

SIGNIFICADO DA MORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO CTI

THE MEANING OF DEATH FOR NURSING WORKERS IN ICUs

SIGNIFICADO DE LA MUERTE PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN EL CTI

Maria Aparecida Vieira¹
Sélen Jaqueline Souza²
Roseni Rosângela Sena³

RESUMO

Este estudo mostra resultados da pesquisa “Significado da morte para os profissionais de enfermagem que atuam no Centro de Terapia Intensiva”. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, tendo como sujeitos enfermeiros e auxiliares de enfermagem do CTI da Santa Casa de Montes Claros, Minas Gerais. Os resultados evidenciaram que a morte faz parte da rotina de trabalho dos entrevistados, apresentando-se como um fato que contraria o propósito de salvar vidas, e que, mesclado a outros conflitos pessoais e à subjetividade, indica a necessidade de apoio aos profissionais de enfermagem para o manejo de situações relacionadas às pessoas que vivenciam o processo de morrer e a morte.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermeiras; Morte; Atitude Frente a Morte; Unidades de Terapia Intensiva

ABSTRACT

This is a descriptive qualitative study showing results of the research “The meaning of death for nursing workers in Intensive Care Units”. A semi-structured interview was used to collect data from nurses and nursing auxiliaries from the ICU of the Santa Casa Hospital of Montes Claros, State of Minas Gerais. The results show that death is part of the work routine of those interviewed, as something which goes against the purpose of saving lives. When this is mixed with personal conflicts and subjectivity, it shows the need for support to nursing workers handling situations in which people go through the process of dying and death.

Key words: Nursing; Nurses; Death; Attitude to Death; Intensive Care Units

RESUMEN

Este estudio muestra resultados de la investigación “Significado de la muerte para los profesionales de enfermería que trabajan en el Centro de Terapia Intensiva”. Se trata de un estudio descriptivo cualitativo. La entrevista semiestructurada se empleó como instrumento y los sujetos fueron enfermeras y ayudantes de enfermería del CTI de Santa Casa de Montes Claros, Minas Gerais. Los resultados evidenciaron que la muerte forma parte de la rutina de trabajo de los entrevistados, que es un hecho que contraría el propósito de salvar vidas y que, conjuntamente con otros conflictos personales y con la subjetividad, indica la necesidad de apoyar a los profesionales de enfermería para poder manejar situaciones que involucran personas que viven el proceso de morir y de la muerte.

Palabras clave: Enfermería; Enfermeras; Muerte; Actitude Frente a la Muerte; Unidades de Terapia Intensiva

¹ Enfermeira. Orientadora. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros – MG. E-mail: di.vieira@ig.com.br

² Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Taiobeiras – MG. Especializanda em Saúde da Família do Curso de Especialização em Saúde Coletiva. E-mail: selenjaqueline@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da UFMG. E-mail: rosenisena@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A pergunta “o que é a morte?” tem múltiplas respostas e nenhuma delas conclusiva, pois a questão transcende os aspectos naturais ou materialistas e, até biologicamente, é difícil uma resposta unânime.⁽¹⁾

Vieira⁽²⁾ define a morte “como a cessação total ou permanente de todas as funções ou ações vitais de um organismo” enquanto que para Boff⁽³⁾ “a morte é, sim, o fim da vida. Mas fim entendido como meta alcançada, plenitude almejada, lugar do verdadeiro nascimento. A união interrompida pelo desenlace não faz mais que preludiar uma comunhão mais íntima e mais total”.

Mesmo sendo o único ser vivo que sabe que vai morrer, o homem tenta negar sua terminalidade. Prepara-se para a comunhão, para o casamento, para uma festa, mas não para a morte. Vive como se nunca fosse morrer e por mais que saiba da existência da morte, essa é dificilmente aceita como real. Além do medo do desconhecido e da solidão, a pessoa não quer desligar-se daquilo que construiu durante toda a sua vida, dos seus laços afetivos, espirituais, ideológicos e materiais.⁽⁴⁾

Com a visão de que a vida é separada da morte, há o esquecimento de que, a partir do momento em que se nasce, já se está pronto para morrer, sendo que a vida e morte chegam juntas ao mundo.⁽⁵⁾

Quando a morte é considerada como sendo simplesmente um acidente, está sendo ignorado o próprio trajeto natural da vida. O desconhecido causa receio, mas quando há uma tentativa de vencer o medo e aproximar do que se teme, tudo se torna mais fácil.⁽⁶⁾ Ao negar a morte, as pessoas deixam de discuti-la, de conhecê-la, de melhor trabalhar conceitos e buscar meios de lidar com ela.⁽⁷⁾

Antigamente, a morte era tratada com mais naturalidade. O doente permanecia em casa, era cercado pela família e recebia atenção de todos. Dava as recomendações finais, manifestava seus últimos desejos, pedia perdão e se despedia. O falecido ficava exposto sobre uma mesa e, durante dois ou três dias, seus parentes e amigos, com vestimentas de luto, desfilavam diante dele para o último adeus.⁽⁸⁾ Entretanto, na sociedade moderna industrial, há um afastamento da morte, o que é refletido na modificação das atitudes perante ela. Diante da morte, o imperativo é o silêncio. A grande cena da morte foi transformada em um ato frio, onde ninguém tem direito de se emocionar, senão às escondidas, para não perturbar os sobreviventes. Há uma tendência à neutralização dos ritos fúnebres e à ocultação de tudo o que diz respeito à morte. O velório acontece longe da casa do falecido e seu corpo é preparado de forma a perder suas características de defunto por meio da toaleta funerária. O funeral é rápido, e, às vezes, alguém pronuncia algumas palavras em homenagem ao morto e tudo se encerra.⁽⁵⁾

Quanto mais se avança na ciência, mais se nega e se teme a realidade da morte. Com sua negação, nega-se, também, a doença e oculta-se do doente que seu estado é grave e que vai morrer, considerando-se tal atitude um ato de piedade. As decisões acerca da vida do moribundo ficam nas mãos da família e da equipe de saúde, que escolhem o que julgarem melhor para ele.⁽¹⁾

Partindo desse comportamento, a morte transformou-se em um fenômeno a ser vivido discretamente, tornando-

a técnica e institucional. Passa a ocorrer nos hospitais, porque esses representam o local do saber médico, da grande quantidade de serviços auxiliares, de aparelhos sofisticados e caros. Esse fato contribuiu para aumentar a dificuldade de seu enfrentamento, tornando-se um ato solitário e impessoal. Os casos de enfermidades graves são encaminhados às Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) dos hospitais que a possuem, locais onde se encontram as equipes especializadas, restando ao doente o silêncio, a solidão e o medo da morte iminente. O doente não conhece as pessoas que lhes prestam cuidados, daí porque morre-se sozinho, sendo a morte anônima.⁽⁵⁾

Kübler-Ross⁽⁹⁾ complementa que as UTIs são hoje o símbolo terrível da morte mais triste, mais solitária e mais desumanizada. Nas UTIs fundem-se os avanços tecnológicos alcançados pela medicina moderna, embora, desde a civilização antiga, já se falasse em observação contínua.

A transferência da morte para as UTIs generaliza o seu negar como uma ação coletiva e social. Escondeu-se o medo, o pavor, o morto e sua doença. A morte torna-se asséptica e invisível.⁽⁷⁾ E é nesse contexto da realidade nosocomial que se pode perceber evidentemente o temor e a negação da morte. Os profissionais de saúde, que trabalham diariamente com a possibilidade de morte, encaram-na como um resultado acidental diante do objetivo de sua profissão, que é a busca da saúde e a cura das doenças. Sentem-se responsáveis pela manutenção da vida de seus pacientes, sendo a morte considerada como um insucesso no tratamento, um fracasso da equipe, o que causa angústia àqueles que a presenciam.⁽⁵⁾

A sensação de fracasso diante da morte não é atribuída apenas ao insucesso dos cuidados empreendidos, mas a uma derrota diante da morte e da missão implícita das profissões de saúde: salvar o indivíduo, diminuir sua dor e sofrimento, manter-lhe a vida. O despreparo acadêmico, a dificuldade de discutir sobre o assunto e a não aceitação da morte como parte da vida, são fatores que contribuem para tal dificuldade. A falta de preparo e a falta de diálogo sobre a morte deixam os profissionais perplexos e distantes do paciente em iminência de morrer, dificultando as tomadas de decisão e a abordagem.⁽⁷⁾

São os profissionais de enfermagem, especialmente os auxiliares e técnicos, que estão mais próximos do paciente grave, no que diz respeito à proximidade física, de estar ali prestando os cuidados físicos mais demorados, que requerem mais tempo e dedicação, como afirma Boemer⁽¹⁰⁾. Por isso, são os que enfrentam um desgaste físico e emocional decorrente do cuidar dos outros continuamente. Sentem-se satisfeitos quando percebem o efeito positivo de seu cuidado, ao mesmo tempo que também experimentam a sensação de impotência em situações nas quais têm consciência da impossibilidade de ajudar os pacientes a se curarem ou a serem aliviados seus sofrimentos. Tais situações levam os cuidadores a perceber sua fragilidade em agir e reagir diante do sofrimento e da morte do paciente, optando por afastar-se do seu cuidado nesse momento tão delicado.⁽¹¹⁾ Esse afastamento se dá ao restringir as ações aos cuidados físicos, esses realizados em silêncio. A técnica, nessa situação, geralmente é utilizada como uma barreira que corta a possibilidade de um possível e indesejável

envolvimento humano, que se dá como forma de expressão inconsciente de suas defesas contra a morte.⁽¹²⁾

O profissional de enfermagem, ao exercer o papel de cuidador, assume uma grande responsabilidade consigo mesmo e com o outro. Não é fácil ser cuidador de um paciente cuja morte é iminente. É difícil proporcionar uma assistência de enfermagem digna, atendê-lo integralmente e aceitar que o limite desse cuidado possa ser traçado por ele. É necessário um equilíbrio das reações e emoções diante do paciente e seus familiares.⁽¹³⁾

A ansiedade em compreender como os profissionais de enfermagem reagem ao lidar com o processo da morte e do morrer dos pacientes e o desejo de conhecer o significado atribuído à morte, motivou o desenvolvimento desta pesquisa nas instituições hospitalares, inclusive no Centro de Terapia Intensiva da Santa Casa de Montes Claros – MG, onde foi colhida parte das informações que subsidiaram este estudo. Naquelas oportunidades, foi possível observar a dificuldade dos profissionais de saúde e, principalmente, os de enfermagem, em lidar com a morte. Há um certo receio em cuidar daqueles pacientes em iminência de morrer e, quando ocorria algum óbito, era perceptível o inconformismo dos profissionais diante do fato. Tal situação pôde ser observada com mais frequência em CTIs, onde estão concentrados os pacientes mais graves e, apesar da disponibilidade de recursos tecnológicos modernos, a morte não pode ser impedida.

Nesse sentido, esta pesquisa tem o objetivo de identificar qual o significado da morte para os profissionais de enfermagem que atuam no Centro de Terapia Intensiva (CTI) da Santa Casa de Montes Claros-MG. Espera-se que este estudo possa contribuir para a reflexão daqueles profissionais de saúde que vivenciam a morte no seu cotidiano de trabalho considerando que “o fato de falar mais sobre a morte possibilita melhor compreensão do seu significado e conseqüentemente uma aceitação com menos sofrimento”.⁽⁵⁾

Conforme Constenaro e Lacerda⁽¹¹⁾, os profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, para aprender a lidar melhor com a morte, não podem limitar sua atenção ao atendimento daquilo que é visível no corpo. A ampliação dessa visão é necessária, especialmente em áreas críticas como o CTI, onde a vivência com situações de vida/morte é sempre tão próxima. É necessário oferecer aos profissionais subsídios para que compreendam aquilo que se apresenta de forma invisível aos olhos, facilitando, assim, o trabalho com os pacientes em iminência de morrer. Rezende⁽¹⁴⁾ afirma que prestar cuidado e apoio terapêutico aos pacientes terminais significa ir além do bisturi, do fármaco ou do equipamento sofisticado - é tornar-se disponível e empático com aqueles que, na aflição, não querem somente analgésicos ou entorpecentes, mas sim a compreensão e a companhia de alguém solidário com sua dor e com seu destino.

Aos professores e acadêmicos, espera-se estimulá-los na busca da compreensão desse fenômeno para melhor lidar com ele. Ampliar tal conhecimento não permitirá que o indivíduo compreenda a morte em toda a sua complexidade, contudo possibilitará uma melhor atitude diante dela, proporcionando um agir profissional mais ético, mais filosófico, mais atento e mais humano. Deve-se entender que a morte não é um desafio à vida, mas parte integrante e inalienável da mesma.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo foi orientado pela abordagem qualitativa que, segundo Minayo⁽¹⁵⁾, é capaz de abranger a questão do significado e da intencionalidade ligada aos atos, às relações e às estruturas sociais. Permite alcançar a realidade social para além do que pode ser observado e quantificado. A autora orienta, ainda, que a pesquisa qualitativa compreende as representações sociais na vivência das relações objetivas pelos atores, atribuindo-lhes significado, uma vez que caminha para o universo das significações, motivos, aspirações, crenças e valores.

Segundo Leopardi⁽¹⁶⁾, quando se deseja compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, considerando seus sentimentos e emoções, atingindo aspectos particulares da realidade como experiência pessoal e não como um simples fato, o objeto da pesquisa é essencialmente qualitativo e requer uma abordagem qualitativa. Contribuindo com essas afirmações, Duarte e Furtado⁽¹⁷⁾ explicitam que esse tipo de pesquisa considera algo que só pode ser entendido a partir do ponto de vista das pessoas que o estão vivenciando, fato que justifica a escolha dos profissionais de enfermagem que atuam no CTI como sujeitos do estudo.

Trata-se também de uma pesquisa descritiva, que, de acordo com Duarte e Furtado⁽¹⁷⁾ “descreve um fenômeno ou situação, mediante um estudo realizado em determinado contexto espacial e temporal.” Neste caso, esta investigação foi realizada no CTI, onde, conforme Araújo e Vieira⁽⁵⁾ são internados pacientes graves, que correm risco de morrer e necessitam de cuidados especializados.

Os sujeitos deste estudo foram os enfermeiros e técnicos de enfermagem lotados no CTI adulto da Santa Casa de Montes Claros-MG, que presenciam a morte no seu cotidiano de trabalho, ancorando-se em Minayo⁽¹⁵⁾ ao declarar que “a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer”.

O quadro de funcionários de enfermagem desse CTI é composto por quatro enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem distribuídos em quatro plantões. Os quatro enfermeiros foram convidados a participar desta investigação e os técnicos de enfermagem foram sorteados em cada um dos turnos de trabalho.

Buscando atingir o objetivo proposto, foram utilizados, como instrumentos de coleta de dados, a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e a entrevista semi-estruturada individual.

Segundo Duarte e Furtado⁽¹⁷⁾, a pesquisa bibliográfica consiste em um estudo sistematizado desenvolvido a partir do material já elaborado e é geralmente encontrado nas bibliotecas e redes eletrônicas, acessível ao público em geral.

Dessa forma, apoderou-se fundamentalmente das contribuições de diversos autores sobre o assunto pesquisado, permitindo maior aprofundamento e maior delimitação do tema⁽¹⁸⁾. Também utilizou-se da pesquisa documental, que segundo Gil⁽¹⁸⁾ “[...] vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser re-elaborados de acordo com os objetos da pesquisa”. Na Santa Casa de Montes Claros,

a coleta de dados foi realizada em estatutos, arquivos, cadernos de registro, onde foram obtidas informações sobre a criação do hospital, especialidades atendidas, criação e características do CTI e principais causas de internação nessa unidade.

As entrevistas individuais foram realizadas nas dependências da Santa Casa de Montes Claros, sendo o local agradável e com condições adequadas de comodidade e privacidade, proporcionando espontaneidade por parte dos entrevistados.

Para o registro das entrevistas, foi utilizada a gravação das informações fornecidas pelos participantes. Leopardi⁽¹⁶⁾ afirma que o uso do gravador dá ao pesquisador a certeza de que obterá a reprodução fiel e íntegra da fala, evitando, assim, riscos de interpretações equivocadas. Permite, também, que o pesquisador fique atento à fala do entrevistado, intervindo quando se fizer necessário. Esclareceu-se ao entrevistado que não se preocupasse em dar respostas que ele considere corretas, pois o que se deseja é captar a sua maneira de pensar e perceber o tema abordado.⁽¹⁶⁾

Anteriormente à entrevista, foi realizado o pré-teste com um profissional de enfermagem de outro CTI na cidade de Montes Claros, com o objetivo de evidenciar falhas na redação da questão norteadora, podendo causar constrangimento e exaustão aos informantes. Dessa forma, o pré-teste foi aplicado com a finalidade de assegurar a validade e a precisão da questão.⁽¹⁹⁾

O Projeto de Pesquisa desta investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, através do Processo n° 166/05, de 14 de abril de 2005, atendendo à Resolução n° 196/96 do Ministério da Saúde⁽²⁰⁾.

Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido informadas sobre a autonomia individual, a privacidade, a confidencialidade das informações e que os resultados seriam utilizados exclusivamente para fins científicos. Para garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, foram utilizados nomes fictícios de flores para identificá-los e essas codificações estão presentes nesta pesquisa na fase de análise dos dados, após cada enunciação dos envolvidos. A Gerente de Enfermagem da Santa Casa de Montes Claros assinou um Termo de Consentimento e Compromisso da Instituição, concordando com a realização da pesquisa.

A análise dos dados empíricos foi organizada segundo a técnica da análise do discurso, com a identificação das figuras e dos temas dos discursos, constituindo-se a rede de expressões que foram recortadas e agrupadas de acordo com os elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si⁽²¹⁾. Dessa forma, construíram-se duas categorias empíricas:

- O trabalho no CTI: lutar pela vida x lidar com a morte;
- A obscuridade da morte e busca de uma elucidação.

O TRABALHO NO CTI: LUTAR PELA VIDA X LIDAR COM A MORTE

Souza e Boemer⁽²²⁾ afirmam que os profissionais de saúde são aqueles que têm a missão de zelar pelo cuidado da saúde do homem, de modo a adiar a morte o máximo

possível. Devido ao contato muito próximo com situações que revelam a possibilidade humana da morte, esses profissionais se vêem perante a expectativa de que sua função é curar e restabelecer a saúde de todos.

Ao refletir sobre questões de morte e morrer, é necessário considerar as transformações históricas das atitudes diante da morte, pelas quais a sociedade passou. Da morte vivida com preparo e tranquilidade na Idade Média, passou-se a um momento de temor e aflição do homem nos dias atuais. A cultura ocidental imprimiu-lhe uma intensa angústia que pode ser percebida em situações de aversão e terror frente ao simples imaginar de tal possibilidade.⁽²²⁾

A morte transformou-se em um fenômeno a ser vivido discretamente, tornando-a técnica e institucional. Passou a ocorrer nos hospitais, porque esses representam o local do saber médico, da grande quantidade de serviços auxiliares, de aparelhos sofisticados e caros. Esse fato contribuiu para aumentar a dificuldade de seu enfrentamento, tornando-se um ato solitário e impessoal.⁽⁹⁾

Lino e Silva⁽²³⁾ complementam, afirmando que o Centro de Terapia Intensiva surge com a finalidade de centralizar pacientes com alto grau de complexidade em uma área hospitalar adequada, com disponibilidade de materiais e equipamentos modernos e recursos humanos capacitados para prestar um cuidado contínuo, que favoreça o restabelecimento das funções vitais do organismo. É possível perceber, nos discursos dos profissionais de enfermagem que atuam no CTI, o quanto valorizam a luta pela vida e o quanto almejam a recuperação dos pacientes que recebem os seus cuidados:

[...] nós estamos ali colocando todos os nossos conhecimentos, a teoria e a prática em prol do paciente [...] só procura ver o paciente reagindo, a gente só quer ver a vida, quer ver ele voltar e esperar que no amanhã ele esteja bem (CRAVO).

[...] o paciente parou, todo mundo corre lá... naquela questão de tentar reanimá-lo, sabe. [...] fica lá, às vezes, uma hora fazendo massagem cardíaca tentando reanimar o paciente (MARGARIDA).

O CTI é uma área crítica, onde devido à gravidade dos pacientes, existe a expectativa de que possa ocorrer um óbito a qualquer momento, o que leva os profissionais de enfermagem a estarem sempre atentos, conforme evidenciam as enunciações:

[...] você já vive aquele cotidiano de esperar, aquela expectativa que vai acontecer (BROMÉLIA).

[...] a expectativa é de ficar de olho, sempre atenta na parada, entendeu? (LÍRIO).

Constenaro e Lacerda⁽¹¹⁾ ressaltam que, no CTI, a vivência com situações de vida e morte é sempre muito próxima. Convive-se com a morte diariamente, apesar da disponibilidade de recursos e da luta incessante dos profissionais para manter a vida e promover a reabilitação dos pacientes. Os profissionais entrevistados declaram essa convivência cotidiana com a morte:

Nessa unidade todo dia você convive com a morte [...] todo dia a gente vê isso acontecer (LÍRIO).

No CTI é quase impossível porque tem óbito mesmo, tem sempre é dois, é um. Às vezes passa assim uns três plantões sem óbitos, mas depois vem um tanto de uma vez (AZALÉIA).

Spíndola e Macedo⁽²⁴⁾, ao investigarem o significado do morrer na visão dos profissionais de saúde - médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, observaram que assistir o paciente morrendo era um oponente que contrariava o propósito de salvar vidas.

É possível perceber que, apesar de o CTI ser um ambiente crítico, onde pacientes graves com risco de morte são acontecimentos freqüentes, os profissionais estão sempre empenhados na luta em defesa da vida.

Segundo Mendes e Linhares⁽²⁵⁾ a relação com o paciente grave confronta o profissional de enfermagem continuamente com situações limites que oscilam entre a vida e a morte, tornando a atividade de cuidar de um paciente em iminência de morte geradora de sofrimento psíquico para aqueles que atuam no CTI, sendo difícil lidar com a morte. O constrangimento e a dificuldade dos profissionais em lidar com esse tema está expresso no conjunto discursivo:

Uma grande perda porque assim, trabalhar no CTI é lutar pela vida e de repente o paciente vai pro óbito, você acaba vendo que é uma perda e, pra mim, é muito sofrimento (JASMIM).

É muito difícil, lido com muito sofrimento [...] Eu lido com muita tristeza, muita tristeza mesmo, é ruim até de falar (JASMIM).

Para Pitta⁽²⁶⁾, o trabalho em saúde é vivido com prazer e angústia. Prazer referente à valorização social que esse cuidado tem na cultura ocidental e, por consequência, os profissionais também são igualmente valorizados por serem pessoas destinadas a cuidar de quem está sofrendo. Por trazer ao profissional o inevitável contato com sua impotência, frente à morte, é válido ressaltar que esse aspecto pode ser fonte de estresse e sofrimento psíquico para tais trabalhadores.

Constenaro e Lacerda⁽¹¹⁾ afirmam que os profissionais de enfermagem, ao mesmo tempo em que experimentam a sensação de impotência em situações nas quais têm consciência da impossibilidade de ajudar os pacientes a se curarem ou a ser aliviados de seus sofrimentos, também sentem-se satisfeitos quando percebem o efeito positivo de seu cuidado, fato evidenciado no seguinte discurso:

[...] puxa, é super gratificante você ver um paciente que estava numa fase difícil recuperando né, e dando continuidade de uma vida [...] (CRAVO).

Experimentar a sensação de impotência em situações nas quais têm consciência da impossibilidade de ajudar os pacientes a se curarem ou a ser aliviados de seus sofrimentos, levam os cuidadores a perceber sua fragilidade em agir e reagir diante do sofrimento e da morte do paciente.⁽¹¹⁾

[...] é como se tivesse por fazer mais alguma coisa que [...] podia ter feito né, e não... [...] deixou de fazer,

omitiu um cuidado que poderia ser crucial praquele paciente, então a gente sente um pouco impotente diante disso, da morte (AGAPANTO).

[...] eu sempre acho que deveria ser feito mais, que deveria ter feito mais alguma coisa, mesmo sendo feito todo, assim, um atendimento grande, cê espera ter sucesso, né? [...] (JASMIM).

É explicável o fato de os profissionais sentirem-se impotentes diante da perda de um paciente que está sendo assistido ou reanimado. Esse “fracasso” não se traduz somente nos cuidados empreendidos, mas uma derrota diante da morte e da missão implícita das profissões de saúde: salvar o indivíduo, minimizar sua dor e seu sofrimento, trazê-lo à vida.⁽⁷⁾

Deve ser aceita a inevitabilidade da morte, que deve ser encarada de frente e compreendida como um fato esperado e não como um privilégio ou desgraça particular de alguém. Refletir sobre a morte pode torná-la mais familiar e, portanto, menos ameaçadora. Compartilhar os sentimentos do morrer torna-os mais suportáveis.⁽²⁷⁾

Apesar de ocorrerem óbitos diariamente no CTI, o profissional não se acostuma com a morte, fica sempre mais sensível diante do fato e sofre mais a cada dia.

Não é porque você vive dentro de um ambiente como o CTI que você acostuma com a morte, não é bem assim. Eu por exemplo nunca me acostumei (BROMÉLIA).

[...] cada dia que passa eu fico mais sensível com a morte [...] a verdade é que ninguém acostuma (JASMIM)

Reconhecer o processo de morte e morrer como sendo um período que, apesar de ser cheio de dor e de sentimentos tristes, torna-se possível conviver com o acontecimento, viabiliza desenvolver as atividades profissionais com mais facilidade quando a morte ocorre. Essa atitude não caracteriza frieza diante da morte e sim uma estratégia de defesa para melhor lidar com ela.⁽²⁸⁾

Spíndola e Macedo⁽²⁴⁾ afirmam que a insensibilidade aparente do profissional, ao vivenciar mais uma perda, significa um mecanismo de defesa com o fim de suportar a situação cotidianamente.

Com a prática nossa desses setores, a gente acaba ficando um pouquinho mais frio com relação à morte (AGAPANTO).

[...] pelo fato de ter todos os dias acontecendo esse tipo de coisa assim, cê já acaba acostumando [...] Cê acha assim, uma coisa normal (LÍRIO).

[...] pra gente se torna uma questão muito técnica lidar com a morte (AGAPANTO).

Conforme Burke⁽⁶⁾, a morte de uma pessoa provoca um sofrimento ainda maior quando agravada por circunstâncias como a surpresa, a violência e a idade precoce. Nesse contexto, Oba, Tavares e Oliveira⁽²⁹⁾ afirmam que a morte não afeta os profissionais de enfermagem do mesmo modo. A maneira com que reagem varia, em geral, de acordo com a idade de quem está morrendo, a gravidade da doença e o grau de envolvimento

com o paciente. Esta situação está presente nos enunciados:

Acho que a morte no CTI tem vários significados, principalmente se a gente for levar em conta o tipo de paciente que a gente recebe, né? Então a morte na criança é uma coisa, num jovem eu vejo de outra forma, no adulto de outra, num paciente idoso e naquele paciente terminal, de um outro sentido (ROSA).

[...] vai do momento, da ocasião, vai do motivo da morte, vai da causa que levou à morte, vai da família que tá envolvida, do apego [...] (ROSA).

Há uma maior dificuldade em se lidar com a morte de um paciente mais jovem devido à maior perspectiva de vida nessa faixa etária. Quando o quadro envolve pessoas jovens, a presteza e a especificidade do cuidado do profissional surgem com maior frequência, e o sofrimento diante da morte desses é maior, de mais difícil aceitação.⁽⁷⁾ Essas experiências podem ser percebidas no seguinte conjunto discursivo:

E eu vejo a morte, assim, difícil de lidar mais, maior dificuldade quando a gente vê num paciente mais jovem, um paciente onde tem toda uma expectativa de vida, né? (ROSA).

E muitas vezes você vê aqueles pacientes jovens que chegam, que acabam causando uma certa comoção em você, porque, aquela pessoa jovem, bonita, que tinha toda uma vida pela frente, cê sabe que poderia ter todo um futuro e que de repente essa pessoa começa a evoluir de uma forma tão negativa que acaba indo a óbito realmente, então é triste, é bem complicado (AZALÉIA).

As mortes por trauma também geram sofrimento, principalmente, se a princípio, o prognóstico era bom e o paciente evolui para um óbito que não era esperado pela equipe. O sofrimento e a frustração dos profissionais, principalmente quando todos os esforços são investidos na tentativa de recuperá-lo, ocorre a morte em seguida.⁽⁷⁾ Essa realidade pode ser percebida no relato de Rosa ao afirmar que:

Quando a morte é mais traumática, em casos de acidentes, né? Os AVCs hemorrágicos, aquela morte que pega de maneira brusca, essa é mais difícil da gente tá administrando em todos os sentidos.

Quanto mais tarde no ciclo de vida, menor o grau de estresse associado à morte. Considera-se que na velhice o indivíduo já viveu o bastante para realizar-se, e assim a morte é encarada com mais tranquilidade nessa fase.⁽⁶⁾ Quando se trata de pacientes idosos e pacientes de prognóstico ruim, a morte já é esperada pela equipe, que já se prepara para enfrentá-la, o que causa sofrimento um pouco menor, como evidenciado nos discursos que se seguem:

[...] quando for um paciente já de idade avançada, de doenças crônicas várias, né? A gente já sente assim, nós próprios já nos preparamos um pouco pra que aquele paciente vá evoluir pra um prognóstico ruim ou óbito (AGAPANTO).

Sobre paciente idoso, paciente terminal, aí é uma coisa mais tranquila [...] (ROSA).

Se é um idoso, ele já teve uma passagem cumprida [...] (BROMÉLIA).

Contrapondo, Burke⁽⁶⁾ afirma ainda que a morte de pessoas idosas também não acontece sem estresse, pois até chegarem ao óbito ficam debilitadas e dependentes. Os profissionais declaram que, apesar da morte de um paciente jovem ser mais triste, a morte do idoso em alguns casos também é enfrentada com dificuldade...

[...] o paciente mesmo idoso que, assim, no início [...] tinha uma esperança, que o prognóstico dele era bom, era melhor e com o decorrer do tempo ele foi piorando e a gente foi envolvendo com ele, com aquele cuidado com o paciente, então [...] fica mais sentida mesmo nestes casos (MARGARIDA).

Segundo Boff⁽³⁰⁾, o cuidado é uma atitude que designa atenção, zelo, ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro, considerando que somente surge, quando a existência de alguém tem importância para outrem.

Como atores atuantes no cuidado, os profissionais de enfermagem são os que estão mais próximos do paciente grave, no que diz respeito à proximidade física, de estarem ali prestando os cuidados mais demorados, que requerem mais tempo e dedicação.⁽¹⁰⁾ Esse cuidado diário aumenta o vínculo entre o profissional e o paciente, como foi expresso por Margarida.

Horta⁽³¹⁾ destaca que só existe luto se houve vínculo. Quanto maior o vínculo estabelecido com o paciente, maior o sofrimento do profissional, quando aquele vem a falecer. Percebe-se nos relatos que, não havendo criação de vínculo com o paciente, o sofrimento é reduzido quando este vem a falecer:

[...] o paciente que chega inconsciente não te choca tanto. Agora quando o paciente chega, tá conversando com você, bate um papo, você conversa, você passa a fazer o melhor por ele [...] e ele evolui para o óbito, então assim, é muito mais triste (AZALÉIA).

Muitas vezes até sofremos junto com eles né? É até difícil te dizer isso porque na convivência que cê passa a ter com o paciente, de tá cuidando dele no dia a dia, e você vem a perdê-lo, é muito complicado (CRAVO).

A família sofre com a internação de um parente no CTI. Tem necessidade de informações relacionadas à internação, ao ambiente, ao risco de vida do seu parente, enfim, necessidades que geram estresse e que devem ser consideradas pelos profissionais durante toda a internação.⁽³²⁾

A perda gerada pela morte é sempre irreparável para a família, e quanto mais contato o profissional estabelecer, mais irá incorporar as expectativas e angústias que a família vivencia em um momento tão crítico.⁽⁵⁾ Essa situação encontra-se expressa nos discursos seguintes:

Quando você passa a envolver com a família também, isso de certa forma te entristece, cê acaba recebendo um pouco daquele sofrimento que a pessoa te passa [...] (AZALÉIA).

[...] em decorrência da família, dos familiares, a gente se envolve [...] (ROSA).

A cultura que permeia o entendimento dos clientes e sua família a respeito do significado da internação em CTI está diretamente relacionada à questão da morte. A morte parece permear os pensamentos e sentimentos da família.⁽³²⁾

Segundo Perazzo⁽³³⁾, a equipe de enfermagem permanece mais tempo ao lado dos enfermos, são os profissionais que convivem mais diretamente com os seus sofrimentos, sendo também os mais freqüentemente questionados por eles ou por seus familiares sobre a evolução da sua doença ou sobre as perspectivas do seu tratamento, conforme afirma Azaléia:

[...] a pessoa vem com aquela esperança, com aquele olhar: O paciente melhorou? Saiu do tubo? Como é que tá? O quê que você acha?

Uma das grandes dificuldades de lidar com a família é a hora de dar a notícia da morte de um parente que estava internado. O medo de avisar a família da morte do doente ou de sua proximidade assemelha-se ao medo do profissional, que ao se deparar com sentimentos e reações “descontrolados”, também teme perder o controle sobre suas reações emocionais.⁽²⁶⁾

No CTI, cenário desta pesquisa, a responsabilidade de informar o óbito para a família é dos funcionários da empresa funerária, mas muitas vezes a família está presente no CTI no momento em que o paciente morre, ficando a cargo dos profissionais que estão de plantão darem a notícia. Nem sempre a família está preparada para receber uma notícia tão trágica e o profissional sente-se constrangido em ser o portador da notícia:

[...] você tem que chegar pra família e falar: olha, seu parente acabou de ir a óbito. Não é fácil comunicar uma coisa dessas. Então assim, é horrível, é horrível, eu não gosto. É muito ruim, as pessoas se desesperam, gritam, choram, é triste, é triste mesmo, você ter que passar, que comunicar um óbito é uma sensação muito ruim, muito ruim mesmo, eu fico transtornada [...] (AZALÉIA).

O profissional de saúde, ao informar alguém sobre a morte de parentes e amigos em situações quaisquer, confronta-se de modo inevitável com suas próprias convicções, anseios e significação da morte. Admitir a morte como um fato na profissão, repassá-la aos outros como um “fracasso” ou falta de êxito nas manobras de reanimação, é algo frustrante e causador de ansiedade.⁽⁷⁾

A OBSCURIDADE DA MORTE E A BUSCA DE UMA ELUCIDAÇÃO

Os profissionais de enfermagem possuem conhecimentos limitados para trabalhar com a terminalidade e a morte, com uma formação voltada a ações técnicas e práticas, com escasso embasamento teórico acerca das reais necessidades do paciente e da família que estão em processo de morte. Especialmente no CTI, onde esses profissionais se deparam com o paciente grave, que está morrendo, procuram realizar as tarefas da melhor maneira possível, mas têm dificuldade para apoiar e confortar o paciente e sua família⁽²⁸⁾:

[...] o quê que você fala pra pessoa numa hora dessas? Não tem nada [...] é ficar ali vendo a pessoa chorar e fazer o que você puder, igual dar uma água, acompanhar a pessoa até a funerária, mas não tem mais assim o que fazer. É difícil (AZALÉIA).

De acordo com Fischer e Silva⁽¹³⁾, o profissional de enfermagem, ao exercer o papel de cuidador, assume uma grande responsabilidade consigo mesmo e com o outro. Não é fácil ser cuidador de um paciente, cuja morte é iminente, sendo difícil proporcionar uma assistência de enfermagem digna, atendê-lo integralmente e aceitar que o limite desse cuidado possa ser traçado por ele. Diante disso, torna-se necessário um equilíbrio das reações e emoções diante do paciente e seus familiares. Apesar de o sofrimento existir, o que se busca é assumir uma atitude profissional ao lidar com os próprios sentimentos diante do sofrimento causado pela morte:

[...] a gente como profissional tem que realmente controlar muito as nossas emoções (AZALÉIA).

[...] a gente procura ser profissional, né? Mas no fundo a gente tá sofrendo [...] (CRAVO).

Martins, Alves e Godoy⁽³⁴⁾, ao observarem que a equipe de enfermagem apresentava dificuldade em assistir os pacientes graves, investigaram os sentimentos e as reações que a equipe apresentava quando prestava atendimento a esses pacientes, assim como suas conseqüências. Encontraram que o fato de a equipe lidar diariamente com a morte era extremamente angustiante, o que levava à utilização de mecanismos de defesa.

Pitta⁽²⁶⁾ menciona alguns dos mecanismos de defesa identificados na relação profissional de saúde/paciente: fragmentação na relação técnico/paciente, reduzindo o tempo de contato com a atividade e distribuindo as tarefas com a equipe; despersonalização e negação de sentimentos, exercendo o controle sobre eles; tentativa de eliminar decisões, estabelecendo um ritual para o desempenho das tarefas, uma padronização das condutas, antecipando escutas e respostas para não atender uma demanda a cada momento. Esse ritual tem por objetivo diminuir a ansiedade e minimizar o discernimento individualizado de cada profissional em planejar o seu trabalho e reduzir o peso da responsabilidade, dissipando com vários profissionais a divisão de tarefas, diluindo-o numa hierarquia flexível.

Um dos mecanismos de defesa descrito por Pitta⁽²⁶⁾ é o ritual para o desempenho das tarefas e a distribuição das mesmas dentro da equipe, além da padronização das condutas, que fica evidenciado no seguinte discurso:

No CTI, na hora que o paciente começa a bradicardizar, chega a turma toda, cada um faz, cada um já tem a sua tarefa, um vai pra medicação, um pra ventilação, outro pra massagem cardíaca, então é muito bem dividido (JASMIM).

Outro mecanismo de defesa apontado por Pitta⁽²⁶⁾, na relação profissional/paciente, é a tentativa de exercer controle sobre os sentimentos, evitando maior envolvimento e não demonstrando seu sofrimento diante

da morte. Para Martins, Alves e Godoy⁽³⁴⁾, essa estratégia protege o profissional de um maior envolvimento pessoal e conseqüente sofrimento decorrente deste envolvimento e encontra-se presente nos discursos:

Eu antes já tive muitos problemas com isso, né, de me envolver muito com situações de pacientes. Hoje eu tento separar o máximo possível o profissional do pessoal [...] não deixo transparecer (AGAPANTO).

[...] eu procuro me envolver o mínimo possível, porque se não realmente eu sofro [...] (AZALÉIA).

Conforme Silva e Ruiz⁽⁷⁾, um dos grandes dilemas dos profissionais ao lidar com o paciente grave e o morrer é o definir até que ponto se deve estender o contato emocional com o paciente. Fala-se muito em manter a postura profissional, mas ao tentar agir o mais profissionalmente possível, o cuidado restringe a sua atuação apenas à repetição de técnicas. Com isso, corre-se o risco da automatização da morte, tornando-a um processo corriqueiro, sendo que muitas vezes o profissional não leva em consideração que está lidando com vidas.

Então a gente fica muito automatizado com o tempo [...] pensa muito em custo, pensa muito em assistência, em número de funcionários, gasto de horas de banho, de decúbito e acaba automatizando a morte e tornando, assim, um processo corriqueiro pra gente (AGAPANTO).

Na sociedade moderna industrial há um afastamento da morte, o que é refletido na modificação das atitudes perante ela. Diante da morte, o imperativo é o silêncio. A grande cena da morte foi transformada num ato frio, onde ninguém tem direito de se emocionar senão às escondidas para não perturbar os sobreviventes.⁽⁵⁾

Para ser profissional, não é necessário tolher as emoções e sentimentos individuais, especialmente em saúde, quando o trabalho existe entre pessoas, por meio da comunicação, da troca interativa.⁽⁷⁾

Em oposição àqueles que relataram ser preferível não se envolver emocionalmente, nos discursos seguintes é possível perceber que se entregar às emoções é um fator que alivia as angústias.

[...] nós acabamos nos envolvendo mais, e aí o sentimento num deixa, né? Acaba aflorando. Eu falo a questão de não barrar isso aí também, né? Uma coisa que eu acho que a gente não deve lidar assim, cortar, ou não deixar que a emoção venha [...] a gente chora junto também (ROSA).

[...] aconteceu às vezes de eu até chorar sabe, de desabafar [...] com o desabafo sabe, aí chorei, chorei, chorei e depois melhorou e pronto (LÍRIO).

A história de vida tende a interferir no atendimento aos pacientes internados. Ao se deparar com a sua história, o profissional se sente sensibilizado com o fato, o que interfere no seu psiquismo, em suas significações de trabalho, de morte e morrer.⁽⁷⁾

A equipe de enfermagem também sofre, fica machucada, se perde, e mesmo agindo profissionalmente, vincula o sofrer à sua pessoa, desgastando-se e

entregando-se. Percebe-se, no discurso de Jasmim, que o profissional, ao recordar o sofrimento já vivido com as perdas pessoais, imagina que aquela família, que acaba de perder um parente, está passando pelo mesmo sofrimento que experimentou, compartilhando os mesmos sentimentos.⁽¹¹⁾

[...] eu já tive umas três perdas grandes [...] então na hora que eu vejo aquilo eu fico assim, vivendo aquele sofrimento que eu tive antes [...] pra mim é como se a família fosse sofrer como eu (JASMIM).

Dessa forma, os profissionais de enfermagem reafirmam o respeito que sentem pelo paciente e pela família, ao se sensibilizarem com seu sofrimento, situação que demonstra compaixão.

Boff⁽³⁰⁾ afirma que a compaixão não é um sentimento menor de prioridade para quem sofre. Não é passiva, mas altamente ativa. Com-paixão, como a filologia latina da palavra sugere, é a capacidade de compartilhar a paixão com o outro, trata-se de sair de seu próprio círculo e entrar na galáxia do outro, para sofrer com ele, alegrar-se com ele, caminhar junto com ele e construir a vida em sinergia com ele. O profissional sofre porque está junto de quem está morrendo, e ambos são seres humanos que se compadecem entre si e se solidarizam.

Spíndola e Macedo⁽²⁴⁾ afirmam que assistir o paciente morrendo propicia um momento de reflexão que conduz os profissionais de enfermagem a lembrar da finitude humana. Vivenciar a morte dos pacientes leva o profissional a refletir acerca da sua própria terminalidade, como expresso nos enunciados:

[...] você fica prevendo o seu amanhã. Hoje tá aquela pessoa, aquele paciente naquela situação, amanhã pode ser um parente meu, ou pode ser até mesmo eu, né? [...] por exemplo um politraumatizado que andava de moto e acontece um acidente, fica dias no CTI, em coma. Eu também sou motoqueiro, o meu emocional já fica meio abalado, né? [...] (CRAVO).

[...] o que eu imagino é que a gente tá numa fila, nós não sabemos qual é a nossa posição na fila [...] quem sabe a gente pode ser até o próximo [...] (JASMIM).

Corroborando com o tema, Silva e Ruiz⁽⁷⁾ ressaltam que constrói-se uma abstração da morte e do morrer concreta do outro. Assumir a morte concreta do indivíduo assistido, significa compartilhar da realidade trágica e dolorosa do sentimento da perda de si mesmo.

Segundo Mendes e Linhares⁽²⁵⁾, o contato com a morte parece suscitar nos profissionais o confronto com a sua própria morte, gerando conflitos entre prestar melhor assistência ao paciente, ouvindo suas queixas, expectativas e necessidades e se afastar dela para não ter que pensar suas próprias questões.

Segundo Burke⁽⁶⁾, ter uma crença religiosa torna a morte um fato mais aceitável, pois acredita-se na imortalidade da alma. Percebe-se pelos discursos que ter uma religião como suporte, ajuda o profissional de enfermagem no enfrentamento da morte dos pacientes no seu cotidiano de trabalho:

Pelo fato de eu ser evangélica, né? [...] eu acho que a morte faz parte da vida [...] na igreja mesmo, é uma festa porque a pessoa tá salva e a gente sabe pra onde que ela tá indo (LÍRIO).

Eu sou evangélica [...] eu oro muito, gosto de orar, gosto de me voltar pra Deus nessas questões [...] (AZALÉIA). [...] muitas vezes vai contra as nossas leis e sim a favor da lei de Deus que é o fim da vida (CRAVO).

Para Boff⁽³⁾, a morte é o lugar do verdadeiro nascimento do homem, sendo o fim da vida, mas um fim interpretado como objetivo alcançado, que conduz o homem à eternidade. A morte se apresenta como uma situação privilegiada da vida, na qual o homem irrompe numa maturação espiritual, onde a inteligência, a vontade, a sensibilidade e a liberdade podem, pela primeira vez, evidenciar em sua plena espontaneidade, sem os condicionamentos exteriores e as limitações inerentes à sua situação no mundo.

CONSIDERAÇÕES

A apropriação do conhecimento advindo deste estudo, encarado de forma aproximativa e inacabada, mostrou-se relevante por suscitar reflexões sobre o lidar com a morte no cotidiano de trabalho no CTI, para os profissionais de enfermagem, através de seus discursos e da literatura consultada.

A aproximação com os sujeitos envolvidos neste estudo foi a experiência fundamental desta pesquisa. Tentar interpretar seus discursos, consultar e interagir com os autores e comparar os resultados alcançados com os descritos no referencial teórico, traduziram-se em um esforço gratificante e possibilitou elaborar algumas recomendações.

Sugere-se a organização de uma proposta educativa que inclua oficinas de sensibilização e a implementação de programas de educação continuada para toda a equipe de profissionais de saúde atuantes no CTI, objetivando prepará-los melhor para vivenciar a experiência da morte e do morrer no seu cotidiano de trabalho e da vida.

Ampliar o conhecimento sobre a morte não permitirá que o indivíduo a compreenda em toda a sua complexidade, contudo possibilitará uma atitude mais positiva diante dela, proporcionando um agir “profissional” mais ético, mais filosófico, mais humano. Há a necessidade de se entender que a morte não é um desafio à vida, mas parte integrante da mesma. “Como tudo o que é humano, a vida é também cansaço que anseia pelo sono”.⁽³⁵⁾

REFERÊNCIAS

1. Chiavenato JJ. A morte: uma abordagem sócio cultural.. 2ª ed. São Paulo: Moderna; 1998. 126p.
2. Vieira TR. Bioética e direito. São Paulo: Jurídica Brasileira; 1999. 80p.
3. Boff L. Vida para além da morte. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002. 208p.
4. Thomas CT, Carvalho VL. O cuidado ao término de uma caminhada. Santa Maria: Pallotti; 1999. 128p.
5. Araújo PVR, Vieira MJ. A questão da morte e do morrer. Rev Bras Enf 2004 maio/jun.; 57 (3): 361-3.
6. Burke LS. Falando sobre a morte em uma das intervenções do assistente social, 1999. [Citado em 14 dez. 2003]. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br>.
7. Silva ALL, Ruiz EM. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. Rev Est Psicol PUC-Campinas 2003 jan/abr.; 20 (1) : 15-25.

8. Ariés P. Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média. 2ª ed. Lisboa: Teorema; 1989. 190p.
9. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998. 296p.
10. Boemer MR. A morte e o morrer. São Paulo: Cortez; 1986. 135p.
11. Constenaró RGS, Lacerda MR. Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador? Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 2001. 96p.
12. Maranhão JLS. O que é morte. 4ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1998. 76p. (Coleção Primeiros Passos).
13. Fischer ES, Silva MJP. Reações emocionais da enfermeira no atendimento ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. Nursing (São Paulo) 2003 nov.; 66 (6) : 25-30.
14. Rezende VL, Organizador. Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: Editora da Unicamp; 2000. 128 p.
15. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. 269p.
16. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2ª ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem; 2002. 290p.
17. Duarte SV, Furtado MSV. Manual para elaboração de monografias e projetos de pesquisas. 3ª ed. rev. ampl. Montes Claros: Unimontes; 2002. 219p.
18. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1988. 159p.
19. Gil AC. Métodos e técnicas da pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1994. 175p.
20. Pessini L. Problemas atuais de bioética. 4ª ed. rev. ampl. São Paulo: Abril Cultural; 1997. 583p.
21. Gomes R. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Organizador. Pesquisa social: teoria, modelo e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002. 80p.
22. Souza LGA, Boemer MR. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. Medicina (Ribeirão Preto) 2005; 38 (1) : 49-54.
23. Lino MM, Silva SC. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. Nursing (São Paulo) 2001 out.; (41): 25-9.
24. Spindola T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. Rev Bras Enf 1994 abr/jun.; 47 (2) : 108-17.
25. Mendes AM, Linhares NJRL. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. Rev Bras Enf 1996 abr/jun.; 49 (2) : 267-80.
26. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994. 198p.
27. Moritz RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
28. Zorzo JCC. O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004. [Acesso em: 16 mar. 2005]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/22/133/tde-07072004-114012/publico/dissertacao.pdf>.
29. Obá MDV, Tavares MSG, Oliveira MHP. A morte mediante as representações sociais dos profissionais de saúde. Rev Bras Enf 2002 jan./fev.; 55 (1) : 26-30.
30. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001. 199p.
31. Horta AL. Processo de morte e morrer no paciente, na família e nos profissionais de enfermagem. Nursing (São Paulo) 2002 nov.; (54) : 15-7.
32. Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. Rev Latino-Am Enf 2002 maio/jun.; 10 (3) : 37-50.
33. Perazzo S. Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990. 147p.
34. Martins EL, Alves RN, Godoy SAF. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. Rev Bras Enf 1999 jan./mar. 1999; 52(1) : 105-17.
35. Alves R. Tempo de morrer. In: Alves R. O retorno e terno: crônicas. 7ª ed. Campinas: Papirus; 1996. p. 113.

Recebido em: 17/03/2006
Aprovado em: 30/05/2006