

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DA MORTE DE PACIENTES NO CONTEXTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Carolina da Silva Caram^I
Lilian Cristina Rezende^{II}
Lívia Cozer Montenegro^{III}
Lívia Napoli Afonso^{IV}
Tereza Cristina Peixoto^V
Maria José Menezes Brito^{VI}

RESUMO

O trabalho realizado no setor saúde é caracterizado pelo encontro entre profissionais de diferentes categorias, usuários e familiares, entrelaçando saberes e fazeres direcionados para a produção do cuidado. Configura-se, dessa forma, um trabalho essencial para a vida humana, sendo um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Neste contexto, os profissionais se deparam com situações que envolvem a morte, as quais constituem um elemento gerador de atitudes individuais e sociais que podem condicionar o processo vital e interferir no desempenho profissional. Diante disso, o objetivo desse estudo foi compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca da morte dos pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa realizado em um Hospital Universitário no Estado de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado realizada com profissionais da saúde que atuam na Unidade de Terapia Intensiva e também por observação não participante. Os dados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo. Alguns fatores foram indicativos que a equipe de saúde vivencia o sofrimento perante a morte dos pacientes: lidar com a morte, a empatia, a não concretização do trabalho expressa pela morte, o sentimento de frustração diante da morte. O sofrimento advém, muitas vezes, da formação profissional em saúde que fortalece a lógica de um modelo de saúde curativista, fazendo com que os profissionais busquem realizar suas atividades a favor da vida do paciente, o que torna difícil lidar com a morte. Além disso, também foi possível observar que a instituição não abre espaços de discussão a respeito desse assunto, bem como a equipe de saúde não está preparada para a escuta dos seus pares.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Equipe de Assistência ao Paciente. Unidade de Terapia Intensiva. Atitude frente à morte.

Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais EE/UFMG.^I
Membro e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Administração e Enfermagem (NUPAE).

Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais EE/UFMG.^{II}
Membro e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Administração e Enfermagem (NUPAE). Email: lilianc.enf@gmail.com

Doutora em Enfermagem pela EE/UFMG. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem^{III}
Materno Infantil e Saúde Pública. Membro e pesquisadora do NUPAE.

Mestranda em Enfermagem pela EE/UFMG. Membro e pesquisadora do NUPAE.^{IV}

Doutora em Enfermagem e Saúde pela EEE/UFMG. Membro e pesquisadora do NUPAE.^V

Doutora em Administração pela Escola de Ciências Econômicas da UFMG.^{VI}
Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFMG. Líder do NUPAE.

INTRODUÇÃO

O trabalho realizado no setor saúde é caracterizado pelo encontro entre profissionais de diferentes categorias, usuários e familiares, entrelaçando saberes e fazeres direcionados para a produção do cuidado. Configura-se, dessa forma, um trabalho essencial para a vida humana, sendo um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização.¹ Neste contexto, os profissionais se deparam com situações que envolvem a morte, as quais constituem um elemento gerador de atitudes individuais e sociais que podem condicionar o processo vital e interferir no desempenho profissional, haja vista que a cultura, os valores e as crenças influenciam no comportamento individual e repercutem na equipe de saúde.²

Apesar das situações que envolvem a morte ocorrerem cotidianamente, existe relutância cultural para discutir questões sensíveis sobre a temática³ o que tem gerado sofrimento, levando o profissional ao sentimento de impotência.⁴

A morte pode ser considerada um processo social, sendo que a percepção da morte pelos pacientes, familiares e profissionais de saúde está ligada à construção cultural.⁵ Atualmente, as pessoas estão se afastando cada vez mais do tema da morte, principalmente quando se trata do ambiente hospitalar, onde os pacientes estão sob os cuidados de profissionais que são formados para cuidar e salvar a vida e não estão preparados para conviver com a morte.⁵ Além disso, a percepção acerca da morte está inserida na lógica da sociedade capitalista e industrial que valoriza a longevidade.⁶

No cenário hospitalar, especificamente

a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), cujo setor é destinado ao atendimento de pacientes críticos que necessitam de cuidados específicos, contínuos e de alta complexidade, existem singularidades, entre as quais se destacam o convívio com o risco iminente de morte e um ambiente estigmatizado em face da complexa e alta quantidade de tecnologia. Os pacientes e familiares acabam articulando o aparato tecnológico à noção de gravidade do estado de saúde do paciente, desencadeando o medo e a aproximação com a morte.

Ainda sobre o ambiente da UTI, a estruturação física do local propicia relações mais próximas, tanto entre equipe quanto entre pacientes-familiares-profissionais. Neste sentido, esse locus se caracteriza como uma unidade complexa que possui um “sistema peculiar de vida interna, onde todas as esferas do viver social e do conviver grupal ocorrem nos limites do mesmo espaço físico, configurando as condições propícias para a formação e manutenção de padrões culturais específicos”.⁷ Dessa forma, o ambiente da UTI propicia maior tensão e evidencia dilemas éticos, podendo influenciar negativamente na qualidade da assistência.⁸

Considerando o exposto, o objetivo desse estudo foi compreender a percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva acerca da morte dos pacientes. Nesse sentido, esse estudo poderá suscitar reflexões acerca do convívio com a morte no ambiente da UTI, permitindo considerá-la como parte integrante do cotidiano de trabalho e da vida e não como a supressão do saber e da habilidade do profissional.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa realizada com abordagem qualitativa, que é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação e nas construções humanas significativas.⁹ A pesquisa buscou captar a subjetividade de profissionais da saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Universitário no estado de Minas Gerais. O Hospital Universitário se caracteriza pela junção entre ensino, pesquisa e assistência à saúde, apresentando características de hospitais de grande porte para o atendimento de alta complexidade, com equipamentos e tecnologia avançada para exames e intervenções contando com altos investimentos governamentais.

Os participantes da pesquisa foram 31 profissionais da saúde que atuavam na assistência direta ao paciente na UTI, sendo eles: 7 enfermeiros, 7 técnicos de enfermagem, 7 médicos, 7 fisioterapeutas, 1 fonoaudiólogo, 1 nutricionista e 1 psicólogo. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: o tempo de atuação dos profissionais na unidade, o vínculo empregatício com a instituição e o turno de trabalho. Assim, definiu-se como participantes os profissionais com mais de um ano de atuação na unidade, que não ocupassem cargo de ferista da UTI (profissionais que cobrem férias dos efetivos da UTI) e que assumissem o plantão diurno. O período de um ano foi determinado por entender que profissionais deveriam ter uma vivência de atuação na assistência na UTI. A exclusão dos feristas decorreu do fato de esses trabalhadores não permanecerem no setor por longos períodos, estabelecendo re-

lações diferenciadas com a instituição e com a equipe. Quanto à exclusão dos profissionais do plantão noturno, acredita-se que a dinâmica, as relações e o quantitativo de profissionais poderiam produzir percepções diferenciadas. Os dados foram coletados no mês de julho de 2013 após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino e do hospital no qual a pesquisa foi realizada (Parecer 329.009).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e observação. Os depoimentos dos participantes foram gravados e transcritos na íntegra após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No sentido de não haver interferência na interpretação e análise dos dados, os participantes foram identificados pela letra “E” de entrevistado e o número correspondente da ordem na qual as entrevistas foram realizadas. Essa estratégia visou a não influência da categoria profissional na compreensão das vivências dos profissionais que atuam na UTI.

Os dados da entrevista foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo.¹⁰ A Análise de Conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter a essência dos relatos por procedimentos sistemáticos e objetivos e a descrição de conteúdo das mensagens, isto é, “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.¹⁰ A análise dos dados foi feita seguindo-se três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.¹⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, foi possível observar que a equipe de saúde que atua na UTI vivencia o sofrimento perante a morte dos pacientes. O trabalho na UTI é marcado pela convivência com o indivíduo em estado crítico, tornando-se inerente ao trabalho dos profissionais lidar com a díade vida e morte. Assim, foram apontados como fatores que desencadeiam o sofrimento nos profissionais: lidar com a morte, a empatia, a não concretização do trabalho expressa pela morte e o sentimento de frustração diante da morte.

Considerando o sofrimento dos profissionais diante da morte, eles tornam-se angustiados diante da situação de morte iminente do paciente, uma vez que são formados para buscar a cura, colocando em dúvidas sobre o real significado da vida e da morte.¹¹ Percebe-se nessa situação a importância da adequada formação dos profissionais, os quais vivenciam conflitos e dificuldades que podem interferir nas práticas cotidianas do cuidado.¹²

Na UTI, os profissionais lidam, a maior parte do tempo, com situações inesperadas, além de encontrarem um perfil de pacientes que exige que eles desenvolvam o trabalho com agilidade. Em algumas realidades que se apresentam nesse setor, os profissionais não conseguem agir em tempo hábil, fazendo com que eles se sintam frustrados por terem que enfrentar a morte sem possibilidade de atuação. “O paciente que morre em menos de 24 horas sem você sabe o porquê, me frustra, porque não deu tempo de chegar a uma conclusão e poder fazer.” (E6)

Na UTI, os profissionais possuem estrutura física delineada, em que os recursos materiais são estrategicamente alocados a fim de facilitar e agilizar o trabalho e, por isso, os profissionais passam longas jornadas dentro do setor convivendo e produzindo cuidado sem precisar recorrer ao ambiente externo. A descrição do ambiente justifica-se para de-

monstrar que neste microespaço inserido em um hospital de grande porte se desenvolvem atividades assistenciais e relacionais intensas, destacando-se as interpessoais, profissionais e da própria psique do profissional. Portanto, os profissionais de saúde vivenciam um conflito no que se refere à dinâmica da UTI e da instabilidade do paciente crítico, em face ao impedimento do sofrimento alheio e da minimização da sua frustração, bem como do sentimento de impotência e de fracasso da não cura.¹³

Outra situação que potencializa o sofrimento do profissional da saúde ao se deparar com a morte do paciente é a empatia, isto é, ele se coloca no lugar do outro e percebe a finitude da sua própria vida. “*Situações que você vê pessoas da sua idade, às vezes, pessoas que você conhece. Em outras situações da vida, talvez em condição social diferente, mas você, às vezes, se enxerga no caso de um acidente de trânsito, em caso de assalto. As pessoas são trazidas para cá, então a gente se sente um pouquinho naquela situação. Isso me causa sofrimento.*” (E27)

O contato com a morte dos pacientes gera nos profissionais a consciência da própria morte, provocando sentimentos negativos que os tornam vulneráveis à situações potencialmente geradoras de conflitos internos. Esses conflitos, não trabalhados internamente, tendem a isolar o profissional e a comprometer o seu desempenho, tornando-se fatores de intenso sofrimento pessoal, com consequências imprevisíveis.

No que diz respeito a não concretização do trabalho como fonte de sofrimento diante da morte, os depoimentos expressaram que a morte do paciente demonstra que o ato do cuidado não foi efetivo, sendo motivo de frustração e um entrave no cotidiano de trabalho. “*Eu acho que há perda quando você não consegue. Você fazendo as coisas e acaba que a*

peessoa morre. Ai é um motivo de sofrimento.” (E7); “Então, por mais que a gente às vezes faça o meio impecável, às vezes o fim é outro. E às vezes é meio frustrante, e principalmente quando a gente investe, investe, investe, corre atrás, corre atrás, corre atrás, e perde o doente. Acho que de tudo é o que mais desgasta.” (E11)

Percebe-se que a morte representa, para os profissionais, a não efetivação do trabalho, haja vista que, mesmo ao realizar a assistência em sua excelência, o paciente vai a óbito. Portanto, a morte é considerada, nesse contexto, como um teste à competência profissional.¹⁴ Assim, os profissionais justificam o sofrimento que vivenciam questionando e negando a morte, por considerarem que ela foi “prematura”, isto é, como um acontecimento que não faz parte do curso natural da vida. “A situação que você chega para um paciente, e você já limitou totalmente os seus recursos de médico, fisioterapia, não tem mais recurso e você vê um paciente morrendo. Tem alguns pacientes que assim, é o curso natural da vida, mas tem alguns pacientes que você vê claramente que não era a hora. E isso é que dá mais sofrimento para a gente.” (E26)

Por meio da análise dos depoimentos, foi possível verificar que, embora os diversos recursos técnicos tenham sido utilizados, eles não foram capazes de manter a vida do paciente. Percebe-se a dificuldade dos profissionais em lidar com os pacientes, familiares e/ou com seus próprios sentimentos e emoções diante do trabalho que envolve a terminalidade da vida, acreditando na capacitação para superar essa dificuldade.^{15,16} Contudo, alguns autores salientam que os profissionais da saúde dificilmente recebem a informação e o treinamento necessário e suficiente para lidar com a morte e com seu processo.¹⁴ Ademais, os profissionais, muitas vezes, possuem dificuldade em expor seus sentimentos à equipe de saúde por medo de julgamentos e de serem ridicularizados.^{6,17} Assim, como forma de minimizar essas atitudes negativas, eles precisam de apoio psicológico e oficinas que trabalhem a respei-

to deste tema, buscando reduzir a ansiedade diante da morte.^{6,2}

A comunicação torna-se uma eficiente estratégia para minimizar o sofrimento profissional diante da morte, além de garantir a qualidade da assistência. Esta habilidade é capaz de desenvolver relação de confiança, facilitando a interação entre os profissionais, paciente e família.¹⁸ Portanto, a má comunicação é uma das principais barreiras que gera conflito no tratamento de um paciente na UTI,^{19,20} bem como nas relações entre os profissionais e no enfrentamento de questões postas no cotidiano, como a morte.

Apesar de muitas vezes, existirem falha na formação profissional, no apoio institucional e na comunicação com a equipe para enfrentar as situações de finitude da vida na UTI, os profissionais criam mecanismos de defesa para amenizar o sofrimento, abrangendo o apego à crença, a justificativa de um trabalho realizado mediante o desempenho da melhor técnica profissional, bem como o distanciamento da relação profissional-paciente-família, apesar de ainda sofrerem. As crenças estão presentes no imaginário e incorporado no comportamento dos profissionais, sendo expressas nos discursos que os fortalecem nas práticas assistenciais: “Eu acho que Deus colocou a gente aqui porque tinha que ser, porque a gente sabe que não é um trabalho fácil você lidar com pessoas, às vezes, é a vida e a morte o tempo todo.” (E18). Este depoimento demonstra que o comportamento influenciado pela crença, quando relacionado ao processo de morte, confere conforto, haja vista que se apresenta como justificativa para a experiência com a morte.²¹

Atualmente, tem-se discutido acerca da dimensão espiritual e filosófica na saúde. A espiritualidade é considerada uma experiência por meio da qual se pode captar a totalidade das coisas carregadas de significação e valor.²² Dessa forma, a pessoa desenvolve atitudes que colocam a vida no centro, defendendo e promovendo a vida diante de vários aspectos,

entre eles, a morte.²³ Elas criam modos de superar suas incapacidades e dificuldades, a fim de captar a totalidade e vivenciar as realidades para além dos fatos, com valores e sentidos de dimensões profundas, constituindo-se em matrizes geradoras de novas concepções e de formas de ver e se posicionar no mundo.²²

Outro mecanismo de enfrentamento perante a morte é o consolo de ter realizado um trabalho balizado na qualidade técnica profissional. *“Tranquilidade de ter a certeza que eu vim aqui, prestei a melhor assistência que eu poderia ter prestado para os pacientes e que foi importante para ele de alguma forma. Não necessariamente isso possa ter salvado uma vida porque, muitas vezes, independente da assistência que a gente preste, não tem como a gente salvar todo mundo. Mas, de eu ter a tranquilidade de chegar na minha casa e saber que a minha parte foi feita.”* (E13)

Os profissionais se apegam aos recursos técnico-científicos disponíveis e utilizados durante a assistência para não se culpabilizarem pelo óbito do paciente. Contudo, sabe-se que eles não são suficientes para que os profissionais sejam capazes de conviver com a morte, haja vista que ainda reproduzem a cultura biomédica voltada para a cura e a preservação da vida dos pacientes, bem como pela “equivoca fantasia de onipotência” proporcionada pelos avanços tecnológicos.¹⁷

A prática profissional voltada para o fazer técnico considera que o profissional tende a se distanciar das relações profissionais e com os pacientes/familiares. *“A gente vê o paciente, a gente aprende a não se apegar ao paciente, a não levar para casa os problemas daqui. Mas, não tem como porque estamos lidando com vidas, né!”* (E20). Com relação à tentativa de não envolvimento com os pacientes, percebe-se que o envolvimento ainda ocorre. Assim, os profissionais muitas vezes possuem dúvidas e sentem medo de criarem vínculos com os pacientes em decorrência da possibilidade de

sofrer com as situações de dor alheia.²⁴ Mas, sem perceber, já sofrem por tentar manter o outro afastado de si.²⁴

O contato com o ser humano para os profissionais de saúde é importante e confere sentido àquilo que realizam, sendo uma peculiaridade do trabalho na saúde. O cuidado prestado de maneira adequada ao paciente, respeitando a subjetividade do sujeito, tem a ver com as circunstâncias em que está sendo realizado o cuidado, considerando a dinâmica da ética das relações que se criam entre o profissional e o paciente,¹³ o que pode conferir ao profissional uma tranquilidade diante da morte.

Além de considerar as necessidades da atuação em consonância com conhecimentos técnico, prático e específico, o objeto de atenção do trabalho em saúde é o ser humano, e por ser um trabalho direcionado, focado e realizado por sujeitos, a dimensão subjetiva do trabalho sobressai à objetiva, apesar de a formação na área da saúde ainda ter forte componente objetivo.²¹ A subjetividade refere-se à experiência de ser sujeito, aquele que é submetido e aquele que realiza a ação²⁵ e, diante disso, tendo como perspectiva o cuidado humanizado ao paciente, torna-se evidente a importância de estender a discussão e a reflexão para a dimensão acadêmica, para que futuramente os profissionais compreendam o morrer em sua subjetividade, respeitando, assim, o momento do paciente e seus familiares.¹³

Embora o sofrimento advindo do convívio com a morte se sobressaia nos depoimentos dos participantes, a constante luta pela vida mobiliza o profissional a valorizar a cura, sentindo-se realizado quando consegue reverter situações que envolvem risco iminente de morte. *“Tirar um doente de uma situação crítica e trazê-lo de volta, digamos assim, a vida; a recuperação de um quadro de risco de morte e contribuir para a recuperação daquele pacien-*

te, ajudá-lo, minimizar o sofrimento. Eu acho que no quadro ali, no dia-a-dia do intensivista, a gente tem inúmeras histórias de casos que deixam marcas, umas não boas, mas muitas sim, gratificantes, de recuperação em que você pôde contribuir para saúde daquele paciente que está gravemente acometido.” (E31)

O produto do trabalho em saúde é consumido durante o fazer profissional, ou seja, na ação assistencial.²⁶ Neste Sentido, o profissional pode percebê-lo por meio da resposta do paciente à assistência prestada, o que gera sentimentos de prazer e gratificação.²⁷ Dessa forma, o prazer pela recuperação

e percepção da melhora do paciente, expresso no discurso dos participantes, remete à ideia de ter contribuído para que o paciente saísse da situação de risco e tivesse a oportunidade de voltar para casa e se inserir novamente na sociedade. O prazer na recuperação do paciente é considerado de extrema importância para o profissional,²⁸ pois permite que ele perceba sua contribuição para o paciente e que o objetivo do trabalho que ele se propôs a fazer foi concretizado de maneira efetiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de salvar vidas é de grande relevância no equilíbrio psíquico do profissional de saúde e a morte representa perda de uma vida, fazendo com que ele reflita sobre a finitude da própria vida e da não concretização do trabalho, sendo considerada um momento de sofrimento, frustração e intranquilidade.

O sofrimento advém, muitas vezes, da formação profissional em saúde que fortalece a lógica de um modelo de saúde curativista, fazendo com que os profissionais busquem realizar suas atividades a favor da vida do paciente, o que torna mais difícil lidar com a morte. Além disso, também foi possível observar que a instituição não abre espaços de discussão a respeito desse assunto, bem como a equipe de saúde não está preparada para a escuta dos seus pares.

Os profissionais de saúde necessitam encontrar subsídios para o enfrentamento da morte no ambiente de trabalho da UTI. Percebe-se que esta temática é um desafio para a equipe multiprofissional e há necessidade de discussões do processo de morrer na forma-

ção profissional e no cotidiano de trabalho. Além disso, é preciso que os profissionais busquem superar as limitações impostas pelos padrões culturais sobre a finitude da vida humana, para além da sua prática, sem banalizar a morte e passar a encará-la como consequência natural da vida de todas as pessoas, independentemente da idade ou circunstância. Dessa forma, minimiza-se o sofrimento no trabalho e permite que o profissional estabeleça relações de qualidade no ambiente da UTI, reforçando assim, sua prática assistencial e o seu modo de ser.

Existe a necessidade de espaços de discussão do tema no ambiente de trabalho como forma dos profissionais poderem extravasar e compartilhar seus medos, angústias e sofrimento com relação à morte.

A morte, portanto, emerge questões profissionais, pessoais e éticas no ambiente do trabalho da UTI e, a capacitação e a valorização da subjetividade, são potenciais mecanismos para reduzir o sofrimento e melhorar a vida do profissional com a díade vida-morte do paciente no trabalho em saúde. Este estudo

não esgota toda a temática abordada sendo necessário buscar outros estudos e ampliar os cenários para reflexão e discussão do tema.

THE PERCEPTION OF PROFESSIONALS ABOUT PATIENT DEATH IN THE INTENSIVE CARE UNIT CONTEXT

ABSTRACT

The work carried out in the health sector is characterized by the meeting of professionals from different categories, users and families, interlacing knowledge and actions aimed at the production of care. In this way, an essential work for human life is set up, being a work of the sphere of non-material production, which is completed in the act of its realization. In this context, professionals are faced with situations involving death, which are a generator of individual and social attitudes that can condition the vital process and interfere in professional performance. Therefore, the objective of this study was to understand the perception of the health professionals of an Intensive Care Unit about the death of patients. It is a qualitative approach case study done at a University Hospital in the State of Minas Gerais. Data were collected through semi-structured interviews with health professionals who work in the Intensive Care Unit and non-participating observation and were subjected to content analysis technique. It is noticed that the health team experiences the suffering before the death of the patients, identified by the factors: dealing with death, empathy, non-concretization of the work expressed by death, the feeling of frustration in the face of death. Suffering often comes from professional health training that strengthens the logic of a curative health model, making professionals seek to carry out their activities in favor of the patient's life, making it difficult to deal with death. In addition, it was also possible to observe that the institution does not open spaces for discussion on this subject, as well as the health team is not prepared to listen to their peers.

KEYWORDS: Nursing. Patient Care Team. Intensive Care Unit. Attitude toward death.

REFERÊNCIAS

1. Pires DEP. Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil. 2 ed. São Paulo: Annablume; 2008.
2. Sábado JT, Llistuella EG. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enferm Clín.* 2006; 11(3):104-109.
3. Gagnon J, Duggleby W. The provision of end-of-life care by medical-surgical nurses working in acute care: A literature review. *Palliat Support Care.* 2014; 12:393-408.
4. Kovács M.J. Educação para a morte. *Psicol Ciênc Prof.* 2005; 25(3): 484-497.
5. Lucena ALR, Amâncio AS, Correia AA, Vieira KFL; Virgínio NA, Matos SD. Morte no ambiente hospitalar: analisando a percepção de graduandos em enfermagem. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança.* 2014; 12(1): 4-14.
6. Cabrera MM, Gutiérrez MZ, Escobar JMM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Cienc Enferm.* 2008; 15(1): 39-48.
7. Fischer RM. O círculo do poder: as práticas invisíveis de sujeição nas organizações complexas. In: Fleury MTL, Fischer RM. *Cultura e poder nas organizações.* 2 ed. São Paulo: Atlas; 1996.
8. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Rev Acta Paul Enferm.* 2006; 19(4): 456-461.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2009.
11. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Rev Bioét.* 2005; 13(2): 51-63.
12. Sadala MLA, Silva MP. Care for terminal patients: the experience of medical students. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2008; 1(24): 7-21.
13. Santana JCB, Santos AV, Silva BR, Oliveira DCA, Caminha EM, Peres FS, Andrade CCD, Viana MBO. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Rev Bioét.* 2013; 21(2): 298-307.
14. Borges MS, Mendes N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(2): 324-331.
15. Combinato DS, Queiroz MS. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(9): 3893-3900.
16. Abrão FMS, Góis ARS, Souza MSB, Araujo RA, Cartaxol CMB, Oliveira DC. Representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(5): 730-737.
17. Silva KC, Nietzsche EA, Oliveira SG, Quintana AM, Ilhas S. O “não” à morte oferece o “sim” à obstinação terapêutica?. *Rev Enferm UFSM.* 2012; 2(2): 442-448.
18. Rodrigues MVC, Ferreira ED, Menezes TMO.

Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(1):86-91.

19. Moritz RD, Machado, FO, Heerdt M, Rosso B, Beduschi G. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(2): 141-147.

20. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011; 23(1): 24-29.

21. Bousso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2): 397-403.

22. Alves M, Brito MJM, Rodrigues TRS, Araújo MT. O trabalho na prática de Saúde. In: Salgado MI, Freire GT. (Orgs.). *Saúde e Espiritualidade: Uma Nova Visão da Medicina*. 1. ed. Belo Horizonte: Inede; 2013.

23. Boff, L. *Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2005. 104p.

25. Ramminger T, Nardi HC. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2008; 12(25): 339-346.

26. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos técnico-assistenciais. *Saúde Debate*. 2003; 27(65): 316-323.

27. Merhy EE, Franco, TB. Trabalho em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário Da Educação Profissional em Saúde*. 2 ed. 2008: 427-432.

28. Souza SS, Costa R, Shiroma LMB, Maliska ICA, Amadigi FR, Pires DEP et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Rev Eletr Enferm*. 2010; 12(3): 449-455.