se que a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, assegura que a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos do Estado brasileiro. Dessa forma, quando os doentes não têm mais chance de cura, e para evitar tratamentos que lhes causem mais dores e sofrimentos, cuja finalidade exclusiva é prolongar sua morte, deve ser-lhes dado o direito de morrer com dignidade. Essa é a morte correta, no tempo certo, na qual não se submete o paciente a tratamentos desumanos, degradantes e inúteis, cuja finalidade, há que insistir, é prolongar a sua morte, não sua vida, pois já não há chance alguma de cura, desde que respeitada a sua vontade (Bomtempo, 2011).

Considerando a natureza da profissão dos médicos, com a iminente convivência com a morte, precisando lidar com o sofrimento alheio, isto é, de pacientes e familiares, e também sua condição humana, não impervia às influências da sociedade tecnológica, em que a morte se transforma em uma ameaça a ser combatida, estendendo-a para além da possibilidade de uma vida digna, decidiu-se levar a cabo a presente tese. Seu objetivo principal é conhecer o lugar em que esse profissional prefere morrer (casa ou hospital), procurando avaliar a

contribuição que têm a respeito suas condições de trabalho e vida, seus valores e sua percepção da morte.

Apesar do presumível empoderamento desse profissional no plano da existência, tendo a possibilidade de contribuir com a cura, ele não está imune às doenças e aos problemas que afligem a humanidade (Alves, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007). Portanto, deve igualmente padecer de dúvidas e conflitos quanto à morte; mas em dois sentidos difere da maioria dos outros profissionais: (1) conhece a eficácia real dos recursos disponíveis em saúde para oferecer a cura e (2) não pode se furtar ao convívio quase constante com a morte, precisando aprender a lidar com ela. Isso, provavelmente, influencia seu posicionamento diante da morte, ainda que não declarado, o que precisa ser conhecido. Esse conhecimento, que pode ser auto ou alter, passa pela reflexão a respeito, o que é favorecido nesta tese; e esse aspecto tem o potencial de contribuir para a humanização dos cuidados no final da vida, representando uma justificativa adicional do presente empreendimento.

Esta tese se estrutura em duas partes principais. Na primeira, *Marco Teórico*, são reunidos quatro capítulos. O *Capítulo I*, intitulado *Morte: Histórico e Conceituação*, apresenta as diversas concepções sobre a morte na Pré-História, Idade Antiga e Idade Média, assim como conceituações da morte e as visões que religiões diversas têm a respeito, destacando ainda as tradições afro-brasileiras e indígenas, que também abarcam a questão da pós-morte. O *Capítulo II*, nomeado *Morte: Reações, Luto e Lugar onde Morrer*, procura oferecer o que se conhece sobre as reações que as pessoas têm diante da morte, como ocorre o processo de luto, seus estágios, e também a temática central da escolha do lugar onde as pessoas desejam morrer. O *Capítulo III*, *Ética, Moral e Bioética*, oferece uma síntese dos conceitos correspondentes, evidenciando os princípios fundamentais bioéticos, além de procurar tratar da morte no contexto da bioética e dos direitos humanos. Finalmente, o *Capítulo IV* é dedicado aos *Valores Humanos*, tendo esse mesmo título. Nele é apresentado um breve histórico dos estudos sobre o tema, sobretudo no contexto da psicologia e das ciências políticas, descrevendo os principais modelos teóricos da atualidade. Uma ênfase será dada à *teoria funcionalista dos valores*, que embasa a presente tese quanto a esse construto.

A segunda parte reúne os dois estudos empíricos que foram levados a cabo. O *Capítulo V*, intitulado *Estudo 1. Adaptação da Escala de Percepção de Morte Digna*, oferece resultados sobre os parâmetros psicométricos (validade e precisão) dessa medida, mostrando sua adequação para conhecer como as pessoas percebem a morte digna. Portanto, trata-se de

um estudo mais técnico e preliminar, focando a medida a ser empregada posteriormente; porém, procura-se também analisar os correlatos dessa medida, considerando os construtos, valores e preferência de onde morrer. O *Capítulo VI*, cujo título é *Estudo 2. Correlatos de Percepção de Morte Digna e Lugar onde Morrer*, é o foco principal deste empreendimento. Descreve o estudo realizado com médicos com o fim de compreender como esses profissionais percebem a morte digna e que escolha fazem do local onde gostariam de morrer, tentando encontrar explicações em variáveis pessoais (valores) e laborais (condições de trabalho). Portanto, de algum modo, é a comprovação dos achados descritos no capítulo prévio. Uma última parte, *Capítulo VII, Conclusões*, oferece informações gerais sobre as limitações potenciais dos estudos, seus achados principais, possibilidades de aplicação e, acima de tudo, estabelece um agenda de estudos futuros, que deverão orientar, por exemplo, a prática acadêmica e investigativa da presente doutoranda. A tese é encerrada com os anexos, reunindo instrumentos, termos de Consentimento Livre e Esclarecido e aprovação das pesquisas pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FIMCA.

Finalmente, confia-se em que esta tese ofereça uma contribuição para pensar e planejar ações no âmbito da formação e prática médicas, visando alcançar melhorias nos cuidados paliativos voltados para o tratamento de pacientes terminais. Essa possibilidade, espera-se, decorrerá das reflexões que os participantes do estudo fazem sobre a morte, elaborando uma conceituação própria do entendimento de morte digna e da importância de levar em conta o desejo que as pessoas têm de morrer com qualidade, de forma humana e digna, o que poderá significar passar os últimos dias sem sofrimento, desfrutando a companhia de seus familiares e entes queridos.

PARTE I – MARCO TEÓRICO

A morte é algo que não pode ser descrito nem mesmo pensado univocamente, não se encontrando palavras para incluí-la na rede de ideias e pensamentos. Cada indivíduo tenta defini-la de forma diferente, procurando expressar suas múltiplas ideias e crenças, como *fim*, *passagem*, *encontro* e *reencarnação*. Porém, tais palavras não conseguem descrever o que muito se imagina e que tão pouco se sabe, e esse desconhecimento causa mais medo do que a própria morte.

Houve épocas em que a passagem para a morte fazia parte do viver. A sociedade acolhia os desamparados, demonstrando que os seres humanos não podiam viver sem a ajuda de outros seres humanos, em todas as circunstâncias, principalmente no momento da morte (Kovács, 2008b). A propósito, a humanidade sempre se preocupou com o fim da existência. As perguntas sempre são as mesmas: de onde as pessoas vêm e para onde vão? Haverá uma nova vida? Será a alma imortal? Por outro lado, diante da existência terrena, como será a vida? Quanto tempo cada um viverá? As perguntas são tantas, e as respostas foram produzidas pelas religiões, ciências, artes e filosofia, porém nenhuma delas foi suficientemente completa; apresentam-se como apenas superficiais, contornando o maior mistério da existência.

As religiões e a filosofia sempre tentaram explicar a origem e o destino do homem, seja por tradição cultural ou familiar; porém cada pessoa traz dentro de si a sua própria representação da morte. A morte sempre inspirou poetas, artistas e todos os homens comuns, e está sempre entrelaçada com a vida, fazendo parte do desenvolvimento humano (Kovács, 2008a). Do ponto de vista biológico, ela faz parte do processo de vida do ser humano, sendo extremamente natural. Entretanto, o ser humano se caracteriza por aspectos simbólicos, ou seja, por significados ou valores que imprime às coisas. Por isso, o significado da morte muda no decorrer da história e entre as diferentes culturas.

A morte é um tema evitado, ignorado e negado pela sociedade contemporânea, que cultua a juventude e se orienta para o progresso. A morte, na verdade, é tão parte da existência humana, do seu crescimento e desenvolvimento, quanto o é o nascimento. Estabelece um limite no tempo de vida do indivíduo e o impele a fazer algo produtivo no espaço de tempo, enquanto se dispõe dele, sendo o problema central da existência humana a finitude. E o acompanhamento da vivência de momentos derradeiros dos outros remete cada um à lembrança de sua própria finitude, ocasionando ansiedade existencial e desconforto espiritual, conforme já asseguram Alencar, Lacerda e Centa (2005).

Afirma-se que o desenvolvimento das sociedades industriais e os avanços técnicos e científicos da medicina modificaram a visão da morte, que, antes presente na sala de visita, deslocou-se para o ambiente frio e isolado do hospital. De fato, os próprios rituais da morte foram substituídos pelas organizações funerárias, pelo cortejo rápido e discreto, pelo autocontrole do indivíduo enlutado, que não expressa mais suas emoções (Combinato & Queiroz, 2006).

Este capítulo se divide em duas partes principais. Primeiramente, procura-se descrever alguns elementos históricos que fundamentam as concepções de morte, retomando o entendimento da Pré-História, das Idades Antiga e Média. Nesse âmbito, descrevem-se os vários sentidos de morte, suas conotações. Posteriormente, são apresentados conceitos sobre a morte e, logo, como esta tem sido vista nas grandes religiões, findando com as visões a respeito e também contemplando a ideia de pós-morte, em tradições afro-brasileiras e indígenas.

1.1. Concepções Históricas da Morte

O estudo da morte está enraizado no centro da vida humana, e as pessoas que desejam ter maior conhecimento sobre a morte e o morrer estão embarcando numa viagem à descoberta de si mesmas, ao interior do seu eu. São importantes as contribuições das ciências médicas, humanas e sociais para analisar a ideia de morte, pois ela mexe com as questões mais fundamentais, como pode ser a da "sobrevivência" pós-morte. Até a presente data, não se chegou a um consenso entre religiões, sistemas filosóficos e ciências a respeito do que é a morte e se a pessoa sobrevive ou não a esse evento fatídico; assim, ela permanece sombria, e sua presença entre os homens é apenas levemente percebida, apesar de gritantemente sentida (Santos, 2007).

Na atualidade, a humanidade gostaria de controlá-la por meio dos avanços das técnicas de clonagem, por exemplo, para se poder reviver em um novo corpo e uma nova mente. A consciência da própria morte é uma conquista constitutiva do homem, que é determinado pela consciência objetiva de sua mortalidade, porém persiste o elemento subjetivo que prima pela busca da imortalidade (Kovács, 2008a). A esse respeito, Morin (1997) assegura que é nas crenças e atitudes diante da morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental. Para os homens, a morte está presente durante a vida toda e se faz acompanhar

de ritos. Procura-se, a seguir, reconstruir os diversos sentidos que, ao longo da história, foram sendo conferidos à morte.

1.1.1. A Morte na Pré-História e na Idade Antiga

A preocupação humana com a morte antecede o período da história escrita. De acordo com Santos (2007), morrer é mais que um evento biológico; tem uma dimensão religiosa, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica. Todas as culturas personificam a morte de forma diferente e elaboram variadas magias e rituais contra a sua intrusão. Foram encontradas por arqueólogos evidências de tributos aos mortos em suas escavações, datadas da idade do bronze. Em locais de enterro, desde a época dos Neandertais (há aproximadamente 150.000 anos), aparecem ornamentos, implementos de pedra e comida, enterrados junto com o morto, demonstrando uma crença de que tais itens seriam necessários na passagem da terra dos vivos para aquela dos mortos.

Nas culturas tradicionais a morte era vista não como um fim, mas uma passagem da terra dos vivos para o mundo dos mortos, o que parece evidente em Morin (1997, p. 103), quando ele relata o pensamento do homem primitivo com relação ao conceito da morte:

“Nas consciências arcaicas em que as experiências elementares do mundo são as das metamorfoses, das desapareições e das reaparições, das transmutações, toda morte anuncia um renascimento, todo nascimento provém de uma morte – e o ciclo da vida humana inscreve-se nos ciclos naturais de morte-renascimento. O conceito cosmomórfico primitivo da morte é o da morte-renascimento, para qual o morto humano, imediatamente a seguir ou mais tarde, renasce num novo vivo, criança ou animal.”

Para as pessoas, vivendo em sociedades antigas ou atuais, a origem da morte é explicada por intermédio de histórias ou mitos. Todas as sociedades desenvolveram sistemas fúnebres para entender a morte em seus aspectos pessoais e sociais. Os egípcios, por exemplo, desenvolveram um sistema bastante detalhado, com pirâmides, múmias, objetos mortuários, escritos e o *Livro dos Mortos*, no qual traçavam as linhas mestras sob a forma de prescrição

para as práticas fúnebres. Esse sistema ensinava ou destinava-se a ensinar uma abordagem integrada que permitiria aos membros individuais pensar, sentir e agir em relação à morte.

A preocupação com a morte se refletia na arte, na religião e nas ciências dessa cultura. De acordo com Santos (2007), a ideia da transcendência está contida nos mitos, como o da renascença do deus Osíris, que foi morto por Seti e que retornou à vida em razão dos poderes da deusa Ísis, que reuniu as partes dispersas do seu corpo. Mas, ao mesmo tempo em que era facultada à alma o acesso à imortalidade, dando a esperança da continuidade, essa mesma imortalidade dependia da observação de regras instituídas pela casta sacerdotal.

No momento da morte, a alma era levada a um tribunal na presença dos deuses, e lá suas ações eram contabilizadas na balança da deusa da justiça, onde o coração do morto seria pesado, tendo como contrapeso a pena de uma ave. Os egípcios acreditavam que esse órgão continha todas as virtudes e os vícios da alma. As almas generosas teriam um coração leve, e aquela dos maus seria pesada, e se fossem condenadas acabariam devoradas pelo deus monstro e não poderiam renascer.

Pode-se, pois, observar com isso que a morte, antes considerada um fenômeno natural e aceita sem medos, passou a ser temida devido a sua associação com penalidades com que o morto teria que arcar após o seu transpasse e consequente julgamento. Portanto, os egípcios davam grande importância à sobrevivência do corpo, acreditando que, preservando-o, os espíritos dos mortos viriam no futuro habitá-lo.

Foi o filósofo Sócrates que ensinou que o propósito da filosofia era descobrir o significado da vida em relação à morte e entender a natureza da alma. A arte de morrer nada mais era que aceitar a morte como a separação da alma do corpo. Segundo seus ensinamentos, o medo da morte devia-se ao fato de que ninguém saberia exatamente o que aconteceria no momento dela; mas não havia nada de trágico sobre a morte, devendo as pessoas morrer em uma atitude de agradecimento e paz, com paciência e aceitação (Santos, 2007).

Percebe-se, assim, que na Grécia antiga a morte ocorria por uma necessidade da natureza. Os romanos enterravam seus mortos em tumbas isoladas e os temiam, por isso realizavam sacrifícios para impedir seu retorno. Na Idade Antiga, apareceram os rituais familiares para a morte que tinham a participação da comunidade, e o moribundo encarava seu fim com calma, pois o morrer era o destino de todos. Foi a partir do século V que surgiram os primeiros cemitérios junto às igrejas, e tornaram-se o centro da vida social; eram

o lugar dos julgamentos, das execuções etc. Esse momento coincide com o que se denominou Idade Média.

1.1.2. A Morte na Idade Média

Na Idade Média as pessoas tinham uma visão do universo influenciada pela Igreja. Os doentes sabiam que iam morrer por meio de avisos e organizavam sua morte em uma cerimônia pública. Apesar da familiaridade com a morte, as pessoas tinham medo dos mortos e, por isso, os mantinham à distância. Os cadáveres eram enterrados de acordo com sua classe social: os pobres eram colocados em covas coletivas, e os nobres enterrados dentro das igrejas. Essa relação dos vivos com os mortos estabeleceu as penitências para os vivos, suas orações por intenção dos mortos, e criou, posteriormente no século XVIII, o purgatório, para que houvesse a purificação das almas que morriam sem pecado, antes de serem conduzidas ao paraíso.

Nessa conjuntura, era comum, antes de morrer, o indivíduo fazer um testamento, perdendo então a morte o caráter coletivo. A morte tornou-se clericalizada, e o cadáver passou a ser escondido pelo sudário e o próprio caixão. No século XVI o cemitério começou a perder seu caráter de centro da vida social, passando a morte a ser considerada como o fim da vida terrena. Começou, então, a perfilar uma concepção diferente da morte; sem deixar totalmente de ser natural e espiritual, ganhou conotação carnal.

Destaca-se que, como fruto do Renascimento, o cadáver passou a ser disputado para a pesquisa médica, e o corpo tornou-se objeto de estudo ou elemento que causava dor e repulsa, passando a ser enterrado fora das cidades. Começou a existir medo da morte, e as pessoas aguardavam 24 horas para realizar o sepultamento, pois existia o medo de que o defunto estivesse com vida. Com a construção dos grandes hospitais, mudou-se a forma de ver e tratar a morte, tornando-a ainda mais distante e impessoal (Santos, 2007). Concepções variadas tomaram então lugar nesses tempos.

1.1.2.1. A Morte Domada

Desde o início da Idade Média, por volta do ano 400, até mais de 1.000 anos, as pessoas compartilharam uma visão do universo como uma ligação entre o natural e a Lei Divina, influenciada pela Igreja, sendo esse período caracterizado pelo historiador Phillipe

Ariès como da Morte Domada, típica da época medieval. Os doentes sabiam quando iam morrer por certos avisos, sinais naturais ou por uma convicção interna, que muitas vezes se manifestava como pressentimentos de caráter prodigioso: o aparecimento de uma alma de outro mundo, mesmo que apenas em sonho, e então chamavam os parentes para o ritual de despedida. Nos romances da *Távola Redonda* e nos poemas de *Tristão*, as pessoas não morriam de qualquer maneira; elas percebiam a possibilidade da morte, como bem descreve Ariès (1981, p.7):

“A queda do cavalo do rei Ban que arruinado, expulso das suas terras e de seu castelo, fugiu com a família. Quando parou para ver de longe seu castelo arder, não resistiu ao desgosto, e não podendo chorar, o coração asfixiou e ele desmaiou. Quando voltou a si, percebeu que estava sangrando, e então olhando para o céu, pronunciou: ‘Ah, meu senhor Deus... acudi-me porque sei que chegou o meu fim’. Este fato, mais tarde, nos tempos modernos e contemporâneos, foi considerado como superstições populares.”

A morte era esperada no leito, numa espécie de cerimônia pública, organizada pelo próprio moribundo. Todos podiam entrar no quarto, inclusive as crianças. O moribundo devia ser o centro de uma reunião, e o maior temor era morrer repentinamente sem as homenagens cabidas. Mme. De Montespan, quando sentiu que ia morrer (o aviso), chamou os empregados, pediu-lhes perdão, confessou seus pecados e presidiu, como era de hábito, a cerimônia da morte. Foi assim durante muito tempo, uma atitude familiar e próxima com a morte, e essa crença de que a morte avisa atravessou os séculos, sobrevivendo por muito tempo nas mentalidades populares (Kovács, 2008b; Santos, 2007). Porém, há de se compreender que no final do século XVIII, por ser a morte um evento público, os médicos higienistas, que participavam da Academia de Medicina, começaram a se queixar da multidão que invadia o quarto dos moribundos (Ariès, 1981).

De acordo com Esslinger (2008), os homens tinham uma participação mais ativa em seu processo de morrer, caracterizando uma atitude de conformação e familiaridade com a doença e o momento da morte. Havia a possibilidade de despedida e dos ritos pós-morte, os sentimentos podiam ser manifestados e aceitos; a morte mais temida era aquela repentina, não

só porque não havia tempo para o arrependimento, mas também porque privava o homem de conduzir sua própria morte.

Apesar da familiaridade com a morte, os antigos temiam a vizinhança dos mortos e os mantinham à distância. Veneravam as sepulturas porque temiam a volta dos mortos, e o culto que dedicavam aos túmulos tinha a finalidade de impedir que os defuntos voltassem para perturbar os vivos; por isso os corpos eram colocados em urnas fora da cidade. Eis uma das razões por que os cemitérios da Antiguidade eram sempre fora das cidades.

Essa repugnância à proximidade dos mortos entre os cristãos antigos traduz uma mudança entre a atitude pagã e a nova atitude cristã em relação aos mortos, apesar do reconhecimento da morte domada. Entretanto, desde então, até o século XVIII, os mortos não mais fizeram medo aos vivos, e uns e outros coabitavam nos mesmos lugares, por trás dos mesmos muros. Essa mudança se deu pela fé na ressurreição dos corpos, associada ao culto dos antigos mártires e de seus túmulos, que atraíram as sepulturas.

O local das sepulturas era dentro das igrejas, perto dos santos, como uma forma de proteção. Com o passar do tempo, somente as pessoas de prestígio eram sepultadas nas igrejas, próximo aos altares. As mais pobres eram sepultadas no pátio das igrejas, conhecidos por *churchyards* (nome original de cemitérios). Naquela época, não existia igualdade entre ricos e pobres nem mesmo na hora da morte; existiam diferenças entre os lugares nos cemitérios e na imponência dos túmulos. Às pessoas mais simples cabiam túmulos menores, em lugares menos nobres, e aos indigentes eram destinadas as valas coletivas (Kovács, 2008a). Porém, com o crescimento das cidades, da população, e por razões de salubridade, os cemitérios já não mais compartilhavam o espaço das igrejas, sendo deslocados para fora das cidades.

1.1.2.2. A Morte em Si Mesma

Ariès (1977) afirma que, até a época do grande desenvolvimento científico, existia uma crença generalizada de que havia vida após a morte, e essa ideia de continuação era comum a várias religiões, podendo ser constatada nas primeiras sepulturas. Em um dado momento, o homem começou a se preocupar com o que aconteceria depois da sua morte. Tinha medo do julgamento da sua alma, com sua possível ida para o inferno. Seu medo fundamental nessa época estava relacionado com o que viria a ocorrer após a morte, pois temia a condenação ao inferno, ao castigo eterno. Tal período ficou retratado nas obras de

arte, mostrando um moribundo no quarto, cercado pelos familiares, e um árbitro constatava como o indivíduo havia passado seus últimos momentos, como numa prova ou no Juízo Final. Presumia-se que o moribundo revia sua vida inteira, da forma como estava contida no livro, e seria tentado pelo desespero por suas faltas, pela glória vã de suas boas ações ou pelo apego às coisas terrestres: família e objetos materiais.

A partir do século XIII, passou a existir entre os homens uma preocupação central com o Juízo Final, demandando do moribundo uma reflexão consciente de seus atos, garantia para atingir o reino do céu. Prevalencia nesse período um sentimento de medo, pois a morte era percebida como um momento de prestação e acerto de contas frente a um julgamento divino. Dependendo de sua atitude no lampejo desse momento, o moribundo apagava de uma vez por todas os pecados de sua vida inteira, caso repudiasse todas as tentações, ou anulava todas as suas boas ações, caso a elas viesse a ceder.

O homem buscava garantias para o além (pós-morte) por meio de diversos ritos, como orações, donativos, missas, e, principalmente, pelos testamentos realizados. Estes constavam de uma profissão de fé, confissão dos pecados, recomendação da alma, doação das riquezas à Igreja, como garantia para a salvação da vida eterna, já que o reino dos céus era dos pobres e bem-aventurados de espírito (Esslinger, 2008; Kovács, 2008a).

É importante registrar que Ariès (1977) já afirmava que o corpo do morto era escondido, sendo os caixões um instrumento fundamental usado com essa finalidade, e todos tinham um local de sepultura marcado por uma inscrição, significando um desejo de conservar a identidade do túmulo e a memória do desaparecido.

O embalsamento, inclusive anterior a essa época, continuou a ser usado como forma de conservar viva a imagem do morto, sem dúvida uma forma de negar a morte, persistindo até os dias de hoje em alguns grupos. Permanecem também os rituais de luto, de uma forma mais aberta ou mais contida da tristeza, aspecto que será tratado no próximo capítulo. Registre-se que, no Ocidente, usa-se preto, costume que data do paganismo e que na sua origem, nada teve a ver com piedade ou tristeza, mas sim com o medo dos mortos. O preto era um disfarce para que o fantasma do morto não reconhecesse o vivo e fosse caçá-lo. Entretanto, não se nega, hoje expressa também o abandono e a tristeza; a cor preta, além de demonstrar tristeza, então já criava paz e serenidade interior.

Outras formas de buscar proteção para o além eram as missas que encomendavam a alma do morto, conhecidas como missas de corpo presente. Os donativos representavam

também uma possibilidade de perdão para os atos terrenos, possibilitando assim mesmo o acúmulo de bens. Os túmulos marcavam (seguem fazendo) o lugar onde o corpo do morto ficava e traziam recordações sobre sua imagem física, outrora representada por esculturas e atualmente por meio de fotos. Tais elementos demonstram a importância que os vivos sempre deram à morte e, principalmente, aos mortos (Kovács, 2008a).

1.1.2.3. Vida no Cadáver, Vida na Morte

De acordo com leitura de Kovács (2008a), Ariès introduz o tema da vida no corpo morto e o início da influência da medicina na história da morte, substituindo os homens do clero, que eram os seus principais representantes na Idade Média. Os cadáveres tinham os segredos da vida e da morte e trouxeram grandes avanços à farmacopeia, produzindo matéria-prima benéfica, como, por exemplo, o suor, que era considerado bom para hemorroidas, fertilizava a terra e acelerava o crescimento de plantas, sendo fonte de vida. Esse é um argumento para a imortalidade da alma.

Todas as culturas personificavam a morte de forma diferente e elaboravam variadas magias contra a sua intrusão, sendo ela combatida com amuletos, ritos e talismãs. A superstição popular indicava que, mesmo depois da morte, o corpo ainda ouvia e lembrava, surgindo com isso o medo de ser enterrado vivo. Portanto, foram criadas cerimônias e ritos com a finalidade de atrasar o enterro, de forma a garantir que a morte fosse definitiva, só se mostrando real quando começava a decomposição.

No princípio, estimava-se que a alma do morto ficava paralisada, não se liberando de imediato do corpo, e nos sete dias pós-morte ela vagava alternadamente no túmulo e na casa onde a pessoa havia falecido. Esse era o motivo das rezas feitas pelos familiares, procurando que a alma abandonasse a casa definitivamente. Durante o primeiro ano, acreditava-se, ela se transportava do túmulo para o céu e vice-versa, só se estabelecendo definitivamente no céu depois desse período (Kovács, 2008a).

No início do século XVIII era raro chamar um médico para confirmar a morte, pois era considerado um ato de incivilidade que o mesmo visitasse um morto que não pudera ser salvo sob seus cuidados. Nesse século, tal assunto foi muito pesquisado na literatura médica e o momento da morte começava a perder a emoção à medida que os médicos se aprofundaram a respeito, passando a atestar com maior segurança o momento de ocorrência da morte, tomando como referência evidências biológicas específicas (Kovács, 2008b).

1.1.2.4. A Morte do Outro

De acordo com Ariès (1977), no final de século XVIII houve uma grande transformação das famílias, que resultou em novas relações fundadas no sentimento e na afeição. A partir de então, o enfermo, *que jaz no leito*, testemunha aos que lhe são próximos uma confiança que lhes havia em geral recusado. Já não era mais necessário uni-los por um ato jurídico (o testamento). O moribundo delegava aos mais próximos parte dos poderes que havia exercido até então, conservando a iniciativa nas cerimônias de sua morte. A complacência romântica acrescenta mais ênfase às palavras e aos gestos do moribundo, porém o que mais mudou foi a atitude da assistência; os assistentes não eram mais figuras de outrora, passivos, refugiados nas preces, passando a manifestar grandes dores.

Nessa época a imagem da hora da morte era no leito. Esperava-se que as pessoas morressem bem; a morte tornava-se um espetáculo: o moribundo e o seu encenador, e as pessoas amadas, em volta, os espectadores. Por isso era importante que se estivesse consciente no momento da morte, para poder ainda vivê-lo com exaltação. A perda era acompanhada de manifestações com grande dramaticidade, de modo que, do fim da Idade Média ao século XVIII, o luto possuía uma dupla finalidade. Por um lado, induzia a família do defunto a manifestar, pelo menos durante certo tempo, uma dor que nem sempre experimentava. Por outro lado, tinha o efeito de defender o sobrevivente contra os excessos da dor, impondo-lhe certo tipo de vida social, como visitas de parentes, vizinhos e amigos, no decorrer das quais a dor podia ser liberada sem que sua expressão ultrapassasse um limite fixado pelas conveniências.

No final do século XIX, esse limite não foi mais respeitado. O luto então se desenrolava com ostentação além do usual: chorava-se, desmaiava-se. Era como um retorno às formas excessivas e espontâneas – ao menos na aparência – da Alta Idade Média. Tal exagero do luto nesse século teve um significado: os sobreviventes aceitavam com mais dificuldade a morte do outro do que o faziam anteriormente. Dessa forma, a morte temida não era mais a própria morte, mas a do outro. Esse sentimento é concebido como a origem do culto moderno de túmulos e cemitérios (Kovács, 2008b).

O acúmulo dos mortos nas igrejas ou nos pátios das mesmas tornou-se repentinamente intolerável, comprometendo a saúde pública, devido às emanações pestilentas e odores infectos provenientes das fossas. O chão das igrejas e a terra saturada de cadáveres dos cemitérios violavam a dignidade dos mortos. Criticava-se a Igreja, por ter feito tudo pela alma

e nada pelo corpo; por se apropriar do dinheiro da missa e se desinteressar dos túmulos, que, segundo Ariès (1977), já haviam se tornado o sinal de sua presença para além da morte.

Com a finalidade de valorizar a lembrança e confirmar a possibilidade de reencontro na eternidade, foram escritos livros de consolação para a ocasião da morte de uma pessoa querida. Esse foi o caminho aberto para o surgimento do espiritismo, pelo qual médiuns intermediavam a comunicação entre os mortos e os vivos. Acreditava-se na autonomia do espírito, que seria a parte imortal do ser. Surgiu, então, em meados do século XIX, na França, Allan Kardec, como fundador da doutrina espírita (Kovács, 2008a).

1.1.2.5. A Morte Invertida ou Interdita

Com a Revolução Industrial, no início do século XIX, ocorreram transformações, como a ascensão da classe burguesa e seus novos valores socioeconômicos e morais, as medidas mais eficientes higiênico-sanitários de saúde pública e a construção de grandes hospitais, que repercutiram na forma de ver e tratar a morte no Ocidente, tornando-a mais distante, impessoal e destituída de sentido. Nesse mesmo período, surgiram correntes filosóficas que influenciaram a percepção do mundo ocidental frente a aspectos como o corpo, a alma e sua sobrevivência (a vida pós-morte). Ariès (2000, p. 310), em seu livro *O homem perante a morte*, oferece uma panorâmica sobre esse período:

“Um tipo absolutamente novo de morrer apareceu durante o século XX em algumas das zonas mais industrializadas, mais urbanizadas, mais tecnicamente avançadas, do mundo ocidental. Dois traços saltam aos olhos do observador menos atento: a sua novidade, evidentemente, a sua oposição a tudo o que precedeu, de que é a imagem revertida, o negativo: a sociedade expulsou a morte, exceto a dos homens de Estado. Nada avisa já na cidade que se passou qualquer coisa... A sociedade deixa de fazer pausas: o desaparecimento de um indivíduo já não afeta a sua continuidade. Tudo se passa na cidade como se já ninguém morresse.”

Tais mudanças afetaram não só a sociedade como um todo, mas a relação entre o moribundo e o seu ambiente. O indivíduo perdeu o poder e o controle sobre o seu morrer, sendo obrigado a se colocar na dependência do ambiente. A morte não ocorria mais à maneira antiga, na presença dos entes queridos à beira do leito. Ninguém queria falar sobre o que estava acontecendo com o doente, nem ele próprio sobre o que sofria. Os familiares sofriam, não sabiam o que fazer, mas fingiam que estava tudo bem, como forma de se proteger e proteger o doente. Quando era necessário saber, esperava-se que alguém se incumbisse de dar a notícia.

A morte, então, vai para a clandestinidade, passa a ser um dever da família manter a ignorância do doente, à custa da intimidade e profundidade das relações. Os testamentos não continham mais as cláusulas piedosas; o moribundo não estava mais rodeado pelos familiares. A morte era um evento solitário. Antes domada, passou à condição de selvageria. Segundo descrições do historiador francês Ariès (2000, p. 322):

O quarto do moribundo passou da casa para o hospital. Devido às causas técnicas médicas, essa transferência foi aceita pelos familiares, estendida e facilitada pela sua cumplicidade. O hospital é a partir de então o único lugar onde a morte pode escapar seguramente à publicidade – ou àquilo que resta –, a partir de então considerada como uma inconveniência mórbida. É por isso que se torna o lugar da morte solitária.

Ao longo dos séculos, a morte passou a ser cada vez mais isolada socialmente, e no início de século XX houve um declínio da *morte tradicional*, com modificações no espaço e no tempo de um grupo social. Com a evolução da medicina, houve redução da taxa de mortalidade e o prolongamento da expectativa do tempo de vida. Ao mesmo tempo, a própria medicina, com suas medidas de prevenção e controle social da saúde e da doença, exerceu um papel crucial no afastamento da morte das consciências individuais. A vida nesse século, se comparada à de períodos anteriores, tornou-se mais previsível, exigindo mais participação de cada indivíduo e controle dos sentimentos.

Em estudos de sociólogos estadunidenses dos anos 1960, a morte era oculta e tinha como finalidade proteger a vida hospitalar da crise que representava a súbita manifestação emocional decorrente da eminência do falecimento. Não se protegia o enfermo do final próximo, mas se impedia que a rotina institucional fosse alterada pelas emoções. O silêncio em torno do término da vida por parte da equipe de saúde conduziu ao isolamento do paciente

internado em hospital. Nesse contexto, o doente passou a não participar das decisões referentes à sua vida, doença e morte (Menezes, 2009).

Segundo Santos (2007), o hospital passou a ser não só um lugar onde se cura e onde se morre, mas o lugar da morte “natural”. Assim, como se verá no próximo capítulo, o local da morte é transferido do lar para o hospital, impossibilitando as pessoas de verem seus parentes morrerem. O moribundo não tinha mais nem mesmo hora para morrer; o tempo da morte alongou-se à vontade do médico, que podia regular a sua duração. A partir daí, o hospital passou a oferecer às famílias o asilo onde conseguem esconder o doente inconveniente para elas, descarregando sobre os outros uma assistência a fim de continuar uma vida normal.

A esse respeito, já acrescentava Ariès (2000), a morte já não pertencia ao moribundo – primeiro irresponsável, depois inconsciente – nem à família, persuadida de sua incapacidade, sendo um fracasso e associada não só ao medo, mas a tudo o que era ruim. É por esse autor considerada uma antítese de todos os valores de uma sociedade, o que pode ser mais bem expresso em sua citação a seguir:

“A morte já não mete medo apenas por causa de sua negatividade absoluta, revolve o coração, como qualquer espetáculo nauseabundo. Torna-se inconveniente, como os atos biológicos do homem, as secreções do corpo. É indecente torná-la pública. Já não se tolera seja quem for entrar num quarto que cheira a urina, a suor, gangrena, onde os lençóis estão sujos. É preciso proibir-lhes o acesso, exceto alguns a íntimos, capazes de vencer a sua repugnância, e aos indispensáveis doadores de cuidados. Uma nova imagem da morte está em vias de se formar: a morte feia e escondida, e escondida porque é feia e suja.” (p. 320)

De acordo com Kovács (2008b), os rituais da morte tornam-se cada vez mais discretos ou quase inexistentes; o luto sofre interferências, valorizando-se cada vez mais uma atitude discreta. A cremação vai ganhando terreno sobre outras formas de dispor do corpo. O sofrimento do paciente é abordado de todas as maneiras possíveis: no seu lado positivo, aliviando-se a dor; no negativo, silenciando suas manifestações à custa de tranquilizantes ou

sedativos. Uma verdadeira maquiagem dos sentimentos e afetos mais profundos, evitando as rugas da dor.

Hennezel (2001) afirma que o hospital é o lugar onde ocorrem certas crueldades quando da proximidade da morte; uma delas é o anonimato. Não se permite intimidade e contato, limitados pelos horários de visita muito curtos, bem como por falta de acomodações para a permanência da família. O avanço da tecnologia permite que o processo de morrer seja prolongado à vontade da equipe médica.

Na mentalidade desse tipo de morte, agora denominada interdita, priva-se o homem de seu processo de morrer naturalmente, e a morte passa a ser vista como um fracasso, um acidente, um sinal de impotência ou imperícia da equipe médica. Outra característica do morrer nessa mentalidade é a promoção da inconsciência, para que não se perceba o que está ocorrendo, não haja expressão de emoções intensas. Fica claro como o homem é expropriado de sua própria morte. Torna-se muito difícil diferenciar a vida da morte, e a morte da vida. Talvez nem se perceba quando a morte de fato ocorreu, ou quando deixou de existir, verdadeiramente, vida.

De acordo com Kovács (2008a), é nos Estados Unidos e na Inglaterra que a morte invertida e interdita tem seu espaço principal. O objetivo é eliminar a morte da superfície aparente, o que se assegura por meio da supressão do luto, da simplificação dos funerais, do aumento no número de cremações e das cerimônias rápidas sem a presença do corpo. Outros recursos para disfarce da morte são os *funeral homes*, nos quais é feita maquiagem e arrumação dos corpos para dar impressão de que o morto pareça vivo. Surge, então, no século XXI, o modelo contemporâneo da morte com maiores conhecimentos técnicos dos profissionais de saúde, que paradoxalmente clama pela ideia de boa morte ou morte digna, com o surgimento do movimento pelo *hospice*, entendido como abrigo destinado ao conforto e cuidados com peregrinos e viajantes, que evoluiu e começou a ter características de hospital-residência.

1.1.2.6. A Morte no Oriente

Filosofia e religião possuem o mesmo objetivo: a compreensão do Universo e a busca de respostas a questões existenciais do homem. De onde a pessoa vem e para onde vai? Como o mundo passou a existir? Quais as forças que controlam o mundo e a vida de cada um? A filosofia se vale do esforço racional humano, enquanto a religião confia na subjetividade de

experiências de natureza mística. Trata-se, pois, da ênfase na essência dos fenômenos versus sua transcendência, respectivamente. Isso é assim no pensamento ocidental. Por outro lado, no pensamento oriental, filosofia, religião e poesia se misturam: o conhecimento relativo ao homem, universo e suas origens se encontra em doutrinas religiosas, fundadas em tradições sagradas transmitidas de geração em geração, cujos fundamentos são fruto de revelação divina.

Enquanto a filosofia está mais próxima do pensamento conceitual, a religião se vale dos recursos pertencentes ao campo do pensamento e da linguagem simbólica. Em meio a essa presumível contraposição, encontram-se os mitos, respostas simbólicas da mente humana a questões existenciais. De algum modo, parte desse conhecimento também se faz notar no contexto oriental. A propósito, o conceito de morte e vida, nessa cultura milenar, incorpora a doutrina da transmigração, a ideia de que a vida, sendo eterna, passa por um ciclo de intermináveis mortes e renascimentos. A morte física não é um fim, mas a transformação de fatores e funções que formam e sustentam coletivamente uma vida individual. A vida é contínua e se estende do infinito passado ao futuro, que não se pode determinar temporal e espacialmente. As crenças orientais ensinam que o destino do ser humano é regido por seu carma, ou seja, resultante natural da lei de causa e efeito (Ikeda, 2010).

Das questões existenciais com as quais o homem se confronta, a morte é uma das que possui maior impacto. Comumente, a morte é compreendida como o fim da existência de uma entidade, do homem, dos seres em geral, ou do próprio universo. Nas tradições orientais, porém, ela não é vista como algo indesejável, mas integrado à vida, que por sua vez é ligada à natureza, considerada uma aliada do homem, conforme registro de Massa (2008).

Na visão do Oriente, a morte é tida como um processo que favorece uma evolução do ser humano, e para que isso ocorra deve haver ensinamentos que propiciem crescimento ainda em vida. Tais ensinamentos estão descritos no *Bardo Thodol* (*O livro tibetano dos mortos*; Coleman, Jinpa & Dorje, 2010). Tem como doutrina a meta de que as pessoas se libertem da roda das reencarnações e atinjam a iluminação, como ocorreu com Buda. Nesse sentido, tal preparação não deve estar restrita somente ao momento da morte, mas deve ocorrer durante toda a vida. Deve haver um desenvolvimento psicológico e espiritual para que não se perca tempo com trivialidades e tentações.

É importante ressaltar que, enquanto os ocidentais buscam a inconsciência ou não da percepção da morte, para os tibetanos a consciência e o alerta são fundamentais. Os budistas e

os hindus acreditam que o último pensamento antes da morte determinará o que será desenvolvido na próxima existência. A morte, portanto, representa a transição, sendo um momento decisivo na vida do indivíduo. A leitura do *Bardo Thodol* na hora da morte traz ensinamentos para que haja menos reencarnações. Não obstante, é necessário passar pela morte para vivenciar essa experiência na sua plenitude.

Ainda de acordo com os ensinamentos referidos, existem estágios pelos quais se tem que passar para que os temores da morte possam ser superados, apresentando-se esse evento como um processo inicial preparativo para uma nova vida. Observa-se, então, que existem visões diferentes da morte no Oriente e Ocidente, com rituais diversos e específicos, correspondendo às formas de entender o nascimento e a morte (Coen, 2010). No Ocidente a morte é vista como um fim e fracasso, sendo interdita, oculta e vergonhosa; no Oriente, contrariamente, ela é evolução, crescimento e transição para uma nova vida. Se fosse possível resumir o que traduz a visão da morte, no Ocidente seria a negação, enquanto no Oriente compreenderia a preparação (Kovács, 2008b). Nunca é demasiado assumir a perspectiva que se tem quando se trata aqui da morte; os fundamentos desta tese têm em conta e se elaboram a partir da visão ocidental, com o que se constroem as noções conceituais a seguir.

1.2. Conceituando a Morte e Pós-Morte

A morte é definida como a cessação definitiva da vida no corpo. Comumente, o morrer pode ser demarcado como o processo que se dá entre o momento em que a doença se torna irreversível e aquele em que o indivíduo deixa de responder a qualquer medida terapêutica, progredindo para o final de sua existência. Porém, a definição e a forma de encará-la podem variar de acordo com o enfoque e o estudo filosófico, religioso, médico e jurídico, embora em nenhum desses campos de estudo e reflexão os conceitos sejam cristalinos.

São diversos os debates para definir o que seria o final de uma vida. Quando se fala de morte de um corpo humano, a atenção parece voltada para e restrita à vida humana biológica. Já a significação da morte de todo o corpo a partir da morte do cérebro sugere uma definição que se concentra na vida de uma pessoa. No fim do século passado, aceitava-se que um ser humano e seu corpo eram considerados mortos quando o coração e os pulmões paravam de funcionar, sendo tal situação designada como “morte clínica”. Contudo, com a evolução da tecnologia, tornando-se possível manter a respiração e a circulação artificiais de um corpo,

esse conceito mudou; a partir dos anos 1950, neurologistas franceses perceberam a morte encefálica em alguns pacientes que estavam nos respiradores (Luper, 2010).

Sabe-se que a ciência se encaminhou para uma definição de morte totalmente cerebral. A razão para tanto é a ideia de que estar morto é tornar-se incapaz de ser uma *pessoa*, o que requer um grau de consciência assegurado pelo funcionamento cerebral adequado (Morais, 2010b). Contudo, reconhece-se, não é tarefa fácil apresentar uma definição consensual; é mesmo difícil demarcar a morte, pois seu conceito é relativo, complexo, muda frequentemente, é ambíguo, influenciado pelo contexto situacional, social e cultural, mantendo relação estreita com o comportamento, mas também com a visão que se tem de homem, que tem mudado ao longo dos séculos. Seja como for, identificam-se quatro abordagens principais para determinar se o indivíduo está ou não morto (Santos, 2007):

- a) *Perda irreversível do fluxo de fluidos vitais*. A morte do organismo humano tem sido determinada pela ausência de batimentos cardíacos e respiração. Com a cessação desses sinais vitais e à medida que as células dos tecidos do corpo morrem, sinais avançados da morte se tornam evidentes, como falta de reflexos nos olhos, queda da temperatura, presença do *livor mortis* e a rigidez dos músculos. A maioria das mortes é determinada pela ausência de sinais vitais. Para saber se um indivíduo está vivo ou morto, deve-se verificar a respiração, a pulsação e as batidas do coração. Essa abordagem é adequada para fazer o diagnóstico de morte, e foi Hipócrates o primeiro médico que descreveu uma situação de morte:

“Surpreendente realismo nos revela o grande médico ao relatar o transe em que a morte ronda e a vida se esvai para sumir-se na eternidade. Nesses dramáticos momentos, o moribundo adquire o aspecto letal conhecido das pessoas, que o captam já não com valores racionais, mas intuitivos, dizendo: está agonizante. Na agonia, segundo Hipócrates, o paciente tem o seu rosto lívido, alongado e indiferente a tudo. Uma expressão de serena doçura espiritual inunda seu rosto, como se contemplasse com impavidez os acontecimentos de sua vida que acodem em tropel a sua consciência. Seus olhos, fixos e absortos, olham vagamente à distância, escrutando a nova rota de outra existência mais aprazível e menos sórdida que a já vacilante. No momento da grande partida, o moribundo parece iluminado por um

divino fulgor alheio ao corpo e ao mundo circundante. Quando já não surgem imagens, nem anseios, nem ilusões, parece, então, que apenas há de flutuar nessa suprema hora uma luz vivida: a luz do sentimento da inexistência do enganoso trânsito terreno.”

A ambiguidade dessa primeira abordagem em definir a morte resulta de querer defini-la com base, exclusivamente, em critérios fisiológicos. A narrativa dá conta de um ser que, realmente, se apresenta como moribundo, decadente, revelando a face de apatia, submissão e plena dependência. Outras abordagens são também possíveis.

b) Perda irreversível da alma do corpo. Não existe o local da alma cientificamente estabelecido, e essa questão não pode ser respondida pelo método experimental, de observação sistemática e controlada. Foi na visão de Homero que, segundo Santos (2007, p. 90), se obteve esse conceito mais transcendental de morte:

“Homero fala da psyche, sobretudo no momento da morte do homem. A morte coincide, de fato, com a saída da psyche que voando pela boca (ou pela ferida), com o último suspiro, vai-se ao Hades. Convém recordar que o termo psyche está ligado com a respiração (psychein significava soprar), e que a ideia da morte permanece a de exalar o último suspiro.”

c) Perda irreversível da capacidade de integração corporal. Esta abordagem se baseia não só nos sinais fisiológicos tradicionais de vitalidade do corpo (fluxo de respiração e sangue), mas também numa maior capacidade do corpo em regular seu próprio funcionamento, reconhecendo que o ser humano é um organismo integrado com capacidade de regulação interna, por meio de *feedback* homeostático. Em outras palavras, o suporte de vida artificial não é o fator determinante; somente a perda irreversível da capacidade de integração corpórea pode determinar a morte. Atualmente, para os clínicos, o sistema nervoso central (cérebro) é o local considerado para sua determinação, sendo então caracterizada como *morte cerebral*.

d) *Perda irreversível da capacidade para a integração da consciência ou social.* Esta abordagem diz respeito a funções superiores do cérebro. Para que a pessoa possa ser humana, em seu sentido amplo, deve haver uma interação consciente com o ambiente ou com outros seres humanos. Quando a capacidade para uma interação social é irreversível, tem-se uma definição de morte. O local específico de sua constatação compreende, então, o neo-córtex, responsável pelas funções superiores e complexas da mente.

Na sociedade atual, tecnicista, houve uma mudança dos parâmetros de um modelo cardiocêntrico para um encefalocêntrico. A morte cerebral é causada por lesão cerebral que resulta em uma pressão intracraniana maior que a pressão sanguínea, causando lesão do tronco cerebral devido a uma herniação. Em 1968, o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas, vinculado à Organização Mundial de Saúde e à UNESCO, reuniu-se em Genebra e estabeleceu critérios sobre a morte encefálica (Gogliano, 1993).

Mais recentemente, em 1995, a Academia Americana de Neurologia publicou um *guidelines* para determinar a morte cerebral, sendo, dois anos depois, regulamentado no Brasil por meio da Resolução nº 1.480/97, do Conselho Federal de Medicina. Os parâmetros clínicos que devem ser observados são: coma aperceptível com ausência de atividade motora supra-espinhal e apneia. O intervalo e o número de observações desses parâmetros foram definidos de acordo com a idade do paciente, tendo sido também decididos quais exames complementares devem ser solicitados (Brasil, 1997).

A evolução da medicina nas últimas décadas permitiu a manutenção artificial de algumas funções vitais, essenciais para o prolongamento da vida dos seres humanos. Tal fato alterou a concepção ética e legal de morte de um ser humano, sendo aceito, então, pela comunidade científica internacional, o conceito de morte encefálica. Dessa forma, o ser humano pode ser declarado morto após cessação de funcionamento do tronco cerebral.

O conceito filosófico de morte cerebral não difere daquele de morte cardiorrespiratória; o que difere são os critérios utilizados para comprovar a morte de uma pessoa, pois a parada cardiorrespiratória é um dos mecanismos de disfunção irreversível de funcionamento do tronco cerebral (Nunes & Melo, 2011). Para aplicação desses critérios, deve-se conhecer com clareza a causa da morte, excluindo eventual intoxicação por depressores do sistema nervoso central e a hipotermia, condições essas reversíveis. Afirmam ainda os autores que essa é a posição da Comissão Presidencial de Ética dos Estados Unidos

da América, onde a morte cerebral é não apenas a perda da capacidade de ter consciência, mas também a perda da função integradora do tronco cerebral.

Nunes e Melo (2011) ainda afirmam que, quando existir total desintegração do tronco cerebral, o ser humano pode e deve ser considerado morto, fazendo com que o profissional reflita sobre a suspensão e/ou abstenção de meios extraordinários ineficazes. Porém, presumivelmente, o medo que o médico tem de ser acusado de conduta negligente o leva a recorrer a tratamentos desproporcionais e inúteis. Eles entendem que nos casos de doentes terminais é necessário ponderar os seguintes aspectos: o tratamento diminui o sofrimento, o desconforto e a dor do doente? Consideram que isso é mais adequado do que se indagarem: será que essa intervenção prolongará a vida do doente? De fato, a aplicação de terapêuticas inúteis não prolonga a vida, mas a morte sofrida.

1.2.1. Visões da Morte nas Grandes Religiões

Ao olhar e refletir sobre o futuro da bioética, o bioeticista Edmundo Pellegrino, do Instituto Kennedy de Bioética (Washington, D.C.), aponta a religião e a bioética teológica como questões que terão que ser trabalhadas ainda nesse século. Até agora, a bioética religiosa ficou na penumbra da bioética filosófica. Posteriormente, discutir-se-ão aspectos referentes à bioética, quando, inevitavelmente, o tema da religião perpassará. De momento, porém, interessa tão somente considerar a morte no quadro das grandes religiões.

Embora a ciência e a medicina possam proteger as pessoas de diversas doenças e prolongar sua existência, elas não oferecem qualquer solução ou conforto para a questão da morte. É na filosofia e, principalmente, na religião que podem ser buscadas as respostas fundamentais (Ikeda, 2010). De fato, as religiões, todas, promovem mensagens de salvação que procuram responder às perguntas básicas das pessoas. Às perguntas sobre os eternos problemas do amor e sofrimento, culpa e reparação, vida e morte, subjazem as seguintes indagações: de onde vêm o mundo e suas leis?; por que as pessoas nascem e devem morrer?; como se fundamentam a consciência moral e a existência de normas éticas? Obviamente, as respostas não são simples, mas todas passam por um mesmo requisito: a fé. Esta mesma que impregna todas as religiões com a ideia de salvação, oferecendo caminhos nas situações de penúria, sofrimento e culpa da vida terrena, mas também indicações para procedimentos corretos e conscientemente responsáveis nesta vida, a fim de alcançar uma felicidade

duradoura, constante e eterna, refletida na libertação de todo o sofrimento, culpa e morte (Bertachini & Pessini, 2010; Pessini, 1999).

Pessini (1999) considera que são as religiões que dão às pessoas uma norma superior de consciência – *regra de ouro* –, que foi testada por Confúcio: *O que não desejas para ti, também não o faças aos outros* (Confúcio, 551-489 a.C.). Igualmente, Rabi Hillel, em formulação negativa, indica o seguinte: *Não faças aos outros, o que não queres que te façam a ti* (Rabi Hillel, 60 a.C.-10 d.C.). Jesus de Nazaré também propunha pensamento semelhante, quanto afirmava: *O que queres que os outros vos façam, fazei-o também vós a eles* (Mt 7,12; Lc 6,31). Ao contrário das filosofias, as religiões não apresentam apenas modelos de vida abstratos, mas pessoas modelares, daí a importância dos líderes mundiais que perpassam espaço e tempo, a exemplo de Buda, Jesus de Nazaré, Confúcio, Lao-Tse ou Maomé.

Bigheto e Incontri (2007) enfatizam que, ao se tentar explicar a vida, a existência, o mundo, o destino e o sentido das coisas, encontra-se entre as respostas humanas a dimensão do sagrado e do transcendente como solução, a causa primeira e o destino final das coisas. A esse respeito, Mircea Eliade (1979), em seu livro *O sagrado e o profano*, descreve como a religiosidade faz parte da história humana desde os povos primitivos até as sociedades mais complexas. No tocante à religião, concretamente quanto às crenças relacionadas com a morte, é possível encontrar referência a respeito em Edgar Morin, cujo texto é destacado por Bigheto e Incontri (2007, p. 26):

“[...] por todo o lado, os mortos foram ou são alvo de práticas que correspondem, todas elas, a crenças respeitantes a sua sobrevivência (sob a forma de espectro, sombra, fantasma) ou ao seu renascimento. Frazer, a quem devemos o mais monumental catálogo de crenças respeitante aos mortos, concluiu uma das obras com estas palavras: É impossível não ficar impressionado pela força, talvez devêssemos dizer pela universalidade da crença na imortalidade.”

Os problemas do homem diante da morte, da transcendência do ser e da divindade são questões existenciais, que desde os tempos remotos não cessam de se apresentar às inteligências humanas. Antigas questões permanecem como fonte de reflexão na tradição filosófica ocidental, propondo-se a dar fundamento aceitável à vida, ao cosmo e à realidade a

partir da ideia de existência de um Ser Superior. Talvez Pitágoras tenha sido o primeiro filósofo a procurar fundamentar filosofia e espiritualidade, pois em sua teoria aparecem ideias como imortalidade da alma, reencarnação e Deus (Bigheto & Incontri, 2007).

As religiões têm exercido influência poderosa nas *atitudes* dos indivíduos com relação ao passamento. Por exemplo, no catolicismo há a imagem do fogo eterno queimando as entranhas do ser, enquanto nas doutrinas orientais se discute a volta do Espírito em um corpo animal. Além da questão religiosa, há os erros de abordagem: tudo termina com a morte; imersão no desconhecido; excesso de preparação para o desenlace; dúvidas com relação à imortalidade; e ilusão de ser indispensável à família.

Embora as grandes religiões apresentem concepções doutrinárias e tradições diferentes, comungam as seguintes características: (a) cuidado com a vida: todas as religiões defendem a vida, prometem a ressurreição e a eternidade, não só à vida humana, mas a todas as manifestações cósmico-ecológicas; (b) comportamento ético fundamental: apresentam um imperativo categórico, favorecendo uma cultura de veneração, de diálogo, de não violência e de paz; (c) justa medida: procuram orientar as pessoas pelo caminho da sensatez, primando pelo equilíbrio entre o legalismo e o libertinismo, como também entre os domínios (adoração, hedonismo, ascetismo, imanentismo e transcendentalismo); (d) centralidade do amor: todas pregam o amor; (e) figuras éticas exemplares: as religiões não apresentam só máximas e atitudes éticas, mas figuras históricas concretas, paradigmas que viveram dimensões radicais de humanidade, como, por exemplo, Jesus, Buda e Confúcio; e (f) definição de um sentido último: sentido do todo e do ser humano. A morte não é a última palavra, mas a vida, sua conservação, sua ressurreição e sua perpetuidade. Todas apresentam um fim bom para a criação e um futuro bem-aventurado para os justos (Bertachini & Pessini, 2010; Boff 2000). Resta, entretanto, compreender em que se diferenciam.

1.2.1.1. O Budismo

Esta é uma das maiores religiões mundiais. Foi fundada por Siddhartha Gautama (480-400 a.C.), que desde então passou a ser conhecido como Buda, que significa o *iluminado*. Os budistas associaram a vida com a sensibilidade e, num sentido amplo, essa concepção engloba os animais e as plantas. A sensibilidade inclui consciência e sentimento. A morte da mente não é a morte da pessoa, sendo esta entendida como a dissolução da mente e do corpo. O budismo ensina que as alegrias e os sofrimentos da existência presente são determinados por causas

acumuladas em existências anteriores; e as causas acumuladas no presente são fatores determinantes para o futuro e toda a eternidade. O grande mestre chinês Chih-i escreveu em seu *Hokke Guengui* (profundo significado do *Sutra de Lótus*): *Meus sofrimentos presentes resultam inteiramente do passado; os frutos da minha presente prática da fé aparecerão no futuro* (Ikeda, 2010).

Os dilemas gerados pelos avanços da moderna tecnologia desafiaram os preceitos do budismo tradicional. Buda sempre enfatizou que ele era um guia, não uma autoridade. Nesse sentido, criou um método para determinar a conduta correta, pedindo aos seus discípulos para tomarem suas próprias decisões, baseadas na sabedoria e compaixão.

Para o japonês, pautado nessas crenças, a morte perturba o ritmo de todas as coisas viventes e, portanto, não deve ser apressada. O povo japonês está mais preocupado em realizar os rituais do processo de morrer, e não em terminar a vida prematuramente. O budismo não vê a morte como o fim da vida, mas simplesmente como uma transição, e reconheceu há tempos o direito de as pessoas determinarem quando deveriam passar desta existência para a seguinte. O importante não é se o corpo vive ou morre, mas se a mente pode permanecer em paz e harmonia consigo mesma; os budistas discutem se concedem ou não à pessoa a responsabilidade por sua vida e seu destino.

Embora a vida seja preciosa nesse marco, afirma Pessini (1999), não deve ser considerada divina, pois não existe a crença em um ser supremo ou Deus criador. Nesse sentido, o budismo não é uma religião de Deus, pois não acredita em um ser supremo, mas de sabedoria, iluminação e compaixão. Prega o renascimento ou a reencarnação. Após a morte, o espírito volta em outros corpos, subindo ou descendo na escala dos seres vivos (homens ou animais), de acordo com a sua própria conduta. Segundo Ikeda (2010), compreende-se que as causas essenciais dos problemas existem dentro da própria vida, sendo, portanto, possível aceitar o sofrimento e amenizá-lo para conquistar um estado de serenidade e felicidade.

O ciclo de mortes e renascimentos permanece até que o espírito se liberte do carma (ações que deixam marcas e que estabelecem uma lei de causas e efeitos). A depender do seu carma, a pessoa pode renascer em seis mundos distintos: reinos celestiais, reinos humanos, reinos animais, espíritos guerreiros, espíritos insaciáveis e reinos infernais. Esses determinam a Roda de Samsara, ou seja, o transmigrar incessante de um mundo a outro, ora feliz e angelical, ora sofrendo terríveis torturas, brigando e reclamando. Em qualquer um desses estágios, as pessoas estão sujeitas a transformações.

De acordo com o *Livro Tibetano da Morte*, existem 49 etapas (ou 49 dias) após a morte. Os monges oram para que as pessoas atinjam a Terra Pura - lugar de paz, tranquilidade e sabedoria iluminada - ou renasçam em níveis superiores. Para se libertar do carma e alcançar a iluminação ou o Nirvana, o ciclo da ignorância, da sede de viver e do apego às coisas materiais deve ser abolido da mente dos homens. Para isso, a doutrina budista ensina a evitar o mal, praticar o bem e purificar o pensamento. O leigo deve praticar três virtudes: fé, moral e benevolência. Nessa filosofia ou crença, todo ser humano é iluminado, embora não tenha consciência disso (Coleman, Jinpa & Dorje, 2010; Ramos, 2010).

1.2.1.2. O Islamismo

A palavra Islã significa *submissão à vontade de Allah*. Compreende a mais jovem e a última das grandes religiões mundiais e a única surgida após o cristianismo (Maomé, 570-632 d.C.). Na religião islâmica o ser humano é um ente que compreende em sua natureza uma dimensão material e uma espiritual, criado para um propósito definido por Allah. Com o fim de alcançar o dito propósito, o ser humano deve orientar sua vida de acordo com as diretrizes reveladas por Allah, que chegam à humanidade por meio de seus profetas, permitindo-lhes alcançar a plenitude de sua condição humana. Se o ser humano se afasta dessas diretrizes, mergulhará em angústia e sofrimento interior, gerando consequências na vida material e na vida após a morte (Ragip, 2007).

Na concepção islâmica, a pessoa humana é o ser mais nobre e digno de honra. Tudo o que o céu e a terra abrangem está à sua disposição, sendo representante de Deus na terra. O pensamento islâmico desenvolveu uma forte consciência da dimensão vertical de sua teologia, que acentua a confiança em Deus, a dependência do criador e a obediência à vontade de Deus (Pessine, 1999; Ragip, 2007). Resumem-se a seguir os princípios de fé islâmica:

a) *Crer em Deus um e único*. Um significa que Allah é uma unidade indivisível em partes constituintes, sendo o Único ser com essa característica. É infinito, não se cansa, não depende de nada nem de ninguém. Não é limitado por espaço ou tempo, uma vez que os mesmos também são criaturas. A criação dos universos surgiu do infinito amor de Deus pelo conhecimento de Si mesmo. Numa tradição sagrada, o Profeta Muhammad revela que Deus disse: *Era um tesouro oculto e ameí ser conhecido, então criei a criação*. Assim o amor e o conhecimento são dois elementos que estruturam a criação do universo. O amor como força motriz, como motivação essencial, amor pelo conhecimento de Deus. Portanto, os seres

humanos têm como razão primordial de sua existência servir e alcançar esse conhecimento do Criador;

b) *Crer nos anjos de Deus*. Os anjos são seres de luz, não são materiais. Cumprem a vontade de Deus de forma impessoal e inflexível. Há anjos para diversas funções, que acompanham cada ser humano, desde o nascimento até sua morte, anotando suas ações de rebeldia contra a vontade de Deus, assim como suas ações em harmonia com sua vontade;

c) *Crer nos livros sagrados*. Neles estão registradas as mensagens divinas reveladas pelos profetas por meio do anjo Gabriel, com orientações para que o ser humano viva de forma a alcançar a plenitude de seu potencial. Allah informa a existência de quatro livros sagrados: Torah, dos judeus, que foi revelado ao profeta Moisés; os Salmos, revelados ao profeta Davi; os Evangelhos, revelados ao profeta Jesus, referido no Sagrado Alcorão como Messias; e o Alcorão;

d) *Crer nos profetas*. Por serem mensageiros de Deus, os profetas são considerados dignos de fé, devendo-se seguir seus ensinamentos;

e) *Crer no dia do julgamento final*. Indica-se, pois, aquele dia que não terá amanhã. Acabam-se os ciclos, e haverá a Ressurreição. Todos serão colocados diante de Deus para o julgamento, e uma nova vida começará depois da avaliação divina. Esta vida compreende então uma preparação para outra existência, seja no céu ou inferno; e

f) *Crer no destino*. É recomendado crer em tudo o que acontece na vida de um ser humano, ou de uma nação, seja bom ou mau, pois está de acordo com a vontade infinita de Allah, que deu livre arbítrio ao ser humano.

Ainda de acordo com Ragip (2007), após a morte os olhos do falecido devem ser fechados, seu corpo deve ser lavado, coberto, e seu sepultamento deve ser preparado sem demora, não sendo permitido expô-lo à curiosidade das pessoas. Também não é aconselhável que as mulheres acompanhem o corpo até o sepultamento. Depois do sepultamento, recomenda-se orar e suplicar pelo perdão ao falecido e a aceitação de sua conduta por Allah, porque ele será questionado pelos anjos a respeito de sua vida.

Não se devem expressar emoções e tristeza de forma exagerada, pois isso pode significar fraqueza da fé em Deus e incapacidade de aceitar os desígnios divinos. Os familiares e parentes devem retomar à própria vida com a maior brevidade, sempre pensando

que todos têm um tempo pre-determinado na vida, devendo-se cumprir esse tempo da melhor forma possível.

Após a morte, a alma entra no Universo intermediário denominado *barzakh* (entre o universo material e o espiritual) e lá vive de acordo com o nível espiritual que alcançou na sua vida material, seguindo as orientações de Allah, aguardando o dia do Julgamento Final, para, enfim, poder ir para o Paraíso ou o Inferno.

O significado da vida neste mundo e sua relação com a morte estão descritos na Escritura Sagrada, o Alcorão (3: 185): “Todo ser vivente experimentará a morte. E vos será dada recompensa plena no Dia da Ressurreição. Então, quem for removido do fogo e admitido no Paraíso, alcançará sucesso. E a vida neste mundo não é nada mais que gozo ilusório”. Desse modo, segundo o islamismo, a vida neste mundo é apenas uma etapa na existência humana, plena de desafios e oportunidades para determinar o estado do indivíduo em outros universos aos quais está destinado a viver.

1.2.1.3. O Judaísmo

É a mais velha tradição de fé monoteísta do Ocidente. O judaísmo não define o homem como um ser para a morte, mas como alguém a quem foi plantada a semente da eternidade, sendo a morte não apenas um final, mas o início do mistério.

Segundo Leone (2007), durante os últimos minutos de vida o moribundo não deve ser deixado só, sendo considerada uma grande demonstração de respeito estar junto com uma pessoa no momento em que ela faz a passagem deste mundo para o mundo vindouro. Após a morte, os olhos e a boca devem ser fechados, a face coberta com um lençol, o corpo lavado e purificado. Os amigos e parentes pedem perdão ao falecido por qualquer desconforto ou mal que tenham feito contra ele durante sua vida.

“Do pó vieste e ao pó voltarás” (Genesis, 3:19), este é o princípio que governa o modo judaico de enterrar os mortos. O corpo do morto deve estar em contato direto com a terra, e os funerais, que antes saíam da casa do falecido, hoje realizam-se diretamente no cemitério ou em algum lugar público da comunidade judaica. É comum no começo do funeral os enlutados rasgarem suas roupas como sinal de grande pesar. O enterro é rápido, e os parentes jogam terra sobre o caixão. O luto dura de dois a três dias, período em que se deve permanecer em casa.

O judaísmo crê na sobrevivência da alma, mas não oferece um retrato claro da vida após a morte, nem mesmo se existe de fato. É uma religião que permite múltiplas interpretações. Algumas correntes acreditam na reencarnação, outras na ressurreição dos mortos; enquanto a reencarnação representa o retorno da alma para um novo corpo, a ressurreição é definida como o retorno da alma ao corpo original (Pessine, 1999).

De acordo com Ikeda (2010), os judeus acreditam na imortalidade da alma, relacionada com o conceito de uma divindade onipotente criadora. Defendem que a alma é criada por Deus no momento da concepção e que continua a existir depois da morte. Os mortos ressuscitarão no dia do juízo final, quando essa divindade decide o destino eterno de todos. As almas dos que têm fé em Deus ascendem ao céu e vivem eternamente; os descrentes, contrariamente, são condenados ao purgatório ou inferno eterno. Por fim, para os judeus a lei permite à pessoa que vai morrer pôr a sua casa em ordem, abençoar a família, enviar mensagem aos que lhes parecem importantes e fazer as pazes com Deus. A confissão *in extremis* é considerada importante elemento na transição para outro mundo.

1.2.1.4. O Cristianismo

Esta é uma religião monoteísta, cuja denominação é derivada do termo grego *Χριστός* (Cristo), centrada na vida e nos ensinamentos de Jesus de Nazaré. Ela tem três vertentes principais: o Catolicismo, a Ortodoxia Oriental (separada do catolicismo em 1054) e o Protestantismo (que surgiu durante a Reforma Protestante do século XIV). Todas acreditam que Jesus teria sofrido, morrido e ressuscitado para abrir caminho para o céu aos seres humanos, concedendo a imortalidade.

Na visão das religiões cristãs sobre a vida depois da morte, esta envolve, de uma maneira geral, a crença no céu e no inferno. No catolicismo, a vida depois da morte está inserida na crença de um Céu, de um Inferno e de um Purgatório. Dependendo de seus atos, a alma se dirige para um desses lugares. A alma é eterna e única. Não retorna em outros corpos, muito menos em animais. Crê na imortalidade e na ressurreição, e não na reencarnação da alma.

A Bíblia ensina que a pessoa morre só uma vez. E, ao morrer, o homem católico é julgado por seus atos em vida. Se ele obtiver o perdão, alcançará o céu, onde viverá em comunhão e participação com todos os outros seres humanos e, também, com Deus. Se for condenado, vai para o inferno. Algumas almas ganham uma chance para serem purificadas,

indo para o purgatório, que não é um lugar, e sim uma experiência existencial da pessoa. Quem for para o céu ressuscitará para viver eternamente. Depois do Juízo Final, justos e pecadores serão separados para a eternidade. Deus julga os atos de cada pessoa em vida de acordo com a palavra que revelou por intermédio de Seu Filho, com os ideais de amor, fraternidade, justiça, paz, solidariedade e verdade (Blank, 2007). Best (2002), em seu sermão, sintetizou a visão que o cristão tem da morte:

“A morte é a liberação final da salvação, não é cessação, mas separação da existência. O crente passa do tempo para a eternidade. É o tratamento perfeito para todas as doenças espirituais e físicas. Não é a morte da pessoa, mas é a morte dos pecados da pessoa. O pecado é a parteira que trouxe morte ao mundo, e a morte será a sepultura para o pecado enterrado. A morte entrou pelo pecado, e o pecado sairá pela morte. Enquanto os cristãos estão na carne eles experimentam renovação interna e declínio externo (2 Coríntios 4:8-18). Quando os sofrimentos são comparados com a glória eterna, eles consideram os mesmos como nada (2 Timóteo 2:12; Romanos 8:17). Morte é conquistar plena liberdade de todos os inimigos internos e externos. Os cristãos serão livres do pecado interior (Romanos 7:14-25). Eles também serão livres de todas as forças das trevas e das artimanhas do Diabo (Efésios 6:10-17). A morte deveria ser vista com a certeza de se ter uma escolta ilustre para escoltar o cristão (Lucas 16:22), seguindo seu caminho através do vale da SOMBRA da morte: ‘Ainda que eu ande pela sombra da morte (trevas profundas), não temerei mal algum’ (John Joseph Owens). A escuridão pode ser intensa, mas ela é apenas uma sombra. O cristão não teme mal algum, pois ‘Tu (seu Pastor) estás comigo’ (Salmo 23).”

Como no catolicismo, os evangélicos ou protestantes acreditam no julgamento, na condenação (céu ou inferno) e na eternidade da alma, não aceitando a ideia da reencarnação ou da passagem da alma pelo purgatório para o aperfeiçoamento espiritual. A diferença é que

o morto faz uma grande viagem, e a ressurreição só acontecerá quando Jesus voltar à Terra, na chamada “Ressurreição dos Justos”, ou, então, aqueles que forem condenados terão uma nova chance de ressurreição no “Julgamento Final”. Os que morrerem sem Cristo como seu Deus também receberão um corpo especial para passar a eternidade no lago de fogo e enxofre (Costa & Silveira, 2009).

De acordo com Campos (2009), dos herdeiros da Reforma Protestante do século XVI, somente os luteranos, presbiterianos, metodistas, batistas, congregacionais e pentecostais têm uma visão da morte e uma prática ritual mais próxima. Para os mórmons, os adventistas do sétimo dia ou as testemunhas de Jeová, o morto fica dormindo na sepultura até o ‘final dos tempos’, quando haverá então a ‘ressurreição dos mortos’ e a chamada para o ‘juízo final’. Não há imortalidade da alma, e a alma dos ímpios será destruída. Desaparecem as ideias de inferno e purgatório, comuns entre os demais cristãos. Os adventistas do sétimo dia e as testemunhas de Jeová veem as práticas e crenças dos protestantes ou evangélicos quanto aos mortos e destino deles, com reminiscência filosófica e a crença na imortalidade da alma, como de origem pagã, pois somente Deus é imortal. Porém, a morte é vista como o momento de definição em relação ao futuro. Viver perto ou ser excluído da presença de Deus dependerá do tipo de vida na terra. Os protestantes, de um modo geral, não aceitam a ideia da reencarnação ou da passagem da alma pelo purgatório para o aperfeiçoamento espiritual (Campos, 2009).

1.2.1.5. O Espiritismo

Em 1857, Allan Kardec codificou uma doutrina presumivelmente de bases científicas, filosóficas e religiosas. Entre seus princípios, afirma-se que a fé tem de se submeter ao critério da racionalidade. Seus enunciados científicos não se prenderam às amarras de uma ciência que só consegue enxergar o mundo material que impressiona os sentidos limitados do homem. Suas verdades estão sujeitas ao progresso humano que a própria ciência tende a promover (Chibeni, 2003).

Na visão espírita, a morte é um fenômeno natural inerente à dinâmica da própria vida, no qual apenas o corpo físico morre. A morte significa o caos orgânico, irreversível, culminando na cessação de todas as funções vitais e consequente desagregação do organismo físico por meio da decomposição cadavérica, nada restando após a morte propriamente dita. Entretanto, o espiritismo defende a continuação da vida após a morte num novo plano

espiritual ou pela reencarnação em outro corpo. Aqueles que praticam o bem evoluem mais rapidamente; os que praticam o mal recebem novas oportunidades de melhoria, em razão de encarnações sucessivas.

O espiritismo crê na eternidade da alma e na existência de Deus, mas não como criador de pessoas boas ou más. Deus criou os espíritos simples e ignorantes, sem discernimento do bem e do mal. Quem constrói o céu e o inferno é o próprio homem. Todos os seres humanos são espíritos reencarnados na Terra para evoluir; a morte seria apenas a passagem da alma do mundo físico para a sua verdadeira vida no mundo espiritual. As almas dos mortos ligam-se umas às outras, em famílias espirituais, guiadas pela sintonia entre elas. Consequentemente, os lugares onde vivem possuem níveis vibratórios diferentes, sendo uns mais infelizes e sofredores, e outros mais felizes e plenos. Nesse sentido, o espiritualista, de modo geral, admite a existência da alma ou do Espírito e, portanto, ao morrer, independentemente do gênero de morte, a alma ou o espírito sobrevivem, continuando a viver no mundo espiritual (Kardec, 2009). Chibeni (2003), em seu texto elaborado para o *XII Congresso Estadual de Espiritismo (USE)*, realizado em Campinas, relata a preocupação com o destino do homem na Terra e no além-túmulo, procurando instruí-lo quanto ao que deve fazer para que alcance estado de felicidade cada vez maior.

Bigheto e Incontri (2007) asseguram que, como o espiritismo racionaliza a religiosidade, tirando-lhe os parâmetros de mistério e sagrado, abolindo castas sacerdotais e despindo-a de rituais, não há ritos de passagem para os espíritas. Um espírita não está obrigado a cumprir qualquer ritual para ser espírita, nem mesmo no momento da morte, não havendo velas ou ritos. Não existem objetos e espaços sagrados, porque a imanência divina está em toda parte e em todos os seres humanos, porém não invalida o ato de religiosidade vivenciado na prece.

Kardec (1978) estudou os efeitos da prece sobre os mortos ou espíritos desencarnados, alcançando, por meio de seus relatos, as seguintes conclusões: (a) a prece é uma comunicação mental em que se transmitem não apenas palavras, mas sentimentos e pensamentos, que, se forem positivos, têm o poder de aliviar; (b) se o espírito não estiver bem, a prece pode ser uma forma de ajudar a melhorar suas condições, bem como pode ser um pedido de ajuda a um espírito que esteja em condições de ajuda; (c) embora a prece seja uma ligação entre espíritos, tem efeito positivo desejado se ela se eleva à Divindade, pois Deus é o Amor supremo; e (d) a prece do próprio moribundo na hora da morte ou a que for feita em sua intenção poderão

ajudá-lo a enfrentar a passagem com mais serenidade e atravessá-la com maior consciência de si.

Segundo a análise de Kardec, quanto mais a oração se espiritualiza, quanto mais ela é puro sentimento e pensamento, mais eficaz, profunda e legítima é a ligação com Deus. Como não há no espiritismo preces predeterminadas, cada um pode orar como quiser ou como sentir que deve. Porém, no final do livro *O Evangelho Segundo o Espiritismo*, Kardec (1978, p. 324) formula orações apenas como possibilidades de encaminhar os pensamentos daqueles que o seguem:

“Meu Deus, creio em Vós e na Vossa infinita bondade! Eis por que não admito que tenhas dado ao homem a capacidade de conhecer e a aspiração do futuro, para depois mergulhá-lo no absurdo do nada. Creio que o meu corpo é apenas o envoltório perecível da minha alma, e que ao cessar de viver neste mundo, despertarei no Mundo dos Espíritos. Deus Todo Poderoso, sinto romperem-se os laços que ligam minha alma ao meu corpo, e bem logo irei prestar contas do emprego que fiz da minha vida.”

Finalmente, parece evidente que a morte é um dos maiores impulsos ao desenvolvimento humano, seja ele na medicina, nas artes, na filosofia ou na ciência. No âmbito das crenças, aprecia-se uma convergência no sentido de colocá-la como central. De fato, Pessini (1999) já enfatizava que as religiões sempre se preocuparam em preparar as pessoas para a morte, e as diferentes visões religiosas da morte oferecem uma compreensão e apontam para comportamentos, compromissos e ações mais apropriadas. Diferentes comunidades morais têm diferentes concepções de morte, diferentes visões do que constitui uma boa vida, e esses referenciais influenciam na forma como a morte é compreendida e vivida.

1.2.2. Visões Pós-Morte em Tradições Afro-Brasileiras e Indígenas

Os ritos mortuários se confundem com a própria história da humanidade. Cinco mil anos antes da era presente, os homens neolíticos realizavam ritos fúnebres e incineravam seus mortos. Embora as culturas sejam diferentes, todas ritualizam a morte e creem em algum tipo

de existência pós-morte, caracterizando semelhanças entre elas. De acordo com Saporetti & Scartezini (2009), nas tradições africanas as percepções da natureza e do mundo espiritual estão integradas e seus ritos têm lugar de acordo com essa perspectiva.

Betty Mindlin (2007) já assegurava que, entre os índios, tem-se a impressão de que a esfera material, sensível, da sobrevivência, funde-se com a do espírito e das almas, com o que não tem explicação e parece estar além da humanidade. Existe uma relação especial entre vida e morte, o visível e o sobrenatural, comum a muitos povos, observados em suas pesquisas. Não há uma separação entre a vida e a morte, o céu e a terra, o homem e a natureza, o bem e o mal; portanto, é interessante comentar as diferentes percepções da vida pós-morte nas tradições afro-brasileiras e indígenas existente no Brasil.

1.2.2.1. *Candomblé*

Saporetti e Scartezini (2009) dizem que, apesar do grande preconceito que as tradições afro-brasileiras recebem, sua visão de mundo e do além assemelha-se à da maioria das tradições religiosas. No Brasil, durante o século XIX, a reorganização das diversas culturas africanas gerou a formação dos “terreiros”, locais onde se mantém a adoração às entidades sobrenaturais (*Orixá*) e aos ancestrais (*égún*). O *Orixá* interioriza no ser humano elementos da natureza e pertence a uma ordem cósmica, enquanto o *égún* interioriza no ser humano uma ordem social. Os *Orixás* regulam as relações do sistema humano; já os *égún*, as relações, a ética e a disciplina moral de um grupo. Os terreiros possuem dois espaços denominados de “urbano” e “mata”, sendo o espaço urbano destinado à realização de cerimônias públicas, e a mata, aos sacerdotes e iniciados. No terreiro se encontram todas as representações materiais e simbólicas do *Aiyê* e do *Orum*, mundo material e imaterial, respectivamente.

No Candomblé, Deus (*Olórun*) é Um, não muitos; a terra e toda a sua plenitude pertencem a esse único Deus; é o Criador do universo. Abaixo Dele está a hierarquia dos *Orixás*, os quais recebem a incumbência de dirigir os seres humanos, administrar os vários setores da natureza, servindo de intermediários entre os homens e Ele. Os *Orixás* representam personificações da natureza e dos fenômenos naturais, representados por quatro elementos básicos: fogo, terra, água e ar. Cada *Orixá* possui o seu *axé* (sua força vital). O *Axé*, assim como o conhecimento, passa de um ser para outro, não por explicação ou raciocínio lógico, mas por transferência de um complexo código de símbolos em que a relação dinâmica constitui o mecanismo mais importante. Acredita-se que a existência ocorra em dois planos: o

àiyè (mundo material) e o *òrun* (o além, habitado por seres ou entidades imateriais), sendo que tudo o que existe no *òrun* existe na terra, como um universo paralelo, porém eterno.

Ainda de acordo com Saporetti e Scartezini (2009), o corpo humano foi modelado por *Oxalá*, com barro (*amo*) e água (*omi*), sendo o *Olódumarè* quem soprou seu hálito (*emi*, respiração), dando-lhe vida e existência, retornando a *Olórun* (Deus) após a morte. O *Orí* é a denominação dada à cabeça e representa uma divindade cujo objetivo é servir a uma pessoa e que está ligada ao poder de *Olórun*. O *orí odé* é a cabeça física (mortal), e o *orí io nú* é a cabeça interior, relacionada à sabedoria divina, sendo, portanto, espiritual, que retorna ao *òrun* e é imortal.

O candomblé trabalha com a força da natureza existente entre a terra (*Aiyê*) e o céu (*Òrun*) e vê o poder de Deus em todas as coisas, principalmente, na natureza. A morte (*Ìkú*) foi criada por *Olórun* e retira do *àiyê* os seres cujo tempo na terra tenha se acabado. A morte é bem vista pelos idosos, pois completaram seu destino, podendo seguir livres das amarras terrenas e ajudar seus descendentes na terra. A morte prematura é vista como punição, devido a uma infração grave contra o *Orixá*. É importante falar de *Exu* (*Èsú*), *Orixá* que tem a função de regular o fluxo de energia entre os mundos, sendo mensageiro entre os deuses e os homens. É responsável pela grande libido universal, seja ela criativa ou sexual. Tais características o levaram a ser considerado como o demônio.

Os ritos fúnebres visam preparar a passagem do morto do *àiyê* para o *òrun*, assim como restabelecer as relações sociais e espirituais afetadas pela ausência do falecido. Quanto maior for a posição social e religiosa do indivíduo, maiores serão os vínculos a serem cortados e os esforços para o reequilíbrio. Morrer é passar para outra dimensão e permanecer junto com os outros espíritos, orixás e guias. Na terra, o objetivo do homem é realizar o seu destino de maneira completa e satisfatória; ao cumpri-lo, o ser humano está pronto para a morte. Após a morte, o espírito será encaminhado ao *Òrun*, para uma dimensão reservada aos seres ancestrais, ou seja, eternos. O ser humano pode ser divinizado e cultuado. Caso o seu destino não seja cumprido, os espíritos ficarão vagando entre os espaços do céu e da terra, onde podem influenciar negativamente os mortais. Como não se realizaram plenamente, tais espíritos estão sujeitos à reencarnação. No caso das pessoas vivas que sofrem as suas influências negativas, precisam passar por rituais de limpeza espiritual para reencontrar o equilíbrio.

O *axé* (força divina) está contido em elementos representativos do reino animal, mineral e vegetal. No reino animal, o sangue de cada ser; no vegetal, o azeite de dendê; e no mineral, o cobre e o bronze. Classificam-se como sangue branco o sêmen, a saliva, a seiva das plantas, o sal e o giz. O sangue negro encontra-se nas cinzas de animais, no carvão e no sumo de certas plantas. Por meio do ritual, objeto, pessoa ou animal passam à dimensão sagrada, não mais pertencendo ao indivíduo, mas à coletividade espiritual. O sacrifício se aplica a toda forma de consagração que destrói a materialidade, libertando sua essência para o imaterial.

1.2.2.2. Umbanda

Esta é uma religião essencialmente brasileira, resultante da união do candomblé, práticas ameríndias, catolicismo popular e conceitos espíritas kardecistas. Surgiu em 1907, em Niterói (RJ), pela dissidência de um grupo insatisfeito com a postura europeia e elitista do kardecismo, no qual Caboclos e Pretos Velhos não podiam ser invocados. Os Caboclos são entidades consideradas verdadeiros guias, que orientam e conduzem os fiéis, assumindo formas de guerreiros e caçadores e possuindo sabedoria para lidar com as questões terrenas. Os Pretos Velhos representam os espíritos dotados de imensa sabedoria e paciência, expressam grande compreensão das aflições da humanidade, trabalham sobre a Linha das Almas e são bons feiticeiros.

Devido à união de várias religiões, o conceito de vida e morte traz atributos de origens diferentes, em especial do espiritismo e do candomblé, marcados pela força moral cristã. Após a morte, o ser desencarnado será encaminhado para uma esfera espiritual condizente com seus atos e vibração emocional acumulada durante a passagem no corpo físico, existindo a possibilidade de continuidade da vida no mundo espiritual ou na reencarnação.

O funeral umbandista é composto pela purificação do espírito e do corpo, realizada no moribundo na presença do Sacerdote, ajudante e um parente, com queimação de ervas, lavagem com água consagrada, cruzamento com a pomba e o óleo de oliva consagrado, e borrifamento com óleos aromáticos. Após esse ritual, o corpo será vestido e levado a uma cerimônia social para encomenda do espírito, realizada no velório e no túmulo. Esse ritual é envolvido de alegria, pois o desencarnado está retornando para o plano eterno, fora das ilusões, podendo retomar sua evolução de forma consciente se para isso estiver preparado (Saporetto & Scartezini, 2009).

1.2.2.3. *Suruí-Paiter*

Estes são índios de Rondônia que sonham com o mundo das almas, habitado pelos que já morreram. São os pajés que têm o poder de viajar ao país das almas, visitar as aldeias dos mortos, avistar e conversar com os deuses ou espíritos. As pessoas comuns veem em seus sonhos, ou quando estão à beira da morte, o grande caminho que as almas percorrem depois que o corpo morre. Para os *Suruí*, essa é uma larga vereda concreta, chamada de *Maramaipeter* (caminho limpo, sem mata), real como as estradas comuns, um chão que pode ser pisado. Nas festas de derrubada ou de plantio da aldeia, quando bebidas são fermentadas e oferecidas aos visitantes, as cantigas mencionam em sua letra a trilha dos mortos, o *Maramaipeter*. Poucas pessoas vivas têm o dom, privilégio, de fazer essa viagem e se aproximar de entes sem carne ou talvez com outro corpo. Essas cantigas incitam os deuses e seres magos a virem beber com os convidados da aldeia.

Quando morre alguém, os parentes choram pela perda e também por imaginar o sofrimento dos mortos percorrendo esse caminho (o *Maramaipeter*). É um caminho no qual não se pode fugir, pois não tem atalhos entre as árvores. É preciso seguir, não há como escapar dos horrores que surgem. Grandes perigos e obstáculos ameaçam quem passa – os que acabam de morrer, as almas dos doentes e os pajés. Estes sabem se defender, transitam da terra aos céus para persuadir os deuses a permitir a travessia tranquila para as almas mortas. Rogam que mandem de volta à aldeia, em sua companhia, as almas dos doentes. São os deuses que causam as doenças, e pela intervenção dos pajés elas desaparecem.

Para os *Suruís*, a pessoa doente vai ao país dos mortos, e em alguns casos é trazida de volta, pois os sadios invocam os deuses argumentando que é cedo para que a alma fique no além. O desejo dos mortos é chegar a uma aldeia da perfeição onde mora *Palop*, o Criador, cujo ambiente é de riqueza, sem matas e sem trabalho. Assim os pajés descrevem a terra dos sonhos, local já visitado por eles (Mindlin, 2007).

1.2.2.4. *Gavião Ikolen, Kwarup do Alto Xingu, Bororo e Macurap*

Os *Gavião Ikolen*, *Kwarup do Alto Xingu* e *Bororo* reencenam a criação do mundo: choram a morte, acompanham o morto e o apoiam na ida ao outro caminho, mas celebram a vida e a criação. Já para os *Macurap* a morte definitiva não existia e, segundo relatos, surgiu depois que *Kambiô* foi morto e enterrado, reaparecendo após em forma de criança, dizendo à mãe que não chorasse. Permaneceu assim por um tempo, até que uma velha enfurecida por

não ter sido atendida em seu pedido perguntou-lhe: Você não tinha morrido? Morra de verdade! Triste, ele voltou ao país dos mortos. Foi assim que começou a morte, os mortos não voltam mais, e os deuses têm que ser chamados no ritual de luto e enterro, no qual os pajés e todos os membros da tribo ingerem alucinógenos para ajudá-los na travessia perigosa das almas (Mindlin, 2007).

Em resumo, parece claro que a morte não representa um construto unívoco, mas poliformo. São diversas as conceituações e concepções, que se enraízam em tradições e religiões variadas. Esse é um fenômeno inevitável com o qual alguns aprenderam a conviver, respeitar e tirar as melhores lições; outros, entretanto, assombram-se, temem-a, procurando evitá-la a todo custo. Esta forma de encará-la não é, por suposto, universal, sendo também histórica. Presentemente, em decorrência de avanços alcançados nas ciências, especialmente na medicina, há uma tendência a retardar sua chegada, empregando-se múltiplos expedientes, alguns abusivos e de pouca serventia. Nesse marco, provavelmente três aspectos principais com que se deparam os vivos, em cumprimento, comumente, aos desejos dos mortos, são as reações desencadeadas, o processo de luto inerente e a decisão de onde enterrar o defunto. Esses aspectos, pois, merecem atenção especial, conforme o que se expõe no próximo capítulo.

No capítulo prévio fez-se uma tentativa de resgatar aspectos históricos, conceituais e religiosos atrelados à morte, primando, sobretudo, pela oportunidade de oferecer uma imagem acerca de como esse instante fatídico tem sido concebido. Resta, não obstante, adentrar em aspectos mais específicos, como as reações diante da morte, o processo de luto e a decisão de onde enterrar o morto. Este último aspecto, entretanto, receberá maior atenção em termos de pesquisas empíricas, reunindo os achados principais, uma vez que compreende o foco da presente dissertação.

2.1. Reações diante da Morte

Sabe-se que as epidemias dizimaram muitas vidas nas gerações passadas. A medicina evoluiu erradicando as doenças, os antibióticos diminuíram os casos fatais de doenças infecciosas, a educação e a puericultura baixaram os índices de mortalidade infantil. Aumentou o número de anciãos, e com isso aumentaram as doenças crônicas associadas à velhice, assim como os pacientes com distúrbios psicossomáticos, problemas de comportamento e ajustamento. Os consultórios médicos estão com pacientes mais velhos, que procuram viver com suas limitações, mas também enfrentar a solidão e o isolamento, com as angústias que deles advêm. São essas mudanças, ocorridas nas últimas décadas, responsáveis em parte pelo crescente medo da morte, o aumento dos problemas emocionais e a necessidade de compreender e lidar com a morte e o morrer.

Em seu livro *“Sobre a morte e o morrer”*, Elisabeth Kübler-Ross (2008) relata que quanto mais se estudam as culturas e os povos antigos, tem-se a impressão de que o homem abomina a morte, e em seu inconsciente ela nunca é possível, por se tratar da própria pessoa; ela apenas admite ser morta, sendo inconcebível morrer de morte natural ou velhice. A autora faz reflexões e traz uma mensagem muito clara: pacientes à morte ainda estão vivos, têm sentimentos, desejos e necessidades; entretanto, são muitas vezes ignorados, não tendo sequer o direito de opinar.

Hoje em dia, morrer é triste, solitário e desumano, sendo muitas vezes difícil determinar a hora exata em que ocorre a morte, porque o paciente é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência. O paciente comumente clama por paz e dignidade, recebendo em troca medicamentos, infusões e tratamentos múltiplos, claramente já não necessários para um corpo que apenas deseja descansar. Todos estão preocupados com o funcionamento do organismo, mas não com o ser humano que há nele.

Gala León *et. al.* (2002) afirmam que o medo e a ansiedade são as respostas mais associadas à morte na cultura ocidental. Surgem com maior ou menor intensidade quando se pensa na própria morte e na dos outros, quer sejam pessoas da família ou amigos, podendo gerar ansiedade só de imaginar. E essa ansiedade e o medo ante a morte dependem: a) das reações cognitivas e afetivas antes da morte; b) das mudanças físicas, reais e/ou imaginárias, que ocorrem antes da morte ou enfermidades graves; c) da noção da passagem do tempo; e d) da dor e estresse que ocorrem nas enfermidades crônicas ou terminais e dos medos associados. A ansiedade ocorrida ante a morte está também relacionada com a história pessoal e cultural, e com os modos de enfrentamento diante da separação e das mudanças.

A personalidade, duração da enfermidade, relacionamento com o médico assistente, idade, local da assistência, tipo de enfermidade, envolvimento familiar, educação, religiosidade, presença ou não de dor, unidos ao sofrimento psíquico, são fatores relacionados à própria morte: a agonia e o ato de morrer. De fato, grande parte do temor da morte é evidenciada nas seguintes formas: o medo do processo da morte, medo de perder o controle da situação, medo do que acontecerá aos seus depois da sua morte, medo do isolamento e solidão, medo do desconhecido e medo de que a vida não tenha tido qualquer sentido. Em suma, tais medos traduzem sofrimento e dor psíquica.

Kübler-Ross (2008) realizou trabalho com pacientes terminais, tendo como finalidade eliminar ou amenizar o medo da morte, resgatando a espiritualidade. Por meio de *workshops* sobre a morte e o morrer, trouxe a morte para o convívio do paciente, seus familiares e a equipe de saúde, propondo que se saísse da mentalidade da morte interdita para a morte reumanizada. De fato, uma mudança conceitual importante, primando pelo reconhecimento do doente como um ser humano, que merece respeito e dignidade.

Em tempos de morte interdita e com o grande avanço da medicina, pacientes gravemente enfermos podem representar para os profissionais de saúde o fracasso dos tratamentos, a sensação de impotência, de que nada podem fazer, condenando tais pacientes a uma morte social quando ainda estão vivos. O grande dilema está entre não fazer nada ou fazer tudo pelo paciente terminal, pois fazer tudo pode significar uma atitude obstinada contra a morte. O desenvolvimento de programas de cuidados paliativos tem mostrado o quanto é possível fazer para aliviar e controlar os sintomas e promover a qualidade de vida das pessoas que estão próximas à morte e de seus familiares.

Kübler-Ross (2008), ao falar sobre o cuidado com os pacientes gravemente enfermos, tira-os da condição de segregados, fazendo-os assumir o papel de sujeitos de sua existência, que no final de vida têm o direito de decidir o que é importante, concluir seus assuntos inacabados e ter uma morte digna. Alguns profissionais os consideram como algo secundário, estando mais interessados em tarefas que envolvem o prolongamento da vida. Como essa autora afirma em vários momentos, o importante é trazer o olhar do profissional dos pontos, protocolos e exames para a pessoa que está sob seus cuidados, atentando para os sentimentos que acompanham o conteúdo que está sendo manifesto. A propósito, ela criou instrumentos que ajudam a compreender que as pessoas passam por fases em situação de crise, ou quando sentem que suas vidas são ameaçadas, a saber: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, como a seguir são descritos:

a) *Negação*: Ocorre quando o paciente toma conhecimento da fase terminal de sua doença e é influenciado pela forma como a informação lhe foi dada. A maioria dos pacientes reage: “não, eu não, não pode ser verdade”. Essa negação faz com que eles busquem outros profissionais para confirmar seus diagnósticos, pois acreditam que seus exames e nomes foram trocados. É uma defesa temporária, e os pacientes podem conversar sobre a realidade de seu estado e rapidamente demonstrar incapacidade de encarar o fato realisticamente. Quando sentem que devem falar, abrem a alma e participam sua solidão com palavras, pequenos gestos e comunicações não-verbais;

b) *Raiva*: “Não, não é verdade, isso não pode acontecer comigo!” Existe um sentimento de raiva, revolta e ressentimento nessa negação. A raiva pode estar relacionada com sentimento de impotência e falta de controle da própria vida; é um estágio difícil para a família e equipe hospitalar, pois a raiva se propaga em todas as direções e projeta-se no ambiente, sem razão plausível na maioria das vezes. Os médicos não prestam, não sabem que exames pedir, mantêm os pacientes no hospital mais do que o necessário, não respeitam seus desejos etc. Reclamam de tudo e todos, nada presta. As visitas dos familiares são recebidas com pouco entusiasmo, são penosas, e tanto os familiares como a equipe hospitalar retribuem com raiva, alimentando o comportamento hostil do paciente;

c) *Barganha*: É o estágio menos conhecido, mas útil ao paciente, embora por pouco tempo. É a possibilidade de entrar num certo acordo para adiar o desfecho inadiável, e na maioria das vezes é feita com Deus, mantidas em segredo, ditas nas entrelinhas. Esse

mecanismo pode estar associado a aspectos de culpa, relacionados com o surgimento da doença;

d) *Depressão*: Quando o paciente não pode mais esconder sua doença, sua revolta e raiva cederão lugar a um sentimento de perda; perda do corpo, das finanças, da família, do emprego, da capacidade de realizar certas atividades profissionais e de lazer. É um estágio de preparação para a perda de todos os objetos amados. É difícil para a família, que tenta animar o paciente na tentativa de trazê-lo de volta para a vida; e

e) *Aceitação*: Os pacientes que viveram sua doença e receberam apoio nos momentos anteriores chegarão a uma aceitação da sua morte. Tendo realizada a despedida dos seres queridos, podem manifestar uma grande tranquilidade. O paciente parece desligado, dorme não como fuga, mas como repouso antes da grande viagem. A luta contra a morte cessou. Muitas vezes o paciente fica em silêncio. É um período difícil para a família, que quer trazer o paciente para a vida, conversar, falar dos aspectos do mundo, que para o paciente não são mais necessários, uma vez que o desligamento já se processou (Cassorla, 2009; Kovács, 2008b; Kübler-Ross, 2008).

Vale ressaltar que, conforme Kovács (2008b) e Kübler-Ross (2008), não são todos os pacientes que passam por todos os estágios e sempre nessa mesma sequência; alguns chegam à aceitação muito prontamente; muitos lutam contra a morte enquanto estão morrendo, com grande inquietude e desespero. Portanto, os comportamentos dependem de cada pessoa, seus princípios, suas crenças religiosas, suas aspirações etc.

Kovács (2008b) discute a problemática de como agir com os pacientes quando não estão mais em questão o diagnóstico e a cura. É nesse momento que se inicia outro tratamento, que tem como finalidade o alívio e o bem-estar da pessoa. Ela não morre só da doença, mas também como ser humano. É bom lembrar que não se está tratando apenas de uma doença, mas de um ser humano em sua plenitude, que tem personalidade, desejos e expectativas, apresentando três estágios da doença terminal:

Estágio I. Vai do início dos sintomas até o diagnóstico. Entre os mecanismos de defesa mais observados para enfrentar esse estágio, estão a negação e o deslocamento.

Estágio II. Desde o diagnóstico até o estágio terminal. É o período no qual se concentra a maior parte do tratamento, cujo objetivo é combater a doença e buscar a cura. Há oscilação entre a negação, o abrandamento e o deslocamento, até se chegar a uma aceitação da irreversibilidade da condição.

Estágio III. Diz respeito ao período em que o tratamento ativo diminui; há uma ênfase na busca do alívio de sintomas e nos cuidados com a pessoa.

Cada estágio favorece a percepção da vida e da morte. A interação com a família e a equipe médica sofre alterações radicais; as necessidades são diferentes, os pacientes começam a vivenciar as perdas, como isolamento e afastamento da relação familiar, problemas financeiros e diminuição da autonomia sobre o próprio corpo. O luto não começa no momento da morte, e sim quando a pessoa percebe que ela é inevitável.

No paciente terminal, as pessoas próximas enviam mensagens verbais e não-verbais incongruentes, nas quais tentam ocultar fatos ao paciente, porém sem efeito, pois o mesmo já sabe da gravidade de sua doença, pelas próprias manifestações corporais. A mensagem verbal pode até ser controlada, mas as expressões faciais, o olhar e a postura denunciam uma incongruência entre um otimismo verbal e um desânimo corporal. É um esforço teatral que o paciente assume para esconder sua consciência diante dos familiares, temendo que os mesmos sofram e se distanciem dele.

A família também passa por tais estágios ao saber do diagnóstico de uma doença grave, e cada um enfrenta de forma diferente, de acordo com sua estrutura e com a relação que se estabelece entre os envolvidos. Pode haver processos ligados à perda em vida, ao luto antecipado, medo de ver o sofrimento, a decadência de seu familiar e a impotência de não poder fazer nada para aliviar seu sofrimento, fazendo com que as pessoas se sintam muitas vezes culpadas (Kovács, 2008a).

2.2. O Processo de Luto

Esslinger (2008) define o luto como uma reação a qualquer perda significativa, seja concreta ou simbólica, só podendo haver luto quando há um vínculo significativo entre o “objeto perdido” e, quando ocorre a morte, o sobrevivente. É um processo, e não um estado, envolvendo diferentes manifestações clínicas que se mesclam e se substituem. A perda do objeto amado traz um sentimento de pesar, caracterizado por episódios agudos de dor, privação e procura daquilo que foi perdido. A esse respeito, Parkes (1998) acrescenta:

“A privação pode ser entendida como falta de suprimentos essenciais fornecidos pela pessoa perdida. Esses suprimentos englobam aspectos

subjetivos como proteção e afeto, até aspectos palpáveis como conforto, dinheiro e sexo. O aspecto mais característico do luto não é a depressão profunda, mas sim episódios de dor, e uma intensa saudade da pessoa que morreu e tudo o que ela representava. É um período de crise, podendo colocar em risco a saúde mental daqueles que a vivenciam.”

Porém, na mentalidade de morte interdita, postulada por Ariès (1977), não existe espaço para expressar a dor da perda, como fora reconhecida nos tempos da morte romântica, quando se cultuava a própria morte e os sentimentos cantados em prosa e verso. Atualmente a sociedade condena tais manifestações de sentimento, considerando isso um sinal de fraqueza, devendo o ritual ser rápido, dando a ideia de que a morte não ocorreu. Os adultos afastam as crianças, na tentativa de evitar o sofrimento, pois não sabem o que fazer nessa situação. Na verdade, os rituais são importantes para a organização emocional que está abalada nessas situações.

A reação de cada ser humano diante de uma perda por morte depende de múltiplos fatores, como o vínculo com a pessoa perdida, o tipo de morte, a capacidade para tolerar emoções fortes, a idade da pessoa falecida e a função desta no sistema familiar. Segundo Franco (2002), há diferença entre luto e pesar, sendo o pesar um processo interno, experiência e vivência de pensamentos e sentimentos envolvendo a morte de uma pessoa querida. O luto é o lado público do pesar, incluindo a expressão e o compartilhamento dos sentimentos, sendo validado pela cultura das pessoas envolvidas no processo de morte.

Esslinger (2008) considera o luto e a melancolia reações a uma perda, caracterizando-se pela presença de um quadro depressivo, perda de interesse e inibição de atividades. No entanto, parece haver no luto uma clareza daquilo que foi perdido, enquanto na melancolia, em razão da identificação com o objeto perdido, fica um vazio e a impossibilidade de uma elaboração.

A não expressão do luto, na sociedade ocidental, pode acarretar consequências psicológicas, relacionadas com o luto mal elaborado. Os avanços da tecnologia e o rápido índice de industrialização e urbanização levaram a uma desvalorização dos ritos, tendo como resultado, para as pessoas que vivenciaram perdas significativas, o sentimento de solidão. Por outro lado, esse rápido desenvolvimento levou a um aumento significativo da violência e dos

acidentes, por exemplo, produzindo mortes violentas, traumáticas e coletivas, que são fatores de risco para luto complicado.

No entanto, na abordagem psicanalítica do luto, Kovács (2007) diz que Freud, em seu livro *Luto e melancolia*, escrito em 1914, afirma que o luto é uma reação à perda do objeto amado, acarretando reações patológicas, como o desligamento do mundo e a perda da capacidade de amar. Essa restrição da libido está ligada à situação de perda, que pode ser vivida como uma morte. O trabalho de luto é a constatação de que uma perda de fato ocorreu e que se tem que viver sem a pessoa amada, sendo esse processo extremamente doloroso.

Ainda nesse texto, Freud mostra que a melancolia, hoje considerada depressão, constitui uma dimensão patológica da pessoa, que a impede de elaborar as perdas. No início, os sentimentos são parecidos com o processo de luto normal, porém a diferença é que no luto se chora a perda de uma pessoa amada, enquanto na melancolia o processo parece se virar contra a própria pessoa, observando-se uma intensa autorrecriação, e, empobrecimento do ego. O autor aponta que não há conexão com a realidade, e a pessoa fica presa em si mesma, parecendo que não logrará sair nunca do processo de luto. Há uma regressão para uma fase mais primitiva, a do estabelecimento das relações objetais, numa escolha narcísica, na qual se observa uma identificação e incorporação do objeto em si mesmo. Os sentimentos ambivalentes, que no luto normal são ligados à pessoa perdida, voltam-se contra si, sendo que nessa situação se observa a relação entre o luto e a ideação suicida; vendo-se como objeto, a pessoa lança sua hostilidade pela perda contra si.

Na abordagem baseada na perspectiva etológica, entretanto, Kovács (2007) e Esslinger (2008) citam Bowlby, que se refere a quatro fases principais do luto, com as mais variadas durações:

a) *Fase do choque ou entorpecimento*: Corresponde ao momento da perda, prevalecendo a incredulidade, podendo durar de algumas horas a uma semana. Ocorrem reações diversas, como de anestesia até um total descontrole;

b) *Fase da busca*: Pode durar meses, por vezes anos. Nesse período, a busca incessante, a esperança intermitente, o desapontamento repetido, o pranto, a raiva, a acusação e a ingratidão são bastante frequentes e encarados como um anseio de encontrar e recuperar a pessoa perdida. Pode haver a ilusão de que talvez a pessoa não tenha morrido, de que tudo não passa de um pesadelo. A raiva é transferida para os que estão próximos, ou a pessoa se culpa por ainda estar viva, ou por sentir que não cuidou de seu familiar de forma adequada;

c) *Fase da desorganização e desespero*: Presente quando a perda é vista como uma realidade. Podem estar presentes atuações contraditórias, como manter tudo que faça recordar a pessoa, ou se desfazer de tudo o que possa lembrá-la. É nessa fase que pode se manifestar uma depressão reativa duradoura ou uma dimensão patológica mais evidente; e

d) *Fase da reorganização*: Nesta fase a vida começa a se reorganizar sem a existência daquele que morreu. Novas habilidades e novos relacionamentos poderão ser formados.

Diversos estudos têm demonstrado como o processo do luto afeta o significado que se dá à vida, os efeitos das perdas no organismo e, principalmente, no sistema imunológico. Inicialmente as manifestações do luto eram vistas como sintomas de doenças físicas, entre os quais insônia, anorexia, aumento do uso de álcool e droga. Assim, por muito tempo o luto foi considerado como uma doença.

Tinoco (2009) cita autores que afirmam que, independentemente de a pessoa ser adulta ou criança, é importante que haja a elaboração do luto decorrente da perda, envolvendo processos como: compreensão do ocorrido, adaptação à nova realidade, busca de novas figuras de apego e fortalecimento da capacidade de enfrentamento de situações adversas. Para que tais necessidades sejam atendidas, existem etapas psíquicas, que devem ser cumpridas pelo enlutado, que são: aceitação da perda, elaboração da dor da perda, ajustamento a um novo ambiente, internalização e ressignificação da relação perdida e continuação da vida. Essas tarefas dependem, além da condição interna, também das condições do ambiente.

Segundo Kovács (2007), várias são as pesquisas que apontam os fatores que interferem no processo de luto e podem torná-lo mais complicado: (a) relacionamento com a pessoa perdida - relacionamentos cheios de ressentimento e mágoa são mais difíceis de serem elaborados, sendo preciso observar se há envolvimento de dependência; (b) idade e sexo do enlutado - é importante observar se é uma criança ou um adulto, bem como as especificidades de gênero; (c) causas e circunstâncias da perda - as perdas rápidas e inesperadas podem causar dificuldades porque não existe o preparo; corpos mutilados ou desaparecidos dificultam o processo de luto; por outro lado, as mortes lentas podem envolver convivência de muita dor e sofrimento; (d) personalidade do enlutado - é importante conhecer como o enlutado vivenciou suas experiências anteriores, as formas de enfrentamento escolhidas, características de personalidade, e se existem distúrbios psiquiátricos; e (e) rede social e de apoio - as pessoas sozinhas ou com famílias desorganizadas têm maior possibilidade de um luto complicado.

Bowlby (2004) afirma que, quando o indivíduo não suporta a perda e a desorganização, o luto torna-se patológico. A manifestação dessa patologia pode ocorrer tanto quando o indivíduo permanece orientado em relação ao objeto perdido ou quando evita toda lembrança como se ele ainda existisse. Cita também quatro variantes patológicas do luto adulto, chamando atenção para a semelhança das reações observadas na primeira e na segunda infância, que se resumem nas seguintes: (a) anseio inconsciente pela pessoa perdida; (b) censura inconsciente à pessoa perdida, combinada com uma auto-acusação consciente e muitas vezes constante; (c) cuidado compulsivo para com outras pessoas; e (d) descrença persistente no caráter permanente da perda (muitas vezes chamada de negação).

É importante ressaltar que, em seu livro *De quem é a vida, afinal?*, Esslinger (2008) acrescenta o que Franco (2002, p. 27) enfatiza:

“Não há precisão e nem seqüência de fases, pois o processo de luto de cada ser humano é único. O que define se o luto é normal ou complicado é a duração dos sintomas e o quanto afetam ou deixam de afetar as atividades diárias consideradas prazerosas pelo sujeito; em outras palavras, a intensidade e a freqüência com que os sintomas se manifestam são relevantes em termos de diagnosticar a natureza do luto. À medida que for ocorrendo a reconciliação, o enlutado poderá se dar conta de que a vida será diferente sem a presença da pessoa que morreu. Mas para isso será necessário perceber que a reconciliação é um processo, não um evento. Além da compreensão intelectual, existe a compreensão emocional e espiritual. Ou seja, além de entender na mente, vai entender no coração: a pessoa amada morreu.”

Na realidade, este é o trabalho do luto: permitir que as pessoas passem de vítimas para sobreviventes; que não só passe pelo luto, mas cresça por meio dele. O que define o processo de elaboração do luto é a aceitação da modificação do mundo externo, ligado à perda, e sua consequente alteração do mundo interno, com reorganização da vida e das relações. Depressão e falta de ânimo fazem parte do processo, sendo muitas vezes utilizado o

mecanismo de defesa para evitar a dor intensa. O que vai caracterizar um processo complicado é a frequência e a intensidade desses sintomas (autorrecriação, culpa e identificação com algumas características do falecido), levando à perda de contato com a realidade.

Kovács (2007) afirma ser a exacerbação desses sintomas um indicador de riscos de complicações e menciona alterações no curso do processo de luto, apresentando os seguintes tipos: (a) *luto crônico*: luto que se prolonga de forma indefinida, presente nas relações em que existe conteúdo de dependência; (b) *luto adiado*: não existe elaboração, a pessoa não consegue expressar seus sentimentos; e (c) *luto inibido*: a expressão do luto não existe, e seus sinais parecem ausentes. Essa autora assegura que os principais riscos (perda de cônjuge, filhos, perdas parentais em crianças muito pequenas, mortes inesperadas e mortes por suicídio) e a vulnerabilidade do sobrevivente (baixa autoestima, desconfiança, ideação suicida e falta de rede social) indicam problemas psiquiátricos, sendo a desesperança um dos pontos dessa vulnerabilidade. É difícil estabelecer fronteiras entre o processo normal e o complicado, porque situações como labilidade emocional e atribuição de culpa, por exemplo, também são encontradas em pessoas enlutadas.

Uma das ocorrências mais difíceis de serem elaboradas é o suicídio, por trazer sentimentos de impotência e culpa, não sendo aceito pela sociedade, que vê no sobrevivente alguém que não foi capaz de cuidar de seu familiar. As pessoas idosas normalmente tendem a apresentar complicações no processo de luto, relacionadas, em sua maioria, a problemas financeiros, solidão e doenças crônicas.

Muitos autores, segundo Kovács (2007), destacam o luto não autorizado como aquele que ocorre nas mortes por *AIDS*, em que companheiros não podem chorar a mútua perda, porque seus amigos e familiares não sabem sobre a relação. A sociedade também não reconhece como perda o aborto, já que a morte ocorre antes que a vida seja reconhecida pela sociedade, sendo esse um grave engano, pois existe um investimento de amor numa gravidez, havendo necessidade de elaboração dessa perda. Cita também a situação daqueles que não podem chorar por razões culturais, como, por exemplo, os homens e a perda dos filhos, sendo uma das perdas mais complicadas de elaborar.

É importante ressaltar o luto que ocorre nos pacientes gravemente enfermos, chamado de luto de si mesmo. Observam-se, nesses casos, várias dimensões, como: profissional (tinha uma atividade e não pode mais realizar), de identidade (era autônomo, saudável, de posse de

sua vida), familiar (não pode mais ser o provedor), corporal (eventuais mutilações, perda dos cabelos) e relacionadas a planos (que serão interrompidos pela doença ou pela morte). Tais dimensões fazem esses pacientes se perderem e se tornarem estranhos a si mesmos.

De acordo com Kovács (2008a), as crianças são sempre esquecidas. Não que ninguém se importe, mas a realidade é que poucas são as pessoas que se sentem à vontade para falar sobre a morte com elas. Elas têm conceitos diferentes sobre a morte, dignos de que sejam levados em consideração para que se possa conversar com elas e entender o que dizem. Até os três anos, a criança só se preocupa com a separação, posteriormente seguida pelo temor da mutilação. É nessa faixa etária que ela começa a fazer seu contato com o mundo, ao fazer passeios pela calçada, presenciar um pássaro ser atropelado ou devorado por um gato. Isso é o que significa mutilação para ela, pois está na idade em que se preocupa com a integridade de seu corpo.

A morte não é um fato permanente para a criança de três anos, sendo sentida como ausência e falta. Nesse período, considerado pré-operacional, as crianças não têm conhecimento de que a morte é irreversível, que não há volta, necessitando ser informada de acordo com sua capacidade cognitiva e compreensão do fato. Destaca-se esse primeiro nível do conceito de morte ligado aos períodos do desenvolvimento cognitivo da criança, segundo Piaget. Nesse período, as crianças não distinguem seres inanimados e animados, tendo dificuldade para perceber uma categoria de elementos inorgânicos, que, portanto, não vivem e não morrem.

Entre três e cinco anos, elas têm uma visão mágica e egocêntrica. Sentem como se seus pensamentos e palavras pudessem magicamente causar a morte de uma pessoa. Isso pode causar culpa. Assemelham a pessoa morta a uma pessoa dormindo. Nesse período, considerado como das operações concretas, as crianças conseguem distinguir seres animados e inanimados, porém não apresentam respostas lógicas das causas da morte, percebendo-a como irreversível.

Já depois dos cinco anos, a morte é vista como um homem, um esqueleto que vem buscar as pessoas. Por volta dos nove ou dez anos, a criança já começa a ter a concepção realista, isto é, a morte como um processo biológico permanente. É o período das operações formais, em que elas reconhecem a morte como um processo interno, implicando parada de atividades corporais.

As reações das crianças à morte são diferentes diante da morte de um dos pais, passando de um isolamento e um afastamento silencioso para um pranto convulso. Como elas não sabem distinguir entre o desejo e a ação, podem sentir remorsos e culpa; ou, por outro lado, aceitar a separação com calma, achando que a pessoa falecida vai voltar (Paiva, 2009). É frequente encontrar, no processo de luto de uma criança, manifestações de lembranças persistentes da pessoa perdida, saudade, choro, tristeza e culpa semelhantes às manifestações dos adultos. Outras reações observadas nas crianças que se encontram em processo de luto são: medo de morrer ou da morte de outra pessoa querida, ansiedade da separação, comportamento agressivo, apatia e pesadelos, dentre outras (Tinoco, 2009).

As informações sonegadas e confusas atrapalham o processo do luto. Sabe-se que, algumas vezes, as crianças podem apresentar processo de identificação com sintomas semelhantes aos da pessoa morta. A tentativa de proteger a criança da dor, escondendo os fatos, é uma das razões para a manifestação de sintomas patológicos. Embora as crianças possam não comunicar os seus sentimentos como os adultos, elas o fazem por meio de atividades lúdicas, indicam que vivenciam as perdas e tentam compreender e elaborar a falta.

A adolescência é um período de aquisição das operações formais, como da internalização da moralidade e de um novo modo de consciência. É a fase em que o indivíduo passa por mudanças, tanto físicas e sexuais como emocionais, sociais e culturais. É um momento de contradição e busca de identidade, na tentativa de encontrar um novo sentido para si, sempre carregado de muita angústia. Experimenta situações de risco, mas não há espaço para pensar ou falar de morte. O adolescente já tem possibilidade cognitiva de compreender o conceito de morte e suas dimensões (irreversibilidade, universalidade, não funcionalidade e casualidade), bem como levantar hipóteses e discutir sobre a morte. Porém, do ponto de vista emocional, a morte é algo que fica muito distante (Paiva, 2009).

Kovács (2007) acrescentou que os adolescentes vivenciam o processo de luto com sentimentos intensos, e se sentem assustados e solitários, daí a importância de sua participação nos ritos funerários, pois, além de oferecerem experiência organizadora no momento de desorganização, os aproximam dos adultos que estão sofrendo e oferecem uma oportunidade para despedida.

Diante do contexto apresentado, há de se compreender que a família é uma organização na qual seus membros desempenham funções e mantêm relações com um mundo maior. Possui anatomia e fisiologia própria, por isso seus membros podem sofrer distúrbios e

estresse, resultado de acontecimentos externos e internos à sua estrutura. Uma doença grave não atinge uma só pessoa, e sim o grupo familiar, que passa por diversos estágios de adaptação diante do diagnóstico apresentado. Cada membro da família passa pelas fases do luto, mas que nem sempre são coincidentes em tempo e intensidade entre si, podendo provocar desequilíbrio, mal-estar e a necessidade de novas formas de relacionamento. Normalmente, quando a família é bem estruturada, tem boa comunicação, os desejos e as necessidades de cada membro podem ser expressos, não havendo conflitos que perturbem o funcionamento familiar.

Considerando a família como um organismo, a proximidade da morte provoca uma reorganização na sua estrutura e distribuição de papéis. O luto leva a um desequilíbrio entre as demandas provocadas pela doença e a morte, as adaptações necessárias e os recursos disponíveis.

Alguns fatores dificultam a elaboração do luto nas famílias, como: a) morte repentina, não havendo tempo para o planejamento ou antecipação; b) famílias com dificuldades de comunicação, desunidas; c) problemas econômicos, poucos membros, sem amigos e sem acesso a uma rede de suporte social; d) dificuldades de encontrar quem possa dar conta das atividades exercidas pelo morto, causando muita ansiedade e agregando mais sofrimento à dor da perda; e e) brigas, pontos de vista contraditórios em relação à administração da casa e culpa excessiva de seus membros.

Um dos aspectos disfuncionais do luto é os enlutados, devido à rigidez de relacionamentos, não conseguirem reorganizar seus papéis familiares, ficando fixados no passado, ou pairando no futuro, imaginando quantas coisas têm que fazer (Kovács, 2007). Nesse contexto, descreve essa autora, os mecanismos de defesa intensa, como fuga, excesso de atividade e saída da realidade, dificultam o processo de luto. A proximidade da morte leva a uma intensa experiência de perdas, com intenso sofrimento psíquico, social e espiritual. É importante a ritualização, pois facilita a expressão de sentimentos, trazendo sentido à perda, favorecendo a segurança psicológica numa situação de desestruturação; ela ajuda a demarcar a passagem do tempo e dos ciclos da existência.

As perdas inesperadas, mortes violentas e desastres exacerbam a vulnerabilidade. Constituem situações de intensa desorganização, havendo riscos de suicídio e depressão, sendo importante os rituais coletivos, pois ajudam a lidar com a desesperança, o desespero e a própria vulnerabilidade. Atualmente, há um novo paradigma do luto pelo qual, em vez da

ideia de encerramento e conclusão, se considera saudável manter os vínculos em continuidade, pois esse processo nunca se encerra, definindo a possibilidade de manter a presença na ausência, com possível reinvestimento em novas atividades e relacionamentos. Não se fala em esquecimento, e sim em ressignificação da vida, afirma Kovács (2007).

2.3. O Local onde Morrer: Alternativas e Escolhas

Numa sociedade que se faz cada dia mais plural, globalizada, tecnológica e capitalista, as concepções frente aos fenômenos biológicos da vida humana mudam quase na mesma velocidade dos desenvolvimentos, e uma dessas mudanças está relacionada com o processo da morte, a ponto de se dizer que não se morre mais como antigamente. De fato, nesta sociedade produtiva e competitiva, não há tempo para falar na morte, pensando-se a respeito o menos possível, passando-se a designar o processo da morte como algo impessoal, e os mortos, por sua vez, deixam de ser indivíduos dotados de uma história para se tornarem coisas, encobrindo-se um fenômeno que tem um cunho natural.

Um dos fatos que marcou a mudança na atitude de se pensar a morte foi o deslocamento do lugar onde o indivíduo morre: não mais em casa, rodeado por familiares e entes queridos, mas em um hospital e, em geral, sozinho. No hospital, não existe lugar para realizar cerimônias como antigamente, onde o moribundo as presidia em meio aos seus conhecidos (Medeiros, 2008).

A esse respeito, já afirmava Maranhão (1998) que a sociedade industrial é muito dura para com os seus moribundos e agonizantes: simplesmente ela não tem lugar para eles, uma vez que são indivíduos que não produzem, não consomem, não acumulam, não respondem aos seus apelos, não competem, não se incomodam com o progresso, com o tempo nem com o dinheiro. O mundo capitalista atual, no qual tempo é dinheiro, procura esconder a morte, não falar sobre ela, retirá-la de sua volta. Nessa esfera, a morte figura como algo que incomoda e perturba. E, para ser considerada uma “boa morte”, deve ser rápida, discreta e solitária, ou seja, reduz-se a um nada. Entretanto, pode-se indagar: boa para quem?

As pessoas foram privadas de seu direito de agonizar, do luto que acompanha o sofrimento e a morte. Ao longo da história, percebe-se uma sequência nítida de ação quando o assunto era a morte: depois dos funerais e do enterro, seguia-se o luto, porém a sociedade ocidental mudou a regra de organização, conforme preconiza Philippe Ariès no livro *O homem diante da morte*: a dor da saudade pode permanecer no coração do sobrevivente, não

devendo manifestá-la em público, segundo a regra atualmente adotada em quase todo o Ocidente (Ariès, 1982). Assegura, ainda, que no início do século XX a morte de um homem modificava o espaço e o tempo de um grupo social, que podia estender-se a toda comunidade. Contudo, a sociedade iria sofrer grandes alterações devido às duas Grandes Guerras Mundiais, verificando-se, conseqüentemente, grandes mudanças em atitudes e rituais perante a morte. No século presente, a medicina está muito evoluída, a tecnologia tem se desenvolvido com rapidez e as doenças mais graves passaram a ser curadas; já não se fala mais em morte. Ela passa a ser vista como algo misterioso, negando-se, dessa forma, a morte ao doente.

Uma das alterações mais notórias compreende o fato de que, devido aos tratamentos médicos prolongados e exigentes, e aos equipamentos de alta tecnologia disponíveis nos hospitais, os doentes graves permanecem por maior tempo internados nos hospitais, passando, então, a ser este o local mais comum da morte, ao invés da casa familiar. Desse modo, o hospital passa a ser o local onde a cura pode ocorrer e rapidamente se transformou no espaço normal da morte antecipada e consumada. Nele a morte quase passa despercebida, e a família muitas vezes não consegue estar presente nos momentos finais de agonia e pesar. A tentativa de manter as pessoas que estão em final de vida ignorantes da gravidade do seu estado impõe uma alteração aos rituais familiares de despedida no momento da morte; agora a pessoa morre sem saber ou sem poder dizer que sabe que está morrendo, afirma Ariès (1982).

As novas técnicas cirúrgicas e médicas, que utilizam material complexo, pessoal competente, intervenções frequentes, só se encontram reunidas no hospital. Este não é apenas um lugar de grande saber médico, de observação e de ensino; é mesmo o espaço de concentração de serviços auxiliares, aparelhos aperfeiçoados, dispendiosos e raros que dão ao serviço um monopólio local. Logo que uma doença grave aparece, o médico tende a mandar o doente para o hospital. O progresso da cirurgia trouxe os processos de reanimação, de atenuação ou supressão do sofrimento e da sensibilidade. Tais processos se estendem a todas as agonias, com a finalidade de aliviar o sofrimento. Tudo isso é hoje bem conhecido e explica a imagem deplorável, que passou a ser clássica, do moribundo cheio de tubos.

Nessa situação, o processo da morte não pertence mais à pessoa, pois foram retiradas sua autonomia e consciência. O paciente muitas vezes está só, porque os horários de visita são estabelecidos pelo hospital; assim, perde-se a noção de dia ou noite, porque a iluminação é sempre igual. Seus companheiros são os tubos e ruídos de monitores, e não a voz e a imagem dos familiares, como afirma Kovács (1998). Em casa a família não dispõe de equipamentos,

medicamentos ou pessoal qualificado para cuidar do doente. Os familiares não estão preparados psicologicamente para encarar a morte e o morrer, portanto, na grande maioria das vezes, acabam por convencer o doente de que no hospital ele estará mais bem assistido.

A morte no hospital, afirma Ariès (1982), é ao mesmo tempo consequência do progresso das técnicas médicas de abrandamento do sofrimento e da impossibilidade material de aplicá-las em casa, de acordo com os regulamentos atuais. Além disso, o hospital já não é apenas um lugar onde se cura e onde se morre por causa de um fracasso terapêutico; é o lugar da morte normal, prevista e aceita por todos, ao menos nos dias atuais. Nesse contexto, o tempo da morte prolongou-se de acordo com a vontade do médico: ele não pode suprimir a morte, mas pode regular-lhe a duração, retardando o momento fatal, devido aos sofisticados aparelhos para medir o prolongar da vida. Com toda essa sofisticação, houve mudanças na trajetória da morte, que passou a ter várias denominações, como morte clínica, morte cerebral ou morte encefálica, levando então o médico a não mais registrar a hora da morte, mas a determiná-la (Ariès, 1982; Kovács, 1998).

No hospital, a duração da morte depende do acordo entre a família, o hospital e até mesmo a justiça, ou da decisão do médico. O paciente foi abdicando pouco a pouco de sua autonomia, deixando à família a responsabilidade de decidir o rumo do final da sua vida e de sua morte. Muitas vezes a família repassa tal responsabilidade ao médico, por entender que ele é possuidor dos segredos da saúde e do sofrimento, tem capacidade de decidir o melhor para o próprio paciente, em evidente cumprimento ao princípio paternalista (Ariès, 1982).

Baider e Surbone (2007), no artigo *“Patients’ choices of the place of their death: A complex, culturally and socially charged issue”*, afirmam que existem evidências de variáveis que influenciam nas decisões sobre o local onde morrer. Essas variáveis incluem o tipo de doença, o tempo de diagnóstico, a existência de serviços de cuidados paliativos, os fatores individuais (relação individual entre o paciente e seus cuidadores familiares e profissionais e a decisão subjetiva do paciente e cuidador) e o apoio e a preferência do cuidador. Citam também as diferenças culturais e de geração, principalmente em pacientes idosos, em cujas famílias, mais tradicionais, a responsabilidade de cuidar é compartilhada com todos os membros. Resumem afirmando que a preferência de morrer em casa pode estar relacionada com a presença ou ausência de dificuldades financeiras, apego ao ambiente familiar e possível medo do ambiente hospitalar.

Em seu artigo “*Places of death from cancer in a rural location*”, Papke e Koch (2007) analisaram as certidões de óbito de pacientes falecidos com câncer, no período de 1997 a 2003, no distrito de Sächsische Schweiz (Alemanha), e observaram que não existiu diferença entre a taxa de morte no hospital ou em casa. Os pacientes rurais, com diagnóstico de câncer de mama, foram os mais propensos a morrer em casa. Acreditam os autores que, para reduzir custos hospitalares com o tratamento de pacientes terminais, são necessárias políticas públicas que estimulem os atendimentos domiciliares. Entendem que o fato de esses pacientes serem atendidos em hospitais parece ter efeito sobre o lugar onde “decidem” ser tratados e acabam morrendo.

Gomes e Higginson (2006) afirmam também que o local onde morrer pode resultar de interações entre fatores relacionados com a doença, o indivíduo e o ambiente. Observaram em seu estudo que a maioria das pessoas com doenças progressivas prefere morrer em casa. Sugerem, então, que dar apoio econômico e social às famílias para que estas possam responder de forma cabal à vontade do doente, formar e apoiar equipes domiciliares de cuidados paliativos que possam prestar um atendimento eficaz, referenciar precocemente o doente às equipes de cuidados paliativos e promover a formação de todos os médicos de família em cuidados paliativos são ações que devem ser desenvolvidas para possibilitar a concretização do desejo de morrer em casa.

Lee e Pang (1998) entrevistaram pacientes terminais e familiares e concluíram que 52% dos pacientes idosos entrevistados, se possível, prefeririam morrer em casa, motivados pela presença de seus entes queridos, por estarem em seus lares e em razão da garantia do controle dos sintomas. Já os que preferiram morrer no hospital (36%) afirmaram que sentiam maior segurança dentro da instituição, porque tinham quem cuidasse deles. No entanto, mesmo entre estes, se fossem oferecidos cuidados domiciliares, 40% prefeririam estar em casa; e um terço deles gostaria de estar em casa se seus sintomas fossem controlados. Já o quantitativo dos familiares que preferiam que seus parentes morressem em casa foi menor (13%), indicando que teriam a possibilidade de oferecer melhor apoio emocional e físico aos familiares doentes.

Burge, Lawson e Johnston (2003), em seu estudo retrospectivo, avaliaram a tendência dos pacientes com câncer sobre o local onde morrer durante o período de 1992 a 1997, na Nova Escócia (Canadá). A amostragem foi de 13.936 pacientes. Destes, 73,7% morreram dentro do hospital e 26,3% o fizeram fora desse ambiente. Os indicadores avaliados

apontaram que a maioria dos pacientes com câncer, principalmente mulheres, idosos e pessoas com maior tempo de vida após o diagnóstico, morreram fora do hospital. Por outro lado, foi observado que as pessoas da área metropolitana e as que receberam radiação paliativa tinham menos chances de morrer fora do hospital. O estudo levou seus autores a perceber que as mudanças ocorridas podem estar relacionadas com as escolhas pessoais ou os serviços que são fornecidos nessa província. Porém, não sabem explicar se essa tendência é uma resposta à demanda de pacientes que receberam cuidados em casa ou compreende resultado de uma redução de leitos de hospital.

Fried *et al.* (1999) analisaram as preferências das pessoas idosas com relação à casa ou ao hospital como o local de atendimento terminal, realizando entrevistas quantitativas (246 participantes) e qualitativas (29 participantes). Nas entrevistas quantitativas, 48% preferiram receber os cuidados terminais no hospital, 43% preferiram suas casas e 9% não souberam responder. Um terço (82%) mudou sua preferência quando perguntado em caso de uma doença não terminal; dos participantes que preferiram morrer em casa (quando a recuperação era provável), 53% também preferiram suas casas quando a recuperação era improvável. Dos que preferiam o tratamento hospitalar (quando a recuperação era provável), 62% também preferiram o hospital quando a recuperação era improvável. As razões das preferências incluíram o desejo de estar com seus familiares, preocupações com os custos aos membros da família e a capacidade dos mesmos em oferecer os cuidados necessários.

Existe, portanto, alternativa ou escolha? Se o paciente estiver lúcido, com sua autonomia preservada para decidir, ponderando os riscos e benefícios, deve prevalecer sua decisão em relação ao local onde morrer. Caso contrário, se não existir um testamento vital, compete à família decidir; essa decisão, entretanto, requer um preparo psicológico e emocional para encarar a morte e o morrer, além de sopesar os desejos do paciente, procurando que tenha uma morte condizente com seus anseios, que não represente mais um tormento além da finitude, que seja digna, inclusive de se viver.

2.3.1. Morte Digna

A concepção de dignidade humana, a seguir mais detalhadamente tratada, está ligada à maneira como a pessoa conduz sua vida e realiza seus atos, de acordo com sua consciência, desde que isso não afete o direito dos outros. Prima-se, pois, pela autonomia, que, espera-se, também alcança os momentos finais da vida da pessoa.

O avanço tecnológico da medicina, colocado à disposição do médico, tem propiciado não apenas benefícios à saúde, mas também afeta a dignidade das pessoas, inclusive o controle do processo de morte. Sabe-se que alguns órgãos podem ser mantidos em funcionamento de forma artificial, sem qualquer perspectiva de cura, e alguns procedimentos médicos, ao invés de trazer benefícios ao doente, só prolongam o processo de morte. Qualquer intervenção terapêutica contra a vontade do paciente é um atentado a sua dignidade. A pessoa tem o direito de exercer sua autonomia e de decidir sobre os últimos momentos de sua vida. Estando informado sobre o diagnóstico e prognóstico, ela pode decidir sobre seus últimos momentos; essa decisão precisa ser respeitada, e o paciente pode decidir se vai ou não submeter-se ou continuar com o tratamento, afirma Borges (2005).

Como já descrito anteriormente, cada época tem como parâmetro uma forma de morte que aparece como a mais desejada. Como visto no capítulo anterior, na Idade Média, por exemplo, era importante a presença dos familiares ao lado do moribundo. Já no século XX, grande parte das doenças teve desenvolvimento lento, tratamento prolongado associado à dor e sofrimento, sendo, portanto, desejada a morte rápida, preferencialmente quando se esteja dormindo, sem a consciência; a morte que nem se percebe. A morte temida é aquela demorada, com dor e sofrimento, e muitas vezes as pessoas têm registrado em suas mentes alguém que tenha morrido desse modo.

Cada indivíduo idealiza a forma como gostaria de morrer. Nas doenças com prognóstico reservado ou em fase terminal, essa é uma questão vital. É importante, afirma Kovács (1998), que a pessoa retome seu processo de morrer, que participe, colocando os pontos essenciais que considera para a sua qualidade de vida, pois, embora esteja em fase terminal, próximo do processo de morrer, está viva, tem desejos e sonhos, que podem muito bem ser executados.

Na direção do anteriormente comentado, Taboada (2000) afirma que não é fácil para os pacientes aceitar a morte, pois, para entender o que uma pessoa considera "morrer bem", deve-se levar em conta seus valores culturais e religiosos. A morte não é só um evento médico ou científico, mas um acontecimento pessoal, cultural e religioso. Também a morte é um problema com o qual deve aprender a lidar o médico. Nesse sentido, uma das situações que mais afligem os profissionais é quando o paciente conversa sobre seu desejo de morrer, ou quando pede que o médico faça alguma coisa para apressar a sua morte, porque não suporta

mais tanto sofrimento. Nesses casos, os profissionais reagem de várias maneiras, desde considerar o pedido como ato depressivo ou afirmar que não podem atendê-lo.

Na sociedade moderna, tecnológica, cada vez mais se morre no hospital, despido, inconsciente, entubado, ligado a uma ou várias máquinas que asseguram a manutenção das funções vitais e fora das horas de visita – em grande solidão. O *hospital* também passou por uma radical transformação, pois antigamente ele se destinava aos pobres que estivessem para morrer. Atualmente, contudo, com os avanços científicos e tecnológicos da medicina, que se tornou extremamente especializada, o *hospital* passou a ser uma instituição voltada para os processos de tratamento e cura. Tais avanços tecnológicos fizeram com que os profissionais ficassem mais preparados para lidar com os aspectos biológicos da vida, porém cada vez menos preparados para a relação médico-paciente, o contato humano, o relacionamento interpessoal, estando realmente com o paciente nos momentos finais (Horta 1999; Melo, 2006).

Neste momento, é importante diferenciar os conceitos que envolvem o processo de morrer, que são: eutanásia, distanásia e ortotanásia. Principia-se, com o termo eutanásia. Este foi criado no século XVII, em 1623, pelo filósofo Francis Bacon, em sua obra “*Historia vitae et mortis*”, como sendo o tratamento ideal para doenças incuráveis, então considerada como boa morte, afirma Cesarin (2008). A eutanásia ocorre quando o paciente, sabendo que a sua doença é incurável ou quando não tem condições de uma vida digna, solicita ao médico que o mate antecipadamente, evitando os sofrimentos e as dores físicas e psicológicas. Enfim, o conceito de eutanásia envolve tirar a vida do ser humano por considerações humanitárias, aliviando-o de sofrimento e dor. Pode-se dizer que as discussões correspondentes são polêmicas, pois envolvem os direitos individuais e a lei, reunindo em um mesmo embate o paciente, seus familiares, a equipe de atendimento e até a instituição (Kovács, 1998; Taboada, 2000).

No ordenamento jurídico português e brasileiro, a eutanásia não é lícita enquanto ato de um terceiro, que põe, deliberadamente, fim à vida de uma pessoa com a intenção de acabar com uma situação considerada insuportável. Não é consentida, embora o direito à vida não seja um direito absoluto; o bem jurídico à vida é em regra indisponível para terceiros. Em consequência, esse ato de pôr fim à vida de outrem se configura como um crime de homicídio, previsto no Código Penal, mesmo que seja por solicitação do paciente (Melo, 2006). É importante destacar que, no direito penal brasileiro, para que se caracterize crime é

necessário que haja ocorrência de três fatores: tipicidade, ilicitude e culpabilidade. O consentimento na eutanásia, afirma Dodge (1999), não retira a ilicitude da conduta do médico e, por isso, não a desqualifica como homicídio, porque tal manifestação não é prevista em lei como causa de exclusão da tipicidade da conduta, que é culpável sempre que o médico pudesse ter agido de outro modo, evitando a conduta ilícita.

Em seu artigo *Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais*, Nunes (2009) afirma que a medicina evoluiu, conseguiu-se prolongar a existência humana, porém é necessário contar com critérios, normas claras e consensuais para orientar os profissionais a lidar com essa situação. Como é frequente esse enfrentamento, é fundamental que os profissionais façam distinção entre eutanásia *stricto sensu* e a suspensão de meios ditos extraordinários, fúteis e desproporcionais do tratamento, pois tais situações trazem dilemas éticos, sendo tal prática considerada nas sociedades ocidentais como ato médico inadequado, ou seja, a distanásia. Nunes & Melo (2011) afirmam que no final da vida os médicos devem respeitar a vontade do doente competente, e também em fase terminal, desde que esteja em causa a suspensão de tratamento inútil e desproporcional. Dessa maneira, confirmam os autores, materializa-se o princípio da autonomia individual, pilar da bioética contemporânea.

Segundo Pessini (1996), distanásia significa prolongamento exagerado da morte de um paciente. Vem do grego *dis*, que significa “afastamento”. Esse termo pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil; é uma atitude médica que, visando “salvar a vida” do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Dessa forma, não se prolonga a vida, mas o processo de morrer. Na Europa, fala-se de “obstinação terapêutica”; nos Estados Unidos, de “futilidade médica” (*medical futility*). Popularmente a questão pode ser colocada nos seguintes termos: até que ponto se deve prolongar o processo do morrer quando não há mais esperança de reverter o quadro? Manter a pessoa “mortaviva” interessa a quem?

Em seu artigo *“Morrer com Dignidade: Um direito fundamental”*, Diniz & Costa (2004) consideram que um tratamento é fútil ou extraordinário quando a única justificativa para mantê-lo é a “medicalização” da morte, isto é, o prolongamento da vida do doente por meios artificiais de sustentação da vida ou por medicamentos, a despeito da irreversibilidade do quadro clínico e da iminência da morte.

A *distanásia* surge com a crescente medicalização da saúde e o uso exagerado das tecnologias médicas, estando em constante debate bioético devido ao impacto que a prática causa na qualidade de vida do doente, bem como de seus familiares e cuidadores. Não

considera o bem-estar ou as preferências individuais (Diniz & Costa, 2004). Ela significa morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento; é o emprego de todas as terapêuticas possíveis, inclusive as extraordinárias e experimentais, no doente agonizante, incapaz de resistir, e no curso natural do fim de sua vida, sem se ter a mínima certeza de sua eficácia. Nessa situação, o ser humano passa a estar em segundo plano; a atenção tem seu foco no procedimento, na tecnologia, e não na pessoa que padece. Esse fato é observado em diversos hospitais modernos, onde as ações executadas têm a intenção de manter, o maior tempo possível, a vida do paciente. Quanto mais sofisticado é o hospital, maior o risco de se proceder à distanásia, até porque a família, no afã de salvar o paciente, pede que se faça tudo para mantê-lo vivo (Dodge, 1999; Kovács, 1998).

Nos hospitais, os cuidados dos pacientes constituem uma tarefa cooperativa, que reúne pessoas de diferentes origens culturais e religiosas, com pensamentos totalmente diferentes em relação ao que significa morrer bem. Tal situação pode levar a equipe de saúde a escolher meios para retardar o momento da morte, a fim de evitar qualquer questão de um subtratamento. Essa "obstinação terapêutica" ou "terapia agressiva", contudo, é rejeitada pela maioria dos especialistas em ética e bioética, por ser contrária à dignidade da pessoa (Taboada, 2000).

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, assegura que a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos do Estado atual. Dessa maneira, quando os doentes não têm mais chance de cura, e para evitar tratamentos que lhes causem mais dores e sofrimentos com a finalidade de prolongar a morte, deve ser-lhes dado o direito de morrer com dignidade. E esse direito é dado pela *ortotanásia*, que significa a morte correta, no seu tempo certo, não se submetendo o paciente a tratamentos desumanos e degradantes, que visam somente prolongar a sua morte, sem chance alguma de cura, desde que respeitada a sua vontade (Bomtempo, 2011).

Muitos bioeticistas, entre os quais Gafo (Espanha), utilizam o termo *ortotanásia* para falar da "morte no seu tempo certo". O termo vem do grego *orto*, que significa "correto". Portanto, *ortotanásia* tem o sentido de morte no seu tempo, sem prolongamento desproporcionado do processo de morrer. Ela difere da eutanásia, pois é sensível ao processo de humanização da morte e alívio das dores, não incorrendo em prolongamentos abusivos com a aplicação de meios desproporcionados que apenas impõem sofrimentos adicionais (Pessini, 1996). Deve-se ter em mente que o direito de morrer dignamente é a reivindicação

por vários direitos e situações jurídicas, como a dignidade da pessoa, a liberdade, a autonomia, a consciência, os direitos de personalidade, e se refere ao desejo de se ter uma morte natural, humanizada, sem prolongamento do sofrimento e do tratamento inútil (Cesarin, 2008).

Millán (1997), em seu artigo “*Derecho a una muerte digna*”, afirmava que é ato médico o dever de curar, aliviar e consolar os pacientes, não só durante suas enfermidades, mas também na fase final, de agonia. Em tais pacientes, os profissionais devem manter uma relação interpessoal que favoreça a comunicação, respeitando sua intimidade. É importante dizer a verdade, procurando saber se o paciente deseja saber; falar sobre a morte com o paciente se assim ele desejar; tratar as manifestações clínicas para aumentar a qualidade de vida, melhorar a comunicação para evitar sentimentos de impotência e culpa e controlar a dor, se ele estiver de acordo.

Santana *et al.* (2010), em seu artigo “*Ortotanásia: significado do morrer com dignidade na percepção dos enfermeiros do curso de especialização em Unidade de Terapia Intensiva*”, observaram que o enfermeiro considera importante a presença do familiar na fase final do processo de morrer, respeita a necessidade e, muitas vezes, viabiliza o apoio espiritual. Percebem, também, que o enfermeiro reconhece que o morrer com dignidade é um processo que envolve o direito e o respeito às opiniões do paciente como ser atuante e responsável por si mesmo quando consciente. Ficou evidente a importância da adoção de práticas que aliviem a dor e o sofrimento por meio de terapias farmacológicas, medidas de conforto e a necessidade do conhecimento da equipe acerca dos cuidados paliativos.

Nunes e Melo (2011) afirmam também que, quando médico e doente concordam em que o tratamento em causa não serve a qualquer objetivo terapêutico, a atitude mais correta é deixar a doença evoluir, recorrendo apenas a cuidados paliativos. Porém, um caso consensual de abstenção de meios desproporcionais de tratamento é a “ordem de não ressuscitar”. Desde 1970 é consenso que determinado tipo de doente deve conter em seu prontuário médico informação para que não se efetue reanimação cardiopulmonar, caso necessite. A existência dessa ordem pressupõe a manutenção integral de outro tipo de cuidados de saúde, principalmente no que se refere ao conforto, higiene, analgesia ou intervenções cirúrgicas consideradas necessárias.

Ortiz (2006) afirma que no exercício da medicina estão em jogo questões transcendentais, como a vida, a saúde e a felicidade do indivíduo, e para que o médico atue

eticamente é necessário que reflita com conhecimento e sabedoria. Tem-se que aprender a escolher opções médicas que permitam prolongar a vida sem aumentar o sofrimento, e para que essa decisão seja tomada é necessário conhecer bem a situação e todas as opções disponíveis. A relutância de familiares, profissionais de saúde e da própria pessoa enferma em aceitar que está se aproximando o final da vida torna a situação estressante. A informação é a base que sustenta o direito do doente de intervir em todas as decisões relacionadas com sua saúde. Para os profissionais de saúde, informar é só dever ético e tratar os pacientes como indivíduos livres é um dever legal. Este autor ainda assinala que, para se ter uma boa morte, é necessário cumprir as seguintes premissas: a) escolher o lugar que permita, segundo as circunstâncias de cada pessoa e família, a maior comodidade e paz; b) receber tratamento para aliviar os sintomas; e c) fazer com que o processo não se prolongue desnecessariamente.

Zalenski e Raspa (2006), defensores da Teoria das Necessidades de Maslow, em seu artigo *“Maslow’s hierarchy of needs: Framework for achieving human potential in hospice”*, concluem que o alívio da dor e outros sintomas é uma necessidade de primeira ordem. O não tratamento da dor ameaça a consciência, impedindo o indivíduo de Ser, fazendo-o desejar a morte como única fonte de alívio. Como necessidades de segunda ordem, eles apresentam a proteção e segurança, referindo que, quando elas não são satisfeitas, o medo de morrer ou de ser abandonado domina a vida do doente, levando-o ao isolamento, tornando o seu dia-a-dia difícil de suportar. No terceiro nível consideram a necessidade de afeto, amor e aceitação na fase terminal, e como quarto a necessidade de ser respeitado e apreciado pelos demais. Finalmente, o último nível compreende a necessidade da transcendência e autorrealização. Segundo tais autores, com o fim de alcançar a transcendência, tem que se estabelecer uma ligação com os outros, o universo ou a divindade, que conduz a uma intensificação da vida; a autorrealização corresponde à melhoria do potencial de cada um, fazendo com que o doente se sinta mais completo e realizado, tenha a sensação de que cumpriu seus deveres na vida. Estes mesmos autores entendem que, com a evolução da doença, as necessidades mais básicas (por exemplo, fome) perdem a importância, e aquelas não materiais serão os domínios que continuarão a ter de ser satisfeitos.

Segundo Pascoal (2010), a pirâmide adaptada de necessidades de Maslow faz com que seja possível perceber as necessidades humanas básicas, afetadas de forma hierarquizada na pessoa e como ela está vivendo o fim de sua vida. Essa conclusão é corroborada por Nunes e Melo (2011), que afirmam que a humanização da saúde é uma tarefa que respeita todos os setores da sociedade, tendo os profissionais de saúde a responsabilidade de exercer sua

profissão na convicção de que lidam com pessoas humanas, particularmente vulneráveis. Citam também a necessidade do acompanhamento espiritual e assistência religiosa, por opção do doente, como fundamental numa sociedade plural e secular.

Em seu artigo “*Perceptions of a good death: A comparative study of the views of hospice staff and patients*”, Payne, Langley-Evans e Hillier (1996) compararam o conceito de uma “boa” morte usado por pacientes e equipes de cuidados paliativos, realizando entrevistas semi-estruturadas. Foi observado que, para os pacientes “boa” morte significa morrer durante o sono, sem sentir dor, repentinamente; já as equipes de saúde consideram uma “boa” morte aquela em que se tem controle adequado dos sintomas, envolvimento familiar, ausência de angústia e tranquilidade, existindo diferenças conceituais entre os pacientes e as equipes de saúde. Tais diferenças podem ser explicadas pelo foco diferenciado por cada grupo de entrevistados, no qual os pacientes estavam se referindo a sua própria morte antecipada, enquanto a equipe estava se referindo à morte de outras pessoas, com as quais eles tinham vivenciado uma experiência, mas não necessariamente suas próprias mortes.

Andresen, Seecharan e Toce (2004), em seu estudo, “*Provider perceptions of child deaths*” afirmam haver concordância entre médicos e enfermeiras no que tange ao gerenciamento da dor no caso de boa morte em crianças, corroborando os trabalhos existentes em adultos. Afirmam ainda que as enfermeiras são mais sensíveis em falar com os familiares sobre questões psicossociais e religiosas, enquanto os médicos estão mais envolvidos ao falar com os familiares sobre tomada de decisões. Concluem, pois, que existe a necessidade de seguir a recomendação da *Academia Americana de Pediatria* de que a todos os médicos que cuidam de crianças sejam ensinadas as habilidades de cuidados paliativos (gerenciamento da dor, sintomas psicossociais, emocionais e espirituais no final da vida para as crianças e suas famílias), como fator importante para uma morte boa, isto é, digna.

Hirai *et al.* (2006) analisaram pacientes terminais, familiares e equipe médica com respeito ao que significa morte boa. A propósito, concluíram que para a maioria dos participantes esta era entendida como *ter controle da dor e dos sintomas, ter boa relação com a família, bem-estar ambiental e boa relação com a equipe médica*. Nessa mesma direção, Mularski *et al.* (2005) também concluíram que familiares de pacientes que estão em fase terminal nas UTI's percebem que os cuidados no fim da vida incluem dignidade, apoio, respeito, paz e controle do paciente, como elementos importantes para definir uma boa morte nesse contexto hospitalar extremo.

Finalmente, Sanjo *et al.* (2007) tiveram em conta as preferências dos cuidados de fim de vida e conceitos de boa morte, concluindo que, para os japoneses, uma morte em casa é inconcebível devido à deficiência no sistema de assistência domiciliar e à sobrecarga do cuidador. Provavelmente devido a esse fator, a pesquisa mostrou que as pessoas preferem os hospitais como local onde morrer. Assim, traduzem a morte boa em termos de disporem de sedação e serem informados pelos médicos sobre seu prognóstico; alguns deles não consideram a autonomia como fator mais relevante, preferindo confiar as decisões a seu médico. Quiçá isso reflita o sentido paternalista inerente a esta cultura (Hofstede, 1984).

Em resumo, conforme parece evidente, ao menos no Ocidente, a concepção de morte digna passa por morrer em paz, não ser exposto a tratamentos inúteis, que apenas prolongam a própria morte, uma vez que a vida já não é possível. Nesse contexto, perfila-se como uma preferência o morrer em casa, com os seus, desfrutando do afeto e da atenção dos entes queridos, em lugar da solidão e frieza do hospital. Esses elementos, entretanto, têm se configurado não no vácuo, mas a partir de princípios éticos e bioéticos construídos ao longo das últimas décadas, como se expõe a seguir.

Este capítulo pretende tratar de princípios fundamentais da bioética, procurando relacioná-los com a ideia de morte boa e a possibilidade de escolha do lugar onde se deseja morrer. Entretanto, discute também conceitos de ética e moral, tecendo considerações sobre aspectos de deontologia.

3.1. *Ética, Moral, Deontologia e Bioética: Sintetizando Conceitos*

Os primeiros estudos envolvendo a ética provêm dos filósofos gregos, há cerca de 500 a 300 a.C., período em que surgiram muitas ideias, definições e teorias que acompanham a humanidade até os dias de hoje. Entre os vários pensadores dessa época, é possível citar Sócrates, Platão e Aristóteles como responsáveis pela maior análise e reflexão sobre o agir do homem. Essa reflexão surgiu como uma busca pela natureza do bem moral, delineando os princípios da conduta.

Platão (427-347 a.C.) era discípulo de Sócrates e, em sua corrente de pensamento, acreditava na vida após a morte, repudiando qualquer ato relacionado ao prazer do corpo. Era defensor da imortalidade da alma como sugerido no diálogo *Fédon*, no qual a felicidade só é encontrada após a morte. De acordo com sua visão, os homens deveriam durante a vida contemplar ideias, que eram as do Bem. Como o filósofo contempla, por meio da arte da dialética, as ideias mais altas, entre elas as do Ser e do Bem: "O Ser é imutável, e também o Bem. A partir deste Bem superior, o homem deve procurar descobrir uma escala de bens, que o ajudem a chegar ao absoluto" (Valls, 1994, p. 25).

De acordo com esse pensamento, Platão afirma que sábio não é o cientista teórico, mas sim o homem virtuoso, ou o que busca a vida virtuosa, em que a virtude é uma purificação, e por intermédio dela o homem descobre como desprender-se do corpo e de tudo o que está ligado ao mundo terreno. A prática da virtude é um bem precioso que existe para o homem, sendo essa condição tanto social como individual.

Segundo Platão, o homem virtuoso é o que está assimilando Deus. Naturalmente, a plebe da época não concordava com tais valores, pois via a hierarquia de bens descrita pelo filósofo como contraposta à sua. Para Platão, o sábio é aquele que busca assemelhar-se a Deus, tanto quanto lhe é possível. Ele, descreve as diferentes virtudes, que são: (a) *justiça* (*dike*) - a virtude geral, que ordena e harmoniza, e assim nos assemelha ao invisível, divino, imortal e sábio; (b) *prudência* ou *sabedoria* (*frônesis* ou *sofía*) - é a virtude própria da alma racional, a racionalidade como o divino no homem: orientar-se para os bens divinos; esta

virtude equivale à vida filosófica como uma música mais elevada, é aquela que põe ordem, também, nos nossos pensamentos; (c) *fortaleza* ou *valor* (*andréia*) - é a que faz com que as paixões mais nobres predominem e o prazer se subordine ao dever; e (d) *temperança* (*sofrosine*) - é a virtude da serenidade, equivalente ao autodomínio, à harmonia individual (Valls, 1994, p. 27). Dessa forma, o que demarca as ideias de Platão é o *Sumo Bem*, ou seja, a Vida Divina, caracterizadora da ética platônica, da equivalência da contemplação filosófica e da virtude, e da virtude como ordem e harmonia universal. É mínima a diferença entre a virtude intelectual e a virtude moral, assemelhando-se à prática teórica.

Já Aristóteles (384-322 a.C.), discípulo de Platão, foi um pensador especulativo e profundo psicólogo, levando mais a sério que Platão a observação empírica, ou seja, do conhecimento prático, o que de certa forma era oposto ao seu mestre, que se apoiava mais na teoria. Aristóteles parte da relação existente entre o Ser e o Bem, incidindo na questão da variedade do Ser, pois para cada Ser deve haver um Bem, em conformidade com a essência e a natureza do seu próprio Ser. Segundo tal pensador, quanto mais complexo for o Ser, mais será o Bem, apontando para a conclusão de que a ética é finalista, ou seja, estabelece os fins que devem ser almejados para que o homem alcance a felicidade. O Bem ou a Felicidade do Homem consistem na consagração de vários bens (amizade, saúde e até mesmo alguns bens materiais), pois o homem é um ser complexo, e sem um determinado conjunto de bens não há como perdurar a felicidade, "mas é claro que há uma certa escala de bens, pois os bens são de várias classes, e uns melhores de que outros" (Valls, 1994, p. 30).

Aristóteles acredita que a composição da felicidade não se baseia unicamente em um Bem, pois, caso contrário, o homem teria de escolher qual o melhor Bem; se seria a Virtude, a Força, o Poder, a Riqueza, a Beleza, a Saúde ou os Prazeres Sensíveis, partindo do princípio de que o homem tem o seu ser no viver, no sentir e na razão. Dessa forma, o homem não pode unicamente viver, mas sim viver racionalmente, ou seja, viver de acordo com a razão, que, para não se deixar ela mesma desordenar, precisa da virtude, da vida virtuosa. Então, qual seria a virtude mais alta, ainda que não a única necessária? O bem próprio do homem é a vida teórica ou teorética, dedicada ao estudo e à contemplação, à vida da inteligência (Valls, 1994).

O pensamento, para Aristóteles, é o Bem mais precioso do homem. O prazer não é um bem absoluto, mas também não é um mal, pois ele acompanha as diferentes atividades, mesmo as intelectuais ou espirituais, mas, decisivamente, a felicidade é conquistada pela virtude, e as virtudes são analisadas longa e detalhadamente, não admitindo jamais a

composição do homem sem a conjunção corpo/espírito, sendo que, como corpo, está sujeito a paixões, e a alma, aos bons hábitos. Portanto, Aristóteles valoriza a vontade humana, a deliberação e o esforço em busca de bons hábitos; o homem necessita converter suas melhores disposições naturais em hábitos de acordo com a razão, ou seja, virtudes intelectuais. Em seu pensamento, a tradução de virtude segue um hábito adquirido, voluntário, deliberado, que consiste no justo meio em relação a nós, tal como o determinaria o bom juízo de um varão prudente e sensato, julgado conforme a reta razão e a experiência. Portanto, Ética é uma reflexão sobre questões fundamentais do agir humano e designa as regras e os códigos morais que norteiam a conduta.

A ética é a mãe de todo o proceder com retidão, configurando ações em contextos ou âmbitos específicos. A *deontologia*, por exemplo, consiste num conjunto de direitos e obrigações do profissional em relação ao cliente. Com o Código de Nuremberg, em 1946, e a Declaração de Helsinque, em 1975, estabeleceram-se as normas regulamentadoras das experiências científicas realizadas em seres humanos. No Brasil, em 1945 foi aprovado o Código de Deontologia Médica, e em 1964 o Conselho Federal de Medicina estabeleceu as obrigações dos profissionais, definindo suas responsabilidades (Durand, 2007; Monte, 2009). No caso da *bioética*, esta compreende uma área ou temática legítima dos direitos humanos. Surgiu com o desenvolvimento técnico-científico, com o aparecimento dos direitos individuais, a modificação das relações médico-paciente e o pluralismo social. Ela estuda as dimensões morais das ciências da vida e da saúde, com abordagem social, estabelecida na justiça e equidade (Grisard, 2000; Pessini & Barchifontaine, 2005). Esses aspectos devem ser mais bem compreendidos no marco da ética e da moral, carecendo analisá-las.

3.1.1. Ética e Moral

Ética vem do grego *ethos*, designa a condução da vida, as regras de comportamento, os costumes. Etimologicamente, designa a mesma realidade que a palavra *moral*. Alguns filósofos a definem como uma reflexão sobre questões fundamentais do agir humano (fim e sentido da vida humana, fundamento da obrigação e do dever, natureza do bem e do mal, etc.), e a *moral* refere-se à aplicação, ao concreto, à ação. A ética é a designação filosófica sobre a moral, isto é, sobre as regras e os códigos morais que norteiam a conduta humana. Dessa forma, cabe atribuir à ética o desígnio de ciência da conduta humana. Ela pode ainda ser entendida como reflexão dos costumes e ações humanas, sendo importante analisá-la sob o

prisma da sociedade em que se situa o estudo, devendo sempre ser respeitado o costume, o direito e qualquer outro modo indicativo referente a tal grupo ou camada social.

Por ser parte da filosofia, a ética tem como objetivo a ação humana, fixando-se não no que o homem é de fato, mas sim no que ele deve ser e fazer de sua vida. Para que exista a ética, é necessário que o agente esteja consciente, ou seja, que tenha capacidade para discernir o Bem e o Mal e toda a sua repercussão. A consciência moral, portanto, possui capacidade de discernir entre um e outro e de avaliar, julgando o valor das condutas, e agir conforme os padrões morais. Nesse contexto, amplamente, os valores podem ser entendidos como padrões sociais ou princípios aceitos e mantidos por cada pessoa e pela própria sociedade. O Comitê Consultivo Nacional de Ética, na França, diz que a *ética* (ética biomédica, bioética) sempre se baseia na *moral*, com seus valores e princípios universais, absolutos, incondicionais; a moral designa o grau mais elevado de exigência de normatividade dos atos humanos, o grau mais elevado de exigência de respeito pela dignidade humana (Durand, 2007; Valls, 1994).

Pode-se afirmar que, enquanto a ética é a teoria, é a ciência que estuda a própria moral, esta é a espécie conectada com o empírico. Da necessidade de se conviver em sociedade, surge a moral, compreendendo a reunião de regras que são determinantes para o relacionamento dos indivíduos. Embora sejam frequentemente usadas como sinônimos, a ética e a moral não o são. Assim, quando se indaga o que é correto, aborda-se a ética; a seguir, quando há a ação, questiona-se a moral, uma vez que é referente ao ato em si. Por isso, costuma-se falar mais especificamente em conduta moral.

A ética aborda o que deve ser ou, pelo menos, como deveria ser; já a moral é referente ao que é vivido, ao ato em ação e suas consequências. A ética estuda, aconselha e até ordena, mas a moral é coexistente, sendo ambas relacionadas a valores e a decisões que levam a ações com todas as suas abrangências para todas as pessoas. Fica evidente, pois, que os dois vocábulos estão relacionados às qualidades humanas, ou pelo modo de ser ou pelo caráter de cada um, em que se apoia o fato ponderante aos costumes ou às normas adquiridas, ocasionando o comportamento moral do homem. Pode-se afirmar, assim, que a ética analisa as regras e os princípios morais que são destinados a orientar a ação humana (Brito, 2004).

A conduta ética materializa-se na oportunidade de o agente agir conscientemente, ou seja, no discernir entre o bem e o mal. Cabe aceitar que o agir eticamente é ter conduta de acordo com o bem, porém definir o bem é estudo progressivo, uma vez que tal conceito é extremamente evolutivo, sendo que o que hoje pode ser o bem, amanhã não necessariamente

o é, ao passo que a moral possui a capacidade de discernir entre um e outro, de avaliar julgando o valor das condutas e de agir conforme os padrões morais, tornando-se responsável pelas ações e emoções e ordinariamente por suas consequências.

Os valores podem ser entendidos em sentido amplo como padrões ou princípios aceitos em determinado tempo, porém nunca de forma determinante e imutável. A propósito, discute-se mais detalhadamente a esse respeito no capítulo seguinte. Cabe neste instante admitir que, em cada período, a percepção individual é mutável, ocasionando diferentes pesos, e, conseqüentemente, a moral variará dependendo do modo de existência de cada pessoa, de suas convicções filosóficas, experiências vividas ou até de crenças religiosas. Em suma, já afirmava Valls (1994), cada pessoa, cada classe social ou cada sociedade tem seus próprios valores, que devem ser considerados nas mais diversas situações. Contudo, essa posição não é completamente assumida na presente dissertação, como se verá no capítulo seguinte.

Nunes (2004, p. 15), em seu artigo “*Os valores e a sociedade plural*”, afirma que, se é certo que o universo da racionalidade compreende as emoções e os sentimentos, que são decisivos na motivação humana, o agir especificamente humano compreende uma terceira dimensão, que é o comportamento moral, enquanto realidade autônoma das duas anteriores. Isto é, se for percebida a dimensão ética e moral do comportamento humano numa base categorial, com uma profunda base genético-biológica, e moldada pelo ambiente socio-familiar em que se desenrola a aculturação humana, encontra-se então uma distinção entre a razão, a emoção e a vida moral.

3.1.2. *Deontologia e Bioética*

Deontologia, do grego *déon-déontos*, refere-se a uma reflexão sobre regras, deveres e obrigações que dizem respeito ao que é preciso fazer. A palavra foi criada por Jeremy Bentham, em 1834, no sentido geral de ciência da moral, sendo rapidamente ligada ao exercício das profissões liberais.

De maneira geral, Durand (2007) designa deontologia como um conjunto de direitos e obrigações do profissional, em sua relação com o cliente, o público, seus colegas e sua corporação. Na filosofia, a palavra deontologia e, sobretudo, deontologismo e corrente deontológica remetem a um sentido diferente. Nas diversas escolas filosóficas, nas diversas teorias éticas (utilitarismo, ontologismo, personalismo, axiologia, etc.), designam uma

corrente na qual se observam dois traços importantes: (a) a existência de atos bons ou maus; portanto, certos atos são moralmente obrigatórios ou moralmente proibidos, sem considerar suas consequências felizes ou infelizes (*versus* a corrente utilitarista); e (b) a prioridade às regras e deveres a serem observados, acima da reflexão sobre os fins da ação humana, ou de uma prática centrada nos valores, nas virtudes (*versus* o personalismo e a axiologia). Como consequência desse uso no exercício da profissão e na prática filosófica, o adjetivo deontológico ganhou, na ética social e na linguagem corrente nas ciências humanas, o sentido de perspectiva normativa, regulamentar.

Foi na 3ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, realizada em Londres, que se adotou o primeiro *Código Internacional de Ética*; código este que forneceu orientações éticas sobre os deveres dos médicos em geral, bem como sobre a relação médico-paciente e as orientações necessárias para o relacionamento com seus colegas (França, 1992). Também recomendava que fosse observada a *Declaração de Genebra*, adotada pela Associação Médica Mundial, em 1948, o que representou para os admitidos na profissão médica uma atualização do juramento hipocrático (Monte, 2009).

Foi o *Código de Nuremberg*, de 1946, e a *Declaração de Helsinque*, de 1975, que estabeleceram as normas regulamentadoras das experiências científicas realizadas com seres humanos. Correlacionaram a elevada responsabilidade dos cientistas às necessidades, aos desejos e direitos dos pacientes como indivíduos humanos e demonstraram as dificuldades em decidir o que é certo na ótica de cada sociedade. Monte (2009) afirma que, no Brasil, os problemas éticos demoraram a ser postos em pauta, devido às vicissitudes sofridas pela medicina do país para se impor e se estabelecer como fonte de conhecimentos. Foi somente em 1867 que o Brasil adotou o *Código de Ética Médica*, da Associação Médica Americana. Em 1945, sindicalistas brasileiros aprovaram versões do *Código de Deontologia Médica*, sendo após revogadas pela Lei nº. 3.268/57, que determinou a edição do *Código de Ética da Associação Médica Brasileira*, substituído pelo *Código de Ética Médica*, do Conselho Federal de Medicina, em 1964, que estabeleceu as obrigações profissionais e constituiu um passo importante para definir as responsabilidades dos médicos.

Já a bioética, bem como os direitos humanos, é uma construção histórica que evoluiu ao longo do tempo, não restando dúvida de que ela, tanto na assistência como na pesquisa em saúde, compreende um tema legítimo dos direitos humanos. Desde o início, a bioética pretendeu estabelecer uma abordagem ética não religiosa, sendo considerada por alguns como

uma abordagem pluralista. Foram o desenvolvimento técnico-científico, a emergência dos direitos individuais, a modificação da relação médico-paciente e o pluralismo social que influenciaram seu aparecimento e, sobretudo, sua consolidação.

Como movimento social, a bioética teve origem nos Estados Unidos, na década de 1960, tentando responder aos conflitos éticos agravados pelo avanço da ciência, em especial na biomedicina. O termo foi criado pelo cancerologista van Rensselaer Potter, em artigo publicado em 1970 (*Bioethics science of survival*), sendo seu objetivo propor uma reflexão ética sobre as questões ligadas à vida. Foi na *Conferência da Academia de Ciências*, de Nova York, que se sugeriu a criação de uma ciência baseada na associação do saber biológico (bio) com os valores humanos (ética). Sua composição etimológica, de fácil apreensão, fez com que o termo rapidamente se incorporasse ao uso comum. Reivindicou também um campo próprio de aplicação maior, que englobava o controle da população, a paz, a pobreza, a ecologia, a vida animal, a sobrevivência da espécie humana e a do planeta (Durand, 2007; Steinbock, 2007).

A bioética estuda sistematicamente as dimensões morais, incluindo visão, decisão e normas morais das ciências da vida, do cuidado global com a saúde, utilizando uma abordagem social estabelecida na justiça e equidade, no funcionamento do sistema de tratamentos, nas escolhas de valores de uma sociedade dentro de um contexto multidisciplinar e interdisciplinar, tendo, portanto, uma abrangência mais ampla do que a ética médica (Grisard, 2000).

Em seu livro “*Fundamentos da bioética*”, Pessini & Barchifontaine (2005) descrevem os principais traços da bioética: (a) surgiu como uma necessidade dos profissionais de saúde de proteger a vida humana e seu ambiente; (b) oferece um esforço interdisciplinar; (c) não é uma ciência feita, com fórmulas éticas; parte de princípios e valores tradicionais e com eles encontra soluções propostas pela biologia, genética ou outras ciências; (d) apoia-se na razão e no bom juízo moral de seus investigadores, daí serem seus princípios de caráter autônomo e universal; (e) orienta eticamente pesquisadores, técnicos, cientistas, legisladores e governantes para que avaliem com acerto a repercussão humana de seus trabalhos; (f) promove os direitos dos pacientes para exercer sua liberdade e terminar seus dias com uma morte digna; (g) não normatiza o exercício da medicina na relação médico-paciente, mas conduz os profissionais a tomar consciência dos códigos internacionais sobre experimentação humana e exigências legais com relação à saúde em seus respectivos países; (h) integra a ética

com as ciências biomédicas com a finalidade de convencer os profissionais da saúde da necessidade de contar com a dimensão humana dos pacientes e incluir em todo juízo médico a dimensão ética dos problemas de saúde; não é uma ciência clara e definida, daí haver imprecisão em seus conceitos, abrangência e método de trabalho; (i) manifesta-se de maneira intensa, em centros e institutos de bioética, onde, por meio de equipe interdisciplinar, dedica-se a ensinar, investigar e divulgar os valores; (j) preocupa-se em buscar a dimensão ética dos problemas criados pelas ciências biomédicas; e (k) busca estar presente em frentes de investigação científica e centros hospitalares para oferecer valores morais, humanização e o cumprimento dos direitos dos pacientes.

Pessini e Barchifontaine (2005) afirmam que a bioética é intercultural, pois considera as diferentes culturas e os diversos valores. E, para resolver esse conflito latente entre valores e ideias éticas contraditórias, Beauchamp e Childress (2002) idealizaram um conjunto de princípios (*beneficência, não maleficência, autonomia e justiça*), que propuseram como pilar estrutural e estruturante da ética nos cuidados de saúde. Tais princípios se tornaram fundamentais para o desenvolvimento da bioética e ditaram uma forma peculiar de definir e manejar os valores envolvidos nas relações dos profissionais de saúde e seus pacientes. Esses quatro princípios, que não possuem um caráter absoluto, nem têm prioridade um sobre o outro, servem como regras gerais para orientar a tomada de decisão frente aos problemas éticos e para ordenar os argumentos. Contudo, Pessini e Barchifontaine (2005) ressaltam que a discussão dessas questões, baseadas nos princípios da beneficência, autonomia e justiça, nem sempre é harmoniosa entre o médico (beneficência), o paciente (autonomia) e a sociedade (justiça). Nesse marco, a morte faz parte do processo de vida, e, no adoecimento, os tratamentos devem visar à qualidade da vida, ao bem-estar, mesmo que não haja cura. É importante tratar separadamente cada um desses princípios, embora não sejam estanques ou antagônicos.

3.1.2.1. *Autonomia*

Ricou *et al.* (2004) afirmam que, por não existir uma definição de “quem eu sou” e “quem nós somos”, a compreensão universal de pessoa fica prejudicada. O homem, por viver e ser parte da natureza, tem uma característica exclusiva que o diferencia de outros seres naturais: a racionalidade. Kant defendia que na natureza, se um ser está preparado para a vida é porque possui todos os instrumentos para esse fim, e por ser o homem um sujeito racional,

característica exclusiva sua, a racionalidade só pode ser utilizada como uma faculdade que deve ter influência sobre a vontade, uma vontade boa em si mesma, na qual a razão se faz necessária. Tem-se então o exercício da vontade como uma das estruturas essenciais do ser humano, por ser este livre. Dessa forma, resultam duas características fundamentais do homem, que são a razão e a ação. A identificação entre a vontade e a razão é que faz do homem um ser livre, dando origem a uma noção que se perpetuou na tradição ocidental como princípio fundamental da vida moral e da identidade pessoal: a autonomia. Kant afirma que a pessoa é um ser livre, dono de uma vontade autônoma, princípio supremo da moralidade, que implica, por esse motivo, a sua relação com o outro, revestida de um valor inexorável: a dignidade.

O conceito foi aplicado a povos e nações, mas foi Immanuel Kant quem o trouxe para o domínio privado. Argumentava que o respeito à autonomia originava-se do reconhecimento de que todas as pessoas têm valor incondicional e a capacidade para determinar seu próprio destino. Violar sua autonomia é tratá-la como um meio, de acordo com os objetivos dos outros, sem levar em consideração os objetivos da própria pessoa. Já John Stuart Mill estava mais preocupado com a individualidade das pessoas na conformação de suas vidas, afirmando que sobre si mesmo, sobre o seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano, desde que não interfira na liberdade de expressão dos outros (Beauchamp & Childress, 2002; Morais, 2010a).

O termo autonomia deriva do grego (*autos* – o mesmo, próprio, eu; e *nomos* – regra, governo ou lei), sendo primeiramente empregado com referência à autogestão ou autogoverno das cidades-estado gregas, estendendo-se aos indivíduos, adquirindo sentidos diversos, como autogoverno e autodeterminação para a pessoa tomar decisões que afetam sua vida, saúde, integridade físico-psíquica e relações sociais. Implica a ausência de imposições ou coações externas, assim como de incapacidades ou limitações pessoais que diminuam a capacidade de decisão. Respeitar a autonomia dos outros, então, significa dar valor às opiniões das pessoas autônomas e, ao mesmo tempo não proibir suas ações, a menos que estas estejam interferindo com a autonomia dos outros. Não respeitar as decisões das pessoas é negar a elas a liberdade de tomar suas próprias decisões.

Praticamente todas as teorias da autonomia consideram duas condições essenciais: (a) liberdade (independência de influências controladoras) e (b) qualidade do *agente* (capacidade de agir intencionalmente). A autonomia da pessoa depende da doutrina da dignidade humana e

dos direitos fundamentais; uma pessoa autônoma tem capacidade para deliberar sobre seus objetivos pessoais e agir nessa mesma direção, e quanto maior for sua capacidade de exercer sua atividade de se autodeterminar voluntária, afetiva e intelectualmente, mais autônoma ela é (Anjos, 2006; Durand, 2007; Melo, 2008; Morais, 2010a).

Como princípio bioético propriamente dito, Lopes, Chagas e Jorge (2007) asseguram que alguns autores, em seus trabalhos com caracterização de conteúdo distinto, como moralidade na prática de pesquisa, direitos do cliente e eutanásia, utilizam o termo autonomia para apoiar seus argumentos, tomando-a como base para tecer considerações de reduzir a assimetria presente nas relações entre os profissionais de saúde e os clientes, bem como assegurar o pleno exercício da cidadania, abandonando a visão paternalista e autoritária. Ressaltam a importância de não haver manipulação dos seres humanos que estão sob seus cuidados e responsabilidade profissional, oferecendo a eles a oportunidade de se manifestarem, defendendo as pessoas vulneráveis, mais sujeitas a serem vítimas de erro por influência de condições socioeconômicas, educacionais e da própria doença. A autonomia do indivíduo traz a angústia da liberdade de poder decidir sobre sua própria vida, considerando que diariamente surgem novas definições de início e fim da vida humana. O risco existe quando, pregando em favor da qualidade de vida, a autonomia passa a ser usada como argumentação que atenta contra a vida.

Como resgate da pessoa humana diante dos progressos técnico-científicos, alguns autores demonstram preocupação em assegurar a autonomia dos seres humanos diante dos desafios trazidos com os avanços técnico-científicos, muitas vezes danosos à saúde da população, na modificação de seu comportamento e seus valores morais. Vale aqui citar a discussão da autonomia relativa ao aborto, à reprodução assistida, aconselhamento genético e decisão de renunciar à vida suspendendo o tratamento médico. Esses debates, originados nos Estados Unidos, culminaram no marco quando a Suprema Corte desse país decidiu que a mulher autônoma tem controle de seu corpo e sua gravidez. A autonomia foi centrada para aqueles que não atribuem significado moral para o embrião e o feto. Observa-se que a forma como essas possibilidades são apresentadas pela mídia à população, tratando como método seguro e eficaz, origina expectativas nem sempre éticas, visto que tais tecnologias, como solução para o aborto, ausência de filhos ou produção de crianças geneticamente saudáveis, pouco permitem pensar sobre os conteúdos éticos/bioéticos (Lopes, Chagas & Jorge, 2007; Jennings, 2007).

Na perspectiva da bioética da proteção, alguns autores afirmam que é responsabilidade do Estado assegurar serviços que deem cobertura às necessidades essenciais da população, como alimentação, moradia, saneamento, permitindo ao indivíduo buscar a satisfação de outras necessidades, favorecendo sua qualidade de vida. A desigualdade social nos países em desenvolvimento é reflexo do pouco caso político, pois somente as classes mais favorecidas têm acesso a serviços de qualidade, enquanto muitos sofrem com a falta de energia elétrica, de água potável, entre outras de responsabilidade do Estado. Essa desigualdade na distribuição e acesso às tecnologias disponíveis, além da má alocação dos recursos públicos, leva a crer na impossibilidade do alcance da autonomia por indivíduos que não conquistaram sua cidadania plena, sujeitos a interesses de terceiros, e que não têm seu direito de escolha garantido. É difícil existir autonomia onde as novas tecnologias não são usufruídas por todos.

Como instrumento de reflexão e ação, a visão dos autores médicos que atuam em núcleos de estudo em bioética e saúde pública, por exemplo, está voltada para a análise de sua própria ação diária, para sua prática profissional. Claro que essa abordagem foi priorizada destacando a posição do profissional diante do processo de decisão, respeitando os direitos dos pacientes, como a privacidade e a informação sobre sua saúde. O que se encontrou nesses artigos foram os direitos dos pacientes e o agir ético na prática assistencial.

Ressaltam Lopes, Chagas e Jorge (2007) que a equipe de saúde, por ter o conhecimento de tudo o que ocorre com o paciente, ser detentora do poder, impede muitas vezes seu direito à privacidade e à informação. Faz-se necessária, assim, uma nova cultura de atendimento para superar esse modelo paternalista, permitindo um diálogo claro entre médico e paciente, pautado no respeito ao outro, na qualidade de ser autônomo e digno.

3.1.2.2. Beneficência

Beneficência, *de bonum facere* (do latim “fazer o bem” ao paciente), é o princípio mais antigo da ética médica, e nele estão incluídos os objetivos fundamentais da medicina, que são a preservação da vida, a restauração da saúde e o alívio do sofrimento, que assegura o bem-estar do paciente. No seu sentido filosófico-moral, significa atos de compaixão, bondade e caridade, isto é, fazer o bem.

O termo beneficência se entende como atos de bondade ou caridade que vão além da obrigatoriedade. O princípio de beneficência norteia o exercício profissional das pessoas

(médico, enfermeiro), tendo uma finalidade moral, implícita em todo seu agir, entendida principalmente em termos de fazer o bem. Esses profissionais procuram o bem do paciente, o seu bem-estar e os seus interesses, de acordo com os critérios do bem fornecidos pelas profissões. Foi nesse princípio que a imagem do médico perdurou ao longo da história e que está fundada na tradição hipocrática:

“[...] aplicar os tratamentos para ajudar os doentes conforme minha habilidade e minha capacidade, e jamais usá-los para causar dano ou malefício. Não dar veneno a ninguém, embora solicitado a assim fazer, nem aconselhar tal procedimento. (Juramento de Hipócrates)”

Pessini e Barchifontaine (2005) asseguram que, ao longo dos séculos, esse princípio foi respaldado nas tradições mais diversas: na ética cristã, na filosofia utilitarista britânica, nos rigores kantianos do imperativo categórico, no conceito marxista de solidariedade e até no anarquismo de ajuda mútua de Kropotkin.

A beneficência, no seu sentido estrito, deve ser entendida conforme o *Relatório de Belmont*¹, que apresenta os princípios básicos e pode ajudar na solução dos problemas éticos surgidos na pesquisa com seres humanos. Até recentemente, esses princípios gozaram de primazia dentre aqueles da conduta médica, porém, atualmente, encontram-se limitados por quatro fatores: a necessidade de se definir o que é *bem* do paciente; a não aceitação do paternalismo contido na beneficência; o surgimento da autonomia; e as novas dimensões da justiça na área da saúde (Durand, 2007; Pessini & Barchifontaine, 2005).

¹ Divulgado em 1978, identificou três princípios, que foram: o respeito pelas pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça. O respeito pelas pessoas incorpora que as pessoas deveriam ser tratadas com autonomia, e aquelas cuja autonomia esteja diminuída devem ser protegidas. O relatório entendia como pessoa autônoma o indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e agir sob a orientação dessa deliberação. Dessa deliberação surgiram procedimentos práticos, como a exigência do consentimento informado e de como tomar decisões de substituição, quando a pessoa é incapaz e não tem autonomia suficiente para realizar a ação. Em relação à beneficência, ele rechaça a ideia de beneficência como caridade e formula duas regras como expressões complementares dos atos de beneficência: não causar dano e maximizar os benefícios e minimizar os riscos. O princípio da justiça entende como imparcialidade a distribuição dos riscos e benefícios, ou seja, os iguais devem ser tratados igualmente (justiça distributiva).

3.1.2.3. Não maleficência

O princípio da não maleficência determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. Considerado por muitos como o princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica, tem suas raízes em uma máxima que preconiza: “cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos”. Esse preceito, mais conhecido em sua versão para o latim (*primum non nocere*, isto é, acima de tudo ou antes de tudo, não causar dano), é utilizado frequentemente como uma exigência moral da profissão médica. Trata-se, portanto, de um mínimo ético, um dever profissional, que, se não cumprido, coloca o profissional de saúde numa situação de má-prática ou prática negligente da medicina ou das demais profissões correlatas. É devido a todas as pessoas, não tem caráter absoluto e, conseqüentemente, nem sempre terá prioridade em todos os conflitos.

A não maleficência tem importância porque, ao se realizar uma ação ou um procedimento, podem-se causar danos, uma vez que o risco é inerente à ação ou ao procedimento indicado. No exercício da medicina, esse é um fato muito comum, pois quase toda intervenção diagnóstica ou terapêutica envolve um risco de dano. Por exemplo, uma simples retirada de sangue para realizar um teste diagnóstico tem um risco de causar hemorragia no local puncionado. Do ponto de vista ético, esse dano pode estar justificado se o benefício esperado com o resultado do exame for maior que o risco de hemorragia; a intenção do procedimento é beneficiar o paciente, e não causar-lhe o sangramento. Nesse exemplo, as conseqüências do dano são pequenas, e certamente não há risco de vida. Porém, se o paciente tiver problemas de hemostasia, o risco aumentará. Quanto maior o risco de causar dano, maior e mais justificado deve ser o objetivo do procedimento, para que este possa ser considerado um ato eticamente correto (Kipper & Closet, 1998).

3.1.2.4. Justiça

O princípio da justiça exige equidade na distribuição de bens e benefícios, e a proporcionalidade procura equilibrar os riscos e benefícios de tal modo que as ações tenham a maior possibilidade de resultar no menor mal e no maior benefício aos indivíduos diretamente envolvidos (Beauchamp & Childress, 2002; Durand, 2007; Grisard, 1999; Kipper & Clotet, 1998), sendo esse princípio introduzido na bioética quando as pessoas tomaram consciência de sua cidadania e começaram a lutar por seus direitos à saúde.

Existem várias teorias da justiça que dão suporte à concepção de um sistema justo de serviços de saúde. Dentre elas, pode ser citada a justiça como proporcionalidade natural, liberdade contratual, igualdade social, bem-estar coletivo e equidade. Esses atributos são importantes por várias razões: por vivermos em uma sociedade pluralista, por existirem diferentes modelos de atenção à saúde, pelo surgimento de vários problemas nessa área e pela necessidade que a pessoa humana tem de justificar suas ações.

Do ponto de vista filosófico, o conceito de justiça tem sido explicado com o uso de vários termos. Todos eles interpretam a justiça como um modo justo, apropriado e equitativo de tratar as pessoas em razão de alguma coisa que é merecida ou devida a elas. Esses critérios de merecimento, ou princípios materiais de justiça, devem estar baseados em algumas características capazes de tornar relevante e justo esse tratamento. Como exemplos desses princípios materiais de justiça, Beauchamp e Childress (2002) citam os seguintes: (1) para cada um, uma igual porção; (2) para cada um, de acordo com sua necessidade; (3) para cada um, de acordo com seu esforço; (4) para cada um, de acordo com sua contribuição; (5) para cada um, de acordo com seu mérito; e, finalmente, (6) para cada um, de acordo com as regras de livre mercado. Algumas teorias de justiça incluem mais de um desses princípios, ou mesmo todos, como válidos para decidir qual seria a distribuição mais justa de bens e recursos. Cada um desses argumentos pode ser visto como um dever *prima facie* e, dependendo das circunstâncias de cada caso particular, eles são mais ou menos aplicáveis como critério.

Com a crescente socialização dos cuidados com a saúde, as dificuldades de acesso e o alto custo desses serviços, as questões relativas à justiça social cada dia são mais prementes e necessitam ser consideradas quando se analisam os conflitos éticos que emergem da necessidade de uma distribuição justa de assistência à saúde das populações. A ética, em seu nível público, além de proteger a vida e a integridade das pessoas, objetiva evitar a discriminação, a marginalização e a segregação social.

Nesse contexto, o conceito de justiça deve fundamentar-se na premissa de que as pessoas têm direito a um mínimo decente de cuidados com sua saúde. Isso inclui garantias de igualdade de direitos, equidade na distribuição de bens, riscos e benefícios, respeito às diferenças individuais e a busca de alternativas para atendê-las, liberdade de expressão e igual consideração dos interesses envolvidos nas relações do sistema de saúde, dos profissionais e dos usuários. Na literatura neolatina, Pessini e Barchifontaine (2005) citam os seguintes princípios:

a) *Da defesa da vida física*: Refere-se ao respeito pela vida, à sua defesa e sua promoção, sendo o primeiro imperativo ético do homem para consigo e os outros. Cada pessoa, além de ser dona da sua vida, tem total liberdade para administrá-la. A coletividade tem a função de assegurar que cada pessoa possua os bens necessários para desenvolver suas potencialidades. Esse princípio une-se à qualidade de vida e é entendido como um conjunto de condições favoráveis ao crescimento e desenvolvimento do ser humano, ligando o direito à saúde, à sua defesa e promoção.

b) *Da liberdade e da responsabilidade*: Como as pessoas são autônomas e têm liberdade de assumir sua própria vida, devem também ter responsabilidade de seus atos por meio de consentimento.

c) *Da totalidade ou terapêutico*: Leva-se em consideração neste princípio não apenas a integridade física, mas seu valor pessoal integral, considerando-se a pessoa como física, espiritual e moral. Essa norma implica que, ao se executar um tratamento, deve-se avaliar o interior da totalidade da pessoa, exigindo proporcionalidade entre os riscos e danos existentes e os benefícios que se quer atingir.

d) *Da sociabilidade e subsidiariedade*: Implica que cada cidadão considere sua vida e a dos outros como um bem não só pessoal, mas como social, comprometendo a comunidade.

Pessini e Barchifontaine (2005) afirmam ser recente o critério da justiça na bioética. Mas, ao longo dos três últimos séculos, foi aparecendo como parte da consciência de cidadania das pessoas e luta por seus direitos à saúde.

3.2. A Morte no Contexto da Bioética e dos Direitos Humanos

Desde seu início, o homem tenta encontrar uma resposta para o mistério da morte. Para os que procuram entendê-la, ela é uma força altamente criativa, podendo daí originar os grandes valores da vida. Muitos filósofos tentam esclarecer seu significado nas vidas humanas, e à medida que esclarecem, compreendem o significado da vida. A morte sempre existiu e sempre existirá porque morrer é parte integral da vida e da existência humana.

A morte tem sido sempre para o homem um tema de profunda reflexão, desde a perspectiva filosófica e religiosa até a científica. A ideia da morte traz a consciência da vulnerabilidade, e nenhum avanço tecnológico permitirá que se escape dela. Antigamente a morte não era temida, era considerada natural e acompanhada de perto pelos familiares; ao

longo da vida, cada indivíduo sentia o fenômeno da morte com certa frequência e em relação a pessoas com diversas idades (Nunes & Melo, 2011). A morte, a partir do século XX, entretanto, passou a ser vista como interdita; ninguém quer mais cultuar seus mortos, e a maioria das pessoas termina seus dias em hospitais ou lares de terceira idade, longe da família e dos amigos (Menezes, 2009, p. 230).

Um ponto que provoca discussões importantes no ramo da bioética é o desenvolvimento da tecnologia médica, o prolongamento da vida, muitas vezes sem limite, e o dilema entre a sacralidade da vida e uma preocupação com a sua qualidade. Esse desenvolvimento pode caminhar para um impasse de manter uma vida na qual a morte já está presente, levando o ser humano a um sofrimento intenso e solitário. Diante desse fato, que favoreceu a manutenção e o prolongamento da vida, pergunta-se: até quando investir em tratamentos e quando interrompê-los? Vale lembrar que a pessoa goza de autonomia e tem o direito de decidir sobre tudo o que diga respeito à sua própria vida, desde que suas escolhas não interfiram na vida e liberdade de terceiros. Esses são os dilemas relativos à eutanásia, à distanásia, ao suicídio assistido e ao morrer com dignidade (Morais, 2010b; Nunes, 2009), como anteriormente foram tratados. Resta, nesse âmbito, entender o sentido que tem a morte.

3.2.1. O Sentido da Morte

Quando o homem está doente, fragilizado e sofrendo, é exatamente nesse momento que ele toma consciência da morte, fazendo então reflexões acerca da vida e dos sentidos atribuídos à existência humana. Ariès (1977) afirma que as atitudes e percepções sobre a morte ao longo dos séculos sofreram modificações e, conseqüentemente, mudaram a concepção de vida dos indivíduos. O ser humano sempre buscou desvendar os mistérios envolvendo o destino final da vida, e os saberes filosóficos e religiosos se encarregaram de elaborar essas explicações. Na modernidade, sabe-se que o desejo de conhecer a morte está relacionado com o fato de que o homem quer dominá-la, não mais a aceitando como parte do ciclo natural da vida, segundo Kovács (2008b). Também afirma esta autora que é pela tradição cultural que o homem adquire, no Ocidente, concepções sobre a morte e o morrer, ponto central da existência humana, sempre associado à tristeza e ao sofrimento.

Fazendo uma retrospectiva histórica da morte, observa-se que ela era percebida de várias maneiras: na Idade Média ela foi marcada pela forte influência da religião, a população era educada no sentido de aceitar a morte como um destino inexorável dos deuses. Dentro

desse contexto, cada qual esperava passivamente a sua passagem deste para o outro mundo. Além disso, esse período caracterizava-se também pelo sentimento de respeito ao morto, inclusive com as cerimônias religiosas, a observância do tempo de luto, as visitas ao cemitério etc. Como as pessoas morriam em casa, as crianças podiam passar e brincar junto ao féretro, que geralmente ocupava o lugar mais destacado da casa. Os cristãos viam a morte como uma passagem para a vida eterna, o que dava um sentimento de conforto. Nesse sentido, a morte era percebida como uma separação temporária entre os familiares, pois prevalecia uma continuidade entre vivos e mortos, de acordo com Ariès (1977). Comenta este autor que na Idade Moderna, depois da Revolução Industrial e com o desenvolvimento do consumismo, a morte começa a ser interdita, ou seja, proibida. Passa então a ser exaltada e dramatizada, surgindo as cenas de choro e cerimônias de luto. Como não se tem mais tempo de cuidar de velhos e doentes, estes são deixados sob a incumbência dos hospitais, que estão preparados para salvar vidas, e não cultuar a morte. Em certo sentido, a morte é um fracasso da medicina. Depois da morte, o defunto é encaminhado ao necrotério, onde se faz o velório. Tudo isso longe das crianças. Para elas diz-se que a pessoa teve um sono duradouro e está descansando nos jardins do Éden.

Nos dias atuais, a morte tornou-se um tabu. Assim, em seu artigo “*Death and personal faith: A psychometric in investigation*”, Spilka *et al.* (1997) sugerem que os estudos sobre as visões da morte levem em conta suas diversas dimensões e indicam oito aspectos para compreender as concepções a respeito: (a) *Dor e solidão*: representa a morte como um momento de agonia, isolamento, angústia e solidão; (b) *Vida do além*: aponta uma imagem da morte como uma nova vida, cheia de satisfação, recompensa e união com Deus; (c) *Indiferença*: indica a morte como um fenômeno indiferente ao ser humano; (d) *Desconhecida*: apresenta a perspectiva da morte como mistério, incerteza e desconhecimento; (e) *Abandono*: imagina a morte como um abandono de entes queridos e como um momento para se sentir culpado; (f) *Coragem*: concebe a morte como uma oportunidade para demonstrar virtudes, no caso, enfrentar o último teste da vida; (g) *Fracasso*: indica a morte como algo que impede a realização do potencial pessoal, como, por exemplo, a realização de objetivos e sentido da vida; e (h) *Fim natural*: sugere a morte como algo que faz parte do ciclo natural da vida.

Morin (1997) afirma que as ciências dos homens negligenciam a morte; contentam-se em reconhecer o homem pela ferramenta (*homo faber*), pelo cérebro (*homo sapiens*) e pela linguagem (*homo loquax*). No entanto, é na espécie humana que a morte está presente ao longo da vida, a única a crer na sobrevivência ou no renascimento dos mortos. A

morte introduz entre o homem e o animal uma ruptura mais espantosa ainda do que a ferramenta, o cérebro e a linguagem; a recusa da morte caracteriza o homem, que assim cria os mitos da ressurreição e da imortalidade. Tais mitos o acalmam desse trauma, seu traço característico. Portanto, a finitude desperta o senso de responsabilidade, e isso dá à vida um sentido, pois é a morte que torna a existência humana única e irreversível.

Atualmente, o homem nega sua própria finitude por meio de uma vida agitada, com alta produtividade, tanto no âmbito pessoal e social como no econômico. Portanto, quando toma consciência da morte, surgem o medo e a angústia. Suas atividades diárias eliminam o pensamento da morte, pois a vida cotidiana é pouco marcada pela morte: é uma vida de trabalho, atividades e hábitos. A morte só vem quando o ego a olha. A ideia da morte na vida cotidiana é sempre reprimida ou metamorfoseada. Segundo Marx, a religião representa o “suspiro da criatura angustiada”, e para Freud compreende a “neurose obsessiva da humanidade”, sendo importante na negação da morte. Ela difunde o otimismo que, por meio do mito da imortalidade, permite ao indivíduo ultrapassar sua angústia existencial. Também dá ao homem uma visão cosmomórfica da morte, que garantirá a imortalidade à sua individualidade. Com a religião, o homem constitui para si essa visão da morte que, ao mesmo tempo, garantirá a imortalidade e sua individualidade (Morin, 1997).

No estudo realizado por Nogueira e Pereira (2006), que investigou a influência da religiosidade nas perspectivas de morte, concluiu-se que, quanto maior for o nível de religiosidade, maior será a crença na vida após a morte e menor a perspectiva da morte como fracasso e maior como coragem; que os católicos e os agnósticos possuem mais dúvidas a respeito da morte; e que há uma associação entre morte e ansiedade, devido à ênfase que a sociedade dá ao individualismo, ao progresso e à esperança.

Kovács (2008a) afirma que a morte está associada ao medo de morrer, de sofrer, e da impotência; do receio do que vem após a morte, do julgamento divino e da perda das relações com os outros; medo do desconhecido. Em seu artigo “*A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem*”, Oliveira, Brêtas e Yamaguti (2007) demonstram que um dos ramos da representação da morte é o medo dela, que se decompõe em vários tipos, como o medo de sofrer, da hospitalização e o medo de ficar sozinho.

Nas sociedades pós-industriais, o ser humano busca a felicidade por meio de três fatores: o poder, o ser e o prazer. Dessa forma, a morte pode então ser concebida como um fracasso para tais metas, já afirmavam Lima e Seibt (2002). Nunes e Melo (2011) indicam

que, “ao se refletir sobre o fato inevitável que é a morte subsiste a dúvida se saber o que é a vida, em especial a vida humana. [...] porque a morte equivale à ausência de vida e para alcançar uma definição de vida defenderei a tese de que a morte ocorre quando o organismo como um todo deixa de existir. A questão pertinente a colocar não deve ser quando começa ou acaba a vida humana, mas sim em que circunstância é que está é eticamente relevante” (Nunes & Melo, 2011, p. 45-46).

O terror, a dor e a obsessão da morte pelo homem têm um só motivo: a perda da individualidade, o aniquilamento do ser, pois ela destrói sua consciência. Daí o homem forjar o mito da imortalidade, que nada mais é do que a afirmação da existência além da morte.

Vida e morte, duas realidades de uma mesma existência, porém vivências de conotações bem diversas e, por vezes, antagônicas. Com o nascimento, a maior certeza é a finitude, que naturalmente não se prolonga para muito além de um século, mas é fantasiada como a eternidade. Práticas tidas em conta com esse fim, não obstante, revelam a brutalidade com o ser, que é tratado como coisa, em nome da vida, alargando seu processo sofrido de morrer. A dignidade humana, nesse cenário, revela-se sem sentido, privando o ser de sua autonomia, liberdade de escolha e decisão da melhor forma de morrer, agora um ente de escolha presumivelmente própria e legítima. Contudo, passa a ser tolhido no tratamento de igualdade que deveria merecer e amarga a condição de ser equiparado a objeto, sem desejo, sem sentido, sem vontade alguma. Nesse sentido, priva-se, há que insistir, o homem de sua essência: ser humano. Cabe, portanto, uma reflexão sobre o que seriam e como assegurar os direitos humanos.

3.2.2. Direitos Humanos

Os direitos humanos constituem um conceito constitucional e internacional, com a função de defender cada pessoa, de forma institucionalizada, dos excessos possíveis exercidos por seus pares ou órgãos do Estado, assim como promover o estabelecimento de condições de vida e o desenvolvimento da pessoa humana. São entendidos como valores indivisíveis e universais fundamentais do homem, quer por sua natureza humana ou pela dignidade que lhe é inerente. Nessa linha, Samaniego (2000) os define como aqueles direitos inerentes à pessoa humana que visam resguardar sua integridade física e psicológica perante seus semelhantes e o Estado em geral. Nesse sentido, ao limitarem os poderes de autoridades, asseguram o bem-

estar social por meio de princípios como a igualdade e a fraternidade, primando pela proibição de qualquer tipo de discriminação.

Procura-se nesta oportunidade resgatar o contexto e o cenário histórico do surgimento ou, dito melhor, reconhecimento dos direitos humanos, por essência naturais, coincidindo com a própria definição da humanidade. Além disso, destacam-se elementos essenciais para sua configuração, como o princípio de dignidade humana, mas também aqueles de liberdade e igualdade. Nesse sentido, a presente seção compreende um espaço para entender o sentido da morte digna no marco dos direitos humanos, resgatando fundamentos bioéticos que podem propiciar melhor qualidade do morrer.

3.2.2.1. Configuração e Reconhecimento dos Direitos Humanos

Os direitos humanos são inerentes a todos os seres humanos, sem distinção de cor, raça, sexo, religião, ideologia política, condições sociais, idade ou qualquer outro atributo, e têm o objetivo de proteger o indivíduo e os grupos sociais de ações que interfiram em sua liberdade e dignidade (United Nations, 2004). Em seu artigo “Bioética e direito”, Rospigliosi (2002) diz que os direitos das pessoas não nascem todos juntos, no mesmo momento; eles têm lugar quando podem e devem nascer, quando o aumento do poder do homem sobre o homem gera ameaças à liberdade de cada indivíduo.

A tendência dos ordenamentos vigentes é o reconhecimento de que o ser humano é o centro e o fim do Direito. Esse preceito legal, em grande parte, advém da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, aprovada em dezembro de 1948 na Assembleia Geral das Nações Unidas, que ampliou a noção de direitos intrínsecos a todos os seres humanos, sem olvidar o respeito a seus direitos naturais, inalienáveis e sagrados. Essa busca de estabelecer marcos legais a partir dos direitos humanos foi reforçada após a violação do respeito à vida e integridade das pessoas, provocada pela barbárie nazi-fascista, bem como em decorrência de regimes totalitários que se estenderam por longo tempo (Silva, 2010).

De acordo com Martins (2008), a tentativa de reconhecer os direitos humanos se perde nas memórias da história. Por exemplo, na tragédia de Sófocles *Antígona*, esta é admoestada por seu rei Créos por, contra a vontade deste, ter enterrado seu irmão, atuando de acordo com as leis não escritas e imutáveis do Céu. Com essa ideia da obra de Sófocles, parece existir a alusão à existência de direitos não estabelecidos pelo Homem, mas antes imposto pela própria

natureza e inerente a sua condição de ser humano. Portanto, entende-se que os direitos humanos seriam, por excelência, naturais. A Lei de Talião (*olho por olho, dente por dente*) é vista como algo que precede o princípio da proporcionalidade da vingança, ou seja, uma relação estreita entre a agressão e a resposta, sugerindo igualmente um elemento natural.

Os Dez Mandamentos, escritos no Livro do Êxodo da Bíblia Sagrada (1985), em seu Capítulo XX, é ainda um dos maiores precursores dos direitos humanos. Diante de um conjunto de proibições, estão também definidos os valores fundamentais relativos ao Homem, como *não matarás* (inviolabilidade da vida) e *não roubarás* (propriedade privada). Nessa direção, Paiano e Furlan (2009) afirmam que o cristianismo, como regra eclesiástica, teve papel importante na evolução da designação e aquisição de direitos humanos, pois define a ideia de que todas as pessoas são criadas à imagem de Deus. Porém, a partir de 1215, na Idade Média, diante do perigo de ruptura da monarquia, os reis conferiam aos seus súditos alguns direitos e prerrogativas, sendo que, em troca, estes lhes confirmavam a supremacia monárquica e obediência.

Dallari (2011) afirma que existem divergências acerca de onde surgiram as primeiras normas que podem ser identificadas como de direitos humanos e, revisando autores da Grécia antiga e documentos qualificados como monumentos legislativos da humanidade, observou afirmações e dispositivos que correntemente se podem definir como normas de direitos humanos.

O autor anteriormente citado indica que a partir do século V da Era Cristã, com as transformações sofridas pela humanidade devido a movimentos migratórios e aquisição de novos conhecimentos, ocorreram diversas mudanças na história humana. Nesse contexto, os direitos fundamentais das pessoas e da coletividade foram sendo anulados pela vontade e pelos interesses dos dominadores, a tal ponto de nem mesmo a dignidade inerente à sua condição humana ser respeitada. Surgiu, então, a diferença entre nobres e plebeus, ricos e pequenos proprietários, pessoas pobres e miseráveis; os que não tinham nada a oferecer passaram a viver em situação de sujeição, sendo forçados a contribuir para a prosperidade daqueles mais abonados. O excesso de agressões à vida, à integridade física e moral e à dignidade da pessoa humana, em decorrência do egoísmo, despertou reações no plano das ideias e no âmbito de ações materiais, surgindo assim teorias e movimentos revolucionários que contribuíram para a conscientização de que os seres humanos têm dignidade e direitos.

No final da Idade Média, no século XIII, aparece a figura de Santo Tomás de Aquino, que fixou os conceitos (com base na vontade de Deus) universais da dignidade da pessoa humana, condenando a violência e a discriminação, dizendo que o ser humano tem direitos naturais que devem ser respeitados. Nos séculos seguintes, sobretudo a partir do XVII, com alguns dos grandes filósofos da Era Moderna, tornou-se evidente a existência de direitos fundamentais da pessoa humana, sobretudo os correspondentes à liberdade e igualdade. Essa situação não tardou em culminar, em 1789, na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, que, no artigo primeiro, diz que "todos os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos".

Terminada a Segunda Guerra na metade do século XX, iniciou-se um movimento visando à criação de um novo modelo de sociedade, formada por valores éticos, tendo como principal objetivo a promoção da pessoa humana. Esse movimento, cujo objetivo era trabalhar pela paz, deu origem à Organização das Nações Unidas (ONU). Demonstrando estarem conscientes de que esses objetivos só poderiam ser atingidos com a eliminação de injustiças e promoção dos direitos fundamentais da pessoa humana, em 1948 os integrantes da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas aprovaram um documento chamado a marcar o destino da humanidade: a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que arrola os direitos básicos e as liberdades fundamentais que pertencem a todos os seres humanos.

Essa Declaração é composta por um Preâmbulo, que reconhece a dignidade da pessoa humana, o ideal democrático, o direito de resistência à opressão e a concepção comum desses direitos. Posteriormente, seguem-se 30 artigos que abarcam cinco categorias de direitos: civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Seus artigos 1º e 2º contêm os princípios gerais de liberdade, igualdade, fraternidade e não discriminação; os artigos 3º a 11 encerram os direitos de ordem individual, compreendendo a vida, a liberdade, a segurança e a dignidade da pessoa humana, a igual proteção da lei, as garantias contra a escravidão e a tortura, a prisão e as penas arbitrárias, contra as discriminações, o direito de acesso aos tribunais, a presunção de inocência até final de julgamento e a irretroatividade da lei penal; os artigos 12 a 17 contêm os direitos do indivíduo em relação ao seu grupo e aos bens; os artigos 18 a 21 cuidam das faculdades espirituais, liberdades públicas e direitos políticos; os artigos 22 a 28 cuidam dos direitos econômicos, sociais e culturais; o artigo 29 trata dos deveres do indivíduo com a comunidade; e, finalmente, o artigo 30 diz que a interpretação de qualquer dispositivo contido na Declaração somente pode ser feita em benefício dos direitos e das liberdades nela proclamados.

Nobre Junior (2000), em seu trabalho *O direito brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana*, faz referência à forma de nomear a dignidade da pessoa humana no ordenamento de outros países, que a tem concretizada em forma de princípios legais, apontando os temas que podem ser classificados como pertinentes aos campos da genética e bioética. A propósito, cita a Constituição da República Italiana (1947), que pareceu propender a esse respeito quando, no pórtico do seu Art. 3º, inserido no espaço reservado aos Princípios Fundamentais, afirma que *"todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei"*. Faz referência também à iniciativa pioneira da Lei Fundamental de Bonn, de maio de 1949, responsável por solenizar, no seu Art. 1.1, incisiva declaração: *"A dignidade do homem é intangível. Os poderes públicos estão obrigados a respeitá-la e protegê-la"*. Ainda nessa linha, a Constituição da República Portuguesa, promulgada em 1976, acentua, logo no seu Art. 1º, inerente aos princípios fundamentais, que: *"Portugal é uma República soberana, baseada, entre outros valores na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária"*. Da mesma forma, a Constituição da Espanha, advinda após a derrota do franquismo, expressa: *"A dignidade da pessoa, os direitos invioláveis que lhe são inerentes, o livre desenvolvimento da personalidade, o respeito pela lei e pelos direitos dos outros são fundamentos da ordem política e da paz social"*. Na França, malgrado a sua tradição na proteção dos direitos individuais, não se encontra o princípio explicitado no sucinto texto da Constituição de 1958.

Nobre Junior (2000) afirma ainda que, com a derrota do comunismo no leste europeu, as recentes constituições de países que outrora tinham forma de governo totalitária passaram a cultuar, entre suas diretrizes, a dignidade do ser humano. Assim, verificou-se sua menção nos textos seguintes: Constituição da República da Croácia, de 22 de dezembro de 1990 (Art. 25); Preâmbulo da Constituição da Bulgária, de 12 de julho de 1991; Constituição da Romênia, de 8 de dezembro de 1991 (Art. 1º); Lei Constitucional da República da Letônia, de 10 de dezembro de 1991 (Art. 1º); Constituição da República Eslovena, de 23 de dezembro de 1991 (Art. 21); Constituição da República da Estônia, de 28 de junho de 1992 (Art. 10º); Constituição da República da Lituânia, de 25 de outubro de 1992 (Art. 21); Constituição da República Eslovaca, de 1º de setembro de 1992 (Art. 12); Preâmbulo da Constituição da República Tcheca, de 16 de dezembro de 1992; Constituição da Federação da Rússia, de 12 de dezembro de 1993 (Art. 21).

Sabe-se que a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, é a lei fundamental de organização do Estado brasileiro. Nela estão inseridos todos os princípios

fundamentais e nenhuma norma jurídica pode contrapô-la. No seu Capítulo I – *Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos*, estão assegurados os direitos fundamentais indispensáveis para o ser humano, destinados a assegurar uma existência digna e livre, abarcando os direitos individuais, coletivos, difusos, sociais, nacionais e políticos. Os primeiros, sobretudo, interessam neste contexto.

Os *direitos individuais* expressos na Constituição representam limitações aos poderes constituídos, a fim de que direitos indispensáveis à pessoa humana sejam resguardados. O *caput* do artigo 5º indica cinco direitos individuais básicos: vida, liberdade, igualdade, segurança e propriedade. No parágrafo primeiro desse artigo, observa-se que tais direitos têm aplicabilidade imediata, ou seja, não dependem de edição de qualquer outra lei para que sejam exercidos. Portanto, o direito à vida é um bem tutelado pela Constituição, que não estabelece o momento inicial e final da proteção jurídica, os quais são tutelados pela legislação infraconstitucional. O conceito de vida envolve o direito à existência, o direito à integridade físico-corporal, o direito à integridade moral e o direito à dignidade da pessoa humana, que são a seguir detalhados:

a) O *direito à existência* consiste exatamente no direito de estar vivo, lutar, defender sua própria vida, de permanecer vivo e não ter interrompido o processo vital senão pela morte espontânea e inevitável. O Anteprojeto da Comissão Provisória de Estudos Constitucionais (1986), designado de Comissão Afonso Arinos, em seu artigo 16 do Capítulo I, previa que: “Todos têm direito à vida, à existência digna, à integridade física e mental, à preservação de sua honra, reputação e imagem pública”. Teixeira (2009) entende que esse conceito envolvia vários aspectos de natureza material e moral, fundamentando o desligamento de equipamentos médico-hospitalares, nos casos em que o paciente vivesse de maneira artificial, e a prática da eutanásia. Trazia riscos, já que permitiria a eliminação de indivíduo portador de deficiência que pudesse levar à conclusão de que o mesmo não teria uma existência digna.

b) O *direito à integridade físico-corporal* compreende o direito fundamental do homem, na medida em que agredir o corpo significa agredir a vida em si.

c) O *direito à integridade moral* se refere à honra da pessoa, ao bom nome, à boa fama e à reputação digna, também tutelado pelo Direito Penal (e.g., honra, calúnia, difamação e injúria).

d) O *direito à dignidade da pessoa humana* é um princípio constitucional que adquiriu contornos universalistas desde que a Declaração Universal de Direitos do Homem o

concebeu, em 1948. Esta, em seu artigo 1º, proclamou que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.

No Brasil, assim como em outros países democráticos, o princípio de dignidade humana não está restrito somente à tutela da vida humana, mas é extensivo ao ambiente e ao equilíbrio ecológico da natureza. Nesse contexto, o respeito à dignidade humana se manifesta na preservação da vida humana com *qualidade de vida*, o que se compreende atualmente que apenas se torna possível quando se preserva e conserva o meio ambiente.

Neste ponto cabe registrar que parece haver um aspecto paradoxal da história dos direitos humanos, pois, apesar de serem direitos de todos os seres humanos, não é isso o que se observa. Existem pessoas que colocam seus interesses pessoais, como busca de poder, prestígio e riqueza acima dos valores humanos mais plurais, sem perceber que, agindo assim, eliminam qualquer barreira ética e semeiam a violência, criando insegurança para si e seu patrimônio. Provavelmente, essa lógica é inerente ao motivo de agressões sofridas por índios da América Latina com a chegada dos europeus, e pode explicar o surgimento da violência contra a pessoa humana baseada nos princípios do capitalismo irrestrito, empenhado no acúmulo e na promoção do capital. Porém, contribui para a propagação dessas práticas a existência de pessoas ingênuas, mal informadas ou temerosas, que não apenas não conseguem entender o jogo do domínio, feito especialmente a partir dos meios de comunicação de massa, como o endossam e promovem práticas paternalistas, desejando que se tomem decisões por elas.

A defesa dos direitos humanos é apresentada como risco para a sociedade, uma subversão de direitos, principalmente daqueles patrimoniais, amedrontando as pessoas com a afirmação de que a defesa dos mais pobres significa uma caminhada para a pobreza generalizada, pois não há bens suficientes para serem distribuídos. Outros, também ingênuos, desinformados ou excessivamente temerosos, aceitam o argumento de que protestar contra a tortura, exigir que a pessoa suspeita, acusada ou condenada tenha respeitada a sua dignidade é fazer a defesa do crime. Tais pessoas pensam ser contrárias aos direitos humanos, precisamente por não perceberem que estes são seus direitos fundamentais.

São também contra os direitos humanos os que, em nome do desenvolvimento científico e de um futuro e incerto benefício da humanidade, ou alegando piedade em defesa da dignidade humana, pregam ou aceitam com facilidade a inexistência de limites éticos para as experiências científicas ou o uso de conhecimentos médicos para apressar a morte de uma

pessoa. Nesse sentido, defendem a eutanásia e o suicídio assistido, que são formas de homicídio, atitudes que levam à antecipação da extinção da vida, que nenhuma norma de direitos humanos autoriza. Há hipóteses em que só resta uma aparência de vida e, nesse caso, tomadas todas as cautelas para a eliminação de dúvidas quanto ao verdadeiro estado do paciente e obtida a autorização por meio de consentimento livre e esclarecido de quem pode decidir pela pessoa, que, na realidade, já deixou de viver, aí sim é possível deixar de prolongar a vida aparente e optar pela ortotanásia, em nome da dignidade humana. Essa alternativa, contrariamente, é compatível com os direitos humanos (Dallari, 2011).

É importante observar que muitas pessoas, por meio de experiência, reflexão e sofrimento, que se julgavam contrárias aos direitos humanos, adquiriram consciência de sua contradição e mudaram de atitude. A esse respeito, Martins (2008) afirma ser necessário e oportuno ressaltar que, cabe a cada um, a cada cidadão, ser guardião de seus direitos e liberdades, o seu defensor, primeiro recorrendo ao sistema de autoridade sempre que se sinta lesado ou violado em seus direitos. Portanto, como ser autônomo e presumivelmente com poder de decisão, cabe exclusivamente a ele conhecer, assumir e reivindicar tais direitos fundamentais como seus. Nesse cenário, parece fundamental discernir três desses princípios universais, como a seguir tratados.

3.2.2.2. *Os Princípios Universais dos Direitos Humanos*

O filósofo José Bernardo Toro costuma indagar as pessoas com a seguinte pergunta: qual a principal invenção do século XX? Expressando de outro modo, qual terá sido o grande feito da humanidade, pelo qual ela será lembrada nos manuais de História da Civilização? As respostas, em regra, são agrupadas em três grupos: (1) os avanços no campo da medicina, sobretudo pesquisas com células-tronco, decodificação do genoma humano e clonagem; (2) as revoluções nos meios de transporte: avião, viagens espaciais; e, por fim, (3) a revolução no campo das comunicações, contando com rádio, televisão, satélites, fibras óticas e, claro, a Internet. Mas, para a surpresa de muitos, Toro responde que a grande invenção do século XX não foi qualquer um desses inventos maravilhosos, e sim a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, de 1948. Argumenta esse autor que é por ela que o século XX será lembrado, a despeito de todos os avanços e absurdos observados nesse período (Toro & Werneck, 1996).

A *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, na visão do autor supracitado, é o projeto de humanidade que a geração presente concebeu e uma de suas contribuições mais

originais. No passado já se tinham experimentado iniciativas de definição dos direitos humanos, como nos Estados Unidos (Constituição de 1787) e na França (Declaração dos Direitos do Cidadão de 1789), porém essas eram propostas isoladas e circunstanciais. Nunca na História um número tão grande de países foi capaz de chegar a um consenso quanto à importância e ao conteúdo do tema, como expresso nessa Declaração. Ela significa que pessoas das mais diversas etnias, tradições culturais, nacionalidades e credos entenderam, diante de experiências com a Segunda Guerra Mundial, com todos os seus horrores, a importância de ações conjuntas e decidiram produzir o referido documento, composto de um conjunto de princípios de alcance universal, estabelecendo os fundamentos para a construção de uma vida digna para todos os seres humanos. Tais princípios têm como objetivo ajudar a perceber a diferença entre o certo e o errado; eles foram pensados para mostrar a cada pessoa a melhor maneira de agir para conviver bem com as demais pessoas e culturas.

Em seu primeiro artigo, essa declaração diz que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” e são “dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”. Tais frases se tornam mais fortes e importantes no mundo atual, globalizado e plural, onde reconhecer a igualdade entre as pessoas, independentemente de qualquer atributo, é a base para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e igualitária.

Por fim, Toro e Werneck (1996), em sua extraordinária capacidade de ilustrar a magnitude desse evento, afirmam que a Declaração Universal dos Direitos Humanos se fundamenta em um conjunto de valores e crenças elementares em relação aos quais, se inquiridos por visitantes de outra galáxia, buscando desvendar o estágio de desenvolvimento em que se encontra a civilização vigente, judeus, mulçumanos, budistas, cristãos e ateus não experimentariam qualquer tipo de dificuldade ou de constrangimento para chegar a um consenso e responder com toda clareza a esses visitantes quais são as crenças e os valores fundamentais da humanidade. Nessa direção, Martins (2008) afirma que, quando se trata de direitos humanos, é preciso ter sempre em mente que em sua base estão princípios gerais consensuais, por isso universais; três deles merecem destaque: dignidade, liberdade e igualdade.

3.2.2.2.1. A Dignidade Humana

Dignidade deriva do latim *dignitas* (virtude, honra, consideração) e, como regra, entende-se por qualidade moral que, possuída por uma pessoa, serve de base ao seu próprio respeito. É um conceito de difícil definição, carregado de indeterminação, assim como se apresenta como polissêmico e de uso indiscriminado, sendo provavelmente mais controvertido nos dias de hoje do que no passado, mesmo tendo ao longo da história despertado tormentos em filósofos e sociólogos de todos os matizes, das mais diversas perspectivas ideológicas e metodológicas, e também de ter recebido atenção privilegiada de juristas, o que pode resultar em não ser um conceito preciso.

Essa dificuldade faz com que a abordagem da dignidade da pessoa humana se faça pela negativa, isto é, pela rejeição da banalidade do mau e da ausência de respeito pelo próprio homem. Essa rejeição decorreu da percepção infligida ao homem pelo homem ao longo de séculos, desde a escravatura a perseguições, aceitas por muitos, sociedades e governantes (Martins, 2008).

O princípio da dignidade da pessoa humana se entende a exigência enunciada por Kant (1724-1804), consoante a fórmula do imperativo categórico, que indicava: age de tal forma que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre também como um fim e nunca unicamente como um meio. Isso significava, no entender de Kant, que as coisas materiais têm preço, são substituíveis, relativas; contrariamente, o homem tem dignidade, por isso não tem preço, é um valor absoluto e insubstituível. Esse imperativo estabelece, de fato, que todo homem, aliás, todo ser racional, como fim em si mesmo, possui um valor não relativo, mas intrínseco, compreendendo sua *dignidade*. Substancialmente, a dignidade desse ser consiste no fato de que ele não obedece a qualquer lei que não seja também instituída por ele mesmo. A moralidade, como condição dessa autonomia legislativa, é, portanto, a condição da dignidade do homem; e moralidade e humanidade são coisas que não têm preço. Portanto, a filosofia kantiana mostra que o homem, ser racional, existe como fim em si, e não como meio.

A diferença entre o ser humano e os animais não está baseada na afetividade, mas na capacidade de pensar, representar e projetar no exterior os conteúdos de sua consciência e usar essa capacidade na criação da sua própria cultura. A consciência de si mesmo como pessoa e dos outros, igualmente como pessoas, é consequência dessa capacidade

simbolizadora do ser humano, desempenhando papel fundamental para a constituição de uma reflexão ética e bioética (CNECV, 1999).

A dignidade humana, pode-se entender, é o reconhecimento de um valor supremo, baseado na finalidade de cada um e de todos os seres humanos. Assim, o reconhecimento dessa dignidade está baseado na natureza da espécie humana, que inclui manifestações de racionalidade, liberdade e finalidade em si. Essa autorrealização pessoal, objeto e razão da dignidade, só é possível por meio da solidariedade ontológica com todos os membros da espécie. Tudo o que as pessoas são é decorrência de seus ancestrais, que transmitiram uma língua, uma cultura, uma tradição e princípios, portanto, uma relação inter-indivíduos, pois, uma vez que todos são constituídos por essa solidariedade ontológica da raça humana, estando inevitavelmente mergulhados nela, cada um se realiza por meio de sua relação com e ajuda do outro (CNECV, 1999).

Junges (1999) sugere que a pessoa tem dignidade porque é capaz de autorrealização; assim, ela é chamada a realizar com sua inteligência e liberdade a sua própria moralidade. A dignidade especial do ser humano não é viver como um exemplar da sua espécie, mas a cada ser humano é dada uma tarefa específica e proporcionada: ser, do ponto de vista moral e pela força da sua liberdade, um ser humano bom; o significado da vida humana, desse modo, não é estar bem, mas ser bom. Congruente com a perspectiva kantiana, a dignidade humana se fundamenta no fato de a pessoa ser essencialmente moral. Nesse contexto, deve-se igualmente entender que essa dignidade é absolutamente integral; não se atribui a um ser humano mais dignidade que a outro, pois ela serve para incluir todo ser humano, e não para excluir alguns. Não pode, assim, esse atributo ou princípio ser usado como critério de exclusão, pois seu significado é justamente de inclusão, tornar-se humano pleno.

Em síntese, Nunes (2004, p. 12) sugere que “a dignidade humana é considerada como o fundamento da ética, numa sociedade plural e secular, conceito do qual decorrem os valores estruturantes da nossa cultura, designadamente a autonomia individual, a solidariedade interpessoal e a igualdade de oportunidades no acesso aos bens sociais”. Desse modo, ela “tem duas vertentes fundamentais complementares com implicações no modelo de sociedade plural, que são: a gênese de todos os direitos e a sede de responsabilidade”. Frente ao exposto, o conceito de dignidade humana nunca poderá passar pela uniformidade, mas antes pelo pluralismo, uma vez que cada ser humano é único, com objetivos pessoais e conceitos diferentes, implicando a necessidade de ter em conta a multiplicidade de individualidades,

manifestas por desejos, necessidades e vontades particulares, que precisam ecoar, ser ouvidas e ponderadas, favorecendo a que se respeite a dignidade de cada ser, que conforma a totalidade da humanidade. Isso implica, certamente, conceder autonomia ao homem, permitindo sua liberdade plena de escolha.

3.2.2.2.2. *Liberdade*

A liberdade é um valor inerente à pessoa humana, sendo considerada como direito de primeira geração. Sua reivindicação teve lugar, sobretudo, nos séculos XVII e XVIII, períodos de questionamentos e quedas de monarquias. Desde então, configura-se como um dos direitos básicos do homem. De uma forma geral, a palavra "liberdade" significa a condição de um indivíduo não ser submetido ao domínio de outro e, por isso, ter pleno poder sobre si mesmo e seus atos. A capacidade de raciocinar e de valorizar de forma inteligente o mundo que o rodeia é o que confere ao homem o sentido da liberdade, entendida como plena expressão da vontade humana.

Consagrada na *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, a liberdade passou a ser vista como um valor, que engloba os direitos e a própria liberdade que a Organização das Nações Unidas (ONU) considera que devam ser os objetivos de todas as nações. Está presente em todas as constituições dos países civilizados. Tem origem do latim (*liberate*), significando independência, capacidade que o indivíduo tem de decidir e agir conforme sua determinação. Nesse sentido, a liberdade está associada ao conceito de responsabilidade por seus atos.

O consenso universal reconhece a responsabilidade do indivíduo sobre suas ações em circunstâncias normais, e em razão disso o premia por seus méritos e o castiga por seus erros. Considerar que alguém não é responsável por seus atos implica diminuí-lo em suas faculdades humanas, uma vez que só aquele que desfruta plenamente de sua liberdade tem reconhecida sua dignidade. Ser livre é, em decorrência, ser responsável e gozar de direitos, desde que suas ações não interfiram na liberdade de outros. Do ponto de vista legal, o indivíduo é livre quando a sociedade não lhe impõe qualquer limite injusto, desnecessário ou absurdo; uma sociedade livre dá condições para que seus membros desfrutem, igualmente, da mesma liberdade.

A liberdade se manifesta à consciência como uma certeza primária que perpassa toda a existência, especialmente em momentos em que se devem tomar decisões importantes e nos quais o indivíduo sente que pode comprometer sua vida. Comumente, o homem tende a

exercer a liberdade em todas as ações externas. Quando elas são cerceadas, frustram-se seu crescimento e desenvolvimento, comprometendo seus direitos e desprezando sua dignidade. Entretanto, apesar de toda a violência externa (e em certo grau também das pressões internas), as pessoas são muitas vezes capazes de manter a liberdade de arbítrio sobre seus atos internos (e.g., pensamentos, desejos, amor, ódio, consentimento moral ou recusa), preservando sua integridade e dignidade, como acontece com pessoas submetidas a situações extremas de privação de liberdade.

Finalmente, citando Fernando Savater, Martins (2008 p. 85) indica que “ser livre é ser capaz de estabelecer prioridades e de impor hierarquia entre aquilo que nos apetece, e aquilo que é bom para nós; não esquecendo nunca que os outros fazem parte da nossa definição como pessoa”. Entende-se, pois, que liberdade é um ato próprio, individual, mas não sem a anuência de outros. Nesse plano, a liberdade encontra terreno fértil em contexto democrático, assegurando-se também a igualdade dos pares, favorecendo que se reconheça no outro o próprio indivíduo da mirada.

3.2.2.2.3. Igualdade

De acordo com Ferreira (1986), igualdade significa a qualidade do que é igual, e igual se traduz no que tem a mesma grandeza ou o mesmo valor, que tem a mesma condição, a mesma natureza, pessoa da mesma condição. A propósito, é importante lembrar que a igualdade, no campo do reconhecimento da individualidade de cada ser humano, está ligada à afirmação do princípio da não discriminação, ou seja, a prerrogativa de reconhecer que todos são iguais perante a lei, e, portanto, não pode haver discriminações ou privilégios que excluam pessoas ou grupos do exercício de determinado direito por terem realizado certas escolhas de modo de vida, como, por exemplo, sua opção religiosa ou sexual. Entretanto, a simples declaração do direito à igualdade pode significar pouco, tanto no âmbito do reconhecimento como naquele da redistribuição, se os mecanismos pelos quais o mesmo será exercido não estiverem definidos claramente.

Nunes (2004) indica que, quando alguém fala em igualdade, não está só falando no sentido vago de que “todos são iguais”, mas sim se referindo ao princípio matricial de que todas as pessoas são iguais em dignidade e direitos, independentemente de suas diferenças e escolhas. Entretanto, lembra esse autor, ainda está em causa a igualdade de oportunidades no acesso a bens, que promovem a autorrealização individual como a educação, a saúde e o

trabalho. Seja como for, têm sido dados passos importantes para sua promoção, pois o próprio reconhecimento da igualdade de direitos (também de deveres) tem o potencial de alavancar ações correlatas, fazendo perceber injustiças que comprometem a dignidade humana.

Em síntese, Nunes (2004) indica que a dignidade humana é considerada como o fundamento da ética na sociedade atual, plural e secular, mas precisa ser também da bioética, em tempos em que se observam avanços acentuados na ciência e tecnologia, com implicações evidentes para a área da saúde. Em linha com essa área, da dignidade humana decorrem princípios estruturantes da cultura contemporânea, a exemplo da autonomia individual, a solidariedade entre pares e a igualdade de oportunidade para todos. Como visto em capítulo precedente, são esses princípios que se acomodam àqueles bioéticos, visando promover melhor qualidade de vida e, no âmbito da presente tese, melhores condições de morrer e da morte. Provavelmente, são esses aspectos inerentes aos valores humanos que as pessoas endossam como princípios que guiam suas vidas, sendo, presumivelmente, a própria ideia de dignidade fomentada em princípios menos estritamente pessoais e materialistas. Nesse contexto, consoante os propósitos apresentados na *introdução*, procura-se a seguir tratar do tema dos valores humanos.

Geralmente falando, entende-se que os valores humanos são fundamentos morais e espirituais da consciência humana que transcendem a própria estrutura social, sendo possível, por meio deles, compreender a cultura, as organizações e as pessoas que as compõem. Não obstante, estima-se também que a importância de determinados valores mude de acordo com a idiossincrasia política do Estado ou da sociedade que se tem em conta. Também há quem afirme que os valores são o ingrediente que dá sentido à vida, correspondendo a uma apreciação positiva que se faz das coisas, das ideias ou das pessoas em confronto com a própria cultura (Infante & Souza, 2003). Essas concepções, pois, traduzem a compreensão que se costuma ter desse construto, sendo apreciada em diversos discursos na política, educação e vida cotidiana.

É possível ainda pensar os valores como fenômenos complexos que estão interligados a todas as esferas da vida humana, ocupando um lugar central no sistema cognitivo das pessoas (Rokeach, 1973). Expressam uma realidade que se materializa a partir da concepção de qualidades nobres e justas, que são desejáveis em todo ser humano. Portanto, referem-se à perfeição do homem em sociedade, tendo sua integração ou plenitude o potencial de propiciar ao indivíduo um sentido de humanidade, fazendo-o imprescindível para assegurar uma sociedade mais harmoniosa e estável. Nesse aspecto, destaca-se que, inclusive havendo formas diversas de sociedade mais ou menos organizadas entre seres não humanos, são precisamente os homens os únicos a apresentar a capacidade de emitir juízo de valor, guiando-se por princípios que a coletividade estima como desejáveis, não se limitando a aspectos meramente deficitários ou vinculados às suas necessidades mais básicas.

Pretende-se, no presente capítulo, tornar esses pontos de vista mais claros e embasados, favorecendo que se compreendam os valores como um construto legítimo, com características próprias, não o equiparando ao ato de valorar, atribuir valor a algo, algum objeto, por exemplo. Nessa direção, visando estruturar a temática, principia-se por realizar um repasso breve sobre aspectos históricos, priorizando, sobretudo, a linha que vai resultar na conceituação recorrente na atualidade acerca dos valores, que tem recebido atenção na psicologia social. Posteriormente, procura-se resgatar as principais abordagens ou teorias sobre os valores, culminando com o detalhamento da teoria funcionalista dos valores, que será a base desta tese.

4.1. Contexto Histórico e Evolução Conceitual dos Valores

Os valores humanos são tão antigos quanto a própria espécie humana, mas somente após a compreensão da escrita e os primórdios da *polis*, na Grécia Antiga, é que seu conceito ganhou espaço, ancorado na gênese da filosofia. Desde essa época, os filósofos já questionavam e se preocupavam com os valores humanos, porém, não se desenvolveu então qualquer teoria geral de valores (Clawson & Vinson, 1978). Apesar de essa perspectiva introduzir ideias importantes, constituindo um campo próprio da filosofia (a axiologia) (Lima, 1997), não é o foco deste capítulo. Procura-se, sobretudo, resgatar aspectos históricos desse construto desde a visão da psicologia social.

De fato, não foram somente os filósofos que se interessaram pelos valores, mas também antropólogos, sociólogos e psicólogos o fizeram. Porém, como ciências mais recentes, tão somente nos dois últimos séculos tiveram lugar as primeiras abordagens que mais se aproximaram do que na atualidade se entende como valores humanos. Seria possível nomear diversos autores como fundamentais, ainda no século XIX, como Émile Durkheim, Ferdinand Tönnies, Wilhelm Wundt ou William James. De uma ou outra forma, com suas abordagens que tiveram em conta a sociedade e o indivíduo, permitiram pensar sobre princípios que guiam a vida das pessoas, revelando padrões comportamentais consistentes. Contudo, representam tão somente abordagens tangenciais à temática; os estudos que mais se aproximaram da visão predominante nos dias de hoje têm origem um século depois.

Provavelmente, os nomes principais de referência na história dos valores tenham sido Thomas e Znaniecki (1918), com seu livro *O Campesino Polaco na Europa e América*. Por certo, já nessa obra eles ofereceram a primeira definição de que se tem conhecimento sobre os valores, procurando diferenciá-los das atitudes. Nesse sentido, definem os valores como qualquer dado que tenha um conteúdo empírico acessível para os membros de um grupo social e um significado com respeito ao que é ou pode ser um objeto de atividade. Nesse marco, observa-se o papel central que atribuem ao processo de interação, pois, pensavam, é por meio dela que se vai estabelecer o valor social como algo que possui significado para os membros do grupo. A contrapartida dos valores, vistos sempre como sociais, correspondia às atitudes, de natureza individual, entendidas como um processo que tem lugar na consciência da pessoa, que dirige suas atividades no mundo social. Fica evidente, então, a natureza intersubjetiva dos valores, que têm lugar na relação entre os indivíduos, que compartilham

significados, e intrassubjetiva das atitudes, evidenciando uma disposição do indivíduo em direção a algum objeto concreto.

Essa primeira diferenciação que fazem Thomas e Znaniecki (1918) entre atitudes e valores, definindo estes como elementos eminentemente sociais, orientou parte importante da literatura que a partir de então foi sendo elaborada sobre o tema. Nessa mesma linha, cerca de três décadas depois, teve lugar uma das obras principais das ciências humanas e sociais, correspondendo à *Toward a general theory of action* (Parsons & Shils, 1951). Nela são diversas as contribuições, porém duas se destacam especificamente no que diz respeito à temática dos valores, como a seguir são descritas.

A primeira contribuição anteriormente referida foi oferecida por Parsons e Shils (1951). Esses autores, preocupados em contribuir para a elaboração de uma teoria geral que explicasse o comportamento humano, enfatizaram a noção de ação motivada, isto é, indicaram que quando alguém procura alcançar determinada meta, prontamente tem lugar uma ação condizente. Esse aspecto fez pensar nos valores como princípios que se pautam em motivações, guiando o comportamento humano. Dessa forma, congruente com sua concepção, mas também com aquela de Thomas e Znaniecki (1918), Parsons (1959) passou a definir um valor como um elemento de um sistema simbólico compartilhado, que serve de critério para a seleção entre as alternativas de orientação que se apresentam intrinsecamente abertas em uma situação. Essas ideias, principalmente a de valores como expressando ações motivadas, foram posteriormente incorporadas na literatura, refletindo-se em contribuições que passaram a conceituar os valores como princípios motivacionais, destacando-se, mais explicitamente, os trabalhos de Shalom H Schwartz (Schwartz & Bilsky, 1987, 1990; Schwartz, 2005a, 2005b).

Kluckhohn (1951) foi o responsável por apresentar a segunda contribuição da obra citada, porém não menos importante que a anterior. De fato, mirando desde uma perspectiva antropológica, esse autor marcou posição ao conceber os valores como uma concepção, implícita ou explícita, que é própria de um indivíduo ou característica de um grupo, acerca do desejável, influenciando a seleção de modos, meios e fins de ações acessíveis. Esse autor reforça a concepção previamente evidenciada da natureza motivacional dos valores, identificando as necessidades humanas como sua fonte. Essa perspectiva foi fundamental, por exemplo, com o fim de descartar o tratamento dos valores como objetos concretos ou propriedades que se valoram; já não seriam o desejado (aquilo que alguém aprecia em uma

realidade concreta), mas o desejável (o que essa pessoa deveria querer no sentido de assegurar padrões comportamentais que atendessem a demandas sociais). Nesse contexto, reforçou-se a noção dos valores como princípios gerais que, compartilhados por grupos sociais, orientavam as ações dos indivíduos que os formavam. Mantém-se na atualidade essa concepção, de modo que a maior parte dos instrumentos sobre valores evocam um sentido de socialmente desejável, produzindo o efeito de serem todos os valores positivamente apreciados (Braithwaite & Scott, 1991).

Outras contribuições podem também ser referidas nesse contexto. Na psicologia, por exemplo, poderiam ser lembrados, Gordon Allport ou mesmo Lawrence Kolberg, que deram contribuições específicas em termos de medida dos valores e valores morais, respectivamente. Porém, em termos mais estruturais, isto é, de fundamento das teorias que se seguiram, provavelmente um nome de destaque seja Abraham Maslow. Provavelmente é mais lembrado por suas contribuições em termos da teoria da hierarquia das necessidades humanas, como detalhada em seu livro *Motivation and personlity* (Maslow, 1954). Porém, os interessados pela temática dos valores prontamente abstraem dessa obra a relação que o autor estabelece entre os valores e as necessidades humanas. Com orientação humanista e presumindo como necessidade última a autorrealização, ele pensava ser possível descobrir os valores humanos verdadeiros ao entrevistar pessoas que vivenciam experiências de elevação, singulares, que retratem a plenitude, o máximo prazer ou sentido de realização. Precisamente tomando em conta essa concepção e a partir de suas pesquisas, desenvolveu uma lista de valores *B* (do ser), incluindo beleza, verdade e sentido. Entretanto, essa lista não prosperou, sendo raramente mencionada na literatura. Mais promissora, de fato, foi sua ideia, reforçando escritos anteriores, de que os valores representavam cognitivamente as necessidades, oferecendo um conjunto destas que se presumia universal, organizando-as em uma hierarquia, desde as mais básicas (fisiológicas, segurança) às mais elevadas (cognição, autorrealização).

Historicamente, conforme foi descrito até este instante, percebem-se contribuições isoladas, porém não incompatíveis, que foram sendo somadas, integrando uma visão consensual dos valores desde uma perspectiva da psicologia social. Nesse marco, um autor foi certamente fundamental, oferecendo uma síntese integradora, permitindo também que a área fosse fortalecida, pois propôs medida específica a respeito dos valores e tratou de diferenciá-los de outros construtos. Esse foi Milton Rokeach, cuja obra principal é *The nature of human values* (Rokeach, 1973). Provavelmente, o que esse autor não fez nesse campo deu algum norte acerca de como fazê-lo. Seus estudos a respeito começaram nos anos 1950,

intensificando-se nos anos 1960, sobretudo partindo de seu interesse em compreender o dogmatismo, comparando diferentes orientações políticas. Embora não tenha exatamente proposto uma teoria específica dos valores, ofereceu uma tipologia a respeito e sedimentou a base dessa temática. Em razão de suas diversas contribuições, parece apropriado tê-lo em conta como ponto de partida para elencar as principais contribuições teóricas sobre esse construto, como são descritas na próxima seção. Antes, contudo, vale a pena mapear a evolução histórica do conceito de valores (Lombard *et al.*, 2010), como se apresenta no Quadro 1.

Quadro 1. Síntese das Definições de Valores Individuais

Autor(es)	Definição
Thomas e Zaniecki (1918)	Qualquer dado que tenha um conteúdo empírico acessível para os membros de um grupo social e um significado com respeito ao que é ou pode ser um objeto de atividade.
Kluckhohn (1951)	Uma concepção, explícita ou implícita, própria de um indivíduo ou característica de um grupo, a respeito do desejável, que influi sobre a seleção de modos, meios e fins de ação acessíveis.
Rokeach (1973)	Uma crença duradoura de que um modo específico de conduta ou estado final de existência é pessoal ou socialmente preferível a um modo oposto ou alternativo de conduta ou estado final de existência.
Schwartz e Bilsky (1987)	Um conceito ou uma crença do indivíduo sobre uma meta (terminal ou instrumental), que transcende situações específicas e expressa interesses (individualistas, coletivistas ou mistos), correspondendo a um domínio motivacional (hedonismo, poder, tradição, universalismo etc.), sendo avaliado em escala de importância (nada importante, muito importante) como princípio-guia na vida das pessoas.
Gouveia (1998)	Conceitos ou categorias de orientação desejáveis, baseadas em necessidades humanas e pré-condições para satisfazê-las, sendo adotados por atores sociais e variando em sua magnitude e seus elementos constituintes.

Fonte: Thomas e Zaniecki, 1918; Kluckhohn, 1951; Rokeach, 1973; Schwartz e Bilsky, 1987; Gouveia, 1998.

O leitor poderá se indagar acerca das definições escolhidas, sabendo que poderiam ser outras, pois há uma quantidade expressiva de conceitos e medidas a respeito (Braithwaite & Scott, 1991). Contudo, essa foi uma decisão que primou pela consistência da corrente que dará origem à teoria funcionalista dos valores, que é tomada em conta como marco de referência nesta tese. Por suposto, poder-se-iam nomear outras definições, a exemplo das que

propõem Parsons e Shils (1951), Maslow (1954) ou Inglehart (1977), mas haveria o risco de repetição ou, contrariamente, desvio do foco, que concebe os valores não como iluminação, mas elementos que orientam a conduta, resultante de processo evolutivo.

A definição de Thomas e Znaniecki (1918), como parece evidente, tem um valor histórico; em termos de conteúdo, informa basicamente que os valores são por excelência sociais, compartilhados pelas pessoas em determinado grupo ou cultura. Nesse ponto, talvez Kluckhohn (1951) tenha sido mais profícuo. Sem desconsiderar a natureza social desse construto, ressaltou que compreendia uma concepção própria de um indivíduo, que poderia ser justificada, quer moral, estética ou racionalmente. Quando relaciona valor à concepção do desejável, provavelmente acentua que este é também produto ou consequência do meio cultural em que o indivíduo se insere, porém sem renunciar ao seu papel explicador desse mesmo meio ou ao menos da forma como nele as pessoas se comportam.

Rokeach (1973) afirma que valores são uma crença que tem componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, quiçá não o diferenciando muito de atitudes, nesse aspecto. Explicita, entretanto, que seu cognitivo se perfila em detrimento de os valores servirem para representar e transformar cognitivamente as necessidades; o afetivo se faz notar em razão da carga emocional inerente ao processo de valorar; e, finalmente, o comportamental indica que os valores, quando ativados, podem conduzir à ação. Na linha desse autor, Schwartz e Bilsky (1987) defendem que os valores são metas desejáveis que servem de princípios - guia na vida de pessoas e sociedades.

Portanto, está inerente em sua definição a posição de os valores serem antecedentes de ações e escolhas humanas, mas que representam tipos diferentes de necessidades, incluindo aquelas sociais. Gouveia (1998), em sua definição, não se diferencia substancialmente desses autores; quiçá a maior diferença corresponda a sua recusa em admiti-los como crenças, preferindo falar em categorias desejáveis de orientação, incorporando, além de sua base em necessidades, a noção de pré-condições para satisfazê-las. Desse modo, esse autor advoga que os valores precisam ser pensados com independência de outros constructos, referindo-se unicamente à sua origem ou ao processo cognitivo subjacente.

Realizando uma análise das múltiplas definições de valores que têm sido empregadas, Lombard *et al.* (2010) indicam que Gouveia dá ao conceito um caráter antecedente e fortalece a abordagem psicológica, esclarecendo que os valores básicos não são tipos motivacionais de valores, mas valores em si. Por fim, esses autores indicam que as funções atribuídas aos

valores individuais na literatura se relacionam com aquelas de influenciar, guiar e orientar as escolhas na vida, sugerindo que o autor citado avançou na determinação da função de valores quando a relacionou com categorias de orientação baseadas nas necessidades humanas. Certamente, não se esgota com essas definições a abrangência do significado dos valores nas diversas áreas, pois este envolve elementos que podem variar entre indivíduos, culturas e países, tomando em conta o contexto social em que se inserem (Infante & Souza 2003).

Em resumo, concordando com Rivera e Domenico (2009), percebe-se que existem duas perspectivas principais na concepção de valores na psicologia social. Uma mais sociológica, construtivista, considerando estritamente a proposição de Thomas e Znaniecki (1918), que tomam os valores como construções sociais e, portanto, estabelecidos intersubjetivamente (Pereira, Camino & Costa, 2004), e outra mais psicológica, na qual os valores são atributos de indivíduos, apresentando-se como tendo um elemento motivacional, já que se originam das necessidades humanas comuns a todas as pessoas, sendo algo perene, independentes do contexto social, ao menos em termos do conjunto de valores (Gouveia *et al.*, 2011; Schwartz, 2005a). Conforme o que foi anteriormente indicado, nessa tese se tem em conta essa última perspectiva, descrevendo-se na continuação modelos teóricos que foram elaborados a respeito.

4.2.- Principais Modelos Teóricos Contemporâneos

Observou-se previamente que, a partir da segunda metade do século XX, parte dos autores nas ciências humanas e sociais, especialmente na psicologia, por meio de pesquisas em áreas diversas, começou a confluir para o entendimento dos valores humanos para além da reflexão filosófica, evidenciando uma compreensão de que estes seriam concepções e/ou crenças que representam cognitivamente as necessidades humanas (Lima, 1997; Maio, 2010). Gouveia *et al.* (2011) reconhecem que existem diversos modelos ou teorias sobre os valores, porém nomeiam como conhecidos os de Milton Rokeach, Ronald Inglehart e Shalom H. Schwartz. Procura-se aqui analisar esses modelos, porém, no final, dando destaque a uma teoria mais recente, que incorpora perspectivas prévias, sendo, entretanto, mais parcimoniosa: *teoria funcionalista dos valores humanos*.

4.2.1. Rokeach: Valores Terminais e Instrumentais

Seguramente, Milton Rokeach compreende o grande nome no âmbito da teoria psicológica de valores pessoais. Embora não tenha desenvolvido uma teoria substancial a respeito, sedimentou a base para outros pesquisadores. Concretamente, ele conseguiu reunir aspirações de diversas áreas (e.g., antropologia, filosofia, sociologia, psicologia), diferenciando os valores de outros constructos com os quais costumam ser relacionados (e.g., atitudes, interesses, traços de personalidade), apresentou instrumento específico para medir os valores, demonstrou sua centralidade no sistema cognitivo das pessoas, reunindo dados sobre seus antecedentes e consequentes, elaborou um modelo de ideologia política, pautado nos valores igualdade e liberdade, e contribuiu com um procedimento para mudar as prioridades valorativas, denominado método de autoconfrontação (Rokeach, 1973).

No momento de desenvolver seu modelo, esse autor parte de cinco pressupostos fundamentais: (1) o número de valores que uma pessoa possui é relativamente pequeno; (2) todas as pessoas possuem os mesmos valores em graus diferentes, independentemente da cultura em que estejam inseridas; (3) os valores são organizados em sistemas de valores; (4) os antecedentes dos valores humanos podem ser encontrados em cultura, sociedade, instituições e personalidade de cada indivíduo; e (5) eles são manifestados em todos os fenômenos que os cientistas sociais possam considerar como importantes de serem pesquisados.

Embora previamente tenha sido mencionada a definição que Rokeach (1973) oferece dos valores, parece pertinente recobrá-la e mostrar como se integra com a concepção de sistema de valores, como se indica: “Um *valor* é uma crença duradoura de que um modo específico de conduta ou estado último de existência é pessoal ou socialmente preferível a um modo de conduta ou estado final de existência oposto ou inverso. Um *sistema de valor* é uma organização duradoura de crenças com respeito a modos de conduta ou estados finais de existência preferíveis ao longo de um contínuo de relativa importância.” (p. 5). Portanto, os valores são teorizados como crenças prescritivas ou proscritivas que permitem às pessoas julgarem objetos ou ações como desejáveis ou indesejáveis, recomendáveis ou reprováveis.

Nessa definição são mencionados dois tipos principais de valores: *instrumentais* (modo específico de conduta, os comportamentos em si) e *terminais* (estado último de existência, o próprio desejável), que conformam o eixo central do modelo desse autor (Almeida & Sobral, 2009). Cada tipo desses reúne um conteúdo ou conjunto de valores

próprios, resultando em duas listas separadas de 18 valores específicos que definem seu *Rokeach Value Survey*; descreve-se a seguir cada tipo (Quadro 2):

Valores instrumentais. Representam condutas que são consideradas preferíveis, a exemplo de ser *ambicioso, honesto e responsável*, podendo ser subdivididos em valores *morais* (indicam o modo como se comportar, de modo que, quando são violados, produzem sentimento de culpa) e *de competência* (conduzem a um estado de competência, de que se está agindo de forma adequada, resultando em vergonha quando não logrado).

Valores terminais. Estes valores representam estados finais de existência, expressando padrões que precisam ser seguidos, sendo considerados desejáveis socialmente. Eles são classificados em valores *pessoais* (são centrados no indivíduo ou autocentrados, apresentando um foco intrapessoal) e *sociais* (são centrados na sociedade ou altercentrados, tendo um foco interpessoal).

Quadro 2. Tipos de Valores Instrumentais e Terminais

Tipos de Valores	
Terminais	Instrumentais
Estados finais de existência	Modos de comportamento
<i>Pessoais</i> Centrados na própria pessoa, foco intrapessoal Exemplos: <i>salvação, harmonia interior</i>	<i>De competência</i> Sua transgressão provoca vergonha, foco intrapessoal Exemplos: <i>lógico, inteligente</i>
<i>Sociais</i> Centrados na sociedade, foco interpessoal Exemplos: <i>um mundo de paz, amizade verdadeira</i>	<i>Morais</i> Sua transgressão provoca culpa, foco interpessoal Exemplos: <i>honesto, responsável</i>

Adaptado de Rokeach, 1973.

No Quadro 2 é possível constatar um resumo da proposta de Rokeach (1973). Nesse modelo os valores humanos, concebidos como critérios de orientação, são pensados como tendo um número menor do que o de atitudes, referindo-se a objetos específicos. Portanto, estima-se que as pessoas, em todas as sociedades, apresentem os mesmos valores, variando entre elas não o valor que apresentam, mas a magnitude com que o endossam. Estima-se que o número de valores terminais, situado em aproximadamente uma dúzia e meia, expressando-se como substantivos, seja inferior ao daquele dos instrumentais, que indicam adjetivos e podem ser de algumas dezenas, pois refletem modos de conduta diversos para alcançar os estágios finais de existência, que seriam metas mais gerais.

Em resumo, Rokeach (1973) teve um papel histórico importante na temática dos valores. Porém, há que reconhecer que, diferentemente de Thomas e Znaniecki (1918), suas contribuições foram mais além; de fato, como anteriormente foi dito, ele estruturou esse campo de estudo, permitindo a contribuição de outros pesquisadores. Não obstante, não está isento de críticas, entre as quais a de ter se pautado em abordagem estritamente empírica e intuitiva, carecendo de fundamento sua lista de valores que, mesmo se referindo às necessidades, não evidencia qualquer modelo concreto a respeito, admitindo tanto aquelas positivas como negativas, além de considerar os valores como transformações daquelas, que implica um processo não evidente (Gouveia, 1998, 2003). Quanto a esse aspecto, o autor a seguir deu uma contribuição importante.

4.2.2. Inglehart: Valores Materialistas e Pós-Materialistas

É necessário reconhecer que o modelo deste autor não foi desenvolvido precisamente no contexto da psicologia, como também não focou nos indivíduos. Nesse sentido, o leitor se perguntará: qual o sentido então de considerá-lo nesse contexto? Sua importância, provavelmente também justificativa, é que, mesmo elaborando explicações sociopolíticas, parte de embasamento psicológico, referindo-se às necessidades humanas como fonte dos valores. Em sua primeira grande obra, *The silent revolution*, Inglehart (1977) descreve os fundamentos de seu modelo, que segue aproximadamente o mesmo desde então. Ele tomou em conta a teoria da hierarquia de necessidades, de Maslow (1954), definindo duas dimensões valorativas, com base nas quais tentou identificar mudanças geracionais e comparar culturas nacionais: *materialismo* e *pós-materialismo*. A primeira representa as necessidades mais

básicas (por exemplo, necessidades de segurança física, econômica), enquanto a segunda expressa aquelas mais elevadas (por exemplo, necessidades cognitivas, estéticas).

Inglehart (1977, 1989) concebia que o materialismo correspondia ao padrão valorativo prevalente em sociedades em que não são satisfeitas as necessidades mais básicas. Por outro lado, naquelas sociedades mais industrializadas, em que tais necessidades já foram satisfeitas, contando com recursos financeiros, o padrão valorativo dominante seria o pós-materialista. Essa ideia reproduz o entendimento de Maslow (1954) sobre uma presumível hierarquia das necessidades, que esse autor pretendeu traduzir para os valores. Desse modo, Inglehart (1977) concebia que somente em sociedades com grau elevado de desenvolvimento socioeconômico teria lugar um conjunto de valores de ordem superior, superando aqueles mais voltados para aspectos materiais e concretos. Sabe-se hoje, entretanto, que isso nem sempre ocorre; é possível que pessoas em países pobres e pouco desenvolvidos apreciem em maior medida valores pós-materialistas, e em países desenvolvidos sigam dando importância àqueles materialistas (Gouveia, 1998; Oyserman, 2001).

Apesar de o anteriormente dito gerar alguma ambiguidade acerca da adequação de seu modelo, o próprio Inglehart (1989) oferece uma explicação dessas possibilidades. A propósito, ele propõe duas hipóteses principais: a primeira indica que as prioridades valorativas básicas são delimitadas pela carência de recursos (*hipótese da escassez*), isto é, as pessoas valorizam o que mais necessitam, atribuindo maior importância subjetiva ao que é relativamente escasso; e a segunda ressalta o processo de socialização pelo qual as pessoas passam durante sua infância e adolescência, que são fundamentais para estimar a importância que cada valor tem em sua vida (*hipótese de socialização*), isto é, os valores que as pessoas assumem como prioritários refletem suas vivências nesse período da vida. Por exemplo, alguém que tenha sido socializado em contexto de escassez durante uma crise econômica, provavelmente, quando adulto, dará importância à estabilidade financeira de seu país, mesmo que já viva em ambiente seguro economicamente.

Coerente com a visão anteriormente exposta, Inglehart (1977), considerando o desenvolvimento experimentado por diversos países nos dias de hoje, estima que será preponderante uma mudança de valores em direção ao *pós-materialismo*. Esse aspecto, contudo, carece de evidências empíricas (Gouveia, 1998; Kid & Lee, 1997), e pode ser, inclusive, que se inverta a direção, focando mais no *materialismo*, considerando as crises

financeiras vivenciadas pelas pessoas em diversos países a partir dos anos 1990, mesmo aqueles mais ricos.

Em resumo, são inegáveis as contribuições de Inglehart (1977, 1989). Na linha do que anteriormente foi comentado, foi provavelmente o primeiro autor a desenvolver um modelo teórico substancial, partindo de uma concepção clara dos valores como representação cognitiva de necessidades, tomando em conta o modelo maslowniano. Porém, além da crítica previamente apresentada, existem outros aspectos questionáveis de seu modelo que são mais estruturais, internos, a exemplo da proposta de resumir os valores humanos a duas únicas dimensões. Assim, é possível que o *materialismo* e o *pós-materialismo* não apreendam a diversidade de valores, que podem expressar mais que uma dimensão bipolar. Nesse sentido, o autor que se trata a seguir representa uma contribuição importante, desenvolvendo um marco de referência mais amplo, que inclui diferentes tipos de valores.

4.2.3. Schwartz: Tipos Motivacionais de Valores

O modelo de Shalom H. Schwartz é um dos mais referenciados no estudo dos valores, sendo adotado por pesquisadores de diversos países dos cinco continentes. Está intimamente relacionado com aquele que propôs Milton Rokeach, admitindo os valores como crenças, incluindo mais de 60% dos valores específicos desse autor no *Schwartz Value Survey* (SVS) e assumindo as listas de valores instrumentais e terminais. Entretanto, estes também se diferem em alguns aspectos, principalmente em razão de o modelo de Schwartz (2005a; Schwartz & Bilsky, 1987, 1990) propor uma medida que combina intervalos com ordenamento (neste caso, solicitando que os indivíduos elenquem um valor como contrário aos seus e outro como de máxima importância), dar mais explicitamente uma ênfase motivacional e ressaltar a natureza universal dos valores, pautando-se na comprovação empírica de seu conteúdo e sua estrutura (Gouveia *et al.*, 2001; Lombardi, Araújo & Teixeira, 2010; Maio, 2010).

A concepção desse autor é de uma teoria unificadora para o campo da motivação humana, uma maneira de organizar diferentes necessidades, motivos e objetivos subjacentes em outras teorias. Nesse marco, os valores individuais são considerados como fins da ação humana, cujo alcance permite satisfazer uma ou mais das três necessidades básicas admitidas: necessidades biológicas, necessidades de interação social coordenada e necessidades de sobrevivência e de bem-estar dos grupos. Ele define os valores como crenças, de base motivacional, que transcendem situações e contextos específicas, guiando a seleção e

avaliação de ações, políticas, pessoas e eventos, sendo ordenados pela importância relativa com respeito a outros valores (Schwartz, 2005a).

Embora inicialmente Schwartz e Bilsky (1987) tenham proposto uma tipologia com sete tipos motivacionais de valores, logo estes passaram a dez, representando a versão mais conhecida de seu modelo (Schwartz, 2005b). Esses são definidos como seguem: *autodireção* (independência de pensamento e de ação), *estimulação* (novidade e desafio na vida), *hedonismo* (prazer individual associado essencialmente aos sentidos), *realização* (êxito pessoal decorrente da demonstração de competência segundo padrões sociais), *poder* (*status* social, domínio e controle sobre pessoas e recursos), *segurança* (harmonia e estabilidade da sociedade, das relações e de si mesmo), *conformidade* (contenção de ações e impulsos que possam prejudicar os outros ou violar normas sociais), *tradição* (respeito, compromisso e aceitação de costumes e ideias culturalmente estabelecidos), *benevolência* (preservar e fortalecer o bem-estar dos que estão próximos nas interações cotidianas) e *universalismo* (compreensão, apreço, tolerância e proteção do bem-estar social e preservação da natureza). Esses tipos podem igualmente ser representados por meio de duas dimensões de ordem superior, como seguem: *autopromoção* (*poder* e *realização*) - *autotranscendência* (*benevolência* e *universalismo*) e *abertura à mudança* (*autodireção*, *estimulação*, *hedonismo*) - *conservação* (*conformidade*, *segurança* e *tradição*). Uma forma alternativa de descrevê-los é tomando em conta o critério de quem se beneficia quando a pessoa adota ou se comporta de acordo com cada um desses tipos motivacionais de valor, resultando tipos de interesses: *individualista* (*poder*, *realização*, *hedonismo*, *estimulação* e *autodireção*), *coletivista* (*tradição*, *conformidade* e *benevolência*) ou *misto* (*segurança* e *universalismo*).

Como anteriormente foi comentado, Schwartz (2005a; Schwartz & Bilsky, 1987, 1990) inova ao propor duas hipóteses para os valores. Por um lado, sua *hipótese de conteúdo* prevê que os valores de seu instrumento (SVS), cuja versão mais conhecida conta com 56 itens, podem ser representados espacialmente em regiões tais que correspondem aos dez tipos motivacionais antes descritos. Portanto, ela diz respeito à adequação de representar esses tipos por meio do conjunto de valores específicos selecionados. Por outro lado, sua *hipótese de estrutura* parte da suposição de uma relação dinâmica entre os tipos motivacionais de valores; assim, admite-se que as ações que buscam alcançar um determinado valor podem ser compatíveis ou conflitantes com a busca de outro valor. Assim, os tipos motivacionais são organizados em uma estrutura circular, significando que aqueles adjacentes são compatíveis

(e.g., poder-realização, realização-hedonismo) e os localizados em lados opostos representam conflitos (e.g., conformidade-hedonismo, hedonismo-benevolência).

Em resumo, Schwartz (2005a; Schwartz & Bilsky, 1987) representa um avanço substancial nas pesquisas sobre os valores. Embora Rokeach (1973) tenha afirmado a centralidade e universalidade desse construto, foi certamente aquele autor o que mais contribuiu para demonstrá-lo empiricamente. Também contribuiu ao propor múltiplas dimensões dos valores, inclusive falando naquelas de ordem superior, o que vai mais além da proposta de Inglehart (1977). Porém, diferentemente desse autor, não aprecia uma base teórica sólida para a seleção de seus itens (valores específicos) ou definição dos tipos motivacionais (Molpeceres, 1994). De fato, uma leitura atenta de seu modelo permite situá-lo como um adequado empreendimento empírico, uma organização hábil que se faz *a posteriori* de um conjunto de dados. Contudo, talvez por isso, nem sempre foram comprovados seus fundamentos em outros estudos (Lima, 2012). Esses aspectos contribuíram para a elaboração de uma nova proposta, que parece mais bem fundamentada teoricamente, sendo apresentada a seguir.

4.2.4. Gouveia: Teoria Funcionalista dos Valores

Esta teoria começou a ser desenvolvida em meados dos anos 1990 como uma alternativa aos modelos de Ronald Inglehart e Shalom House Schwartz, procurando integrá-los, mas indo mais além. Contudo, primou pela parcimônia, escolha que acentuou a necessidade de maior embasamento teórico para mapear o conjunto fundamental dos valores humanos, aqueles que se esperaria estivessem presentes em todas as culturas. Nesse sentido, partiu de quatro pressupostos principais: (1) os seres humanos têm uma natureza benevolente ou positiva; (2) os valores são princípios-guia de pessoas, servindo como padrões gerais de orientação de suas condutas; (3) eles têm uma base motivacional; e, finalmente, (4) considerando sua concepção, unicamente valores terminais deveriam ser tidos em conta, pois representam proposições gerais, supraorgânicas, não se referindo a meios específicos para determinado comportamento. Nesse sentido, constituem presumivelmente um número reduzido, por volta de uma dúzia e meia, de acordo com Rokeach (1973).

Gouveia (1998), inicialmente, propõe uma definição ampla dos valores, procurando diferenciá-los de outros construtos. No caso, descreve-os como conceitos ou categorias desejáveis adotados por atores sociais, que transcendem situações específicas, representando cognitivamente as necessidades humanas e guiando suas ações, podendo variar de

importância e elementos que os constituem. Essa definição pode ser decomposta nos seguintes elementos (Gouveia, 2003): (a) *categorias de orientação*: são construtos latentes, operacionalizáveis a partir de itens ou valores específicos, compreendendo um conjunto de conceitos ou ideias que capacitam as pessoas a viverem em sociedade; (b) *vistos como desejáveis*: implica que são corretos ou justificáveis de um ponto de vista moral ou racional, podendo se referir tanto a desejo pessoal como a orientação socialmente desejável; (c) *baseados em necessidades humanas*: representam o conjunto de necessidades, mas também as pré-condições para satisfazê-las, que guiam o comportamento no sentido de evitar a predominância de interesses estritamente pessoais que possam ameaçar a harmonia social; (d) *assumidos por atores sociais*: as pessoas definem e assumem padrões desejáveis, concebem os valores como sendo parte do seu repertório cognitivo; porém, são adotados individualmente e não construídos pelos indivíduos; e (e) *podem variar em magnitude e elementos constitutivos*: as pessoas não diferem devido aos valores específicos que apresentam, mas em virtude das prioridades conferidas aos múltiplos valores.

Esse autor procura ainda oferecer uma definição mais reduzida, focando a propriedade funcional dos valores, entendendo que suas funções correspondem aos aspectos psicológicos que cumprem ao guiar as condutas e representar cognitivamente as necessidades (Gouveia, 2003; Gouveia, Milfont, Fischer & Coelho, 2009; Gouveia *et al.*, 2010). Nesse sentido, duas funções dos valores têm lugar (Gouveia *et al.*, 2011): (1) *tipo de orientação* (padrões que guiam os comportamentos) e (2) *tipo de motivador* (representam as necessidades).

A função *tipo de orientação* indica o critério ou princípio que prevalece na definição do comportamento, isto é, que unidade principal de sobrevivência é tida em conta. Desse modo, expressa a meta subjacente ao comportamento, que tem sido classificada como *pessoal* (o indivíduo por ele mesmo; foco intrapessoal) ou *social* (o indivíduo na comunidade; foco interpessoal), representando a essência da dicotomia dos valores terminais em Rokeach (1973). Entretanto, existe um terceiro grupo de valores, que não são completa ou exclusivamente sociais ou pessoais; eles se situam entre ambos por configurarem a base a partir da qual têm lugar os demais valores, sendo conhecidos como *valores centrais*. (Gouveia *et al.*, 2009).

De acordo com Gouveia *et al.* (2011), tais valores expressam os propósitos gerais da vida, como indicados por necessidades mais básicas (e.g., segurança, sobrevivência) e aquelas mais elevadas (e.g., beleza, autorrealização). Nesse sentido, não impõem qualquer

incongruência com os demais valores, localizando-se entre os pessoais e sociais. Portanto, essa função corresponde a uma dimensão formada por três tipos de orientação: *pessoal*, *central* e *social*.

A função *tipo de motivador* expressa o nível de necessidade que os valores cognitivamente representam. Apesar de não haver uma correspondência estrita entre *valores* e *necessidades*, pode-se identificar os valores segundo o tipo de necessidade que eles representam. Estima-se que todos os valores possam ser classificados como *materialistas* (*pragmáticos*) ou *idealistas* (*humanitários*). Os valores *materialistas* (os valores como fonte de ameaça), afirma esse autor, estão relacionados com ideias práticas, implicando orientação dirigida a para metas e regras concretas, mais normativas e orientadas ao imediatismo. Desse modo, as pessoas guiadas por tais valores pensam mais em termos biológicos de sobrevivência, importando-se mais com sua própria existência e as condições em que ela possa ser assegurada (Gouveia *et al.*, 2009, 2011).

Os valores *idealistas* (os valores como fonte de oportunidade) cumprem uma orientação mais universal, abstrata, favorecendo um espírito inovador, uma mente aberta e com menor dependência de bens materiais. As pessoas são consideradas iguais umas às outras, sendo as relações interpessoais apreciadas como um fim em si. Portanto, essa função corresponde ao nível de necessidade expressa pelos valores, resultando em dois tipos de motivadores: *materialista* (a vida pensada como fonte de ameaça) e *idealista* (a vida como fonte de oportunidades).

As duas funções dos valores podem ser representadas por dois eixos principais (Figura 1): *tipo de orientação* (valores sociais, centrais e pessoais) e *tipo de motivador* (valores materialistas e idealistas), cuja combinação resulta em seis subfunções valorativas, descritas a seguir (valores específicos, que representam cada subfunção, aparecem entre parênteses):

Subfunção de existência. Representa as necessidades fisiológicas mais básicas, como comer e beber e de segurança, por exemplo. Corresponde ao motivador materialista, sendo compatível com as orientações social e pessoal, sendo seu foco principal assegurar as condições básicas para a sobrevivência biológica e psicológica do indivíduo (e.g., *estabilidade pessoal*, *saúde* e *sobrevivência*). Sua importância é evidente para todas as pessoas, sendo destacada em contextos de escassez material.

Subfunção realização. Representa a necessidade de autoestima, compreendendo um valor materialista, mas com orientação pessoal. Seu foco está em realizações materiais e

praticidade em decisões e comportamentos (e.g., *êxito, poder e prestígio*). A ênfase é em ser reconhecido por seus êxitos e ter o poder de decisão, sendo os valores dessa subfunção apreciados mais por pessoas em fase produtiva, quer se incorporando ao mercado de trabalho ou desejando se consolidar em sua profissão.

Subfunção experimentação. Representa o tipo motivador idealista, apresentando uma orientação pessoal, cobrindo a necessidade de excitação ou o princípio do prazer (e.g., *emoção, prazer e sexualidade*). Comumente, tais valores contribuem para promover mudanças em organizações sociais, sendo característicos de pessoas jovens, que buscam obter novas experiências e desfrutar da vida, apesar de também poder orientar o comportamento daquelas mais tradicionais, mas que, mesmo em contexto convencional, buscam o prazer.

Subfunção suprapessoal. Representa uma orientação central e um motivador idealista, tratando de cobrir as necessidades estéticas, cognição e autorrealização. Expressa uma visão universal do mundo, sem ter apego a coisas materiais ou se limitar a casos e situações concretos (e.g., *beleza, conhecimento e maturidade*). Pessoas mais velhas, sobretudo maduras, geralmente tendem a se pautar nesses valores, mostrando maior tolerância e abertura à mudança.

Subfunção interativa. Representa as necessidades de pertença, com foco em relações interpessoais do indivíduo, tendo uma orientação social e um motivador idealista (e.g., *afetividade, apoio social e convivência*). Aqueles guiados por essa subfunção dão importância às pessoas de seu convívio, compartilhando afeto, prazeres e desprazeres. Desse modo, expressa princípios axiológicos que são fundamentais na vida de pessoas em fase de formação de família, quando buscam maior intimidade.

Subfunção normativa. Representa a necessidade de controle e as pré-condições para alcançar todas as necessidades humanas, expressando uma orientação social e um motivador materialista (e.g., *obediência, religiosidade e tradição*). Põe-se ênfase, sobretudo, em assegurar a estabilidade social, preservando padrões culturais ancestrais, sendo tais valores mais característicos de pessoas mais velhas e fechadas, socializadas em contextos formais, que buscam preservar a cultura e as normas convencionais.

Figura 1. Dimensões, Funções e Subfunções dos Valores Básicos

		<i>Valores como padrão-guia de comportamentos</i>		
		<i>Metas pessoais</i> (o indivíduo por si mesmo)	<i>Metas centrais</i> (o propósito geral da vida)	<i>Metas sociais</i> (o indivíduo na comunidade)
<i>Valores como expressão de necessidades</i>	<i>Necessidades idealistas</i> (a vida como fonte de oportunidades)	Experimentação Emoção Prazer Sexualidade	Suprapessoal Beleza Conhecimento Maturidade	Interativa Afetividade Apoio social Convivência
	<i>Necessidades materialistas</i> (a vida como fonte de ameaça)	Realização Êxito Poder Prestígio	Existência Estabilidade Saúde Sobrevivência	Normativa Obediência Religiosidade Tradição

Adptado de Gouveia, 2003.

Gouveia (2003; Gouveia *et al.*, 2008, 2011) propõe duas hipóteses principais derivadas dessa teoria: (1) *hipótese de conteúdo*: (a) os 18 valores específicos listados previamente representam as seis subfunções; e (b) as seis subfunções valorativas podem ser identificadas, sendo mais apropriadas que modelos alternativos comumente testados: *unifatorial* (os valores específicos saturaram em um fator geral, fruto da desejabilidade social dos valores; Schwartz, Verkasalo, Antonovsky & Sagiv, 1997), *bifatorial* (os valores representados em dois fatores, segundo o *tipo motivador*: materialista e idealista; Inglehart, 1977), *trifatorial* (os valores representando os três *tipos de orientação*: pessoal, central e social; Schwartz, 2005a) e *pentafatorial* (reunindo os valores das subfunções *existência* e *suprapessoal*, que conformam um contínuo de necessidades; Maslow, 1954); os modelos bi e trifatorial podem representar as propostas teóricas de Inglehart (1977) e Schwartz (2005b), respectivamente; e (2) *hipótese de estrutura*: em razão de suas relações dinâmicas entre si, os valores podem ser organizados em um espaço bidimensional, devendo os *centrais* ocupar o centro desse espaço, separando aqueles *pessoais* e *sociais*, que se apresentam em lados opostos; e os valores *materialistas* e

idealistas ocupam regiões diferentes desse espaço, separando, de um lado, as subfunções *existência, realização e normativa* e, de outro, aquelas *suprapessoal, experimentação e interativa*, respectivamente.

Em resumo, Gouveia (Gouveia, 2003; Gouveia *et al.*, 2011) considera em seu modelo apenas valores terminais e positivos, retratando a natureza benevolente do ser humano, estimando que existem duas dimensões funcionais dos valores que correspondem a dois eixos (Figura 1): (1) um eixo horizontal, que representa a função de guiar as ações humanas, sendo denominado como *tipo de orientação* (valores sociais, centrais e pessoais); e (2) um eixo vertical, descrevendo a função de representar cognitivamente as necessidades humanas, sendo nomeado como *tipo de motivador* (valores materialistas e humanitários). Cruzando tais eixos, têm origem seis subfunções valorativas (*existência, realização, experimentação, suprapessoal, interativa e normativa*). Essa teoria tem se mostrado adequada tanto no Brasil como em outros países (Gouveia, 1998, 2003; Gouveia, Santos, Milfont, Fischer & Espinosa, 2010; Medeiros *et al.*, 2012), mostrando que, por exemplo, seus resultados são compatíveis com aqueles obtidos com o modelo de S. H. Schwartz, sendo inclusive mais adequados (Guerra, 2009; Lima, 2012). Desse modo, considerando sua adequação, parece justificável tê-lo em conta na presente tese, que apresenta dois estudos que procuram conhecer a percepção de morte digna, os valores humanos e a escolha do lugar onde gostariam de morrer de acadêmicos de Medicina e médicos de diferentes especialidades.

Por fim, devido à capacidade intelectual ou evolutiva do homem, a percepção e a apreciação de valores em harmonia com seu contexto social possibilitam elaborar uma hierarquia de valores que o leva, como ente social, a sacrificar algum “bem” particular em benefício de outro maior em prol da coletividade. Desse modo, é a escolha ou o endossamento de determinados valores que diferenciam um indivíduo do outro nesta sociedade, possibilitando a formação de diferentes grupos sociais.

Parte II – Estudos Empíricos

5.1. Introdução

A qualidade de vida é um aspecto central na vida das pessoas, promovendo maior bem-estar físico e psicológico (Camfield & Skevington, 2008; Hirsso *et al.*, 2005). Nesse sentido, é importante viver dignamente, e mesmo quando a iminência da morte se faz presente, é igualmente (e talvez mais) necessário assegurar essa dignidade, possibilitada na qualidade de morrer (Sanjo *et al.*, 2007). Contudo, diferentemente do bem-estar físico, cujos indicadores podem remeter à riqueza, nem sempre garantia de felicidade, satisfação com a vida e bem-estar subjetivo (Csikszentmihalyi, 1999; Diener, Sandvik, Seidlitz & Diener, 1993), a percepção de morrer dignamente parece mais um princípio bioético subjacente às vivências das pessoas, suas expectativas, seus anseios e seus valores. Portanto, conhecer seus correlatos pode ser fundamental para promover o que, na visão das pessoas, pode significar uma morte digna.

Um passo preliminar para conhecer os antecedentes e consequentes da percepção de morte digna é contar com uma medida adequada a respeito. Conforme descrito no *marco teórico*, fez-se um esforço recente para desenvolver esse tipo de medida, embora seu uso tenha sido restrito à cultura japonesa no contexto dos cuidados paliativos de câncer (Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo & Uchitomi, 2006; Miyashita, Sanjo, Morita, Hirai & Uchitomi, 2007). Nesse sentido, o objetivo principal deste primeiro estudo da tese é adaptar a *Escala de Percepção de Morte Digna* para a cultura brasileira, conhecendo evidências de sua validade fatorial e consistência interna. Pretende-se, ainda, de forma exploratória, avaliar em que medida e direção as prioridades valorativas das pessoas e suas características demográficas podem contribuir para entender tal percepção e se esta influencia a escolha do lugar onde as pessoas desejariam morrer, se tivessem a chance de escolher.

5.2. Método

5.2.1. Delineamento e Hipóteses

Esta pesquisa foi de natureza correlacional, de tipo *ex post facto*. Principalmente com ênfase psicometrista, procurando adaptar a medida de morte digna para o contexto brasileiro. Entretanto, procura ainda conhecer em que medida os valores (variáveis antecedentes) se correlacionam ou explicam a variabilidade de resposta nos componentes resultantes da referida medida (variáveis critérios).

5.2.2. Participantes

Participaram desta pesquisa 200 estudantes de cursos de Medicina de Porto Velho (RO), matriculados em instituições de ensino privadas (76,5%) ou públicas (23,5%). Tais participantes tinham idade média de 25,5 anos ($dp = 4,52$, amplitude de 19 a 44), sendo a maioria do sexo masculino (52,5%), solteira (82%), coabitando com pai e mãe (36%) ou sozinha (21,5%), residindo em área urbana (99,5%) e sem trabalho formal (86%). Esses estudantes, predominantemente, percebiam seu estado geral de saúde como *excelente* (43,5%) ou *bom* (50%), com média de 4,37 ($dp = 0,62$, amplitude de 1 = *Péssima* a 5 = *Excelente*). Comparando essa média com a pontuação mediana teórica da escala de resposta (3), percebe-se que estes participantes têm avaliação positiva de seu estado de saúde [$t(199) = 31,16$, $p < 0,001$]. Esse dado foi corroborado quando 99,5% informaram que não apresentavam qualquer doença que implique cuidados especiais. Finalmente, quando demandados a indicar onde gostariam de morrer, apresentadas duas possibilidades, cerca de $\frac{3}{4}$ indicaram em *casa* (74,7%) e o $\frac{1}{4}$ restante mencionou em *hospital* (25,3%).

5.2.3. Instrumentos

Os participantes receberam um livreto contendo os seguintes instrumentos:

Escala de Percepção de Morte Digna (EPMD). Este instrumento foi originalmente elaborado em língua japonesa por Miyashita, Sanjo, Morita, Hirai e Uchitomi (2007), os quais apresentaram também sua versão em inglês. Segundo esses autores, compunha-se de 58 itens derivados de um estudo qualitativo prévio e revisão da literatura. Esses itens foram avaliados em termos de sua importância relativa para contribuir com a morte digna no contexto japonês do cuidado de câncer, empregando-se uma escala de resposta de 7 pontos, tipo Likert, variando de 1 (*Totalmente desnecessário*) a 7 (*Totalmente necessário*). Pautados em resultados de análise de componentes principais e consistência interna (alfa de Cronbach, α), os autores identificaram 18 componentes ou domínios cujos α variaram de 0,49 (*Morte natural*; dois itens) a 0,88 (*Relação boa com a família*; seis itens), com valor médio de 0,75.

Com o fim de adaptar esse instrumento para o contexto brasileiro, solicitou-se previamente a autorização de seu autor principal, Dr. M. Miyashita (*University of Tokio*), que expressou sua concordância e encaminhou sua versão em inglês (Anexo I). Três médicos brasileiros bilíngues, dois dos quais com mais de cinco anos residindo nos Estados Unidos, realizaram traduções independentes desse instrumento do inglês para o português; uma

tradutora juramentada comparou as três traduções, indicando para cada item a tradução mais adequada. Finalmente, um pesquisador de Psicologia revisou as traduções, considerando a adequação de cada item de acordo com seu fator teórico de pertença. Isso permitiu contar com a versão brasileira desse instrumento (Anexo II), que foi discutida por duas médicas com mais de 25 anos de experiência profissional, avaliando suas validades *aparente* e *semântica*, que foram referendadas.

Questionário dos Valores Básicos. Este instrumento foi elaborado com base no modelo teórico proposto por Gouveia (2003), sendo composto por 18 itens correspondentes a valores específicos (Anexo III). Por exemplo, *conhecimento* (*Procurar notícias atualizadas sobre assuntos pouco conhecidos; tentar descobrir coisas novas sobre o mundo*) e *poder* (*Ter poder para influenciar os outros e controlar decisões; ser o chefe de uma equipe*). Esses itens são organizados em seis subfunções valorativas, como seguem: *experimentação* (emoção, prazer e sexualidade), *realização* (êxito, poder e prestígio), *existência* (estabilidade pessoal, saúde e sobrevivência), *suprapessoal* (beleza, conhecimento e maturidade), *interativa* (afetividade, apoio social e convivência) e *normativa* (obediência, religiosidade e tradição). Os itens são respondidos em escala de sete pontos, que variam de **1** (*Totalmente não importante*) a **7** (*Extremamente importante*), devendo o participante indicar a importância que cada valor tem como princípio-guia em sua vida. Evidências acerca da validade fatorial e consistência interna desse instrumento estão disponíveis no contexto brasileiro (Gouveia, Milfont, Fischer & Santos, 2008).

Questionário Demográfico. Elaboraram-se nove perguntas cujo propósito principal foi conhecer os participantes do estudo, descrevendo-os. No caso, perguntou-se sobre sexo, idade, estado civil, com quem coabita, localização da residência (rural ou urbana), situação laboral (trabalha ou está desempregado), auto-avaliação acerca do estado geral de saúde (medido em escala de cinco pontos, variando de **1** = *Péssimo* a **5** = *Excelente*), local onde gostaria de morrer (hospital ou casa, justificando a resposta) e o significado que o participante atribui à morte (Anexo IV).

5.2.4. Procedimento

A coleta de dados foi realizada em contexto coletivo de sala de aula ou em hospital da rede pública de Porto Velho (RO), porém a participação foi individual. No primeiro caso, uma vez obtidas as autorizações dos coordenadores dos cursos de Medicina de uma instituição

pública e outra privada, procedeu-se à coleta dos dados. Especificamente, duas pesquisadoras se apresentaram, solicitando a colaboração voluntária dos presentes, indicando que não era necessário se identificar, pois a pesquisa tinha caráter anônimo e confidencial. No segundo, as mesmas pesquisadoras se apresentaram ao diretor clínico de hospital infantil e ao chefe de Serviço de Clínica Médica de hospital geral, solicitando a permissão para contar com a participação dos estudantes que faziam treinamento acadêmico. Estes também foram informados acerca da participação voluntária, indicando que não seria necessário se identificar. A todos foi solicitado que assinassem previamente um *termo de consentimento livre e esclarecido* (Anexo V), expressando seu acordo em participar do estudo, salientando que poderiam deixá-lo a qualquer momento sem que houvesse penalização. Em média, a participação dos estudantes levou aproximadamente 30 minutos para ser concluída. O projeto correspondente foi submetido ao Comitê de Ética das Faculdades Integradas Aparício Carvalho (Anexo VI), recebendo parecer favorável no dia 26 de março de 2010 (Proc. CAAE nº 0014.0.382.000-10).

5.2.5. *Análise de Dados*

O programa *PASW 18* foi empregado para tabulação e análise de dados. Além de estatísticas descritivas (distribuição de frequência, medidas de tendência central e dispersão), calcularam-se o poder discriminativo dos itens (*MANOVA*, com testes *t de Student* para comparar grupos inferior e superior, segundo o critério da mediana), análise de componentes principais, avaliando a adequação da matriz de correlações inter-itens (*KMO* e *Teste de Esfericidade de Bartlett*) e checando diferentes critérios de extração: valor próprio superior a 1 (*Critério de Kaiser*), distribuição gráfica dos valores próprios ou *scree test* (*Critério de Cattell*) e análise paralela (*Critério de Horn*). Computaram-se ainda a homogeneidade dos itens (correlação item-total corrigida) e consistência interna dos componentes (alfas de Cronbach). Finalmente, obtiveram-se coeficientes de correlação de Pearson entre as subfunções valorativas e os componentes da medida de morte digna.

5.3. *Resultados*

Com o propósito estritamente didático, procurou-se organizar os resultados deste estudo em duas partes principais: (1) análise dos itens e evidências psicométricas da escala e (2) correlatos valorativos e demográficos da percepção de morte digna. Lembrando, a

primeira parte é central nesta tese, pois permitirá embasar o próximo estudo e oferecerá uma medida específica sobre o construto *percepção de morte digna*, dando possibilidade de conhecer seus antecedentes e consequentes na realidade brasileira. A segunda parte compreende mais uma análise exploratória acerca do papel dos valores como explicadores da percepção de morte digna; também procura avaliar a contribuição de indicadores demográficos nesse contexto.

5.3.1. Evidências Psicométricas da Medida de Percepção de Morte Digna

Procura-se a seguir apresentar os resultados em duas seções específicas, respeitando-se uma sequência coerente das análises. Portanto, primeiro são tratados os itens individualmente, considerando seu poder discriminativo, e logo o conjunto de itens remanescentes, isto é, aqueles que se mostraram adequados em função da análise prévia. A partir de então, são realizadas as análises para identificar a estrutura fatorial da escala mais adequada no contexto brasileiro, calculando-se a consistência interna dos componentes observados.

5.3.1.1. Análise dos Itens

O primeiro passo foi conhecer a adequação do conjunto de itens da *Escala de Percepção de Morte Digna*. Embora seus autores tenham realizado análises qualitativa (Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo & Uchitomi, 2006) e quantitativa (Miyashita, Sanjo, Morita & Uchitomi, 2007) para derivar os itens e identificar os componentes a que pertenciam, não se observou qualquer tentativa de avaliar quantitativamente o poder discriminativo dos itens, isto é, estabelecer sua capacidade de diferenciar pessoas mas próximas no construto de interesse (percepção de morte digna). Nesse sentido, decidiu-se na oportunidade comprovar esse parâmetro dos itens.

Tem-se considerado o poder discriminativo dos itens como um recurso necessário para evitar tratar com informações ambíguas ou desnecessárias, que resultam em baixa variabilidade de resposta e, por isso, menor possibilidade de comparar as pessoas (Pasquali, 2003). Nesse marco, empregam-se diferentes critérios para definir os grupos inferiores e superiores e, a partir deles, avaliar a adequação de cada item. Por exemplo, podem-se defini-los em função de algum critério *externo* (estabelecido a partir de conhecimento de perito ou

tratamento experimental) ou *interno* (definido de acordo com o desempenho dos participantes no instrumento). Esse último tem se mostrado menos oneroso e mais eficaz, sendo aqui considerado. Nesse caso, podem-se considerar grupos formados em função dos terços ou quartos inferior e superior, porém essa estratégia é contrária ao sentido do poder discriminativo, já que não se diferenciam grupos próximos, mas extremos. O critério da mediana parece mais apropriado, considerando os participantes acima e abaixo desse valor. Esse foi o critério adotado no presente estudo.

As respostas dos participantes para os 58 itens da *Escala de Percepção de Morte Digna* foram somadas, calculando-se uma pontuação total para cada um. Posteriormente, identificou-se a mediana dessa pontuação (336), definindo-se com isso os participantes dos grupos *inferior* (pontuações entre 170 e 335) e *superior* (pontuações entre 337 e 406). Comumente, procede-se então à comparação das pontuações médias de cada grupo, empregando-se testes *t de Student*. Embora essa estratégia atenda ao propósito do tipo de análise em pauta, não permite ter uma visão geral acerca da adequação do conjunto de itens. Portanto, decidiu-se empreender uma análise prévia e complementar, isto é, fez-se uma análise de variância multivariada (*MANOVA*), definindo como antecedentes os grupos-critério e como variáveis de dependente (critério, de desfecho) os 58 itens da medida avaliada. Os resultados dessa análise revelaram a adequação do conjunto de itens [Lambda de Wilks = 0,24, $F(58, 136) = 7,34$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,76$].

Considerando os 58 itens um a um, comparando as médias dos participantes segundo seu grupo de pertença (inferior ou superior), constatou-se que todos discriminaram na direção esperada (maior pontuação do grupo superior), sendo as diferenças estatisticamente significativas. Os três itens menos discriminativos foram os seguintes (constam entre parênteses o valor do teste *t*, o nível de significância e as médias dos grupos inferior e superior, respectivamente): *Item 9. Desfrutar tempo suficiente com a família* ($t = 2,42$, $p = 0,017$, $m_i = 6,3$ e $m_s = 6,7$); *Item 6. Contar com pessoas que possam ouvi-lo(a)* ($t = 2,66$, $p = 0,009$, $m_i = 5,9$ e $m_s = 6,4$); e *Item 1. A família estar preparada para a morte do indivíduo* ($t = 2,95$, $p = 0,004$, $m_i = 5,4$ e $m_s = 6,0$). Os itens mais discriminativos foram os seguintes: *Item 23. Não receber pena (compaixão) dos demais* ($t = 7,04$, $p < 0,001$, $m_i = 3,4$ e $m_s = 5,3$); *Item 29. Não trazer problemas para os demais* ($t = 7,04$, $p < 0,001$, $m_i = 4,7$ e $m_s = 6,2$); e *Item 42. Ser respeitado por seus próprios valores* ($t = 6,86$, $p < 0,001$, $m_i = 6,2$ e $m_s = 6,8$). Uma lista completa dos itens, com seus respectivos indicadores de poder discriminativo, pode ser encontrada no Anexo VII.

Em resumo, o conjunto de itens da *EPMD* pode ser considerado adequado para discriminar pessoas com magnitudes próximas quanto à percepção do que representa uma morte digna. Contudo, essa etapa da análise não assegura a qualidade da medida em si, assim como não oferece qualquer indicação de evidência de sua validade fatorial e consistência interna. Esses aspectos são avaliados a seguir.

5.3.1.2. *Parâmetros Psicométricos*

É importante ressaltar que este foi o primeiro estudo no contexto brasileiro para adaptação da *Escala de Percepção de Morte Digna*. Portanto, nenhuma informação era até então conhecida sobre sua estrutura fatorial e consistência interna, sugerindo adotar abordagem mais exploratória para conhecer como essa medida poderia funcionar no país. Desse modo, o primeiro passo foi identificar e descrever sua estrutura fatorial, passando em seguida a calcular indicadores de consistência interna dos componentes resultantes.

5.3.1.2.1. *Evidências de Validade Fatorial*

Inicialmente, procurou-se conhecer a adequação de ser realizada uma análise fatorial com a matriz de inter-correlações dos itens da escala. Nesse caso, consideraram-se dois critérios: *KMO* (Kaiser-Mayer-Olkin) e *Teste de Esfericidade de Bartlett* (Tabachnick & Fidell, 2007). O *KMO* é um indicador de adequação da amostra de itens do estudo, expressando em que medida a correlação entre cada par de variáveis pode ser explicada pelas demais que compõem o instrumento analisado; este varia de 0 a 1, sendo aceitos valores a partir de 0,60 como indicadores da adequação de ser realizada uma análise fatorial. No caso do *Teste de Esfericidade de Bartlett*, testa a hipótese de que a matriz de correlação inter-itens seja de identidade e, as variáveis não estejam fortemente correlacionadas entre si, formando uma esfera. Diferente do *KMO*, que não apresenta um teste estatístico para tomada de decisão, esse último, sim, o tem; trata-se de um teste de qui-quadrado (χ^2), aceitando-se como adequada a probabilidade inferior a 5% de que a matriz de correlações compreenda uma matriz de identidade ($p < 0,05$). Os resultados a respeito apoiaram a adequação de ser realizada uma análise fatorial: *KMO* = 0,81 e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, χ^2 (1.653) = 5.636,61, $p < 0,001$.

Decidido que poderia ser realizada uma análise fatorial, o passo seguinte foi definir o tipo. Nesse caso, tomou-se em conta o estudo quantitativo em que seus autores realizaram o mesmo tipo de análise; especificamente, eles optaram pela *análise de componentes principais*, tendo essa decisão sido seguida no presente estudo. Tomando em conta o *Critério de Kaiser* (valor próprio superior a 1), identificaram-se 15 componentes: 11,19, 4,24, 3,63, 2,78, 2,30, 2,00, 1,75, 1,61, 1,58, 1,53, 1,40, 1,33, 1,17, 1,11 e 1,06. Estes explicaram conjuntamente 66,7% da variância total das respostas para os itens da escala. Contudo, uma solução mais parcimoniosa pareceu evidente em função do *Critério de Cattell* (distribuição gráfica dos valores próprios), conforme a Figura 2.

De acordo com essa figura, tomando como referência o “cotovelo” da curva ou ponto a partir do qual os valores próprios praticamente não se diferenciam entre si, apresentando-se como paralelos ao eixo das abscissas, parecem plausíveis seis ou sete componentes. Procurando dirimir qualquer dúvida a esse respeito, optou-se por considerar um critério mais robusto, denominado análise paralela ou propriamente *Critério de Horn* (Hayton, Allen & Scarpello, 2004). Tomaram-se como referência, então, os parâmetros do bando de dados empíricos (200 participantes e 58 itens), efetuando-se 1.000 simulações; os 15 valores próprios médios simulados foram como se descrevem: 2,24, 2,12, 2,03, 1,96, 1,89, 1,82, 1,76, 1,71, 1,66, 1,61, 1,56, 1,51, 1,47, 1,43 e 1,39. Quando esses valores foram comparados com aqueles observados, resultados deste estudo, percebeu-se que unicamente seis componentes devem ser extraídos, uma vez que a partir do sétimo componente o valor próprio simulado (1,76) é superior ao observado (1,75).

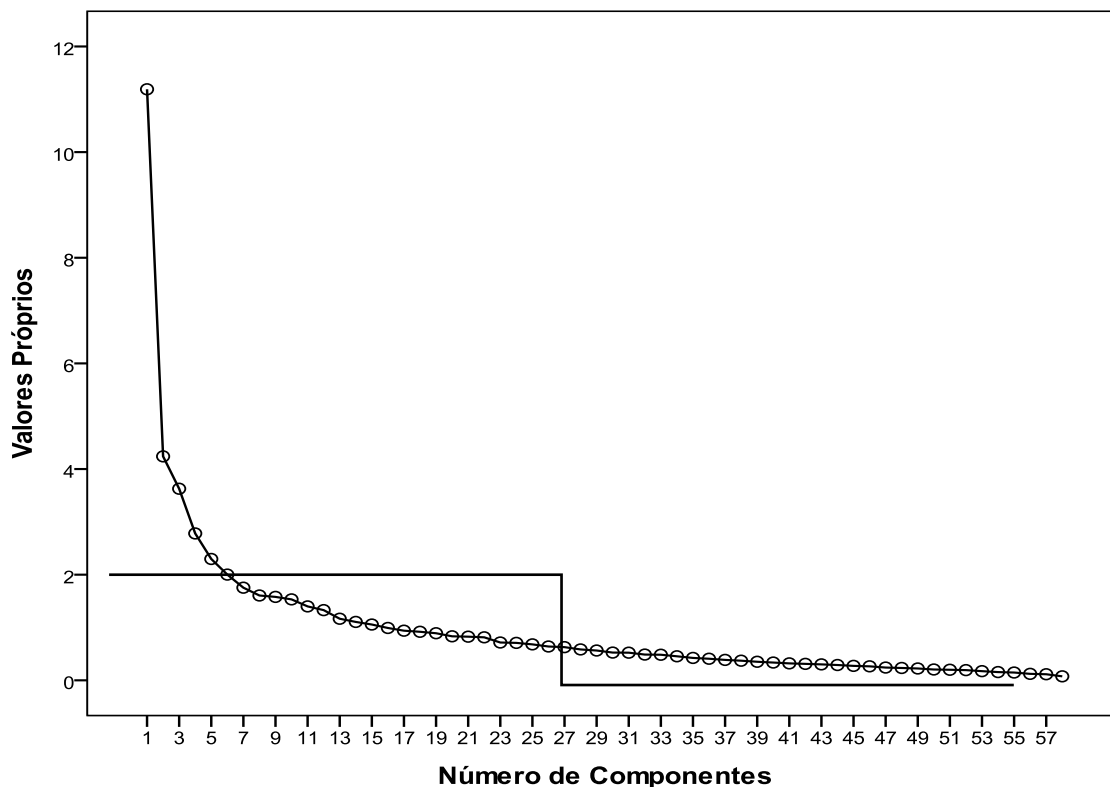


Figura 2. Distribuição Gráfica dos Valores Próprios

Segundo os resultados previamente descritos, é pertinente fixar a extração de unicamente seis componentes. Portanto, esse procedimento foi empregado, adotando-se, coerentemente com o estudo original, o método de *componentes principais* e rotação *promax*. Os seis fatores explicaram conjuntamente 45,1% da variância total. Dois critérios foram considerados para definir o componente de pertença de cada item, primando-se por uma *estrutura simples* (máxima saturação do item em um único componente): (a) carga fatorial superior a $|0,35|$ em um único componente e (b) semântica congruente com o conteúdo do componente. Na Tabela 1 é apresentada a estrutura fatorial resultante, indicando-se o número de itens por componentes, seu valor próprio e a porcentagem de variância total explicada. É importante ter em conta que nessa tabela aparecem unicamente os itens que definem cada componente; as informações completas a respeito podem ser encontradas no Anexo VIII.

Tabela 1. Estrutura Fatorial da Escala de Percepção de Morte Digna

Itens Abreviados	Componentes						h ²
	I	II	III	IV	V	VI	
57. Viver positivamente	0,84	-0,13	0,00	0,00	0,10	-0,04	0,89
55. Viver em circunstâncias tranquilas	0,77	0,10	-0,11	-0,04	0,06	-0,11	0,85
58. Viver tanto tempo quanto seja possível	0,76	-0,19	0,07	-0,02	-0,10	-0,01	0,63
53. Viver com esperança	0,74	-0,12	0,19	-0,04	-0,11	0,23	0,66
54. Viver como se estivesse em casa	0,71	0,19	-0,19	0,04	0,04	0,04	0,59
56. Viver normalmente, sem pensar na morte	0,69	-0,13	-0,04	0,05	-0,04	-0,08	0,51
44. Ter a sensação de que vale a pena viver	0,52	0,03	0,14	0,03	-0,05	-0,11	0,31
31. Reconciliar-se com as pessoas	-0,09	0,79	-0,07	-0,01	-0,11	0,01	0,65
34. Sentir que a vida está se completando	0,02	0,72	-0,16	0,09	-0,00	-0,11	0,56
32. Saber o que esperar da sua condição no futuro	-0,17	0,72	0,13	-0,15	-0,08	0,22	0,64
49. Ter médico com quem conversar sobre morte	-0,03	0,65	-0,06	-0,05	0,07	0,22	0,48
33. Sentir gratidão pelas pessoas	0,12	0,60	0,11	-0,11	-0,02	-0,03	0,40
30. Receber cuidados do mesmo médico	-0,13	0,54	0,14	-0,01	0,09	0,18	0,37
50. Ter enfermeira com quem me sinta confortável	0,02	0,52	-0,04	-0,05	0,14	0,15	0,32
37. Ser capaz de estar no lugar preferido	0,24	0,42	0,08	0,03	-0,02	-0,32	0,34
36. Sentir-se protegido por um Ser Superior	0,10	0,41	0,04	0,17	0,10	-0,34	0,33
35. Sentir que pode contribuir com os outros	0,08	0,37	0,24	0,02	0,03	-0,27	0,28
40. Ser independente em atividades diárias	-0,04	0,02	0,92	-0,09	-0,06	0,03	0,86
39. Ser capaz de se alimentar sozinho	-0,04	0,09	0,86	-0,13	0,01	0,07	0,77
41. Ser mentalmente capaz de tomar decisões	0,19	-0,12	0,83	-0,08	-0,04	0,08	0,75
21. Não demonstrar à família sua fraqueza	-0,01	-0,17	0,57	0,21	0,11	0,10	0,42
42. Ser respeitado por seus próprios valores	0,20	0,11	0,56	-0,11	0,03	-0,10	0,39
22. Não mudar sua aparência	-0,09	0,14	0,49	0,23	0,05	0,08	0,33
26. Não ser um fardo para membros da família	0,06	-0,24	0,07	0,82	0,10	0,02	0,75
25. Não ser tratado como objeto ou criança	0,06	-0,26	-0,00	0,81	0,08	-0,06	0,74
27. Não ter pesar em relação à morte	0,13	0,03	-0,21	0,80	-0,13	0,12	0,73
28. Não ter preocupações financeiras	0,16	0,05	-0,17	0,71	-0,02	0,03	0,56
24. Não ser dependente de equipamentos médicos	-0,16	0,05	0,22	0,62	0,02	0,08	0,47
15. Inexistência de pesar da família	-0,16	0,20	-0,14	0,55	0,03	0,04	0,39
29. Não trazer problemas para os demais	0,05	0,06	0,19	0,52	-0,09	-0,09	0,32
05. Contar com apoio familiar	-0,23	-0,03	0,14	0,03	0,73	-0,13	0,62
13. Estar livre de dores e desconfortos físicos	0,13	-0,31	0,22	-0,02	0,67	0,12	0,63
06. Contar com pessoas que possam ouvi-lo	-0,21	-0,08	0,05	0,10	0,67	-0,10	0,52
02. Família seguirá bem após a morte da pessoa	0,04	-0,03	-0,04	-0,04	0,67	0,14	0,47
03. Foram utilizados os tratamentos disponíveis	0,05	0,09	-0,15	0,02	0,65	0,10	0,47
01. A família estar preparada para a morte	0,03	0,03	-0,15	-0,01	0,63	0,19	0,46
12. Estar calmo, relaxado	0,22	0,09	-0,14	-0,09	0,53	0,24	0,42
09. Desfrutar tempo suficiente com a família	-0,19	0,20	0,13	-0,07	0,49	-0,14	0,36
11. Dizer adeus às pessoas queridas	0,05	0,16	0,06	-0,07	0,24	0,56	0,41
04. Saber quanto tempo de vida restará	-0,21	0,28	-0,01	-0,14	0,10	0,56	0,43
07. Controlar tempo de vida (e.g., eutanásia)	-0,14	0,05	0,14	0,15	-0,07	0,52	0,34
14. Estar preparado para morrer	0,16	0,01	-0,16	0,12	0,28	0,39	0,30
Número de Itens	7	10	6	7	8	4	
Valor Próprio	11,19	4,24	3,63	2,78	2,30	2,00	
% Variância Explicada	19,3	7,3	6,2	4,8	4,0	3,5	

Notas: Os itens em negrito indicam o fator a que pertencem.

De acordo com esta tabela, cada um dos seis componentes reúne ao menos quatro itens, com contribuições para a variância total entre 3,5 e 19,3%. Procura-se a seguir definir cada um dos componentes, considerando para tanto seu conteúdo e a estrutura fatorial descrita pelos proponentes da escala:

Componente I. Este reuniu sete itens cujas saturações variaram de 0,52 (*Item 44. Ter a sensação de que vale a pena viver*) a 0,84 (*Item 57. Viver positivamente*). Seu valor próprio foi 11,19, explicando 19,3% da variância total. Segundo a leitura dos itens, são destacados aspectos como viver positiva e tranquilamente, com esperança e tendo a sensação de que vale a pena viver. Portanto, parece coerente defini-lo como *manutenção da esperança e do prazer*.

Componente II. Dez itens representaram este componente, cujas saturações variaram de 0,37 (*Item 35. Sentir que pode contribuir com os outros*) a 0,79 (*Item 31. Reconciliar-se com as pessoas*). Esse apresentou valor próprio de 4,24, contribuindo com 7,3% de explicação da variância total. No conjunto, seus itens expressam uma preocupação com as relações interpessoais, principalmente com as pessoas com as quais o indivíduo precisa lidar no contexto da sua enfermidade. Nesse sentido, pode-se defini-lo como expressando *boa relação com a equipe profissional de saúde*.

Componente III. Este agrupou seis itens, que apresentaram saturações entre 0,49 (*Item 22. Não mudar sua aparência*) e 0,92 (*Item 40. Ser independente em atividades diárias*). Seu valor próprio se situou em 3,63, correspondendo à explicação de 6,2% da variância total. Seus itens indicam a preocupação em ser independente, poder se alimentar e cuidar sozinho, não demonstrando fraqueza e sendo capaz de tomar decisões. Desse modo, pode-se denominá-lo de *controle físico e cognitivo*.

Componente IV. Sete itens foram reunidos neste componente, apresentando saturações variando de 0,52 (*Item 29. Não trazer problemas para os demais*) a 0,82 (*Item 26. Não ser um fardo para membros da família*). Esse apresentou valor próprio de 2,78, explicando 4,8% da variância total. Seus itens retratam aspectos como não ser dependente de equipamentos, não trazer problemas para os demais, não ser um fardo para os membros da família e não ser tratado como objeto. Nesse sentido, pode ser adequadamente nomeado como *não ser um fardo para os demais*.

Componente V. Este concentrou um total de oito itens, cujas saturações se situaram entre 0,49 (*Item 9. Desfrutar tempo suficiente com a família*) e 0,73 (*Item 5. Contar com apoio familiar*). O valor próprio desse componente foi 2,30, correspondendo à explicação de 4% da variância total. Tais itens enfatizaram ter apoio familiar, contar com pessoas que possam ouvi-lo, a família estar preparada para a morte e desfrutar tempo com a família. Portanto, parece chave o aspecto da presença da família, assegurando o conforto e o desfrute

do convívio. Dessa forma, pensou-se denominar esse componente como *boas relações com a família*.

Componente VI. Este último componente foi formado por quatro itens, que apresentaram saturações variando de 0,39 (*Item 14. Estar preparado para morrer*) a 0,56 (*Item 11. Dizer adeus às pessoas queridas*). Seu valor próprio foi de 2, contribuindo com a explicação de 3,5% da variância total. Considerando o conteúdo de seus itens, que versaram sobre conhecer o tempo que resta de vida, controle do tempo de vida, estar preparado para morrer e, sobretudo, poder dizer adeus às pessoas queridas, decidiu-se nomeá-lo como *controle do futuro*.

Apesar de esses seis componentes terem emergido claramente, é importante conhecer em que medida seria possível falar em um construto ou dimensão geral de percepção de morte digna. Nesse sentido, procurou-se computar uma pontuação total média para cada um desses componentes, correlacionando-os entre si. Esses resultados são sumarizados na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2. Correlações Inter-componentes da Percepção de Morte Digna

Componentes					
I					
II	0,40**				
III	0,31**	0,39**			
IV	0,20*	0,25**	0,36**		
V	0,21*	0,40**	0,21*	0,30**	
VI	0,00	0,23*	0,13	0,25**	0,31**
	I	II	III	IV	V
	Componentes				

Notas: * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$ (teste bicaudal).

Como pode ser observado nessa tabela, unicamente o componente VI (*controle do futuro*) não se correlacionou com dois outros componentes: I ($r = 0,00$, $p = 0,97$; *manutenção da esperança e do prazer*) e III ($r = 0,13$, $p = 0,07$; *controle físico e cognitivo*). As demais correlações variaram de 0,21 ($p < 0,01$) a 0,40 ($p < 0,001$), com coeficiente médio de 0,29 ($p < 0,001$). Dessa forma, pareceu viável checar a existência de um componente único de percepção de morte digna, partindo-se do conjunto de 42 itens selecionados. Procedendo a uma *análise de componentes principais*, observou-se que o fator único apresentou valor próprio de 8,34, explicando 19,8% da variância total; seis itens apresentaram saturações inferiores a $|0,35|$: 1, 4, 6, 7, 9 e 14; as demais saturações variaram de 0,36 (*Item 5. Contar*

com apoio familiar) a 0,58 (Item 54. Viver como se estivesse em casa), com valor médio de 0,46.

Em resumo, dos 58 itens representados por meio de 17 componentes originalmente identificados, permaneceram 42, que se agruparam em seis componentes, os quais emergiram com clareza, definindo uma estrutura simples para a medida de percepção de morte digna. Pareceu também viável contar com uma medida formada por 36 itens, avaliando um componente geral de percepção de morte digna. Resta, entretanto, avaliar em que medida tais componentes apresentam evidências de consistência interna, parâmetro que é considerado a seguir.

5.3.1.2.2. Evidências de Consistência Interna

Dois indicadores foram considerados nesta etapa: (a) o coeficiente alfa de Cronbach, que avalia em que medida os itens de uma escala estão coerentemente associados entre si; pode ser também compreendido como o indicador de quão consistente o indivíduo é em suas respostas para um conjunto de itens; este pode ser afetado pelo número de itens do componente, no sentido de quanto menos itens pior poderá ser seu valor, que varia de **0** (consistência nula) a **1** (consistência perfeita); admitem-se valores próximos a 0,60 para fins de pesquisa, embora o ideal seja a partir de 0,70 (Nunnally, 1991; Pasquali, 2003); e (b) a homogeneidade, que é, de fato, um indicador do funcionamento específico de cada item, considerando-se sua correlação com os demais. Esse indicador tem a vantagem de não ser influenciado pelo número de itens, podendo ser expresso como a correlação média item-total corrigida (conjunto dos demais itens). Valores entre 0,20 e 0,30 são recomendáveis (Clark & Watson, 1995), sobretudo com amostras grandes ($n > 100$). Descrevem-se a seguir esses dois indicadores para cada um dos componentes:

Componente I - Manutenção da esperança e do prazer. Este componente apresentou alfa de Cronbach de 0,84; observou-se que não havia qualquer item que pudesse ser eliminado com o fim de aumentá-lo. Quanto à sua homogeneidade (correlação média item-total corrigida), situou-se em 0,40, variando de 0,25 a 0,64.

Componente II - Boa relação com a equipe profissional de saúde. A consistência interna deste componente, medida pelo alfa de Cronbach, foi de 0,82, sendo improvável aumentar esse coeficiente com a eliminação de algum de seus itens. Sua homogeneidade foi de 0,32, com valores específicos variando entre 0,14 e 0,55.

Componente III - Controle físico e cognitivo. Este componente foi o segundo menor, formado por seis itens. Seu alfa de Cronbach foi de 0,79, não aumentando com a retirada de qualquer um desses itens. Quanto à homogeneidade, esta ficou em 0,47, apresentando coeficientes no intervalo de 0,25 a 0,82.

Componente IV - Não ser um fardo para os demais. A consistência interna (alfa de Cronbach) deste componente foi de 0,83, sem possibilidade de aumentá-lo com a retirada de qualquer um dos seus sete itens. A homogeneidade desse componente foi de 0,42, sendo que os valores de correlações item-total variaram de 0,19 a 0,76.

Componente V - Boas relações com a família. Este componente apresentou alfa de Cronbach de 0,79, não sendo viável aumentá-lo com a retirada de qualquer de seus itens. No caso de sua homogeneidade, situou-se em 0,27, com valores variando de 0,21 a 0,34.

Componente VI - Controle do futuro. Este último componente foi o que apresentou o menor número de itens (quatro), tendo consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,60; esta não aumentaria se um de seus itens fosse eliminado. Sua homogeneidade foi de 0,27, sendo os valores específicos situados entre 0,21 e 0,34.

Finalmente, procurou-se avaliar também indicadores de consistência interna do componente geral de percepção de morte digna, formado por 36 itens. Nesse caso, seu alfa de Cronbach foi de 0,89, sendo descartada a possibilidade de aumentá-lo em função da retirada de algum de seus itens. Sua homogeneidade foi de 0,41, apresentando valores específicos no intervalo de 0,26 a 0,50.

Em resumo, parecem adequadas as evidências desse parâmetro psicométrico, isto é, os componentes específicos e o geral da *Escala de Percepção de Morte Digna* reúnem provas de poderem ser utilizados no contexto de pesquisa. Lembrando, excetuando o sexto componente, todos os demais apresentaram alfas de Cronbach acima de 0,70 e homogeneidade de 0,30 ou superior. Porém, inclusive tal componente se mostrou adequado, com valores respectivos de 0,60 e 0,27, justificados em razão do menor número de itens e da natureza do construto. Portanto, todos podem ser empregados para conhecer os correlatos da percepção de morte digna.

5.3.2. Correlatos da Percepção de Morte Digna

Inicialmente, procurou-se conhecer em que medida as pontuações dos participantes deste estudo se diferenciariam quando comparados os seis componentes de percepção da morte digna. Realizando uma análise multivariada da variância (MANOVA) para medidas emparelhadas (interdependentes), constatou-se que existiam diferenças significativas [$\text{Lambda de Wilks} = 0,33$, $F(5, 195) = 77,70$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,67$] entre todos os componentes, como seguem: *Manutenção da esperança e do prazer* ($m = 6,5$, $dp = 0,69$) → *Boas relações com a família* ($m = 6,2$, $dp = 0,80$) → *Boa relação com a equipe profissional de saúde* ($m = 5,9$, $dp = 0,81$) → *Controle físico e cognitivo* ($m = 5,7$, $dp = 0,99$) → *Não ser um fardo para os demais* ($m = 5,2$, $dp = 1,27$) → *Controle do futuro* ($m = 4,8$, $dp = 1,26$). Constata-se, assim, que as pontuações dos participantes nos seis fatores variam não somente em cada um deles, mas entre si também. Resta, não obstante, saber em que medida essa variação pode dever-se aos valores humanos e/ou às suas características demográficas.

5.3.3. Valores como Explicadores

Com o propósito de conhecer algo mais acerca dos participantes deste estudo, o primeiro passo neste tópico foi conhecer suas prioridades valorativas principais. Nesse sentido, compararam-se suas pontuações nas seis subfunções valorativas (MANOVA para medidas interdependentes). Os resultados indicaram diferenças entre algumas subfunções [$\text{Lambda de Wilks} = 0,45$, $F(5, 195) = 48,23$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,55$], como seguem (Tabela 3): *existência* ($m = 6,2$, $dp = 0,90$) → *interativa* ($m = 6,0$, $dp = 0,77$) = *suprapessoal* ($m = 5,8$, $dp = 0,72$) = *normativa* ($m = 5,7$, $dp = 0,98$) → *experimentação* ($m = 5,4$, $dp = 0,90$) = *realização* ($m = 5,2$, $dp = 0,96$). Portanto, os participantes do estudo se caracterizam mais por priorizar valores das subfunções *existência* e *interativa*.

Tabela 3. Correlação dos Valores com os Componentes de Percepção de Morte Digna

Subfunções Valorativas	Estatísticas				Componentes da Percepção de Morte Digna					
	α	$r_{i,t}$	m	dp	I	II	III	IV	V	VI
Experimentação	0,50	0,34	5,4	0,90	0,07	0,17*	0,24**	0,07	0,02	0,07
Realização	0,55	0,38	5,2	0,96	0,08	0,20**	0,23**	0,17*	0,12	0,38***
Existência	0,56	0,37	6,2	0,77	0,18*	0,14*	0,24***	0,07	0,16*	0,13
Suprapessoal	0,34	0,21	5,8	0,72	0,12	0,16*	0,10	0,12	0,03	0,09
Interativa	0,49	0,31	6,0	0,77	0,33***	0,41***	0,28***	0,12	0,24**	0,11
Normativa	0,50	0,32	5,7	0,98	0,34***	0,44***	0,28***	0,24**	0,28***	0,12

Notas: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ (teste bicaudal). α = alfa de Cronbach, $r_{i,t}$ = Homogeneidade, m = Média e dp = Desvio padrão. Identificação dos componentes de percepção de morte digna: **I** = *Manutenção da esperança e do prazer*, **II** = *Boa relação com a equipe profissional de saúde*, **III** = *Controle físico e cognitivo*, **IV** = *Não ser um fardo para os demais*, **V** = *Boas relações com a família* e **VI** = *Controle do futuro*.

No que se refere aos correlatos valorativos dos componentes da percepção de morte digna, procura-se a seguir descrever os achados principais, enfatizando cada componente.

Manutenção da esperança e do prazer. As pontuações neste componente se correlacionaram diretamente com aquelas das subfunções valorativas *existência* ($r = 0,18$, $p < 0,05$), mas, sobretudo, com as das subfunções *interativa* ($r = 0,33$, $p < 0,001$) e *normativa* ($r = 0,34$, $p < 0,001$). Desse modo, pessoas que primam por valores sociais e que têm como princípios-guia a sobrevivência, a saúde e a estabilidade pessoal são mais prováveis de endossar a percepção da morte como digna atrelada à manutenção da esperança e do prazer de viver até o último dia.

Boa relação com a equipe profissional de saúde. Este componente se correlacionou positiva e significativamente com todas as subfunções valorativas, com destaque para *realização* ($r = 0,20$, $p < 0,01$), *interativa* ($r = 0,41$, $p < 0,001$) e, principalmente, *normativa* ($r = 0,44$, $p < 0,001$). Fica assim evidente que a ter boa relação com os profissionais de saúde, a exemplo de médicos e enfermeiros, é fundamental para assegurar uma concepção de morte digna para as pessoas que primam por valores sociais, mas, também para os que têm orientação materialista e pragmática, como refletida nos valores de *realização* (e.g., poder, prestígio) e *normativos* (e.g., obediência, tradição).

Controle físico e cognitivo. Excetuando a subfunção *suprapessoal*, com todas as demais as pontuações neste componente se correlacionaram ($p < 0,01$), sendo que os coeficientes variaram de 0,23 (*realização*) a 0,28 (*interativa*, *normativa*). Portanto, esse

componente não parece se pautar em uma prioridade valorativa específica, sugerindo que esse controle perpassa os princípios-guia da vida das pessoas.

Não ser um fardo para os demais. Duas foram as subfunções valorativas com as quais este componente se correlacionou: *realização* ($r = 0,17, p < 0,05$) e, mais fortemente, *normativa* ($r = 0,24, p < 0,01$). Desse modo, sugere-se que o sentido de não desejar ser um fardo para os demais é mais característico de pessoas que primam por valores que acentuam a orientação materialista, independentemente de a orientação ser pessoal ou social. As pessoas que dão prioridade a esses valores percebem a morte como digna quando sentem que não serão um fardo para os demais, sentindo-se autos-suficientes.

Boas relações com a família. As pontuações neste componente se correlacionaram positivamente com a subfunção *existência* ($r = 0,16, p < 0,05$), embora o tenham feito com maior força com aquelas sociais: *interativa* ($r = 0,24, p < 0,01$) e *normativa* ($r = 0,28, p < 0,001$). Portanto, sugere-se que essa dimensão perceptiva de morte digna caracteriza pessoas que se pautam em valores que acentuam a saúde e a sobrevivência, mas, principalmente, o afeto, a convivência, a tradição e a obediência.

Controle do futuro. Do conjunto das seis subfunções valorativas, este componente se correlacionou unicamente com *realização*, tendo-o feito diretamente ($r = 0,38, p < 0,001$). Indica-se, assim, que a percepção de ter controle do futuro define o conceito de morte digna apenas para pessoas cuja orientação prima por princípios pessoais e materialistas (e.g., êxito, poder).

Por fim, procurou-se correlacionar as pontuações do componente geral da percepção de morte digna com cada uma das subfunções valorativas, tendo sido observados os seguintes resultados (ordem crescente da correlação): *suprapessoal* ($r = 0,17, p < 0,05$), *experimentação* ($r = 0,18, p < 0,05$), *existência* ($r = 0,23, p < 0,01$), *realização* ($r = 0,26, p < 0,001$), *interativa* ($r = 0,40, p < 0,001$) e *normativa* ($r = 0,48, p < 0,001$). Contudo, uma *análise de regressão linear múltipla* (método *stepwise*), considerando a pontuação nesse componente como variável critério e as subfunções como variáveis antecedentes, indicou um modelo explicativo composto unicamente por duas subfunções principais [$R = 0,50$ e $R^2_{ajustado} = 0,24$; $F(2, 197) = 33,08, p < 0,001$]: *normativo* ($\beta = 0,38, t = 4,41, p < 0,001$) e *interativa* ($\beta = 0,17, t = 4,25, p < 0,05$).

Em resumo, parece claro que a percepção dos atributos de morte digna está mais fundamentada em princípios valorativos que acentuam a orientação social das pessoas, como

expressa por meio das subfunções *interativa* e, principalmente, *normativa*. Contudo, há dimensões valorativas específicas que são importantes para explicar a adesão a determinada forma de perceber a morte digna, a exemplo dos valores de *realização*, que são chave para endossar a percepção de *controle do futuro*. Contudo, caberia perguntar qual o papel das diferenças ou características dos indivíduos, isto é, seus dados demográficos. Esses aspectos são considerados a seguir.

5.3.4. Antecedentes Demográficos

Nesta parte foram consideradas cinco variáveis demográficas, três delas transformadas em *dummy*: sexo (**1** = Masculino, **0** = Feminino), idade, estado civil (**1** = Solteiro, **0** = Casado ao menos uma vez), estado autopercebido de saúde (avaliado em escala de cinco pontos, variando de **1** = Péssimo a **5** = Excelente) e lugar onde deseja morrer (**1** = Hospital, **0** = Casa). Tais variáveis foram correlacionadas com as pontuações nos seis componentes de percepção de morte digna, sendo os resultados sumarizados na tabela a seguir.

De acordo com a Tabela 4, unicamente a variável *autopercepção do estado de saúde* se correlacionou com componentes de percepção de morte digna. Especificamente, pessoas com autopercepção indicando melhor estado de saúde pensam ser mais necessário para assegurar uma morte digna a *manutenção da esperança e do prazer* ($r = 0,17, p < 0,05$) e ter uma *boa relação com a equipe profissional de saúde* ($r = 0,24, p < 0,001$).

Tabela 4. Correlatos Demográficos da Percepção de Morte Digna

Variáveis Demográficas	Componentes da Percepção de Morte Digna					
	I	II	III	IV	V	VI
1. Sexo	-0,11	-0,08	-0,03	-0,07	-0,12	0,11
2. Idade	-0,06	-0,04	0,04	-0,08	-0,09	0,03
3. Estado civil	0,01	-0,09	-0,08	-0,02	0,03	-0,09
4. Estado de saúde	0,17*	0,24**	0,09	0,10	0,12	0,07
5. Lugar de morrer	-0,09	0,02	-0,02	-0,02	0,02	0,03
	1	2	3	4	5	6

Notas: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$. Identificação dos componentes de percepção de morte digna: **I** = Manutenção da esperança e do prazer, **II** = Boa relação com a equipe profissional de saúde, **III** = Controle físico e cognitivo, **IV** = Não ser um fardo para os demais, **V** = Boas relações com a família e **VI** = Controle do futuro.

Por fim, embora os componentes da percepção de morte digna não tenham se correlacionado com o lugar onde a pessoa deseja morrer, isto é, no *hospital* ou em *sua própria casa*, considerando os resultados acerca dos correlatos valorativos com tais componentes, estimou-se que poderia ocorrer um efeito de *mediação*. Especificamente, o componente geral de percepção de morte digna poderia influenciar a escolha do lugar onde se deseja morrer, e essa variável teria sua influência na escolha do lugar onde morrer mediada pela importância atribuída à subfunção interativa, que prima por relações mais próximas, apoio social e pertencimento. Portanto, testou-se esse modelo presumível de mediação, como expresso na Figura 3.

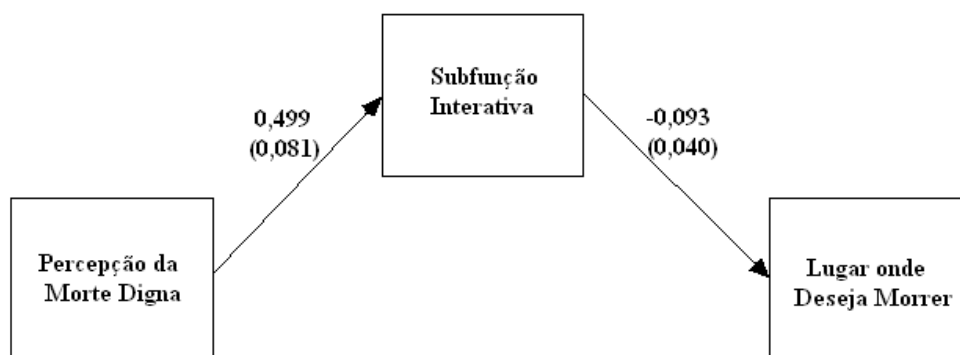


Figura 3. Mediação entre Percepção de Morte Digna e Lugar onde Deseja Morrer

Segundo se observa nesta figura, a percepção de morte digna tem uma influência direta na subfunção valorativa interativa ($B = 0,50$, $t = 6,14$, $p < 0,001$), que, por sua vez, influencia a escolha do lugar onde o indivíduo deseja morrer ($B = -0,09$, $t = 2,34$, $p < 0,05$). O teste de Sobel [$Z = a*b / \sqrt{(b^2*EPa^2 + a^2*EPb^2)}$] corrobora o efeito de mediação (MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West & Sheets, 2002; Shrout & Bolger, 2002), isto é, a influência indireta da percepção de morte digna na escolha do lugar onde morrer, que é mediada pela importância atribuída aos valores interacionais ($Z = 2,18$, $p < 0,05$).

Em resumo, a percepção de morte digna tem pouco a ver com as variáveis demográficas, ou seja, aquelas que caracterizam os participantes. Portanto, possivelmente é mais uma questão das prioridades valorativas das pessoas do que de algum atributo específico, a exemplo do sexo ou da idade.

5.4. Discussão Parcial

Conforme foi anteriormente indicado, o propósito deste primeiro estudo foi, principalmente, adaptar para o contexto brasileiro a *Escala de Percepção de Morte Digna* (EPMD; Miyashita *et al.*, 2007), conhecendo evidências de sua validade fatorial e consistência interna. Procurou-se, ainda, saber se essa percepção poderia ser explicada a partir dos valores humanos e de características demográficas dos participantes, assim como se ela contribuiria para compreender a decisão de escolher a casa ou o hospital como lugar onde morrer. Tais objetivos são a seguir recuperados, procurando-se explicar os achados a partir do que tem sido referido na literatura sobre a temática.

Quanto aos parâmetros psicométricos da EPMD, primeiramente foi realizada uma análise de seus 58 itens, tendo em conta o poder discriminativo de cada um, partindo do critério da mediana (Pasquali, 2003). Avaliados no conjunto, os itens se mostraram discriminativos, com tamanho do efeito tendente a alto (Ferguson, 2009); também individualmente eles mostraram discriminar os grupos com baixa e alta pontuação nessa medida.

Com o fim de conhecer evidências de validade fatorial dessa escala, procedeu-se inicialmente à comprovação da adequação da matriz de correlação inter-itens, constatando-se valores que cumprem recomendações da literatura (Tabachnick & Fidell, 2007). Nesse sentido, justificou-se realizar uma análise fatorial. Embora o critério de Kaiser tenha sugerido a extração de 15 fatores, sabe-se que essa decisão é algo arbitrária, razão que nos levou a optar pelo critério de Horn, tratando com valores próprios simulados, que são comparados com os observados empiricamente (Hayton *et al.*, 2004), quando surgiram seis fatores, reunindo 42 itens, confirmados pelo critério de Cattell: *manutenção da esperança e do prazer, boa relação com a equipe profissional de saúde, controle físico e cognitivo, não ser um fardo para os demais, boas relações com a família e controle do futuro*, que apareceram também em estudos prévios em que essa medida se baseou (Hirai *et al.*, 2006; Miyashita *et al.*, 2007). Portanto, indica-se que esse instrumento reuniu evidências de validade fatorial, permitindo cobrir os fatores principais de percepção de morte digna. Das 15 possíveis correlações inter-fatores, três não foram significativas, porém todas foram positivas; as demais variaram, de 0,21 a 0,40. Nesse sentido, podem ser justificáveis, mas não impedem que se crie uma pontuação total.

Evidências de precisão (consistência interna) dos fatores da *EPMD* foram avaliadas por meio de dois critérios: alfa de Cronbach e correlação média item-total, este ponderando a limitação de o primeiro ser influenciado pelo número de itens. Apesar de ser recomendável alfa de Cronbach mínimo de 0,70 (Nunnally, 1991), essa exigência é muito mais com relação ao diagnóstico; em uso para pesquisa, valores próximos a 0,60 ou superiores são aceitáveis (Peterson, 1994). Os achados corroboram, portanto, evidências desse parâmetro; os valores desse coeficiente variaram de 0,60 a 0,84, com valor médio de 0,78. Corrobora esse achado o fato de a homogeneidade ter se situado entre 0,27 e 0,47, com valor médio de 0,36; lembrando, coeficientes entre 0,20 e 0,30 sugerem adequação desse parâmetro (Clark & Watson, 1995).

Conhecidas as evidências de validade e precisão da *EPMD*, procurou-se conhecer a importância de seus fatores, tendo se destacado *manutenção da esperança e do prazer e boas relações com a família* como os mais preponderantes para definir uma morte digna. Isso parece congruente com a faixa etária dos pesquisados, jovens estudantes universitários, que primam, acima de tudo, pelo prazer; é também congruente com a orientação cultural das pessoas do contexto da pesquisa, classificada como eminentemente coletivista (Hofstede *et al.*, 2010). Nessa direção, as subfunções valorativas *normativa* e *interativa* foram preponderantes para explicar a pontuação total de morte digna; esta última, há que destacar, foi considerada também uma das mais importantes como princípio-guia na vida desses jovens, o que parece coerente em razão da fase que vivem, geralmente procurando constituir parceiro(a) (Gouveia *et al.*, 2011).

Quanto à influência das variáveis demográficas em relação aos fatores de morte digna, a autopercepção do *estado de saúde* do próprio respondente foi a única relacionada com *boa relação com a equipe profissional de saúde e manutenção da esperança e do prazer*. Não existia qualquer conjectura a respeito dessa relação; talvez isso indique que pessoas que se consideram sadias, olhando pela ótica do formando na área médica, acentuem a importância de ter em conta esses profissionais, mas, também em razão de sua condição de jovens e sadios, considerem relevante seguir desfrutando de condições favoráveis à cura, desfrutando de uma vida de prazer. Contudo, será preciso realizar estudos futuros que permitam dirimir dúvidas a respeito, talvez empreendendo entrevistas abertas ou semi-estruturadas.

Finalmente, como nenhum estudo prévio foi encontrado sobre a relação entre percepção de morte digna, valores e preferência do lugar onde morrer, empreendeu-se um

esforço exploratório nesse sentido. Comprovou-se, a propósito, que a subfunção *interativa* pode mediar o efeito dessa percepção em relação ao lugar escolhido para morrer, evitando-se o hospital. Dito de outro modo, os jovens que concebem a morte digna a partir dos fatores listados, destacando a manutenção da esperança, as boas relações com familiares e médicos, por exemplo, pautam-se por valores da subfunção *interativa* e, conseqüentemente, preferem morrer em casa. Essa é uma concepção congruente com quem dá importância a tais valores, preferindo o contexto mais pessoal, compartilhando os afetos, prazeres e desprazeres com pessoas próximas (Gouveia, 2003; Gouveia *et al.*, 2011). Como ocorreu em culturas latinas e coletivistas, esses jovens, no geral, preferiram a casa como local onde gostariam de morrer (Beccaro *et al.*, 2006; Tang *et al.*, 2005).

Em resumo, o conjunto de 42 itens da *Escala de Percepção de Morte Digna* parece adequado de se ter em conta. Esses podem representar seis fatores, que são equivalentes aos observados na literatura como primários (Miyashita *et al.*, 2007), reunindo evidências de precisão. Além disso, essa medida permitiu, pela primeira vez, conhecer os correlatos valorativos de morte digna e escolha do lugar onde morrer entre estudantes de Medicina, futuros médicos. Resta, entretanto, conhecer o que ocorre com esse grupo especificamente, o que nos animou a realizar um segundo estudo, descrito a seguir.

6.1. Introdução

Previamente, no *Estudo 1*, procurou-se conhecer evidências de *validade fatorial* e consistência interna da medida de percepção de morte digna. Além disso, levantaram-se seus correlatos valorativos e demográficos. O presente estudo replica e amplia o anterior. Especificamente, centra-se na população médica, introduzindo variáveis relacionadas com o contexto pessoal e laboral, como podem ser a medida de fadiga e as informações acerca do tipo de trabalho, o número de atividades, as horas trabalhadas e os atendimentos de urgência e plantão.

A ênfase deste segundo estudo segue sendo a qualidade do morrer, isto é, conhecer qual o contexto mais ameno em que a morte se faz menos dolorosa para as pessoas. Como o médico é um dos profissionais que mais têm convivido de perto com a morte, parece crucial compreender sua percepção e o que pode afetá-la, fazendo com que escolha um ou outro lugar onde gostaria de morrer. No caso, pareceu relevante não apenas considerar seus atributos pessoais (valores, fadiga), mas também aqueles próprios de seu contexto de trabalho. Apesar da relativa homogeneidade da formação do médico, a variação das condições de trabalho tem sido apreciável (Carneiro & Gouveia, 2004). Portanto, faz-se necessário tê-las em conta.

6.2. Método

6.2.1. Delineamento e Hipóteses

Tratou-se de uma pesquisa *descritiva* e *quantitativa*. *Descritiva* no sentido de contar com um questionário destinado a levantar condições de formação, atuação profissional, saúde em geral dos médicos, e também conhecer suas opiniões e percepções quanto aos atributos de *morte digna* e onde desejariam morrer. *Quantitativa* no que diz respeito ao procedimento de coleta de dados, realizado a partir de perguntas fechadas, com escalas de resposta pre-determinadas. Esta pesquisa apresentou um delineamento *ex post facto*, de natureza correlacional; não foram manipuladas quaisquer variáveis, mas observadas as respostas dos participantes para questões apresentadas em momento específico, procurando conhecer seus correlatos. No caso, consideraram-se como variáveis-critério os fatores de percepção de morte digna; os valores humanos, a medida de fadiga e as informações demográfico-laborais foram tratados como variáveis preditoras ou antecedentes. Segundo os resultados do estudo anterior, formularam-se as quatro seguintes hipóteses alternativas:

Hipótese 1. Os participantes apresentarão maior pontuação no fator de percepção de morte digna intitulado *manutenção da esperança e do prazer*.

Provavelmente, essa seja a dimensão que revela o sentido de existir. Enquanto há alguma esperança e a pessoa encontra prazer em viver, possivelmente a vida vale a pena. Nesse sentido, vive-se os últimos dias ou se morre com dignidade quando é possível experimentar essas sensações ou seguir percebendo que viver vale a pena, que existe esperança e que a vida representa um instante de prazer.

Hipótese 2. Os participantes apresentarão a segunda maior pontuação no fator de percepção de morte digna intitulado *boas relações com os familiares*.

Partindo dos resultados do *Estudo 1* e, sobretudo, tendo em conta a faixa etária dos médicos, geralmente acima de 25 anos, e a cultura coletivista que caracteriza as pessoas vivendo na região Norte do Brasil (Hofstede, Hilal, Malvezzi, Tanure & Vinken, 2010), esperar-se-ia que as relações com as pessoas próximas, principalmente com os familiares, fossem consideradas vitais. Isso pode ser ainda mais preponderante no contexto em que a pessoa se sente desamparada, na iminência da morte.

Hipótese 3. As pontuações dos participantes nas subfunções valorativas de orientação pessoal (*experimentação e realização*) se correlacionarão diretamente com a pontuação no fator de percepção de morte digna intitulado *controle físico e cognitivo*.

Como asseveram Gouveia e cols. (2008, 2009), as pessoas que priorizam valores dessas subfunções são autofocados, priorizando seus próprios interesses, procurando ser independentes das demais. Nesse sentido, ter controle sobre suas ações e seus pensamentos parece requisito indispensável para viver bem, sentir-se vivo, apesar do contexto que pode assinalar uma morte plausível.

Hipótese 4. As pontuações dos participantes nas subfunções valorativas de orientação social (*interativa e normativa*) se correlacionarão diretamente com a pontuação no fator de percepção de morte digna intitulado *boas relações com os familiares*.

Os valores que cumprem uma orientação social, como aqueles pertencentes às subfunções *interativa* e *normativa*, tendem a enfocar o grupo como a principal unidade de sobrevivência (Gouveia & cols., 2008, 2009). De fato, pessoas que priorizam tais valores costumam se identificar com seus grupos de pertencimento, como os familiares em geral (tios, primos, irmãos, pais; Gouveia, Albuquerque, Clemente & Espinosa, 2002). Desse modo, justificar-se-ia que primassem por boas relações com seus familiares como um atributo para assegurar um sentido de morrer em paz, de morte digna ou com qualidade.

Hipótese 5. Os participantes preferirão a sua casa como lugar onde gostariam de morrer.

Apesar de todo o preparo dos médicos com a os aspectos mais tecnológicos envolvendo a morte, isto é, tubos, cirurgias, UTIs, ambiente hospitalar, considerando os valores que caracterizam esses profissionais (Carneiro & Gouveia, 2004), centrados, sobretudo, em prioridades que destacam a subfunção *interativa*, principalmente na região Norte do Brasil (Hofstede & cols., 2010), provavelmente a escolha do local onde gostariam de morrer refletirá esses princípios norteadores de suas vidas. Nesse sentido, primar por relações interpessoais e o convívio com os familiares será evidente, justificando a hipótese de que julgarão como mais adequado o ambiente do lar (sua casa) como o lugar de preferência para morrer.

Hipótese 6. As pessoas que preferem sua casa como lugar onde gostariam de morrer, comparadas com aquelas que preferem o hospital, pontuarão mais no fator de percepção de morte digna intitulado *boas relações com os familiares*.

Essa hipótese é um desdobramento da anterior. Por pretender a casa como lugar para morrer, sendo esta o contexto que propicia relações familiares, esperar-se-ia que a pessoa visualizasse nessa escolha a segurança de consolidar suas relações com os familiares próximos. Esse ambiente, portanto, funcionaria como um espaço legítimo de despedida, um ponto em que se encontraria o conforto do lar, o afeto daqueles com quem se conviveu por anos.

6.2.2. População e Amostra

À época da definição do plano amostral da pesquisa (15 de setembro de 2010), os médicos regularmente inscritos no *Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia (CREMERO)*, em atividade na cidade de Porto Velho, totalizavam 656 profissionais, não se distinguindo sexo, faixa etária, cor, tempo de atividade e especialidade médica. Com base na listagem desses profissionais, selecionou-se aleatoriamente uma amostra de 243 médicos, admitindo-se intervalo de confiança (margem de erro) de 5% e nível de confiança (cobertura da população) de 95%. Eles foram inicialmente listados em ordem alfabética, selecionando-se a cada três médicos um como potencial participante do estudo; na eventual impossibilidade de sua colaboração, teve-se em conta o que aparecia na ordem subsequente.

A coleta de dados foi feita entre os dias 4 de outubro de 2010 e 25 de fevereiro de 2011. Passado esse período, contabilizou-se a participação efetiva de 223 médicos, um pouco menos do que o inicialmente previsto. Esse número resultou em intervalo de confiança de 5,3%, mantendo-se inalterada a cobertura populacional. Os participantes tinham idade média de 43 anos ($dp = 12,67$, amplitude de 23 a 79 anos), sendo a maioria do sexo masculino (62,3%), casada (66,7%) e com filho(s) (65,5%), tendo média de 1,6 filho ($dp = 1,54$, amplitude de 0 a 7), residindo em zona urbana (97,8%), quer com o(a) cônjuge apenas (28,3%) ou com este(a) e seu(s) filho(s) (39,5%); os que pagavam pensão alimentícia constituíram 14,8% do total.

6.2.3. Instrumentos

Os participantes responderam a um instrumento com as seguintes partes:

Escala de Percepção de Morte Digna. Originalmente composta por 58 afirmações (por exemplo, *Estar livre de dor e desconforto psicológico; Não ser um fardo para os demais*) (Miyashita *et al.*, 2007), no *Estudo 1* se mostrou a possibilidade de contar com uma versão abreviada, formada por 42 itens, distribuídos em seis fatores. Não obstante, considerando a escassez de tempo do médico, decidiu-se utilizar uma versão ainda mais curta, composta por 24 itens igualmente distribuídos nos mesmos seis fatores (Anexo IX). Essa versão resultou de pesquisa com participantes da população geral de Rondônia, oportunidade em que foram realizadas tanto análises exploratórias como confirmatórias, atestando sua adequação métrica, isto é, validade fatorial e consistência interna (Wanssa, Morais, Gouveia, Miyashita & Nunes, 2012), sendo os resultados compatíveis com aqueles do estudo anterior. Em todo caso, segue

o procedimento para responder a esse instrumento: a pessoa precisa ler cada afirmação e indicar em que medida o que expressa é necessário ou desnecessário para garantir uma morte digna, escolhendo um número na escala de resposta de sete pontos, variando de **1 = Totalmente desnecessário** a **7 = Totalmente necessário**.

Escala de Avaliação da Fadiga. Proposta por Michielsen, de Vries e van Heck (2003) no contexto holandês, foi adaptada para o Brasil por Oliveira (2008). Consta de dez itens (por exemplo, *Sinto-me incomodado devido à fadiga; Fico cansado muito rapidamente*), os quais são respondidos em escala de cinco pontos, variando de **1 = Nunca** a **5 = Sempre** (Anexo X). Nesse caso, o participante deve considerar como se tem sentido no seu dia-a-dia. Tanto no seu contexto original como no Brasil, as evidências de uma estrutura unifatorial parecem evidentes, apresentando consistência interna (alfa de Cronbach) que atende ao ponto de corte comumente indicado na literatura (0,70) (Gouveia & Carneiro, 2007).

Questionário dos Valores Básicos. Esta medida é composta por 18 itens ou valores específicos, avaliando seis subfunções valorativas: *experimentação* (emoção, prazer e sexualidade), *realização* (êxito, poder e prestígio), *existência* (estabilidade pessoal, saúde e sobrevivência), *suprapessoal* (beleza, conhecimento e maturidade), *interativa* (afetividade, apoio social e convivência) e *normativa* (obediência, religiosidade e tradição). Os participantes foram solicitados a indicar o grau de importância que cada um dos valores tem como um princípio-guia na sua vida, utilizando uma escala de resposta de sete pontos, com os seguintes extremos: **1 = Pouco importante** e **7 = Muito importante** (Anexo III).

Questionário Demográfico. Na parte final do instrumento foram incluídas 23 perguntas principais, que tratavam de atributos demográficos (sexo, idade, estado civil, coabitação, se tinham filhos, se pagavam pensão alimentícia e onde se localizava sua residência), questões de formação acadêmica (titulação e especialidade médica), situação laboral (se estavam empregados, tempo de serviço, setores onde exerciam a ocupação médica, número de atividades em Medicina, horas semanais dedicadas ao exercício profissional, se trabalhavam em regime de plantão e em urgência, emergência e UTI, remuneração e pessoas que vivem dessa renda) e questões relativas à saúde geral (como consideravam seu estado de saúde, se sentiam diminuição em sua libido e se apresentavam doença que implicava cuidados especiais). Finalmente, procurou-se conhecer onde o respondente gostaria de morrer, se em *casa* ou no *hospital*, e a razão para essa escolha, dando-se a possibilidade de responderem livremente (Anexo XI).

6.2.4. Procedimento

Os potenciais participantes foram contatados individualmente. Com base na lista de médicos registrados no CREMERO, com seus respectivos endereços, procurou-se manter contato prévio e agendar um dia para o preenchimento do instrumento. Na oportunidade os médicos foram informados de que, embora não fossem oferecidos benefícios imediatos aos participantes do estudo, a pesquisa possibilitaria conhecer melhor as preferências de profissionais da Medicina quanto ao local que consideravam mais adequado para morrer (casa ou hospital), favorecendo ainda a compreensão das razões ou fatores que contribuem para essa decisão. Nesse sentido, o conjunto das informações coletadas poderia subsidiar com mais dignidade um momento-chave na vida desses profissionais, como é a morte, favorecendo levar em conta suas peculiaridades ou seus perfis axiológicos e bioéticos. A todos foi informado o caráter voluntário do estudo, que assegurava a confidencialidade da participação e o anonimato das respostas. Cada participante tinha a opção de entregar o instrumento respondido no ato ou fazê-lo posteriormente, agendando horário para a devolução. Em média, aqueles que o responderam presencialmente levaram cerca de 15 minutos para concluir sua participação no estudo.

Esta pesquisa foi submetida ao *Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*, das Faculdades Integradas Aparício Carvalho (Porto Velho, RO), tendo sido aprovada sua realização (Parecer CAAE 0014.0.382.000-10; Anexo VI). Nesse sentido, seguiram-se todos os procedimentos éticos de acordo com os padrões estabelecidos pela Resolução 196/96, que trata das Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Nessa direção, os participantes da pesquisa foram devidamente esclarecidos e, aderindo à participação voluntária, assinaram um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo V).

6.2.5. Análise de Dados

Os dados foram tabulados e analisados com o programa PASW (versão 19). Além de estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão, distribuição de frequência, porcentagens), realizaram-se análise de componentes principais, cálculos de consistência interna (alfa de Cronbach) e homogeneidade (correlação média item-total) das medidas, *Manova* para medidas interdependentes e coeficientes de correlação de Pearson. Em todos os

casos, admitiu-se nível de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), com provas uni ou bicaudais, segundo se tratasse ou não de teste de hipóteses, respectivamente.

6.3. Resultados

Procurando facilitar a compreensão do leitor, decidiu-se estruturar a apresentação dos resultados em tópicos principais. Portanto, inicialmente é oferecida uma descrição geral do perfil dos médicos participantes do estudo, retratando diferentes esferas de suas vidas (pessoal, acadêmica, laboral). Posteriormente, procura-se apresentar seu perfil com relação aos fatores de percepção de morte digna, testando as duas primeiras hipóteses do estudo, e logo descrevendo-os em termos da medida de fadiga e dos valores humanos. Por fim, testam-se as últimas hipóteses do estudo, relacionando as pontuações dos participantes nos fatores de morte digna com seus valores humanos, fadiga, indicadores demográficos e laborais e o lugar onde gostariam de morrer.

6.3.1. Caracterização dos Participantes

Procura-se a seguir descrever os participantes do estudo em termos de aspectos-chave de sua formação, atuação profissional e saúde geral. Nesse sentido, principia-se com a formação acadêmica. A maioria dos médicos indicou possuir especialidade médica reconhecida pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (83%), com destaque para as especialidades de *pediatria* (23,1%), *clínica médica* (14,9%), *ginecologia e obstetrícia* (12,2%), *anestesia* (4,1%) e *cirurgia geral* (3,6%); os *generalistas* totalizaram 10,9% do total de médicos. Os que indicaram possuir título de mestre foram 8%, enquanto que 1,1% informou ser doutor.

No que diz respeito ao exercício profissional, 92,8% manifestaram estar empregados, com tempo médio de serviço como médico de 17,1 anos ($dp = 11,85$, amplitude de 1 a 52 anos). A maioria indicou atuar em *hospital* (73%), *posto de saúde* (7,9%) e/ou *clínica particular* (7%). Em média, tais profissionais informaram exercer 2,4 atividades médicas ($dp = 1,22$, amplitude de 1 a 8), consumindo cerca de 57,8 horas semanais ($dp = 23,02$, amplitude de 4 a 126). Os que relataram trabalhar em *regime de plantão* foram 66,8%, dedicando, em média, 38,4 horas semanais ($dp = 21,30$, amplitude de 6 a 110), e os que atuam em *urgência, emergência ou UTI* foram pouco mais da metade (52,8%), dedicando uma média semanal de

35,7 horas ($dp = 19,61$, amplitude de 4 a 100). Sua renda mensal média *per capita*, isto é, considerando o que ganham em reais ($m = 31.700,00$) e quantas pessoas vivem da renda ($m = 3,44$), foi de R\$ 10.649,22 ($dp = 34.234,75$).

Por fim, em geral, tais profissionais consideraram seu estado geral de saúde como *bom* (67,1%) ou *excelente* (19,4%), embora 21,2% tenham indicado sofrer de alguma doença que implique ou tenha implicado cuidados especiais. Perguntados acerca do tipo de doença, eles informaram até 18 tipos. Procurando reclassificá-los segundo o *CID-10*, que propõe 16 categorias de doenças, predominaram as *doenças do aparelho circulatório* (40,4%) e *doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo* (17,3%), seguidas por *doenças do aparelho digestivo* e *doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas*, cada uma dessas categorias sendo indicada por 11,5% dos participantes. Além desse quadro, perguntados se sentiam diminuição de sua libido, 26,8% afirmaram positivamente, não havendo diferença nas porcentagens informadas por homens e mulheres ($\chi^2 < 1$).

Em resumo, os médicos de Porto Velho, participantes do estudo, apresentaram um perfil que retrata profissionais de mediana idade, experientes, atuando em diversas atividades, majoritariamente aquelas realizadas em hospitais, contando com especialidade médica reconhecida pelos órgãos responsáveis. Embora a maioria apresente indícios de gozar de saúde, cerca de um quarto deles apresentam problemas que demandam cuidados especiais, sobretudo os relativos ao aparelho circulatório (por exemplo, hipertensão arterial, arritmia).

6.3.2. Descrição de Percepção de Morte Digna, Fadiga e Valores

Na Tabela 5 são apresentados os resultados referentes aos fatores de percepção de morte digna. Conforme é possível observar, os coeficientes de consistência interna variaram de 0,37 (*Controle físico e cognitivo*) a 0,71 (*Manutenção da esperança e do prazer*), com valor médio de 0,56. Por outro lado, a homogeneidade, indicador que não é influenciado pelo número de itens que compõem o fator, apresentou valores entre 0,19 (*Controle físico e cognitivo*) e 0,48 (*Manutenção da esperança e do prazer*), com coeficiente médio de 0,34.

Tabela 5. Estatísticas Descritivas dos Fatores de Percepção de Morte Digna

Fatores	Estatísticas			
	α	$r_{i,t}$	m	Dp
I - Manutenção da esperança e do prazer	0,71	0,48	6,1	0,79
II - Boa relação com a equipe profissional de saúde	0,54	0,33	5,2	1,07
III - Controle físico e cognitivo	0,37	0,19	4,9	0,99
IV - Não ser um fardo para os demais	0,44	0,23	5,5	1,57
V - Boas relações com a família	0,69	0,47	6,0	0,86
VI - Controle do futuro	0,59	0,32	4,6	1,21

Notas: α = alfa de Cronbach, $r_{i,t}$ = Homogeneidade, m = Média e dp = Desvio padrão.

Com o fim de comparar as pontuações dos participantes nos diversos fatores de percepção de morte digna, realizou-se uma *Manova* para medidas interdependentes. Nesse caso, comprovaram-se diferenças estatisticamente significativas [*Lambda de Wilks* = 0,26, $F(5, 216) = 122,82$, $p < 0,001$, $\chi^2 = 0,74$]. Para conhecer entre que fatores se situavam as diferenças, realizou-se um teste *post hoc* de Bonferroni. Corroborando a *Hipótese 1*, o fator com maior pontuação foi *manutenção da esperança e do prazer* ($m = 6,1$); a *Hipótese 2* também foi corroborada, isto é, o segundo fator mais importante foi *boas relações com a família* ($m = 6,0$). Contudo, há que destacar que não houve diferença entre ambos, porém as pontuações nos dois foram superiores àquelas dos demais fatores; as pontuações nos fatores *boa relação com a equipe profissional de saúde*, *controle físico e cognitivo* e *não ser um fardo para os demais* também não se diferenciaram entre si, mas todas foram superiores à pontuação do fator *controle do futuro*.

No que se refere às subfunções valorativas, na Tabela 6 são apresentados os resultados resumidos. Pode-se observar, por exemplo, que os coeficientes de consistência interna (alfas de Cronbach) variaram de 0,42 (*experimentação*) a 0,67 (*existência*), com índice médio de 0,59. Os coeficientes de homogeneidade se situaram todos acima de 0,20, oscilando entre 0,24 (*experimentação*) e 0,48 (*existência*), sendo seu valor médio de 0,40.

Tabela 6. Estatísticas Descritivas das Subfunções Valorativas

Subfunções	Estatísticas			
	α	$r_{i.t}$	m	dp
Experimentação	0,42	0,24	5,1	0,86
Realização	0,57	0,38	4,7	0,96
Existência	0,67	0,48	6,0	0,83
Suprapessoal	0,64	0,45	5,7	0,80
Interativa	0,61	0,42	5,6	0,83
Normativa	0,61	0,41	5,5	0,99

Nota: α = alfa de Cronbach, $r_{i.t}$ = Homogeneidade, m = Média e dp = Desvio padrão.

Como ocorreu com os fatores de percepção de morte digna, também com os valores foram comparadas as pontuações nas seis subfunções. Concretamente, realizou-se uma *Manova* para medidas interdependentes, observando diferenças estatisticamente significativas [*Lambda de Wilks* = 0,35, $F(5, 218) = 82,41$, $p < 0,001$, $\chi^2 = 0,65$]. O teste *post hoc* de Bonferroni indicou que as subfunções consideradas mais e menos importantes foram, respectivamente, *existência* ($m = 6,0$) e *realização* ($m = 4,7$); com exceção das subfunções *interativa* e *normativa*, todas as demais se diferenciaram entre si, conforme as pontuações médias descritas nessa tabela.

A medida de fadiga já tinha sido previamente empregada em pesquisa com médicos brasileiros (Massud, Barbosa & Gouveia, 2007). Não obstante, decidiu-se aqui checar previamente sua estrutura fatorial, sobretudo em razão do número reduzido de médicos do Estado de Rondônia que participaram daquela pesquisa ($n = 147$). Concretamente, checkou-se inicialmente a adequação de se efetuar uma análise de componentes principais [*KMO* = 0,80 e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $(45) = 688,13$, $p < 0,001$], justificando esse procedimento. Portanto, coerentemente com a solução fatorial então imposta, decidiu-se fixar a extração de um único componente, assumindo como ponto de corte carga fatorial igual ou superior a $|0,40|$. Os resultados dessa análise são mostrados na Tabela 7, a seguir.

Tabela 7. Estrutura Fatorial da Escala de Avaliação da Fadiga

Afirmações	Cargas Fatoriais	h ²
02. Fico cansado muito rapidamente	0,79	0,62
05. Sinto-me exausto fisicamente	0,78	0,61
09. Sinto-me exausto mentalmente	0,74	0,55
01. Sinto-me incomodado devido à fadiga	0,71	0,50
08. Não sinto vontade de fazer nada	0,65	0,42
06. Tenho problemas para começar coisas	0,64	0,41
07. Tenho problemas em pensar claramente	0,64	0,41
04. Tenho suficiente energia para o meu dia-a-dia	-0,48	0,23
10. Posso me concentrar bem quando estou fazendo algo	-0,27	0,07
03. Não faço muitas coisas durante o dia	0,20	0,04
Número de Itens	8	
Valor Próprio	3,81	
% Variância Explicada	38,1	
alfa de Cronbach	0,84	
Homogeneidade	0,56	

Notas: ai.f. = Carga factorial, h² = comunalidade.

De acordo com esta tabela, oito itens podem representar adequadamente o construto fadiga, apresentando cargas fatoriais entre -0,48 (*Tenho suficiente energia para o meu dia-a-dia*) e 0,79 (*Fico cansado muito rapidamente*). Esse componente geral apresentou valor próprio (*eigenvalue*) de 3,81, explicando 38,1% da variância total; seu alfa de Cronbach foi 0,84, apresentando homogeneidade de 0,56. Portanto, parecem existir evidências de validade de construto dessa medida.

Conhecida a estrutura fatorial da *Escala de Avaliação da Fadiga*, procurou-se conhecer como esse atributo indicador de desgaste físico e mental se apresentava na amostra estudada. Dessa forma, procedeu-se inicialmente à comprovação da distribuição de suas pontuações, avaliando se esta era normal. O teste de Kolmogorov-Smirnov não permite corroborar a hipótese de normalidade [$D(222) = 0,064$, $p = 0,028$], apresentando tais pontuações uma distribuição assimétrica à direita ($skewness = 0,96$), conforme a Figura 4.

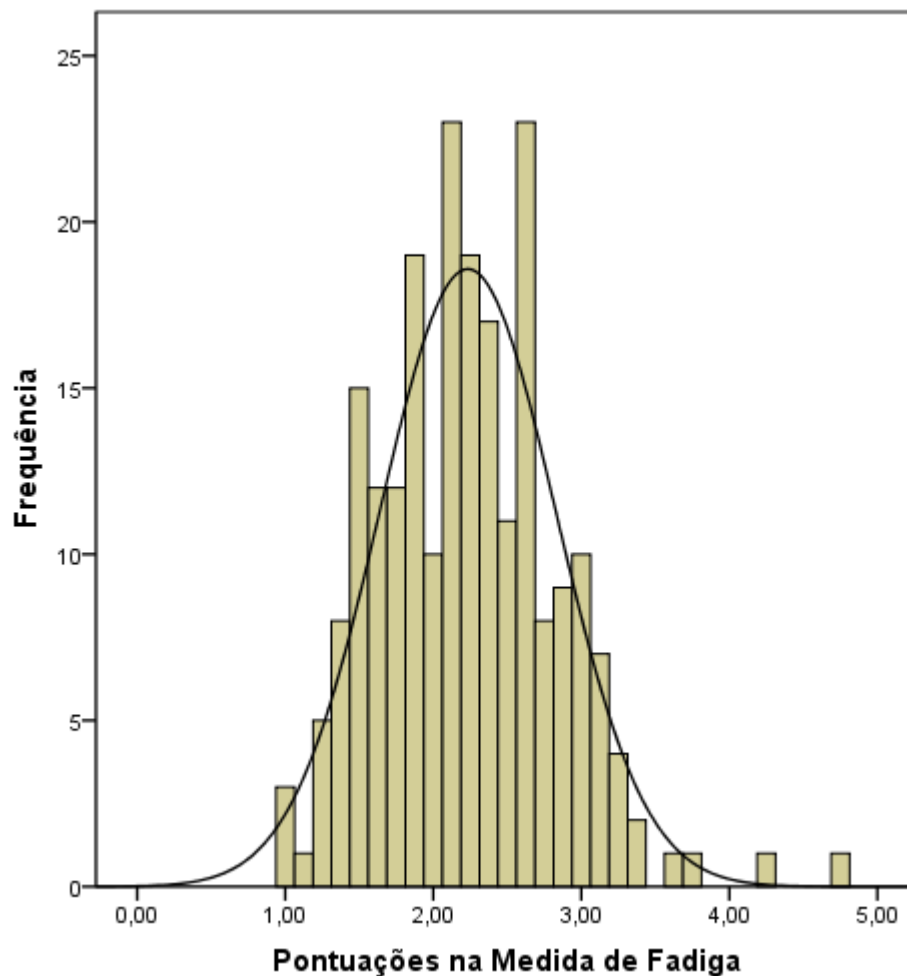


Figura 4. Distribuição Gráfica das Pontuações de Fadiga

A título de comparação, tomou-se como referência o ponto mediano da escala de resposta desse atributo ($md = 3$; *algumas vezes*), comparando-o com a média efetivamente observada para os participantes do estudo ($m = 2,2$, $dp = 0,60$). Nesse caso, observou-se diferença estatisticamente significativa [$t(221) = 19,18$, $p < 0,001$], sugerindo que o grau de fadiga desses profissionais está abaixo do citado ponto, raramente ocorrendo eventos dessa natureza.

Em resumo, os médicos deste estudo concebem a morte digna principalmente em termos de seguir tendo esperança e desfrutando da vida, além de ter a companhia dos familiares. Seus valores refletem uma orientação mais bem *social* do que *pessoal*, destacando-se a prioridade atribuída aos valores da subfunção *interativa*. Apesar da multiplicidade de atividades no exercício profissional, tais médicos não apresentaram nível considerado alto de fadiga.

6.3.3. Correlatos da Percepção de Morte Digna

Nesta parte são testadas as *Hipóteses 3 e 4* deste estudo. O propósito é conhecer os antecedentes da percepção de morte digna, enfocando os valores dos médicos, seus indicadores demográficos e laborais, além de variáveis relativas à sua saúde geral e fadiga. A Tabela 8, a seguir, apresenta os correlatos valorativos da percepção de morte digna.

Tabela 8. Valores e Componentes de Percepção de Morte Digna em Médicos

Fatores de Percepção de Morte Digna	SUBFUNÇÕES VALORATIVAS					
	I	II	III	IV	V	VI
I - Manutenção da esperança e do prazer	0,28***	0,18**	0,40***	0,31***	0,37***	0,38***
II - Boa relação com a equipe profissional de saúde	0,27***	0,27***	0,27***	0,38***	0,37***	0,34***
III - Controle físico e cognitivo	0,25***	0,23**	0,26***	0,24***	0,21**	0,21**
IV - Não ser um fardo para os demais	0,14*	0,13*	0,17*	0,25***	0,12	0,14*
V - Boas relações com a família	0,24***	0,27***	0,48***	0,37***	0,45***	0,39***
VI - Controle do futuro	0,20**	0,12	0,22**	0,23**	0,12	0,11

Notas: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ (teste bicaudal). Identificação dos componentes de percepção de morte digna: **I** = *Experimentação*, **II** = *Realização*, **III** = *Existência*, **IV** = *Suprapessoal*, **V** = *Interativa* e **VI** = *Normativa*.

A *Hipótese 3* estabelecia que as pontuações nas subfunções *experimentação* e *realização*, que cumprem o critério de orientação *pessoal*, estariam positiva ou diretamente correlacionadas com aquelas no fator *controle físico e cognitivo*. De fato, foram precisamente esses os resultados observados: $r = 0,25$ e $0,23$, respectivamente ($p < 0,001$; prova unicaudal). Portanto, corrobora-se essa hipótese.

A *Hipótese 4* previa que as pontuações nas subfunções *interativa* e *normativa*, que cumprem o critério de orientação *social*, estariam diretamente correlacionadas com aquelas no fator *boas relações com os familiares*. De acordo com a Tabela 8, essas correlações se confirmaram: $r = 0,45$ e $0,39$, respectivamente ($p < 0,001$; prova unicaudal). Nesse sentido, essa hipótese também foi corroborada.

Apesar de terem sido formuladas unicamente duas hipóteses acerca dos correlatos valorativos da percepção de morte digna, outras correlações foram também significativas e merecem atenção, como a seguir são descritas em função do fator correspondente:

Manutenção da esperança e do prazer. Este fator se correlacionou positivamente com as pontuações de todas as subfunções valorativas, destacando-se suas correlações com as seguintes: *existência* ($r = 0,40, p < 0,001$), *normativa* ($r = 0,38, p < 0,001$) e *interativa* ($r = 0,37, p < 0,001$); foi menos forte sua correlação com as pontuações nas subfunções que cumprem critério de orientação pessoal, principalmente com *realização* ($r = 0,18, p < 0,01$).

Boa relação com a equipe profissional de saúde. As pontuações neste fator se correlacionaram positivamente com as de todas as subfunções valorativas ($p < 0,001$), destacando-se aquelas cuja orientação é *social* [$r = 0,37$ (*interativa*) e $0,34$ (*normativa*)], mas, sobretudo, com a subfunção *suprapessoal* ($r = 0,38$). Sua correlação foi menos forte com as subfunções com orientação *pessoal* (*experimentação* e *realização*) e com *existência*, todas com correlações de $0,27$.

Controle físico e cognitivo. Além das correlações deste fator com as subfunções *experimentação* e *realização*, tratadas na *Hipótese 3*, as pontuações neste fator se correlacionaram diretamente com aquelas das outras quatro subfunções, como seguem: *existência* ($r = 0,24, p < 0,001$), *suprapessoal* ($r = 0,26, p < 0,001$), *interativa* e *normativa* ($r = 0,21, p < 0,01$ para ambos).

Não ser um fardo para os demais. A maior correlação deste fator com as subfunções valorativas foi observada para *suprapessoal* ($r = 0,25, p < 0,001$); seguiram-se, de forma menos preponderante ($p < 0,05$), *existência* ($r = 0,17$), *experimentação* ($r = 0,14$), *normativa* ($r = 0,14$) e *realização* ($r = 0,13$).

Boas relações com a família. Este fator foi previamente tratado na *Hipótese 4*. Porém, além das subfunções com as quais ele se mostrou diretamente correlacionado, observaram-se correlações na mesma direção com as quatro restantes, como seguem ($p < 0,001$): *existência* ($r = 0,48$), *suprapessoal* ($r = 0,37$), *realização* ($r = 0,27$) e *experimentação* ($r = 0,24$).

Controle do futuro. As pontuações neste fator se correlacionaram unicamente com aquelas de três das subfunções valorativas ($p < 0,01$), a saber: *suprapessoal* ($r = 0,23$), *existência* ($r = 0,22$) e *experimentação* ($r = 0,20$).

Quanto aos indicadores sociodemográficos, incluindo os demográficos propriamente, aqueles laborais e os referentes à saúde geral, decidiu-se primeiramente avaliar a possibilidade de agregá-los, evitando tratá-los um a um. Precisamente, foram considerados os seguintes (os dicotômicos foram transformados em *dummy*, como valores **0** e **1**): idade dos participantes, estado civil (**0** = *Solteiro*, **1** = *Casado*), se têm filhos (**0** = *Não*, **1** = *Sim*), tempo de exercício

da profissão, se trabalham em urgência (**0** = *Não*, **1** = *Sim*) e emergência (**0** = *Não*, **1** = *Sim*), número de atividades em Medicina e as horas trabalhadas por semana, se houve diminuição da libido (**0** = *Não*, **1** = *Sim*), se tinham doença que implicasse cuidado especial (**0** = *Não*, **1** = *Sim*), autopercepção do estado atual de saúde (escala de **1** = *Excelente* a **5** = *Péssimo*) e pontuação na medida de fadiga. Como essas foram variáveis medidas avaliadas em escalas diferentes, decidiu-se padronizá-las, isto é, transformá-las em pontuações z, com valores aproximados entre -3 e +3, cobrindo 99% da curva normal. Com base nessas pontuações transformadas, efetuou-se uma análise de componentes principais, estabelecendo a rotação *varimax*, porém sem fixar o número de componentes a extrair. Os resultados dessa análise são resumidos na Tabela 9, a seguir.

Tabela 9. Estrutura Fatorial dos Indicadores Sociodemográficos

INDICADORES	COMPONENTES			h ²
	I	II	III	
Idade do médico	0,93	-0,06	0,11	0,88
Tempo de exercício profissional	0,91	-0,05	0,12	0,85
Se tem filho(s)	0,80	0,00	0,06	0,64
Estado civil	0,53	0,06	-0,01	0,28
Atividade de plantão	-0,10	0,80	-0,02	0,65
Atividade de urgência	-0,12	0,80	0,10	0,66
Horas de trabalho por semana	0,03	0,69	0,01	0,48
Número de atividades médicas	0,16	0,43	0,20	0,25
Avaliação geral do estado de saúde	0,06	0,07	0,80	0,65
Medida de fadiga	-0,38	0,03	0,62	0,53
Doença que demanda cuidados especiais	0,35	-0,03	0,48	0,35
Sente diminuição da libido	0,17	0,19	0,35	0,19
Número de itens	4	4	4	
Valor Próprio	2,95	2,00	1,45	
% Variância explicada	24,5	16,7	12,1	
alfa de Cronbach	0,83	0,65	0,38	
Homogeneidade	0,55	0,32	0,21	

O uso dessa estatística se mostrou aceitável [$KMO = 0,65$, $\chi^2 (66) = 937,35$, $p < 0,001$], revelando três componentes com quatro indicadores cada um, os quais explicaram conjuntamente 53,3% da variância total; todos os indicadores apresentaram cargas fatoriais superiores a 0,35.

Componente I. Este primeiro componente reuniu indicadores com cargas entre 0,53 (*estado civil*) a 0,93 (*idade dos participantes*), apresentando valor próprio de 2,95,

correspondendo à explicação de 24,5% da variância total; sua consistência interna (alfa de Cronbach) foi de 0,83, com homogeneidade de 0,55. Considerando o conteúdo dos indicadores que o compõem, pode-se nomeá-lo como *estabilidade pessoal*.

Componente II. Os quatro indicadores que formaram este segundo componente apresentaram cargas fatoriais entre 0,43 (*número de atividades em Medicina*) e 0,80 (*atividade de urgência*). Seu valor próprio foi de 2,00, explicando 16,7% da variância total, tendo apresentado alfa de Cronbach de 0,65 e homogeneidade de 0,32. Os indicadores que saturaram nesse componente revelam o sentido de *desgaste profissional*.

Componente III. Os indicadores reunidos neste componente apresentaram cargas fatoriais entre 0,35 (*sente diminuição da libido*) e 0,80 (*avaliação geral do estado de saúde*). Esse apresentou valor próprio de 1,45, contribuindo com 12,1% da explicação da variância total; seu alfa de Cronbach foi de 0,38, e sua homogeneidade, de 0,21. Tomando em conta seus indicadores, parece evidente a interpretação desse componente, que pode ser nomeado como *saúde geral*.

Conhecidos os três componentes de indicadores sociodemográficos, claramente retratando as dimensões pessoal, laboral e de saúde dos participantes, procurou-se primeiramente correlacioná-los entre si, e logo com os seis fatores de percepção de morte digna. Não se observou qualquer correlação substancial entre tais componentes ($r \leq 0,11$, $p > 0,05$); quanto à sua correlação com as dimensões de percepção de morte digna, unicamente a dimensão *estabilidade pessoal* se correlacionou com seu fator *não ser um fardo para os demais* ($r = 0,15$, $p < 0,05$).

Em resumo, parece evidente que a percepção do que venha a ser uma morte digna, com qualidade, está mais atrelada às prioridades valorativas das pessoas do que aos seus atributos pessoais, suas condições de trabalho e mesmo estado geral de saúde, ao menos como foram avaliados tais atributos. Resta conhecer, não obstante, que relação os construtos avaliados têm com o lugar indicado como aquele onde os médicos gostariam de morrer.

6.3.4. Explicando a Escolha do Lugar onde Gostaria de Morrer

Neste ponto são testadas as duas últimas hipóteses deste estudo. A primeira delas, *Hipótese 5*, previa que os médicos prefeririam sua casa como o lugar onde gostariam de morrer. De fato, essa hipótese foi corroborada, pois 75,6% preferiram sua casa, enquanto

24,4% manifestaram preferência pelo hospital como lugar onde gostariam de morrer ($z = 8,83$, $p < 0,001$).

A *Hipótese 6* fazia esperar que as pontuações no fator *boas relações com os familiares* por parte dos médicos que desejassem morrer em casa ($m = 6,0$, $dp = 0,73$), comparadas com aquelas dos que preferiam o hospital como lugar onde morrer ($m = 6,1$, $dp = 1,19$), seriam maiores. Entretanto, como se observa, não foi exatamente isso que ocorreu ($t < 1$). Portanto, não pôde ser confirmada essa hipótese. Os resultados detalhados desse fator e dos demais são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10. Lugar onde Gostaria de Morrer e Percepção de Morte Digna

PERCEPÇÃO DE MORTE DIGNA	LUGAR ONDE GOSTARIA DE MORRER				
	HOSPITAL		CASA		F
	m	dp	m	dp	
I - Manutenção da esperança e do prazer	6,0	1,09	6,1	0,68	1,26
II - Boa relação com a equipe profissional de saúde	5,2	1,21	5,2	1,02	0,01
III - Controle físico e cognitivo	4,6	1,05	5,0	0,97	6,51*
IV - Não ser um fardo para os demais	4,9	1,23	5,6	1,67	7,07**
V - Boas relações com a família	6,1	1,19	6,0	0,73	0,55
VI - Controle do futuro	4,5	1,31	4,7	1,19	0,59

Notas: m = média, dp = desvio padrão; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ (teste bicaudal).

Pôde-se comprovar efeito principal do *lugar onde gostaria de morrer* em relação aos fatores de *percepção de morte digna* [$\text{Lambda de Wilks} = 92$, $F(6, 204) = 2,99$, $\eta^2 = 0,08$]. Contudo, conforme é possível observar nessa tabela, unicamente em relação a dois dos fatores de percepção de morte digna os médicos diferiram em razão de indicarem o *hospital* (0) ou a *casa* (1) como lugar onde gostariam de *morrer*. Especificamente, os que indicaram a *casa* como opção pontuaram mais alto nos fatores de *controle físico e cognitivo* ($m = 5,0$) e *não ser um fardo para os demais* ($m = 5,6$) do que o fizeram os que preferiram o *hospital* ($m = 4,6$ e $4,9$, respectivamente). Uma *análise discriminante* foi realizada também, considerando esses dois fatores como preditores, resultando em uma *correlação canônica* de 0,22, classificando adequadamente 65,1% dos médicos.

O papel dos valores como preditores da escolha do local onde o respondente gostaria de morrer foi menos evidente. Concretamente, não se observou qualquer correlação

significativa entre as pontuações nas subfunções valorativas e os fatores de percepção de morte digna ($r \leq 0,08$, $p > 0,05$). Esse mesmo resultado foi observado para os três componentes de indicadores sociodemográficos ($r \leq 0,11$, $p > 0,05$).

Em resumo, parece evidente que os melhores preditores da escolha do lugar onde se deseja morrer correspondem aos fatores de percepção de morte digna. Os valores e os atributos sociodemográficos têm pouco a contribuir nesse contexto, ao menos na condição de variáveis com efeito direto. Porém, considerando os achados prévios que relacionam os valores com os fatores de percepção de morte digna, decidiu-se como última etapa dos resultados testar efeitos de *mediação* desses.

No caso do fator *controle físico e cognitivo*, ele esteve mais fortemente correlacionado com a subfunção *existência*. Portanto, testou-se o seguinte modelo: *existência* $\rightarrow$ *controle físico e cognitivo* $\rightarrow$ *lugar onde deseja morrer*, confirmando-se o efeito de *mediação*, segundo o teste de Sobel ($Z = 2,11$, $p < 0,05$). Os resultados são resumidos na Figura 5, a seguir.

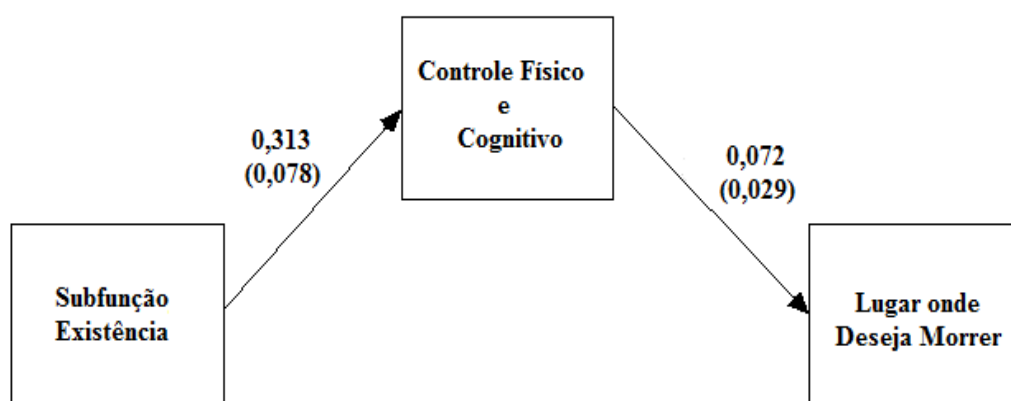


Figura 5. Modelo de Mediação do Fator *Controle Físico e Cognitivo*

Como é possível verificar, a subfunção *existência* prediz diretamente o fator *controle físico e cognitivo* ($B = 0,31$, $t = 4,02$, $p < 0,001$), e este, por sua vez, prediz a escolha do local (casa) onde a pessoa deseja morrer ($B = 0,07$, $t = 2,47$, $p < 0,05$).

O fator *não ser um fardo para os demais* foi mais fortemente correlacionado com as pontuações na subfunção *suprapessoal*. Dessa forma, procurou-se testar o seguinte modelo: *suprapessoal* $\rightarrow$ *não ser um fardo para os demais* $\rightarrow$ *lugar onde deseja morrer*, confirmando-se igualmente esse efeito de *mediação*, conforme referendou o teste de Sobel ($Z = 2,23$, $p < 0,05$). Os resultados correspondentes são descritos na Figura 6, a seguir.

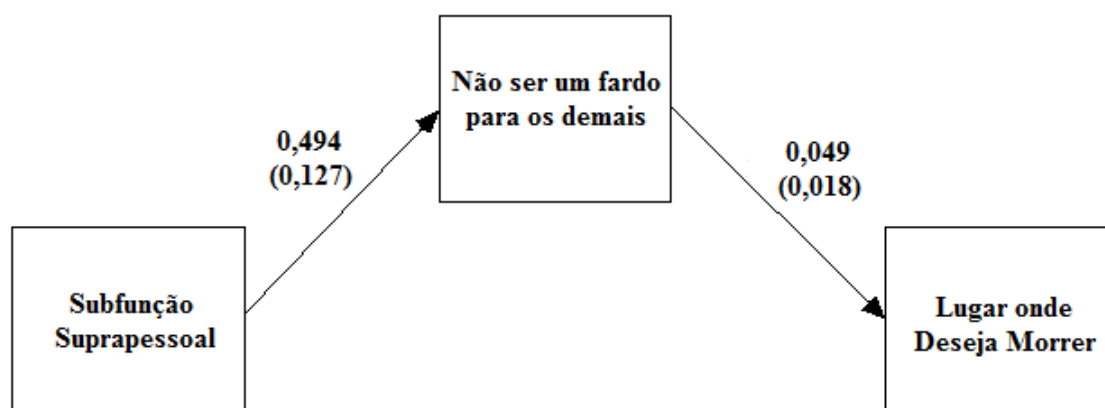


Figura 6. Modelo de Mediação do Fator *Não Ser um Fardo para os Demais*

Nesta figura fica evidente o modelo de mediação, onde a subfunção *suprapessoal* influencia diretamente o fator *não ser um fardo para os demais* ($B = 0,49$, $t = 3,88$, $p < 0,001$), o qual prediz a escolha do local (casa) onde o participante da pesquisa indicou que gostaria de morrer ($B = 0,05$, $t = 2,65$, $p < 0,01$).

6.4. Discussão Parcial

Este segundo estudo procurou de certo modo replicar o anterior, porém incluindo variáveis de contexto laboral e pessoal, considerando os profissionais da medicina em si. Enquanto o *Estudo 1* não contava com qualquer evidência acerca de percepção de morte digna, valores humanos e local onde se desejaria morrer, no contexto cultural pesquisa, o presente partiu dos achados anteriormente descritos para formular seis hipóteses principais, que são primeiramente abordadas nesta oportunidade.

A primeira hipótese, mesmo considerando um grupo mais velho que o anterior, previu que os participantes dariam maior importância ao fator *manutenção da esperança e do prazer* como definidor de morte digna. Essa hipótese foi corroborada, indicando-se, provavelmente, dois aspectos: (1) a concepção que pessoas dessa área da saúde têm sobre a vida, que precisa engendrar esperança, sobretudo; talvez para os mais jovens também o prazer, mas não se descarta que seja o caso igualmente dos médicos; e (2) o apego à vida ou aos recursos que a protelem, apoiando-se no tecnicismo ou nos recursos que fazem possível prolongá-la (Martin, 1998; Pessini, 1996). Nesse âmbito, quiçá valerá a pena, no futuro, diferenciar os fatores *esperança* e *prazer*. Afinal, qual será mais fundamental para esses profissionais: a esperança de seguir vivo ou o prazer de viver, tendo prolongada sua existência apenas quando esta não

implique dor e sofrimentos desnecessários? A segunda hipótese previa que os participantes dariam importância também ao fator *boas relações com os familiares*, que seria o segundo mais pontuado, o que também ocorreu. Como já foi mencionado, nessa cultura nortista o sentido de coletivismo (Hofstede *et al.*, 2010), endogrupo, sobretudo grupo familiar, é preponderante na vida das pessoas, o que certamente explica que esse fator tenha preponderância para esses profissionais (Gouveia, Clemente & Espinosa, 2003).

As hipóteses 3 e 4 se referiram às subfunções valorativas. A primeira delas indicou que aquelas que cumprem orientação pessoal (*experimentação e realização*) estariam positivamente correlacionadas com a pontuação em *controle físico e cognitivo*, o que se confirmou. Possivelmente, pessoas orientadas por tais princípios axiológicos primam pelo princípio bioético de autonomia (Beauchamp & Childress, 2002; Moraes, 2010a; Ricou *et al.*, 2004), sendo igualmente acostumadas ao sentimento de realização (Gouveia, 2003), que compreende ter controle sobre seu próprio corpo. No caso da segunda, especificou que aqueles guiados por valores das subfunções *interativa e normativa*, que representam a orientação pessoal (Gouveia *et al.*, 2011; Rokeach, 1973) pontuariam mais no fator *boas relações com os familiares*, o que também foi confirmado. Insiste-se, o grupo é a unidade fundamental para essas pessoas; assim, assegurar boas relações com os familiares no momento da despedida parece crucial para definir o que vem a ser uma morte digna.

A hipótese 5 sugeriu que as pessoas prefeririam suas casas como o lugar onde gostariam de morrer, resultado que foi observado em culturas similares àquela tida em conta nesta oportunidade (Beccaro *et al.*, 2006; Tang *et al.*, 2005) e é coerente com os valores desses profissionais (Carneiro & Gouveia, 2004), corroborados neste estudo, e tendo esse sido o resultado do *Estudo 1*. Portanto, congruentemente, foi precisamente o que se constatou, sugerindo que os valores podem ser adequados para conhecer a escolha do lugar onde as pessoas desejam morrer. Entretanto, consoante esses achados, esperar-se-ia (hipótese 6) que as pessoas que optam por suas casas como lugar onde gostariam de morrer pontuariam mais, comparadas com aquelas que escolhem os hospitais, no fator *boas relações com os familiares*, o que não ocorreu. Talvez se possa atribuir esse achado à menor variabilidade de pontuações nesse fator entre os participantes que desejam morrer em casa, conforme se observa na Tabela 10. Porém, isso carecerá de avaliações futuras para dirimir dúvidas.

O presente estudo inovou também ao considerar um conjunto de variáveis pessoais e laborais dos médicos. De fato, foram incluídos 12 atributos, tendo sido realizada uma análise

de componentes principais que revelou três componentes claros: *estabilidade pessoal* (idade, tempo de profissão, ter filho e ser casado), *desgaste profissional* (atividade de plantão, atividade de urgência, horas semanais de trabalho e número de atividades médicas) e *saúde geral* (autoavaliação do estado de saúde, fadiga autorrelatada, doença demandando cuidados especiais e sentimento de diminuição da libido). Certamente, essa estrutura poderá ser considerada em estudos futuros. Entretanto, com o fim de explicar a percepção de morte digna, unicamente o primeiro componente se mostrou relevante; mesmo nesse caso, correlacionando-se com um único fator: *não ser um fardo para os demais*. É possível que se indique que a pessoa que já está madura, com profissão e vida familiar estável, teme ser um fardo, uma complicação para aqueles que estejam ao seu redor, imaginando que ter uma morte digna é não ser esse "elemento indesejável", favorecendo que os demais sigam vivendo, sem terem sua rotina atrapalhada. Esse perfil, não obstante, parece ser de alguém que se apegua à realização e ao poder, próprios de quem sustenta atitudes de autonomia e independência, mas que sofre com a possibilidade da terminalidade da vida (Kübler-Ross, 1981).

Por fim, procurou-se conhecer como se relacionavam a percepção de morte digna, os valores e a escolha do lugar onde os médicos desejavam morrer. Nesse caso, apreciou-se que pessoas guiadas por valores de *existência* pontuavam mais na percepção de *controle físico e cognitivo*, o que, por sua vez, explicava a escolha da *casa* como local onde gostariam de morrer. Essa mesma escolha foi explicada pelos valores da subfunção *suprapessoal*, porém mediada pelo fator *não ser um fardo para os demais*. Nesse sentido, reforça-se a casa como o lugar onde as pessoas desejam morrer, sendo essa escolha explicada por diferentes fatores de percepção de morte digna, pautados no eixo central dos valores, que contrapõe a representação de necessidades mais básicas com aquelas mais altas, como representadas, respectivamente, pelas subfunções *existência* e *suprapessoal* (Gouveia *et al.*, 2011; Medeiros *et al.*, 2012).

Em resumo, este segundo estudo permite mostrar a congruência dos valores para entender a percepção de morte digna e as escolhas dos médicos com respeito ao lugar onde desejariam morrer. Procura também ponderar a contribuição de variáveis demográficas e laborais, representando contribuições à literatura sobre o tema.

A presente tese compreendeu um esforço em tratar um tema que, apesar de sua importância bioética, assinalando a discrepância entre o desejo de as pessoas morrerem em casa e a realidade da morte em ambiente hospitalar, frio, hostil e isolado, não tem composto a agenda de pesquisadores brasileiros. Assim, chegando este instante, confia-se oferecer um conjunto de achados para se começar a pensar e estruturar essa área de investigação. De fato, se um dos legados importantes do século XX correspondeu aos avanços científicos e tecnológicos, sobretudo no âmbito da saúde, é possível que, a partir da Declaração dos Direitos Humanos Universais e da consolidação da bioética, seja possível caracterizar o momento atual como de resgate do indivíduo, promovendo sua dignidade em toda a extensão de sua vida, inclusive nos momentos terminais. A título de organização, procura-se a seguir levantar potenciais limitações dos estudos levados a cabo, assim como realçar os achados principais, tecer algumas considerações sobre possibilidades de aplicá-los à formação e prática médicas e, finalmente, estabelecer um programa de pesquisas futuras que poderão atrair a atenção de pesquisadores que possam se interessar pelos temas tratados.

7.1. Limitações Potenciais dos Estudos

É importante que, em cada estudo, se tenha em conta o propósito principal. No primeiro, por exemplo, o foco foi adaptar a *Escala de Percepção de Morte Digna* para o contexto brasileiro. Nesse sentido, deu-se ênfase ao processo de tradução, análise dos itens e verificação de evidências de sua validade fatorial e consistência interna. Conforme previamente discutido, os achados foram adequados, revelando seis fatores (e.g., *boas relações com os familiares, não ser um fardo para os demais, controle físico e cognitivo*) que têm sido frequentemente referidos na literatura (Hirai *et al.*, 2006; Miyashita *et al.*, 2007). O leitor poderá indagar: são os resultados descritos adequados? Se a pergunta se referir à confiabilidade que é possível observar nos achados, sim, eles são confiáveis. Os parâmetros psicométricos de validade e precisão foram adequados (Nunnally, 1991; Pasquali, 2003), tendo sido obtidos a partir de amostra de 200 participantes, o que garante a aplicação de análises estatísticas multivariadas e robustas (Tabachnick & Fidell, 2007). Além disso, quando se procurou ir além desse propósito principal, realizaram-se análises mais descritivas e exploratórias, procurando efetuar comparações dentro do próprio grupo; a intenção, nesses casos, era oferecer fundamento para as hipóteses a serem plantadas e testadas no segundo estudo.

O *Estudo 2*, que pode ser considerado o principal desta tese, focou nos médicos. Estes têm sido recentemente considerados como sujeitos de pesquisa no Brasil (Andrade, 2007), inclusive sobre seus valores (Carneiro & Gouveia, 2004); porém, de acordo com buscas realizadas na literatura, não se encontrou qualquer pesquisa no país em que eles tenham sido indagados quanto à percepção que apresentam de morte digna ou sua preferência sobre onde morrer. Assim, este estudo representa uma contribuição singular para a área, inaugurando uma frente de pesquisas que se pretende promissora. Diferentemente da amostra anterior, que foi não probabilística, isto é, de conveniência, tendo sido considerados os estudantes que, presentes em salas de aula visitadas, concordaram em participar voluntariamente do estudo, os médicos foram escolhidos aleatoriamente. No caso, estima-se que, dentro dos limites aceitáveis, podem-se generalizar os achados. Embora esse tipo de seleção amostral seja desejável, raramente se consegue esse feito, sobretudo pelo dispêndio de tempo e recursos financeiros demandados. No presente caso não foi diferente, inclusive impondo-se a restrição de incluir um pouco menos de médicos do que inicialmente planejado. Porém, mesmo nesse caso, com intervalo de confiança de aproximadamente 5%, pode-se esperar que os resultados representem o universo de médicos de Porto Velho (RO).

De acordo com os argumentos previamente listados, embora sempre se possam indagar as amostras, que não são censos (mesmo nesses não se cobre 100% do universo), parece razoável admitir que os achados sejam apropriados, tomando em conta os propósitos de cada estudo. Significa isso que são conhecimentos verdadeiros? Não, em definitivo. Significa que foram produzidos conhecimentos que, com alguns achados, poderão ser levados em conta com o fim de conhecer a direção da percepção de estudantes de medicina e médicos sobre o conceito de morte digna, assim como foram levantados dados sobre seus valores e sua preferência do local onde gostariam de morrer. Porém, inclusive nesses casos, muito ainda demandará ser conhecido, como ao final se indicará.

De momento, cabe reconhecer também que a estratégia de pesquisa poderá ser complementada, recorrendo-se a entrevistas com esses indivíduos, que poderão arrojar luz à temática tratada. Não obstante, entende-se que os achados foram consistentes teoricamente, confirmando também o que tinha sido previamente observado na literatura.

7.2. Resultados Principais

É importante assinalar a adaptação da *Escala de Percepção de Morte Digna* para o contexto brasileiro. Previamente, não se contava com qualquer instrumento objetivo que permitisse avaliar o construto morte digna. Coerente com seus proponentes (Miyashita *et al.*, 2007), trata-se de um instrumento multifatorial, que reúne evidências de validade de construto (validade fatorial e consistência interna). Portanto, poderá ser empregado em estudos futuros. Apenas dessa contribuição da presente tese (*Estudo 1*), posteriormente se optou por ter em conta uma medida mais reduzida, composta por 24 dos 58 itens originais dessa medida, produto de estudo em que esta doutoranda esteve envolvida (Wanssa *et al.*, 2012). Contudo, essas duas versões adaptadas poderão ser usadas com a mesma finalidade, pois permitem cobrir o mesmo conjunto de seis fatores que essa medida presumivelmente cobre. Caberá ao pesquisador decidir qual usar, tendo em conta os propósitos de seus estudos e a população-meta; se desejar assegurar maior consistência interna dos fatores, a versão com 42 itens parece mais adequada (Nunnally, 1991); porém, se o propósito for realizar uma triagem, efetuando um levantamento que inclua outros indicadores além de morte digna, contar com uma versão reduzida é sempre mais favorável (Gosling, Rentfrow & Swann, 2003).

Embora a morte em contexto hospitalar represente uma tendência em alguns países desenvolvidos ou industrializados (Koffman & Higginson, 2004; Kovács, 2008a), sobretudo para determinados grupos de pacientes terminais, como aqueles hematológicos (Howell *et al.*, 2010), a preferência tem geralmente sido por morrer em casa (Higginson & Sen-Gupta, 2000; Tang *et al.*, 2005). Esse achado também foi comprovado nos dois estudos previamente descritos, nos quais cerca de 3/4 dos indivíduos, estudantes ou médicos, indicaram preferir morrer em sua própria residência. Nesse sentido, parece evidente um conflito bioético entre os interesses da pessoa, no seu exercício de autonomia, cumprindo sua dignidade como ser humano, e a imposição de uma alternativa, talvez dirigida por um princípio em princípio nobre, mas que pode comprometer as escolhas de cada um: paternalismo (Morais, 2010a, 2010b). Mas, o que dizer dos restantes indivíduos, isto é, os correspondentes a 1/4 das respectivas amostras? Será crucial entender o que os levam a preferir, a despeito da maioria, morrer em hospital. Talvez o desejem por acreditar, por exemplo, que poderia ser menos doloroso e sofrido para os seus familiares. Contudo, não há uma resposta definitiva para esse ponto, demandando-se estudos futuros.

Conforme ficou evidenciado nos dois estudos, ao menos entre estudantes de Medicina e médicos, ter uma morte digna passa por seguir tendo esperança de vida, viver com prazer e contar com boas relações com os familiares. Previamente se comentou sobre a possibilidade de essas pessoas terem em conta a esperança como resultado de sua prática formadora e do contexto em que vivem, que, guardando resquícios de décadas passadas, ainda prima pela cura em lugar do cuidado (Horta, 1999; Melo, 2006), identificando na esperança essa oportunidade. Por outro lado, quiçá a ênfase em boas relações com familiares sublinhe a orientação axiológica das pessoas do contexto de pesquisa. De fato, a região Norte brasileira tem sido associada a uma cultura coletivista (Hofstede *et al.*, 2010), na qual a família e as pessoas consideradas do endogrupo têm importância primordial, definindo mesmo a identidade pessoal e social de cada um (Gouveia *et al.*, 2002).

Com respeito aos valores, como se indicou no *capítulo 4*, há muito estes têm sido considerados centrais no sistema cognitivo das pessoas (Rokeach, 1973; Schwartz & Bilsky, 1987, 1990). Nesta tese isso parece evidente. Os valores podem mediar à relação entre a percepção de morte digna e a escolha do lugar onde morrer (*Estudo 1*), como também possibilita explicar a própria percepção de morte digna (*Estudo 2*). Desse modo, fica evidente sua contribuição sobre essa temática, carecendo que seja levada em conta em outros estudos. Particularmente, a proposta da *teoria funcionalista dos valores* reuniu evidências bastante favoráveis, suportando as predições realizadas (Gouveia, 2003; Gouveia *et al.*, 2009, 2010, 2011). A propósito, esse construto, como ficou evidente, pode ter um papel importante para explicar dilemas bioéticos, a exemplo do local onde as pessoas desejam morrer, podendo ser pensado também com respeito a outras questões, a exemplo de atitudes frente à distanásia e à ortotanásia, testamento vital, princípios de autonomia e paternalismo etc. Porém, há que se ter muito claro, a concepção adotada aqui sobre valores humanos vem de uma tradição da psicologia social, sendo objetiva e específica; esta difere, por exemplo, da abordagem dos valores sociais que tem sido discutida há quase uma década no âmbito dos estudos bioéticos (Nunes, Ricou & Nunes, 2004).

Em resumo, esses são os primeiros achados que unem os construtos percepção de morte digna e valores, procurando relacioná-los com a escolha do lugar onde as pessoas desejam morrer. Trata-se, pois, de um empreendimento inicial nessa área de estudo, cujo mérito poderá ser avaliado em decorrência de estudos futuros que possa suscitar, sendo que esta doutoranda já se apressa em pensar acerca de algumas possibilidades, mas que não deverão cegar o leitor, que é convidado a contribuir, pensar junto e ir além das propostas ora

sugeridas. Antes, entretanto, procura-se ainda indicar possibilidades de aplicar os resultados anteriormente descritos, pensando acerca de ações concretas, quer no âmbito da formação ou mesmo da atuação profissional.

7.3. Aplicações Possíveis dos Resultados

A presente tese traz como contribuição principal para a classe médica uma compreensão sistematicamente elaborada sobre o processo de morte e morrer, fazendo-a conhecer, no plano teórico-conceitual, as concepções históricas e definidoras, o pensamento das religiões sobre a morte, as reações frente a esse evento fatídico, a noção de dignidade humana e os princípios bioéticos, além de considerar as alternativas ou escolhas mais comumente tidas em conta acerca do lugar onde as pessoas gostariam de morrer. Entretanto, quiçá a maior inovação tenha sido no plano empírico, isto é, das pesquisas que foram levadas a cabo. Como previamente indicado, pôde-se conhecer posicionamentos de estudantes e médicos sobre morte digna, associando-a com suas prioridades valorativas. Pautando seu posicionamento e sua conduta nesses achados, tais profissionais deverão observar a necessidade de valorizar o direito à informação por parte do doente e seus familiares, favorecendo explicações sobre seu quadro e o tratamento correspondente, mas também oferecendo oportunidade para que o paciente decida de forma autônoma o que for melhor para ele, não o expondo a tratamentos inúteis e ineficazes. Agindo assim, as decisões advindas de tal conhecimento para a tomada de decisão frente à morte serão mais humanas.

Provavelmente o melhor conhecimento de conceitos acerca de autonomia, morte digna e dignidade humana possibilitará a esses profissionais a perceber que, comumente, têm sido impostos tratamentos inúteis aos pacientes, que só acarretam sofrimento e prolongam o processo antinatural de morrer. Nesse sentido, tomando em conta as informações produzidas com a presente tese, pode-se pensar em diversas alternativas que façam dos médicos pessoas mais humanas, bioeticamente orientadas, indo além do estrito cientificismo e tecnicismo, que muitas vezes se frustram desnecessariamente, em razão de sua incapacidade de não deixar morrer. A morte é e precisa ser um evento natural, aceito, que faz parte do viver; morrer com dignidade é ter sido uma pessoa digna durante toda a existência, reconhecida sua autonomia e respeitados seus direitos póstumos. É preciso, então, agir prematuramente, inserindo no ensino médico o tema da terminalidade da vida. Porém, considerando a conjuntura vigente, não é possível ficar de braços cruzados. Nessa direção, haverá que promover algumas ações que, se

não podem ser de formação, ao menos primem pela informação ou, idealmente, conscientização. Portanto, recomenda-se: (a) elaborar seminários com a finalidade de incentivar a classe médica a discutir o processo de morte e morrer; (b) criar grupos de estudos e discussão com médicos, pacientes e familiares para tratar do processo de morrer; (c) envolver a equipe de saúde no processo de informação aos doentes e familiares, demonstrando sempre a importância da autonomia do ser frente ao processo de morrer, primando por seu interesse e sua vontade; e (e) incentivar a criação de serviços de cuidados paliativos nas redes privada e pública de saúde.

Finalmente, embora algumas dúvidas e interrogações tenham sido plantadas, analisadas e discutidas, a partir desta tese, inevitavelmente surgiram outras problemáticas que, devido ao interesse e à importância no âmbito da investigação em Ética e Bioética, lançam desafios e sugerem novos percursos. Precisamente, esboça-se a seguir uma agenda possível de estudos, sabendo-se que não esgota todas as possibilidades, mas, certamente, servirá de norte para esta doutoranda, que confia seguir na área, dedicando sua atenção à temática da morte, incluindo também outros profissionais da saúde, mas, sobretudo, enfocando o contexto educacional. É preciso entender que não somente será preciso informar aos profissionais, mas formar jovens aspirantes, mostrando-lhes a viabilidade de combinar tecnicismo com humanismo, considerando a morte como parte do processo de viver, sendo, assim, necessário um olhar que promova a dignidade humana em linha com os princípios bioéticos.

7.4. Estudos Futuros

Replicar os estudos descritos previamente, sem dúvida, poderá ser uma primeira alternativa de estudos futuros. Em mais de uma ocasião se comentou sobre a orientação coletivista que guia atitudes e comportamentos de pessoas na região Norte; o que dizer, porém, sobre lugares que contam com orientação mais individualista, a exemplo das regiões Sul e Sudeste? (Gouveia *et al.*, 2002; Hofstede *et al.*, 2010). Será que seguiriam valorizando as *boas relações com familiares*, ou acentuariam mais os fatores de *ter controle físico e cognitivo* e *controle do futuro*? Além disso, sua preferência por local onde morrer se assemelharia mais às das culturas individualistas ou coletivistas? Por fim, seriam mantidos os mesmos padrões de correlações entre os valores, a percepção de morte digna e a escolha do local onde gostariam de morrer? Conforme é possível apreciar, unicamente mudando o contexto do estudo é possível pensar em uma gama de questões que, atualmente, carecem de respostas.

Embora no *Estudo 2* as pessoas fossem perguntadas sobre a especialidade principal em que atuam, em razão do número reduzido de participantes e especialidades tidas em conta, decidiu-se não efetuar qualquer comparação com respeito à percepção de morte digna e escolha do lugar preferido para morrer. Porém, talvez essa seja uma questão que despertará o interesse de outros pesquisadores, tendo em conta que em algumas especialidades a vivência com a morte é bem mais acentuada, como no caso de oncologistas e médicos legistas, por exemplo. Que impacto, portanto, essas especialidades poderão ter nas variáveis citadas, comparando-as com especialidades menos expostas a eventos de terminalidade da vida, como podem ser oftalmologia e psiquiatria? A propósito, talvez valesse a pena estabelecer parcerias com as sociedades de especialidades, contribuindo com o entendimento que seus associados têm acerca da morte.

Parece fundamental pensar em fases diferentes da formação médica. O estudante ingressa no curso de Medicina, por vezes, com a visão romântica de salvar vidas; porém, logo poderá se deparar com a realidade de lidar com a morte (Kováks, 1985). Nesse sentido, seria importante realizar estudo longitudinal para compreender como e em que momento vão perfilando as mudanças de percepção, caso existam, sobre os atributos que definem uma morte digna para tais estudantes. Esse aspecto poderia mesmo ser ampliado para considerar médicos com tempos diferentes de formados, ponderando em razão de suas especialidades, seus atributos mais pessoais (e.g., sexo, idade, formação religiosa) e suas aspirações profissionais e econômicas.

Não é possível reduzir a equipe de saúde aos médicos. Estes, sim, são importantes, mas não menos são os enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos, apenas para citar alguns profissionais da área. Portanto, qualquer contribuição que pretenda ser realmente eficaz e inclusiva deverá ter em conta opiniões, atitudes e valores do conjunto desses profissionais. Será preciso, pois, tê-los em conta, procurando conhecer como percebem a morte digna e que importância dão às decisões dos pacientes e seus familiares. Por suposto, esse não é um tipo de pesquisa que possa ser realizada facilmente, sendo igualmente dispendiosa em termos de tempo e dinheiro. Neste sentido, haverá que procurar envolver órgãos de fomento e, sobretudo, conselhos profissionais, mostrando a relevância da temática para a promoção da qualidade de vida, incorporando também o momento de morrer.

Será preciso insistir mais nos valores humanos. Conforme foi possível descrever no *marco teórico*, estes são construtos centrais no sistema cognitivo das pessoas (Rokeach,

Gouveia, 2003), podendo ser fundamentais para explicar a forma como se percebe a morte digna, mas também como se configuram os princípios bioéticos de autonomia, paternalismo, beneficência, não-maleficência e justiça social. Sobre esse ponto, embora se tenha contribuído com a versão brasileira da *Escala de Percepção de Morte Digna*, representando a possibilidade de estimular estudos futuros sobre essa temática no país, sentiu-se falta nesta tese de medidas específicas sobre os princípios bioéticos. Haverá que se pensar em como operacionalizá-los, construir instrumentos específicos a respeito ou adaptar alguns que têm sido usados com outras finalidades.

Como ficou evidente quando revisados os estudos sobre a morte e o morrer, embora sejam processos que deveriam ser naturais, há uma repulsa a respeito deles por parte expressiva das pessoas. De fato, a notícia da iminência da morte, na oportunidade de diagnóstico de uma doença crítica (e.g., câncer, AIDS, hepatite C), pode produzir reações diversas, mas quase sempre de negação, revolta e depressão (Kovács, 2008b; Kübler-Ross, 2008). Será preciso conhecer algo mais a respeito, incluindo medidas de estresse, fadiga e desesperança; talvez valha a pena pensar também em (in) gratidão, ideação suicida e crença no mundo justo. Portanto, como se percebe, muitos são os construtos que poderão ser levados em conta. Nesse sentido, também poderão ser pensados modelos explicativos mais complexos, trabalhando-se com aqueles hierárquicos ou de mediação-moderação. Em definitivo, embora se reconheça que a experiência diante da morte possa ser única, os estudos têm demonstrado vivências compartilhadas, comuns, que podem denotar processos psicossociológicos subjacentes. Valerá a pena, então, empreender esforços no sentido de construir verdadeiros modelos explicativos, de modo que se possam pautar as práticas sobre essa temática.

Por fim, será muito interessante a realização de um estudo de âmbito nacional sobre a temática da morte digna, com o fim de ter uma noção real da necessidade de uma legislação que dê suporte à decisão de pacientes e médicos sobre como, quando e onde morrer. Nessa direção, quiçá demande pensar, levar a cabo e elaborar uma lei que discipline o *testamento vital*, nos moldes adotados por Portugal.

- Abreu, K. L., Stoll, I. Ramos, L. S., Baumgardt R. A. & Kristensen, C. H. (2002). Estresse ocupacional e síndrome de *burnout* no exercício profissional da psicologia. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 22, n. 2, p. 22-29.
- Alencar, S. C. S., Lacerda, M. R. & Centa, M. L. (2005). Finitude humana e enfermagem: Reflexões sobre o (des)cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. Família, Saúde e Desenvolvimento, v. 7, n. 2, p. 171-180.
- Almeida, F. J. R. & Sobral, F. J. B. A. (2009). O sistema de valores humanos de administradores Brasileiros: Adaptação da escala PVQ para o estudo de valores no Brasil. Revista de Administração Mackenzie, v. 10, n. 3., p. 101-126.
- Alves, G. B., Andrade, E. O. Carneiro, M. B. & Gouveia, V. V. (2007). A saúde dos médicos no Brasil. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.
- Amaral, J. B. (2006). O significado do cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados: História oral de enfermeiras [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Andrade, E. O. (2007). Apresentação. In: G. B. Alves, E. O. Andrade, M. B. Carneiro & V. V. Gouveia (Orgs.). A saúde dos médicos no Brasil, p. 11-14. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.
- Andresen, E. A., Seecharan, G. A. & Toce, S. S. (2004). Provider perceptions of child deaths. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, v. 158, n. 5., p. 430-434.
- Anjos, M. F. (2006). A vulnerabilidade como parceira da autonomia. Revista Brasileira de Bioética, v. 2, n. 2, p. 173-186.
- Araújo, V. L. N. (2001). Síndrome de burnout e saúde geral em trabalhadores da saúde [dissertação]. São Bernardo do Campo (SP): Universidade Metodista de São Paulo.
- Ariès, P. (1977). História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora.
- Ariès, P. (1981). O homem diante da morte, v. 1. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora.
- Ariès, P. (1982). O homem diante da morte, v. 2. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora.
- Ariès, P. (2000). O homem perante a morte, v. 1. 2ª Ed. Lisboa, Portugal: Publicações Europa-América LDA.
- Azeredo, N. S. G. (2007). O acadêmico de medicina frente à morte: Questões para se (re) pensar a formação [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Baidar, L. & Surbone, A. (2007). Patients' choices of the place of their death: A complex, culturally and socially charged issue. Onkologie, v. 30, n. 3, p. 94-95.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2002). Princípios de ética biomédica. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo / Loyola.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout*: O processo de adoecer pelo trabalho. In: A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador, p. 17-57. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Bennett, J. C. & Plum, F. (1996). Cecil: Tratado de medicina interna. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bertachini, F. & Pessini, L. (2010). A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. Revista Bioethikos, v. 4, n. 3, p. 315-323.
- Best, W. E. (2002). Como o cristão deve considerar a morte?(Trad. de Felipe Sabino de Araújo Neto). Disponível em: <http://www.monergismo.com> (acesso 21 de Jul 2012).
- Bigheto, A. C. & Incontri, D. (2007). A religiosidade humana, a educação para a morte. In: F. S. Santos & D. Incontri (Org.). A arte de morrer - Visões plurais, v. 1, p. 26-35. Bragança Paulista (SP): Comenius.
- Blank, R. (2007). Catolicismo - Ritos de passagem e visão pós-morte. In: F. S. Santos & D. Incontri (Org.). A arte de morrer - Visões plurais, v. 1, p. 260-270. Bragança Paulista (SP): Comenius.
- Boff, L. (2000). Tempo de transcendência: O ser humano com um projeto infinito. Rio de Janeiro: Sextante.
- Bomtempo, T. V. (2011). A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: Uma análise constitucional. Revista Internacional de Direito e Cidadania, n. 9, p. 169-182.
- Borges, R. C. B. (2005). Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. Jus Navigandi, v. 10, n. 871. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/7571> (acesso em 11 de Nov 2011).
- Bowlby, J. (2004). Perda: Tristeza e depressão, v. 3, Trilogia Apego e Perda. São Paulo: Martins Fontes.
- Braithwaite, V. A. & Scott, W.A. (1991). Values. In: J. P. Robinson, P. R. Shaver & L.S. Wrightsman (Eds.). Measures of personality and social psychological attitudes, p. 661-753. Nova York: Academic Press.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao (acesso em 03 de Jun 2011).
- Brasil. República Federativa do Brasil. (1986). Diário Oficial. Disponível em: www.senado.gov.br/publicacoes/anais/constituente/AfonsoArinos.pdf (acesso em 03 de Jun. 2011).
- Brasil. (1997). Resolução CFM nº 1.480/97. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br> (acesso em 22 de Mar 2012).
- Brito, J. H. S. (2004). A ética e a autonomia da pessoa. In: R. Nunes, M. Ricou & C. Nunes (Orgs.). Dependências individuais e valores sociais. Coimbra: Associação Portuguesa de Bioética / Gráfica de Coimbra.
- Burge, F., Lawson, B. & Johnston, G. (2003). Trends in the place of death of cancer patients, 1992-1997. Journal of Canadian Association Medical (JCAM), v. 168, n. 3, p. 265-270.
- Camfield, L. & Skevington, S. M. (2008). On subjective well-being and quality of life. Journal of Health Psychology, v. 13, p. 764-775.
- Campos, L. S. (2009). Chamados à mansão eterna: Morte, ritos e visão pós-morte no protestantismo tradicional brasileiro. In: F. S. Santos (Org.). A arte de morrer - Visões plurais, v. 2, p. 110-131. Bragança Paulista (SP): Comenius.

- Carlotto, M. S. & Câmara, S. G. (2007). Propriedades psicométricas do *Maslach Burnout Inventory* em uma amostra multifuncional. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 24, n. 3, p. 325-332.
- Carlotto, M. S., Nakamura, A. P. & Câmara, S. G. (2006). Síndrome de burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Psico- PUCRS*, v. 37, n. 1, p. 57-62.
- Carneiro, M. B. & Gouveia, V. V. (2004). O médico e o seu trabalho: Aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.
- Casellato, G. & Motta, M. A. P. (2002). Lutos maternos: Um estudo comparativo. In: M. H. P. Franco (Org.). Estudos avançados sobre o luto, p. 95-130. São Paulo: Livro Pleno.
- Cassorla, R. M. S. (2009). A negação e outras defesas frente à morte. In: F. S. Santos (Org.). Cuidados paliativos: Discutindo a vida, a morte e o morrer, p. 59-76. São Paulo: Editora Atheneu.
- Cesarin, A. S. (2008). Breves considerações sobre eutanásia e ortotanásia e o respeito ao princípio da dignidade no momento da morte. Anuário da Produção Acadêmica Docente, v. 12, n. 2. Disponível em: <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anudo/article/view/445/440> (acesso 21 de Jul 2012).
- Chibeni, S. S. (2003). O espiritismo em seu tríplice aspecto: Científico, filosófico e religioso. Disponível em: <http://www.espirito.org.br> (acesso em 03 de Abr 2011).
- Clark, A. C. & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, v. 7, p. 309-319.
- Clawson, C. J. & Vinson, D. E. (1978). Human values: A historical and interdisciplinary analysis. *Advances in Consumer Research*, v.5, p. 396-402.
- Codo, W. & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é *burnout*? In: W. Codo (Org.). Educação: Carinho e trabalho, p. 237-254. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Coelho, M. A. B. C. (2002). Sinais psicofisiológicos e vocais de ativação por stress no telejornalismo ao vivo [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo.
- Coen, M. (2010). A arte de morrer. Budismo – Zen Budismo. In: F. S. Santos (Org.). A arte de morrer. visões plurais, v. 3, p. 212-220. Bragança Paulista, SP: Ed. Comenius.
- Coleman, G., Jinpa, T. & Dorje, G. (2010). O livro tibetano dos mortos (Trad. de Marcelo Brandão Cipolla). São Paulo: Martins Fontes.
- Combinato, D. & Queiroz, M. S. (2006). Morte: Uma visão psicossocial. Estudos de Psicologia (Natal), v. 11 n. 2, p. 209-216.
- Conselho Federal de Medicina. (1997). Resolução n. 1.480, de 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes> (acesso em 03 de Abr 2011).
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (1999). Reflexão ética sobre a dignidade humana. Disponível em: <http://www.cneqv.gov.pt> (acesso em 04 de Jun 2011).
- Corzo, J. R. F. (2007). Los valores y los desafíos actuales. Lima: Biblioteca Nacional del Perú. Disponível em: <http://biblioteca.filosofia.cu/2007> (acesso em 03 de Fev 2012).
- Costa, R. L. S & Silveira, S. (2009). A morte no cristianismo medieval. In: F. S. Santos (Org.). A arte de morrer - Visões plurais, v. 2, p. 209-217. Bragança Paulista (SP): Comenius.

- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? American Psychologist, v. 54, p. 821-827.
- Dallari, D. A. (2011). Bioética e direitos humanos. A vida humana como valor ético. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/artigo6.pdf> (acesso em 15 de Jun 2011).
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L. & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? Social Indicators Research, v. 28, p. 195-223.
- Diniz, D. & Costa, S. (2004). Morrer com dignidade: Um direito fundamental (Serie Anis 34). Brasília, DF: Letras Livres.
- Dodge, R. E. F. (1999). Eutanásia – Aspectos jurídicos. Revista de Bioética, v. 7, n. 1, p. 118.
- Durand, G. (2007). Introdução geral à bioética: História, conceitos e instrumentos. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo / Loyola.
- Eliade, M. (1979). A arte de morrer. O sagrado e o profano. Lisboa: Edições Livros do Brasil.
- Esslinger, I. (2008). De quem e a vida, afinal. A Morte no Século XX: O lugar do interdito. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. Professional Psychology: Research and Practice, v. 40, n. 5, p. 532-538.
- Ferreira, A. B. H. (1986). Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S/A.
- França, G. V. (1992). Direito médico. Declaração de Genebra. 5ª ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK.
- Franca, G.V. (2010). Comentários ao Código de Ética Médica. Declaração de Nüremberg. 6.ª ed., p 310 – 311. Rio de janeiro: Guanabara Koogan.
- Franca, G.V. (2010). Comentários ao Código de Ética Médica. Declaração de Helsinki V (2000). 6.ª ed., p 281 – 284. Rio de janeiro: Guanabara Koogan.
- Franco, M. H. P. (2002) (Org.). Estudos avançados sobre o luto. São Paulo: Livro Pleno.
- Frasquilho, M.A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: Prevenção e tratamento. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 89-98.
- Fried, T. R., Doorn, C., O'Leary, J. R., Tinetti, M. E. & Drickamer, M. A. (1999). Older persons' preferences for site of terminal care. Annals of Internal Medicine, v. 131, n. 2, p. 109-112.
- Gala León, F. J., Jiménez, M. L., Hernández, R. R., Gestoso, C. G., González Infante, J. M., Gutiérrez, M. C. V & Sánchez, I. A. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense, n. 30, p. 39-50.
- Garros, D. (2003). A “good” death in a pediatric ICU: Is it possible? Jornal de Pediatria, 79, p. 243-254.
- Gogliano, D. (1993). Pacientes terminais - Morte encefálica. Revista de Bioética, v. 1, n. 2, p. 145-156.
- Gomes, B. & Higginson, I. J. (2006). Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. British Medical Journal, v. 332, p. 515-521.

- Gonçalves-Estella, F., Díaz, J. A., Alonso, J. A. B., Garzón, P. J. C., Camacho, A. F., Sendín, J. J. R., De La Serna, de Pedro, I. & Solla Camino, J. M. (2002). Síndrome de burn-out en el médico general. Medicina General, v.43, p. 278-283.
- Google. (2009). Escolha / lugar de morrer. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?hl=pt-R&q=escolha+%22lugar+de+morrer%22&meta=cr%3DcountryBR&aq=f&oq> (acesso em 26 de Dez 2009).
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B., Jr. (2003). A very brief measure of the big five personality domains. Journal of Research in Personality, v. 37, 504-528
- Goulart, C. B., Haddad, M. C. L., Vannuchi, M. T. O. & Dalmas, J. C. (2010). Fatores predisponentes da síndrome de burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade. Revista Espaço para a Saúde, v. 11, n. 2, p. 48-55.
- Gouveia, V. V. (1998). La naturaliza de los valores descriptores del individualismo y del colectivismo: Una comparación intra e intercultural [tese]. Madri, Espanha: Universidade Complutense de Madri.
- Gouveia, V. V. (2003). A natureza motivacional dos valores humanos: evidencias acerca de uma nova tipologia. Estudos de Psicologia (Natal), v. 8, n. 3, p. 431-443.
- Gouveia, V. V., Clemente, M. & Espinosa, P. (2003). The horizontal and vertical attributes of individualism and collectivism in a Spanish population. The Journal of Social Psychology, v. 143, p. 43-63.
- Gouveia, V. V., Albuquerque, F. J. B., Clemente, M. & Espinosa, P. (2002). Human values and social identities: A study in two collectivist cultures. International Journal of Psychology, v. 37, p. 333-342.
- Gouveia, V. V. & Carneiro, M. B. (2007). Considerações metodológicas da pesquisa saúde do médico. In: G. A. Barbosa, E. O. Andrade, M. B. Carneiro & V. V. Gouveia (Orgs.). A saúde dos médicos do Brasil, p. 89-102. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.
- Gouveia, V. V., Martinez, E., Meira, M. & Milfont, T. L. (2001). A estrutura e o conteúdo universais dos valores humanos: Análise fatorial confirmatória da tipologia de Schwartz. Estudos de Psicologia (Natal), v. 6, n. 2, p. 133-142.
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Fischer, R. & Coelho, J. A. P. M. (2009). Teoria funcionalista dos valores humanos: Aplicações para organizações. Revista de Administração Mackenzie, v. 10, n.3, p. 35-59.
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Fischer, R. & Santos, W. S. (2008). Teoria funcionalista dos valores humanos. In: M. L. M. Teixeira (Org.). Valores humanos e gestão: Novas perspectivas, p. 47-80. São Paulo: Editora Senac.,
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Soares, A. K. S. A., Andrade, P. R. & Leite, I. L. (2011). Conhecendo os valores na infância: Evidências psicométricas de uma medida. Psico-PUCRS, v. 42, n. 1, p. 106-115.
- Gouveia, V. V., Santos, W. S., Milfont, T. L., Fischer, R., Clemente, M. & Espinosa, P. (2010). Teoria funcionalista de los valores humanos en España: Comprobación de las hipótesis de contenido y estructura. Revista Interamericana de Psicología, v. 44, n. 2, p. 203-214.
- Gouveia, V. V., Souza Filho, M. L., Araújo, A. G. T., Guerra, V. M. & Souza, D. F. M. (2006). Correlatos valorativos das motivações para responder sem preconceito. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 19, n. 3, p. 422- 432.

- Grapiglia, G. (2008). Cuidado de enfermagem aos familiares que recebem diagnóstico da morte de um familiar [monografia]. Novo Hamburgo (RS): Departamento de Enfermagem, Centro Universitário Feevale.
- Grisard, N. (1999). Bioética – uma atualização. In: Y. Correa Neto, A. Sobierajski & R. C. Valin (Org.). Manual de terapêutica clínica, p. 14-21. 2ª Ed. Florianópolis, SC: Associação Catarinense de Medicina.
- Grisard, N. (2000). Manual de orientação ético-disciplinar. 2ª ed. Florianópolis, SC: Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina / Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina.
- Guerra, V. M. (2009). *Community, autonomy, and divinity: Studying morality across cultures* [tese]. Kent (Inglaterra): Universidade de Kent.
- Hayton, J.C., Allen, D. G. & Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. Organizational Research Methods, v. 7, p. 191-205.
- Hennezel, M. (2001). Nós não nos despedimos. Lisboa, Portugal: Editorial Notícias.
- Higginson, I. J. & Sen-Gupta, G. J. A. (2000). Place of care in advanced cancer: A Qualitative systematic literature review of patient preferences. Journal of Palliative Medicine, v. 3, n. 3, p. 287-300.
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M. & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. Journal of Pain and Symptom Management, v. 31, p. 140-147.
- Hirsso, P., Rajala1, H., Laakso, M., Hiltunen, L., Härkönen, P. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2005). Health-related quality of life and physical well-being among a 63-year-old cohort of women with androgenetic alopecia; A Finnish population-based study. Health and Quality of Life Outcomes, v. 3, n. 49 DOI:10.1186/1477-7525-3-49.
- Hofstede, G (1984). Culture's consequences: International differences in work-related values. Beverley Hills, CA: Sage Publications.
- Hofstede, G., Hilal, A. V. G., Malvezzi, S., Tanure, B. & Vinken, H. (2010). Comparing regional cultures within a country: Lessons from Brazil. Journal of Cross-Cultural Psychology, v. 41, p. 336-352.
- Horta, M. P. (1999). Eutanásia – Problemas éticos da morte e do morrer. Revista de Bioética, v. 7, n. 1, p. 27-33.
- Houaiss, A., Villar, M. de & Franco, M. de M. (Org.) (2001). Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Howell, D. A., Roman, E., Cox, H., Smith, A. G., Patmore, R., Garry, A. C. & Howard, M. R. (2010). Destined to die in hospital? Systemic review and meta-analysis of place of death in haematological malignancy. BMC Palliative Care, v. 9, n. 9, p. 1-8.
- Ikeda, D. (2010). Vida um enigma, uma jóia preciosa. A natureza da morte (Trad. de Luci Goshima da Costa). São Paulo: Brasil Seikyo.
- Infante, V. S. & Souza, R. L (2003). Sobre os valores humanos: Uma hierarquização empírica. Revista Espaço Acadêmico, v. 2, n. 21. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/021/21cvidal.htm> (acesso em 24 de Jul 2012).
- Inglehart, R. (1977). The silent revolution: Changing values and political styles among Western publics. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Inglehart, R. (1989). Cultural shift in advanced industrial society. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jennings, B. (2007). Autonomy. In: B. Stenbock (Org.). The oxford handbook of Bioethics, p. 72-89. New York: Oxford University Press.
- Junges, J. R. (1999). Bioética, perspectivas e desafios. São Leopoldo, RS: Ed. Unisinos.
- Kardec, A. (1978). O Evangelho segundo o Espiritismo. São Paulo: Lake.
- Kardec, A. (2009). O evangelho segundo o espiritismo. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira.
- Kid, Q. & Lee, A. (1997). Postmaterialist values and the environment: A critique and reappraisal. Social Science Quartely, v. 78, 1-15.
- Kipper, D. J. & Clotet, J. (1998). Princípios da beneficência e não-maleficência. S. I. F. Costa, V. Garrafa & G. Oselka (Orgs.). Iniciação à bioética, p. 37-50. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.
- Kluckhohn, C. (1951). Los valores y las orientaciones de valor en la teoría de la acción. In: T. Parsons & E. A. Shils (Eds). Hacia una teoría de la acción, p. 443-461. Buenos Aires: Editorial Kapelusz.
- Koffman, J. & Higginson, I. J. (2004). Dying to be home? preferred localization of death of first-generation black Caribbean and native-born white patients in the United Kingdom. Journal of Palliative Medicine, v. 7, n. 5, p. 628-636.
- Kovács, M. J. (1998). Autonomia e o direito de morrer com dignidade. Revista de Bioética, v. 6, n.1, p. 61-64.
- Kovács, M. J. (2007). Perdas e o processo de luto. In: F. S. Santos & D. Incontri (Org.). A arte de morrer. Visões plurais, v. 1, p. 217-238. Bragança Paulista, São Paulo, Ed. Comenius.
- Kovács, M. J. (2008a). Morte e desenvolvimento humano. Medo da morte. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2008b). Educação para a morte. O homem diante da morte – Ensaio de compreensão do trabalho de Philippe Ariès. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (2008). Atitudes diante da morte e do morrer. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes.
- Kurashima, A.Y., Latorre, M. R. D., Teixeira, S.A.P. & Camargo, B. (2005). Factors associated with location of death of children with cancer in palliative care. Palliative & Supportive Care, v. 3, n 2, p. 115-119.
- Lee, A. & Pang, W.S. (1998). Preferred place of death – A local study of cancer patients and their relatives. Singapore Medical Journal, v. 39, n. 10, p. 447-450.
- León, F. J. G., Jiménez, M. L., Hernández, R. R., Gestoso, C. G., Infante, J. M. G., Gutiérrez, M. C. V. & Sánchez, I. A.(2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense, n. 30, p. 39-50.
- Leone, A. (2007). Judaísmo. Ritos de passagem e visão pós-morte. In: F. S. Santos & D. Incontri (Orgs.). A arte de morrer. Visões plurais, v. I, p. 249-259. Bragança Paulista, SP: Ed. Comenius.
- Lima, A. K. T. & Seibt, C. L. (2002). Um sentido da existência: Um olhar a partir da terceira idade [monografia]. UNAMA, AM: Curso de Psicologia, Universidade do Amazonas.

- Lima, F. B. (2004). Stress, qualidade de vida, prazer e sofrimento no trabalho de Call Center [dissertação]. Campinas (SP): Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Lima, M. E. (1997). Valores, participação política, atitudes face à democracia e ao autoritarismo: Uma análise da socialização política dos universitários da Paraíba [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba.
- Lima, T. J. S. (2012). Modelos de valores de Schwartz e Gouveia: Comparando conteúdo, estrutura e poder preditivo [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba.
- Lombardi, M. F. S., Araujo, B. F. V. B. & Teixeira, M. L. M. (2010). Implicações dos valores básicos de estudantes no ensino de Administração: Um estudo em dois cursos de graduação em Administração na cidade de São Paulo. Revista Administração: Ensino e Pesquisa, v. 11, n. 4, p. 527-550.
- Lopes, C. H. A. F., Chagas, N. R. & Jorge, M. S. B. (2007). O princípio bioético da autonomia na perspectiva dos profissionais de saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 28, n. 2, p. 269-271.
- Luper, S. (2010). A filosofia da morte. São Paulo: Editora Madras.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G. & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. Psychological Methods, v. 7, p. 83-104.
- Magalhães, A. B. (2006). A síndrome de burnout no contexto hospitalar pediátrico [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Católica de Goiás.
- Magnabosco, G., Goulart, C. B., Haddad, M. C. L., Vannuchi, M. T. O. & Dalmas, J. C. (2009). Síndrome de burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade. Revista Mineira de Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 506-514.
- Maio, G. R. (2010). Mental representations of social values. In M. P. Zanna (Ed.), Advances in experimental social psychology (v. 42, p. 1-43). San Diego, CA: Academic Press.
- Malagris, L. E. N. & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 23, n. 4, p. 391-398.
- Maranhão, J. L. S. (1998). O que é a morte (Coleção Primeiros Passos). 4ª ed. São Paulo: Ed. Brasiliense.
- Marques, V. & Abreu, J. A. (2009). Estresse ocupacional, conceitos fundamentais para o seu gerenciamento. Trabalho apresentado no VI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, Resende, RJ.
- Martins, J. C. A. (2008). O direito do doente à informação: Contextos, práticas, satisfação, e ganhos em saúde [tese]. Porto (Portugal): Universidade do Porto.
- Maslow, A. H. (1954). Motivation and personality. New York: Harper & Row.
- Massa, S. (2008). A idéia da morte no Oriente: Bases filosóficas. Revista Prática Hospitalar, v. 10, n. 55, p. 158 – 160.
- Massud, M., Barbosa, G. A. & Gouveia, V. V. (2007). Indicadores de saúde mental. In: G. A. Barbosa, E. O. Andrade, M. B. Carneiro & V.V. Gouveia (2007). (Orgs.). A saúde dos médicos do Brasil. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.

- Medeiros, E. D., Gouveia, V. V., Gusmão, E. E. da S., Milfont, T. L., Fonsêca, P. N. & Aquino, T. A. A. (2012). Teoria funcionalista dos valores humanos: evidências de sua adequação no contexto paraibano. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, v. 13, n. 3, p. 18-44.
- Medeiros, M. M. (2008). Concepções hitoriográficas sobre a morte e o morrer: Comparações entre a *ars moriendi* medieval e o mundo contemporâneo. *Dossiê Religião e Religiosidade*, v. 5, n. 6, p. 152-172.
- Melo, B. T., Gomes, A. R. & Cruz, J. F. A. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, v. 2, n. 1, p. 53-72.
- Melo, D. G. (2008). A vulnerabilidade e suas relações com a autonomia e a pesquisa com seres humanos [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz.
- Melo, H. (2006). O direito a morrer com dignidade. *Revista Portuguesa de Direito da Saúde. Lex Medicinæ*, v. 3, n. 6, p. 69-73.
- Menezes, R. A. (2009). Reflexões em torno da morte e o morrer. In: F. S. Santos (org.). *A arte de morrer: Visões plurais.*, v. 2, p. 229-236. Bragança Paulista, SP: Ed. Comenius.
- Michielsen, H. J., De Vries, J. & van Heck, G. L. (2003). Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measure: The Fatigue Assessment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 54, n. 4, p. 345-352.
- Millán, G. O. (1997). Derecho a una muerte digna. Persona y bioética. *Centro de Estudios e Investigaciones de Bioética*, n. 1, p. 99-107.
- Mindlin, B. (2007). Tradições indígenas brasileiras: Ritos de passagem e visão pós-morte. In: F. S. Santos & D. Incontri (Orgs.). *Arte de morrer. Visões plurais*, v. 1, p. 64-70. Bragança Paulista, SP: Ed. Comenius.
- Ministério da Saúde. (2004). *DATASUS: informações de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://datasus.gov.br> (acesso em 31 de Mar de 2012).
- Ministério da Saúde. (2009). *Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: Dados indicadores selecionados*. Brasília, DF: Ministério da Ssaúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br> (acesso em 31 de Mar 2012).
- Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K. & Uchitomi, Y. (2007). Good death in cancer care: A nationwide quantitative study. *Annals of Oncology*, v. 18, p. 1090-1097.
- Molpeceres, M. A. (1994). *El sistema de valores: Su configuración cultural y su socialización familiar en la adolescencia* [tese]. Valência (Espanha): Universidade de Valência.
- Monte, F. Q. (2009). Ética médica: Evolução histórica e conceitos. *Revista de Bioética*, v. 17, n. 3, p. 407-417.
- Morais, I. M. (2010a). Autonomia pessoal e morte. *Revista de Bioética*, v. 18, n. 2, p. 289-309.
- Morais, I. M. (2010b). Vulnerabilidade do doente *versus* autonomia individual. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, n. 2, p. 331-336.
- Morin, E. (1997). *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- Mularski, R. A., Heine, C. E., Osborne, M. L., Ganzini, L. & Curtis, J. R. (2005). Quality of dying in the ICU. Ratings by family members. *American College of Chest Physicians*, v. 128, p. 280-287.

- Nobre Júnior, E. P. (2000). O direito brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana. Revista Jus Navigandi. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/161/o-direito-brasileiro-e-o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana>, (acesso em 14 de Jul 2011).
- Nogueira, D. & Pereira, L. (2006). Perspectiva da morte de acordo com a religiosidade: Estudo comparativo. Disponível em: <http://psicologia.com.pt> (acesso em 24 de Jul de 2011).
- Nogueira-Martins, L.A. (2003). Saúde mental dos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 1, n. 1, p. 56-68.
- Nunes, R. (2004). Os valores e a sociedade plural. In: R. Nunes, M. Ricou & C. Nunes (Orgs.). Dependências individuais e valores sociais, p. 12-18. Coimbra: Associação Portuguesa de Bioética / Gráfica de Coimbra.
- Nunes, R. & Melo, H. P. (2011). Testamento vital. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.
- Nunes, R., Ricou, M. & Nunes, C. (Orgs.). (2004). Dependências individuais e valores sociais. Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra.
- Nunes, R. (2009). Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. Revista de Bioética, v.1, n. 17, p. 29-39.
- Nunnally, J. C. (1991). Teoría psicométrica. México, DF: Trillas.
- Oliveira, G. F. (2008). Trabalho e bem-estar subjetivo: Compreendendo a situação laboral dos médicos [tese]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba.
- Oliveira, J. R., Brêtas, J. R. S. & Yamaguti, L. (2007). A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41 n. 3, p. 386-394.
- Ortiz-Sanz, J. (2006). Es posible gestionar el proceso de morir. Voluntades anticipadas. Medicina Clinica, v. 126, n. 16, p. 620-623.
- Oyeserman, D. (2001). Values, psychological perspectives on. In: N. Smelser & P. Baltes (Orgs.). International encyclopedia of the social and behavioral science, p. 16151-16153. Oxford: Elsevier Science.
- Paiano, D. B. & Furlan, A. C. (2009). Direitos humanos fundamentais e dignidade da pessoa humana: Evolução e efetividade no estado democrático de direito. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1687/1605>. (acesso em 15 de Jun 2011).
- Paiva, L. E. (2009). A morte nas diferentes fases do desenvolvimento humano. In: F. S. Santos (Org.). Cuidados paliativos: Discutindo a vida, a morte e o morrer, p. 125- 141. São Paulo: Atheneu.
- Palka, A. L. (2005). Morte e tecnologia: Os limites propostos pela bioética. Jornal de Ciência e Fé, v. 6, n. 74. Disponível em: <http://www.cienciaefe.org.br/jornal/ed74/MT01.HTM> (acesso em 20 de Jun 2012).
- Papke, J. & Koch, R. (2007). Places of death from cancer in a rural location. Onkologie, v. 30, n. 3, p. 105-108.
- Parkes, C.M. (1998). Luto – estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus.
- Parsons, T. & Shils, E. (1951). Toward a general theory of action. Cambridge: Harvard University Press.

- Parsons, T. (1959 / 1976). El sistema social. Madri: Revista do Occidente.
- Pascoal, F. F. S. (2008). Síndrome de burnout entre os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família: Risco de adoecimento mental [dissertação] João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba.
- Pascoal, J. M. S. (2010). Viver a esperança - Necessidades da pessoa com doença oncológica [dissertação]. Porto (Portugal): Universidade do Porto..
- Pasquali, L. (2003). Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Payne, S. A., Langley-Evans, A. & Hillier, R. (1996). Perceptions of a good death: A comparative study of the views of hospice staff and patients. Palliative Medicine, v. 10, p. 307-312.
- Pereira, C., Camino, L. & Costa, J. B. (2004). Análise fatorial confirmatória do Questionário de Valores Psicossociais - QVP24. Estudos de Psicologia (Natal), v. 9, n. 3, p. 505-512.
- Pessini, L. & Barchifontaine, C. P. (Orgs.) (2005). Fundamentos da bioética. 3ª ed. São Paulo: Paulus.
- Pessini, L. (1996). Distanásia: Até quando investir sem agredir? Revista de Bioética, v. 4, n.1, p. 31-43.
- Pessini, L. (1999). A eutanásia na visão das grandes religiões. Revista de Bioética, v. 7, n 1, p. 83-98.
- Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient Alpha. Journal of Consumer Research, v. 21, p. 381-391.
- Ragip, S. M. (2007). Islamismo. Ritos de Passagem e Visão Pós-Morte. In: F. S. Santos & D. Incontri (Orgs.). Arte de morrer. Visões plurais, v. 1, p. 280-288. Bragança Paulista, SP: Ed. Comenius.
- Ramos, T. P. T. (2010). A morte e o morrer no Budismo. In: F. S. Santos (Org.). A arte de morrer. Visões plurais, v. 3, p. 206-210. Bragança Paulista, SP: Comenius.
- Ricou, M., Salgado, J., Alves, C., Duarte, I., Teixeira, Z., Barrias, J. & Nunes, R. (2004). Álcool, gravidez e a promoção da saúde. In: R. Nunes, M. Ricou & C. Nunes (Orgs.). Dependências individuais e valores sociais, p. 111-155. Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra.
- Rivera, J. R. D. & Domenico, S. M. R. (2009). Apresentado no Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento PNUD. Disponível em: <http://www.mostreseuvalor.org.br/publicacoes/index> (acesso em 23 de Fev 2012).
- Rokeach, M. (1973). The nature of human values. New York: Free Press.
- Rospigliosi, E. V. (2002). Bioética e direito. *Los Derechos humanos y la bioética*. Revista Bioética, v. 10, n. 2, p. 167-173.
- Ruviaro, M. F. S. & Bardagi, M. P. (2010). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS. Barbarói, n. 33, p. 194-216.
- Sabino, F. T. (1981). O encontro marcado. Poema existir. 34ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Record.
- Samaniego, D. P. M. (2000). Direitos humanos como utopia. *Jus Navigandi*, v. 4, n. 46. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=76> (acesso em 28 de Mai 2012).

- Sanjo, M., Miyashita, M., Morita, T., Hirai, K., Kawa, M., Akechi, T. & Uchitomi, Y. (2007). Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: A population-based survey in Japan. Annals of Oncology, n. 18, p. 1539-1547.
- Santana, J. C. B., Dutra, B. S., Baldansi de Paula, L., Freitas, R. H. F., Martins, T. C. O. D. & Moura, I. C. (2010). Ortotanásia: Significado do morrer com dignidade na percepção dos enfermeiros do curso de especialização em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Bioethikos, v. 4, n. 3, p. 324-31.
- Santos, C. J., Chagas, P. M., Silva, P. L. A. & Sandoval, R. A. (2010). Prevalência de estresse em docentes do curso de fisioterapia. Lecturas Educación Física y Deportes (Buenos Aires), v. 15, p. 1-6.
- Santos, F. S. (2007). Conceitos de morte. In: F. S. Santos & D. Incontri (Orgs.). A arte de morrer. Visões plurais, v. 1, p. 88-95. Bragança Paulista, SP: Comenius,
- Saporette, A.L. & Scartezini, S.N. (2009). Ritos de passagem e visão pós-morte nas tradições afro-brasileiras: Candomblé e Umbanda. In: F. S. Santos (Org.). Arte de morrer. Visões plurais, v. 2, p. 173-184. Bragança Paulista, SP: Ed. Comenius.
- Schwartz, S. H. & Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. Journal of Personality and Social Psychology, v. 53, p. 550-562.
- Schwartz, S. H. & Bilsky, W. (1990). Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. Journal of Personality and Social Psychology, v. 58, p. 878-891.
- Schwartz, S. H. (2005a). Valores humanos básicos: Seu contexto e estrutura intercultural. In: A. Tamayo & J. B. Porto (Org.). Valores e comportamento nas organizações, p. 21-55. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Schwartz, S. H. (2005b). Validade e aplicabilidade da teoria dos valores. In: A. Tamayo & J. B. Porto (Orgs.). Valores e comportamento nas organizações, p. 56-95. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Schwartz, S. H. (2006). Há aspectos universais na estrutura e no conteúdo dos valores humanos? In: M. Ros & V. V. Gouveia (Orgs.). Psicologia social dos valores humanos, p. 56-58. São Paulo: Senac.
- Schwartz, S. H., Verkasalo, M., Antonovsky, A. & Sagiv, L. (1997). Value priorities and social desirability: Much substance, some style. British Journal of Social Psychology, v. 36, p. 3-19.
- Selye, H. (1959). Stress, a tensão da vida. São Paulo: Ibrasa – Instituição Brasileira de Difusão Cultural.
- Shrout, P. E. & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. Psychological Methods, v. 7, p.422-445.
- Silva, F. P. P. (2000). Burnot: Um desafio à saúde do trabalhador. Revista de Psicologia Social e Institucional, v. 2, n.1. Disponível em: <http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm> (acesso 24 de Jul 2012).
- Silva, H. B. (2010). O princípio da dignidade humana na Constituição brasileira. Revista de Bioética, v. 18, n. 3, p. 573-587.
- Silva, P. L. (2006). A percepção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Católica de Goiás.

- Silva, R. C. A. F. (2011). Mortalidade perinatal em hospital terciário no Estado de Rondônia [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília.
- Sobreira, M. V. S. (2010). A morte e suas representações: Desafios para enfermagem [seminário]. Cajazeiras (PB): Faculdade Santa Maria.
- Souza, I. F., Mendonça, H., Zanini, D.S. & Nazareno, E. (2009). Estresse ocupacional, coping e burnout. Estudos, v. 36, n. 1/2, p. 57-74.
- Spilka, B., Stout, L., Minton, B. & Sizemore, D. (1997). Death and personal faith: A psychometric investigation. Journal for the Scientific Study of Religion, v. 16, n.2, p. 169-178.
- Steinbock, B. (2007). A short history of bioethics. In: B. Steinbock. (Org.). The oxford handbook of bioethics, p. 2-4. New York: Oxford University Press.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S (2007). Using multivariate statistics. 5ª ed. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Taboada, P. R. (2000). El derecho a morir con dignidad. Acta Bioethica, v. 6, n.1. n.1, p. 89-101.
- Tang, S.T., Liu, T. W., Lai, M. S., McCork, R. (2005). Discrepancy in the preferences of place of death between terminally ill cancer patients and their primary family caregivers in Taiwan. Social Science & Medicine v. 61, p. 1560-1566.
- Teixeira, A. T. (2009). Aspectos Jurídicos da morte e do morrer. In: F. S. Santos (Org.). Cuidados paliativos: Discutindo a vida, a morte e o morrer, p. 361-366. São Paulo: Atheneu.
- Thomas, W. I. & Znaniecki, F. (1918). The Polish peasant in Europe and America. Boston: University of Chicago Press.
- Tinoco, V. (2009). Luto e luto na infância: uma revisão. In: F. S. Santos (Org.). A arte de morrer. Visões plurais, v. 2, p. 246-251. Bragança Paulista, SP: Ed. Comenius.
- Tironi, M. O. S. (2005). A síndrome de burnout em médicos pediatras: Um estudo em duas organizações hospitalares [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia.
- Toro, A. J. B. & Werneck, N. M. D. F. (1996). Mobilização social. Um modo de construir a democracia e a participação. UNICEF - Brasil. Disponível em: http://www.aracati.org.br/portal/pdfs/13_Biblioteca/.../mobilizacao_social.pdf (acesso em 17 de Jul 2011).
- Trigo, T.R., Teng, C.T. & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 34, n.5, 223-233.
- United Nations. (2004). Human rights: a basic handbook for UN Staff. Disponível em: <http://www.unhchr.ch/html/menu6/2/handbook.pdf> (acesso em 13 de Jul 2011).
- Valls, A. L. M. (1994). O que é ética? (Coleção Primeiros Passos n.º 177). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Vasconcelos, T. C., Gouveia, V. V., Souza Filho, M. L., Souza, D. M. F. & Jesus, G. R. (2004). Preconceito e intenção em manter contato social: Evidências acerca dos valores humanos. Psico-USE, v. 9, n. 2, p. 147-154.
- Vieira, J. L. & Romay, J. (1998). La cultura del trabajo y el cambio de valores. Sociológica. Revista de Pensamiento Social, v. 3, p. 23-38.

- Wanssa, M. C. D., Morais, I. M., Gouveia, V. V., Miyashita, M. & Nunes, R. (2012). Briefed version of the Good Death Inventory (GDI-B): Evidences of its validity and reliability in Brazil. *Manuscrito submetido à publicação*.
- Wilson, D. M., Northcott, H. C., Truman, C. D., Smith, S. L., Anderson, M. C., Fainsinger, R. L. & Stingl, M. J. (2001). Location of death in Canada: A comparison of 20th-Century hospital and nonhospital locations of death and corresponding population trends. *Evaluation & The Health Professions*, v. 24, n. 4, p. 385-403.
- Yaegashi, S. F. R., Benevides Pereira, A. M. T. & Alves, I. C. (2011). O Estresse e a síndrome de burnout no trabalho docente: Algumas reflexões. Trabalho apresentado no X Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional, Maringá, PR.
- Zalenski, R. J. & Raspa, R. (2006). Maslows hierarchy of needs: A framework for achieving human potential in hospicett. *Journal of Palliative Medicine*, v. 9, n. 5, p. 1120-1127.

Social Science & Medicine 61 (2005) 1560–1566

Discrepancy in the preferences of place of death between terminally ill cancer patients and their primary family caregivers in Taiwan.

Siew Tzuh Tang, Tsang-Wu Liu, Mei-Shu Lai, Ruth McCorkle

Available online 7 April 2005

9.1. Anexo I - Autorização para Adaptar a Escala de Percepção de Morte Digna

Dear Dr. Gouveia,

Thank you for your mail. I am writing to you with respect to requested authorization for adapting and using our *Good Death Scale* (Miyashita, Sanjo, Morita, Hirai, & Uchitomi) in Brazilian context. I and my research team are expressing our concordance to which you and his colleagues (Dr. Inês Motta de Morais and Dra. Maria do Carmo Demasi Wanssa) providing the Brazilian-Portuguese version of our instrument. Moreover, I am looking forward to publish your data in scientific journal.

Sincerely,

Mitsunori Miyashita, R. N., Ph.D.



Department of Palliative Nursing, Health Sciences,
Tohoku University Graduate School of Medicine
2-1 Seiryō-machi, Aoba-ku, Sendai, 980-8575, Japan
Tel: +81-22-717-7924
Fax: +81-22-717-7924
E-mail: miyasita-tky@umin.net

Reference

Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., & Uchitomi, Y. (2007). Good death in cancer care: A national quantitative study. *Annals of Oncology*, 18, 1090-1097.

9.2. Anexo II - Versão Brasileira da Escala de Percepção de Morte Digna

INSTRUÇÕES. A seguir você encontrará afirmações que podem, em maior ou menor medida, ser empregadas para definir uma “**morte boa**” (digna). Por favor, considere cada uma e circule um número na escala de resposta ao lado para indicar em que medida você considera necessário ou desnecessário o que é enfatizado. Não existe resposta certa ou errada.

AFIRMAÇÕES	Totalmente desnecessário	Desnecessário	Algo desnecessário	Mais ou menos necessário	Algo necessário	Necessário	Totalmente Necessário
01. A família estar preparada para morte do indivíduo.	1	2	3	4	5	6	7
02. Acreditar que a família seguirá bem após a morte da pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
03. Acreditar que foram utilizados todos os tratamentos disponíveis.	1	2	3	4	5	6	7
04. Conhecer quanto tempo de vida restará.	1	2	3	4	5	6	7
05. Contar com apoio familiar.	1	2	3	4	5	6	7
06. Contar com pessoas que possam ouvi-lo(a).	1	2	3	4	5	6	7
07. Controlar o tempo de vida, como por meio da eutanásia.	1	2	3	4	5	6	7
08. Deixar toda tomada de decisão a cargo de seu(sua) médico(a).	1	2	3	4	5	6	7
09. Desfrutar tempo suficiente com a família.	1	2	3	4	5	6	7
10. Discutir com o médico seu próprio tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
11. Dizer adeus às pessoas queridas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Estar calmo, relaxado.	1	2	3	4	5	6	7
13. Estar livre de dores e desconfortos físicos.	1	2	3	4	5	6	7
14. Estar preparado para morrer.	1	2	3	4	5	6	7
15. Inexistência de pesar por parte da família frente à morte do indivíduo.	1	2	3	4	5	6	7
16. Livrar-se de rotinas triviais, sem importância.	1	2	3	4	5	6	7
17. Lutar com a doença até o último momento.	1	2	3	4	5	6	7
18. Manter o papel na família ou no trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
19. Morrer enquanto dorme.	1	2	3	4	5	6	7
20. Morrer sem a consciência de estar morrendo.	1	2	3	4	5	6	7
21. Não demonstrar à família sua fraqueza física e mental	1	2	3	4	5	6	7
22. Não mudar sua aparência.	1	2	3	4	5	6	7
23. Não receber compaixão (pena) dos demais.	1	2	3	4	5	6	7
24. Não ser dependente de equipamentos médicos ou tubos.	1	2	3	4	5	6	7
25. Não ser tratado como um objeto ou uma criança.	1	2	3	4	5	6	7
26. Não ser um fardo para membros da família.	1	2	3	4	5	6	7
27. Não ter pesar em relação à morte.	1	2	3	4	5	6	7
28. Não ter preocupações financeiras.	1	2	3	4	5	6	7
29. Não trazer problemas para os demais.	1	2	3	4	5	6	7
30. Receber cuidados do(a) mesmo(a) médico(a) e enfermeiro(a).	1	2	3	4	5	6	7
31. Reconciliar-se com as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
32. Saber o que esperar da sua condição no futuro.	1	2	3	4	5	6	7
33. Sentir gratidão pelas pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
34. Sentir que a vida está se completando.	1	2	3	4	5	6	7
35. Sentir que pode contribuir com os outros.	1	2	3	4	5	6	7
36. Sentir-se protegido por um Ser superior.	1	2	3	4	5	6	7
37. Ser capaz de estar no lugar preferido.	1	2	3	4	5	6	7
38. Ser capaz de expressar sentimentos pessoais aos familiares	1	2	3	4	5	6	7

39. Ser capaz de se alimentar sozinho.	1	2	3	4	5	6	7
40. Ser independente em atividades diárias.	1	2	3	4	5	6	7
41. Ser mentalmente capaz de tomar decisões, ser lúcido.	1	2	3	4	5	6	7
42. Ser respeitado por seus próprios valores.	1	2	3	4	5	6	7
43. Ter a família perto nos momentos finais.	1	2	3	4	5	6	7
44. Ter a sensação de que vale a pena viver.	1	2	3	4	5	6	7
45. Ter algo para desfrutar.	1	2	3	4	5	6	7
46. Ter fé.	1	2	3	4	5	6	7
47. Ter planejado seu funeral e seus últimos desejos.	1	2	3	4	5	6	7
48. Ter um médico confiável.	1	2	3	4	5	6	7
49. Ter um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) com quem conversar sobre medos da morte.	1	2	3	4	5	6	7
50. Ter uma enfermeira com quem se sinta confortável.	1	2	3	4	5	6	7
51. Ter uma morte natural.	1	2	3	4	5	6	7
52. Ver as pessoas a quem se desejar ver.	1	2	3	4	5	6	7
53. Viver com esperança.	1	2	3	4	5	6	7
54. Viver como se estivesse em casa.	1	2	3	4	5	6	7
55. Viver em circunstâncias tranquilas.	1	2	3	4	5	6	7
56. Viver normalmente, sem pensar na morte.	1	2	3	4	5	6	7
57. Viver positivamente.	1	2	3	4	5	6	7
58. Viver tanto tempo quanto seja possível.	1	2	3	4	5	6	7

9.3. Anexo III - Questionário dos Valores Básicos

INSTRUÇÕES. Por favor, leia atentamente a lista de valores descritos a seguir, considerando seu conteúdo. Utilizando a escala de resposta abaixo, escreva um número ao lado de cada valor para indicar em que medida o considera importante como um princípio que guia sua vida.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente não importante	Não importante	Pouco importante	Mais ou menos importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante

01. **PRAZER.** Desfrutar da vida; satisfazer todos os seus desejos.
02. **ÊXITO.** Obter o que se propõe; ser eficiente em tudo que faz.
03. **APOIO SOCIAL.** Obter ajuda quando a necessite; sentir que não está só no mundo.
04. **CONHECIMENTO.** Procurar notícias atualizadas sobre assuntos pouco conhecidos; tentar descobrir coisas novas sobre o mundo.
05. **EMOÇÃO.** Desfrutar desafiando o perigo; buscar aventuras.
06. **PODER.** Ter poder para influenciar os outros e controlar decisões; ser o chefe de uma equipe.
07. **AFETIVIDADE.** Ter uma relação de afeto profunda e duradoura; ter alguém para compartilhar seus êxitos e fracassos.
08. **RELIGIOSIDADE.** Crer em Deus como o salvador da humanidade; cumprir a vontade de Deus.
09. **SAÚDE.** Preocupar-se com sua saúde antes mesmo de ficar doente; não estar enfermo.
10. **SEXUALIDADE.** Ter relações sexuais; obter prazer sexual.
11. **PRESTÍGIO.** Saber que muita gente lhe conhece e admira; quando velho receber uma homenagem por suas contribuições.
12. **OBEDIÊNCIA.** Cumprir seus deveres e obrigações do dia a dia; respeitar seus pais, os superiores e os mais velhos.
13. **ESTABILIDADE PESSOAL.** Ter certeza de que amanhã terá tudo o que tem hoje; ter uma vida organizada e planificada.
14. **CONVIVÊNCIA.** Conviver diariamente com os vizinhos; fazer parte de algum grupo, como: social, religioso, esportivo, entre outros.
15. **BELEZA.** Ser capaz de apreciar o melhor da arte, música e literatura; ir a museus ou exposições onde possa ver coisas belas.
16. **TRADIÇÃO.** Seguir as normas sociais do seu país; respeitar as tradições da sua sociedade.
17. **SOBREVIVÊNCIA.** Ter água, comida e poder dormir bem todos os dias; viver em um lugar com abundância de alimentos.
18. **MATURIDADE.** Sentir que conseguiu alcançar seus objetivos na vida; desenvolver todas as suas capacidades.

9.4. Anexo IV - Questionário Demográfico dos Estudantes

INSTRUÇÕES. Finalmente, com o propósito de conhecer algo mais acerca dos participantes deste estudo, solicitamos, por favor, que responda as perguntas que seguem. Lembrando, não há qualquer interesse de identificá-lo. Portanto, não precisa colocar seu nome nesta parte ou assinar.

1. **Gênero:** ☐ Feminino ☐ Masculino 2. **Idade:** _____ anos
3. **Estado Civil:** ☐ Solteiro ☐ Casado / União Estável ☐ Divorciado / Separado ☐ Viúvo
4. **Coabitação:** ☐ Cônjuge ☐ Cônjuge e filho(s) ☐ Pai e/ou mãe ☐ Sozinho ☐ Outros
5. **Residência:** ☐ Rural ☐ Urbano ☐ Outra. Especificar: _____
6. **Titulação:** ☐ AMB/Soc. Especialidade/CFM ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Outra: _____
7. **Especialidade médica:** ☐ Pediatria ☐ Clínica Médica ☐ Ginecologia e Obstetrícia
☐ Cirurgia Geral ☐ Outra: _____
8. **Situação funcional:** ☐ Ativo ☐ Desempregado ☐ Outra: _____
9. **Tempo de serviço como médico:** _____ anos.
10. **Local de trabalho:** ☐ Hospital Geral ☐ Hospital Municipal ☐ Centro de Saúde
☐ Policlínica ☐ Pronto Atendimento ☐ Outro: _____
11. **Como considera o seu atual estado de saúde?**
☐ Excelente ☐ Bom ☐ Mais ou Menos ☐ Ruim ☐ Péssimo
12. **Sofre de alguma doença que implique ou tenha implicado em alguns cuidados diferenciados?**
☐ Não
☐ Sim... Neste caso, indique que tipo: _____
13. **Qual o local onde gostaria de morrer?**
☐ Hospital. Por quê? _____
☐ Casa. Por quê? _____
14. **Para você, o que significa a morte?**

9.5. Anexo V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



FMUP

Dra. Inês Motta de Moraes CRM 307/RO.
Rua José Vieira Caúla, 4552 casa 12 / Cond. Monte Parnaso, Porto Velho
Fone: (69) 9982-7901 – 9983-8885 / E-mail: ines.morais@uol.com.br

Eu,....., brasileiro, ...anos, () solteiro () casado, profissão....., residente na.....n.º....., bairro....., carteira de identidade n.º....., estou sendo convidado a participar do estudo denominado **Os Médicos e suas Escolhas de onde Gostariam de Morrer: Hospital ou Casa? Condições de Vida, Valores e Percepção de Morte Digna**, cujos objetivos e justificativas são: levantar, junto aos profissionais médicos, suas escolhas de onde gostariam de morrer, comparando tais resultados com aqueles observados em diferentes contextos culturais. Pretende-se, ainda, conhecer em que medida a percepção destes profissionais quanto à morte digna, assim como suas condições de vida e seus valores podem contribuir para explicar suas escolhas do lugar onde desejam morrer. A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a um questionário com perguntas fechadas, e escalas de resposta pré-determinadas. Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, como conhecimento da preferência do coletivo médico, possibilitando reconhecer que esta se pauta em sua percepção da morte e de seus valores, fazendo deste ato final um momento de tranquilidade, respeitando as singularidades de cada um. Isso será possível por meio de divulgação dos resultados em periódicos científicos e jornais do Conselho Federal e Regional de Medicina. Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização.

Assim, estamos interessados em conhecer um pouco mais acerca das opiniões, dos hábitos e comportamentos cotidianos de médicos que atuam no nosso contexto. O conhecimento da sua realidade será importante para repensar práticas médicas e condições de vida dos profissionais. Portanto, serão perguntados aspectos de sua vida pessoal e profissional, além de informações complementares que visem caracterizar os participantes deste estudo. Todas as informações são *confidenciais* e *não existem respostas consideradas certas ou erradas*. O que nos interessa de fato é conhecer como o(a) colega pensa, sente e age no seu dia-a-dia. A pesquisa será realizada em contexto individual ou coletivo, porém sempre as respostas serão dadas individualmente, pois interessa o retrato dos médicos a partir da participação de cada um. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Compreendo que sou livre para interromper minha participação na pesquisa em qualquer momento sem que isso acarrete penalização. A pesquisadora envolvida com o referido projeto é a Dra. Inês Motta de Moraes CRM 307/RO, vinculada ao Conselho Regional de Medicina de Rondônia e com ela poderei manter contato pelos telefones: (69) 9982-7901 – 9983-8885 e e-mail: ines.morais@uol.com.br. É assegurado e garantido durante toda pesquisa o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Porto Velho, _____ de 2010

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador (a)

9.6. Anexo VI - Parecer Favorável do Comitê de Ética



Porto Velho, 26 de Março de 2010.

Carta: 026/ 2010 CEP

Da: Coordenadora Adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa
Profa. Espec. Jociléia Nascimento Salina

Para
Profa. Inês Motta de Moraes

Prezada Pesquisadora,

Cumprimentando-a cordialmente, refiro-me ao Projeto de Pesquisa **CAAE 0014.0.382.000-10**, intitulado “OS MÉDICOS E SUAS ESCOLHAS DE ONDE GOSTARIAM DE MORRER HOSPITAL OU CASA? Condições de Vida, Valores e Percepção de Morte Digna.” de sua autoria foi considerado **APROVADO** na reunião do dia 26 de Março de 2010.

Esclareço a V. Sa. que, qualquer modificação deverá ser comunicada e dentro de 06 meses, relatório do referido projeto deverá ser encaminhado a secretaria deste CEP/FIMCA

Atenciosamente,


Profa. Espec. Jociléia Nascimento Salina
Coordenadora Adjunta CEP/FIMCA

9.7. Anexo VII - Poder Discriminativo dos Itens

Item	Grupo Inferior		Grupo Superior		Contraste	
	<i>m</i>	<i>dp</i>	<i>m</i>	<i>dp</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
01	5,4	1,47	6,0	1,19	2,95	0,004
02	5,6	1,46	6,2	1,07	3,11	0,002
03	5,9	1,38	6,6	0,79	4,10	0,000
04	4,1	1,96	4,9	1,98	3,07	0,002
05	6,4	1,15	6,8	0,75	3,07	0,002
06	5,9	1,42	6,4	1,18	2,66	0,009
07	2,7	1,82	4,0	2,13	4,45	0,000
08	3,0	1,76	4,1	2,06	3,77	0,000
09	6,3	1,12	6,7	0,98	2,42	0,017
10	5,8	1,45	6,5	0,89	4,30	0,000
11	5,3	1,88	6,4	1,20	4,69	0,000
12	5,7	1,59	6,6	0,74	4,70	0,000
13	5,8	1,72	6,7	0,83	4,52	0,000
14	5,1	1,89	6,1	1,38	4,26	0,000
15	3,6	1,68	4,6	2,01	3,76	0,000
16	4,0	1,79	5,2	1,72	4,44	0,000
17	5,6	1,50	6,2	1,28	2,96	0,003
18	5,4	1,49	6,2	1,23	4,14	0,000
19	4,9	1,89	6,2	1,31	5,51	0,000
20	4,4	2,06	5,7	3,47	3,21	0,002
21	4,0	1,86	5,4	1,82	5,17	0,000
22	3,8	1,85	5,5	1,75	6,23	0,000
23	3,4	1,84	5,3	1,92	7,04	0,000
24	4,2	1,79	5,6	1,54	5,94	0,000
25	5,0	2,11	6,3	1,41	4,69	0,000
26	4,9	1,98	6,3	1,37	5,87	0,000
27	4,7	1,76	6,0	1,47	5,69	0,000
28	4,9	1,86	6,2	1,41	5,35	0,000
29	4,7	1,80	6,2	1,16	7,04	0,000
30	5,1	1,56	6,1	1,27	4,46	0,000
31	5,5	1,53	6,6	0,78	6,00	0,000
32	5,1	1,73	6,3	1,06	5,82	0,000
33	5,5	1,15	6,5	0,89	6,67	0,000
34	5,7	1,09	6,5	0,72	6,52	0,000
35	5,8	1,14	6,6	0,70	6,22	0,000
36	5,6	1,58	6,6	0,89	5,31	0,000
37	5,6	1,23	6,4	1,07	5,21	0,000
38	6,0	0,99	6,7	0,69	5,37	0,000
39	5,6	1,24	6,5	0,82	6,05	0,000
40	5,7	1,24	6,5	0,82	5,53	0,000
41	5,9	1,19	6,7	0,73	5,56	0,000
42	6,2	0,78	6,8	0,45	6,86	0,000
43	6,4	0,86	6,9	0,33	5,04	0,000
44	6,5	0,80	6,9	0,44	4,42	0,000
45	6,0	1,00	6,7	0,56	6,09	0,000
46	6,0	1,51	6,7	0,91	4,06	0,000
47	3,5	1,94	5,0	2,00	5,29	0,000
48	5,8	1,42	6,7	0,73	6,46	0,000
49	4,9	1,76	6,3	0,94	6,65	0,000
50	5,5	1,42	6,4	0,89	6,70	0,000
51	5,6	1,41	6,6	0,73	6,18	0,000
52	5,9	1,28	6,7	0,52	5,47	0,000
53	6,2	1,03	6,7	0,83	3,93	0,000
54	5,8	1,33	6,7	0,54	6,29	0,000
55	6,1	0,97	6,7	0,51	5,82	0,000
56	5,9	1,28	6,5	1,20	3,21	0,000
57	6,4	0,82	6,8	0,43	4,46	0,000
58	6,3	1,29	6,7	0,70	3,19	0,002

9.8. Anexo VIII - Estrutura Fatorial da Escala de Percepção de Morte Digna

Itens Abreviados	Componentes					
	I	II	III	IV	V	VI
57. Viver positivamente	0,84	-0,13	0,00	0,00	0,10	-0,04
55. Viver em circunstâncias tranquilas	0,77	0,10	-0,11	-0,04	0,06	-0,11
58. Viver tanto tempo quanto seja possível	0,76	-0,19	0,07	-0,02	-0,10	-0,01
53. Viver com esperança	0,74	-0,12	0,19	-0,04	-0,11	0,23
54. Viver como se estivesse em casa	0,71	0,19	-0,19	0,04	0,04	0,04
56. Viver normalmente, sem pensar na morte	0,69	-0,13	-0,04	0,05	-0,04	-0,08
44. Ter a sensação de que vale a pena viver	0,52	0,03	0,14	0,03	-0,05	-0,11
31. Reconciliar-se com as pessoas	-0,09	0,79	-0,07	-0,01	-0,11	0,01
34. Sentir que a vida está se completando	0,02	0,72	-0,16	0,09	-0,00	-0,11
32. Saber o que esperar da sua condição no futuro	-0,17	0,72	0,13	-0,15	-0,08	0,22
49. Ter médico com quem conversar sobre morte	-0,03	0,65	-0,06	-0,05	0,07	0,22
33. Sentir gratidão pelas pessoas	0,12	0,60	0,11	-0,11	-0,02	-0,03
30. Receber cuidados do mesmo médico	-0,13	0,54	0,14	-0,01	0,09	0,18
50. Ter enfermeira com quem me sinta confortável	0,02	0,52	-0,04	-0,05	0,14	0,15
37. Ser capaz de estar no lugar preferido	0,24	0,42	0,08	0,03	-0,02	-0,32
36. Sentir-se protegido por um Ser Superior	0,10	0,41	0,04	0,17	0,10	-0,34
40. Ser independente em atividades diárias	-0,04	0,02	0,92	-0,09	-0,06	0,03
39. Ser capaz de se alimentar sozinho	-0,04	0,09	0,86	-0,13	0,01	0,07
41. Ser mentalmente capaz de tomar decisões	0,19	-0,12	0,83	-0,08	-0,04	0,08
21. Não demonstrar à família sua fraqueza	-0,01	-0,17	0,57	0,21	0,11	0,10
42. Ser respeitado por seus próprios valores	0,20	0,11	0,56	-0,11	0,03	-0,10
22. Não mudar sua aparência	-0,09	0,14	0,49	0,23	0,05	0,08
26. Não ser um fardo para membros da família	0,06	-0,24	0,07	0,82	0,10	0,02
25. Não ser tratado como objeto ou criança	0,06	-0,26	-0,00	0,81	0,08	-0,06
27. Não ter pesar em relação à morte	0,13	0,03	-0,21	0,80	-0,13	0,12
28. Não ter preocupações financeiras	0,16	0,05	-0,17	0,71	-0,02	0,03
24. Não ser dependente de equipamentos médicos	-0,16	0,05	0,22	0,62	0,02	0,08
15. Inexistência de pesar da família	-0,16	0,20	-0,14	0,55	0,03	0,04
29. Não trazer problemas para os demais	0,05	0,06	0,19	0,52	-0,09	-0,09
05. Contar com apoio familiar	-0,23	-0,03	0,14	0,03	0,73	-0,13
13. Estar livre de dores e desconfortos físicos	0,13	-0,31	0,22	-0,02	0,67	0,12
06. Contar com pessoas que possam ouvi-lo	-0,21	-0,08	0,05	0,10	0,67	-0,10
02. Família seguirá bem após a morte da pessoa	0,04	-0,03	-0,04	-0,04	0,67	0,14
03. Foram utilizados os tratamentos disponíveis	0,05	0,09	-0,15	0,02	0,65	0,10
01. A família estar preparada para a morte	0,03	0,03	-0,15	-0,01	0,63	0,19
12. Estar calmo, relaxado	0,22	0,09	-0,14	-0,09	0,53	0,24
09. Desfrutar tempo suficiente com a família	-0,19	0,20	0,13	-0,07	0,49	-0,14
11. Dizer adeus às pessoas queridas	0,05	0,16	0,06	-0,07	0,24	0,56
04. Saber quanto tempo de vida restará	-0,21	0,28	-0,01	-0,14	0,10	0,56

07. Controlar tempo de vida (e.g., eutanásia)	-0,14	0,05	0,14	0,15	-0,07	0,52
14. Estar preparado para morrer	0,16	0,01	-0,16	0,12	0,28	0,39
45. Ter algo para desfrutar	<i>0,41</i>	0,14	<i>0,35</i>	0,03	-0,15	0,15
38. Expressar sentimentos pessoais aos familiares	<i>0,34</i>	<i>0,46</i>	-0,03	-0,02	0,04	-0,35
51. Ter uma morte natural	<i>0,38</i>	<i>0,39</i>	0,14	0,02	-0,11	0,15
52. Ver as pessoas a quem se desejar ver	<i>0,33</i>	0,16	0,08	0,16	-0,14	<i>0,35</i>
47. Ter planejado seu funeral e últimos desejos	-0,19	<u>0,57</u>	0,01	0,08	-0,09	0,29
16. Livrar-se de rotinas triviais, sem importância	-0,05	<i>0,41</i>	-0,15	<i>0,36</i>	-0,08	0,15
35. Sentir que pode contribuir com os outros	0,08	0,37	0,24	0,02	0,03	-0,27
23. Não receber compaixão (pena) dos demais	-0,26	0,08	<i>0,43</i>	<i>0,48</i>	0,05	-0,02
10. Discutir com o médico seu próprio tratamento	-0,05	0,16	-0,12	0,05	<u>0,36</u>	0,23
43. Ter a família por perto nos momentos finais	0,19	0,06	0,16	-0,01	0,34	-0,15
20. Morrer sem a consciência de estar morrendo	0,16	-0,13	0,12	0,07	0,06	0,32
08. Deixar tomada de decisão a cargo do médico	-0,05	0,11	0,10	0,27	-0,07	0,31
46. Ter fé	0,22	0,25	-0,06	0,05	0,25	-0,16
18. Manter o papel na família ou no trabalho	0,17	0,22	0,22	0,10	0,08	0,10
17. Lutar com a doença até o último momento	0,19	-0,03	0,11	-0,02	0,26	0,08
48. Ter um médico confiável	0,07	0,28	0,16	-0,04	0,04	0,13
19. Morrer enquanto dorme	0,13	0,10	0,20	0,10	0,11	0,23

9.9. Anexo XIX - Versão Reduzida da Escala de Percepção de Morte Digna

INSTRUÇÕES. A seguir você encontrará afirmações que podem, em maior ou menor medida, ser empregadas para definir uma “**morte boa**” (digna). Por favor, considere cada uma e circule um número na escala de resposta ao lado para indicar em que medida você considera necessário ou desnecessário o que é enfatizado. Não existe resposta certa ou errada.

AFIRMAÇÕES	Totalmente	Desnecessário	Algo desnecessário	Mais ou menos	Algo necessário	Necessário	Totalmente Necessário
01. Viver como se estivesse em casa.	1	2	3	4	5	6	7
02. Não mudar sua aparência.	1	2	3	4	5	6	7
03. Conhecer quanto tempo de vida restará.	1	2	3	4	5	6	7
04. Reconciliar-se com as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
05. Contar com pessoas que possam ouvi-lo(a).	1	2	3	4	5	6	7
06. Não demonstrar à família sua fraqueza física e mental	1	2	3	4	5	6	7
07. Ser capaz de estar no lugar preferido.	1	2	3	4	5	6	7
08. Não ser um fardo para membros da família.	1	2	3	4	5	6	7
09. Estar preparado para morrer.	1	2	3	4	5	6	7
10. Não ser dependente de equipamentos médicos ou tubos.	1	2	3	4	5	6	7
11. Ser mentalmente capaz de tomar decisões, ser lúcido.	1	2	3	4	5	6	7
12. Estar calmo, relaxado.	1	2	3	4	5	6	7
13. Viver positivamente.	1	2	3	4	5	6	7
14. Desfrutar tempo suficiente com a família.	1	2	3	4	5	6	7
15. Ter a sensação de que vale a pena viver.	1	2	3	4	5	6	7
16. Viver em circunstâncias tranquilas.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ter um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) com quem conversar sobre medos da morte.	1	2	3	4	5	6	7
18. Controlar o tempo de vida, como por meio da eutanásia.	1	2	3	4	5	6	7
19. Ter uma enfermeira com quem se sinta confortável.	1	2	3	4	5	6	7
20. Não ser tratado como um objeto ou uma criança.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ser independente em atividades diárias.	1	2	3	4	5	6	7
22. Dizer adeus às pessoas queridas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Acreditar que foram utilizados todos os tratamentos disponíveis.	1	2	3	4	5	6	7
24. Não trazer problemas para os demais.	1	2	3	4	5	6	7

9.10. Anexo X - Escala Subjetiva de Fadiga

INSTRUÇÕES. Abaixo constam dez afirmações acerca de como você pode se sentir no seu dia-a-dia. Para cada afirmação escolha uma das cinco alternativas de resposta que se apresentam ao lado, variando de **1 = Nunca** a **5 = Sempre**. Faça isso circulando um dos números da escala de resposta.

AFIRMAÇÕES	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
01. Sinto-me incomodado devido à fadiga.	1	2	3	4	5
02. Fico cansado muito rapidamente.	1	2	3	4	5
03. Não faço muitas coisas durante o dia.	1	2	3	4	5
04. Tenho suficiente energia para o meu dia-a-dia.	1	2	3	4	5
05. Sinto-me exausto fisicamente.	1	2	3	4	5
06. Tenho problemas para começar coisas.	1	2	3	4	5
07. Tenho problemas em pensar claramente.	1	2	3	4	5
08. Não sinto vontade de fazer nada.	1	2	3	4	5
09. Sinto-me exausto mentalmente.	1	2	3	4	5
10. Posso me concentrar bem quando estou fazendo algo.	1	2	3	4	5

9.11. Anexo XI - Questionário Demográficos dos Médicos

INSTRUÇÕES. Finalmente, com o propósito de conhecer algo mais acerca dos participantes deste estudo, solicitamos, por favor, que responda as perguntas que seguem. Lembrando, não há qualquer interesse de identificá-lo. Portanto, não precisa colocar seu nome nesta parte ou assinar.

1. **Sexo:** ☐ Feminino ☐ Masculino
2. **Idade:** _____ anos
3. **Estado Civil:** ☐ Solteiro ☐ Casado / União Estável ☐ Divorciado / Separado ☐ Viúvo
4. **Coabitação:** ☐ Cônjuge ☐ Cônjuge e filho(s) ☐ Pai e/ou mãe ☐ Sozinho ☐ Outros
5. **Você tem filho(s)?** ☐ Não ☐ Sim... Quantos? _____ filho(s)
6. **Você paga pensão alimentícia?** ☐ Não ☐ Sim
7. **Residência:** ☐ Rural ☐ Urbano ☐ Outra. Especificar: _____
8. **Titulação:** ☐ AMB/Soc. Especialidade/CFM ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Outra: _____
9. **Especialidade médica:** ☐ Pediatria ☐ Clínica Médica ☐ Ginecologia e Obstetrícia
☐ Cirurgia Geral ☐ Outra: _____
10. **Situação funcional:** ☐ Ativo ☐ Desempregado ☐ Outra: _____
11. **Tempo de serviço como médico:** _____ anos.
12. **Indique em qual(is) setor(es) você exerce sua ocupação principal:**
☐ Hospital ☐ Clínica Particular ☐ Consultório
☐ Posto de Saúde ☐ Ambulatório ☐ Empresa Privada
☐ Ensino ☐ Outro(s): _____
13. **Quantas atividades profissionais você tem? (Indique o número):** _____
14. **Considerando todas as atividades realizadas, quantas horas por semana você costuma trabalhar? (Indique em número):** _____ horas
15. **Você trabalha em regime de plantão?**
☐ Não
☐ Sim... Quantas horas por semana? _____ horas
16. **Você trabalha em urgência, emergência ou UTI?**
☐ Não
☐ Sim... Quantas horas por semana? _____ horas
17. **Considerando todas as atividades desempenhadas na sua profissão, qual sua renda mensal aproximada (em reais)?** _____

18. Quantas pessoas, incluindo você, dependem da renda anteriormente indicada?_____

19. Como considera o seu atual estado de saúde?

☐ Excelente ☐ Bom ☐ Mais ou Menos ☐ Ruim ☐ Péssimo

20. Você sente diminuição da sua libido? ☐ Não ☐ Sim

21. Sofre de alguma doença que implique ou tenha implicado em alguns cuidados especiais?

☐ Não

☐ Sim... Neste caso, indique que tipo:_____

22. Qual o local onde gostaria de morrer?

☐ Hospital. Por quê?_____

☐ Casa. Por quê?_____

23. Para você, o que significa a morte?
