

PUC

TANIA REGINA DA SILVA FURTADO

ATITUDES DOS MÉDICOS FRENTE À MORTE

TESE DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio, 17 de Setembro de 1981.

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Marquês de São Vicente, 225 - CEP 22453

Rio de Janeiro — Brasil

N.Cham. 150 F991a TESE UC
Autor Furtado, Tania Regina da Silva.
Titulo Atitudes dos medicos frente a morte



Ex.1 PUC-RJ - PUCB

00114474

BC - PUC

DOAÇÃO

TANIA REGINA DA SILVA FURTADO

ATITUDES DOS MÉDICOS FRENTE À MORTE

BB13990-2

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Monique Rose Aimée Augras.

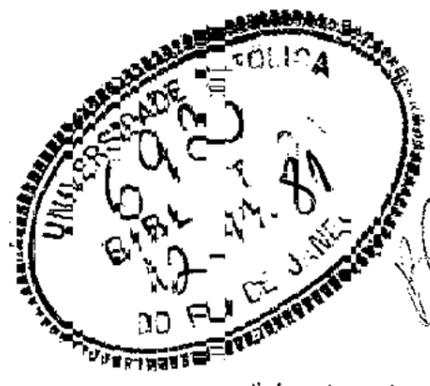
Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 31 de julho de 1981.

78063

FV



ll

4474

150
 #992A
 TESE UC
 BT 440-2
 lx 9

Aos meus queridos PAIS,
a quem devo grande parte deste momento.

Aos meus filhos
Cristine e Alexandre,
pelo prolongamento de
minha própria vida.

Meus agradecimentos

- . À professora Monique Rose Aimée Augras, por sua orientação valiosa e segura, por seu incentivo em transpor os momentos mais difíceis do tema.
- . Ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ pela possibilidade de realização da pesquisa.
- . Ao meu marido Antonio Francisco Furtado do Amaral, pela compreensão e apoio em todos os momentos.
- . À minha irmã Elaine Corrêa Frias, pela solidariedade com que reviu a quantificação da escala Atitudinal.
- . Ao prof. Carlos Américo Alves Pereira pelas oportunas sugestões na construção da Escala de Atitudes.
- . Às minhas amigas e cunhadas Genny e Maria Mazarello Furtado do Amaral pela dedicação que participaram na revisão da língua.
- . Às amigas Angela Atta, Maria Luiza Bustamante Pereira de Sá e Neide Alcici pelo interesse com que discutiram a formulação dos itens da Escala Atitudinal.
- . Àqueles que ajudaram-me a entrar em contato com profissionais participantes do estudo de campo.
- . Um reconhecimento a todos que se submeteram às escalas com despreendimento de tempo, sem qual colaboração este estudo não se realizaria.

A todos, minha gratidão.

RESUMO

O presente trabalho visa investigar as Atitudes dos Médicos diante da Morte, realçando a não - condição em se lidar com pacientes terminais. Uma abordagem histórica e fenomenológica, assim como, os estudos realizados por teólogos, sociólogos, psicólogos, médicos, enfermeiras e assistentes sociais, forneceram conteúdo que justificassem tal pesquisa. O instrumento de sondagem das Atitudes dos Médicos foi a construção de uma Escala tipo Likert e sua subsequente aplicação. Comparou-se três grupos de sujeitos: (i) médicos que lidam frequentemente com a morte (cancerologistas e cardiologistas); (ii) médicos que não lidam frequentemente com a morte (pediatras e psiquiatras); (iii) físicos como grupo controle. A hipótese de diferenças entre as médias dos três grupos foi confirmada. Conclui-se que os médicos precisam de maior preparo para lidar com pacientes à morte.

ABSTRACT

This work presents a research on the position of physicians in front of death. We especially discuss communication troubles of medics with terminal patients. We start from a historic-phenomenologic setting which is complemented by previous research done by theologians, sociologists, psychologists, medics and paramedics and social researchers. Our main research tool has been the construction of a new modified standard version of a Likert-type scale and the results that we obtained out of its application. We have especially compared three subject groups: (i) medics that are in constant touch with death (cardiologists, cancerologists); (ii) medics not in frequent contact with death (pediatricians, psychiatrists) and as a control group (iii) physicists. We are confirmed the hypothesis that there was a difference in attitude among the three groups of physician. We thus conclude that physicians need more preparation to deal with terminal patients.

SUMÁRIO

	pág.
I - Pesquisa e sua trajetória	1
II - Médicos, Morte e Saúde.	10
III - A Liberação da Morte - As Outras Vozes.	23
Contribuição do Existencialismo	29
Morte e Religião.	33
IV - O Experimento de Campo.	37
Objetivos	38
Definição dos Termos.	38
Hipóteses de Trabalho	39
População Observada	39
Procedimento.	40
V - Resultados.	51
VI - Discussão	54
VII - Conclusão	58
VIII - Anexos.	62
IX - Bibliografia.	91

SUMÁRIO

	pág.
I - Pesquisa e sua trajetória	1
II - Médicos, Morte e Saúde.	10
III - A Liberação da Morte - As Outras Vozes.	23
Contribuição do Existencialismo	29
Morte e Religião.	33
IV - O Experimento de Campo.	37
Objetivos	38
Definição dos Termos.	38
Hipóteses de Trabalho	39
População Observada	39
Procedimento.	40
V - Resultados.	51
VI - Discussão	54
VII - Conclusão	58
VIII - Anexos.	62
IX - Bibliografia.	91

I- PESQUISA E SUA TRAJETÓRIA

O presente estudo tem por objetivo investigar as Atitudes dos Médicos diante da Morte, na tentativa de realçar "a não condição que existe, atualmente, na prática médica, em se lidar com pacientes que estão à morte".

Para melhor corroborar este enfoque com a vivência do cotidiano, uma alusão aqui se faz necessária:

Numa visita ao cemitério, observando uma filha que ve lava a mãe na capela, ao manifestar maior desespero frente a morte de uma pessoa querida, fora, praticamente silenciada por aqueles que ali estavam e obrigada a sufocar o pânico que a sacudia.

Quando o cenário se "normalizou" todos continuaram a conversar como se estivessem numa sala de visitas.

A cena evocava certas situações que vivi no passado; relatos de pessoas e livros sobre enterros mais espontâneos, sem tamanha vigilância e omissões.

Morrer é um fato inevitável, pois todos morreremos al gum dia, faz parte de nossa vida assim como o nascer e o desenvolver. Entretanto, é até paradoxal que a única coisa que temos certeza de ocorrer, é a mais ignorada e negada por nós.

O aspecto religioso muito contribui para a imagem de que Vivemos para Ressuscitar na morte.

Em Isaías, 26, 19 é afluado:

"Os teus mortos viverão, os teus mortos ressuscitarão; despertai e

exultai os que habitais no p^o e a terra lançará de si os mortos."

É a Ressurreição pela fé, onde se cristaliza o não morrer — A Esperança da Eternidade.

A partir de então inicia-se um questionamento de como estaríamos enfrentando essa forma de morrer tão dualizada, que por um lado percebe um corpo extinto, um drama, e por outro, a cena o fim de uma angústia onde a vida é chamada para a vida.

"Ó morte, onde está a tua vitória? Onde está o espantalho com que amedrontava os homens? ... A morte foi tragada pela vitória de Cristo."

(S. Paulo, 1 Cor. 15, 55)

Onde detectar este conflito?

Nos rituais funerários, suporte necessário para acompanhar a gradual transformação ao longo do tempo, que ajudam a livrar os sobreviventes de "inimigos eternos"; patenteando o escamoteamento da morte, a extinção da longa estadia do cadáver na câmara mortuária ou no próprio vestíbulo da casa.

Tudo é acionado para que os vivos nada percebam da passagem para o morto e, com isto, preservem o seu mundo. Fazer com que o morto pareça estar dormindo, afastar as crianças a fim de protegê-las contra a ansiedade, não lhes concedendo o direito de velar seus mortos; sufocar o desespero e a dor dos mais próximos como se estivessem cometendo atos públicos indecorosos, algo clandestino, onde tudo é transmitido para que o morto se

torne impuro e seu contato perigoso no mundo das normas.

Em nossa educação somos levados até mesmo pelos contos de fadas a negar as emoções e sentimentos da morte, colocam o dilema de desejar viver eternamente ao concluir "E assim viveram felizes para sempre". Se eles não morreram implica amor pela vida e a perplexidade diante da morte.

Para uma sociedade que se crê imortal, o espetáculo da degradação do objeto em que se vê não pode ser suportado, pois representa os corpos que neles existe e que estão destinados a perecer.

Quanto mais progressos científicos mais parecemos temer e negar a realidade da morte. Atualmente, além de privarmos o homem de sua morte, "proibimos" os vivos de se comoverem com a morte do outro e interditando o luto, o que leva à exclusão do culto dos cemitérios pela absorção de tranquilizantes.

Nota-se, historicamente, que antes era dado ao moribundo o direito e dever de presidir sua morte: "Assim como nascia em público, morria-se em público"; hoje, não há mais o resquício nem a noção que cada um possa ter que o seu fim está próximo, nem o caráter de solenidade pública do momento da morte. "O que devia ser conhecido, é, a partir de então, dissimulado. O que devia ser solene, escamoteado." (2, p. 138)

A confiança e o relacionamento que os moribundos tinham com a família e os mais próximos, foi sofrendo grandes cortes. No momento em que se espera que aquela pessoa venha a falecer logo inicia-se uma conspiração para privá-lo da informação e liberdade com um corpo que lhe pertence. Torna-se, en-

tão, um menor de idade, ou até mesmo identificado a um débil mental, de quem os pais ou cônjuges são nomeados para decidir seus direitos, particularmente do direito da própria morte.

Assim, a morte foi assumindo, pouco a pouco, uma forma mais distante e dramática. No início de nosso século, ainda se via a morte em todas as partes: cortejos fúnebres sinalizando os caminhos, roupas de luto por doze meses, visitas frequentes aos túmulos ... ; vê-se agora a morte tida como oculta e silenciosa. Um tabu. Sentimos, talvez, que estar em contato com a morte, ainda que indiretamente, nos coloca em confronto com a perspectiva de nossa própria morte, tornando-a mais real e pensável.

O que vemos é apenas uma minoria morrer no ambiente familiar. De costume as pessoas nunca se apresentam disponíveis, e os doentes já no fim são removidos para o ambiente árido do centro médico e afastados da segurança emocional da família. Caso contrário, nem mesmo as seguradoras cobrem as despesas se o paciente não estiver hospitalizado.

As indústrias mortuárias se encarregam do "restante" como se nada estivesse ocorrendo; entrega-se o morto nas mãos de uma equipe técnica que se destina a reproduzir o melhor aspecto externo de um ser vivente: maquilagem, aparatos, próteses, acessórios, promessas de conforto e ilusões.

O fenômeno da urbanização e socialização provocou uma regulamentação administrativa com dolorosas formalidades, cujo peso recai sobre a família, desde a constatação do falecimento à organização das exéquias, e lança às mãos de especia

listas o morrer em locais cuja finalidade possa satisfazer as normas jurídicas do Estado, arquivando o seu cadastro de pessoa viva.

Na busca de que pessoas são estas imbuídas de tal poder, deparamo-nos com um quadro circunstancial, de que estes especialistas possuem a mensagem para a vida, com projetos de instaurar uma sociedade que elimine doenças, onde o morrer é uma ameaça às suas funções, fundamentados que estão com a idéia do bem-estar, exigindo a extinção da dor, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte.

As exigências legais responsabilizam o médico, tanto de prevenir a morte quanto de atestá-la através do Óbito.

Os homens privados de sua morte não encontram onde se apoiar. A morte enquanto poder natural, convinha dominá-la, aprender a arte e a maneira de morrer. Agora indicam-se médicos para dizer à "morte" que o momento chegou. Os regulamentos dos hospitais decidem o repouso dos moribundos, tirando-lhes a privacidade da família estar junto; e, após a morte, arumados nos caixões chegam às capelas algum tempo antes do desfecho final, com aparência de vida.

Daí surgem os primeiros confrontos face a este contra-senso, de perceber o quanto fica truncada toda uma comunicação social do conceito médico, um monopólio ancorado no segredo do saber que os transforma em feiticeiros, curandeiros e papa-defuntos. Das visitas médicas ao pé do leito nos hospitais, vestimentas brancas desinfectadas pela transparência da cor, o discurso, a postura, são reforços do papel ativo que

mascara a condição real de estar podendo se apresentar como médico, que visam o processo de cura e por isso passam a ser ameaçados nesta função curativa.

Diante desse cenário, constata-se que, mais que o moribundo, o médico é quem, frequentemente, luta com a morte, e esta torna-se a inimiga a "abater" já que indica impotência frente à saúde.

Como se encontra o médico e o homem que morre, duas pessoas com diferenças temporais com implicações de partilhar um mesmo destino?

Foi de grande vivência e proveito neste momento tão questionado da pesquisa, período denominado pré-inquérito, de que só participaram médicos oriundos de instituições hospitalares, para colocações através de questões não direcionadas (Anexo A) sobre a morte, e a intenção de seguir em frente com margem de segurança, agora bem maior, para deflagrar o assunto em pauta: "Atitude dos Médicos frente à Morte".

Pôde-se verificar o quanto é difícil a responsabilidade de lidar com moribundos, tendo que lhes preservar a vida e, com a sobrecarga de comunicar à família que seu ente está prestes a morrer ou que o fato já se consumou. Perceber o quanto fica truncado todo o papel social do conceito médico — po-
der de vida e de morte interagindo juntos.

Não se trata de um mero falatório para culpar ou desmerecer a medicina, mas clarificar o que condiciona em nossa

sociedade sua forma de preencher as funções.

Tão difícil, também, foi penetrar neste território bem demarcado. Cada vez que os médicos tinham que enfrentar tais questões, pareciam sentir a punhalada de quem fere por trás. A maioria ao saber do tema, inquietava-se em deslocamentos contínuos, comentários irônicos de situações de vida bem sucedida, ou agressivamente, rompendo-se quanto ao conteúdo das questões. Um grande número de ausências às respostas, e até ausências físicas pelo conhecimento a priori do tema proposto.

Médicos querendo respostas de como continuar a manter seus papéis estipulados, tendo que atuar em cima de várias funções; outros, injuriados pelo despropósito da entrevista e de tudo que dela se acercava; confusões em relação ao tema e suposição de que fosse um levantamento sobre a eutanásia, que incomoda a classe ultimamente; médicos se escondendo, avisados que poderiam ser solicitados a "depor".

Neste desenrolar, dois casos chamaram atenção especial:

Uma médica ao ser entrevistada, ainda na metade da primeira questão, levantou-se bruscamente e saiu correndo a gritar, que logo voltaria pois ficara menstruada.

Não mais retornou para dar prosseguimento à entrevista.

Falando-se em morte, saiu cantando a vida — o sangue — a fertilidade.

Um segundo caso foi um médico, membro influente de

uma instituição, que embora não se negasse a responder, abria vários parênteses conversando sobre o quanto era bom dissecar cadáveres e conhecer-lhes a causa-mortis; falando num tilintar de boca e olhos que mais se assemelhava estar saboreando um bombocado, ou, até quem sabe, ridicularizando o entrevistador. Não respondeu à entrevista, após quarenta minutos de conversa, alegando extrema ocupação.

Neste clima de inquietações e angústias, na fase inicial, rompeu a grande preocupação de como estudar este fenômeno que se via refletido em cada um de nós e tendo como anteparo a própria medicina.

Daí a preocupação em investigar objetivamente o tema.

II- MÉDICOS, MORTE E SAÚDE

"A morte é o outro absoluto. É o outro irremediavelmente, presente dentro do ser. A morte revela também que não é apenas para os outros, ou que eu, também, sou um desses outros. Transforma o sujeito em um dos outros."

(6, p. 64)

Observa-se uma grande preocupação com o nascimento, o desenvolvimento e a saúde do corpo para nos mantermos vivos. Entretanto, não se vê a mesma ênfase quanto aos moribundos, nem dos que com eles convivem, tornando-se uma grande dificuldade a relação com os "condenados" em suas horas finais.

Atribui-se responsabilidades aos médicos de criar uma atmosfera favorável para manter no moribundo a confiança e a idéia de que ele ainda pertence a esta sociedade e possui uma individualidade, sem, no entanto, perguntarmos como se encontra seu estado de preparação para a morte, já que é o agente da vida.

Um levantamento de fontes bibliográficas, com referência ao tema, explicitou um interesse maior em relação à morte nos últimos dez anos, quanto à falta de tratamento adequado e material para pesquisa.

Percebe-se no Brasil um deslocamento de certas instituições hospitalares, isoladamente, para desenvolver um trabalho com seus profissionais, relativo a morte e condição de atendimento ao moribundo e sua família. Entretanto não existe, ain

da, dados empíricos processados nesta área de investigação, ficando restrito a mobilizações circunstanciais sem a devida divulgação.

Pretende-se, com esta pesquisa, iniciar uma sistemática, do aspecto atitudinal daqueles que lidam frequentemente com a morte, fortalecido pelo pré-inquérito dos médicos, que antecedeu a definição do tema. A constatação de que numa sociedade o morrer ocorre nos hospitais onde, lamentavelmente, não há ambiente para convivência com os momentos finais dos enfermos, levando-os à percepção da morte desamparada, e nenhum tipo de apoio aos médicos que estão intimamente ligados ao processo do morrer.

A medicina cuja função é evitar a morte, pouco espaço consagra ao assunto em seus cursos e publicações, reforçado até mesmo pelo juramento:

Prometo que ao exercer a arte de curar mostrar-me-ei sempre fiel aos Preceitos da Honestidade, da Caridade e da Ciência.

Penetrando no interior dos lares meus olhos serão cegos e minha língua calará os segredos que me forem revelados, os quais terei como preceito de honra.

Nunca me servirei da Profissão para corromper os costumes ou Favorecer o crime.

Se eu cumprir este juramento, com Fidelidade, goze eu, para sempre a minha vida e a minha Arte com Boa Reputação entre os homens.

Se eu Infringir ou dele me afas -

tar, suceda-me o contrário.

(Hipócrates, 460 a.C.)

As faculdades afastam abordagem do sujeito frente à morte. Prendem-se em considerações sobre o problema físico inerente à agonia de seus pacientes, recusando a ver até a morte próxima.

Desde o início tudo conspira para que a idéia da doença e paciente seja algo fora de condições reais. Paciente-gente só é visto, de longe, nas disciplinas: Fundamentos de Saúde e Comunidade, que estuda o homem em seu ambiente bio-psico-social conscientizando o estudante da responsabilidade social do médico.

Isto ocorre nas duas primeiras séries, com carga horária reduzida, constatada numa das escolas médicas do Rio de Janeiro.

O currículo completo concentra-se em Anatomias, Histologias, Embriologias, Bioquímica, Parasitologia, Biofísica, Fisiologias, Farmacologia, Microbiologia, Patologia, Fisiopatologia, Cardiologia, Tisiologia, Psiquiatria, Doenças Infecciosas, Dermatologia, Clínica Cirúrgica, Medicina Legal, Ginecologia, Urologia, Obstetrícia, Anestesia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Neurologia, Estágio e Internato.

Este programa num hospital-escola faz parte do esforço de abstração da doença-paciente.

"O doente enquanto ser humano com suas inquietações, angústias, esperanças e desesperanças é um to

do indivisível e não um mero portador de órgãos."

(48. p. 75)

Difícilmente vemos a pergunta Por que? diante da morte; mas sim De quê?

A pessoa do doente só é considerada caso toda quimioterapia obtiver êxitos favoráveis.

Os médicos têm séculos de história como agentes de saúde, higienização, cura. Suas normas, Qualificar - Submeter e Conservar - Preparar para manter a dominação, procura concentrar em suas mãos as resistências dos pacientes — pensando que através de cursos, associações e informações vão poder resolver a questão de participação em vários níveis.

A medicina, como técnica geral de saúde, assume lugares cada vez mais importantes nas estruturas administrativas nesta maquinaria de poder. O médico com funções delineadas penetra em diferentes instâncias — alimentação, sexualidade, bebida, fecundidade, forma de vestir, habitar ... — .

Sua função de higienista, mais do que seus prestigios de terapeuta, que lhe asseguram a posição politicamente privilegiada no séc. XVIII, antes de sê-la econômica e socialmente no século XIX.

Lei da Saúde Pública preparada por Neumann e submetida à sociedade Berlinense de Médicos em 30/03/1849:

"Devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença, e que as medi

das concernidas em tal ação de -
vem ser tanto sociais quanto mé-
dicas."

Ficar doente não é mais um problema de sintomas ou classificações, mas recurso de um sujeito que perdeu o apoio social adequado e não consegue fazer nada para ajudar-se.

E o sentimento do paciente, a pessoa rotulada numa carreira de enfermo, pela ação de união família, médico, assistente ... outros pacientes?

Ribeiro da Silva (49) menciona o rebaixamento do seu pleno status existencial e legal como agente humano e pessoa responsável, despojada de sua própria definição de eu, impossibilitada de reter seus bens, impedida de exercer seu discernimento para decidir com quem se relaciona e o que quer fazer . "Seu tempo já não lhe pertence e o espaço que ocupa não é de sua própria escolha" (49, p. 39).

A quem deseja servir o médico? Ao paciente ou a si mesmo?

O conhecimento da doença deveria estar a serviço do paciente e não do médico.

Para Guattari, um dos objetivos seria "acabar" com o médico enquanto indivíduo que se propõe a ser aquele que "fala por" ... porta-voz do sujeito.

O doente é parte de uma família. Vai precisar dela, de sua colaboração. O conhecimento do diagnóstico vai suscitar ansiedades e defesas familiares no estabelecimento do vín-

culo médico - família - paciente.

O médico por mais vendedor de serviços que possa parecer, ainda é considerado pelos seres à sua volta como apoio, socorro, salvação e mito, passando a ser distribuidor de saúde e bem-estar.

Sempre se encontra dificuldade no diálogo, no caso de um paciente que está morrendo, ou que apresenta uma enfermidade incurável que, inevitavelmente, o levará a falecer. Parte desta dificuldade é do paciente, mas uma grande parte, maior do que se gostaria de reconhecer, cabe ao médico.

Muitos médicos têm tanto pavor da morte que mal conseguem agir em sua presença. Devido a esse temor, tendem a evitar as visitas a domicílio e, na medida do possível, a cuidar do paciente por telefone ou através dos parentes e enfermeiras.

Poucos autores enfatizam a importância de uma relação - contato do médico com o moribundo, para que esse possa viver sua ansiedade e tomar conhecimento de seu estado, não sendo tratado como "uma coisa qualquer" que se administra remédios e se esconde o destino próximo como se fosse uma criancinha, ou mesmo um débil mental interditado. Argumento este altamente denunciado por Illich (22) quando afirma que

"Muito mais que o paciente é o médico que presentemente luta com a morte. Há alguém a acusar se a morte triunfa, uma vez mais; esse alguém não tem rosto mas tem status, não é pessoa, mas uma classe."

(22, p. 182)

No capítulo sobre a Colonização da Medicina, Illich menciona esse poder gerador de saúde que fica ameaçado no desenvolvimento da medicina contemporânea. Situa a instituição médica como uma empresa profissional, arraigada com a idéia do bem-estar, exigindo a eliminação da dor, correção das anomalias e o desaparecimento das doenças, conseqüentemente a luta contra a morte.

"O sofrimento cessa então de ser aceito como contrapartida de cada êxito no homem na sua adaptação ao meio, e cada dor se torna sinal de alarma que apela por intervenção exterior a fim de interrompê-la. Essa medicalização da dor reduz a capacidade que possui todo homem de se afirmar em face do meio e de assumir a responsabilidade de sua transformação, capacidade em que consiste precisamente a saúde."

(22, p. 127)

Quando o médico conseguir interpor-se entre a humanidade e a morte, esta última perdeu a imediatividade e a intimidade que adquiriu quatro séculos anteriores.

Ariès (2), em seu levantamento histórico e prospectivo sobre o homem e suas atitudes frente à morte, realça, inicialmente, a morte vista como algo simples, sem precipitações, onde o moribundo tomava "ele mesmo" suas precauções — recebe as bênçãos no leito enfermo, organiza cerimônia pública e a preside sem dramas ou grandes emoções — .

Na verdade nunca foi fácil morrer, mas as sociedades tradicionais tinham o hábito de rodear o moribundo e de receber suas comunicações até seu último suspiro.

Estabelece-se até o séc. XIII uma relação entre a morte de cada indivíduo, com a consciência que este tomava de sua individualidade.

A necessidade de reunir perpetuamente, em lugar privado e fechado os mortos da família, corresponde a um novo sentimento que se consumou em todas as classes sociais do séc. XIX: o jazigo familiar reúne no mesmo teto várias gerações.

Em pleno século XX nos deparamos com a seguinte situação:

Deslocamento do lugar da morte, já não ocorre dentro dos lares, em meio aos seus, e sim no hospital sozinho. As manifestações aparentes de luto são "condenadas" e desaparecem. Não se usam mais roupas escuras e nem se adotam mais aparências diferentes do dia-a-dia. O direito de chorar é permitido quando ninguém vê nem escuta. Restou o luto solitário e envergonhado como recurso dos mais próximos.

A confiança que os moribundos depositavam à família nos séculos passados, tornou-se agora, uma verdadeira alienação. No momento em que um grave risco ameaça um dos membros da família, esta logo conspira para privá-lo de informação e sua liberdade. O que realmente importa é que a morte ocorra de forma a ser bem aceita ou tolerada pelos sobreviventes. Não mais convém anunciar seu próprio sofrimento, nem mesmo demonstrar

senti-lo. A partir do século XIII, as manifestações de luto ritualizaram-se. A primeira fase da Idade Média foi gesticulada pelas carpideiras, vestidas de negro, de cabeça afundada no capuz. Entre os séculos XVI e XVII os monges iam à frente dos cortejos, juntamente com pobres e crianças de hospitais trajando negro. O século XIX não trouxe atenuação nenhuma ao rigor da reclusão. Na casa em que morria alguém, homens, crianças, empregados eram separados por cortinas de crepes, véus e tecidos negros. Na metade do mesmo século, vê-se uma fase de "dolorismo" e exaltação do manifesto dramático e fúnebre. O luto se realiza com ostentação além do usual: chora-se, desmaia-se, jejua-se. A morte neste período é mantida à distância; os sobreviventes aceitam com dificuldade a morte do outro, o que antes era o julgamento final, coletivo e fraterno.

"A morte tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição. Aqueles que cercam o moribundo tendem a poupá-lo e ocultar-lhe a gravidade de seu estado. Criou-se um clima de que a vida é feliz e a sociedade evita, então, o moribundo."

(2, p. 54)

Em regiões Européias, sobretudo a Norte, a cremação torna-se dominante, pois não existem razões que justifiquem visitas aos túmulos, dando uma garantia de racionalidade e um meio seguro para escapar ao culto dos mortos.

A morte torna-se um tabu no século XX, vem como for-

te substituta do sexo, como principal interdito.

"Antes dizia-se mentiras às crianças sobre nascimentos, mas assistiam às grandes cenas de despedidas. Hoje são iniciadas a mais tenra idade na fisiologia do amor, entretanto, quando não vêm mais o avô e se surpreendem, alguém lhes diz que ele repousa num belo jardim por entre flores."

(2, p. 56)

Hoje é vergonhoso falar-se da morte e do dilaceramento que provoca, assim como era, antigamente, falar-se do sexo e seus prazeres. O modelo contemporâneo da morte já estava esboçado na burguesia do fim do séc. XIX, principalmente em admitir abertamente a morte e o isolamento moral imposto ao moribundo.

Surgiu uma nova sensibilidade de relações com o outro, com o início da medicalização, da idéia que se faz da vida, ou seja, com a própria invasão das técnicas da vida.

Ocorreu toda uma "ruptura" de civilização. A história humana acusa mudança de curso: a própria família se entrega nas mãos dos médicos e se deixa orientar por essa missão sagrada dos julgadores alvos, vestidos de branco versus o luto. Os regulamentos hospitalares decidem o repouso, as visitas, a agonia profunda da morte, uma arrogância indiscutível na maneira do médico excluir antecipadamente toda consulta do doente sobre seu desejo de viver ou morrer.

Não se pode concretizar a relação significativa médico/moribundo, entre dois homens que partilham um fim comum, que ao homem-médico vem a atribuição de papéis sacerdotais tomando para si a crença do outro, a busca de negar um acontecimento que vulnerabiliza seu saber existencial.

"O moribundo é algo que incomoda uma vez que a própria morte é ocultada, mascarada, esvaziada, e que sobre ela se fixa o conjunto de valores negativos da sociedade, a agonia não pode ter status autônomo. Não pode ser sacralizada ou valorizada. Se encaminha gradualmente para a disfuncionalidade total e que, de derrota em derrota, segue para o nada social."

(64, p. 248)

Uma pergunta assaz embaraçosa não pode deixar de ser aqui ressaltada: como convém neste momento morrer em nossa sociedade?

Os moribundos não sentem a morte chegar decifrando seus signos, porque lhes são escondidos. Tornou-se aquele que não deve presenciar a comunicação.

A morte recuou e abandonou a casa pelos hospitais, ausente do mundo familiar, o homem não a vê com frequência, não a sente de perto.

"Ela se tornou selvagem, e apesar do aparato científico que a reveste, perturba mais o hospi -

tal, lugar de razão e técnica ,
que o quarto da casa, lugar dos
hábitos da vida quotidiana."

(2, p. 171)

A assistência médica per omnia semper, em qualquer
condição clínica, tornou-se exigência absoluta para ter acesso
à morte natural. O homem não é mais escutado como ser racio -
nal, é apenas visto como um caso clínico, a cada dor surge um
sinal de alerta que apela por intervenção exterior a fim de in -
terrompê-la.

"A medicalização da sociedade pôs
fim à era da morte natural. O ho -
mem ocidental perdeu o direito de
presidir o ato de morrer. A mor -
te mecânica conquistou e aniqui -
lou todas as outras mortes."

(22, p. 188)

III- A LIBERAÇÃO DA MORTE — AS OUTRAS VOZES

Diante de tantas contradições sempre abre-se uma brecha; da rejeição nasce a esperança. Neste lema trabalha Elizabeth Kübler-Ross (26), no Instituto do mesmo nome, em São Francisco (nos Estados Unidos). Ela trouxe para o dia-a-dia dos americanos o assunto "A Morte e o Morrer" e desenvolve com pioneirismo assistência aos pacientes à morte e seus familiares, compartilhando dos medos, angústias e suas esperanças. Em conferências, artigos e entrevistas tem alertado para uma nova maneira de esperar a morte, quebrando o tabu e trazendo uma nova luz para a compreensão da última aventura humana.

"Através da aceitação de que, no final, todos dividiremos o mesmo destino — assim tão certamente como estamos vivos, morremos um dia — talvez venhamos a entender que na vida também temos de estar conscientes e informados de nossas diferenças e aceitemos que, na nossa falibilidade, somos todos iguais."

(27, p. 29)

Kübler-Ross observou que as pessoas à morte passam geralmente por cinco estágios: NEGAÇÃO - REVOLTA - BARGANHA - DEPRESSÃO - ACEITAÇÃO. Acompanha estas fases preparando as famílias na compreensão das reações dos doentes e a equipe técnica hospitalar, permitindo a abordagem franca do tema e a vivência plena do tempo que resta.

Observou que negando a morte e evitando falar no assunto, só se acrescenta maiores reforços à solidão hospitalar,

que não atende às necessidades dos que vão morrer. Ressalta o anúncio da gravidade do caso, principalmente ao sujeito da ação, permitindo que este decida a quem participar e tomar as devidas providências.

Outra interferência médica que adia a situação "traumática" da perda, é da quimioterapia dos calmantes. Kübler-Ross insiste no fato de não "dopar" a família para que esta não enfrente a dor, todavia entra em contato com o estado de prostração que adiará para uma nova hora uma angústia ainda maior.

É difícil aceitar a morte porque ela é uma estranha, quando alguém morre no hospital é rapidamente "espanado", numa forma mágica para que se afaste do mundo vivente. Velório e enterro são etapas importantes para a compreensão da morte, que, entretanto, ficam a cada dia em mãos institucionais despersonalizantes.

O contexto organizacional do morrer em um hospital deve ser visto como resposta a um fracasso, o objeto da medicina se desloca da doença para a saúde.

Essa imagem da morte justifica o novo grau de controle social. A sociedade responsabilizada pela prevenção da morte de cada um dos seus membros, e quando esta sobrevém na ausência de tratamento médico fica suscetível de interessar à justiça.

Barnes (7) menciona o academicismo da medicina, sua formação longe da cabeceira do doente, no meio dos livros e microscópios, esqueletos e mesa de dissecação.

O sofrimento humano no hospital pode tornar-se insuportável pelo médico e daí a facilidade é maior para olhar os doentes como corpos que podem ser explorados, cortados e desmembrados, que não podem ver, ouvir ou sentir.

Os doentes são, dentro do hospital, as únicas pessoas obrigadas a fazer companhia umas às outras durante as horas do dia.

Uma situação comum num hospital junto ao moribundo é estar rodeado de médicos e enfermeiros, lançando mão desesperadamente de oxigênio, tubos e injeções, enquanto os familiares esperam, lá fora, uma oportunidade para dizer o último adeus, sem ordem para entrar.

Raimbault (45), referindo-se também ao desapossamento da morte individual, assinala que todo diálogo autêntico mostra-se insustentável, ninguém é capaz de ouvir o depoimento do condenado, ninguém pode responder-lhe. Ele está obrigado a um silêncio oficial que prefigura o silêncio da própria morte.

No Brasil vemos um testemunho com interesse em abordar o tema da morte no paciente com câncer. Podemos refletir e questionar porque os cancerologistas? Pelas observações e relatos do nono Congresso Brasileiro de Cancerologia concluímos se tratar de uma experiência nova os debates Psicologia e Câncer pela denotação câncer, sinônimo, morte. Parece haver um nexos social significativo entre o símbolo câncer e a idéia de morte.

Uma das brechas que se abriram com grande ênfase no Congresso, foi quanto a tecnicidade médica despersonalizando to

talmente o homem que atua no papel do médico.

Schavelzon, cancerologista que participou de um dos simpósios, fala como médico da dificuldade que se tem pela educação na medicina moderna com os conceitos de onipotência, onissapiência e de imortalidade. "A tecnologia nos permite tudo, aparentemente. Saimos da universidade com um sentido de imortalidade — a mim, médico nada pode acontecer — eu sou imortal."

Partindo-se do princípio onipotente, tudo que traz o fracasso, agride e desagrada, é colocado no fundo da enfermaria para manter o lema: como sou inteligente e poderoso.

Aring (4) revela estatísticas no estudo com médicos, a existência de uma posição poderosa, colocando o paciente inferiorizado. Mostra que os médicos têm, em maior proporção que os doentes, medo da morte. O percentual entre 69% e 90% dos médicos acham favorável não comunicar o diagnóstico de uma enfermidade grave. Enquanto 77% e 89% dos pacientes gostariam de ser comunicados.

A causa morte entre os médicos, por insuficiência coronária ou suicídio, é diretamente proporcional à sua especialidade, de forma que os clínicos que lidam frequentemente com a morte têm mais ataques cardíacos que os Dermatologistas ou Psiquiatras.

Bensaïd (9) propõe a união com a realidade que se apresenta. O médico interagindo com o paciente, procurando escutar às necessidades deste num todo, usando o recurso técnico como forma auxiliar. Sabendo que pode atendê-lo e até não curá-

lo; a morte não frustra e não se apresenta como culpa.

O desencontro do homem moderno com a morte, destaca Bird (11) fá-lo adotar não sō em relaçaō ao paciente terminal mas em relaçaō à velhice, atitudes que conspiram com silêncio absoluto.

Em geral, o que um paciente à morte vê diante de sua cama é um desfile de máscaras sorridentes, ocultando uma verdade de que ele próprio poderia ver com naturalidade.

Depois de informada do seu diagnóstico uma cliente es creveu uma carta ao corpo médico do hospital que cuidavam de seu caso.

"Voces entravam e saíam do meu quarto, me davam medicamentos, checavam minha pressão sanguínea. Porque será que percebi o medo de voces em relaçaō à minha doença? Não seria melhor para ambos confessássemos nossos medos? Depois, poderíamos nos tocar carinhosamente. Assim, entre amigos, não seria tão difícil morrer."

(28, p. 30)

CONTRIBUIÇÃO DO EXISTENCIALISMO

A Filosofia existencial acentua a vulnerabilidade humana, frequentemente ameaçada pela doença e pela morte. Tenta relatar o que acontece com o homem nestes momentos de crise, parecendo responder a lacuna entre a morte e teorias psicológicas que a fundamente.

May (39), numa abordagem fenomenológica, sustenta que o movimento existencialista é espontâneo e através do qual descobrimos o que o fato é como fenômeno, identificando as estruturas significativas pela observação de imagens elaboradas no cotidiano.

"A vista de um fenômeno (seja um objeto externo ou um estado mental), o fenomenólogo aborda com absoluta imparcialidade, observando tal como se manifesta e só como se manifesta."

(39, p. 146)

Uma das ênfases dadas pelos existencialistas é a importância da vontade; continuar lutando no meio de confusões e lutando principalmente pelo ser humano. Compartilhar mesmo que a experiência seja designada pela própria omissão.

Verificamos que a Psicologia ainda não possui um conhecimento sistematizado sobre as atitudes para com a morte, e sua trajetória fica acompanhada de ausências. Sabemos também que o temor da morte é uma reação universal decantada pela literatura; contudo, não podemos evitá-la passando por cima das situações limites que ameaçam o indivíduo juntamente com seus temas de fantasias na psicopatologia, e, freqüentes interpreta -

ções que só particularizam duas vertentes: temor à castração e/ou ansiedade de separação com a perda do objeto amado.

Parece haver, também, uma ligação com a repressão da sexualidade do corpo e aliando corpo-matéria para provar a fraqueza humana, neutralizando a discussão da morte natural.

O existencialismo, no entanto, vem abordando a morte como uma análise primordial do século XX. Acentuando-a como parte constitutiva do homem que tem de enfrentar a morte pessoal, tornando possível uma autêntica e genuína existência.

May (37, p. 71) cita a história da filosofia existencial, em suas maiores fases, como uma exegese da experiência humana da morte. "A imagem do homem que surge é de uma criatura limitada pelo tempo. A vida não é verdadeiramente compreendida nem completamente vivida a não ser que a idéia de morte seja encarada com honestidade."

Claudio no drama de Shakespeare realça esta assertiva: "Lutando pela vida busco a morte, e buscando a morte encontro a vida."

A luz da psicopatologia, Jaspers (23) em 1930, muito contribuiu na dissecação do dilema da morte próxima.

Criticou a psicologia quanto aos limites compreensíveis das doenças orgânicas e psicoses, sem a devida solução para o problema existencial da própria morte.

Na angústia discrimina duas situações: o horror da morte, pelo tempo estar preso e limitado no seu existir "um inde -

terminado ponto no tempo" e o não-ser na medida que não foi conquistado, não viveu o próprio ser. Na segurança absoluta da morte, no enquadre das situações limites, o homem procura existir, a infinitude, a alteridade. A partir daí encontra a solução para este problema da existência, na sua individuação; o crescimento de seus potenciais pode levar o homem a maior participação e coragem para enfrentar a morte.

Propõe uma reflexão sobre o significado da prática médica em relação ao existir humano. A comunicação existencial é o que excede qualquer terapia; toda terapêutica é absorvida por uma comunidade de dois Eus, que vivem uma existência possível.

"Erra o médico que, cuidando do existir humano total e contemplando o homem, o submerge no evento biológico."

(23, p. 926)

MORTE E RELIGIÃO

"Ele que dialogou, consigo mesmo, no decorrer desta vida, com a sociedade, com o cosmos, com o seu corpo e prestou ouvidos a tudo que lhe foi progressivamente compreensível e claro do mundo e da vida, renunciando a seus terrores ou circunscrevendo-os como pôde.

Constituiu-se em consciência, inconsciência e corpo."

(Oração ao Moribundo, autor desconhecido)

O problema da morte suscitado há milênios é de fato uma questão mal formulada.

Não parece existir homem algum que deixe de interrogar-se sobre a natureza do além-morte, pela não apreensão dos nossos sentidos desta entidade profundamente misteriosa.

Desde os tempos do primeiro homem das cavernas, que conservava seus mortos "vivos" tingindo os ossos de vermelho e sepultando-os junto à lareira da família, até o pomposo ritual do funeral Hollywoodiano, a fuga à morte tem sido núcleo de todas as religiões.

"Quem me libertará deste corpo de morte? E respondia: — Graças a Deus, por Nosso Senhor Jesus Cristo."

(S. Paulo, R. M., 24, 25)

Nesta citação reside a chave interpretativa cristã do drama humano.

Moody (40) acredita que todas as respostas quanto as

verdades profundas e fundamentais são nos reveladas pelas religiões do homem. Isto equivale afirmar que através das religiões o homem encontra seu consolo, uma tranquilidade na passagem do vivo-morto. Permite que se fale da morte, facilitando o contato com a dor, verbalizando na existência de Deus sua finitude humana.

As religiões entendem a morte num contexto próprio, onde de alma e corpo possuem dimensão e transcendência diferentes.

Entretanto, não há fé religiosa sem esteios sensíveis, sem assertivas dogmáticas. A história da religião equivale à história das idéias pelas quais o homem procurou atingir a divindade. Não negam a morte da carne, mas a morte que algum dia há de sobreviver também é uma característica de vida a qual não queremos renunciar.

Se o próprio Cristo teve medo, e Ele mesmo da cruz exclamou em voz forte:

"Eli, Eli, lamma sabactâni?"

(S. Mateus, 27. 46)

O que quer dizer:

"Meu Deus, meu Deus, porque Me abandonaste?"

Justamente a nossa alegria reside na certeza de que este evento de doçura não se restringe somente a Cristo, mas a luz de sua ressurreição descobrimos que toda vida vai herdar também a sua Ressurreição.

Como para o homem religioso a vida jamais acaba, a fé responde pela vitória, e no momento derradeiro sente-se ampara-

do e geralmente sereno. É na religião que vê suas esperanças de além-vida, sua tábua de sustentação; a morte considerada como u ma entrada no caminho para a eternidade.

IV - O EXPERIMENTO DE CAMPO

OBJETIVO

Da preocupação em objetivar o pré-inquérito, surgiu uma nova disposição, a de investigar as Atitudes dos Médicos di ante da Morte. Situando a problemática da não condição que existe atualmente, por parte desses profissionais, em se lidar com pacientes que estão à morte.

DEFINIÇÃO DOS TERMOS

A MORTE neste estudo é vista dentro de uma visão biopsicológica, onde um corpo vivo tem sua duração limitada organizado em suas partes, possuindo o que se denomina a vida e, conseqüentemente, sujeito a perdê-la. Sofrer à morte que representa o término de sua existência.

O MORIBUNDO é aquele que está morrendo; o que vai acabar; agonizante, desfalecido, amortecido.

ATITUDE na psicologia social, entre uma série de definições encontradas, Rodrigues (51) sugere uma síntese com os elementos essenciais das Atitudes Sociais, assim sendo:

"Atitudes é uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a esse objeto."

HIPÓTESES DE TRABALHO

Com a preocupação de se fazer um estudo criterioso to mou-se três grupos de sujeitos, assim distribuídos:

GRUPO I: Médicos que lidam frequentemente com a morte (cancerologistas e cardiologistas);

GRUPO II: Médicos que não lidam frequentemente com a morte (pediatras e psiquiatras);

GRUPO III: Físicos que atuam na área de ensino e pesquisa (grupo controle).

HIPÓTESES

H_1 : Os componentes do grupo I apresentarão médias sig nificativamente diferentes dos componentes dos grupos II e III.

H_0 : Os componentes do grupo I não apresentarão médias significativamente diferentes dos componentes dos grupos II e III.

POPULAÇÃO OBSERVADA

A amostra constou de 90 sujeitos, de ambos os sexos ; profissionais com nível de escolaridade superior, sem delimitações de idade e local de nascimento.

Os sujeitos foram selecionados dentro do ambiente pró prio de trabalho:

- médicos nos hospitais e consultórios;
- físicos nas Universidades e centros de pesquisa.

PROCEDIMENTO

O procedimento basicamente constou de três fases. A primeira marcada pelo pré-inquérito onde os objetivos foram coletar material que possibilitassem definir as variáveis, estabelecendo os limites do problema e partir para formulação de hipóteses que deu prosseguimento à presente pesquisa. As proposições relativas a esta fase realizada em junho de 1979, com médicos, na maioria das vezes no meio hospitalar, abrangeu os seguintes tópicos:

- a) situação de morte na prática médica;
- b) prática médica e capacitação para lidar com pacientes à morte;
- c) idéia de morte para a prática médica;
- d) possibilidade institucional da vivência de morte com o paciente;
- e) sentimento do médico frente a comunicação da morte com o paciente e a família;
- f) comunicação de morte ao paciente;
- g) comunicação de morte do paciente para a família deste;
- h) sentimento frente ao tratamento de um paciente em estado grave;
- i) representação da morte para a pessoa do médico.

As vinte respostas do pré-inquérito foram analisadas dentro de cada item, e comparadas entre si para se poder observar quais as mais relevantes, as que mais se confirmaram, e as que somente tiveram cunho individual.

- 1) Situação de morte na prática médica:

Entre os entrevistados houve 95% de respostas afirmativas quanto a este aspecto; concluindo-se que a maioria já lidou muitas vezes com casos de morte.

2) Prática médica e capacitação para lidar com pacientes à morte:

Podemos observar que 60% dos entrevistados acham que a formação acadêmica não oferece condições para se lidar com a morte, destacando os seguintes pontos onde o tema surtiu certa similaridade:

- . O curso de medicina não se preocupa em dar estrutura deste tipo, dá uma visão bonita da medicina e distorce a morte por abrangê-la simplesmente a nível técnico.

- . A experiência da morte só vivenciando.

- . Um médico de 70 anos (o mais idoso da pesquisa) comentou que na sua época isto era enfatizado, mas agora não mais, devido a massificação do ensino.

- . Um detalhe interessante foi dado por um médico com 10 anos de formado, que, além de dizer que a formação acadêmica não dá subsídios de se lidar com a morte, lembrou que no seu tempo de estudante, durante as aulas de anatomia surgiram grandes impactos como brincadeiras de mau gosto e desmaios. Depois de algum tempo passa-se a suportar estar junto com o defunto, e, se come até sanduíche no mesmo ambiente. Cita que por ser muito católico, pegou o nome de seu primeiro defunto e mandou celebrar missa para ele.

- . Os sujeitos que responderam um sim a este item não justificaram o mesmo, e se preocuparam em passar em diante.

3) Idéia da morte para a prática médica:

Não houve um consenso em relação à idéia de morte.

Entre os 20 médicos se pode averiguar que 15% destes, colocaram a morte como coisa natural, e o restante foi distribuindo com afirmações tais como: Fim de vida material ; Cessação total da vida; Término de tudo; Derrota; Algo que o médico tem que conviver; Alívio; Impotência; Insucesso; Parada dos centros nervosos; Tudo aquilo que o médico não quer ver; Não tem significado.

Entretanto, percebe-se que a maioria das respostas leva a um caráter mais técnico diante da morte, e de incapacidade do médico frente a ela, como denotação de seu fracasso profissional.

4) Possibilidade institucional da vivência de morte com o paciente:

Este item ficou empatado quanto as afirmativas e negativas, dando um total de 40% para cada.

Dentro das respostas que confirmavam a vivência de morte com paciente numa instituição, surgiu uma terceira categoria, que foi a do depende: Dependendo da instituição, do nível do paciente, da especialidade do médico, da equipe médica e do próprio médico. Parece uma forma de colocar o problema sem precisar se envolver com a resposta diretamente.

O que foi de interessante observar é que já neste item começaram as discordâncias em se conviver com o paciente

a idéia de morte, pois o médico não deve pensar nisto, e sim lutar com a vida.

5) Sentimento do médico frente a comunicação da morte ao paciente e para a família:

Houve 50% de respostas negando este tipo de comunicação ao paciente e dentro dos outros 50% acompanhava a categoria do depende, com alguma justificativa de ser difícil para o paciente; sentir-se mal frente ao paciente e depender do tipo do paciente.

A característica marcante das respostas foi se omitir a morte por não beneficiar o paciente e tornar sua luta de vida um desestímulo.

Em relação à família ficou uma divisão entre os que acham ser mais fácil dizer à família, e os que acham uma tarefa muito difícil (35% para cada). Outras respostas que envolviam sentimento surgiram como, depende da ligação que se tenha com a família; é essencial fazer este tipo de comunicação; nunca o fazer; sentir-se mal frente à família.

6) Comunicação de morte ao paciente:

Foi praticamente consensual de que não deve haver a comunicação de morte ao paciente, perfazendo um total de 90%. Os outros 10% embora não negando totalmente, deram respostas como: justificativas sobre o não comunicar porque o paciente percebe que vai morrer e daí parte para a luta com a vida; o médico só deve falar em perspectivas de vida; não e

xiste tanatologistas para dizer que o paciente vai morrer.

7) Comunicação da morte do paciente para a família:

Aqui houve uma questão se isso cabe ao papel do médico ou do serviço de enfermagem ou social do hospital.

Pareceu que o médico só fala com a família quando não há outro jeito ou alguém para fazê-lo por ele.

As respostas variaram entre o falar numa conversa direta e aberta (25%), e nas grandes fórmulas de como dizer à família: "Foi feito o possível; Ele não tinha condições de resistir; A Senhora soube que ele estava sofrendo muito, fizemos tudo que pudemos; Infelizmente há momentos na vida que o homem não consegue superar.

8) Sentimento frente ao tratamento de um paciente em estado grave:

Os sentimentos de revolta, frustração e impotência foram os que predominaram neste item. O restante tratou-se de respostas isoladas quanto a sentimentos de frieza; de se fazer mais esforço para prolongar a vida; Aceitação como parte da vida; recusa de sentimento frente a morte; aceitação desde que tudo tenha sido feito; depende do relacionamento com o cliente; fica em função da idade com boa aceitação quando se é mais velho.

9) Representação da morte para a pessoa do médico:

Não houve um consenso, mas uma divisão de um lado

mais material (20%), com representação como cessação e término da vida, e uma concepção mais religiosa de que seria o fim da vida material (20%), uma viagem e uma visão cósmica (onde nasceríamos do nada e nos transformaríamos em partículas energizadas indo dar nossa contribuição no cosmos (5%).

As outras respostas foram isoladas como fato inevitável visto com revolta e sem revolta, e uma eterna dúvida.

Com esta visão das respostas, mesmo sem precisão percentual, dado que não podemos inferir em nenhuma amostra maior, forneceu os elementos da segunda fase na formulação das 126 questões (anexo B) para serem julgadas quanto seu grau de clareza, conteúdo e nitidez na redação.

Como no exame de outras escalas sobre o mesmo objeto não foi encontrado material que limitasse esse universo de conteúdo, ficando submetido a redação de conceituações a psicólogos qualificados para apontar possíveis ambiguidades que possa ter escapado ao pesquisador, ordenando e classificando quanto ao grau de favorabilidade.

Selecionou-se as afirmativas de modo a estabelecer um equilíbrio entre "favoráveis" e "desfavoráveis", tomando o cuidado para que o número de afirmativas fosse suficientemente grande para a análise estatística subsequente.

As 116 questões (anexo B) que integraram esta terceira etapa foram aplicadas a 80 sujeitos e dispostas em ordem aleatória, no sentido que atribuam a cada afirmativa um

valor, quantificado de 1 a 5 pontos, e eliminadas todas as que não fossem discriminatórias.

Nesta fase de construção da escala de atitudes tipo Likert, e em obediência aos requisitos considerados pelo autor Likert (1932) regeu-se um tratamento matemático adequado ao comportamento social.

Convém destacar que a escolha da referida escala deve-se ao fato de que as Atitudes substituem uma avaliação subjetiva pela medida objetiva, e cada problema pode ser representado de tal forma que permita ao sujeito tomar partido entre alternativas claramente opostas e filiar-se a um grupo específico de questionamento, ou contra este, na escolha de uma opinião que mais reflete o grau de intensão do sujeito.

Likert (47) e (57) apresentou sua escala simples na construção e possuindo boa correlação com outras escalas e critérios de atitudes. A escala conta com os seguintes momentos, seguidos regamente nesta pesquisa:

1º) Seleção dos enunciados: articula-se o maior número de proposições afirmativas e negativas refletindo as variedades de atitudes em relação ao objeto atitudinal.

2º) Critérios de expressão: cada enunciado deve se preocupar com as características de clareza, concisão e direcionalidade ao objetivo. Daí a necessidade do uso vocabular mais simples, sem duplos sentidos, permitindo um nível de compreensão maior.

3º) Julgamento dos itens: Likert elimina o emprego de juizes quando a aplicação foi realizada numa etapa ante-

rior de padronização da escala, retirando-se os itens para a original, após ser aplicada a um grupo controle.

49) Conteúdo da escala: cada proposição vem acompanhada dos itens CONCORDO PLENAMENTE (CP), CONCORDO (C), INDECISO (I), DISCORDO (D), DISCORDO PLENAMENTE (DP). O sujeito deve colocar um X seguindo esta apresentação na ordem CP C I D DP. Cada uma dessas alternativas recebe um valor que vai de um a cinco, reservando o três para a posição "indeciso". O valor um é dado a um extremo do contínuo de atitudes e cinco ao outro. O importante é que as pessoas difiram quantitativamente em suas atitudes, das que se inclinam para um extremo e para o outro.

59) Análise dos itens: substituindo as respostas pelos valores obtêm-se por adição o valor global para cada sujeito. Seleciona-se o grupo de escores mais altos e o grupo dos mais baixos, a partir de uma ordenação decrescente dos valores.

Na seleção dos itens para escala original pelo método de equivalência intervalar rejeitamos através do quartil, 25% centrais da distribuição, assumindo que os dois grupos restantes serão reconsiderados para contagem final.

Para cada proposição foi comparado os dois grupos com escores acima da mediana e abaixo deste ponto da distribuição calculando-se a média de cada grupo. As médias foram comparadas pelo teste "t de Student" para cada item, a fim de verificar a significância da diferença entre as médias obtidas pelos dois grupos em cada um dos itens da escala, com nível

de significância 0,05, aceitando-se $\mu_1 \neq \mu_2$ quando $t > 2,0$.

As proposições assim selecionadas formam a Escala original com 26 itens (anexo C):

01. Diante do doente, o médico usa todos os recursos para preservar a vida.

02. Sou a favor da mentira médica para esconder a morte próxima.

03. É mais fácil prevenir a família do que ao paciente que ele vai morrer.

04. A morte significa a derrota médica.

05. O ocidental de um modo geral, não aceita a morte.

06. O paciente prefere ser enganado mesmo quando não está para morrer.

07. Contar ao paciente sua morte próxima é desestimular o tratamento.

08. Mentir sobre a gravidade do estado do doente não é honesto e nem faz bem.

09. A morte denuncia a impotência médica para salvar vidas.

10. O serviço social do hospital, é o responsável pela comunicação à família da morte do doente.

11. O médico fica amedrontado em falar sobre a morte.

12. A criança deve ser enganada sobre seu fim próximo.

13. Quando se morre não há mais o que fazer, é só

enterrar.

14. Não se deve contar ao doente que vai morrer, para diminuir seu sofrimento.

15. Nunca se engana nenhuma pessoa de sua real condição de vida.

16. A morte de um paciente é um fracasso médico.

17. Deve-se dizer ao paciente, da forma mais franca possível, que ele está no fim.

18. É preciso falar sem rodeios que o doente morreu.

19. Eu me visto de médico para melhor enfrentar a morte.

20. A morte é a passagem de um plano material para um plano espiritual.

21. A morte não é um final, e sim a continuação num mundo espiritual.

22. Para o doente, nunca se deve levantar a hipótese de morte.

23. A formação médica é totalmente deficiente no que se refere à morte.

24. Omite-se ao paciente que ele vai morrer.

25. É essencial comunicar ao doente que ele está à morte.

26. Os moribundos merecem nossa honestidade frente à gravidade de sua situação.

V - RESULTADOS

A análise da variância simples para amostras independentes mostrou diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos considerados ($F = 17,13$, $p < 0,01$).

A tabela abaixo revela as fontes componentes de variação:

FONTE	SQ	gl	MQ	F
TRATAMENTOS	3976,0067	2	1988,033	17,13*
ERRO	10096,033	87	116,04635	
TOTAL	14072,099	89		

* $p < 0,01$

O teste de Duncan possibilitou comparar os pares de médias, a posteriori, quanto a diferenciação dos grupos entre si.

SUMÁRIO DO TESTE DUNCAN

	\bar{X}_3	\bar{X}_2	\bar{X}_1	AMPLITUDES MÍNIMAS SIGNIFICANTES
MÉDIAS	75,94	86,4	91,97	
75,94	—	10,46	16,03	$A_2 = 7,32$
86,4		—	5,57	$A_3 = 7,63$

$\alpha = 0,01$

O resultado $F = 17,13$ levou-nos a aceitar a hipótese de que os componentes do grupo I, II e III apresentam médias significativamente diferentes, rejeitando a hipótese nula de que não haveria diferenças entre as médias.

No entanto, com o intuito de permitir fazer maiores especulações quanto ao significado desta diferença, entre os grupos tomados dois a dois, o teste Duncan revelou-nos os seguintes dados:

$$\bar{X}_3 - \bar{X}_2 = 10,46 \quad \bar{X}_2 - \bar{X}_1 = 5,57 \quad \bar{X}_3 - \bar{X}_1 = 16,03$$

De acordo com o que observamos a diferença entre os grupos III e II foi superior à 7,32 (amplitude 2), rejeitando a hipótese de igualdade entre as médias \bar{X}_3 e \bar{X}_2 , referentes aos grupos III e II, respectivamente. Por analogia também rejeitamos a hipótese de igualdade entre as médias $\bar{X}_3 - \bar{X}_1$, referentes aos grupos III e I.

Quanto à hipótese de uma diferença estatística significativa entre as médias $\bar{X}_2 - \bar{X}_1$, não chegou a se confirmar, o que nos leva a ponderar alguns aspectos na discussão dos resultados.

VI - DISCUSSÃO

O exame dos resultados obtidos na primeira sondagem permite aceitar a hipótese de que houve diferença entre as atitudes dos médicos que lidam frequentemente com a morte, dos que não lidam com tanta frequência e o grupo dos físicos. Como $F = 17,13$ e tendo 2,87 graus de liberdade, rejeitou-se a hipótese nula com uma margem significativamente segura.

No entanto, o uso da análise da variância revelou somente uma amplitude satisfatória na direção da diferenciação dos grupos como um todo, e não entre eles.

Com o teste de Duncan, onde se comparou os grupos dois a dois, manteve-se a rejeição da hipótese nula, porém agora com uma nuance, isto é, não foi tão reforçada entre os grupos de médicos. Tanto que a relação da média entre eles foi de 5,57, com amplitude mínima significativa de 7,32, sendo portanto maior que seu valor.

Entretanto, ao comparar os grupos de médicos com o grupo controle, evidenciou-se diferenças significativas entre as médias destes com os médicos que lidam menos frequentemente com a morte e os que mais lidam com ela. Servindo, então, o grupo controle como um parâmetro restabelecedor das diferenças entre médicos no que tange o tema.

O fato de não se ter encontrado diferenças significantes entre as atitudes dos dois grupos de médicos não invalidou a investigação no seu aspecto preponderante; pelo contrário, reforçou que funções de preservar a vida e atestar o Óbito são paradoxais e perturbadoras.

O deslocamento da morte para os hospitais invadiu o

espaço sagrado da cura, do diagnóstico, da restauração ... forçando aos profissionais o contato com o sujeito à morte e sua agonia.

Este clima de tensão parece atingir tanto o cotidiano do médico que sistematicamente defronta pacientes terminais, como os que possuem um maior distanciamento. Se bem que, foi explicitado um ambiente de aplicação da escala mais tenso com os médicos que formavam o grupo I, comparado com os demais grupos. Estes quando solicitados, de um modo geral, não transmitiam nenhuma solicitude em participar, muitas vezes mencionando verbalmente o absurdo e falta de imaginação do tema, e, simbolicamente a retenção definitiva da escala. Faz com que retomemos a citação de Ziegler :

"Minha consciência não viverá jamais a experiência de sua morte, mas viverá a vida inteira com uma figura empírica de morte."

(64, p. 229)

Outro aspecto a ressaltar diz respeito ao academicismo. Não podemos esquecer que antes de uma especialização frequentaram os mesmos bancos universitários, pré-determinante da repressão emocional do morrer e de seu convívio. A falta de informação sobre a morte, a negação de sua realidade traz a rejeição do outro, que ainda representa vida, e que em minutos pode mudar de identidade.

Desta forma o lidar com a morte faz com que sobressaia o aspecto da profissionalização técnica do médico. A ausência de comunicação que resulta na medicalização do sentimento da

morte.

Illich concretiza este aspecto quando evidencia a morte sob terapêutica intensiva, "a morte técnica foi a que saiu vitoriosa. A morte mecânica conquistou e aniquilou todas as outras mortes." (22, p. 188)

Essa investigação admite outros aspectos que se apoiam não só nas evidências das médias, dentro dos limites da inferência estatística, que nos permite optar pela aceitação de hipóteses, mas ressaltar à lembrança que justificar uma situação tão complexa como é atitude frente à morte ainda restam várias questões por serem abordadas. Toda linguagem referente à morte possui uma história, presa tanto a cultura quanto aos que ela nomeia para sua salvaguarda. Constatamos que as maiores dificuldades em se lidar com o tema foram observadas, pelas médias mais altas dos médicos que lidam com maior frequência junto aos moribundos, refletindo a favorabilidade da mentira quanto a comunicação ao paciente da morte próxima, sua impotência e fragilidade em perceber que um paciente seu morreu, e todo desagrado em ser chamado para participar como protagonista deste discurso. Por um lado espelham as dificuldades das atitudes quanto aos limites da vida e o uso do espaço errado para morrer; por outro lado, também, observou-se a influência angustiante do grupo controle, que mesmo não estando no alvo da pesquisa, em muitas passagens percebia-se seu vestir de branco diante de um moribundo que representava sua perda familiar e uma completa omissão diante do fato, por lançar em mãos de terceiros a não aceitação da morte.

VII - CONCLUSÃO

O estudo pretendeu investigar as Atitudes dos Médicos diante da morte, quanto ao realce da "não condição" que existe atualmente em se lidar com pacientes à morte.

O isolamento do moribundo é devido, em parte, aos profissionais direcionados a recursos técnicos para tratar da doença, que provoca um envolvimento pessoal ao exercício de suas funções.

A postura médica, o espaço do hospital reflete o ser profissional que ao querer prolongar a vida biológica muitas vezes se afasta da vida humana.

O hospital com a equipe de saúde nega sob vários ângulos a morte e conseqüentemente o doente terminal. Os meios mecânicos são estão preparados para a cura e a linguagem visando a saúde.

O fenômeno morte natural aparece em nossa sociedade, antes de tudo, como assunto proibido. Quanto mais discreta e desapercibida se conduzir, melhor suportada será. Fato este encaminha o paciente para centros de atendimento onde evita-se falar de quem já morreu, penetrando o grande silêncio e vazio. O caminho para o box marginal num recanto da enfermaria, ou, mais afastado ainda, nos centros de tratamento intensivo, é o que nos resta como último recurso de vida. Neste local privativo não se faz necessário refletir sobre a comunicação, o direito ou não a verdade, o sentimento de impotência face a tal paciente de que não há mais o que fazer terapêuticamente.

A mentira fica a critério do julgamento médico de que o conhecimento da doença e suas causas não faz bem e só prejudi

ca o desenrolar do atendimento. Todavia o protagonista não é um diagnóstico medicinal, mas o humano que habita aquele corpo, não significando seu morrer apenas um desenlace clínico; o homem sabe e interroga sobre a morte. Até o último momento é um ser que faz parte do mundo vivente, pertence e tem direito na sociedade dos vivos, por isso o melhor qualificado para dispor de seu destino.

Dessa forma paira o grito temido da agonia, sufoca a vida emocional das famílias, a impotência dos médicos e o desamparo do moribundo.

Constatamos que a extensão das conclusões deste trabalho não só se limitam apontar o comportamento profissional diante da morte em partilhar emoções. O referencial teórico e instrumental usado, oferece ainda muitas possibilidades quanto a futuros levantamentos de dados.

Nada sabemos da morte, entretanto temos condição de integrar o tema com o técnico — aquele que tem de defender-se para continuar sendo técnico e não sucumbir ao padecer do outro. Contribuir para o chamado dever da medicina em prolongar a vida por qualquer preço, criando no hospital um espaço para refletir, minimizando a distância com o contato homem - homem.

O trabalho em equipe interdisciplinar pode dar conta desta realidade e potencialidade das tarefas psicoterapêuticas e psicossociais, compreendendo o papel do médico na relação com o paciente, não somente assinada por uma existência biológica. Fluidificando a interconsulta médico-psicológica centralizada no paciente, que sofre ação negativa da instituição inteira, ofere

// sendo lugar para viver o conhecimento "até" mesmo do morrer bem.

"Assim como se prepara profilaticamente o parto, praticar-se-á a profilaxia da boa morte que constituirá o objeto de uma pedagogia e de um ensinamento já conhecido dos místicos, que nos ensinam suas premícias através de seus métodos ascéticos, no entanto, jamais se entregando à privação ou ao masoquismo."

(14, p. 190)

VIII- ANEXOS

ANEXO A
PRÉ-INQUÉRITO

"Esta é uma pesquisa realizada com médicos sobre a idéia de morte. Gostaria de saber se posso contar com seu depoimento?"

A seguir o sujeito respondia a parte de identificação, que constou dos itens:

Sexo; Idade; Naturalidade; Especialidade; Local de Trabalho; Tempo de Formado.

A partir daí, então, vinham as perguntas e suas respectivas respostas:

Questões:

- 1) Dentro de sua prática médica voce costuma lidar, ou já lidou com situações de morte?
- 2) Voce acha que a formação acadêmica dá condições ao médico para conviver com a morte?
- 3) O que significa a idéia de morte para a prática médica?
- 4) Acha que numa instituição há condições de se lidar com a idéia de morte e poder vivenciá-la junto com o paciente?
- 5) Como se sente comunicando que um paciente vai morrer frente ao mesmo, e frente à família?
- 6) Como dizer a um paciente que ele vai morrer?
- 7) Como dizer à família do paciente que ele morreu?
- 8) O que sentiu ao tratar de um paciente em estado grave? Ou sabendo que ele não poderá escapar?
- 9) O que representa a morte para voce?
- 10) O que achou da minha pesquisa?

Encerradas as questões, agradecia-se ao sujeito a colaboração, prosseguindo alguma conversação em relação ao tema, quando sugerida pelo entrevistado.

Não foi controlado o tempo nem o número de respostas, já que a finalidade era de estabelecer itens para o de uma escala.

ANEXO B

CONSTRUÇÃO DA ESCALA

1. A morte de um paciente repercute para o médico como um insucesso profissional.

2. O médico trabalha para a vida.

3. Não há dificuldade em comunicar à família que o paciente morreu.

4. Morrer é resultado final de um processo biológico.

5. Morte é a finalização das funções vitais.

6. Morrer é um conforto para quem sabe para aonde vai.

7. Diante do doente o médico usa todos os recursos para preservar a vida.

8. Tento preparar psicologicamente o paciente para o Óbito.

9. O médico nunca comunica ao paciente a gravidade real de sua doença.

10. O médico prepara filosoficamente o paciente com alto risco de vida.

11. Sinto-me revoltado pela impotência perante a morte.

12. É preciso morrer para se poder encontrar um descanso eterno.

13. Não me sinto no dever de salvar a vida de todas as pessoas.

14. Dentro de uma instituição hospitalar realmente se pode lidar com a idéia de morte.

15. Só se deve comunicar ao paciente que ele vai morrer se houver calma e ele conhecer o seu real estado.

16. Sou a favor da mentira médica para esconder a morte próxima.

17. A morte é o fim natural da vida.

18. A morte é algo chocante.

19. Morrer é muito forte já que não se pode evitar.

20. O médico deve ser um defensor da vida.
21. É mais fácil prevenir à família do que ao paciente que ele vai morrer.
22. A morte é simplesmente a ausência de vida.
23. A morte dá lugar a uma vida muito melhor.
24. A morte é o abandono do sofrimento da terra.
25. A morte é a compensação pelo sofrimento terreno.
26. Os médicos são pessoas fortes para encarar a morte.
27. A morte significa a derrota médica.
28. A morte é um fato natural.
29. Da morte ninguém escapa.
30. O paciente prefere ser enganado mesmo quando não está para morrer.
31. A morte é uma rotina para a medicina.
32. O médico nunca tem coragem para dizer a um paciente que chegou a sua hora.
33. O Ocidental de um modo geral não aceita a morte.
34. A morte me deixa numa forte depressão.
35. O médico não pode se envolver com o drama de cada um.
36. É dever do médico se interessar com os momentos difíceis dos seus pacientes.
37. O médico é a pessoa menos indicada para conviver com o doente à morte.
38. A morte é encarada pela medicina somente como um aspecto técnico.
39. O médico não enfrenta a morte para não pensar na sua própria morte.
40. A morte só deveria ocorrer dentro de um hospital.

41. Não é bom deixar o doente imaginar sozinho sobre sua própria morte.
42. O médico se permite dar ao paciente as probabilidades de vida que ainda lhe restam.
43. Somente ao médico cabe a convivência de um doente à morte.
44. A morte é a hora mais crítica para o médico.
45. O médico só deve transmitir esperanças de vida.
46. A proximidade da morte é intuída pelas pessoas, não é necessário comunicar.
47. A morte é fato doloroso para o médico.
48. O médico não sente nada com a morte de um paciente pela distância afetiva.
49. Morte é a parada dos centros nervosos.
50. Não é preciso comunicar a morte pois as pessoas a percebem.
51. A morte é um descanso.
52. A morte é uma viagem com volta.
53. Comunico naturalmente à família que o paciente morreu.
54. Nunca avisei à família que o doente morreu.
55. A morte é um comprometimento orgânico.
56. Contar ao paciente da morte próxima é desestimular o tratamento.
57. O médico conta com o seu preparo pessoal para enfrentar a morte.
58. A medicina luta permanentemente contra a morte.
59. A morte denuncia a impotência médica para salvar vidas.
60. Mentir sobre a gravidade do estado de um doente não é honesto e nem faz bem.
61. O médico quer preservar o doente da idéia da própria morte.

62. Deve ser dado a todos o direito de decidir sobre a vida e a morte.

63. O serviço social do hospital é o responsável pela comunicação à família da morte do doente.

64. A morte é a volta às origens: "Do nada viemos e para o nada voltaremos".

65. O médico é um obstinado na tarefa de dar a vida à alguém considerado clinicamente morto.

66. O médico fica amedrontado em falar sobre morte.

67. Tem-se certos escrúpulos em falar de morte frente ao moribundo.

68. A criança deve ser enganada sobre seu fim próximo.

69. É comum o médico somente preparar a família do paciente que está à morte.

70. Quando se morre não há mais o que fazer, é só enterrar.

71. A morte é o contra-objetivo para o médico.

72. O paciente tem sempre a ilusão de que vai viver.

73. Não se deve contar que o doente vai morrer para diminuir seu sofrimento.

74. Nunca se engana nenhuma pessoa de sua real condição de vida.

75. A morte de um paciente é o fracasso médico.

76. A morte é o contato com nossas limitações.

78. Frente à família tem-se total obrigação de comunicar o estado do doente.

79. É duro dizer à família que o doente morreu.

80. A morte é uma passagem inadmissível.

81. Não digo que o doente pode morrer, deixo que ele entenda.

82. Deve ser dito ao paciente de forma mais franca possível que ele está no fim.

83. É obrigação médica comunicar que o doente morreu.

84. A concepção religiosa ajuda a enfrentar a morte.

85. A morte é o fim de uma etapa bem ou mal vencida.

86. É preciso falar sem rodeios que o doente morreu.

87. A morte é o ponto de falência da medicina que tenta preservar a vida.

88. Eu me visto de médico para melhor enfrentar a morte.

89. O médico sente-se arrasado quando um paciente seu morre.

90. A morte é a passagem de um plano material para um plano espiritual.

91. A morte não é um final, e sim a continuação num mundo espiritual.

92. A morte só devia ser tratada por filósofos.

93. Para o doente nunca se deve levantar a hipótese de morte.

94. O médico nunca sabe que o paciente vai morrer, só Deus.

95. A morte é a cessação total de vida.

96. A morte é uma visita imprevisível.

97. A morte é uma saudade que fica.

98. O médico aprende a controlar suas emoções diante da morte.

99. A formação médica é totalmente deficiente no que se refere à morte.

100. A morte é assunto corriqueiro que está implícito no dia-a-dia de cada um.

101. O médico sente-se constrangido frente à família de um paciente morto.

102. Como só percebemos o corpo, ao morrermos nada mais resta.

103. Depois da morte existe uma consciência cósmica.

104. A morte se restringe a desintegração do corpo.

105. Temos que aproveitar ao máximo a vida já que não existe na da depois.

106. A morte é uma metamorfose onde o corpo físico transforma em energético.

107. A morte é uma transição para outra forma de vida.

108. O médico recebe na universidade condição necessária para lidar com a morte.

109. O curso de medicina preocupa-se em dar bom preparo para se lidar com a morte.

110. A formação acadêmica médica abrange o morrer só a nível técnico.

111. Fico inseguro só em pensar em deparar com um doente ã morte.

112. A morte é o fracasso profissional para o médico.

113. Morrer é o fato mais natural que pode acontecer.

114. A morte é o fato que o médico tem que conviver.

115. Um médico não tem obrigação de se envolver com o moribundo.

116. O médico sente-se mal frente a um doente que está ã morte.

117. Omite-se ao paciente que ele vai morrer.

118. É essencial comunicar ao doente que ele está ã morte.

119. Os moribundos merecem nossa honestidade frente a gravidade de sua situação.

120. Ao moribundo deve ser dado uma vivência próxima de sua própria morte.

121. Um médico sente-se impotente quando um doente está ã morte.

122. Aceito a morte do outro como parte integrante da vida.

123. Frequentemente sou invadido por sentimentos de recusa diante da morte.

124. Reconheço que a morte é o último estágio da vida.

125. O médico nem liga para a morte do paciente.

126. O médico já está tão acostumado com defuntos que nem liga mais.

INSTRUÇÕES

Cada uma destas afirmações expressa um sentimento e uma opinião em relação à atitude dos médicos frente à morte e à idéia que as pessoas têm da morte. Não existem respostas certas ou erradas, embora muitas neguem o conteúdo das outras.

Você deve se posicionar em uma escala de cinco pontos, no que se refere à extensão de sua concordância ou discordância em cada afirmação.

Os cinco pontos são:

CONCORDO PLENAMENTE (CP);

CONCORDO (C);

INDECISO (I);

DISCORDO (D);

DISCORDO PLENAMENTE (DP).

Você deve responder com um X na coluna correspondente à que melhor exprime sua posição. Evite marcar muitas vezes o item INDECISO.

Posicione-se com a máxima sinceridade, e muito obrigado pela sua colaboração.

CURSO: _____

PERÍODO: _____

116. O médico já está tão acostumado com defuntos, que nem liga mais.

CP	C	I	D	DP

Valores do teste "t" encontrados na fase de Padronização da escala: 26 itens classificados para a escala original.

Questões (+)	Resultados do teste "t"	Questões (-)	Resultados do teste "t"
5	4,6915188	22	4,3071536
12	4,6557649	54	2,923327
16	3,7874854	55	4,8467894
25	3,1355349	61	2,6795672
28	3,4846861	65	2,411671
51	4,6807886	68	3,4501955
58	2,8238241	69	3,0892096
63	3,134755	75	3,6372844
67	4,9057764	79	2,3976476
83	3,1842673	81	2,992565
84	2,7790098	92	2,9682993
86	3,686652	108	4,236561
107	3,7431337	109	3,525418

ANEXO C
ESCALA DEFINITIVA

INSTRUÇÕES

Cada uma destas afirmações expressa um sentimento e uma opinião em relação à atitude dos médicos frente à morte e à idéia que as pessoas têm de morte. Não existem respostas certas ou erradas, embora muitos neguem o conteúdo das outras.

Você deve posicionar em uma escala de cinco pontos, no que se refere à extensão de sua concordância ou discordância em cada afirmação.

Os cinco pontos são:

CONCORDO PLENAMENTE (CP)

CONCORDO (C)

INDECISO (I)

DISCORDO (D)

DISCORDO PLENAMENTE (DP)

Você deve responder com um X na coluna correspondente à que melhor exprime sua posição. Evite marcar muitas vezes o item INDECISO.

Posicione-se com a máxima sinceridade, e muito obrigado pela sua colaboração.

PROFISSÃO _____

ESPECIALIZAÇÃO _____

IDADE _____

SEXO _____

NATURALIDADE _____

LOCAL DE TRABALHO _____

25. É essencial comunicar ao doente que ele está à morte.

26. Os moribundos merecem nossa honestidade frente à gravidade de sua situação.

CP	C	I	D	DP

IX- BIBLIOGRAFIA

- (1) ANASTASI, A. Testes psicológicos. São Paulo, Herder, 1965.
- (2) ARIES, P. História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977,
- (3) _____ . História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro, Zahar, 1973.
- (4) ARING, C. Intimations of Morality: An Appreciation of Death and Dying. Annals of Internal Medicine, New York, 1968, 69, p. 137 - 152.
- (5) AUGRAS, M. Opinião Pública: Teoria e Pesquisa. Petrópolis, Vozes, 1978,
- (6) _____ . O Ser da Compreensão: Fenomenologia da Situação de Psicodiagnóstico. Petrópolis, Vozes, 1978.
- (7) BARNES, E. As Relações Humanas no Hospital. Coimbra, Almeida, 1973.
- (8) BECKER, E. Negação da Morte. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976.
- (9) BENSÁID, N. A Consulta Médica: Importância da Relação Médico - Paciente. Rio de Janeiro, Interciência, 1977.
- (10) BETTELHEIM, B. A Psicanálise dos Contos de Fadas. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.
- (11) BIRD, B. Conversando com o Paciente. S. Paulo, Manole, 1978.
- (12) BOLTANSKI, L. As Classes Sociais e o Corpo. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- (13) BROWN, N. O. Vida contra Morte: o sentido psicanalítico da História. Petrópolis, Vozes, 1974.

- (14) CHAUCHARD, P. La Muerte. Buenos Aires, Paidós, 1960.
- (15) _____ et alii. A Sobrevivência depois da Morte. S. Paulo, Difusão Européia do Livro, 1969.
- (16) COSTA, F. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- (17) CRONBACH, L. J. Essentials of Psychological Testing. New York, Harper e Row, 1969.
- (18) DIMSDALE, J. Emotional Causes of Sudden Death. Ann. J. Psychiatry, 1977, 12, p. 1361 - 1365.
- (19) FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- (20) FULTON, R. & FULTON, J. A. Psychological aspect of terminal care: Anticipatory grief. Omega, 1971, 2, p. 91-100.
- (21) GUILFORD, J. P. Psychometric Methods. New York, McGraw, 1970.
- (22) ILLICH, I. A Expropriação da Medicina: Nêmesis da Saúde. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- (23) JASPERS, K. Filosofia II. Madrid, ed. de la Universidad de Puerto Rico, 1959.
- (24) KLEIN, M. Uma contribuição à psicogênese dos estados maníacos - depressivos. Contribuição à Psicanálise, S. Paulo, Mestre Jou, 1970, p. 539.
- (25) KOOP, E. C. The seriously ill or dying child: Supporting the patient and the family. Pediatric Clinics of North America. 1969, 16, p. 555 - 564.
- (26) KÜBLER-ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer. S. Paulo, Edart, 1977.

- (27) _____ . Morte: Estágio Final da Evolução. Rio de Janeiro, Record, 1975.
- (28) _____ . Perguntas e Respostas sobre a Morte e o Morrer. S. Paulo, Martins Fontes, 1979.
- (29) _____ . What to tell a dying child. Medical-world News , 1973, 14, p. 68 - 69.
- (30) _____ & GOLEMAN, D. Un enfant et mort. Psychologie , 1977, 94, p. 27 - 30.
- (31) LARRABE, J. L. La Iglesia y el Sacramento de la unción de los enfermos. Espanha, Salamanca, 1974.
- (32) LEPARGNEUR, H. & SANTOS, B. Moral e Medicina: Fundamentos. Rio de Janeiro, Loyola, 1976.
- (33) LEVIN, J. Estatística Aplicada a Ciências Humanas. S. Paulo, Harbra, 1978.
- (34) MACHADO, R. et alii. Danação da Norma: Medicina Social e Constituição Psiquiátrica no Brasil, Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- (35) MATHIS, J. Needs to face own attitude on death. Pediatric News, 1974, p. 36.
- (36) MAY, R. Psicologia e Dilema Humano, Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
- (37) _____ . Psicologia Existencial. Porto Alegre, Globo, 1976.
- (38) _____ . O Significado da Ansiedade. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.

- (39) _____ et alii. Existência. Madrid, Gridos, 1977.
- (40) MOODY, A. R. Vida Depois da Vida. Rio de Janeiro, Nórdica, 1979.
- (41) MOREL, G. Questions de l'homme: L'Autre. Paris, Aubier-Montaigne, 1977.
- (42) MORIN, E. O Enigma do Homem. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.
- (43) NIETZSCHE, F. W. A Gaia Ciência. S. Paulo, Hemus, 1976.
- (44) NUNNALLY, J. Psychometric Theory. New York, McGraw Hill Book, 1967.
- (45) RAIMBAULT, G. A Criança e a Morte: Problemas da Clínica e do Luto. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1979.
- (46) _____ & ROYER, P. Thématique de la mort. Archives françaises de Pédiatrie, 1969, 26, p. 1041 - 1053.
- (47) REICH, B. & ADCOCK, E. Valores, Atitudes e Mudanças de Comportamento. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- (48) RIBEIRO DA SILVA, M. G. Contribuição ao estudo do problema do Poder na Relação Médico - Paciente. Dissertação de Mestrado, PUC, Rio de Janeiro, 1975.
- (49) _____. Dominação e Submissão. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- (50) ROCHA, P. C. et alii. Morte: Um Desafio de Enfermagem. In: Anais do XXXI Congresso de Enfermagem, 1979, p. 127 - 136.
- (51) RODRIGUES, A. Psicologia Social. Rio de Janeiro, Vozes, 1972.
- (52) RODRIGUES, J. Tabu do Corpo. Rio de Janeiro, Achiamé, 1979.

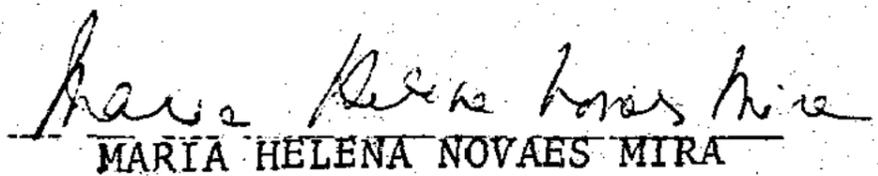
- (53) ROLLO, M. et alii. Psicologia Existencial. Porto Alegre ,
Globo, 1980.
- (54) ROSEN, G. Da Política Médica à Medicina Social. Rio de Ja-
neiro, Graal, 1980.
- (55) SCHOWALTER, J. Children and Funerals. Pediatrics in Review,
1980, 1, p. 337 - 339.
- (56) SELLITZ et alii. Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais.
S. Paulo, EPU, 1974.
- (57) SHAW, M. & WRIGHT, J. Scales for the Measurement of Atti-
tudes. New York, MacGraw-Hill Book, 1967.
- (58) SHERIF, C. & SHERIF, M. Psicologia Social. S. Paulo, Harla,
1974.
- (59) THURSTONE, L. The Measurement of Values. Chicago and Lon-
don, University of Chicago Press, 1959.
- (60) TORRES, W. O Conceito da Morte em Diferentes Níveis de De-
senvolvimento Cognitivo. Dissertação de Mestrado ,
FGV/ISOP, Rio de Janeiro, 1978.
- (61) TORRES, C. W. et alii. Não me Deixe Morrer Sozinho. Arqui-
vos Brasileiros de Psicologia. Rio de Janeiro, 1980,
32, p. 138 - 142.
- (62) VARELLA, J. Psychological solutions to Social Problems. New
York, Academic Press, 1971.
- (63) VAN-GENNEP, A. Os Ritos de Passagem. Petrópolis, Vozes, 1977.
- (64) ZIEGLER, J. Os Vivos e a Morte. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

(65) ZIMBARDO, G. & EBBESEN, E. Influências em atitudes e modificações de comportamento. São Paulo, Edgard Blucher, 1973.

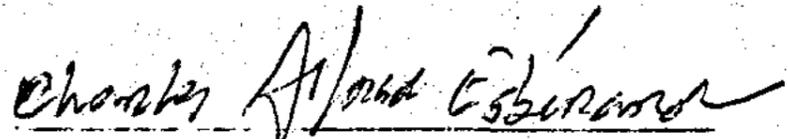
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:



MONIQUE ROSE AIMEE AUGRAS
PUC/RJ - Deptº Psicologia
orientadora

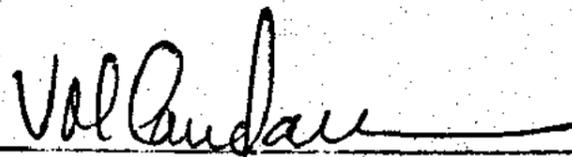


MARIA HELENA NOVAES MIRA
PUC/RJ - Deptº - Psicologia



CHARLES ALFRED ESBERARD
PUC/RJ - Deptº Psicologia

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, 17/09/81



Vera Maria Ferrão Candau
Coordenadora dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas.