

Psicoeducação sobre a morte com profissionais da saúde de um ambulatório de oncologia: estudo quase-experimental

Psychoeducation about death with health professionals from an oncology outpatient clinic: quasi-experimental study

Nicolle Esselin Lazarini Fazolino¹, Eduardo Sousa Gotti¹, Elimar Adriana de Oliveira¹, João Gabriel Ferreira Argondizzi¹, Sara de Lima Oliveira¹

[1] Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) | **Título abreviado:** Psicoeducação com profissionais da saúde | **Email:** nicollelazarini.f@gmail.com | **doi:** org/10.18761/PAC5a6a56a

Resumo: A morte ainda é considerada um tabu na sociedade ocidental contemporânea, que desenvolve práticas culturais que mantêm a experiência do morrer cada vez mais distante, impessoal e institucionalizada. Os profissionais da saúde, apesar de estarem frequentemente em contato com esse tema, muitas vezes o encaram como sinal de incompetência. O temor da morte é uma questão de especial interesse para esses profissionais, posto que lidando com essa experiência de forma adequada, podem ofertar cuidados mais acertados aos pacientes, sobretudo, àqueles em terminalidade. Para tanto, é fundamental que esses profissionais desenvolvam habilidades de manejo clínico, bem como habilidades empáticas e emocionais para lidar com pacientes diante do risco da morte, e assim, diminuir a intensidade de seus próprios medos. O presente estudo consiste em uma avaliação de uma psicoeducação sobre a morte proposta em um grupo *online* realizado com profissionais da saúde de um ambulatório de oncologia. O estudo tem um delineamento quase-experimental e compara os efeitos da intervenção psicoeducativa com profissionais que não foram submetidos à intervenção. A mudança do medo da morte foi medida por meio da Escala de Medo da Morte de Collett-Lester. Os dados sugerem que a psicoeducação foi capaz de promover redução do medo da morte.

Palavras-chave: morte; medo da morte; tanatologia; profissionais da saúde; Escala de Medo da Morte Collett-Lester.

Abstract: Death is still considered a taboo in contemporary Western society that develops cultural practices that keep the experience of dying increasingly distant, impersonal and institutionalized. Health professionals, despite being frequently in contact with this topic, often see it as a sign of incompetence. The fear of death is a matter of special interest to these professionals, since by dealing with this experience in an appropriate way, they can offer more accurate care to patients, especially those in terminal conditions. Therefore, it is essential that these professionals develop clinical management skills, as well as empathic and emotional skills to deal with patients facing the risk of death, and thus, reduce the intensity of their own fears. The present study consists of an evaluation of a psychoeducation on death proposed in an online group carried out with health professionals from an oncology outpatient clinic. The study has a quasi-experimental design and compares the effects of psychoeducational intervention with professionals who were not submitted to the intervention. The change in fear of death was measured using the Collett-Lester Fear of Death Scale. Data suggest that psychoeducation was able to promote a reduction in fear of death.

Keywords: death; fear of death; thanatology; health professionals; Collett-Lester Fear of Death Scale.

Nota dos autores: A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Os participantes consentiram em participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob parecer 4.787.179.

Introdução

O medo da morte tem sido descrito de diversas maneiras, dando ênfase a determinados aspectos desse comportamento (Peters et al., 2013). Ora dando destaque às reações emocionais, como ao caracterizá-lo como uma reação provocada por situações que colocam a vida ou sua integridade em risco de morte (Wong et al., 1994), ora ressaltando aspectos cognitivos ao definir esse medo como uma interpretação feita pelas pessoas quanto ao processo da perda da existência, ao lidarem com o desconhecido e a finitude e ao pensarem sobre dúvidas, tais como se há a possibilidade de alguma forma de vida após a morte (Quintero & Simkin, 2017). Essas variações na forma de descrever a morte não são incompatíveis entre si, mas dimensionam diferentes aspectos de um fenômeno que é complexo e multidimensional (Soares et al., 2021).

A relação das pessoas com a morte, apesar de ter aspectos universais em comum, também exhibe idiosincrasias que mudam conforme os lugares e as épocas (Ariès, 1977/2000; Irish et al., 1993; Kovács, 2021). A partir da perspectiva da Análise do Comportamento (AC), que é a ciência que investiga o comportamento na interação com o ambiente, dizer que o medo da morte é um comportamento complexo, implica em dizer que ele é um tipo de interação com o ambiente que está sob influência de múltiplas variáveis (Zilio & Neves-Filho, 2018). Dentre os fatores que influenciam o medo da morte, destacam-se algumas variáveis individuais (ontogenéticas), presentes no histórico comportamental dos sujeitos, que envolvem: 1) o repertório desenvolvido diante de situações de perdas; 2) o repertório de autocontrole desenvolvido para lidar com contingências conflitantes; 3) o repertório de manejo de regulação emocional; 4) a variabilidade comportamental (social e laboral) para acesso a fontes distintas de reforçadores; 5) o repertório de solução de problemas; 6) o repertório religioso/espiritual. Além disso, o medo da morte também envolve variáveis culturais, tais quais: 1) como a comunidade trata a morte (seus rituais de passagem, seus suportes sociais, as regras sobre como encarar o luto); 2) aspectos relacionais da vida social daquele que morre e os papéis que exercia (e.g., funções

no trabalho, funções na família e na comunidade) e o tipo de vínculo (filho (a), mãe/pai, avô/avó, tio (a), amigo (a), colega de trabalho; vizinho (a), líder religioso, chefe de equipe, etc.); 3) estigmas relacionados à morte (crimes, a maneira como um grupo cultural concebe uma doença, etc.). Também há fatores situacionais, tais como: 1) tipo de morte (e.g., doença crônica - tem um desfecho lento e mais previsível; acidentes e violência, os quais muitas vezes ocorrem de forma rápida e imprevisível; suicídio) e 2) locais onde a morte acontece (em casa; no trabalho; em um centro de terapia intensiva; locais públicos ou privados).

Apesar da literal fatalidade da morte e do temor da mesma estar presente em todas as culturas ao longo da história da humanidade (Quintero & Simkin, 2017; Soares et al., 2021), existem poucos estudos a respeito do medo da morte (Peters et al., 2013). Segundo Oliveira Júnior et al. (2018), a maior parte das pesquisas relacionadas ao tema da morte abordam o processo de morte e morrer de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, humanização no final da vida, cuidados paliativos e estudos sobre o luto. A literatura comportamentalista é escassa na temática da morte, embora remonte publicações desde o final da década de 1960, quando Wolpe (1969/1976) empregava técnicas de dessensibilização sistemática para casos de fobia da morte. Estudos mais controlados sobre o uso de técnicas comportamentais para lidar com ansiedade e medo da morte foram feitos mais de uma década depois (Peal et al., 1981; White et al., 1983). Mas de maneira geral, as produções a partir da perspectiva comportamental são amplamente focadas no luto (Hoshino, 2006; Torres, 2010; Wielenska, 2010; Nascimento et al., 2015; Torres, 2021; Barcellos & Moreira, 2022), apresentando de forma sucinta uma analogia entre as fases do luto descritas por Kübler-Ross (1969/1996) e o processo de extinção operante (Gimenes, 2016). Essa literatura também abarca sobre o risco de morte nos centros de terapia intensiva (Fleury & Bueno, 2009) e sobre a morte sob condições de controle coercitivo intenso (Seligman, 1975/1992) e também sobre variáveis antecedentes e consequentes do medo da morte (Lehto & Stein, 2009).

Recentemente uma revisão sistemática apontou que apesar da grande difusão e aceitação por

parte dos profissionais da saúde, especialmente na Psicologia, as cinco fases do luto descritas por Kübler-Ross não apresentam sustentação empírica e são inadequadas enquanto estruturas para compreender o enfrentamento dos pacientes em terminalidade (Barcellos & Moreira, 2022). O estudo de Maciejewski et al. (2007), por exemplo, apontou que a negação não é um indicador inicial e dominante do luto, contrariando as propostas de Kübler-Ross (1969/1996). Interpretações alternativas têm sido desenvolvidas buscando estruturar uma compreensão sobre a reação das pessoas diante da morte não se limitando a entrevistas e observações, mas testando-as empiricamente (Holland & Neimeyer, 2010). Assim, o processo do luto pode ser concebido não mais em estágios sequenciais de como encarar a terminalidade, mas como respostas psicológicas inter-relacionadas provenientes da perda da saúde (De la Rubia & Ávila, 2015), o que pode ser mais adequado para o ensino e na prática de profissionais da saúde (Corr, 2021). Compreender que o processo do luto envolve padrões comportamentais, distinguíveis funcionalmente e que estão sujeitos ao controle de variáveis contextuais, ajuda a entender a maneira singular como esses padrões de enfrentamento diante da morte se desenvolvem e evoluem, sem que seja necessário recorrer a modelos de estágios, tal como outras concepções de desenvolvimento a partir de uma perspectiva comportamentalista (Bijou & Baer, 1961/1980; Oliveira et al., 2009; Lehto & Stein, 2009).

Entretanto, a despeito da falta de sustentação empírica, a literatura sobre a morte e o morrer tem sido fortemente influenciada pela teoria das cinco fases do luto de Kübler-Ross e amplamente difundida (Corr, 2021). A carência de dados empíricos característicos a respeito do luto também é um problema comum a outros campos nas pesquisas sobre a morte. Estudos empíricos desenvolveram instrumentos buscando estabelecer medidas sobre a reação das pessoas diante da morte e de como prestam cuidados a pessoas em terminalidade, tais como o *Bugens's Coping with Death Scale* (Claxton-Oldfield et al., 2007), *Death Attitude Profile – Revised* e o *Frommelt Attitude Towards Care of Dying Scale* (Peters et al., 2013). Mas, foram nas duas últimas décadas que alguns instrumentos psicométricos que medem o construto medo da morte foram tra-

duzidos e adaptados à realidade brasileira (Oliveira Júnior et al., 2018), tais como o *Multidimensional Fear of Death Scale* (Escala Multidimensional para Medir o Medo da Morte) feita por Kovács (2008) e o *Multidimensional Orientation Toward Dying and Death Inventory* (Olivas et al., 2012). Apesar de existirem inúmeros instrumentos psicométricos para medir atitudes diante da morte, a maioria é unidimensional e, portanto, não permite identificar aspectos específicos do medo da morte (Venegas et al., 2011). Apenas recentemente ocorreu a tradução e a adaptação do instrumento mais utilizado nas pesquisas sobre medo da morte (em função de sua brevidade e multidimensionalidade): a *Collett-Lester Fear of Death Scale* (Escala de Medo da Morte Collett-Lester), doravante EMMCL, traduzida por Oliveira Júnior et al. (2018).

Entretanto, é importante destacar que a partir de uma perspectiva comportamentalista e buscando uma coerência teórica na interpretação dos dados dos construtos coletados a partir de instrumentos psicométricos (Oliveira et al., 2005), os instrumentos psicométricos não medem comportamentos propriamente ditos diretamente (Venegas et al., 2011), eles servem para medir construtos psicológicos (Pasquali, 1996). Os construtos psicológicos são inferidos a partir de comportamentos (Zilio & Neves-Filho, 2018). Dessa forma, entende-se que a EMMCL, por exemplo, não mede o medo da morte, mas essa escala afere o autorrelato verbal de intensidade do medo da morte.

Os relatos verbais são de grande importância aos profissionais da saúde e analistas do comportamento, especialmente quando estes não podem acessar diretamente os comportamentos das pessoas que estão acompanhando, seja no contexto de intervenções profissionais ou de pesquisa (De Rose, 1999; Silvaes & Gongora, 2006). O relato do medo da própria morte pode ser entendido a partir da função equivalente que esse relato adquiriu na vida das pessoas que foram expostas às contingências nas quais presenciaram perdas de algo ou alguém que lhe eram fontes de reforço. Afinal, as pessoas não podem temer a própria morte diretamente porquanto nunca vivenciaram esse evento, e uma vez passando por ele, já não são mais um organismo que se comporta e sente. Essa perspectiva sobre a morte pode ser lida a partir da filosofia de Epicuro (1985, p. 14):

Quanto à morte, não há também por que temê-la. Ela não seria mais que a dissolução do aglomerado de átomos que constitui o corpo e a alma. A morte, portanto, não existe enquanto o homem vive e este não existe quando ela sobrevém.

Dada a disposição filogenética, o organismo tende a se comportar de maneira a evitar o contato com controles coercitivos (punições ou perda de reforçadores), e assim o fazendo resulta em vantagens para o indivíduo e para o grupo do qual faz parte. Dessa forma, temer o contato com esse tipo de contingências é algo que é aprendido na história ontogenética e ensinado pela cultura. Devido à universalidade da presença de relações coercitivas no ambiente, que são inerentes a todo processo de interação com o ambiente (Perone, 2003), há uma tendência de que os comportamentos de medo evocados e eliciados por controles verbais relacionados a perdas e danos também se generalizem a partir de funções equivalentes adquiridas pelo controle verbal “morte”.

Partindo de uma interpretação baseada nas pesquisas de equivalência de estímulo (Sidman, 1986; Hayes, 1991), e em particular, na transferência de função de classes de equivalência de estímulo, ela contribui na compreensão de como o medo da morte pode ser instaurado sem que seja necessário passar pela experiência da morte diretamente. A equivalência de estímulos é um processo comportamental fundamental subjacente ao comportamento verbal e a outros comportamentos simbólicos. O estímulo verbal “morte” adquire a sua função psicológica em virtude da sua participação em uma relação de equivalência com os eventos que eles significam (perdas e danos).

Em situações em que algo é danificado, alguém é lesionado ou sua saúde sofre avarias, as palavras “dano”, “lesão” ou seus sinônimos, geralmente são empregadas, adquirindo uma função condicionada capaz de eliciar respostas fisiológicas aversivas (medo, ansiedade) e ao mesmo tempo adquirem uma função de estímulo delta (sinalizando a indisponibilidade do reforço) ou de pré-aversivo, (sinalizando o contato com estimulação aversiva), o que estabelece ocasião para operantes que serão mantidos por reforço negativo (esquiva). Quando “per-

das”, “danos”, “lesões” e “morte” estabelecem uma classe de equivalência, muitas das funções associadas a essas palavras negativas aplicam-se à “morte”.

Além disso, classes de equivalência podem ficar sob controle contextual (Lynch & Green, 1991). Desta forma, situações de risco que são variáveis evocadoras de esquivas, podem servir de estímulos contextuais que controlam a composição das classes de equivalência, e então evocar relatos verbais de medo da morte. Isto posto, é possível compreender que o medo da morte é um comportamento complexo ensinado socialmente, ainda que de forma indireta, e que, portanto, pode apresentar as variações próprias de cada comunidade verbal ou grupo cultural no qual foi desenvolvido. Ressalta-se também que é possível fazer uma interpretação analítica comportamental do medo da morte similar à ansiedade (Santos & Sampaio, 2016), embora sejam distintas enquanto classes funcionais.

Estudar os comportamentos (respondentes e operantes) de medo diante da morte de terceiros ou da própria morte, é algo de difícil viabilidade metodológica e ética. Afinal, a morte é quase sempre um evento imprevisível, e os lugares em que ela ocorre com maior regularidade, previsibilidade e com alguma chance de ser evitada ou adiada, são nos ambientes restritos de centros de terapias intensivas (Medeiros, 2014). As medidas indiretas desses comportamentos nas circunstâncias mencionadas são aquelas as quais o pesquisador tem melhor acesso, e nesse sentido é que o uso de instrumentos psicológicos como as escalas é justificado.

As críticas às limitações dos estudos que fazem uso apenas de relato verbal são pertinentes ao apontarem sobre não restringir as investigações ao autorrelato do medo da morte para prever comportamentos relacionados à morte, mas buscarem por medidas mais diretas sobre como se comportam quando a morte ocorre (Claxton-Oldfield et al., 2007). Em termos práticos, em uma investigação científica do comportamento, o que as pessoas fazem é mais importante do que as pessoas dizem fazer, a menos, é claro, que o comportamento verbal seja o objeto de interesse (Baer et al., 1968). Assim, a descrição verbal que alguém faz a respeito de seu próprio comportamento não-verbal não poderia ser aceita como medida de seu comportamento

não-verbal, a não ser que seja independentemente comprovada (Baer et al., 1968). Contudo, conforme apontado anteriormente, as condições sob as quais as mortes ocorrem impõem obstáculos éticos e metodológicos para estudar como as pessoas se comportam nesse contexto.

Além disso, ressalta-se que o relato verbal não apenas informa sobre condições passadas ou possíveis disposições a se comportar de uma da maneira em situação futura, mas é ele próprio um comportamento operante que pode ser manipulado por meio do controle de variáveis antecedentes e/ou conseqüentes (De Rose, 1999). Entendendo que o medo da morte é aprendido indiretamente, sobretudo em função do papel que o controle verbal tem sobre as emoções (Britto & Elias, 2009), modificar o comportamento verbal das pessoas sobre a morte pode contribuir na mudança de respostas emocionais, estas que interferem sobre as condições nas quais o comportamento não-verbal diante da morte ocorre.

Essas mudanças na intensidade da resposta emocional em relação à morte podem ser analisadas a partir de princípios básicos do comportamento, tais como: 1) extinção respondente, ocorrida quando o estímulo verbal “morte” deixa de ser apresentado contiguamente com os estímulos aversivos incondicionados – o que é pouco comum, haja vista predominantemente que a morte é antecedida por eventos aversivos; 2) habituação, processo esse caracterizado pela redução da magnitude dos respondentes em função da exposição contínua a um estímulo de mesma intensidade. Exemplo disso é o profissional da saúde que ao ter constante contato com eventos relacionados à morte, pode ter reduzido os respondentes de medo e ansiedade em relação a ela (Peters et al., 2013; Mondragón-Sanchez et al., 2015; Sáez-Alvarez et al., 2021); 3) transferência da função de estímulo, esta que pode ocorrer de duas maneiras, a primeira, por contracondicionamento, e a segunda, por estabelecimento de novas classes de equivalência de estímulo. Assim, a classe de estímulo morte, antes emparelhada ou em relações de equivalência a estímulos aversivos, passa a ser emparelhada ou a estabelecer novas relações de equivalência com estímulos que produzem respostas emocionais contrárias as de ansiedade e de medo. Isso pode ocorrer por meio de valores da

pessoa e do grupo ao qual ela pertence (Soares et al., 2021), que pode fazer com que ela “ressignifique” a morte, isto é, o controle verbal morte adquire outras funções. Exemplo disso é quando por influência de valores religiosos/espirituais permite-se um enfrentamento positivo, algumas pessoas passam a lidar com a morte não como “fracasso”, “perda” ou “dor”, mas como “transformação” e “renovação” (Kaldjian et al., 1998), ou entendendo a morte como passagem para uma outra vida ou como parte natural do processo de viver (Iranmanesh et al., 2008); 4) treino operante de habilidades para lidar com a morte, isto é, desenvolvimento de repertório empático e técnico no manejo de pacientes em terminalidade (Peters et al., 2013). É possível desenvolver essas habilidades de duas maneiras: a primeira, feita por meio de instruções por regras, quando por exemplo, são promovidos cursos, seminários e oficinas sobre a temática da morte, intervenções psicoeducativas sobre a morte e o morrer (Kovács, 2021) ou orientações sobre o Protocolo SPIKES para comunicação de más notícias (Lino et al., 2011). A segunda, por meio da modelagem das habilidades empáticas e técnicas no contexto do trabalho.

Nesse sentido, intervenções que abordem os profissionais da saúde a respeito da morte podem contribuir na supressão dos efeitos emocionais aversivos relacionados à morte (medo da morte) e assim, facilitar capacitações voltadas à promoção de cuidados mais acertados à população em condição de terminalidade, permitindo que abordem diretamente esse assunto com os pacientes, diminuindo os riscos de esquivarem desse tema (Black et al., 1989; Peters et al., 2013; Kovács, 2021). No estudo de Inci e Öz (2009) foram realizadas avaliações antes e depois de sessões de ensino de 90 minutos para enfermeiros durante sete semanas. Ao final da intervenção, a ansiedade da morte diminuiu significativamente de acordo com a Escala de Ansiedade de Morte de Templer (DAS). Em outro estudo foram realizadas sete sessões de educação sobre a morte e o morrer, e os resultados indicaram que melhores atitudes em relação ao cuidado dos pacientes em terminalidade foram positivamente associadas à participação em seminários e negativamente associadas ao medo da morte (Matsui & Braun, 2010, como citados em Peters et al., 2013).

Entretanto, a despeito da relevância do preparo profissional para lidar com pacientes em terminalidade, os estudos sobre treinamento de profissionais da saúde para esse tipo de abordagem ainda são escassos e com pouca variedade metodológica (Sáez-Alvarez et al., 2021). A própria maneira como abordar a temática da morte com os profissionais da saúde com objetivos de capacitação apresentam nomes diferentes na literatura, dificultando compilar essas práticas e comparar os seus resultados. Alguns autores chamam de seminários (Kübler-Ross, 1969/1996), educação para a morte (Peters et al., 2013; Kovács, 2021), treinamento (Hutchison & Sherman, 1992; Claxton-Oldfield et al., 2007), jogos experimentais (dinâmicas) (Alonso et al., 2018), outros ainda chamam de psicoeducação sobre a morte (Basso & Wainer, 2011). Dentre esses estudos, são poucos aqueles que analisam os efeitos de alguma intervenção de capacitação de profissionais da saúde na temática da morte (Durlak, 1978; Lockard, 1989; Tomás-Sábado & Ardilla-Herrero, 2001; Ardilla-Herrero & Tomás-Sábado, 2006; Finn Paradis & Usui, 1987; Wilkinson & Wilkinson, 1987; Wilson, 2000; Peters, 2013), bem como também são escassos aqueles que avaliam as intervenções sobre as medidas do medo e/ou ansiedade da morte (Hutchison & Sherman, 1992; Claxton-Oldfield et al., 2007; Inci & Öz, 2009; Alonso et al., 2018). A própria revisão feita por Peters et al. (2013) incluiu apenas três estudos que avaliaram os resultados pré e pós intervenção/teste.

Tendo em vista a relevância da capacitação dos profissionais da saúde em abordar sobre a morte na redução das respostas de ansiedade e/ou medo da morte e a escassez de estudos que avaliam os seus efeitos, a presente pesquisa propõe um estudo quase-experimental com profissionais de um ambulatório de oncologia de um hospital de clínicas universitário, com o objetivo de avaliar os efeitos de uma intervenção psicoeducativa na temática da morte sobre as respostas de medo. Os dados foram interpretados a partir de uma perspectiva comportamentalista, haja vista o seu potencial em descrever as contingências para programar o ensino de habilidades técnicas e empáticas para lidar com a morte (Nascimento et al., 2015).

Metodologia

Delineamento da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa-quantitativa, quase-experimental, com medidas de autorrelato de medo da morte pré e pós intervenção (coletas de dados com intervalo de quatro semanas), com comparações intrassujeitos e intersujeitos (como grupo controle) (Kantowitz et al., 2009). A intervenção foi uma psicoeducação (Lemes & Neto, 2017) na temática da morte, feita em formato *online*, grupal, com profissionais da saúde do setor ambulatorial de oncologia de um hospital de clínicas universitário, referido neste trabalho como Unidade de Oncologia (UO). Os dados quantitativos foram apreciados em análise estatística descritiva básica. Os dados qualitativos foram discutidos a partir do aporte teórico da AC. O objetivo do estudo, conforme destacado, consiste em avaliar os efeitos de uma psicoeducação na temática da morte (variável independente) sobre as respostas de autorrelato do medo da morte (variável dependente), medidos por meio de uma escala específica.

Participantes

Participaram do estudo quatro profissionais de saúde, que atuam na UO de um hospital de clínicas universitário de uma cidade do interior de Minas Gerais. A amostra é composta apenas por mulheres, com uma média de 35 anos, 50% delas são solteiras, 25% casada e 25% divorciada, 50% médicas, 25% enfermeira e 25% técnica de enfermagem. Além disso, 75% tem formação em instituição pública, com um tempo médio de 10 anos de formação e com média de 12,5 anos de experiência no contexto hospitalar (considerando estágios e demais atividades durante a formação) e 75% apresenta ao menos uma especialização ou pós-graduação. As participantes são: Participante 1 (P1), sexo feminino, 39 anos, solteira, médica, formada em instituição pública há quinze anos, médica oncologista e com mestrado e doutorado em clínica médica e pós-graduação *latu sensu* em cuidados paliativos, com vinte anos de experiência no contexto hospitalar, sendo sete anos na referida UO. Participante 2 (P2), sexo feminino, 32 anos, casada, enfermeira, formada em instituição privada há onze anos, com

especialização em enfermagem em oncologia, com doze anos de experiência no contexto hospitalar, sendo um ano e quatro meses na UO. Participante 3 (P3), sexo feminino, 27 anos, solteira, médica, formada em instituição pública há cinco anos, com residência médica em clínica médica concluída e residência médica em hematologia em andamento, com nove anos de experiência no contexto hospitalar, sendo dois anos na UO. Participante 4 (P4), sexo feminino, 44 anos, divorciada, técnica de enfermagem, com formação em instituição pública há nove anos, não possui pós-graduação ou especialização, tem nove anos de experiência no contexto hospitalar, sendo sete deles na UO.

Quando questionadas a respeito de sua experiência com o tema morte, todas as participantes afirmaram ter tido contato com óbitos de pacientes, todas acompanharam ao menos um óbito recente no contexto do trabalho, e em relação à vida pessoal, apenas P3 afirmou não ter vivenciado a morte de alguém significativo. Em relação à crença religiosa/espiritual, apenas P3 afirma não ter uma crença, as demais acreditam no espiritismo (P1), no catolicismo (P2) e uma em ambas as religiões (P4).

Para a seleção dos participantes, foram adotados como critérios de inclusão: 1) profissionais da saúde maiores de 18 anos; 2) das seguintes categorias profissionais: médicos (as), enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem; 3) atuar na UO há no mínimo seis meses; 4) atender pacientes adultos em tratamento oncológico na UO; 5) aceitar participar da pesquisa de forma voluntária através do consentimento no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão do estudo foram: 1) pessoas de outras categorias profissionais que trabalham na UO; 2) profissionais que atendem somente crianças e/ou adolescentes; 3) profissionais que foram participantes de pesquisas com temática acerca da morte nos últimos dois anos.

Foi feito um convite pessoalmente ou através de um aplicativo de mensagens (*Whatsapp*) aos profissionais da UO para participarem da pesquisa e aqueles que sinalizaram interesse informaram sua disponibilidade de horários. De maneira aleatória, garantida por sorteio simples, os participantes foram alocados em dois grupos, e foram orientados a não comentarem com outros a respeito da pesquisa, buscando assim minimizar interferências

entre os membros dos diferentes grupos. O contato com os profissionais participantes foi feito posteriormente através do aplicativo *Whatsapp*, no qual foram enviados os links dos formulários (TCLE, questionário sociodemográfico, autorização para gravação e EMMCL) a cada participante e o link das reuniões *online* para os participantes do grupo com intervenção.

Faziam parte da equipe da unidade no momento do convite aos profissionais 14 médicos, quatro enfermeiros e seis técnicos de enfermagem. Mediante os critérios de inclusão e exclusão adotados, e a disponibilidade dos profissionais de participar do estudo, a amostra foi composta por duas médicas, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem.

Local e Período de Realização da Pesquisa

Antes da coleta de dados, foi realizado um grupo piloto com acadêmicos do curso de Psicologia da universidade vinculada ao hospital de clínicas, no contexto do qual a pesquisa foi desenvolvida. O grupo foi composto por dez graduandos, além da pesquisadora e de dois colaboradores da pesquisa. A proposta foi realizar uma psicoeducação grupal *online* sobre a morte, voltada para os estudantes de Psicologia, abordando os mesmos conteúdos que seriam propostos na intervenção com os profissionais do grupo experimental da pesquisa, assim, o grupo se configurou como um piloto para a execução do presente estudo. O objetivo do grupo piloto foi testar as condições de aplicação da EMMCL e da exposição da psicoeducação na plataforma de reuniões *online* (*Google Meet*). Também objetivou eliminar as potenciais variáveis de confusão durante a execução da pesquisa, além de garantir uma padronização dos procedimentos.

A pesquisa com as profissionais foi realizada em uma cidade do interior de Minas Gerais, sendo que a coleta de dados foi realizada no período de 27/10/21 a 17/11/21, de forma *online*, através da plataforma *Google Meet*. O trabalho foi desenvolvido com profissionais que atendem pacientes adultos em tratamento oncológico no contexto da UO de um hospital de clínicas universitário de uma cidade do interior de Minas Gerais. O hospital em questão atende a população de 27 municípios, como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade, integralmente pelo Sistema

Único de Saúde (SUS). O hospital, certificado como Hospital de Ensino, conta em sua estrutura com 302 leitos ativos.

A UO faz parte da Unidade de Oncologia, Radioterapia, Hematologia e Hemoterapia do referido hospital, juntamente com o Serviço de Radioterapia e a enfermaria de Onco-hematologia. A UO é estruturada para cuidados ambulatoriais de pacientes com doenças oncológicas, realizando atendimentos de pacientes de todas as faixas etárias, nas áreas de oncologia geral, onco-hematologia e onco-ginecologia. Realizam atendimentos ambulatoriais na instituição enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e psicóloga. Essa unidade se destina à administração de terapia anticâncer e cuidados de suporte relacionados, bem como procedimentos médicos e de enfermagem que não demandam internação, como administração de medicamentos, coleta de amostras biológicas e execução de exames médicos específicos. Quando os pacientes que realizam tratamento na UO necessitam de internação, são atendidos nas enfermarias do hospital.

Procedimentos e Instrumentos

As participantes foram alocadas em dois grupos, de forma aleatória, através de sorteio. As participantes do grupo 1 (P1 e P2) responderam a EMMCL em dois momentos, pré e pós intervenção de psicoeducação sobre a morte, feita *online*. As participantes do grupo 2 (P3 e P4) não foram submetidas a nenhuma intervenção e responderam a EMMCL em dois momentos: na primeira semana e na quarta semana. Além da EMMCL, respondida em dois momentos, as participantes também responderam a um questionário sociodemográfico, de forma *online*. Neste questionário estava incluído o TCLE, questões sobre informações pessoais e profissionais das participantes, e perguntas relacionadas à temática da morte.

A respeito da EMMCL, destaca-se que ela foi inicialmente elaborada no final dos anos 1960 nos Estados Unidos (Collett & Lester, 1969), é um instrumento multidimensional (Venegas et al., 2011) e com a vantagem de ter validação em diversos contextos culturais (Abdel-Khalek, 2002; Tomás-Sábado et al., 2007; Quintero & Simkin,

2017; Bužgová & Janíková, 2017; Oliveira Júnior et al., 2018; Quintero & Simkin, 2020; Mondragón-Sanchez et al., 2020; Cuniah et al., 2021). A maneira como a EMMCL foi desenvolvida concebe que o medo da morte pode apresentar várias causas possíveis, ou seja, é uma variável dependente sob influência de múltiplas variáveis independentes. Dessa forma, compreende-se o fato das pessoas apresentarem diferentes reações a respeito da morte enquanto um estado e/ou um processo (Collet & Lester, 1969; Venegas et al., 2011; Andrade, 2020).

Essa escala apresenta 28 itens que estão distribuídos em 4 domínios (com 7 itens cada). Esses domínios abarcam diferentes dimensões do medo da morte: 1) *Medo da própria morte*; 2) *Medo do processo da própria morte*; 3) *Medo da morte dos outros* e 4) *Medo do processo da morte dos outros*. Trata-se de uma escala autoaplicada na qual as respostas são do tipo likert, variando as pontuações de 1 (nada) a 5 (muito). Os escores são obtidos para a escala total e para cada domínio através da média das respostas. Os escores médios mais altos indicam maior medo da morte ou do processo de morrer (Venegas et al., 2011; Oliveira Júnior et al., 2018; Andrade, 2020).

No Brasil, a adaptação transcultural da EMMCL à cultura brasileira e à língua portuguesa cumpriu diversas etapas metodológicas: 1) tradução; 2) análise das equivalências semântica, idiomática, conceitual, cultural; 3) aplicação em grupo focal; 4) retrotradução (Oliveira Júnior et al., 2018). A escala também passou por procedimentos de validação e confiabilidade, sendo mantida com 24 itens na versão brasileira. Dessa forma, a versão brasileira agrupa os itens de cada domínio de forma diferente da versão original, variando os números de itens em cada domínio (Andrade, 2020).

Para o cálculo dos escores da EMMCL, considerou-se a escala likert que varia entre 1 (nada) e 5 (muito), em relação ao medo da morte. O cálculo foi realizado considerando a média aritmética para cada subescala (domínio), ou seja, foram somados os valores correspondentes às respostas de cada participante, e depois divididos pela quantidade de itens da subescala (Mondragón-Sanchez et al., 2015). Para a pontuação final, somou-se todas as respostas de cada participante e o valor foi dividido por 24, que é o total de itens da EMMCL

na versão utilizada na pesquisa (Andrade, 2020). O nível de medo da morte foi classificado de acordo com as pontuações, sendo: medo baixo da morte (0-1), medo moderadamente baixo da morte (1-2), medo moderado da morte (2-3), medo moderadamente alto da morte (3-4) e medo alto da morte (4-5); as pontuações médias mais altas indicam um maior medo da morte ou do processo de morrer (Mondragón-Sanchez et al., 2015).

Para a intervenção psicoeducativa sobre a morte foi construído pelos próprios pesquisadores um material que foi compartilhado com as participantes do grupo 1 durante o encontro *online*. O material consistia em um roteiro com temas relacionados à morte e que nortearam a discussão com as participantes 1 e 2. Em cada encontro foram abordados temas relacionados a uma dimensão específica acerca da morte. No final de cada encontro havia um momento reservado para reflexões feitas por parte das participantes. Os encontros de psicoeducação tinham duração máxima de uma hora. Cada encontro ocorreu semanalmente, totalizando quatro encontros.

No 1º encontro foi feita uma apresentação dos pesquisadores e foi abordado sobre a história da morte na humanidade (Ariès, 2003) e diferentes perspectivas do luto (Kübler-Ross, 1969/1996; Irish et al., 1993; Kovács, 2005, 2021; Silva & Ferreira-Alves, 2012; Torres, 2010; Worden, 2013; Nascimento et al., 2015; Franco, 2021). No 2º encontro foi apresentada uma perspectiva biológica sobre o processo da morte e em contraponto foi apresentado sobre a filosofia e a ética dos Cuidados Paliativos (Medeiros, 2014; Kovács, 2021). No 3º encontro foi abordado sobre a morte a partir de diferentes perspectivas religiosas (Paula, 2019), culturais e sociais (Kovács, 1992; Vailati, 2006; Santos, 2018). No 4º encontro foram abordados aspectos práticos, com orientações sobre como lidar com a morte de pacientes tanto no âmbito pessoal quanto profissional (Worden, 2013; Nascimento, 2015; Magalhães & Melo, 2015; Arantes, 2019). Também foram feitas instruções de habilidades na comunicação de más notícias baseadas no protocolo SPIKES (Lino et al., 2011).

Os encontros, realizados com as participantes do grupo 1, foram feitos através do *Google Meet*, foram gravados, após autorização das participantes, através

de um termo, preenchido de modo *online*. Os dados das participantes, referentes aos questionários e escalas, bem como as gravações dos encontros, foram armazenados em arquivos digitais, sob responsabilidade da pesquisadora responsável e com acesso disponível apenas aos pesquisadores. Visando garantir o anonimato das participantes na pesquisa, serão utilizados códigos para sua identificação: P1, P2, P3 e P4. A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital de clínicas ao qual a UO está vinculada. O CAAE da pesquisa é 44497521.5.0000.8667. A coleta de dados foi iniciada após o consentimento das participantes através do TCLE.

Resultados e Discussão

Comparando-se os resultados das escalas aplicadas em dois momentos, nota-se que a P1 apresentou Redução em 12 itens da escala, Aumento em 5 itens e Estabilização em 7 itens. A P2 também apresentou Redução em 12 itens da escala, porém teve Aumento em 2 itens e Estabilização em 10 itens. Já a P3 apresentou Redução em 4 itens, Aumento em 6 itens e Estabilização em 14 itens. Por fim, a P4 apresentou Redução em 6 itens, Aumento em 1 item e Estabilização em 17 itens. Esses dados podem ser visualizados na Figura 1.

Os dados indicam maiores reduções do medo da morte (12 itens) nas escalas das profissionais que passaram pela intervenção (P1 e P2). O maior aumento (6 itens) foi registrado na P3 e os maiores índices de estabilização (14 e 17) foram referentes, respectivamente, às Participantes 3 e 4, as quais não passaram por intervenção. Nos dados das participantes que não passaram pela intervenção, o número das medidas estabilizadas foi superior às medidas que tiveram aumento e redução. O número de itens com medidas estabilizadas foi em mais da metade de toda a escala. Em P3 o número de aumento de medidas foi superior ao número de reduções.

A partir da Figura 2, considerando-se a soma-tória das reduções e aumentos do escore a partir da EMMCL, tem-se a P1 com Redução = 23, Aumento = 9 e Estabilização = 7. A P2 obteve Redução = 12, Aumento = 2 e Estabilização = 10; A P3 obteve

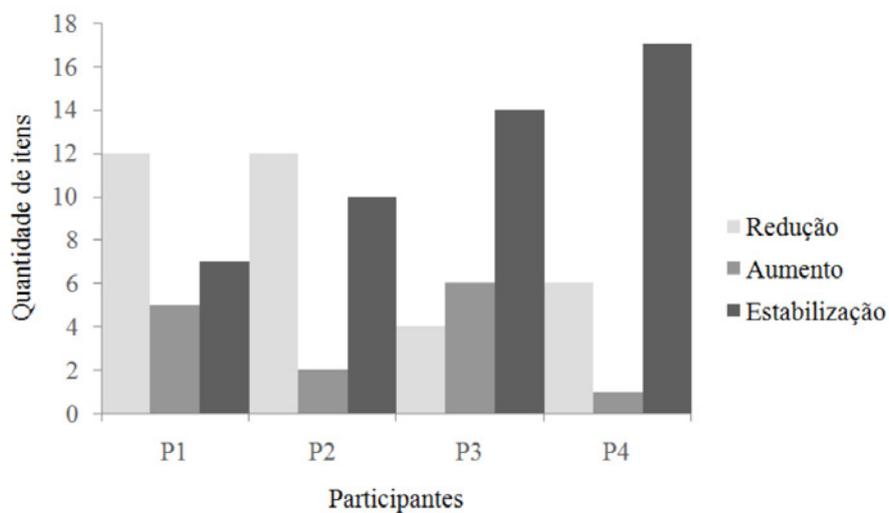


Figura 1. Medidas da quantidade de itens que reduziram, aumentaram e se mantiveram estáveis a partir da Escala de Avaliação do Medo da Morte de Collett-Lester (EMMCL)

Os dados estão considerando resultados de redução (R), aumento (A) e estabilização (E) de pré e pós teste.

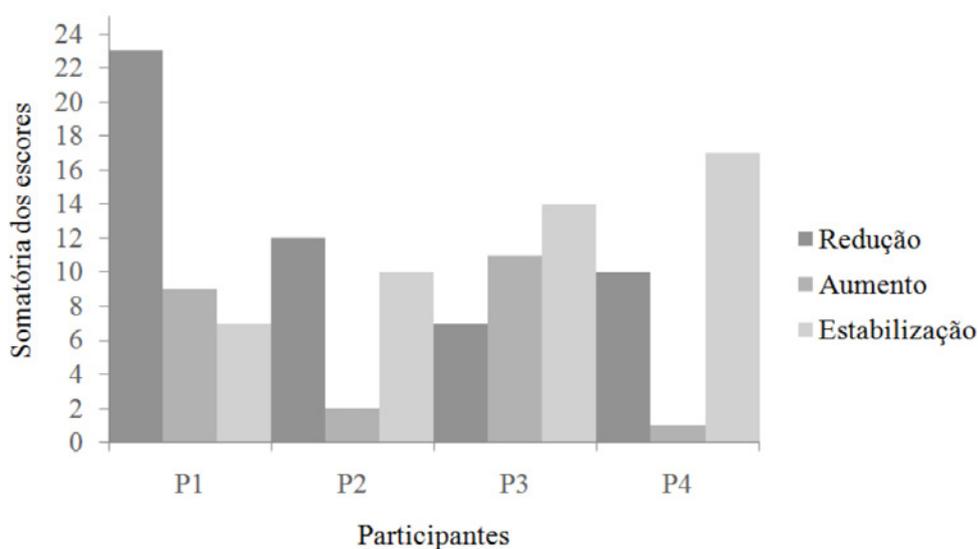


Figura 2. Somatória das reduções e aumentos do escore de medo a partir da Escala de Avaliação do Medo da Morte de Collett-Lester (EMMCL)

Os dados estão considerando resultados de redução (R), aumento (A) e estabilização (E) de pré e pós teste.

Redução = 7, Aumento = 11 e Estabilização = 14. Por fim, a P4 obteve Redução = 10, Aumento = 1 e Estabilização = 17.

Nota-se que as taxas de maiores reduções do medo (23 e 12) foram, respectivamente, das Participantes 1 e 2, que foram submetidas à intervenção. Além disso, os maiores índices de estabilização (14 e 17) foram das Participantes 3 e 4, que fizeram parte do grupo controle. Isso sugere que a psicoeducação pode ter exercido influência sob a resposta das participantes, no que se refere ao medo da morte. O tamanho da redução das medidas de medo foi maior nas participantes que passaram por intervenção. O maior aumento das medidas de medo (11) foi observado na P3, que não passou pela intervenção. O menor aumento das medidas de medo (1) também foi observado em uma participante que não passou pela intervenção, P4, mas também é a participante que apresentou a maior taxa de estabilização (17) entre os itens.

Segundo os dados da Tabela 1, a intervenção apresentou maiores reduções de medo nas afirmativas das subescalas “Medo do seu processo de morrer” e “Medo da morte dos outros”. Uma possível interpretação para isso é que o material elaborado para

a intervenção pode ter tido vantagens sobre esses tipos de medos do que comparado ao “Medo da sua própria morte” e “Medo do processo de morrer dos outros”. Dentre aquelas que não passaram pela intervenção, as respostas às subescalas “Medo da sua própria morte” e “Medo da morte dos outros” foram as que apresentaram maior estabilidade.

Como pode ser observado na Tabela 2 em relação ao grupo com intervenção, na aplicação da EMMCL pré intervenção, na subescala “Medo da sua própria morte”, a P1 pontuou 1,5, indicando medo moderadamente baixo, e a P2 pontuou 3,25, indicando medo moderadamente alto. Já na subescala “Medo do seu processo de morrer”, a P1 pontuou 4,33, isto é, medo alto. Já a P2 teve como escore 2,67, o que indica medo moderado. Em relação ao “Medo da morte dos outros”, a P1 pontuou 4,40, indicando medo alto, enquanto a P2 teve 4,00 de pontuação, indicando medo moderadamente alto. Por fim, no “Medo do processo de morrer dos outros”, a P1 pontuou 3,00, indicando medo moderado, enquanto a P2 teve 3,33 de pontuação, indicando medo moderadamente alto. A pontuação final da P1 foi de 3,54 (medo moderadamente alto) e da P2 foi de 3,21 (medo moderadamente alto).

Tabela 1. Porcentagem de aumento, redução e estabilização em cada tipo de medo medido pela Escala de Avaliação do Medo da Morte de Collett-Lester (EMMCL)

Tipos de medo	P1			P2			P3			P4		
	R	A	E	R	A	E	R	A	E	R	A	E
Medo da sua própria morte	0	50%	50%	100%	0	0	0	25%	75%	25%	0	75%
Medo do seu processo de morrer	67%	22%	11%	45%	0	55%	22%	44%	34%	22%	11%	67%
Medo da morte dos outros	60%	20%	20%	80%	0	20%	0	0	100%	20%	0	80%
Medo do processo de morrer dos outros	50%	0	50%	0	33%	67%	33%	33%	34%	34%	0	66%

Os dados estão considerando resultados de redução (R), aumento (A) e estabilização (E) de pré e pós teste.

Na aplicação da EMMCL pós intervenção, na subescala “*Medo da sua própria morte*”, a P1 pontuou 2,50 e a P2 pontuou 2,25, ambas indicando medo moderado. Em relação ao “*Medo do seu processo de morrer*”, a P1 pontuou 3,00 e a P2 teve 2,22 pontos, ambas indicando medo moderado. Na subescala “*Medo da morte dos outros*”, a P1 atingiu 4,00 pontos e a P2 atingiu 3,40 pontos, as duas com nível de medo moderadamente alto. Por fim, no “*Medo do processo de morrer dos outros*”, a P1 marcou 2,33 pontos (medo moderado), e a P2 atingiu 3,67 pontos (medo moderadamente alto). A pontuação geral da P1 foi de 2,96 (medo moderado) e da P2 foi de 2,83 (medo moderado).

Na primeira aplicação com o grupo sem intervenção, na subescala “*Medo da sua própria morte*”, a P3 pontuou 3,75, indicando medo moderadamente alto, enquanto a P4 fez 2 pontos, o que significa medo moderadamente baixo. Na subescala “*Medo do seu processo de morrer*”, a P3 fez 2,78 pontos (medo moderado), e a P4 teve 1,56 pontos (medo moderadamente baixo). No “*Medo da morte dos outros*”, a P3 marcou 5 pontos (medo alto) e a P4 atingiu 2,40 de pontuação (medo moderado). Por fim, na subescala “*Medo do processo de morrer dos outros*”, a P3 teve 2,83 pontos, indicando medo moderado e a P4 teve 1,67 pontos, o que significa medo moderadamente baixo. A pontuação total da P3 foi de 3,42 (medo moderadamente alto) e da P4 foi 1,83 (medo moderadamente baixo).

Na segunda aplicação com o grupo sem intervenção, na subescala “*Medo de sua própria morte*”, a P3 pontuou 4,00, indicando medo moderadamente alto, enquanto a P4 fez 1,25 de pontuação, o que significa medo moderadamente baixo. Na subescala “*Medo do seu processo de morrer*”, a P3 fez 3,22 pontos (medo moderadamente alto), e a P4 teve 1,44 pontos (medo moderadamente baixo). No “*Medo da morte dos outros*”, a P3 marcou 5,00 pontos (medo alto) e a P4 atingiu 1,80 de pontuação (medo moderadamente baixo). Por fim, na subescala “*Medo do processo de morrer dos outros*”, a P3 teve 2,50 pontos, indicando medo moderado e a P4 teve 1,33 de pontuação, o que significa medo moderadamente baixo. A pontuação total da P3 foi de 3,54 (medo moderadamente alto) e da P4 foi 1,46 (medo moderadamente baixo).

Analisando o escore total da EMMCL, as participantes que passaram pela intervenção psicoeducativa tiveram uma redução de medo da morte, de moderadamente alto para moderado. Enquanto as participantes que não passaram pela intervenção mantiveram os seus escores em moderadamente alto (P3) e moderadamente baixo (P4). A respeito desses dados é possível ver na Tabela 2 o detalhamento das pontuações nas subescalas e no escore total pré e pós psicoeducação sobre a morte entre as participantes.

Tabela 2. Pontuação média das subescalas e escore total da Escala de Medo da Morte de Collett-Lester (EMMCL) pré e pós intervenção*

Subescala (domínio)	Participantes (Pontuação Pré e Pós Intervenção)			
	P1	P2	P3	P4
Medo da própria morte	Pré = 1,50 Pós = 2,50	Pré = 3,25 Pós = 2,25	Pré = 3,75 Pós = 4,00	Pré = 2,00 Pós = 1,25
Medo do seu processo de morrer	Pré = 4,33 Pós = 3,00	Pré = 2,67 Pós = 2,22	Pré = 2,78 Pós = 3,22	Pré = 1,56 Pós = 1,44
Medo da morte dos outros	Pré = 4,40 Pós = 4,00	Pré = 4,00 Pós = 3,40	Pré = 5,00 Pós = 5,00	Pré = 2,40 Pós = 1,80
Medo do processo de morrer dos outros	Pré = 3,00 Pós = 2,33	Pré = 3,33 Pós = 3,67	Pré = 2,83 Pós = 2,50	Pré = 1,67 Pós = 1,33
Escore total EMMCL	Pré = 3,54 Pós = 2,96	Pré = 3,21 Pós = 2,83	Pré = 3,42 Pós = 3,54	Pré = 1,83 Pós = 1,46

*As participantes 3 e 4 não passaram por intervenção, assim os termos pré e pós na tabela denotam para P3 e P4 a primeira e a segunda aplicação da escala.

Foi feita uma comparação entre a segunda e a primeira aplicação da escala, buscando verificar se houve aumento, estabilidade ou redução do autorrelato sobre o medo da morte. No grupo que passou pela intervenção, na subescala “*Medo da sua própria morte*”, a P1 teve aumento de 1,00 ponto. Já a P2 teve redução de 1,00 ponto. Na subescala “*Medo do seu processo de morrer*”, a P1 teve redução de 1,33 ponto e a P2 teve redução de 0,45. No “*Medo da morte dos outros*” a P1 teve redução de 0,40 e a P2 teve redução de 0,60. Por fim, na subescala “*Medo do processo de morrer dos outros*”, a P1 teve redução de 0,67 e a P2 teve aumento de 0,34. Quanto à pontuação total, a P1 teve redução de 0,58 do medo da morte e a P2 teve redução de 0,38.

No grupo que não passou pela intervenção, na subescala “*Medo da sua própria morte*”, a P3 teve aumento de 0,25 e a P4 teve redução de 0,75. Na subescala “*Medo do seu processo de morrer*”, a P3 teve aumento de 0,44 e a P4 teve redução de 0,12. No “*Medo da morte dos outros*” a P3 manteve estabilidade na resposta e a P4 teve redução de 0,60. Por fim na subescala “*Medo do processo de morrer dos outros*”, a P3 teve redução de 0,33 e a P4 teve redução de 0,34. Em relação à pontuação total, a P3 teve um aumento de 0,12 no medo da morte e a P4 teve redução de 0,37.

Através dos escores obtidos nas escalas, nota-se que o nível de medo da morte sofreu alteração para as participantes que passaram pela intervenção, de moderadamente alto (pré intervenção) para moderado (pós intervenção). Estes dados permitem compreender que a psicoeducação em grupo *online* contribuiu para alterar a medida de autorrelato sobre o medo da morte nas participantes submetidas à intervenção. Contudo, não é possível afirmar que tal mudança ocorreu exclusivamente em decorrência da intervenção grupal, pois ao longo da participação nos encontros do grupo, existe a influência de fatores pessoais, históricos, culturais e de acontecimentos cotidianos, que possam ter interferido na forma de compreensão das profissionais acerca do medo da morte – embora os critérios de inclusão/exclusão e o controle experimental buscassem suprimir essas variáveis intervenientes.

No grupo com intervenção, nas respostas da P1 observa-se que houve redução em três subescalas: “*Medo do seu processo de morrer*”, “*Medo da*

morte dos outros” e “*Medo do processo de morrer dos outros*”. Apenas na subescala “*Medo da sua própria morte*” houve aumento. A pontuação total da P1 também teve redução no autorrelato de medo da morte. A P2 também teve redução em três subescalas, sendo elas “*Medo da sua própria morte*”, “*Medo do seu processo de morrer*” e “*Medo da morte dos outros*”. Houve aumento da pontuação apenas na subescala “*Medo do processo de morrer dos outros*”. A pontuação total também sofreu redução. No grupo que passou pela intervenção, não houve estabilidade nas respostas de medo da morte. Nota-se que ambas as participantes tiveram reduções na pontuação total.

No grupo sem intervenção, nas respostas da P3, nota-se que houve aumento em duas subescalas, sendo elas “*Medo da sua própria morte*” e “*Medo do seu processo de morrer*”. Houve estabilidade em “*Medo da morte dos outros*”, e redução na subescala “*Medo do processo de morrer dos outros*”. Em relação à pontuação total da P3 houve aumento no autorrelato de medo da morte. A P4 obteve redução nas respostas das quatro subescalas: “*Medo da sua própria morte*”, “*Medo do seu processo de morrer*”, “*Medo da morte dos outros*” e “*Medo do processo de morrer dos outros*”. Acerca da pontuação final da P4 houve redução do autorrelato do medo da morte.

Em relação ao medo da morte e tempo de experiência, a participante com maior nível de medo da morte foi a P3, do grupo controle, com pontuação total de 3,42 na primeira aplicação da escala e 3,54 na segunda aplicação, ambas indicando medo moderadamente alto. A P3 possui cinco anos de formação, o menor tempo entre as participantes, e nove anos de contato com o ambiente hospitalar, o menor tempo entre as participantes, juntamente à P4, o que pode indicar uma relação importante entre tempo de experiência e o medo da morte. Isto é, à medida que os profissionais da saúde adquirem experiência em lidar com pacientes em terminalidade, o medo da morte pode ir diminuindo. Além disso, a P3 também é a participante mais jovem do estudo. Na revisão de literatura de Peters et al. (2013) na qual foram analisados quinze estudos quantitativos publicados entre 1990 e 2012 envolvendo instrumentos de avaliação da ansiedade de morte e de atitude em relação ao cuidado ao paciente em terminalidade, os estudos apontaram que

enfermeiros mais jovens relataram níveis mais altos de ansiedade em relação à morte e tiveram atitudes mais negativas no cuidado aos pacientes em terminalidade (Lange et al., 2008; Zyga et al., 2011).

A revisão de Peters et al. (2013) também expõe que o desconforto em relação ao tema da morte diminui à medida em que se aumenta a idade, a escolaridade, a experiência, o emprego atual na área de enfermagem, o trabalho em outras áreas e a exposição à educação em comunicação. Contudo, na presente pesquisa, a participante com maior escore de medo da morte pré intervenção foi a P1, a profissional com maior tempo de experiência no contexto hospitalar. Estudos sobre atitudes em relação à morte precisam levar em consideração o contexto social, cultural e temporal em que estão inseridos (Irish et al., 1993). Exemplo disso é o caso de profissionais da saúde iranianos mais familiarizados com a morte devido à recente guerra e desastres naturais no país e por isso registram menores escores de ansiedade/medo da morte (Iranmanesh et al., 2008). No caso dos participantes da presente pesquisa, são profissionais da saúde que responderam ao instrumento meses após a maior onda de registros de óbitos por COVID-19 no país com uma das maiores taxas de mortalidade pela doença, em meio à maior crise sanitária dos últimos cem anos. Os impactos do contexto da pandemia sobre a saúde mental, de maneira geral, dos profissionais da saúde da linha de frente, que tem sido explorado pela literatura (Danet, 2021) precisam ser levados em consideração ao interpretar esses dados.

Apesar de a EMMCL ser a mais empregada nos estudos sobre medo da morte (Oliveira Júnior et al., 2018; Andrade, 2020), a maioria dos estudos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) são recentes, datados dos últimos cinco anos e versam sobre adaptações da escala e com delineamentos transversais (Venegas et al., 2011; Mondragón-Sanchez et al., 2015; Oliveira Júnior et al., 2018; Mondragón-Sanchez et al., 2020; Quintero & Simkin, 2020; Soares et al., 2021). Há apenas um único artigo de desenho quase-experimental publicado utilizando a EMMCL (Alonso et al., 2018). Dessa forma, é difícil fazer comparações com os dados de uma literatura ainda incipiente.

Em Alonso et al. (2018), a intervenção foi feita com 111 estudantes do terceiro ano de gradua-

ção em Enfermagem que cursaram uma disciplina de Cuidados Paliativos em uma universidade na Espanha. Foram utilizados quatro jogos (dinâmicas) durante 8 horas ao longo das sete semanas de duração da disciplina que tinha componentes teóricos e práticos. Antes e depois dessa intervenção foram aplicados a EMMCL e um questionário de autorrelato de preparo emocional e técnico/clínico. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS versão 23.0. Os dados obtidos em Alonso et al. (2018) foram um aumento nos escores de medo da morte, mas uma melhora nos autorrelatos de competência emocional e técnica/clínica.

Os autores afirmam que formações experienciais, ainda que simuladas, tendem a ter efeitos de aumento do medo da morte, diferente do que ocorre em intervenções instrucionais em Cuidados Paliativos (Alonso et al., 2018). Essa afirmação contrasta com os dados de outras pesquisas que utilizaram metodologias experienciais e revelaram reduções em medidas de ansiedade sobre morte (Durlak, 1978; Lockard, 1989; Hutchison & Sherman, 1992; Tomás-Sábado & Aradilla-Herrero, 2001; Aradilla-Herrero & Tomás-Sábado, 2006) e chama atenção para os diferentes métodos empregados sob o mesmo nome de “metodologia experiencial”.

Afinal, foi realizada uma intervenção com dinâmicas que utiliza de metáforas como se essa fosse uma simulação da prática, como a dinâmica “dos cegos” (Alonso et al., 2018). Nessa dinâmica os participantes andam de olhos vendados e são conduzidos por um terceiro, como uma forma de metaforizar a dificuldade do profissional de saúde ao conduzir suas práticas em meio às incertezas da vida de um paciente em terminalidade, o que pode ser uma extrapolação. Entretanto, é impróprio afirmar que as habilidades desenvolvidas nessa dinâmica são transponíveis à realidade das competências técnicas e emocionais necessárias na prática de um profissional de Cuidados Paliativos. Numa comparação, montar “torres de dominó” não prepara um engenheiro civil para calcular o recalque do solo ou dimensionar vigas de concreto armado. Crer que há uma correspondência direta entre essas habilidades pode elevar a insegurança do profissional (refletida no aumento dos escores da EMMCL) ao mesmo tempo em que pode ocasionar o problema de “ilusão de competência” abordado em outros

estudos (Puig et al., 2020; Sáez-Alvarez et al., 2021).

Nesse sentido é difícil comparar os dados de Alonso et al. (2018) com os obtidos na presente pesquisa, embora utilize da mesma medida baseada na EMMCL. A psicoeducação empregada nesta pesquisa tem componentes instrucionais ou didáticos e também componentes experienciais, no que tange ao momento voltado para a discussão livre das participantes a respeito de suas experiências. Predomina o formato instrucional, mas ainda assim, foi capaz de promover reduções nas medidas da EMMCL. Intervenções grupais *online* podem ser promissoras como um novo formato para promover educação para a morte. Futuras pesquisas que comparem psicoeducações grupais feitas nos formatos presenciais e remotos são bastante necessárias. Nesse sentido, o presente estudo fomenta trabalhos com intervenções psicoeducativas *online*. Estudos que utilizem de delineamentos quase-experimentais podem ajudar a isolar a interferência de algumas variáveis, e novos desenhos de pesquisa poderão ampliar a compreensão do papel dos componentes (instrucionais ou experienciais) nas mudanças das medidas de atitudes dos profissionais da saúde diante da morte.

As reduções nas medidas de medo da morte poderão ser maiores se a psicoeducação tiver um formato mais experiencial, envolvendo exercícios de simulações e *role playing* (Durlak, 1978; Tomás-Sábado & Aradilla-Herrero, 2001; Aradilla-Herrero & Tomás-Sábado, 2006) e técnicas de dessensibilização e relaxamento (Peal et al., 1981; White et al., 1983). A intervenção psicoeducativa desta pesquisa teve uma duração de quatro horas. Um tempo considerado curto quando comparado a outras intervenções (Hutchison & Sherman, 1992; Claxton-Oldfield, 2007) com pelo menos seis horas de duração, como por exemplo, a descrita no estudo de Hutchison e Sherman (1992) que consiste em um ensaio não aleatório de treinamento didático ou experiencial sobre a morte e o morrer para estudantes de enfermagem. Após a participação em uma oficina de seis horas sobre a morte e o morrer, houve redução nos escores pós-teste da Escala de Ansiedade de Morte de Templer (DAS). Se os dados podem ser otimizados com uma ampliação da duração da intervenção é algo a ser investigado, embora os dados de Alonso

et al. (2018) são sugestivos de que a duração não é uma variável de grande importância quando comparada aos tipos de metodologia empregada.

Apesar da presente pesquisa se basear em medidas de autorrelato, limitação essa comum a maior parte das pesquisas sobre morte (Peters et al., 2013), o aporte teórico comportamentalista que lhe subsidia pode contribuir com refinamentos metodológicos para pesquisar atitudes dos profissionais da saúde em contextos no qual a principal medida disponível é o relato verbal (De Rose, 1999). Um desses aprimoramentos é investigar a correlação entre o dizer e o fazer por meio de metodologias de Procedimento de Avaliação Relacional Implícita (*Implicit Relational Assessment Procedure* - IRAP). O IRAP é um instrumento que apresenta termos relacionais aos participantes, exigindo que se responda de maneira rápida e acura as relações consideradas consistentes e inconsistentes com a história de vida dos participantes. Baseado na hipótese de que se responde mais rápido às relações consistentes do que às relações inconsistentes com nossa história de vida, a latência da resposta é uma medida central para a identificação dos vieses dos participantes (Barnes-Holmes et al., 2006; Power et al., 2009). Dessa forma, embora não seja possível afirmar se na prática, o que os participantes relataram na escala é de fato correspondente a como eles responderiam em suas práticas profissionais, metodologias como o IRAP poderiam mitigar ou trazer novos parâmetros para pesquisas baseadas em autorrelato.

Uma das limitações do estudo é o tamanho da amostra. Esse número reduzido também é dado em função da dificuldade de entrar em contato com os participantes. A pouca disponibilidade de horário desse público dificulta com que possam aderir a pesquisas com duração mais extensa, uma hora semanal durante um mês, sobretudo, quando é necessário ter horários compatíveis com outros participantes que fazem parte do grupo ao qual estão alocados. Os critérios de exclusão também tornaram mais difíceis alcançar uma amostragem maior, mas em contrapartida reduziram vieses, como atribuir as mudanças do escore à participação dos voluntários em pesquisas relacionadas à temática da morte nos últimos dois anos. Pesquisas futuras poderão replicar essa metodologia como amostragem de outros hos-

pitais e profissionais de outros setores, aumentando assim o seu quantitativo e o alcance de generalização dos dados. Por outro lado, o recorte amostral de estudos experimentais e quase-experimentais pode contribuir na diminuição da variabilidade da amostra, diminuindo os ruídos dos dados que dificultam sua interpretação (Kantowitz et al., 2009).

A pesquisa tem medidas de pré e pós intervenção, mas não mediu se essas mudanças apresentadas nos grupos se mantêm em longo prazo. Isso poderá ser investigado em pesquisas futuras que repliquem essa metodologia e monitorem longitudinalmente as respostas de medo por um período mais extenso de tempo, como na pesquisa de White et al. (1983) que comparou os efeitos da dessensibilização, relaxamento e grupo controle sobre medidas de ansiedade sobre a morte com medidas de acompanhamento até cinco meses após a intervenção. A revisão de Peters et al. (2013) apontou sobre a escassez de pesquisas com monitoramentos longitudinais dos efeitos das intervenções de educação sobre a morte.

Considerações Finais

A pesquisa em questão apresenta dados sugestivos de que a intervenção psicoeducativa feita de forma grupal *online* pode reduzir as medidas de autorrelato de medo da morte quando comparada ao grupo controle. Os dados são favoráveis ao que a literatura científica descreve a respeito da relação do preparo profissional e a melhora das atitudes em relação à morte. Apesar de serem necessárias amostragens maiores e tratamentos estatísticos para observar a significância das mudanças que a intervenção promove, o delineamento quase-experimental para investigar o papel de componentes (instrucionais ou experienciais) é promissor. A perspectiva comportamental ao contribuir na discriminação e descrição dos processos relacionados às mudanças nas atitudes dos profissionais da saúde em relação à morte, auxilia para que as contingências de ensinar sobre a morte sejam melhores arquitetadas. Assim, tal como são investigadas as metodologias de ensino para outros manejos em saúde, como por exemplo, a ressuscitação cardiopulmonar (Siqueira et al., 2021), é fundamental que sejam investigadas

as estratégias de ensino sobre a morte para os profissionais da saúde. Fazê-lo de forma empírica é de especial importância, sobretudo porque numerosas produções relacionadas à temática da morte são carentes desse suporte empírico (Barcellos & Moreira, 2022). Por fim, haja vista a relevância das competências técnicas/clínicas e empáticas no trato com pacientes em situação de terminalidade e que o seu despreparo pode ter efeitos perniciosos na relação profissional da saúde e paciente, destaca-se que tão importante quanto fomentar o desenvolvimento e a ampliação do debate sobre a morte na formação profissional em saúde, é atentar para a maneira como esse ensino será feito.

Referências

- Abdel-Khalek, A. M. (2002). Convergent validity of the Collett-Lester Fear of Death and Templer Death Anxiety Scale in Egyptian male college students. *Psychological Reports*, 90(1), 849–850. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.2002.90.3.849>
- Alonso, A. I. L., Martínez, M. E. F., Presa, C. L., Casares, A. M. V., & González, M. P. C. (2018). Los juegos experimentales de aula: Una herramienta didáctica en cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52(1), 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017007703310>
- Andrade, A. M. G. (2020). *Escala de avaliação do medo da morte de Collett-Lester: Evidências de confiabilidade, validade e contribuição para a bioética*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Sapucaí]. <http://www.univas.edu.br/mbio/docs/dissertacoes/40.pdf>
- Aradilla-Herrero, A., & Tomás-Sábado, J. (2006). Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 16(6), 321–326. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71239-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71239-6)
- Ariès, P. (2000). *O homem diante da morte*. Publicações Europa-América. (Trabalho original publicado em 1977).
- Ariès, P. (2003). *A história da morte no ocidente: Da idade média aos nossos dias*. Ediouro.

- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 91–97. <https://doi.org/10.1901/jaba.1968.1-91>
- Barcellos, L. B., & Moreira, M. B. (2022). *As cinco fases do luto de Elisabeth Kübler-Ross: Fato ou ficção*. Instituto Walden4. https://www.walden4.com.br/livros/w4/pdf/burmann_moreira_2022_pdf.pdf
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Power, P., Hayden, E., Milne, R., & Stewart, I. (2006). Do you know what you really believe? Developing the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a direct measure of implicit beliefs. *The Iris Psychologist, 32*(7), 167–177. <https://contextualscience.org/system/files/Barnes-Holmes,2006.pdf>
- Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: Contribuições da terapia cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva, 7*(1) 35–43. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a07.pdf>
- Bijou, S. W., & Baer, D. M. (1980). *O desenvolvimento da criança: Uma análise comportamental*. Editora Pedagógica e Universitária. (R. K. Rachel, Trad.) (Trabalho original publicado em 1961).
- Black, D., Hardoff, D., & Nelki, J. (1989). Educating medical students about death and dying. *Archives of Disease in Childhood, 64*, 750–753. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fadc.64.5.750>
- Brasil. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Britto, I. G. S., & Elias, P. V. (2009). Análise comportamental das emoções. *Psicologia América Latina, 16*, 0–0. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100004
- Bužgová, R., & Janíková, E. (2017). Czech adaption of the Collett-Lester Fear of Death Scale in a sample of nursing students. *Omega – Journal of Death and Dying, 80*(1), 20–34. <https://doi.org/10.1177/0030222817725183>
- Claxton-Oldfield, S., Crain, M., & Claxton-Oldfield, J. (2007). Death anxiety and death competency: The impact of a palliative care volunteer training program. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 23*(6), 464–468. <https://doi.org/10.1177/1049909106294882>
- Collett, L., & Lester, D. (1969). The fear of death end the fear of dying. *The Journal of psychology, 72*(2), 179–181. <https://doi.org/10.1080/00223980.1969.10543496>
- Corr, C. A. (2021). Elisabeth Kübler-Ross and the “Five Stages” model in a sampling of recent textbooks published in 10 countries outside the United States. *Omega: Journal of Death and Dying (Westport), 83*(1), 33–63. <https://doi.org/10.1177/0030222819840476>
- Cuniah, M., Bréchon, G., & Bailly, N. (2021). Validation of the revised Collett-Lester Fear of Death Scale in a french population. *Frontiers in Psychology, 12*, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.736171>
- Danet, A. D. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Medicina clinica, 156*(9), 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- De la Rubia, J. M., & Ávila, M. M. (2015). Constraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross em mujeres com câncer. *Pensamiento Psicológico, 13*(1), 07–15. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI13-1.cemc>
- De Rose, J. C. C. (1999). O relato verbal segundo a perspectiva da Análise do Comportamento: Contribuições conceituais e experimentais. In R. A. Banaco (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitiva*, (2a ed., pp. 148–163). Arbytes.
- Durlak, J. A. (1978). Comparison between experiential and didactic methods of death education. *Omega – Journal of Death and Dying, 9*(1), 57–66. <https://doi.org/10.2190%2F1BQ0-HLTL-WL45-4QUV>
- Epicuro (1985). Antologia de textos. In V. Civita (Ed.). *Epicuro, Lucrecio, Cícero, Sêneca, Marco Aurélio. Coleção: Os Pensadores*. Editora Globo.
- Finn Paradis, L., & Usui, W. M. (1987). Hospice volunteers: The impact of personality characteristics on retention and job performance. *The Hospice Journal, 3*(1), 3–30. <https://doi.org/10.1080/0742-969X.1987.11882578>

- Fleury, H. S. C., & Bueno, G. N. (2009). Cálculo renal – UTI: Confronto com a morte versus encontro com a vida. In R. C. Wielenska (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 23. Desafios, soluções e questionamentos* (pp. 380–392). Esetec.
- Franco, M. H. P. (2021). *O luto no século 21: Uma compreensão abrangente do fenômeno*. Summus.
- Gimenes, L. S. (2016). Análise do Comportamento e outros sistemas. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 12(1), 3–5. <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v12i1.4018>
- Hayes, S. C. (1991). A relational control theory of stimulus equivalence. In L. H. Hayes, & P. N. Chase (Orgs.). *Dialogues in verbal behavior* (pp. 19–40). Context Press.
- Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2010). An examination of stage theory of grief among individuals bereaved by natural and violent causes: A meaning-oriented contribution. *Omega: Journal of Death and Dying (Westport)*, 61(2), 103–120. <https://doi.org/10.2190/om.61.2.b>
- Hoshino, K. (2006). A perspectiva biológica do luto. In H. J. Guilhardi, & N. C. Aguirre, N. C. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 17. Expondo a variabilidade* (pp. 313–326). Esetec.
- Hutchison, T., & Sherman, A. (1992). Didactic and experiential death and dying training: Impact upon death anxiety. *Death Studies*, 16, 317–330. <https://doi.org/10.1080/07481189208252580>
- Inci, F., & Öz, F. (2009). Effects of death education on nurse's death anxiety, depression regarding death, and attitudes towards the dying patient. *Alpha Psychiatry*, 10, 253–260. <https://alpha-psychiatry.com/en/effects-of-death-education-on-nurses-death-anxiety-depression-regarding-death-and-attitudes-towards-the-dying-patient-161345>
- Iranmanesh, S. H., Dargahi, H., & Abbaszadeh, A. (2008). Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliative & Supportive Care*, 6(4), 363–369. <https://doi.org/10.1017/S1478951508000588>
- Irish, D. P., Lundquist, K. F., & Nelsen, V. J. (1993). *Ethnic variations in dying, death and grief*. Taylor & Francis.
- Kaldjian, L. C., Jekel, J. F., & Friedland, G. (1998). End-of-life decisions in HIV- positive patients: The role of spiritual beliefs. *AIDS*, 12(1), 103–107. <https://doi.org/10.1097/00002030-199801000-00012>
- Kantowitz, B. H., III Roediger, H. L., & Elmes, D. G. (2009). *Experimental Psychology*. Cengage Learning.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25(3), 484–497. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932005000300012>
- Kovács, M. J. (2021). *Educação para a morte: Quebrando paradigmas*. Sinopsys Editora.
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969).
- Lange, M., Thom, B., & Kline, N. E. (2008). Assessing nurse's attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955–959. <https://doi.org/10.1188/08.onf.955-959>
- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: An Analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23, 33-41. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.23>
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17–28. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A. S., Feitosa, L. B., & Coprara, A. (2011). Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 52–57. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008>
- Lockard, B. E. (1989). Immediate, residual, and long-term effects of a death education instructional unite on the death anxiety level of nursing students. *Death Studies*, 13(2), 137–159. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/07481188908252291>
- Lynch, D. C., & Green, G. (1991). Development and crossmodal transfer of contextual control of emergent stimulus relations. *Journal of the Experimental Analysis of*

- Behavior*, 56(1), 139–154. <https://dx.doi.org/10.1901%2Fjeab.1991.56-139>
- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA Network*, 297(7), 715–724. <https://doi.org/10.1001/jama.297.7.716>
- Matsui, M., & Braun, K. (2010). Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 593–598. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.12.593>
- Medeiros, L. G. (2014). Atendimento a pessoas em situação de terminalidade, morte e luto. In T. Rudnicki, & M. M. Sanchez (Orgs.). *Psicologia da saúde: A prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral*. (pp. 333–364). Sinopsys.
- Mondragón-Sánchez, E. J., Cordero, E. A. T., Espinoza, M. L., & Landeros-Olvera, E. A. (2015). Comparação do nível de medo da morte entre estudantes e profissionais de enfermagem no México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 323–328. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3550.2558>
- Mondragón-Sánchez, E. J., Landeros-Olvera, E., & Pérez-Noriega, E. (2020). Validation of Collett-Lester Fear of Death Scale in a Mexican university nursing students. *MedUNAB*, 23(1), 11–22. <https://doi.org/10.29375/01237047.3723>
- Nascimento, D. C., Nasser, G. M., Amorim, C. A. A., & Porto, T. H. (2015). Luto: Uma perspectiva da terapia analítico-comportamental. *Psicologia Argumento*, 33(83), 446–458. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835155>
- Olivas, M. A., Silva, J. V., & Santos, F. S. (2012). Adaptação transcultural: Multidimensional Orientation Toward Dying and Death Inventory (MODDI-F) à realidade brasileira. *Saúde Sociedade*, 21(3), 710–718. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300016>
- Oliveira Júnior, C. R., Machado, D. R., Santos, F. S., Silva, J. V., & Domingues, E. A. R. (2018). Adaptação transcultural da Collett-Lester Fear of Death Scale à realidade brasileira. *Revista Fundamental Care Online*, 10(1), 210–216. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.210-216>
- Oliveira, K. L., Noronha, A. P. P., Dantas, M. A., & Santarem, E. M. (2005). O psicólogo comportamental e a utilização de técnicas e instrumentos psicológicos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 127–135. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000100015>
- Oliveira, T. P., Sousa, N. M., & Gil, M. S. C. A. (2009). “Behavioral cusps”: Uma visão comportamental do desenvolvimento. In R. C. Wielenska (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 24. Desafios, soluções e questionamentos* (pp. 387–396). Esetec.
- Pasquali, L. (1996). Teoria da medida. In L. Pasquali (Org.). *Teorias e métodos de medida em ciências do comportamento* (pp. 21–40). Secretaria de Avaliação e Informação Educacional Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Nacionais.
- Paula, G. S. (2019). *A morte e o morrer e suas representações sociais para ateus e fiéis de diferentes religiões* [Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/11116>
- Peal, R. L., Handal, P., & Gilner, F. H. (1981). A group desensitization procedure for the reduction of death anxiety. *Omega - Journal of Death and Dying*, 12(1), 61–70. <https://doi.org/10.2190%2F8EEE-T21E-JNAB-GFK5>
- Perone, M. (2003). Negative effects of positive reinforcement. *The Behavior Analyst*, 26, 1–14. <https://doi.org/10.1007/BF03392064>
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., & Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14–21. <https://dx.doi.org/10.2174%2F1874434601307010014>
- Power, P. M., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Stewart, I. (2009). The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a measure of implicit relative preferences: A first study. *The Psychological Record*, 59, 621–640. <https://doi.org/10.1007/BF03395684>
- Puig, R. C., Abalos, P. M., Sáez-Álvarez, E. J., & González, P. V. (2020). An assessment of the Bugen scale of competence about death. *Nursing and Palliative Care*, 5, 1–5. <https://doi.org/10.15761/NPC.1000209>

- Quintero, S., & Simkin, H. (2017). Validación de la escala de miedo a la muerte abreviada al contexto argentino. *{Psocial}*, 3(1), 53–59. <https://publicaciones sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/2340>
- Quintero, S., & Simkin, H. (2020). Adaptación y validación al español de la Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester “FODS”. *Subjetividade y procesos cognitivos*, 24(1), 84–93. <http://dSPACE.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/5359>
- Sáez-Alvarez, E., Medrano-Abalos, P., Cunha-Pérez, C., Cuesta-Fernández, J., & Martín-Utrilla, S. (2021). Perceived competence in the face of death before and after nursing studies: An intrasubject longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 1–9. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212084>
- Santos, A. B. (2018). Fotografias post-mortem: Variações de estilos de fotografias vitorianas. *Seminário de História da Arte*, 1(7), 1–27. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/Arte/article/view/13529>
- Santos, E. S., & Sampaio, A. A. S. (2016). O uso de técnicas e da análise de contingências no tratamento do transtorno de ansiedade. In A. A. S. Sampaio, & D. H. P. Espíndula (Orgs.). *Pesquisa e prática em Psicologia no sertão*. (pp. 268–282). Instituto Walden4. https://www.walden4.com.br/livros/w4/pdf/iw4_sampaio_espindula_1e_2016.pdf
- Seligman, M. E. P. (1992). *On development, depression and death*. Freeman. (Original publicado em 1975).
- Sidman, M. (1986). Functional analysis of emergent verbal classes. In T. Thompson, & M. D. Zeiler (Orgs.). *Analysis and integration of behavioral units* (pp. 213–245). Erlbaum.
- Silva, M. D. F., & Ferreira-Alves, J. (2012). O luto em adultos idosos: Natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 588–595. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300019>
- Silvaes, E. F. M., & Gongora, M. A. N. (2006). *Psicologia clínica comportamental: A inserção da entrevista com adultos e crianças*. Edicon.
- Siqueira, T. V., Nascimento, J. S. G., Regino, D. S. G., Oliveira, J. L. G., Pereira, L. A., & Dalri, M. C. B. (2021). Estratégias educativas de ressuscitação cardiopulmonar para leigos: Revisão integrativa da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 25, 1411. <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210059>
- Soares, A. K. S., Barbosa, N. C. S., Moura, H. M., & Rezende, A. T. (2021). Percepção de medo da morte: Avaliando sua relação com os valores humanos e bem-estar subjetivo. *Psicologia, Conocimiento y Sociedad*, 11(1), 198–221. <http://doi.org/10.26864/pcs.v11.n1.9>
- Teixeira, A. N., & Novaki, P. C. (2009). Luto infantil: Um estudo de caso baseado na análise do comportamento. In R. C. Wielenska (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 23. Desafios, soluções e questionamentos* (pp. 85–96). Esetec.
- Tomás-Sábado, J., & Aradilla-Herrero, A. A. (2001). Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería: Eficacia de la metodología experiencial. *Enfermería Científica*, 16(6), 65–72. https://www.researchgate.net/publication/262726866_Educacion_sobre_la_muerte_en_estudiantes_de_enfermeria_Eficacia_de_la_metodologia_experiencial
- Tomás-Sábado, J., Limonero, J. T., & Abdel-Khalek, A. M. (2007). Spanish adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Studies*, 31(3), 149–260. <https://doi.org/10.1080/07481180601152625>
- Torres, N. (2010). Luto: a dor que se perde com o tempo (...ou não se perde?). In M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cillo, P. B. Faleiros, & P. P. Queiroz (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 27. Análise experimental do comportamento, cultura, questões conceituais e filosóficas* (pp. 385–392). Esetec.
- Torres, N. (2021). Luto e um adeus sem despedidas em tempos de Covid-19. In S. M. Oliani, C. S. Souza, G. G. S. Amor, L. Dahas, & D. R. Zamignani (Orgs.). *Contribuições das ciências comportamento em tempos de pandemia*. (pp. 156–180). Associação Brasileira de Ciências do Comportamento. <https://abpmc.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Contribuic%CC%A7o%CC%83es-das-cie%CC%82ncias-do-Comportamento-em>

- tempos-de-pandemia-2021-Ed-ABPMC.pdf
- Vailati, L. L. (2006). As fotografias de “anjos” no Brasil do século XIX. *Anais do Museu Paulista*, 14(2), 51–71. <https://doi.org/10.1590/S0101-47142006000200003>
- Venegas, M. E., Alvarado, O. S., & Barriga, O. (2011). Validação da Escala de Medo da Morte de Collett-Lester em uma amostra de estudantes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1–9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500015>
- White, P. D., Gilner, F. H., Handal, P. J., & Napoli, J. G. (1983). A behavioral intervention for death anxiety in nurses. *Omega - Journal of Death and Dying*, 14(1), 33–42. <https://doi.org/10.2190%2FCENT-9FMU-H61E-8BHE>
- Wielenska, R. C. (2010). Pais órfãos de seus filhos: manejo do luto na perspectiva analítico-comportamental. In M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cillo, P. B. Faleiros, & P. P. Queiroz (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 27. Análise experimental do comportamento, cultura, questões conceituais e filosóficas* (pp. 418–422). Esetec.
- Wilkinson, H., & Wilkinson, J. (1987). Evaluation of a hospice volunteer training program. *Omega - Journal of Death and Dying*, 17, 263–275. <https://doi.org/10.2190%2FAKX4-NGU0-07X2-MWQ4>
- Wilson, P. (2000). Hospice volunteer training: Making the experience more meaningful. *American Journal Hospice Palliative Care*, 17(2), 107–110. <https://doi.org/10.1177/104990910001700210>
- Wolpe, J. (1976). *Prática da terapia comportamental*. Editora Brasiliense. (Original publicado em 1969).
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. (pp. 121-148). Taylor & Francis.
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais de saúde mental*. Roca.
- Zilio, D., & Filho, H. N. (2018). O que (não) há de “complexo” no comportamento? Behaviorismo radical, self, insight e linguagem. *Psicologia USP*, 29(3), 374–384. <https://doi.org/10.1590/0103-656420170027>
- Zyga, S., Milliarou, M., Lavdaniti, M., Athanasopoulou, M., & Sarafis, P. (2011). Greek renal nurse’s attitudes towards death. *Journal of Renal Care*, 37(2), 101–107. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2011.00210.x>

Histórico do Artigo

Submetido em: 04/04/2022

Aceito em: 02/11/2022

Editor Associado: Eduardo S. Miyazaki