

A gestão da morte e do luto na formação e assistência em um hospital de ensino

The management of death and mourning in training and care in a teaching hospital

Giana Diesel Sebastiany

Doutora em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS; Professora Adjunta da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC/RS; Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Santa Cruz – HSC/RS; Aluna do MBA em Gestão Hospitalar UNINTER.

giana@unisc.br

Cristiano Caveião

Enfermeiro, Especialista em Gestão de Saúde e Auditoria; Mestre em Biotecnologia; Doutorando em Enfermagem; Orientador de TCC UNINTER.

RESUMO

O artigo ora apresentado é o resultado de uma pesquisa que teve como objetivo investigar a formação dos profissionais da saúde para o enfrentamento das questões da morte e do luto, bem como os desafios lançados à gestão hospitalar no século XXI. Considerando o delineamento do tema, optou-se por uma pesquisa bibliográfica exploratória, selecionando textos e autores capazes de esclarecer, a partir de uma interlocução entre as suas produções, como se deu e como deveria se dar a formação e a gestão da morte e do morrer para os profissionais da saúde, em um hospital de ensino. A literatura nos mostra que a formação para salvar vidas tem imensa dificuldade ao lidar com a morte e isso não pode ser negligenciado. A pesquisa apontou que o hospital é o local institucionalizado da morte na contemporaneidade e que ela não é suficientemente discutida durante a formação inicial dos profissionais. A não abordagem desses temas tem aumentado o nível de ansiedade das equipes e fomentado atitudes de fuga, como a tentativa de não envolvimento emocional e despersonalização daquele que está morrendo, caminho inverso à humanização na assistência. O comportamento adotado pelos profissionais é “copiado” por estudantes que, na falta de uma reflexão sistematizada, seguem o modelo dos mais experientes. Como resolver essa situação? Uma das possibilidades encontradas seria a criação de um grupo multiprofissional e interdisciplinar, no hospital, para o gerenciamento e organização dos debates sobre vivências de profissionais e de estudantes, balizados por referências da bioética.

Palavras-chave: Morte. Luto. Gestão. Hospital. Humanização.

RESUMEN

El artículo que aquí se presenta es el resultado de una investigación que tuvo como objetivo investigar la formación de los profesionales de la salud para hacer frente a las cuestiones de la muerte y el duelo, y los desafíos que enfrenta la gestión hospitalaria en el siglo XXI. Teniendo en cuenta el tema, optamos por una búsqueda bibliográfica exploratoria, la selección de textos y autores capaces de aclarar, a partir de un diálogo entre su producción, como lo hizo y cómo se deberían tener la formación y la gestión de la muerte y morir por profesionales de la salud en un hospital universitario. La literatura muestra que el entrenamiento para salvar vidas tiene grandes dificultades para tratar con la muerte y que no puede ser pasado por alto. La encuesta encontró que el hospital es el lugar institucionalizado de muerte en la sociedad contemporánea y que no se aborda suficientemente durante la formación inicial de los profesionales. Si no se abordan estas cuestiones se ha incrementado el nivel de ansiedad de los equipos y fomentado actitudes escapar, como

tratando de no implicación emocional y despersonalización de alguien que se está muriendo, revertir camino hacia la humanización de la atención. El comportamiento adoptado por los profesionales se "copia" de los estudiantes que, en ausencia de una reflexión sistemática, siguiendo el modelo de los más experimentados. ¿Cómo resolver esto? Una posibilidad sería encontrado para crear un grupo multidisciplinario e interdisciplinario en el hospital para la gestión y organización de los debates sobre las experiencias de los profesionales y estudiantes, marcadas por las referencias de la bioética.

Palabras clave: Muerte. Duelo. Gestión. Hospital. Humanización.

INTRODUÇÃO

Houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela... mais tolos nos tornamos na arte de viver. E, quando isso acontece, a morte que poderia ser conselheira sábia transforma-se em inimiga que nos devora por detrás. Acho que, para recuperar um pouco da sabedoria de viver, seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos da morte. Mas, para isso seria preciso abrir espaço em nossas vidas para ouvir sua voz. Seria preciso que voltássemos a ler os poetas. (ALVES apud KOVÁCS, 2009, p.45).

O presente artigo situa-se no eixo temático do MBA em Gestão Hospitalar que enfatiza a relação entre a gestão e os processos de humanização nos hospitais, valorizando saberes dos profissionais atuantes nessa área e, ao mesmo tempo, provocando o processo de educação permanente.

Trabalhando na gestão de um hospital de ensino, vocacionado para a formação inicial, continuada e permanente de pessoas que atuam na área da saúde, além de qualificação da assistência, percebe-se a importância de uma reflexão sistematizada sobre a morte e o luto.

A humanização na assistência e na formação passa por uma abordagem clara das funções de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar em todas as fases da vida, da morte e do luto. A literatura nos mostra que a formação para salvar vidas tem imensa dificuldade de lidar com a morte e isso não pode ser negligenciado, especialmente na gestão de um hospital de ensino.

O homem, basicamente, não mudou, A morte constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo que sabemos que podemos dominá-los em vários níveis. O que mudou foi o nosso modo de conviver e lidar com a morte, com o morrer e com os pacientes moribundos. (KÜBLER-ROSS, 1998, p.09).

Quanto mais cientificamente aparelhados, mais negação e temor de lidar com a morte é percebida nos profissionais. Atualmente, é cada vez menor o número de casos onde é permitida a uma pessoa morrer dignamente em seu próprio lar, cercada de coisas que lhe são familiares e de pessoas que lhe querem bem. A ciência deslocou a morte do lar para o hospital, tornando-a algo mecânico e, por vezes, solitário, em uma Unidade de Terapia Intensiva ou em um Setor de Emergência onde tubos e equipamentos controlam os instantes finais que separam o “estar vivo” do “estar morto”.

Quando um paciente está gravemente enfermo, em geral é tratado como alguém que não tem direito a opinar. Quase sempre é outra pessoa quem decide sobre se, quando e onde um paciente deverá ser hospitalizado. Custaria tão pouco lembrar-se de que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, direito de ser ouvido (KÜBLER-ROSS, 1998, p.12).

A humanidade que nos constitui parece desconhecer como lidar com a vida (suas possibilidades e, principalmente, suas limitações) até o fim. Então, entregamos nossos destinos e decisões à medicina e aos profissionais da saúde que, por sua vez, na ausência de um diálogo e de uma preparação franca sobre a morte, se resguardam no uso da tecnologia e das rotinas mecanizadas.

Pode clamar por repouso, paz e dignidade, mas recebe em troca infusões, transfusões, coração artificial ou uma traqueotomia, se necessário. Pode desejar que alguém pare por um instante para fazer só uma pergunta, mas o que vê é uma dúzia de pessoas olhando um relógio, todas muito preocupadas com as batidas de seu coração, com seu pulso, com o eletrocardiograma, com o funcionamento dos pulmões, com as secreções ou excreções, mas não com o ser humano que há nele (KÜBLER-ROSS, 1998, p.13).

Optou-se por uma pesquisa bibliográfica exploratória, selecionando textos e autores capazes de esclarecer, a partir de uma interlocução entre as suas produções, como se deu e como deveria se dar a formação e a gestão da morte e do morrer para os profissionais da saúde, em um hospital de ensino.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (GIL, 1991, p.71).

Com a pesquisa exploratória utilizou-se, também, a técnica da análise temática de conteúdo. Para Minayo (2006, p. 308) certas características operacionais dessa análise merecem destaque:

A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

A produção de inferências sobre um texto e um contexto é a grande finalidade dessa forma de análise na pesquisa qualitativa. O significado da produção de inferências na análise de conteúdo ultrapassa a produção de meras suposições subliminares e adquire seu valor científico quando aprofunda a reflexão analítica de determinada mensagem, embasando-a em pressupostos teóricos e recortes da situação.

Os vários autores selecionados corroboram com a justificativa de abordagem desse tema.

A capacidade científica moderna alterou de forma profunda o curso da vida humana. As pessoas vivem mais e melhor do que em qualquer outra época da história. Porém os avanços científicos transformaram os processos do envelhecimento e da morte em experiências médicas, em questões a serem gerenciadas por profissionais da saúde. E nós, no mundo médico, demonstramos estar alarmantemente despreparados para isso (GAWANDE, 2015, p.23).

Para abordar o tema proposto, iniciou-se com a visão histórica do hospital e sua relação com “morte” e “cura”. A formação para a morte e o luto é abordada na sequência. Um terceiro bloco apresenta, brevemente, o hospital de ensino e sua responsabilidade com a formação. A gestão do hospital no século XXI e, nesse contexto, a gestão da morte e do luto são apresentadas no bloco quatro. As considerações finais, ao final do artigo, procuram responder, de modo breve, a questão da pesquisa: como se dá e como deveria acontecer a formação e a gestão da morte e do morrer.

Com o objetivo principal de investigar sobre a formação sobre a morte e o luto para os profissionais da saúde e os consequentes desafios lançados à gestão hospitalar no século XXI, é que se realiza a investigação, cujos resultados ora são apresentados no formato de artigo.

DESENVOLVIMENTO

A Visão Histórica Do Hospital

Como viemos parar em um mundo onde as únicas escolhas para os muito idosos parecem ser afundar sob a lava de um vulcão ou ceder completamente o controle sobre suas vidas? Para entender o que aconteceu, é preciso rastrear a história de como substituímos os antigos asilos pelo tipo de estabelecimento que temos hoje (GAWADE, 2015, p.151).

Essa é a história da medicina e dos hospitais, que em determinado momento se fundem. Muitos possuem a visão equivocada de que a prática médica e a existência do hospital se dão, historicamente, de forma concomitante; isso não é verdade. A prática da medicina e a existência do hospital nem sempre estiveram relacionadas.

Segundo Foucault (1993), data do século XVIII a utilização terapêutica dos hospitais pelos profissionais da saúde, especialmente médicos e enfermeiros. É em torno do ano de 1780 que a destinação de cura de um hospital aparece com maior clareza nos registros históricos. “Surge [...] um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido” (FOUCAULT, 1993, p.101).

Considerando a Europa da Idade Média até o século XVIII, o hospital configurava-se numa entidade assistencialista, especialmente voltada à exclusão e à separação dos pobres, especialmente daqueles que estavam morrendo, do restante da sociedade. Constata-se claramente que não há uma preocupação com a cura, portanto, não era um espaço de atuação de médicos ou da medicina. “Dizia-se corretamente, nessa época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas conseguir sua própria salvação” (FOUCAULT, 1993, p.101-102).

Alguns médicos, considerados “doutores de pragas”, no período medieval tinham suas representações ligadas à morte e não à cura. Paulatinamente a ciência evoluiu e começou a especular sobre a origem e o tratamento de doenças como a cólera, a peste negra e a peste bubônica aprimorando o conhecimento empírico predominante. Acreditava-se que muitas pragas eram transmitidas pelos pássaros e pelo ar. Daí as vestimentas e as máscaras dos “*Plague Doctors*”, onde itens aromáticos evitavam que o ar pútrido os contaminasse.

Espaço para o exercício da caridade, garantia de salvação divina e exílio para os indesejados é que melhor se encaixava na definição de hospital. Os considerados “grandes médicos”, pelas curas e desfechos de suas atuações, não adentravam os hospitais. Quando religiosos chamavam um médico para esse lugar, geralmente era o “pior médico”, aquele cuja reputação não ficaria manchada pela atuação junto aos pobres moribundos recolhidos. A grande novidade do século XVII foi a constituição do hospital médico-terapêutico.

Quanto à prática médica, nada havia, no que a constituía e lhe servia de justificação científica, que a predestinasse a ser uma medicina hospitalar. A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista. Individualista da parte do médico, qualificado como tal ao término de uma iniciação assegurada pela própria corporação dos médicos que comprometia conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas. A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico (FOUCAULT, 1993, p.102).

Na base da formação do médico estava a observação atenta do moribundo em sua luta entre a vida e a evolução da doença. Os sinais poderiam indicar qual seria a evolução do quadro observado: o curso natural para a morte ou a vitória da saúde. “A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico” (FOUCAULT, 1993, p.102-103).

O desejo de evitar a propagação de epidemias e as mudanças ocorridas no saber e na prática médica, durante os séculos XVIII e XIX transformam os hospitais e seus principais objetivos. Essas mudanças trazem a medicalização e a ideia de cura para tais instituições.

O deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar estão na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar [...] a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados (FOUCAULT, 1993, p.107-108).

Especialmente no século XIX, há, na Europa, a expansão no número de hospitais e no conhecimento científico que passa a ser aplicado no mesmo. A entrada da medicina nesse cenário confere um grande poder ao médico que se alia a ciência e aumenta o seu prestígio. A medicina abandona práticas medievais consideradas “bárbaras”, como a sangria, descobrindo a microbiologia e a origem de grandes moléstias. A “higienização”, a “vacinação” e a “aplicação de soros” começam a ser associadas à cura. “A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do

espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar” (FOUCAULT, 1993, p.109).

O médico de hospital é uma invenção do final do século XVIII e início do século XIX. Revestido do poder que a ciência passa a lhe conferir, esse médico se torna cada vez mais sábio e respeitado quanto mais experiência hospitalar tiver. Mestres médicos, então, levam seus aprendizes para a beira dos leitos de suas aulas e agora, além de seus livros, observam e registram a evolução dos doentes internados.

Na sequência, “aparece a obrigação dos médicos confrontarem suas experiências e seus registros; [...] um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber” (FOUCAULT, 1993, p.110).

A partir do século XIX, a medicina hospitalar e a prática preventiva de saúde pública transformaram o curso da vida humana, aumentando a longevidade. A humanidade, na maior parte de sua existência, sempre teve a morte próxima, como algo inexorável e que poderia acontecer a qualquer momento. O aumento da expectativa de vida distancia a mortalidade do cotidiano.

Medidas de saúde pública reduziram drasticamente a probabilidade de morte por doenças infecciosas, em especial no início da infância, e os avanços clínicos reduziram de forma acentuada a mortalidade durante o parto e por lesões traumáticas. Em meados do século XX, apenas quatro em cada cem pessoas em países industrializados morriam antes dos trinta anos. E, nas décadas desde então, a medicina encontrou maneiras de diminuir a mortalidade por infartos, doenças respiratórias, derrames e diversas outras doenças que nos ameaçam na vida adulta (GAWANDE, 2015, p.61-62).

Nos séculos XX e XXI a expectativa de vida pode ter aumentado consideravelmente, entretanto, muitas vezes, a trajetória parece a mesma: em um espaço de tempo mais longo ou mais curto ocorre o declínio e o corpo é subjugado. De acordo com Gawande (2015, p.62-63), os médicos acabam não ajudando muito e acabam enxergando “o paciente em declínio como desinteressante, a menos que tenha um problema específico” que possa ser concertado.

A institucionalização da morte no hospital “acaba por influenciar significativamente a maneira como o ocidental se relaciona com a morte, pois esta passou a ser distante e encarada como algo vil, interdito, sujo” (SORGATTO; KROKOSZ, SOUZA, 2016, s.p.). Nossa

sociedade nega a própria morte quando a restringe ao ambiente hospitalar, ao mesmo tempo em que cultua a juventude e o corpo jovem; não permite a reflexão sobre o envelhecer e o processo de morrer.

Portanto, envelhecer e morrer passa a ser considerado como algo terrível para o sujeito e para a sua família. O envelhecimento e a eminência da morte questionam a sociedade e seus valores, as dinâmicas familiares e as estruturas de saúde.

Acabamos em instituições que têm como objetivo resolver diversos problemas que afetam a sociedade de um modo geral – liberar leitos hospitalares, tirar das famílias o fardo de cuidar dos seus idosos, lidar com a pobreza entre os mais velhos -, mas nunca ter a meta que realmente importa para as pessoas que nelas residem: como fazer com que a vida continue valendo a pena mesmo quando estamos fragilizados, debilitados e não podemos mais nos virar sozinhos (GAWANDE, 2015, p.170).

Na ausência de uma família à disposição para possibilitar que façam suas escolhas, “tudo o que resta aos nossos idosos é uma existência institucional [...], uma resposta desenvolvida clinicamente para problemas incorrigíveis, uma vida projetada para ser segura, porém vazia de tudo que lhes é importante” (GAWANDE, 2015, p.237).

Diante das questões abordadas, nos perguntamos: como se dá a formação dos profissionais para a morte e o luto? Com tantos questionamentos éticos e complexos que a morte e o luto nos impõem, como estamos formando os profissionais que atuam na área da saúde?

A Formação Para A Morte E O Luto

A morte é um fato. É uma parte natural da vida e uma coisa que todos temos em comum. Apenas quando aprendemos a lidar de forma apropriada com o luto e a morte é que temos condições de viver plenamente nossa vida (MARKHAM, 2000, p.09).

Cabe esclarecer que, trabalhar a formação/educação para a morte pressupõe os processos de morrer e de luto nessa abordagem. Entretanto, quanto mais a morte se institucionaliza nos hospitais, menos parece se discutir sobre as suas implicações para as pessoas que atuam nesse cenário e, ainda, se intensifica a mecanização dos procedimentos, numa tentativa de afastar os sentimentos.

Profissionais da saúde são formados para se protegerem das implicações que a dicotomia vida/morte coloca diante dos mesmos. Em algum momento a ciência não irá

vencer, porém a tentativa de encontrar alguma explicação científica parece aliviar a “carga” de quem é preparado para atuar na “cura” e “salvar vidas”.

Aprendi sobre muitas coisas na faculdade de medicina, mas a mortalidade não foi uma delas. Em meu primeiro período, embora tenham me dado um cadáver seco e endurecido para dissecar, aquela era apenas uma maneira de aprender sobre a anatomia humana. Nossos livros didáticos não continham quase nada a respeito do envelhecimento, da fragilidade ou da morte. O desenrolar do processo, a experiência das pessoas no fim de suas vidas e a maneira como os outros a sua volta são afetados pareciam ser questões irrelevantes (GAWANDE, 2015 p.11).

A visão contemporânea da formação em saúde está necessariamente presa ao ensino de como salvar vidas e dificilmente se aborda como lidar com o seu fim, tão certo ou incerto como a própria vida o é. Um exemplo clássico é o primeiro contato com o cadáver; os estudantes não são preparados para o que vão encontrar e, na grande maioria das vezes, imitam seus professores ou seus veteranos, considerando-o como uma peça de estudo e afastando qualquer pensamento sobre a vida que ali residiu.

No primeiro contato com o cadáver, na disciplina de anatomia, o aluno, na tentativa de se proteger da dor e do sofrimento, ridiculariza a situação e os colegas que sofrem qualquer tipo de alteração; a não identificação do morto com um nome ou uma história é o que ajuda o profissional ou o aluno a não sentir que lidam com seres humanos (essa situação é reforçada por ser a maioria dos cadáveres composta de indigentes) (SCHLIEMANN, 2009, p.35).

Os cursos de formação de profissionais da saúde acabam por repetir o que socialmente se constituiu como parte da cultura ocidental: a morte não tem lugar nas casas e nas vidas das famílias; ela acontece nos hospitais ou casas geriátricas, na maioria das vezes. Falar sobre a morte é algo desconfortável e essa negação repercute nas novas gerações, resultando num empobrecimento da compreensão do viver e do morrer como ciclo inevitável.

Compreender o ser humano é compreender a vida e a morte do mesmo. Não abordar ou não pensar sobre a morte, não faz com que ela desapareça do nosso cotidiano, em especial da rotina dos profissionais da saúde. O resultado dessas ações é um enfraquecimento da condição de enfrenta-la em todas as suas etapas, inclusive o luto advindo das situações de perda.

Educação para a Morte é preparação para a vida. Segundo o autor Patrick Dean, Death Education deveria se chamar Life and Loss Education, educação para a vida e perdas, pois só quando temos consciência da finitude das coisas e de nós mesmos estamos livres para estar no presente e inteiros” (TINOCO, 2003, s.p.).

Gawade (2015) narra uma aula que teve no curso de medicina, em que um professor e seu grupo de estudantes fazia uma reflexão sobre o texto *A morte de Ivan Ilitch*, de Tolstói. O autor lembra o que de fato incomodava Ivan Ilitch: a atitude que todos em sua volta adotavam de que ele estava somente doente e não de fato morrendo. Passavam-lhe a ilusão de que, caso seguisse todas as orientações médicas, poderia melhorar. A eminência da morte não era abordada pelos seus familiares, amigos ou médicos, embora Ivan tivesse total consciência da mesma, então, a fuga e o fingimento causavam-lhe profunda dor e solidão.

Ninguém tinha pena dele como precisava que tivessem, escreve Tolstói. Em alguns momentos, depois de um período prolongado de sofrimento, desejava, mais do que outra coisa – envergonhava-se de confessá-lo -, alguém que sentisse pena dele como se tem pena de uma criança doente. Ansiava ser cuidado e beijado como as crianças são cuidadas e confortadas quando doentes (GAWANDE, 2015, p.14).

Ao ingressarem num curso de medicina, em sua grande maioria, os estudantes estão visivelmente interessados em patologias, diagnósticos, tratamentos, tecnologia e, conseqüentemente, aulas como a que teve Gawande (2015) acabam sendo relegadas a um segundo plano e fatalmente esquecidas.

A formação dos profissionais da saúde – e todos eles, de algum modo lida com a morte, especialmente o médico – tem se mostrado inadequada para lidar com esse espaço da vida. Os processos de formação desses profissionais têm dois momentos claros de aprendizagem: a teoria e a prática. Na teoria, poucos cursos se dedicam a falar do assunto; na prática o foco é centrado no trabalho direto de acompanhar um doente e sua família, que mesmo realizado com a ajuda de um preceptor, insere o aluno na rotina hospitalar ou ambulatorial e da convivência diária com as particularidades do exercício profissional e o convívio com o morrer. (SCHLIEMANN, 2009, p.38).

A inserção praticamente direta na rotina hospitalar faz com que jovens estudantes se deparem com a morte sem a devida compreensão das diferentes circunstâncias e emoções que envolvem tal situação. Então, resta-lhes imitar as condutas dos profissionais que ali estão e que, normalmente, envolve distanciamento afetivo, simplificação das questões via abordagem técnica, racionalização, impessoalidade e afastamento da dor alheia, assim como vários outros mecanismos de “proteção” individual. “Todo novo médico e enfermeiro precisa encarar a morte. Nas primeiras vezes, alguns choram. Alguns se retraem. Outros, mal percebem. Quando assisti às primeiras mortes, estava contido demais para chorar” (GAWANDE, 2015, p.25).

Como já se destacou anteriormente, as profissões na área da saúde, especialmente as que lidam com o paciente crítico, têm como objetivo principal salvar, curar, evitar a morte. Como a morte é inevitável, também o é a necessidade de refletir o que ocorre com esse estudante diante da perda de um paciente: que impactos isso gerou e tem gerado no seu processo de formação e na sua vida cotidiana?

Nunca tinha visto ninguém morrer antes e, quando vi, foi um choque. E não era porque fazia pensar em minha própria condição de mortal. De alguma forma, o conceito não me ocorria, mesmo quando via pessoas da minha própria idade morrerem. Eu vestia um jaleco branco; eles uma camisola hospitalar. Eu não conseguia imaginar a situação invertida [...]. O choque para mim estava, portanto, em ver a medicina não salvar as pessoas (GAWANDE, 2015, p.24-25).

Na formação inicial, tanto quanto na educação permanente aprender a lidar com a morte e o morrer pressupõe uma abordagem intencional, qualificada e interdisciplinar dessas questões. O conhecimento teórico da história da morte em diferentes épocas e diferentes culturas pode ser um bom começo, entretanto, para além disso, é necessário que os estudantes e profissionais passem por experiências práticas que os auxiliem a lidar com suas condições afetivas e emocionais.

“É interessante como os alunos reagem com curiosidade à morte comemorada [...] e à cultura da Unidade de Terapia Intensiva dos dias atuais” (SCHLIEMANN, 2009, p.41).

As abordagens teóricas e práticas podem possibilitar a reflexão e o enfrentamento dos medos, dos preconceitos, do sentimento de impotência, da angústia e da solidão que o acompanhamento da morte pode causar naqueles que, as vezes recém-saídos da adolescência, acabam com frágeis vidas nas mãos. O suporte de um grupo capaz de auxiliar continuamente é fundamental no que, hoje, chamamos de humanização no cuidado, em todas as fases do viver e do morrer.

Do ponto de vista técnico, o assunto morte, em geral, não é discutido na graduação e, no trabalho prático, ele é quase sempre desqualificado [...]. Exemplo disso está no pouco tempo que o médico fica no quarto do paciente em condições terminais. Tanto o paciente quanto os familiares reclamam disso e, talvez, tal situação ilustre o quanto é intenso viver condições que vinculam e expressam os sentimentos que esse paciente gera no profissional e na equipe (SCHLIEMANN, 2009, p.38).

Entender a morte é buscar significado para a vida. Através da educação/formação é possível investir no desenvolvimento pessoal e na capacidade do ser humano em fugir de dogmas, estigmas e respostas simples. A morte jamais pode ser interpretada como algo

simples, longe disso, ela envolve questões biológicas, sociais, culturais e psicológicas que requerem uma discussão interdisciplinar. A morte é o desfecho natural da vida, mas de difícil vivência para a maioria das pessoas na sociedade ocidental contemporânea.

A morte, é claro, não é um fracasso. A morte é normal. A morte pode ser o inimigo, mas é também a ordem natural das coisas. Eu conhecia essas verdades de maneira abstrata, mas não de maneira concreta; tinha dificuldade em aceitar que eram verdades não só para todo o mundo, mas também especificamente para aquela pessoa ali na minha frente, aquela pessoa por quem eu era responsável (GAWANDE, 2015, p.27).

O transcurso da vida e a inevitabilidade do sucesso da morte perante a assistência ao paciente eram mais bem aceitos entre os profissionais da saúde do século XIX e parte do século XX. Entretanto, o século XXI agudiza o uso da tecnologia ante a possibilidade da morte. Jovens em formação recebem exaustivo treinamento para o uso de todo tipo de arsenal tecnológico na tentativa de consertar o que não está funcionando em seu paciente.

Dedico-me a uma profissão cujo sucesso se baseia em sua capacidade de consertar. Se seu problema pode ser consertado, sabemos exatamente o que fazer. Mas e se não pode? O fato de não termos respostas adequadas a essa pergunta é perturbador e provoca insensibilidade, desumanidade e grande sofrimento. Esse esforço para fazer da mortalidade uma experiência médica tem apenas algumas décadas. É recente (GAWANDE, 2015, p.28-29).

Observando pacientes terminais e idosos na relação com seus médicos e equipes de saúde é possível constatar a contradição no atendimento: quando mais precisam de atenção e ajuda, o que recebem é a relação técnica com a ciência e o desamparo no que se refere às suas necessidades enquanto pessoas. No final de dolorosas descobertas e experiências terapêuticas estão tratamentos que retiram a lucidez e debilitam significativamente o corpo em troca de benefícios mínimos, a partir de escolhas feitas por outros (familiares e equipes de saúde). Nos últimos dias da vida pessoas são alijadas que tudo o que de fato importa e importou na sua vida: lugares, pessoas, cheiros e lembranças.

Para Tinoco (2003) ensinar sobre a morte pressupõe trabalhar os estágios do luto e as possibilidades em auxiliar o estudante a refletir sobre si mesmo e sobre os outros. Acerca dos estágios do luto, as pesquisas de Kübler-Ross (1998) ainda são uma importante referência. A autora destaca cinco estágios fundamentais.

O estágio 1 envolve a negação e o isolamento, que é uma primeira reação a notícias inesperadas e de difícil assimilação; “funciona como um para-choque [...], deixando que o

paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais” (KÜBLER-ROSS, 1998, p.44).

No *estágio 2*, a negação dá lugar à *raiva*, a revolta e ao ressentimento. Nesse contexto, se torna necessária uma reflexão mais aprofundada por parte dos profissionais que assistem ao paciente para que não acabem por assumir tais sentimentos como pessoais.

A *barganha* envolve o *estágio 3*, que é menos conhecido ou debatido. Tal estágio assemelha-se muito a atitudes adotadas pelas crianças, na tentativa de barganhar uma recompensa por bom comportamento. Há uma tentativa de adiamento de um desfecho inevitável.

O *estágio 4* é a *depressão*. Ela se torna presente, em grande parte dos casos, quando não é mais possível negar a doença e sua evolução. Por fim, o *estágio 5*, da *aceitação*, nem sempre é alcançado por todos.

Quando o paciente morre no estágio da aceitação, há menos medo, angústia, desespero. “Assim, quando chegamos ao fim de nossos dias tendo trabalhado, sofrido, nos doado e nos divertido, voltaremos ao estágio por onde começamos, e se fecha o ciclo da vida (KÜBLER-ROSS, 1998, p.124).

A autora destaca que talvez a única coisa que persista, em todos os estágios, é a esperança. E uma equipe de saúde não pode desistir de nenhuma pessoa, estando ela em fase terminal ou não. “Quem está fora do alcance da ajuda médica merece maiores cuidados do que aqueles que ainda podem esperar” (KÜBLER-ROSS, 1998, p.143-146).

No exercício da medicina, Gawande (2015) percebeu que as pessoas idosas, por exemplo, não temem a morte. O que elas mais temem é o abandono; temem as perdas graduais de autonomia, de memória, de audição, de amigos, da família e do acompanhamento de equipes de saúde preocupadas com a qualidade de suas vidas.

Em geral, os médicos não se sentem atraídos pela geriatria e isso acontece porque não têm a aptidão necessária para lidar com o velhinho [...]. O velhinho é surdo, O velhinho não enxerga bem. A memória do velhinho pode estar meio prejudicada. Com o velhinho você precisa ir devagar, porque ele lhe pede para repetir o que você está dizendo ou perguntando. E o velhinho não tem uma queixa principal – o velhinho tem quinze queixas principais. Como é que você vai conseguir lidar com todas elas? Você se sente sobrecarregado. Além disso, ele já tem várias dessas coisas a cinquenta anos. Você não vai curar algo que ele já tem há cinquenta anos. Ele tem pressão alta. Tem diabetes. Tem artrite. Não há nada glamoroso em tratar nenhuma dessas coisas (GAWANDE, 2015, p. 84).

Desde o século XIX, a morte passa a ter um endereço: as instituições hospitalares na sua grande maioria. No cotidiano de um Hospital de Ensino, onde o compromisso com a formação dos profissionais da saúde é um fator determinante de suas ações, a educação para a morte e o luto precisa acontecer de forma planejada e intencional. “Propõe-se a ampliação do escopo da educação para a morte, fundamentada na importância da discussão do tema numa sociedade na qual convive a morte interdita e escancarada no cotidiano das pessoas” (KOVÁCS, 2009, p.47), com uma abordagem interdisciplinar, teórica, reflexiva e prática.

O sofrimento das equipes de saúde e dos estudantes em formação diante da morte pode ser escamoteado, mas não deixa de existir. Na gestão do hospital do século XXI essa questão não pode ser negligenciada. Olhar para a morte e para o luto como algo complexo, difícil e inevitável obriga os gestores a instituírem ações de formação e de apoio que, com certeza, farão a diferença na política de humanização da atenção à saúde das pessoas.

Através da história, dos ritos culturais, da arte (Figura 05), da poesia, da literatura, das pesquisas, das falas, das reflexões e vivências de cada um e de todos, é possível abordar a educação para a morte e incluí-la na gestão humanizada do hospital do século XXI.

O Hospital No Século XXI E A Gestão Da Morte E Do Luto

Não seria esse o sentido da vida e, conseqüentemente, da morte o de despertar em nós o amor, o respeito pela sacralidade da vida, o avivamento da nossa espiritualidade e nos potencializar como seres divinos não só no além, mas no hoje e no agora? (SANTOS, 2009, s.p.).

Nos hospitais do século XXI a predominância tecnológica dos exames para diagnósticos, assim como a divisão das profissões da saúde em especialidades e subespecialidades, levou à compreensão de que o ser humano pode ser compreendido e tratado em “pedaços”. Embora, ao menos teoricamente, todos concordem com a premissa da atenção humanizada, em que a pessoa é considerada na sua integralidade, as práticas cotidianas têm fragmentado o “paciente” de acordo com suas queixas e necessidades de exames.

Ao paciente, não interessa ver um computador na mesa do médico, nem que o consultório seja um ambiente sofisticado ou decorado. Ele quer é ser examinado, ser tocado, necessita de atenção, compreensão e de calor humano, precisa de alguém que o escute, que ouça a sua história [...], que veja a sua pressão [...]. O

paciente precisa de um médico que o atenda olhando para ele, precisa ser tocado. Como é bom tocar em gente! (SEBASTIANY, 2012, p.139).

O exercício profissional na área da saúde requer um profundo respeito com as pessoas, suas crenças, suas trajetórias de vida, seus sabores e dissabores. E, isso, em todas as fases da vida, principalmente quando ela está findando. Muitas vezes, não há o tempo necessário para o processo de morte e luto, pelo menos é o que nos chega através das muitas formas de comunicação do mundo contemporâneo. Pessoas morrem o tempo todo, de forma “desavisada”, vítimas da violência urbana, de acidentes de trânsito, de atentados, de catástrofes, de intolerâncias. Essas mortes são noticiadas, nos causam comoção momentânea, mas estão distantes de nós e, se assim as mantivermos, escaparemos da angústia e do sofrimento que a imprevisibilidade da vida/morte nos causa.

As notícias de morte chegam às nossas vidas de forma tão corriqueira e com uma abordagem tão superficial que se torna impossível a sua elaboração. “Então, ao mesmo tempo que é interdita, a morte torna-se companheira cotidiana, invasora e sem limites” (KOVÁCS, 2009, p.46). Algumas perguntas emergem dessa discussão.

Quais os fatores, se é que existem que contribuem para a crescente ansiedade diante da morte? O que acontece num campo da medicina em evolução em que nos perguntamos se ela continuará sendo uma profissão humanitária e respeitada ou uma nova, mas despersonalizada ciência, cuja finalidade é prolongar a vida em vez de mitigar o sofrimento humano? Um campo da medicina em que os estudantes têm possibilidade de escolha entre dezenas de tratados sobre RNA e DNA mas nenhuma experiência no simples relacionamento médico-paciente, antiga cartilha de todo médico de família bem-sucedido? (KÜBLER-ROSS, 1998, p.15).

Talvez um pequeno mergulho no tempo, resgatando a arte do cuidado integral em saúde, a arte da empatia e da solidariedade com o outro, aliado ao uso responsável da tecnologia e o respeito a qualidade da vida das pessoas, bem como suas escolhas, possibilitasse o que insistentemente temos perseguido na gestão dos serviços de saúde: a humanização. Nessa perspectiva, a morte e o luto deveriam assumir importante papel formador, levando as instituições e as pessoas a reverem o uso indiscriminado da ciência e da tecnologia para prolongar vidas que, diante de tantos aparatos, vai se tornando cada vez menos humana. Revisar um caminho advindo da modernidade e do avanço da ciência, mas que descaracteriza o que há de mais humano em nós – a vida e a morte – é difícil, gera mais trabalho e reflexão.

É muito mais difícil medir quão mais importante é para as pessoas se sentirem vivas do que quantos remédios a menos precisam tomar ou por quanto mais tempo podem viver. Mas será que existe alguma coisa mais importante que isso? (GAWADE, 2015, p.269).

Atuar na área da saúde, especialmente em hospitais, traduz-se em cuidar do outro, acompanhá-lo nos diferentes estágios do ciclo da vida onde a fragilidade dessa própria vida é visível. Dessa forma, estar cotidianamente em contato com o sofrimento, a angústia, a dor e o medo do paciente, bem como acompanhar o desespero, a incerteza e a revolta dos familiares demanda um manejo intencional de respaldo às equipes, onde torna-se possível sentir, compartilhar, refletir sobre nossas ações e reações.

“Na mentalidade da morte interdita, esta é vista como um erro e fracasso. Há uma aura de silêncio que rodeia o termo entre os profissionais, o que pode ser penoso” (KOVÁCS, 2009, p.49). A negação da morte, da dor e do sofrimento também não farão com que os mesmos desapareçam, especialmente para os profissionais da saúde.

Segundo Pitta (1991) e Dejours (2011), esses profissionais, para darem conta de seu trabalho, utilizam mecanismos de defesa a fim de encarar e enfrentar mais satisfatoriamente a morte na sua rotina de trabalho sem adoecerem física ou psicologicamente. Dejours (2011) aponta que este processo pode gerar certo desgaste no trabalhador de saúde levando ao desenvolvimento de doenças e/ou transtornos mentais relacionados ao trabalho. Para Kovács, (2005/2012) a melhor maneira de lidar com essa problemática seria a criação de um espaço para se falar sobre a própria morte, bem como a do outro e, conseqüentemente, utilizá-lo em prol de uma educação para a morte junto a esses profissionais. É importante que estes tenham um lugar que viabilize a reflexão e que possibilite a escuta do que seus pares pensam a respeito da morte e do morrer, criando-se um espaço onde possa ser quebrado o tabu que envolve a morte, fazendo com que se fale abertamente sobre esse assunto e suas representações (SORGATTO; KROKOSZ; SOUZA, 2016, s.p.).

É preciso destacar que, mesmo fazendo parte do cotidiano de suas atividades profissionais, a negação da morte é uma realidade para quem atua na área da saúde. A reflexão cultural privilegia com maiores aportes a vida, a cura, levando a uma abordagem conceitual limitada a respeito desse tema, com isso superficializando o pensar do profissional sobre a perspectiva da morte e tratamento dessa em sua eminência. Entretanto, a realidade se impõe e a sensação de impotência se instala na convivência com o luto e com a morte. Ao oferecermos a adequada formação e suporte para o acompanhamento e manejo da frustração, da desmotivação e do sofrimento, estamos oferecendo a possibilidade de uma atividade profissional menos penosa, onde manifestar emoções, compartilhar incertezas e medos acaba fazendo parte de uma existência mais

saudável do ponto de vista psíquico e físico. O profissional, assim, desenvolve recursos próprios para o enfrentamento das situações de crise e de perdas.

Na gestão do hospital de ensino é necessário compreender a existência do processo de luto e evitar “uma atitude de medicalizar as crises normais da vida, tratando esse luto como uma doença” (PARKES, 1998, p.15). Momentos inevitáveis necessitam de uma abordagem clara e humanizada, como ao noticiar algo doloroso ao paciente: quanto mais simples for a forma de comunicar a notícia, mais facilmente esse paciente poderá voltar a ela quanto puder e quiser ouvi-la. Nas pesquisas de Kübler-Ross (1998) há exemplificação dessa situação.

Nossos pacientes apreciaram mais quando receberam a notícia na intimidade de um pequeno quarto do que no corredor de uma clínica movimentada. O que mais os confortava era o sentimento de empatia, mais forte do que a tragédia imediata da notícia (KÜBLER-ROSS, 1998, p.41).

Enfatizando a empatia e o compromisso com as pessoas com as quais convive, o profissional da saúde pode desenvolver, no contexto da educação para o luto, a sua capacidade de comunicação. É pela comunicação que a relação pessoa-pessoa acontece; comunicação verbal e não verbal, que permite a manifestação dos sentimentos, dos medos e das necessidades do paciente, dos familiares e da própria equipe assistencial envolvida. O desenvolvimento da habilidade de comunicação envolve a revisão de tabus e o refinamento da empatia no reconhecimento e identificação de sentimentos e receios que, por vezes, não são expressos de forma convencional.

Algumas perguntas parecem essenciais nesse contexto. Não estamos projetando a ideia de um “super” profissional da saúde no século XXI, capaz de lidar com tecnologias, emoções, dores, medos? Isso não seria utopia? Na gestão do luto e da morte no hospital e consequente formação de seus profissionais podem ser propostos projetos de apoio e educação permanente, com objetivos focados, dentre eles, “identificar as necessidades das equipes [...] nas várias unidades do hospital; promover intervenções, considerando as necessidades detectadas e avaliar a influência dessas intervenções na qualidade de vida das equipes das unidades” (KOVÁCS, 2009, p.49).

Na gestão hospitalar contemporânea é necessário prever atividades que favoreçam: “(a) aquecimento e sensibilização para a tema principal [...]; (b)

aprofundamento do tema trazido pelo grupo; (c) planejamento da ação de cuidados ao cuidador, pensado pela própria equipe de trabalho” (KOVÁCS, 2009, p.49).

O hospital contemporâneo, com uma gestão alinhada às necessidades da equipe, preocupa-se com a discussão, reflexão e vivência dos temas luto e morte nas suas múltiplas derivações:

(a) como comunicar aos pacientes e familiares o agravamento da doença; (b) como lidar com pacientes que estejam apresentando forte expressão emocional (medo, raiva ou tristeza); (c) como desenvolver o tratamento de pacientes sem possibilidade de cura, aprofundando a questão do cuidar; (d) como cuidar de sintomas incapacitantes, que causam muito sofrimento; (e) como abordar a família quando da aproximação da morte, como acolher os sentimentos presentes nessas situações; (f) como lidar com a expressão do desejo de morrer por parte do paciente, ou da família que não suporta ver tanto sofrimento (KOVÁCS, 2009, p.49-50).

A abordagem dos processos de morte e luto requer a discussão de temas, tais como: “morrer com dignidade, pedidos para morrer, testamentos em vida, não implantação ou não manutenção de tratamentos com o objetivo somente de prolongamento da vida, eutanásia, distanásia, suicídio assistido e sedação paliativa” (KOVÁCS, 2009, p.50).

A instituição hospitalar, a partir de seus comitês de ética, pode estimular a criação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, também com a presença de estudantes em formação, que farão os devidos questionamentos, discussões e reflexões, evitando respostas simplistas para assuntos complexos. A morte é parte do cotidiano hospitalar e a discussão de casos pode servir para fortalecer as equipes e formar profissionais comprometidos com tomada de decisões embasadas nos princípios da bioética. Na problematização das situações enfrentadas está a possibilidade do aprofundamento de prováveis temas de conversas entre profissionais da assistência, pacientes e familiares frente à terminalidade, por exemplo. “Em cima dessas conversas é que futuras condutas serão tomadas para pensar em reanimação ou não; quem chamar na hora da morte, entre outras” (SCHLIEMANN, 2009, p.42).

A morte e o luto não podem mais ser ignorados como temas de abordagem fundamental na formação dos estudantes da área da saúde e na formação permanente dos profissionais dessa área. É preciso ter a coragem necessária para “enfrentar a realidade de que somos mortais – a coragem de buscar a verdade a respeito daquilo que nos causa medo e daquilo que nos traz esperança” (GAWANDE, 2015, p.499).

CONCLUSÃO

A temática do estudo realizado, sob a forma de pesquisa bibliográfica exploratória, procurou salientar a relação entre a gestão e a humanização no cotidiano dos hospitais do século XXI, no que se refere à formação para a morte e para o luto. No decorrer das leituras e reflexões, torna-se nítida a mudança da abordagem da desses temas no decorrer dos últimos séculos, até a tentativa contemporânea de negação desses processos.

Na cultura ocidental predomina, hoje, a tentativa de institucionalização e racionalização da morte em hospitais, clínicas e casas de repouso, com a utilização de todo instrumental científico e tecnológico desenvolvido até então.

A falta de tempo e espaço para o luto pode esconder a imensa dificuldade que temos em reconhecer nossa própria condição de mortais. Algo que poderia ser um estímulo a uma vida com menos angústia e maior satisfação pessoal – a morte – é escamoteada, vista como um fracasso, abordada com superficialidade e despersonalizada.

A ciência avançou no quesito longevidade, mas atrelado a esse avanço, o envelhecimento tem causado muita angústia em pessoas que, em algum momento, vão perder a sua independência e ter que lidar com sérias limitações. Vivemos para sustentar a nossa independência e autonomia; o que fazer quando ela não pode mais ser sustentada?

Na história da humanidade só recentemente a população chega à velhice. E, até então, aqueles que atingiam esse estágio de vida eram acolhidos na própria família, com sistemas de múltiplas gerações dividindo a mesma morada e as responsabilidades de lidar com as necessidades das diferentes faixas etárias. Atualmente, um número cada vez maior de idosos precisam lidar sozinhos com as limitações decorrentes do envelhecimento ou dependem, única e exclusivamente, do cuidado de profissionais da saúde e instituições/lares.

Tanto esse aumento da expectativa de vida, quanto a possibilidade de prolonga-la com a utilização do arsenal científico existente, deveria fomentar a formação para a morte e o luto, especialmente, entre as profissões da saúde, onde percebe-se a urgência da reflexão, a partir de dilemas éticos decorrentes dessas situações.

A pesquisa realizada mostrou que o hospital é o local institucionalizado da morte na contemporaneidade, então, nada mais justo do que pensar em como operacionalizar a gestão dessa morte e luto nesse cenário. A não abordagem dessas temáticas tem

aumentado o nível de ansiedade das equipes e atitudes de fuga, como a tentativa de não envolvimento emocional e despersonalização daquele que está morrendo; caminho inverso à humanização na assistência. O comportamento adotado pelos profissionais é “copiado” por estudantes que, na falta de uma reflexão sistematizada, seguem o modelo dos mais experientes. Como resolver essa situação?

Uma das proposições estudadas refere-se à criação de um grupo multiprofissional e interdisciplinar no hospital que possa gerenciar e fomentar os debates, as reflexões, as crenças, os posicionamentos e as vivências de profissionais e estudantes, balizados por referências da bioética.

REFERÊNCIAS

ARANDA, L.J. La visita al hospital Disponível em <<http://lacmfurg.blogspot.com.br/2015/08/medicina-arte-la-visita-al-hospital-de.html>>. Acesso em 02 jul. 2016.

BRYN, B. Plague Doctor. Disponível em <<https://alienagrati.wordpress.com/2011/08/17/a-arte-e-suas-representacoes-sobre-a-finitude-da-vida/>>. Acesso em 01 jul. 2016.

FILDS, S.S.L. The Doctor. 1891. Disponível em <<http://www.culturaesaude.med.br/content/o-quadro-doctor-o-m%C3%A9dico>>. Acesso em 02 jul. 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GAWANDE, A. **Mortais**: nós, a medicina e o que realmente importa no final. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1998.

Jl, S. A Feminilidade e a Morte. Disponível em <<http://www.blckdmnds.com/a-feminilidade-e-a-morte-nas-obras-de-sylvia-ji-2/>>. Acesso em 12 ago. 2016.

KOVÁCS, M.J. Educação para a morte. In: SANTOS, Franklin Santana (org.). **Cuidados Paliativos**: discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo: Atheneu, 2009, p.45-58.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MARKHAM, U. **Luto**: esclarecendo suas dúvidas. São Paulo: Ágora, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

PARKES, C.M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1998.

POSADA, J.G. La Catrina – Dia dos Mortos – México. Disponível em <<http://viajeaqui.abril.com.br/materias/festa-e-alegria-predominam-no-dia-dos-mortos-no-mexico#1>>. Acesso em 12 ago. 2016.

SANTOS, F.S. (org.). **Cuidados Paliativos: discutindo a Vida, a Morte e o Morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

SCHLIEMANN, A.L. Aprendendo a lidar com a morte no ofício do profissional da saúde. In: SANTOS, Franklin Santana (org.). **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009, p.31-44.

SEBASTIANY, N.N. **Memórias de um médico do interior: ciência & arte**. Sobradinho, [s.n.], 2012.

SORGATTO, A.L.; KROKOSZ, S.; SOUZA, A.F. Educação para a Morte: o profissional de saúde e sua relação com a morte e o morrer em um hospital universitário. Disponível em: <<http://eventos.ufgd.edu.br/enepex/anais/arquivos/244.pdf>>. Acesso em 10 jul. 2016.

TINOCO, V. O Luto como Vivemos: Educação para a Morte. Palestra proferida no dia 03 de outubro de 2003 no II Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde e Psicossomática e II Simpósio Brasileiro de Psiconeuroimunologia, São Paulo - SP. Disponível em: <http://www.4estacoes.com/pdf/o_luto_como_viv.pdf>. Acesso em 10 jul. 2016.