



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Ozello Gutierrez, Beatriz Aparecida; Trench Ciampone, Maria Helena
Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva"
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 19, núm. 4, octubre-diciembre, 2006, pp. 456-461

Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023809015>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva*

Nursing team members' reaction to dying patients and their family in a intensive care unit

Profesionales de enfermería frente al proceso de muerte de pacientes de unidades de cuidados intensivos

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez¹, Maria Helena Trench Ciampone²

RESUMO

Objetivos: Identificar e analisar os sentimentos e as percepções dos profissionais de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva, no enfrentamento do processo de morrer e propor intervenções que potencializem esse enfrentamento na assistência prestada ao paciente/familiares. **Métodos:** A pesquisa foi qualitativa e os dados foram analisados segundo a análise temática, estruturada com base na psicodinâmica do trabalho. **Resultados:** Os resultados mostraram a necessidade de se implantar encontros sistematizados, nos quais esses profissionais tenham a oportunidade de expor suas satisfações, angústias e medos durante esse processo. **Considerações finais:** Inexistem fórmulas que propiciem o enfrentamento da morte, mas o mesmo pode ser facilitado, desde que a morte seja encarada como um desfecho natural do processo vital.

Descriptores: Morte; Atitude frente a morte; Adaptação psicológica; Unidades de terapia intensiva; Equipe de enfermagem

ABSTRACT

Objective: Nursing team members have different reactions when providing care to dying patients and their family members. **Purpose:** To explore feelings and perceptions of ICUs' nursing team members who provide care for dying patients and their family and to identify these nursing team members' coping mechanism and support to deal with this clientele situation. **Methods:** Data were collected using a qualitative approach and content analysis was guided by Dejours' psychodynamic of work. **Results:** The findings suggest a need for debriefing group meetings in which nursing team members will have the opportunity to express their feelings, anxiety, and fear in providing care for the dying patients and their family. **Final Considerations:** There are no formulas to facilitate the adaptation psychological in the attitude to death but it can be easy since the death can perceived as a natural process.

Keywords: Death; Attitude to death; Adaptation psychological; Nursing; Intensive care units; Nursing, team

RESUMEN

Objetivos: Identificar y analizar las sentimientos y percepciones de los grupos de enfermería en las UCIs al enfrentar el proceso de la muerte y proponer intervenciones que potencialicen ese enfrentamiento en la atención ofrecida al paciente/familiares. **Métodos:** La investigación fue cualitativa, los datos fueron analizados según el análisis temático estructurado en la psicodinámica del trabajo. **Resultados:** Los resultados muestran la necesidad de realizar encuentros sistemáticos, en los cuales estos profesionales tengan la oportunidad de expresar sus satisfacciones, angustias y miedos durante ese proceso. **Consideraciones finales:** No existen fórmulas que posibiliten el enfrentamiento de la muerte, pero el puedo ser facilitado, desde que la muerte sea tratada como una consecuencia natural del proceso vital.

Descriptores: Muerte; Actitud frente a la muerte; Adaptación psicológica; Enfermería; Unidades de Terapia Intensiva; Grupo de enfermería

* Extraído da Tese de Doutorado apresentada ao Programa Interunidades de Doutoramento dos "campi" de São Paulo e Ribeirão Preto da USP, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, em 2003.

¹ Docente do Curso de Gerontologia da Escola de Ciências, Artes e Humanidades da Universidade de São Paulo - USP – São Paulo (SP), Brasil.

² Professora Titular do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP – São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Diariamente, a equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva (UTIs) defronta-se com a angústia de cuidar de pacientes em processo de morrer e com as respectivas famílias envolvidas nesse processo.

Estudos mostram que a relação entre prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais de enfermagem de hospitais universitários, evidencia que esses profissionais valorizam a necessidade de demonstrar afeto e dedicação ao lidar com a dor e o sofrimento do paciente e de seus familiares, como algo que confere significado ao trabalho, polarizando o prazer na realização das atividades inerentes ao cuidar. No entanto, os profissionais revelam que assistir o paciente em processo de morrer na UTI é uma das situações mais penosas de serem enfrentadas^(1,2).

Vivenciando de perto essa realidade e mediante a preocupação com essas questões, resolvemos aprofundar o conhecimento por meio de pesquisa, pois percebemos que o desgaste advindo das cargas de trabalho, além de afetar a saúde física e mental dos profissionais de enfermagem, interfere no gerenciamento da unidade.

Assim, com vistas ao estudo da relação saúde-trabalho, adotamos os princípios da Psicodinâmica do Trabalho nesta pesquisa que focaliza a relação sofrimento-prazer no trabalho⁽³⁾.

Para a psicopatologia do trabalho, a intersubjetividade tem como modelo o homem no trabalho como um sujeito pensante. Desse modo, a atuação do trabalhador influencia as relações sociais de trabalho^(4,5).

Estudos importantes na área da saúde e da enfermagem, que investigam a relação prazer-sofrimento no trabalho, vinculados à organização e subjetividade, verticalizam a compreensão sobre este tema, principalmente a partir dos anos 90^(2,6,7).

Assim, no hospital, dada a especificidade do objeto, o cuidado direcionado a pessoas em sofrimento e, muitas vezes, em processo de morte, constitui-se em determinante de sentimentos contraditórios na equipe, pelo simples fato de estar em contato prolongado, tanto com o paciente quanto com os familiares. Por isso, o sofrimento psíquico, com sua natureza silenciosa, está ligado ao processo produtivo do profissional de enfermagem.

Nessa abordagem, a qualidade do cuidado de enfermagem está intimamente associada à percepção de melhoria da qualidade de vida do paciente, bem como, muitas vezes, ao fato da equipe perceber que contribuiu para amenizar o sofrimento deste no processo de morte.

Partimos do pressuposto de que há diferentes maneiras de lidar com o processo de morrer e com a morte no cotidiano dos hospitais, particularmente, pelas equipes que trabalham nas UTIs. Portanto, a identificação e compreensão de como isso ocorre em um determinado

cenário, pode favorecer intervenções capazes de reduzir as cargas inerentes a esse trabalho, bem como favorecer a assistência humanizada.

Assim, os objetivos norteadores deste estudo foram: identificar os sentimentos e as percepções dos profissionais de enfermagem das UTIs no enfrentamento do processo de morte dos pacientes em seu cotidiano; analisar os sentimentos e as percepções dos profissionais de enfermagem das UTIs e propor intervenções que potencializem o enfrentamento e a resiliência dos profissionais de enfermagem na assistência prestada aos pacientes e familiares nesse contexto.

MÉTODOS

Optamos pela pesquisa qualitativa, por considerarmos que nessa perspectiva é possível incorporar os significados e a intencionalidade dos sujeitos como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais⁽⁸⁾. Além disso, a eleição desta modalidade de pesquisa permite o acesso à intersubjetividade presente na representação da vivência dos profissionais de enfermagem das UTIs relacionadas ao objeto de estudo – o enfrentamento da equipe de enfermagem diante do processo de morte dos pacientes sob seus cuidados.

A psicodinâmica do trabalho propicia reconhecer e captar as interfaces subjetivas presentes na relação do homem/trabalho, capazes de gerar aumento do sofrimento psíquico pelo estudo da clínica do trabalho⁽³⁻⁵⁾.

Acreditamos que a análise das representações dos profissionais de enfermagem relacionadas ao trabalho que desenvolvem nas UTIs, observando-se o recorte do acompanhamento dos processos de morrer, possibilita identificar e, provavelmente reconstituir, a significação singular e coletiva envolvida no enfrentamento do processo de morrer dos pacientes, no cotidiano das UTIs. Trata-se, enfim, de uma estratégia que favorece o fortalecimento dos sujeitos coletivos para que verbalizem, reflitam, elaborem e se reapropriem de formas mais solidárias e humanizadas de enfrentamento do trabalho.

Escolhemos como cenário de estudo, especificamente as Unidades de Terapia Intensiva de Adulto (UTIA) e Pediátrica (UTIP) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

A coleta de dados teve início após a autorização da pesquisa pela Comissão de Ensino e Pesquisa e o envio de parecer favorável do Comitê de Ética do HU-USP.

Inicialmente, pedimos autorização aos sujeitos, profissionais de enfermagem, que se mostraram interessados em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para gravação das entrevistas por eles concedidas. Nessa ocasião, os mesmos foram informados sobre a garantia do anonimato e da possibilidade de descontinuidade da sua participação a

qualquer momento. Para assegurar o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por entrevistados.

Os dados foram coletados, num primeiro momento, por meio de entrevista individual semi-estruturada, com o intuito de favorecer a livre expressão dos sujeitos e estimular a abordagem da temática⁽⁹⁾.

Já, no segundo momento, os dados foram obtidos a partir da realização de cinco encontros, subsidiados pela técnica de grupo focal. Esta técnica “prevê a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas onde os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre um tema específico que vivenciam, buscando-se que isso seja feito em um ambiente permissivo e não-constrangedor”⁽¹⁰⁾.

Para compor o grupo do segundo momento, foram convidados os sujeitos que participaram das entrevistas individuais na primeira fase. Os conteúdos tratados e discutidos nesses cinco encontros basearam-se nos temas disparadores que emergiram das entrevistas individuais⁽⁹⁾.

Da primeira fase deste estudo participaram duas enfermeiras, três profissionais de enfermagem de nível médio pertencentes à UTIA, e duas enfermeiras e dois profissionais de enfermagem de nível médio da UTIP, totalizando nove participantes.

Já na segunda fase participaram duas enfermeiras da UTIA e quatro profissionais de enfermagem de nível médio, sendo dois da UTIA e dois da UTIP, totalizando seis colaboradores.

O material obtido nas entrevistas foi analisado segundo a técnica de análise temática proposta por Minayo⁽⁸⁾. Chegou-se, assim, aos temas constituídos pelas unidades de significado que emergiram dos discursos dos sujeitos pesquisados.

A análise das percepções dos participantes, resultante do material que emergiu dos cinco encontros, foi realizada tendo como suporte o referencial teórico estruturado na psicodinâmica do trabalho, focalizando o sofrimento e as defesas protetoras, adaptativas e exploradas que caracterizam os processos de trabalho em geral, e particularmente na enfermagem, ao assistir a família/paciente no processo de morrer.

RESULTADOS

Eixo temático I – O sofrimento dos profissionais de enfermagem

As situações e relações vivenciadas diariamente pela equipe de enfermagem das UTIs do HU-USP proporcionam tanto prazer e satisfação, quanto sofrimento e desgaste. O prazer está presente sempre que o tratamento do paciente é bem-sucedido. No entanto, o desgaste aparece muitas vezes estampado no rosto ou na expressão verbal do profissional de enfermagem,

principalmente quando o processo de morrer é prolongado devido aos investimentos considerados como futilidade terapêutica promovida pela tecnologia médica⁽⁷⁾.

Unidade de significado 1. Divergências na equipe profissional de saúde

Constatamos a dificuldade de alguns entrevistados conviverem com profissionais da sua equipe ou com outros profissionais de saúde que adotam atitudes tecnicistas, pois percebem, algumas vezes, que o sofrimento do paciente está insuportável, e que se deve respeitar a sua autonomia, que a vida tem um limite, e numa determinada hora, a morte desafia o saber humano e vence:

“– O paciente dizia: Chega!!! Eu não quero que vocês façam mais nada!!!! Eu quero morrer!!! Então, eles fizeram de tudo, né! Tem que ter um certo respeito entre a necessidade do paciente, porque tem hora que ele não quer mais viver”(Entrevistado 1)

Dentro da UTI, cabe ao profissional de enfermagem auxiliar no diagnóstico e nos tratamentos de saúde, prestar cuidados e cumprir os procedimentos de enfermagem, avaliando os cuidados prestados. No entanto, algumas vezes, esse profissional percebe que a cura foge às competências do saber humano, e a única coisa que está ao seu alcance é proporcionar ao paciente cuidados paliativos (higiene, conforto e afeto), o que resultará em um processo de morrer mais humano e digno, tanto para o paciente quanto para os seus entes queridos.

É muito delicado optar por um tratamento que se destina apenas aos cuidados de higiene e conforto, na tentativa de se evitar futilidades médicas⁽¹¹⁾. No entanto, deve-se respeitar a dignidade e autonomia do paciente⁽¹²⁻¹³⁾.

Defendemos a importância de haver um espaço de discussão da equipe para buscar um consenso sobre o que fazer e sobre a melhor forma de conduzir um cuidado⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Percebemos que, quando se discute um caso clínico no grupo interdisciplinar, este favorece a compreensão dos limites do investimento terapêutico e, portanto, a finitude torna-se mais “tranquila” para a tríade paciente-familiares-profissionais de saúde.

Unidade de significado 2. A impotência dos profissionais de enfermagem

Durante a assistência ao paciente em processo de morrer, o profissional de enfermagem sofre muito, pois sente-se impotente e inconformado com a presença da morte, e também despreparado, emocional e psicologicamente⁽¹⁷⁾.

Nesse sentido, a fala de um dos participantes é expressiva:

“Aqui com as crianças você vê que ela não quer mais, que ela

está cansada. Mas existe um investimento muito grande. Na equipe dá a sensação de impotência. Puxa!! Nós fizemos de tudo e ela não sobreviveu..” (Entrevistado 1)

Percebemos, claramente, pela fala do participante, como é grande a energia emocional dispensada ao lidar com o sofrimento do paciente. Freqüentemente só é possível captar o sofrimento profissional pelas defesas. Sabemos que a vocação primeira dos mecanismos de defesa é resistir psiquicamente à agressão que constituem determinadas tarefas inerentes ao trabalho. Contudo, a falha no funcionamento dessas defesas atinge tanto a saúde física, quanto a mental⁽³⁾.

Ao se deparar com o seu limite no cuidar do outro, muitas vezes o profissional de enfermagem reproduz esse limite identificando-se com o sofrimento que, por sua constância e repetição, pode alterar seu estado de saúde.

O estado de alerta dos profissionais de enfermagem em unidades críticas, às vezes, o impossibilita de separar o trabalho da vida pessoal. Todavia, o enfrentamento do sofrimento pode ser construtivo, desde que o profissional de enfermagem tenha auto-estima elevada e maturidade para encarar este tipo de atividade, orientado pela sua responsabilidade e ética profissional. No entanto, para impedir o sofrimento é necessário que o profissional busque maneiras para lidar com ele, negando a sua presença ou acostumando-se com a sua existência⁽¹⁷⁾.

Unidade de significado 3. O abuso da tecnologia no processo de morrer

A realidade vivenciada pelos participantes dessa pesquisa mostra que alguns profissionais iludem-se com o avanço tecnológico e, com isso perdem o senso crítico, o que resulta em um prolongamento do sofrimento do paciente, dos seus familiares e até do seu próprio, pois imaginamos que a sua frustração seja maior devido ao alto nível de expectativa decorrente da sua onipotência. Um dos participantes manifestou essa percepção:

“A pessoa vai morrer torturada!”. O médico fica assim: – Vamos investir mais um pouquinho, mais um pouquinho!!! A gente fica com dó!!! Você sofre também!!!! É fazer sofrer mesmo! Eu, realmente, tem vez que eu chego até chorar!” (Entrevistado 3)

O discurso, a seguir, expressa que é muito difícil, para o profissional, aceitar algumas atitudes relativas à tomada de decisão, como a utilização de todos os recursos possíveis para manter a vida de um paciente na UTI:

“Em relação ao tratamento que a gente vê, o que está segurando é só o remédio! Já está morto há muito tempo! Desligou, foi!” (Entrevistado 2)

Quando o resultado de um tratamento prolongado é

bom, a decisão de continuar esse cuidado é louvável, porém, se o seu resultado é fraco, a decisão é questionável⁽¹⁸⁾.

Eixo temático II – O sofrimento dos pacientes em processo de morrer

Unidade de significado 1. A dor incontrolável

O sentimento de angústia do profissional foi explicitado como importante, durante o ato de assistir um paciente que se queixa de dor insuportável. Aliás, dor incontrolável é motivo de desgaste emocional para aquele que cuida, pois o sentimento de impotência vem à tona no momento em que surge o sofrimento, mostrando que o profissional tem dificuldade, tendo em vista que não detém poder decisório para prescrever:

“Por favor, dá um remédio pra mim que eu não estou mais aguentando esta dor... Verbaliza que tem, às vezes, vontade de evitar estar com o doente para não vê-lo sofrer. Eu já nem queria mais passar perto dele porque eu não estava mais aguentando ver tanto sofrimento! Eu sofri também!!!” (Entrevistado 2)

Em determinadas situações, devido à gravidade do estado clínico do paciente, é necessário limitar o procedimento terapêutico e proporcionar uma morte digna, sem dor^(13,19).

Unidade de significado 2. Qualidade de vida dos pacientes

Durante os encontros, o grupo evidenciou que, em alguns casos, principalmente com os prematuros com muitas complicações, pois deparam-se com o intenso sofrimento dos mesmos nas UTIs, e pensam na má qualidade de vida atual e naquela que, porventura eles poderiam ter se sobrevivessem, pois antevêem as seqüelas e também os problemas familiares decorrentes da falta de recursos financeiros, sociais e de suporte, de ajuda necessários a um cuidado adequado.

“Às vezes, vai para casa e morre tudo em casa! A família não tem qualidade para cuidar, não tem estrutura, não tem ajuda.” (Entrevistado 4)

Eixo temático III – A tríade: equipe multiprofissional/ familiares/ pacientes

Unidade de significado 1. A decisão dos familiares na determinação de condutas

Destacaram, também, que os incomoda o fato de os familiares não receberem os devidos esclarecimentos sobre a qualidade de vida que esses pacientes terão no futuro.

“Principalmente os prematuros! São aquelas crianças que não enxergam, não escutam, não conseguem andar. Às vezes, eu fico revoltada quando eles investem em prematuros!!! Eles falam

que a família quer vivo.” (Entrevistado 3)

Em muitos momentos, o profissional acaba “contaminado” pelo desespero da família, ou ainda, para ele torna-se, aparentemente, menos penoso deixar que a família assuma essa questão.

A opinião dos familiares sobre a continuidade dos cuidados dados aos pacientes no final de vida é aceita de forma bastante variável pela equipe médica^(18,20).

Unidade de significado 2. Sentimentos dos profissionais de enfermagem frente aos familiares

Em diversos momentos, o grupo mostrou o sofrimento e a angústia resultantes do fato de lidar com os familiares dos pacientes em processo de morrer, e até mesmo depois da morte.

Os participantes do estudo afirmaram que quando se sentem impotentes diante das situações inerentes ao cuidado, às vezes eles também choram, porque o envolvimento é tão grande que sentem ser o momento de compartilhar esse sofrimento para aliviar a sua própria dor.

“- Você tem que segurar ali a família, é um choque. Eu fui para o banheiro para... Não é fácil. Você chorou um pouco parece que você alivia. Estas emoções fortes que você passa ali dentro da unidade você não pode levar para casa.” (Entrevistado 5)

A premissa de que não se pode levar para casa o sofrimento é falsa, pois não há como dissociar o vívido. A questão da alienação é bastante discutida nos estudos que partem da psicodinâmica do trabalho. Esta expressa-se pelo sofrimento que não é capaz de gerar transformação, pois não pode ser elaborado, permanecendo cíndido e cristalizado.

O dia-a-dia na UTI, se mostra polarizado por situações antagônicas onde, às vezes, é possível salvar ou curar, em outras, prorroga-se o sofrimento e, nas quais, conforta-se ao aguardar a presença da morte.

Fica evidente a presença de diferentes formas no sofrimento dos profissionais de enfermagem, entre os quais a defesa que prevalece, é a sublimação, defesa psíquica que adequa novas possibilidades para a dialética desejo/sofrimento. Talvez, para trabalhadores de outras áreas, por exemplo operários, onde o sentido do trabalho não tenha expressão diretamente reconhecida, a defesa contra o sofrimento seja a negação ou repressão dos impulsos, a auto-aceleração construindo outras ideologias defensivas específicas da profissão.

Resta-nos problematizar, se a ideologia defensiva da sublimação, prevalente no trabalho de enfermagem não subtrai os desejos do indivíduo trabalhador, favorecendo uma lógica de alienação no atendimento apenas dos desejos do outro, negando o cuidado de si.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O lidar com o paciente e família em processo de morrer constitui-se em uma tarefa árdua e penosa, exigindo assim, a necessidade de acompanhamento da equipe de enfermagem, paralelamente ao seu trabalho. Os encontros mantidos durante o processo da pesquisa foi avaliado pelos participantes como importantes, e apontaram a experiência como significativa. Julgamos que, além da manutenção de um espaço de supervisão direcionado a esses profissionais, é essencial para que manifestem e compartilhem as situações que geram sofrimento e angústias, bem como para que reconheçam e valorizem as satisfações advindas do trabalho.

Para fortalecer as estratégias de enfrentamento relacionadas a situações do trabalho dos profissionais da equipe de enfermagem do HU-USP, sugerimos a implantação de um “Programa de Sensibilização” como um espaço permanente, visando lidar com o processo de morrer e com a morte, tendo em vista uma prática que humanize as relações entre quem cuida e quem é cuidado.

A sublimação, diferentemente de outras defesas, assegura em relação ao sofrimento, uma saída pulsional que não faz desmoronar o funcionamento psíquico e somático, enquanto a repressão é limitante. Por isso, defendemos a importância desses espaços que, se bem conduzidos, favorecem o fortalecimento dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

1. Lima Júnior JHV, Esthér AB. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. Rev Admin Empresas. 2001; 41(3): 20-30.
2. Shimizu HE. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital-escola [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
3. Dejours C. Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5a ed. São Paulo: Cortez; 1992.
4. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
5. Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília; Rio de Janeiro: Paralelo 15; 2004.
6. Leopardi MT, organizador. O Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999.
7. Shimizu HE, Ciampone MHT. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital escola. Rev Esc Enfermagem USP. 1999; 33(1): 95-106.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6a ed. São Paulo: Hucitec: ABRASCO; 1999.

9. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1996; 120 (6): 472-82.
10. Gutierrez BAO. O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
11. Mularski RA, Heine CE, Osborne ML, Ganzini L, Curtis JR. Quality of dying in the ICU: ratings by family members. *Chest.* 2005; 128(1): 280-7.
12. Frick S, Uehlinger DE, Zuercher Zenklusen RM. Medical futility: predicting outcome of intensive care unit patients by nurses and doctors - a perspective comparative study. *Crit Care Med.* 2003; 31(2): 456-61.
13. Winzelberg GS, Hanson LC, Tulsky JA. Beyond autonomy: diversifying end-of-life decision-making approaches to serve patients and families. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53(6): 1046-50.
14. Kovács MJ. Educação para a morte: um desafio na formação de profissionais de saúde e educação [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2002.
15. Toffoletto MC, Zanei SSV, Hora EC, Nogueira GP, Miyadahira AMK, Kimura M, Padilha KG. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Acta Paul Enfermagem.* 2005; 18(3): 307-12.
16. Lunardi Filho WD, Sulzbach RC, Nunes AC, Lunardi VL. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. *Texto & Contexto Enfermagem.* 2001; 10(3): 60-81.
17. Beck CLC, Gonçalves RMB, Leopardi MT. O “estado de alerta” dos trabalhadores de enfermagem em unidades críticas. *Texto & Contexto Enfermagem.* 2002; 11(1): 151-68.
18. Cohen NH. Assesssing futility of medical interventions - is it futile? *Crit Care Med.* 2003; 31(2): 646-8.
19. Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med.* 2001; 29(2 Suppl): N52-5.
20. Kirchhoff KT, Song MK, Kehl K. Caring for the family of the critically ill patient. *Crit Care Clin.* 2004; 20(3): 453-66, ix-x. Review.