

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**KAREN SCHEIN DA SILVA**

**UMA VIAGEM PELOS DISCURSOS DAS ENFERMEIRAS SOBRE A**

**MORTE E O MORRER:**

vontade de verdade?

**Porto Alegre  
2007**

**KAREN SCHEIN DA SILVA**

**UMA VIAGEM PELOS DISCURSOS DAS ENFERMEIRAS SOBRE A**

**MORTE E O MORRER:**

vontade de verdade?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso  
de Enfermagem da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse.

**Porto Alegre**  
**2007**

Aos meus pais, Tânia e Luís Paulo, pelo carinho e por me ensinaram a buscar meus objetivos.

Ao meu esposo Matheus, pelo seu amor e companheirismo.

À Taís, irmã e amiga de todos os momentos.

Aos meus avós, Vilma e Marino pelo afeto e dedicação.

Amo Vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo da minha formação profissional muitas pessoas me interpelaram e contribuíram para o meu crescimento, mas uma delas me ofereceu “as lentes” que me possibilitaram olhar o mundo sob outra dimensão e me mostrou a “caixa de ferramentas” de Michel Foucault as quais me ensinou a manusear. Obrigada professora Maria Henriqueta Luce Kruse, minha mestra, pelos conselhos, pela afeição, pela paciência e pelas horas de dedicação, ao longo desses dois anos, nos quais acreditou no meu potencial. Essas palavras parecem pouco diante da dimensão de minha gratidão.

Quero registrar meu agradecimento aos funcionários e demais professores da Escola de Enfermagem, da UFRGS, que me auxiliaram nos estágios, ou simplesmente me indicaram caminhos para buscar conhecimentos. A professora Eglê Kohlrausch por ter me ajudado a superar um momento de dificuldade pessoal.

Quero agradecer minhas colegas e amigas Rúbia, Sofia, Katia, Laura, Franciele, Aline, Daiane e Marcele com as quais troquei experiências, ao longo desses anos, e nas quais depus minhas ansiedades e medos. Obrigada por estarem presentes e me confortarem nos momentos que precisei. Aos demais colegas por fazerem parte da minha trajetória e pelos conhecimentos compartilhados.

Minha gratidão às colegas, do grupo de orientação da professora Maria Henriqueta, Daniela Dallegrave, que carinhosamente aceitou o convite para fazer parte da minha banca avaliadora, Lisiane Pruinelli, Fernanda Niemeyer, Helen Mendonça, Lydia Chicar e, novamente, a amiga Rúbia Ribeiro, as quais, por meio dos apontamentos e discussões sobre nosso referencial teórico, me auxiliaram na construção desse trabalho.

Agradeço a enfermeira Márcia Nascimento pela colaboração na minha formação profissional demonstrando carinho e preocupação com meu aprendizado e a enfermeira Kátia Keretzky, que demonstrou igual apreço e me auxiliou na revisão desse trabalho. Aos demais profissionais da equipe de enfermagem e da área administrativa, da Unidade de Internação 3º Sul, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que me dedicaram sua atenção e me auxiliaram na aquisição de conhecimentos nesses últimos meses. Quero registrar, ainda, minha gratidão aos profissionais de

enfermagem espalhados pelos diferentes hospitais e postos de saúde pelos quais transitei, durante esses anos, pois contribuíram para o meu aprendizado ao longo desse percurso.

As amigas Sabrina, Camila, Mariana e Talita pelo apoio e amizade.

Agradeço a minha mãe, Tânia, ao meu pai, Luis Paulo, a minha irmã Taís, ao meu cunhado Sílvio, a minha cunhada, Tatiane, a minha avó, Vilma, ao meu avô Marino, a minha sogra Selvina, ao meu sogro, Clóvis, a minha madrinha Elaine e ao meu primo, Thiago, pelo carinho, estímulo e confiança.

Ao Matheus, amigo e companheiro, pela dedicação e amor, fundamentais para que eu alcançasse esse objetivo. Obrigada por entender minhas ausências e me auxiliar a levantar e permanecer em pé quando as quedas pareciam inevitáveis.

“A modernidade é o que é – uma obsessiva marcha adiante – não porque sempre queira mais, mas porque nunca consegue o bastante; não porque se torne mais ambiciosa e aventureira, mas porque suas aventuras são mais amargas e suas ambições frustradas. A marcha deve seguir adiante porque qualquer ponto de chegada não passa de uma estação temporária. Nenhum lugar é privilegiado, nenhum melhor do que o outro, como também a partir de nenhum lugar o horizonte é mais próximo do que de qualquer outro. É por isso que a agitação e a perturbação são vividas como uma marcha em frente; é por isso, com efeito, que o movimento browniano parece adquirir verso e reverso e a inquietude uma direção: trata-se de resíduo de combustíveis queimados e fuligem de chamas extintas que marcam as trajetórias do progresso”.

Zygmunt Bauman

## RESUMO

Proponho olhar para a morte e o morrer como uma construção social, histórica e cultural. Para tanto, me aproximo do campo dos Estudos Culturais, especificamente da vertente pós-estruturalista, para vislumbrar discursos de periódicos brasileiros de enfermagem e conhecer como os saberes, a cerca da temática proposta, são veiculados, pelas enfermeiras nessa mídia. O corpus da pesquisa foram artigos da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) e da Revista Gaúcha de Enfermagem, desde a sua fundação. Nas análises utilizei as ferramentas do saber, discurso, poder, poder disciplinar e sujeito propostas por Michel Foucault. Analisei os artigos, tendo em vista sua periodicidade, tentando estabelecer ligações entre os textos e os acontecimentos da época. Os discursos presentes nas publicações permitiram a construção de quatro categorias: a morte silenciada e ocultada (1934-1979); travando uma luta contra a morte (1980-1989); a morte em cena: multiplicidade de facetas (1990-1999) e a morte e os cuidados paliativos: mudança de paradigma (2000-2005). O estudo destaca o modo como as publicações de enfermagem operam na produção dos saberes sobre a morte e o morrer subjetivando as enfermeiras.

**Descritores:** Cuidados Paliativos; Enfermagem; Morte.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>O ROTEIRO TURÍSTICO: PONTO DE PARTIDA</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>MEUS CAMINHOS E MEIOS DE TRANSPORTE</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>CONHECENDO OS ENUNCIADOS SOBRE A MORTE E O MORRER</b>	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>A Morte Silenciada e Ocultada (1932-1979)</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Travando uma Luta Contra a Morte (1980-1989)</b>	<b>25</b>
<b>3.3</b>	<b>A morte em cena: multiplicidade de facetas (1990-1999)</b>	<b>30</b>
<b>3.4</b>	<b>A Morte e os Cuidados Paliativos: mudança de paradigma (2000-2005)</b>	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>MINHAS BAGAGENS E HISTÓRIAS</b>	<b>51</b>
	<b>MEUS FOLHETOS E MANUAIS</b>	<b>54</b>
	<b>APÊNDICE - Corpus de análise do estudo</b>	<b>60</b>



## 1 O ROTEIRO TURÍSTICO: PONTO DE PARTIDA

Falar sobre a morte e o morrer não é uma tarefa fácil, pois essas palavras acionam mecanismos cerebrais que afloram nossas referências de vida. Aceitar o fato de que nossa existência, bem como a das pessoas que amamos, tem um “prazo de validade” desconhecido, é árduo. Esse medo do desconhecido torna a morte uma questão difícil de ser discutida, enfrentada e pesquisada.

Qual a definição de morte? Extinção de todas as funções do corpo que se manifesta pela ausência da respiração espontânea e a perda das funções cardiovascular e cerebral (MORTE, 2006). E o Morrer? Morrer pode ser definido como deixar de viver, falecer, finar-se, expirar, extinguir-se, acabar, cessar, perder o vigor, cair no esquecimento (MORRER, 2006)! Para Elias (2001) a única forma de nos mantermos vivos após a morte é na memória daqueles que permaneceram vivos. Talvez, por isso, morrer seja sinônimo de cair no esquecimento, pois o ser humano existe pelas relações que mantém com a sociedade. Além disso, a definição de morte carrega consigo alguns problemas, pois como outras definições, é circular. Por isso, conceituar, exatamente, o que é a morte não é possível, já que seu significado varia de acordo com a cultura (VALLS, 2002). Para Hall (1997) a cultura forma nossas identidades a partir de arranjos discursivos, nos submetendo a relações de poderes e saberes que nos governam e constituem nossas práticas.

Estamos em contato frequente com a morte, por meio das notícias, nos meios de comunicação, os quais nos informam sobre mortes coletivas, seja nas guerras, no Oriente Médio, ou nos subúrbios das grandes metrópoles brasileiras. Essa é a morte dos outros. Vivenciamos, também, atos de violência, em cada esquina, nas cidades, que acabam, por vezes, atingindo pessoas das nossas relações. Essa é a morte dos nossos. Por fim as mortes resultantes de epidemias, doenças não-infecciosas, acidentes e velhice. Seja qual for a sua forma a morte continua presente no nosso cotidiano (CARRARA, 2004).

Vivemos em um período de ambivalência no qual as crenças na vida eterna se contrapõem a terminalidade do ser. Para Bauman (1999) a ambivalência confere a um objeto mais de uma categoria o que representa um sintoma de desordem, pois nos sentimos desconfortáveis com a multiplicidade de alternativas que não deixa claro o caminho a seguir. Portanto, classificar um

objeto lhe dá uma estrutura. Essa possibilidade de classificar e nomear os objetos ordena o mundo e elimina o caos induzindo um tipo de comportamento nos indivíduos. O intuito da modernidade é promover a ordem e, portanto, combater a ambivalência. Deste modo, na modernidade, constata-se que houve avanço nas tecnologias da saúde e aumento nas medidas de segurança dos indivíduos, possibilitando maior capacidade de controle sobre o tempo da existência e sobre a prevenção de riscos externos e mortes repentinas (ELIAS, 2001).

Ao ingressar na Universidade comecei a fazer questionamentos acerca da morte. Afinal, os encontros com essas situações, que até então eram incomuns tornaram-se mais frequentes. Surgiram as primeiras experiências nas aulas de Anatomia, que apesar de causarem desconforto, não eram comentadas. Essas vivências eram silenciadas e abafadas no intuito de absorvê-las, rapidamente, para extrair dos cadáveres seus saberes tomando-os como objetos de estudo. As experiências nas disciplinas básicas logo foram substituídas por outras, no ambiente hospitalar, que, embora nem sempre presenciadas, eram discutidas com “naturalidade”, nos corredores, pelos profissionais de saúde, o que inicialmente, causava espanto. Essa “naturalidade” é apontada por Martins, Alves e Godoy (1999) como forma de negação e banalização da morte para que os profissionais elaborem o luto e encontrem auxílio para continuar exercendo suas atividades. Além disso, utilizo o termo, “inicialmente”, por concordar com Kruse (2004) quando refere que as alunas de enfermagem vão adquirindo, ao longo da graduação, a “identidade de enfermeiras” e com isso incorporam processos sócio-culturais que as constituem como profissionais de enfermagem. Nesse sentido, Helman (1994) aponta que os estudantes sofrem uma endoculturação ao adquirir gradualmente a cultura da carreira escolhida.

Durante esses poucos anos de experiência profissional, como acadêmica de enfermagem, alguns encontros com pessoas, que estavam vivenciando o processo de morrer seja de um familiar, ou o seu próprio, foram marcantes, pois observei que a forma como a morte é encarada está relacionada às fontes de subjetivação que atravessam os indivíduos. Percebi que trabalhar a temática da morte, especialmente, as redes discursivas e os saberes que a enfermagem vem construindo às suas margens, seria de grande valia, já que a enfermagem é uma das profissões da assistência à saúde que atua majoritariamente no hospital, local onde vidas são geradas, e também, onde muitas delas se extinguem. Cabe destacar que a enfermagem dedica vinte e quatro horas do dia, todos os dias do ano, para essa atividade, sendo a profissão que permanece a maior parte do tempo em contato com o paciente (HELMAN, 1994). Nesse contexto, observei que

alguns colegas despertavam o interesse pela obstetrícia e, um dos motivos da escolha, estava relacionado à proximidade com a geração de novas vidas e o possível distanciamento de situações de morte. Assim, ao longo dos anos de graduação e após sofrer uma perda familiar me deparei com o medo e os desconfortos provocados pelas situações de morte e morrer.

Dessa maneira, proponho realizar uma aproximação com o campo dos Estudos Culturais, especificamente, sua vertente pós-estruturalista para conhecer os discursos, organizados em saberes, acerca da morte e do morrer que as enfermeiras<sup>1</sup> têm veiculado nas publicações de enfermagem. Procuo compreender os jogos de poder inseridos nesses discursos e suas relações com os momentos históricos em que emergem originando uma trama discursiva da qual não conseguimos escapar. Pretendo observar, quem são as autoras dos discursos? De que local elas falam? Que enunciados elas veiculam? Que ferramentas utilizam para subjetivar as enfermeiras? Entendo que os saberes são produzidos de acordo com regimes de verdades<sup>2</sup> que obedecem a racionalidades históricas correspondentes a interesses datados (COSTA, 2004). Com isso, não tenho a pretensão de desvendar “verdades” sobre a morte e o morrer, pois acredito que não existe nada por detrás dos textos que precise ser descoberto ou explicado, apenas, em alguns momentos, não temos as lentes para ver (KELLNER, 2001). Deste modo, neste estudo, meu objetivo é entender como os discursos sobre a morte e o morrer circulam, nessas publicações, e a forma como essa mídia opera na formação dos sentidos produzindo determinadas “verdades” que subjetivam e objetivam as enfermeiras.

---

<sup>1</sup> Embora a presença do sexo masculino venha aumentando, na enfermagem, utilizarei o termo enfermeira, no feminino, por entender que as mulheres, ainda, perfazem a maior parte do quadro de profissionais nessa área.

<sup>2</sup> Tomarei verdade como conjunto de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 2005).

## 2 MEUS CAMINHOS E MEIOS DE TRANSPORTE

Pesquisar é como viajar. Assim, não há o melhor trajeto a seguir nem o melhor roteiro a utilizar, mas múltiplos trajetos, e roteiros que podem nos levar a um determinado lugar, de formas diferentes, com focos distintos e experiências variadas. Os textos lidos e analisados podem ser vistos como os lugares por onde o pesquisador vai transitar e traçar as suas estradas a serem percorridas, os meios de transporte que serão utilizados, a velocidade de condução, as paradas necessárias, os elementos que serão levados nas malas e aqueles que serão trazidos como bagagem, no término da experiência, e constituirão a história da viagem. As estradas são fabricadas durante a passagem e à frente daqueles que ali transitam elas são marcadas pela determinação de seguir em frente (BAUMAN, 1999). O campo da pesquisa é muito rico e diversificado bem como os múltiplos roteiros turísticos espalhados pelo mundo. Dessa forma, a construção de uma pesquisa não precisa estar atrelada a uma metodologia científica e seguir um único caminho, mas pode utilizar caminhos alternativos que conduzam ao destino final. O fato de não existir uma metodologia científica como fio condutor de uma pesquisa não significa que ela não tenha rigor e método (COSTA, 2002).

O roteiro turístico que delineei para essa viagem segue o percurso dos Estudos Culturais, especificamente a vertente pós-estruturalista. Esta perspectiva pós-moderna compõe um conjunto de ações descentradas e instáveis que propõe uma análise externa à racionalidade moderna e define-se como uma multiplicidade de tendências em vários meios da cultura colocando em suspeita as “verdades” da modernidade (KRUSE, 2004). Podemos olhar para a modernidade conforme propôs Bauman (1999, p. 287):

[...] o navio passou, encrespando as águas produzindo turbulência, de modo que todos os navegantes ao redor têm que refazer o curso dos seus barcos, enquanto os que caíram n'água têm que nadar com força para alcançá-los. Assim que as águas de novo se aquietarem, porém, nós, os navegantes e ex-passageiros, podemos examinar melhor o navio que causou tudo isso. Esse navio ainda está muito perto, imenso e bem visível em toda sua grandeza, mas agora estamos *atrás* dele e não mais de pé no seu convés. Assim podemos vê-lo em toda a sua forma impressionante, da proa à popa, examiná-lo, apreciá-lo, traçar a rota que faz. Podemos agora decidir se seguimos ou não o seu curso. Podemos também julgar melhor a competência da sua navegação e mesmo protestar contra as ordens do capitão.

Nesse sentido, me proponho pular do “navio da modernidade” e utilizar os meios de transporte disponibilizados pelo referencial pós-estruturalista para navegar por entre os discursos sobre a morte e o morrer, nas publicações de enfermagem, olhando para eles como monumentos constituintes de um oceano de saber que foi construído histórica e socialmente sendo moldado pela cultura. Como Fischer, (2001) entendo que analisar discursos é operar sobre documentos para interrogar a linguagem e situar as “coisas ditas” estabelecendo ligações entre os diferentes enunciados e identificando as maneiras como as formações discursivas acontecem e as associações que estabelecem para determinar as condições de existência de um discurso. Não pretendo constituir as verdades acerca dessa temática, mas mostrar os modos como esses discursos circulam, no meio científico, veiculando saberes que produzem efeitos de verdades e subjetivam as enfermeiras tornando-as sujeitos desses discursos. Para tanto, me servirei de alguns subsídios da obra do filósofo Michel Foucault, especialmente, as suas teorias acerca de discurso<sup>3</sup>, poder<sup>4</sup>, saber<sup>5</sup>, sujeito<sup>6</sup> e disciplina<sup>7</sup>. Utilizarei esses instrumentos como uma “caixa de ferramentas”, tal como proposto por Foucault (2000). É preciso que ela funcione, mas não, apenas, para si mesma, se ninguém puder servir-se dela é porque ainda não chegou o seu momento.

Para delimitar os artigos entre os quais viajei utilizei o PeriEnf, uma ferramenta disponível na base de dados da biblioteca Wanda de Aguiar Horta, localizada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). O PeriEnf foi criado no ano de mil novecentos e quarenta e seis e indexa artigos publicados nos periódicos nacionais de enfermagem a partir do ano de mil novecentos e trinta e quatro. Essa base de dados possui cerca de oito mil referências bibliográficas acompanhadas do resumo e permite pesquisar, a partir de uma palavra, sua utilização no assunto, título, autor, título do periódico, resumo ou ano (BIBLIOTECA WANDA DE AGUIAR HORTA, 2006). Os unitermos que foram utilizados para a pesquisa são

---

<sup>3</sup> Tomarei discurso como conjunto de enunciados que respondem a uma mesma formação discursiva, de acordo com um regime de verdade. Os discursos são dotados de poderes e subjetivam os indivíduos. (FISCHER, 2001; FOUCAULT, 2006).

<sup>4</sup> Como poder entendi um conjunto de relações de forças estratégicas entre indivíduos ou grupos. Rede de dispositivos que a ninguém escapa estabelecendo fronteiras induzindo ao saber e produzindo discurso (FOUCAULT, 2005; MACHADO, 2005).

<sup>5</sup> O saber será visto como prática que se implica mutuamente com o poder. Como aquilo que é dito e aceito como tal constituindo domínios de saber (MACHADO, 2005).

<sup>6</sup> Sujeito será entendido como objeto-objetivo, como ser sujeitoado e constituído, produto histórico e social produzido pelas relações de poder e saber (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2007).

<sup>7</sup> Tomarei disciplina como mecanismo de controle do exercício do poder, como forma de domar os corpos dos indivíduos, tornando-os governáveis (FOUCAULT, 2005; MACHADO, 2005).

morte, morrer e cuidados paliativos. Através dessa busca foi possível localizar cento e quarenta e quatro fontes para o descritor morte, vinte e oito para morrer e oito para cuidados paliativos. Após uma triagem e posterior exclusão das referências que se repetiram na busca pelos termos, o número final de publicações foi de cento e cinquenta e duas que se dividiram em trinta e sete periódicos com diferentes tipos de indexação. Os periódicos que mais publicaram artigos pertinentes à temática foram, respectivamente, Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), Texto & Contexto – Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, O Mundo da Saúde e Revista Gaúcha de Enfermagem.

Ao escolher as revistas que entraram para o meu roteiro turístico optei por fazer uma hipótese de leitura dos artigos publicados na REBEn e na Revista Gaúcha de Enfermagem, por acreditar que elas funcionam como dispositivos da mídia em enfermagem que produzem identidades e veiculam alguns dos discursos tidos como “verdadeiros” na profissão. Escolhi esses dois veículos de comunicação por serem revistas de ampla circulação no cenário acadêmico e da pesquisa em saúde. Além disso, estes dois periódicos de enfermagem foram objetos de estudo ao longo de meu curso de graduação e certamente me constituíram como enfermeira. As revistas são publicadas periodicamente e indexadas em bases de dados nacionais e internacionais o que as torna, na classificação da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), periódicos Qualis (Classificação de Periódicos, Anais, Jornais e Revistas) internacional “C” e, portanto “poderosos” meios de divulgação da produção científica de enfermagem.

A Revista Gaúcha de Enfermagem foi criada no ano de mil novecentos e setenta e seis, e é editada e publicada pela Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM, 2006). Assim, sua utilização como fonte de pesquisa torna-se útil para configurar não só as tramas discursivas, a cerca da morte e do morrer, que têm circulado no território nacional, mas também aquelas que recorrem entre as enfermeiras gaúchas, já que boa parte dos seus artigos é oriunda da produção científica local. Além disso, a utilização desse periódico deve-se ao meu interesse em mostrar como esse saber circula no âmbito local, já que iniciei e concluí minha formação profissional, na Escola de Enfermagem da UFRGS, e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e por me considerar sujeito desses discursos que circulam, principalmente, na Universidade.

A REBEn, fundada no ano de mil novecentos e trinta e dois, intitulada “Annaes de Enfermagem”, é o periódico de enfermagem, nacional, mais antigo e o que reúne o maior numero

de publicações sobre a temática. Essa revista, atualmente, é editada e publicada, bimestralmente, pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e torna-se uma importante fonte de pesquisa, pois através da consulta a suas páginas é possível desenhar a trajetória da enfermagem brasileira, ao longo destes anos, conforme encontramos em citação: "O periódico é um valioso instrumento de comunicação, destinado a documentar e divulgar os resultados da investigação em Ciência e Tecnologia, possibilitando ao pesquisador o acesso ao estado da arte em seu campo de atuação" (REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2006).

Estas escolhas determinaram o corpus de análise de meu trabalho que foi constituído por quarenta e quatro artigos, sendo trinta e quatro da REBEn e dez da Revista Gaúcha de Enfermagem. Foram analisados artigos datados do ano de mil novecentos e trinta e sete ao ano dois mil e cinco. Esta delimitação temporal ocorreu pelo fato da primeira publicação sobre a temática proposta, na REBEn, ser da década de trinta, do século passado, e a última publicação se inscrever no ano de dois mil e cinco, também, no periódico nacional. A coleta e análise dos dados foram feitas a partir da leitura interessada dos textos das Revistas, ou seja, “[...] trata-se de saber aquilo que podemos aproveitar e aquilo que podemos descartar, deixar passar ou deixar de lado” (FISCHER; VEIGA-NETO, 2004, p. 17). Desse modo, selecionei apenas os elementos que me foram úteis não fazendo uso daquelas que não se encaixaram no meu plano de viagem. Os textos foram vistos como uma unidade de significações, o que o constitui o discurso acabado para fins de análise, mas que torna-se inacabado quando estudado por outros autores, já que após tal prática concede espaço para múltiplas possibilidades de interpretação de seu conteúdo (MINAYO, 1992).

Ao término desse estudo, no Apêndice, apresento o *corpus* de análise de minha pesquisa, já que optei por não citar as autoras dos artigos das revistas, ao longo do trabalho, por entender que essa prática acarretaria em muitas quebras no texto dificultando sua compreensão. Além disso, os discursos, nas publicações de enfermagem analisadas, convergem entre si o que torna tais enunciados freqüentes em diferentes obras. A distribuição dos artigos, ao longo do tempo, tanto na REBEn quanto na Revista Gaúcha de Enfermagem, pode ser observada no Quadro 2.

REBEn		Revista Gaúcha de Enfermagem	
Anos	Número de Publicações	Anos	Número de Publicações
1937-1939	2	1934-1939	0
1940-1949	1	1940-1949	0

1950-1959	0	1950-1959	0
1960-1969	1	1960-1969	0
1970-1979	1	1970-1979	0
1980-1989	5	1980-1989	4
1990-1999	9	1990-1999	3
2000-2005	15	2000-2005	3

Quadro 2 - Distribuição Temporal dos Artigos Publicados na REBEn e na Revista Gaúcha de Enfermagem

A leitura interessada do *corpus* de análise, a qual me possibilitou selecionar e recortar os enunciados discursivos das revistas e analisá-los de acordo com a forma como me interpelavam, originou a construção de quatro categorias discursivas: a morte silenciada e ocultada (1937-1979); travando uma luta contra a morte (1980-1989); a morte em cena: multiplicidade de facetas (1990-1999) e a morte e os cuidados paliativos: mudança de paradigma (2000-2005).

Para Foucault (2006) os princípios de autoria indispensáveis, desde a Idade Média, funcionam como controle e registro das verdades produzidas e conferem poderes aqueles que proferem determinados discursos. Por isso, saliento que na elaboração do estudo foram respeitados e preservados os princípios de autoria das obras utilizadas como fontes de consulta por meio de citações conforme regras propostas pela Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) (MIRANDA, 2007).



### 3 CONHECENDO OS ENUNCIADOS SOBRE A MORTE E O MORRER

A morte e o morrer são vivenciados de acordo com os significados que são compartilhados pelos indivíduos, considerando o contexto histórico, social e cultural, nos quais estão inseridos. A terminalidade da vida é encarada como uma construção social que mantém suas bases em diferentes idéias e rituais e que, portanto, produz práticas e representações diversas e significativas (MENEZES, 2004). Nesse trabalho, a cultura é considerada como capaz de produzir identidades e para Helman, (1994) ela pode ser vista como uma lente, através da qual os indivíduos percebem o mundo. Os Estudos Culturais olham para produção dessas identidades e estudam os mecanismos que se articulam na sua fabricação.

Em épocas mais antigas tanto o nascimento como a morte se caracterizavam por serem mais públicos e sociáveis do que privatizados, porém no processo civilizador de uma sociedade mudam os problemas e as formas como os indivíduos passam a enfrentá-los e administrá-los. (ELIAS, 2001). Na Antiguidade, os cemitérios e os mortos eram mantidos à distância, fora das cidades, mas os santos túmulos ficavam nas igrejas, local que, mais tarde, passou a ser destinado para todos os mortos não havendo distinção entre igreja e cemitério (ARIÈS, 2003). Na Idade Média, a morte era menos oculta, mais presente e mais familiar, pois os perigos eram menos controláveis e a vida mais curta (ELIAS, 2001). Os indivíduos eram advertidos da chegada da morte e o moribundo a esperava deitado, na cama, rodeado de amigos e familiares aos quais pedia perdão por suas falhas, o que tornava a morte uma cerimônia pública, organizada e presidida pelo doente, que distribuía e designava seus bens aos entes queridos. Não se tinha a idéia de individualizar o espaço destinado aos corpos dos mortos contanto que permanecessem, na igreja, próximos aos santos (ARIÈS, 2003). Essa idéia surgiria mais tarde, em meados do século XVIII, quando os corpos começam a assumir locais individualizados, nos cemitérios, e não mais nas igrejas, e os túmulos recebem esculturas figurativas e placas mortuárias tornando-se o signo da presença além da morte. Ao longo desse século, a opinião pública começa a comover-se com o perigo das sepulturas e considera o poder de infecção dos cadáveres e os focos de gases tóxicos, que se formavam nos túmulos, um perigo de saúde pública que deve ser combatido por técnicas de esquadrinhamento e classificação dos mortos. A decomposição dos corpos é vista como foco de podridão e contágio caracterizando um pânico urbano (ARIÈS, 2003;

FOUCAULT, 2005). Afasta-se assim, novamente, as sepulturas das cidades e proíbe-se que elas fiquem alocadas nas igrejas. Os túmulos, como partes integrantes dos cemitérios, permitiram que os mortos fossem objetos de cultos mortuários que estabeleceram laços entre a sociedade, as famílias e os mortos sendo “um elemento constitutivo da ordem humana” (ARIÈS, 2003, p. 210), inventado na sociedade, por meio do cultivo das lembranças. Nos séculos XV e XVI, inicia uma recusa em aceitar o fim da existência e acredita-se numa vida além da morte. Nesse período acredita-se que o indivíduo, em seu leito de morte, se submete a um juízo final no qual de um lado está a corte celeste e do outro o exército de satã, os quais colocarão na balança as atitudes do moribundo para decidirem sobre seu destino. Esse modelo da morte, no leito, persiste até o final do século XIX, mas, já no final da Idade Média, assume um caráter dramático (ARIÈS, 2003). No século XIX, os sobreviventes choram, suplicam e passam a expressar a dor do pesar, devido a intolerância a separação, transformando a morte num interdito social. O Moribundo como responsável por presidir o seu fim perdura, até início do século XX, quando, em meados de mil novecentos e trinta e mil novecentos e cinquenta, a morte desloca-se dos domicílios e ocupa o hospital, local onde as famílias não permanecem mais tão próximas aos doentes e onde a morte torna-se silenciada não permitindo que os moribundos tenham consciência da sua chegada (ARIÈS, 2003).

Esse breve histórico sobre a forma como os enunciados sobre a morte foram a constituindo e nos subjetivando expressa as formas pelas quais, numa perspectiva moderna, os discursos da ciência, das religiões, da medicina, entre outros, se articulam entre si e formulam, em uma determinada época, um discurso hegemônico. Essas práticas discursivas tornaram-se possível após a “virada lingüística”, já que tal acontecimento permitiu que nosso pensamento fosse modelado em relação ao que pode ser dito e o modo como pode se falar de um objeto, dentro de um regime de verdades, atribuindo sentidos transitórios às coisas do mundo, naturalizando conceitos (BUJES, 2003). Os discursos não podem ser vistos como um entrecruzamento de palavras e coisas, pois eles são a superfície de contato entre a língua e a realidade, o local onde essas ligações entre as palavras e as coisas são desfeitas, onde existem regras próprias que definem os objetos (FOUCAULT, 2004). Por isso nessa análise não estou preocupada com o que “é mesmo” a morte, mas como, em um curso histórico, determinadas formulações discursivas se constituíram como verdades determinando nossas práticas.

### 3.1 A Morte Silenciada e Ocultada (1937-1979)

Embora a categoria leve esse título é importante salientar que morria-se muito nessa época, especialmente, até meados dos anos cinquenta. A morte fazia parte do cotidiano das famílias e quando ela surgia era aceita como um acontecimento inevitável do qual não se falava. A visão social desse processo foi sendo modificada podendo ser considerado que existe um “recalcamento” da morte, à medida que a vida ficou mais longa e a morte tornou-se adiada. Esse recalcamento e encobrimento da morte são antigos, porém as maneiras como eles acontecem, nos diferentes contextos históricos, é que sofrem alterações (ELIAS, 2001). Para Foucault, (2004, p. 28) “Supõe-se, assim, que tudo o que o discurso formula já se encontra articulado nesse meio-silêncio que lhe é prévio, que continua a correr obstinadamente sob ele, mas que ele recobre e faz calar”.

O setor saúde, no início do século XX, não possuía muitos recursos tecnológicos nem programas, eficientes, que visassem a melhoria das condições sanitárias da população. Até mil novecentos e quarenta e cinco, o Brasil experimentou um modelo de assistência à saúde denominado Sanitarismo Campanhista, que era destinado a combater as endemias urbanas e, posteriormente, as rurais. A assistência à saúde individual era parte integrante do setor privado e se exercia, no setor público, pelas entidades de caridade: as Santas Casas de Misericórdia (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001). O Estado, através dos mecanismos que Foucault chamou de biopolítica, encarregava-se em combater as pestes, instalando políticas de controle das epidemias e endemias por meio do exercício do biopoder, que é a tecnologia de poder que se exerce sobre o corpo coletivo tornando-o manipulável, suscetível às regras de sujeição com o objetivo de gerir o corpo social para assegurar a existência humana e proteger a vida. (MACHADO, 2005; GALLO; VEIGA-NETO, 2007). O biopoder, centrado no corpo coletivo, é uma técnica de poder surgida, posteriormente, ao poder individualizante que existira na instituição de um saber médico, no século XVII e XVIII. Esse poder individualizante ou poder pastoral, tomava o corpo como máquina pressupondo a necessidade de renovar o combustível para produzir energia e garantir seu funcionamento. Assim, partes separadas do corpo, bem como o motor, podem falhar precisando, algumas vezes, de substituição. Aliada a imagem do corpo como máquina surge a do cérebro como computador e dos profissionais de saúde como operários

de fábricas que atuavam na linha de montagem dessas máquinas (HELMAN, 1994). Encontro num excerto de Foucault, (2005, p. 89) uma explicação sobre a forma como esses mecanismos da medicina se estruturaram para atuar.

O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos.

Para Elias (2001), embora os processos biológicos do nascimento, da juventude, da doença, da maturidade e da velhice sejam comuns a todos os seres vivos, a morte é um problema, apenas, para os seres humanos isso se deve ao fato de terem consciência de que ela existe. Para tanto, tomamos precauções enquanto indivíduos e enquanto grupos com a finalidade de nos protegermos desse acontecimento.

Em mil oitocentos e quarenta e cinco, Florence Nightingale, uma nobre inglesa, inicia sua atividade na assistência de enfermagem, antes exercida por mulheres ajudantes nos hospitais que, muitas vezes, cozinhavam e se prostituíam. Nascida, em mil oitocentos e vinte, em Florença, na Itália, numa família pertencente a aristocracia inglesa, a “boa moça” possuía formação exemplar e um campo vasto de conhecimentos, inclusive políticos. Em mil oitocentos e cinquenta e quatro, leva suas habilidades para a Guerra da Criméia onde, juntamente, com trinta e oito voluntárias, treinadas por ela, cuidou dos soldados da frente de batalha. Suas noções em estatística, sua experiência prévia em saúde e a organização do espaço, nas enfermarias de guerra, contribuíram para a queda na mortalidade dos soldados feridos no conflito. Assim, utilizando uma tecnologia disciplinar da modernidade Florence demonstrou a produtividade do disciplinamento dos corpos e da organização do espaço hospitalar como instrumentos de cura, o que colaborou para a consolidação do modelo de assistência hospitalar que conhecemos hoje.

No Brasil, o crescimento populacional e o aumento das epidemias incentivam o governo a preocupar-se com a elaboração de uma política sanitária. Para auxiliar a implantação dessa política, a Fundação Rockefeller, uma instituição norte-americana, de caráter científico, religioso e filantrópico, propaga o modelo sanitário inspirado nas políticas de saúde dos Estados Unidos da América (EUA). Nesse sentido, com os esforços da enfermeira norte-americana Ethel Parsons, a enfermagem moderna se concretiza como profissão, por meio da chamada “missão Parsons”, que cria um Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) ao qual,

posteriormente, é anexado uma Escola de Enfermeiras. Essa escola denominou-se Escola de Enfermeiras do DNSP, e, em mil novecentos e vinte e seis, passou a se chamar Escola de Enfermeiras Dona Ana Néri firmando-se, posteriormente, como Escola de Enfermagem Anna Nery, nomenclatura inspirada na baiana Ana Néri, que em mil oitocentos e sessenta e quatro, seguiu para a Guerra do Paraguai com o intuito de assistir os soldados brasileiros feridos no conflito (ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY, 2003; KRUSE, 2004). Essa Escola de Enfermagem, alocada no Estado do Rio de Janeiro, foi a pioneira, no Brasil, e implantou a carreira de enfermagem no modelo “Nightingale”, ou seja, no ideal da “boa enfermeira”. Em mil novecentos e trinta e sete, a enfermagem é introduzida na Universidade e a Escola de Enfermagem Anna Nery passa a fazer parte da Universidade do Brasil, hoje, Universidade Federal do Rio de Janeiro (KRUSE, 2004). Novas escolas de enfermagem começam, então, a ser construídas e se espalham pelo país, seguindo o padrão Anna Nery formando enfermeiras e se ocupando da qualificação das profissionais, por isso essas escolas foram chamadas de padrão e, posteriormente, de escolas de enfermagem de alto padrão (ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY, 2003).

As enfermeiras brasileiras, formadas dentro deste modelo se organizaram científica e profissionalmente fundando a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas que, posteriormente, passou a se chamar Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) cuja primeira presidente foi Edith Magalhães Fraenkel (ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY, 2003; KRUSE, 2004). Em mil novecentos e trinta e dois, um periódico, em âmbito nacional, é criado com o título “Annaes de Enfermagem”, hoje REBEn, configurando a necessidade das enfermeiras em produzirem um corpo de conhecimentos específico da profissão que colaborasse para o seu desenvolvimento. Esse periódico veicula os saberes que a enfermagem brasileira começa a construir e subjetiva as enfermeiras como sujeitos dos discursos que ali são produzidos, já que o espaço ocupado pela revista é um meio de poder que (re)produz discursos. A revista funciona como um instrumento validador dos discursos que estão autorizados a circular e determina quem pode proferi-los bem como de que lugar (instituições) eles podem ser ditos e escritos para produzirem nos sujeitos efeitos de verdades. Assim, a consolidação da enfermagem, como um saber profissional, utiliza como pilares de sustentação a produção de saberes-poderes capazes de emergir da agregação entre o periódico de enfermagem, a Universidade e a Associação de Enfermeiras. Utilizo esses acontecimentos históricos com o intuito de localizar o

contexto social no qual nasce a profissão de enfermagem bem como a que saberes ela se associa e a forma como ela se estrutura para que, hoje, tenha se tornado o que conhecemos.

Nas primeiras publicações da revista, a morte e o morrer não eram assuntos recorrentes e só passaram a integrar o cenário das produções após o final da Segunda Guerra Mundial. Esse conflito se configurou como um marco histórico e pôde ser considerado a maior catástrofe provocada pelo homem em toda a sua história, já que deixou mais de cinquenta milhões de mortos e vinte e oito milhões de mutilados (SCHILLING, 2003). No período pós-guerra muitas famílias perderam seus membros, seja em detrimento do conflito ou pelas péssimas condições de vida que se instalaram. Acredita-se que após a Primeira Grande Guerra e, especialmente, a Segunda Guerra as tecnologias, que despertaram a racionalização da massificação da morte e que possibilitaram o desenvolvimento da medicina tecnicista, ganharam espaço para produzir o saber sobre a hospitalização e a assistência à saúde que conhecemos hoje (MENEZES, 2004). A enfermagem, com a finalidade de satisfazer as necessidades de saúde pública, por meio da utilização do espaço hospitalar, passa a exercer seu saber profissional, cuidando dos indivíduos e minimizando o sofrimento daqueles que morriam e de seus familiares, através da ciência que as enfermeiras chamaram de “ciência do cuidado”. O objeto do trabalho da profissão passa a ser a vida e a morte e os estreitos limites que as separam no contexto saúde-doença.

Já na década de sessenta, do século XX, a assistência médica previdenciária consome recursos significativos e as doenças de massa, que surgem das condições de vida e trabalho precárias, dividem o espaço com as pestes. Porém, a partir desse período, a assistência médica individual, por meio do avanço tecnológico, viabiliza o crescimento de um complexo médico-industrial e hospitalar. Torna-se vigente o modelo de assistência à saúde Médico-Assistencial Privatista que privilegia a prática médica curativa, especializada e privada, em detrimento da saúde pública. Durante a ditadura militar, a cobertura da assistência à saúde pública se expande entre as classes trabalhadoras e passa a adotar uma série de programas e medidas políticas para contornar as crises econômicas que envolvem a previdência. A saúde individual ainda é foco, apenas, do setor privado o que começa a ser debatido pela Reforma Sanitária na década de setenta, mas que só ganharia força no ano de mil novecentos e oitenta e seis (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

Ao longo desse período, as produções científicas relativas à morte e ao morrer, por parte das enfermeiras, são escassas. Para abordar a temática elas utilizam a Revisão Bibliográfica como

metodologia de pesquisa e, algumas vezes, apresentam dados quantitativos em seus estudos. Não são acrescentadas novas informações a esse saber e nas publicações circulam discursos já produzidos, lembrando a frase de Foucault (2006, p. 26): “O novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta”.

Esse primeiro momento pode ser visto como uma espécie de aproximação com a temática e uma tentativa de ruptura do silêncio que permaneceu durante anos. Os artigos são oriundos de profissionais que atuam na assistência de enfermagem, em diferentes áreas do conhecimento, e que não possuem vínculo com instituições de ensino, mas com instituições de saúde. A obstetrícia se ocupa com veemência dessa temática, pois é notória a preocupação com as mortes neonatais, das parturientes e puérperas. As autoras destacam a importância do pré-natal e da assistência de enfermagem durante o ciclo gravídico puerperal para prevenir as mortes por causas obstétricas, já que a gravidez e o parto são signos que representam a geração de vidas e envolvem um momento de felicidade e não de dor e sofrimento. A morte, nesse contexto, é encarada como o inimigo que assombra e traz as suas margens o erro e a falha, seja dos profissionais de saúde, ou das gestantes. Ela não é aceita, e é tida como uma afronta aos padrões de ordem estabelecidos pelo ciclo vital: nascimento, crescimento, reprodução e morte. A idéia da vida e da morte, como processos naturais ordenados, pode ser considerada como uma característica de um determinado estágio civilizador da sociedade (ELIAS, 2001). Essa busca da ordem é um dos projetos modernos inviáveis, mas é através da ordem que nos tranquilizamos, pois ela nos permite antever os acontecimentos para seguir em frente (KRUSE, 2004). Esse tipo de enunciado pode ser encontrado no texto que segue:

Antes da introdução da insulina a gestação resultaria sempre em situação trágica. Atualmente, com as medidas que se adotam, a morte da gestante diabética pode ser prevenida através da procura de sinais precoces do diabetes, de cuidados médicos e assistência de enfermagem no pré-natal, parto, puerpério e avaliação cuidadosa da época exata do parto (AUGUSTO; RIZZO; ALESSI, 1967, p. 307).

De acordo com as publicações, a enfermeira não pode se emocionar e deve desenvolver habilidades de comunicação, para confortar familiares e pacientes, saber administrar analgesia, promover o conforto do moribundo, reconhecendo seu estado mental e emocional, conhecer a idéia de morte da maioria das pessoas, ler sobre morte e morrer, ter desejo de ajudar e satisfazer a sede espiritual dos pacientes, oferecendo suporte religioso, por meio do conhecimento das

diferentes religiões. Aqui podemos observar o tom dogmático de conotação religiosa e autoritária que manifestam a moral e a obediência através de expressões tais como deve, dever, fazer, conhecer e tornar-se apta, as quais não deixam dúvidas quanto ao que deve ser feito e pretendem instaurar um modelo de enfermeira por meio de discursos dirigidos às leitoras das revistas. Além disso, nessa época, a boa enfermeira era aquela que reunia aspectos técnicos impecáveis e que ao mesmo tempo cuidava dos pacientes com extrema devoção e carinho. Um exemplo desse tipo de enunciado é:

[...] êste é o “dever sagrado e o mais alto triunfo da enfermeira”: saber fazer a morte bela e significativa. Para conseguir esta arte é preciso grande esforço e conhecimento dos cuidados necessários ao moribundo, em todos os seus aspectos. Deve a enfermeira observar o efeito de seus cuidados, em vários casos. Deve crescer espiritualmente e conhecer, cada vez mais, os problemas da vida e da morte e estar apta a socorrer, em ambas, às necessidades de seu próximo. Se assim for nossa vida e a daqueles com quem estamos em contacto, serão enriquecidas (TEIXEIRA, 1948, p. 202).

A revista também demonstra uma preocupação com as questões relativas ao corpo e aos seus cuidados, especialmente, após a morte e refere que o necrotério é uma extensão do ambiente hospitalar podendo ser visto como uma outra enfermaria. Nesse contexto, os cuidados com o corpo morto, de acordo com as enfermeiras, devem ser realizados com paciência, amor e atenção. É apontada a necessidade de entregá-lo para a família com aparência de conforto e serenidade, esteticamente arrumado, indicando a higiene e o tamponamento dos orifícios como cuidados de enfermagem imprescindíveis, já que o corpo humano é visto como templo vivo do Espírito Santo e abrigo da alma criado à imagem e semelhança de Deus. Além disso, as técnicas de preparo do corpo morto são apresentadas para que as enfermeiras incorporem um determinado jeito de fazer enfermagem e cuidar dos corpos, sejam eles vivos ou mortos. Esse enunciado pode ser observado no excerto abaixo.

Quanto aos cuidados com os orifícios naturais referência especial merecem os da cabeça, principalmente a boca e as fossas nasais. O excesso de algodão neles introduzidos desfigura as feições e impressiona mal [...]. Fechar os olhos de alguém, é missão nobre e triste, que também exige técnica (pois nem sempre há facilidade de eles se manterem fechados) com a costumeira pressão digital sobre as pálpebras. Algodão embebido em éter sobre elas, por alguns minutos, ajudará para que se fechem. Após os cuidados gerais, vejamos a técnica de tamponamento orofaríngeo:



com uma pinça traciona-se a língua para a frente; com outra mais longa introduz-se algodão na região orofaríngea, o quanto necessário para bloquear também o rinofaringe.

voltando a língua a sua posição normal fecha-se a boca justa-pondo-se os maxilares (se for o caso colocar as dentaduras).

Uma faixa ou atadura manterá os maxilares unidos (BARRETO, 1973, p. 186).

Nessa categoria discursiva, embora a morte já apareça como algo indesejado, que deve ser evitado por meio de ações de saúde, ela também é vista através das lentes da religiosidade e do romantismo, pois os textos exaltam e conferem prestígio ao corpo e ao indivíduo que morreu. As autoras utilizam formas verbais no imperativo com o intuito de incitar as enfermeiras a desenvolverem as ações desejadas, pois essas formas verbais manifestam ordem e apelo pela concretização da ação, o que nos possibilita observar o governo dos corpos, conduzindo condutas e determinando ações que produzem um governo de si para si. Além disso, ao longo dos textos, é possível observar a influência dos preceitos da enfermagem de Florence Nightingale, principalmente, nas referências à insalubridade do ambiente, onde o moribundo se encontra, que deve ser combatida através da incidência da luz solar, uma boa ventilação, iluminação, limpeza e silêncio, pois como refere Foucault, (2005) a medicina urbana se organizou, primeiramente, não em torno dos homens, mas das coisas: ar, água, decomposições. Os métodos utilizados por Florence, que fundamentaram a profissão de enfermagem, utilizam como base os princípios morais e de disciplinamento dos corpos das enfermeiras, que objetivavam introduzir a ordem no ambiente hospitalar para transformá-lo num local de cura e de acúmulo e transmissão de saber.

As publicações subjetivam as profissionais apontando as “verdades” acerca da sua atuação nos cuidados com pacientes moribundos e em situações de morte iminente e, além disso, ensinam as práticas que devem ser executadas para que o paciente possa ser cuidado de forma efetiva e holística determinando um tipo de comportamento e ensinando o ser enfermeira. Assim, as técnicas disciplinam os corpos tanto das enfermeiras quanto dos pacientes e estabelecem uma sintonia entre ambos articulando o corpo com o objeto determinando as relações entre eles e definindo uma prática de cuidado aos corpos que se profissionaliza e constitui um dispositivo de controle da população (KRUSE, 2004).

### 3.2 Travando uma Luta Contra a Morte (1980-1989)

Na década de oitenta, o Brasil passa por muitas mudanças econômicas, políticas e sociais que se refletem nas condições de saúde da população. É nesse período que assistimos o enfraquecimento da ditadura militar e a redemocratização do país, o que viabiliza uma maior influência da população sobre as decisões sócio-políticas nacionais. É ampliada a atenção à saúde da população através das Ações Integradas de Saúde (AIS), consolidadas e desenvolvidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES), que surgiu, também, com a finalidade de desmontar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). As AIS já tinham como princípios a universalidade no atendimento, a integralidade e a equidade da atenção e a regionalização e hierarquização dos serviços as quais, posteriormente, serviriam de base para a formulação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Em mil novecentos e oitenta e seis, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o projeto da Reforma Sanitária, que defendia a “saúde como direito de todos e dever do estado” ganha corpo, resultando, em mil novecentos e oitenta e oito, na aprovação da nova Constituição Federal do Brasil a qual inclui, na seção da saúde, cinco artigos que contemplam os objetivos defendidos pelo projeto. Essa Constituição Federal foi uma das contribuições para a formação do SUS e para as mudanças nas políticas de saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001). Ao final dessa década, o país assiste a uma crise econômica, política e social devido aos escândalos de corrupção e de administração pública. Quero salientar que meu objetivo ao localizar o contexto histórico nacional, é tentar entender como esses acontecimentos se refletem na atividade da enfermagem e nas publicações das enfermeiras, pois acredito que essas mudanças interferem nos tipos de saberes valorizados, em determinadas épocas. Nesse sentido, lembro-me de uma frase de Foucault, (2006, p. 10): “Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder”.

Nesse período, as publicações sobre a terminalidade da vida, nos periódicos de enfermagem, aumentam em volume havendo uma preocupação com a morte e o morrer, que, embora ainda silenciados, não ficam mais ocultos. A temática passa a ocupar as páginas da revista, para que, de alguma forma, os profissionais se conscientizem da sua existência e dos tabus que a circundam. Praticamente, todos os artigos referem o trabalho da psiquiatra Elisabeth

Kübler-Ross, que torna-se uma das grandes referências nos estudos sobre a tanatologia e a instauradora de muitos discursos, que ainda hoje circulam. O impacto das pesquisas dessa médica será discutido, mais adiante, na categoria que aborda a morte e a mudança de paradigma, no ano de dois mil a dois mil e cinco.

Os discursos sobre a terminalidade da vida, publicados pelas enfermeiras, originam-se, principalmente, daquelas que trabalham nos Centros de Terapia Intensiva (CTI), pois com as novas tecnologias que invadem os hospitais e, especificamente, essas unidades, a morte torna-se parte da rotina dos profissionais de saúde e entra na ordem do seu discurso. Aqui recorro a uma frase de Fischer e Veiga-Neto, (2004 p. 16): “[...] então, o fato de que as coisas podem ser ditas, mas não são ouvidas, não são escutadas quando ditas fora de uma ordem. Ou tu te colocas na ordem, ou tu não és escutada”. Tais efeitos podem ser observados no que Foucault (2006) chamou de ritual, que é a imposição de determinadas regras aos indivíduos que pretendem pronunciar determinados discursos, pois eles necessitam ser qualificados para fazê-lo e, ainda, estabelece o comportamento e os signos que devem acompanhar os discursos especificando seus efeitos sobre aqueles para quem se dirigem. Assim, as enfermeiras, que atuam nesse contexto, têm a aprovação dessa “sociedade de discurso” para veicular, nas páginas das revistas, seus enunciados, já que são detentoras desse saber. Foucault (2006) entende como uma “sociedade de discurso” um grupo de indivíduos, limitado, dentre os quais, circula um determinado tipo de discursividade. Vejo que os enunciados sobre assistência de enfermagem ao paciente que está morrendo utilizam as revistas para fazer circular os discursos da enfermagem entre seus pares. Os sujeitos que têm autoridade para se manifestar, utilizando a atmosfera de circulação dos periódicos, são enfermeiras, geralmente, professoras ou, até mesmo, acadêmicas de enfermagem que ocupam os espaços de poder reservados às Instituições de Ensino Superior, especialmente, as públicas, pois nesses locais, se articulam poderes e saberes que difundem um determinado discurso tido como científico que pretende estabelecer “verdades”. Também encontro discursos veiculados por instituições de saúde que têm o prestígio e o poder necessários para envolver os sujeitos. As pesquisas utilizam, mais frequentemente, como metodologia a Revisão Bibliográfica seguida dos estudos de cunho quantitativo e, posteriormente, qualitativo com abordagens fenomenológicas.

Os artigos apresentam a morte como uma etapa do viver e, portanto natural, mas por outro lado sugerem que o controle do homem sobre a natureza tem sido maior o que possibilitaria o

prolongamento da vida através de determinados comportamentos, como a rápida procura dos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento das patologias e um maior incentivo às pesquisas. Aqui podemos evidenciar a sugestão de que ao assumirmos determinadas práticas e nos disciplinarmos asseguraríamos uma vida mais longa. Também observo, a ligação que se estabelece entre o câncer e a morte nas publicações. É como se um funcionasse como elemento significativo do outro, pois, nessa época, o diagnóstico de câncer era uma sentença de morte. Assim, a morte, que antes era associada ao processo de viver, agora está associada à possibilidade de adoecer. São apontadas a fisiopatologia, as manifestações clínicas e o fenômeno biológico, social, psicológico, filosófico, ético, religioso, histórico, cultural e jurídico da morte, pois esses elementos a diferenciariam do morrer que é encarado como o processo agonizante e doloroso que levará a extinção da vida. Podemos perceber esse enunciado no fragmento que segue. “Morte é, portanto, um evento, principalmente, sociológico, psicológico, filosófico, e os elementos dessas três ciências devem compor o que denominamos “informações científicas sobre a morte” (CHEIDA; CHRISTÓFOLLI, 1984, p. 172).

O desenvolvimento tecnológico surge como um dos responsáveis pelo deslocamento da morte para o ambiente hospitalar, o qual é acusado de isolar, socialmente, o moribundo, contribuindo para o ocultamento da terminalidade da vida, das crianças, afastando-as dessas vivências. O fim da vida, nesse ambiente, também é apontado pelas autoras, como uma derrota, já que esta é uma instituição que utilizou como pilar de sustentação, a cura e a preservação da vida e não a morte. Tal afirmação é ilustrada, nos periódicos, pela rapidez com que são eliminados os vestígios dos cadáveres nas enfermarias dos hospitais. No que se refere à equipe de saúde, a terminalidade do ser é considerada natural e parte integrante da existência humana, porém frequentemente relacionada a sentimentos de medo, impotência, tristeza, depressão, culpa, fracasso e falha. Além disso, ela aparece como algo negado, evitado, rejeitado e silenciado pelos profissionais, pela família e pelo paciente o que, geralmente, acarreta uma morte solitária e controlada, farmacologicamente, por sedativos. As crenças na existência de uma vida melhor após a morte surgem como argumentos que minimizam a ansiedade e os sentimentos negativos. Podemos entender que a enfermagem, nesse contexto, enfrentaria uma crise de paradigmas, pois como afirmam Oliveira e Kruse, (2006) os enfermeiros seriam os responsáveis por humanizar a assistência no ambiente hospitalar, já que a sociedade delegou a esses profissionais tal atribuição. Porém a coexistência da tecnologia, para a preservação da vida, e as dificuldades em lidar com a

morte produziram determinados jeitos de cuidar que dificultariam colocar em prática tal assistência. Esse enunciado fica expresso no fragmento que segue. “A morte é parte integral da existência humana e, no entanto, é um tema evitado e até mesmo negado em nossa sociedade. Isso decorre, dentre outros fatos, o de sermos poupados, desde a infância, de vivenciarmos “a morte” e “o morrer” (FERRAZ *et al.*, 1986, p. 50).

Algumas publicações estudaram os sentimentos da equipe de enfermagem em relação a cuidar de pessoas que estão morrendo, pois acreditavam que os sentimentos envolvidos nesse processo refletiriam na diminuição da qualidade da assistência. Nos artigos, observo a utilização do termo biopsicossócio-espiritual, talvez relacionado ao movimento da interdisciplinaridade, inventado nesta época, como algo produtivo na assistência à saúde. Encontro, também, referências a preocupação das enfermeiras com o cuidado do corpo e os equipamentos como forma de ocultar a morte, já que o trabalho com pacientes que estão morrendo é tido como desestabilizador emocional da equipe. A identificação com esses pacientes e seus familiares, as dificuldades de conversar sobre o diagnóstico e o prognóstico da doença, a insuficiência de treinamento e a falta de respaldo psicológico são, também, apontadas como fatores que prejudicam o processo assistencial. Nos artigos são enfatizados a observação dos sinais vitais, cuidados de higiene, proteção, conforto, troca de curativos, cuidado com sondas, drenos, oxigênio e eliminações fisiológicas. Essas referências aos cuidados físicos são apontadas como necessidades imprescindíveis de serem atendidas, embora sejam afirmadas que as necessidades psicossociais e psicoespirituais são as mais importantes de serem supridas. As revistas referem como atribuições da enfermeira: a observação constante, o atendimento imediato, a individualização e humanização da assistência, a boa comunicação verbal, o preparo psíquico e científico para o enfrentamento da dor, a assistência farmacológica e fisiológica e o conforto à família e ao moribundo permitindo a permanência constante dos familiares, mesmo que tal conduta altere a rotina hospitalar. Aqui podemos constatar mais uma espécie de disciplinamento que o hospital pretende produzir nos corpos dos profissionais que ali atuam, em especial, da enfermeira, pois essa profissional deve estar apta a desenvolver certas práticas que permitam uma normalização de suas atividades. Para isso, ela deve obedecer a um regime disciplinar que permita um controle das suas operações e assegure uma sujeição constante que a torne governável. Esse disciplinamento atua nos corpos das enfermeiras, produzindo determinados jeitos de cuidar, conforme podemos observar no trecho abaixo.

A enfermeira que cuida de um paciente que está morrendo, ou cujo diagnóstico é fatal, deverá estar preparada a enfrentar a dor e reconhecer que o sofrimento experimentado pelo próprio paciente e sua família não é só normal como também um processo intransponível que poderá ser exacerbado ou minimizado por fatores sociais, econômicos, culturais e religiosos (VEIGA, 1984, p. 113).

Surge, nos periódicos, um interesse pelas questões éticas relacionadas aos transplantes de órgãos, a eutanásia, a distanásia<sup>8</sup>, a manutenção artificial da vida e ao processo de morrer. Estabelece-se uma discussão sobre os direitos do paciente em decidir sobre sua vida e as obrigações do enfermeiro, descritas pelo Código de Deontologia da Enfermagem, em respeitar a vida desde a concepção até a morte. Aqui, os sentimentos dos profissionais, em relação a terminalidade do ser, devem ser reformulados com a finalidade de proporcionar uma assistência eficiente que zele pela paz e dignidade do paciente para que ele viva seus últimos dias com maior conforto, livre de ansiedade e dor sem perder sua identidade. De acordo com as publicações os direitos do paciente moribundo devem ser respeitados permitindo que ele participe das decisões sem ser enganado expressando suas emoções, conservando a esperança e que ao morrer esteja sem dor, acompanhado e assistido por pessoas sensíveis e carinhosas. A citação abaixo mostra esse tipo de enunciado.

[...] todo homem tem direito a uma morte humana. Ninguém pode privar-se da morte, mas antes, deve ser ajudado nesse momento, o que significa, antes de tudo, o alívio do sofrimento dos doentes, de forma que eles possam superar humanamente a última fase de suas vidas (NORONHA *et al.*, 1985, p. 352).

As enfermeiras obstétricas continuam demonstrando preocupação com as questões relativas a morte e estudam os sentimentos envolvidos no processo de perda fetal. Assim, elas referem que quando se deparam com a morte sentem-se constrangidas encarando-a como um evento delicado e difícil de ser falado. Podemos observar o aparecimento desse enunciado no trecho que segue. “Preparados para o evento da vida e para sua preservação sob as condições mais saudáveis possíveis, os profissionais da área de saúde quando presenciam a morte inelutável, sentem-se despreparados, constrangidos, contristados” (LUZ *et al.*, 1989, p. 93).

Inicia-se a valorização da experiência de indivíduos que passaram por um processo de perda e, dessa forma, os sentimentos maternos frente à perda de um filho vítima de doença crônica são publicados. Aqui, emerge a importância da fé em Deus e na equipe de saúde, do amor

---

<sup>8</sup> Prática que afasta ao máximo a morte mantendo a vida por meios artificiais com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido que não tem chances de cura (GOLDIM, 2004).

pela família, da esperança na ciência e da compreensão aceitação e reconhecimento do trabalho da equipe, como fundamentais para encarar a chegada da morte, que é tida como um fenômeno de dor. As pessoas, quando confrontadas com a terminalidade da vida, procuram crenças, explicações e rituais que as ajudem a crer em uma vida eterna (ELIAS, 2001). Um dos exemplos desse enunciado pode ser encontrado no texto abaixo.

Quando perdemos a dor é grande, porque mostra nossa impotência diante do Ser, diante da existência. E a vida que era de graça tem suas companheiras, também de graça, dor e morte. A estas duas realidades somos obrigados a ceder e a nos curvar. Nada nos pertence. São presentes que se vão... efêmeros... (ZÍLIO, 1985, p. 331).

Como Foucault, (2005) penso que resgatar esses discursos sobre a morte, nas publicações de enfermagem, me auxiliam a entender como enfermeiras e pacientes vão sendo constituídos e subjetivados tornando-se objetos-objeto nessa rede de saberes e poderes que tem efeitos de verdade na assistência de enfermagem. “O interessante não é ver que projeto está na base de tudo isto, mas em termos de estratégia, como as peças foram dispostas” (FOUCAULT, 2005, p. 152).

### **3.3 A morte em cena: multiplicidade de facetas (1990-1999)**

A instauração da Constituição Federal, em mil novecentos e oitenta e oito, e a posterior aprovação, em mil novecentos e noventa, das Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, possibilitou a estruturação de um novo sistema de saúde, o SUS. Esse sistema, vigente até os dias atuais, presta assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Ainda nesse período, ocorre a efetiva extinção do INAMPS e a regulamentação da atuação do setor privado na prestação de ações e serviços de saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001). É na década de noventa que temos o primeiro presidente eleito por voto direto, após trinta anos: Fernando Collor de Melo. No seu governo houve a implantação do Plano Collor, que trocava os Cruzados Novos para Cruzeiros e

detinha o dinheiro aplicado em qualquer investimento financeiro para devolvê-lo em um ano e meio. O país começa a enfrentar uma de suas maiores crises econômicas e políticas. A privatização de estatais, as importações de produtos, a abertura da economia nacional e a concentração da renda no país ocuparam o cenário nacional. A taxa de desemprego aumentou, o salário mínimo sofreu quedas históricas, empresas fecharam suas portas, o número de favelas cresceu, elevando os índices de violência urbana e deixando milhares de menores abandonados nas ruas das cidades. Esses fatos provocaram a instalação de uma crise social sem precedentes que não mais conseguiu ser solucionada. Nesse período, surge o movimento dos “caras pintadas” que pedem o impeachment do atual presidente. Embora o processo de impeachment tenha sido iniciado Collor renuncia, mas não fica isento de responder pelos seus crimes de corrupção perdendo seus direitos políticos por oito anos (FERNANDO COLLOR DE MELLO, 2007). Para a reestruturação econômica, do país, assume o presidente provisório, Itamar Franco, que implanta o Plano Real, e obtém êxito no controle da inflação retomando o crescimento da economia. O governo estimula, também, a informatização, no país, que passa a crescer e ocupar um espaço considerável até o final da década de noventa. Novas eleições são convocadas e assume a presidência Fernando Henrique Cardoso, que mantém a economia sob controle e aprova a reeleição para presidentes, governadores e prefeitos tornando-se o primeiro presidente a ser reeleito no país. Na segunda fase de seu governo a economia começa a entrar em crise resultando no aumento das taxas de juros e da dívida interna, com conseqüente agravamento das desigualdades sociais. (FERNANDO HENRIQUE CARDOSO, 2007).

Nesse período, o número de publicações sobre a morte aumenta configurando a tentativa das enfermeiras em torná-la mais “naturalizada”. A morte negada, ocultada e silenciada passa a ser objeto de estudo dos enfermeiros e entra em cena assumindo um dos focos da atenção profissional. Ela surge relacionada às diversas áreas do conhecimento e como experiência dos profissionais de enfermagem, que atuam, tanto no setor hospitalar, quanto na atenção básica, e não mais como preocupação específica dos CTIs. Os estudos qualitativos com abordagem fenomenológica tornam-se o principal método de pesquisa das enfermeiras. Os sujeitos autorizados a proferir esses discursos devem, não apenas estar ligados às instituições de Ensino Superior, mas ter concluído cursos de pós-graduação, seja especialização, mestrado ou doutorado.

Após a instauração efetiva do SUS a preocupação com os sentimentos e pensamentos dos usuários em relação à doença e a morte torna-se importante. As revistas referem o diagnóstico e



prognóstico do indivíduo, bem como as relações afetivas que ele mantém com amigos e familiares como fatores influenciadores nesses sentimentos frente à perda. Além disso, idosos ao serem indagados sobre a terminalidade da vida apontam que a sociedade considera a morte de crianças como mais difícil de ser encarada do que as mortes na madura idade. Os sentimentos relacionados à perda aparecem como contidos e relativizados, sendo o evento social da morte uma forma de agrupar pessoas, antigamente nos domicílios, e atualmente nos cemitérios, onde a morte é objeto da exploração capitalista e é maquiada com belos jardins. Um exemplo desse enunciado pode ser visto no excerto abaixo.

Acostumar com a morte e seus sinais é visto pelos sujeitos, como um processo irreversível dos tempos modernos e das cidades grandes, onde a massificação faz os sentimentos serem civilizadamente contidos [...]. Os ritos tornaram-se cerimônias de convivência, maneirismos sociais, e o sentir a morte do outro é relativizado, porque ele é apenas mais um que morre, no burburinho moderno de cidade grande. (REZENDE *et al.*, 1995, p. 10)

A valorização do trabalhador e os incentivos à humanização no ambiente de trabalho, permitem aos profissionais de saúde continuarem sendo questionados sobre suas percepções a cerca do término da vida. Aqui são ressaltados os diferentes mecanismos de defesa, como a frieza, a negação, a racionalização, o distanciamento e a impessoalidade, utilizados pela equipe de saúde para lidar com os pacientes em fase terminal. Esses mecanismos são tidos como produtivos já que mantém o equilíbrio psíquico e favorecem a adaptação a situações de desgaste emocional. Aparecem, ainda, os sentimentos de impotência, falha técnica e fracasso profissional, ressaltando as dificuldades em encarar as perdas e configurando a morte como uma derrota. O preparo do corpo também é objeto de preocupação, nas publicações, pois os profissionais sentem-se desconfortáveis ao realizar tal prática. A sugestão de um espaço terapêutico para a equipe de enfermagem emerge como uma necessidade já que nesse local seriam trabalhados os sentimentos frente à vivência da perda o que melhoraria a satisfação no trabalho e a qualidade da assistência. É referido que estar com o indivíduo que vivencia sua finitude pode representar o resgate da essência da enfermagem. Esse tipo de enunciado está exemplificado no trecho que segue. “As verbalizações do grupo indicam que a morte é um elemento desestabilizador para o profissional, sendo esta a razão pela qual eles evitam qualquer tipo de aproximação com o paciente para não se contaminar pelo sofrimento do outro” (MENDES; LINHARES, 1996, p. 273).

A obstetrícia, que desde a década de 60, demonstrava interesse em abordar a mortalidade no contexto obstétrico, continua discutindo esse assunto, pois acredita que a maioria das mortes maternas seriam preveníveis por meio de uma vigilância epidemiológica eficaz. A importância da enfermagem em auxiliar as mães a lidarem com sentimentos de perda, tristeza, dor e saudades é referida. Porém, muitos profissionais apontam, nas publicações, que não se sentem preparados para oferecer esse suporte psicológico. Nesse contexto, a morte surge como um evento que deve estar associado a uma causa que justifique sua ocorrência. Esse tipo de enunciado pode ser exemplificado no fragmento abaixo.

É interessante observar que os funcionários, ao distinguí-las das outras mães no que se refere ao cuidado, reconhecem a necessidade de apoio, mas encontram dificuldades na implementação desse apoio, o que os leva, como já evidenciamos, a ver esse cuidado como “**difícil**” (BARBIERE; POPIM; BOEMER, 1992, p. 15).

A temática da morte emerge, ainda, relacionada à educação sugerindo a necessidade de incluí-la nos currículos de enfermagem para que não continue silenciada. Nessa perspectiva, lembro-me de Silva, (1995) ao referir que os assuntos trabalhados em sala de aula são aqueles hegemônicos utilizados para enfatizar uma cultura validada que acabam por marginalizar outros conteúdos anulando suas possibilidades. As instituições educativas são os lugares autorizados para legitimar conhecimentos, conteúdos e formas culturais definindo o modelo de indivíduo que deseja produzir. Essas instituições são os locais onde o poder demonstra seu caráter produtivo, na medida em que produz comportamentos e saberes (SILVA 1995; ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2007). As grades curriculares dos cursos da área da saúde privilegiam práticas que ressaltam a importância da atuação profissional para a manutenção da vida, desqualificando, ocultando e marginalizando os saberes sobre a morte. O currículo, artefato da cultura dotado de poderes, seleciona os tipos de saberes que serão transmitidos às futuras profissionais atuando na formação e subjetivação das enfermeiras determinando e modelando suas práticas. Os alunos de graduação manifestam, nas publicações, a vontade de discutir questões relativas ao assunto para que o currículo, que é voltado para a cura e para a preservação da vida, os prepare para enfrentar, também, a morte. As enfermeiras apontam que esse conteúdo deveria ser incluído nos programas de educação em serviço o que melhoraria a qualidade da assistência e diminuiria a ansiedade, o medo, a depressão, a culpa, a angústia, a dor e a raiva da equipe de saúde. Esse tipo de enunciado pode ser exemplificado no trecho que segue.

Algumas iniciativas por parte de Escolas de Saúde têm procurado possibilitar algum preparo aos seus alunos com vistas a interferir na situação que vimos expondo, de modo que os futuros profissionais possam ser preparados para lidar com situações que envolvem a morte e o morrer. Entretanto, esses esforços têm sido insuficientes numericamente, e seus resultados não se mostram efetivamente sensíveis no cotidiano das instituições de saúde (BOEMER *et al.*, 1991, p.27).

Com o aumento da violência, a preocupação das enfermeiras com as mortes relacionadas às causas externas surge como um ponto importante. Assim, os conhecimentos epidemiológicos são incorporados a essa temática como forma de construir um saber a cerca da relação entre a mortalidade e a violência. Essas mortes são apresentadas, pelas publicações, como preocupantes, já que seriam preveníveis. As revistas referem que as mortes relacionadas a acidentes de carro começam a crescer barbaramente tornando-se a mortalidade por causas externas um problema de saúde pública. Esse enunciado pode ser expresso pelo trecho abaixo.

Possivelmente, a morte em decorrência de atos violentos seja a mais banal, já que, de todas as formas, esta parece ser a mais prevenível e, por conseqüência, a mais evitável. As mortes decorrentes da violência estão profundamente relacionadas com questões estruturais da sociedade e do ser humano, vinculadas, portanto, ao processo evolutivo da humanidade (PRADO; SOUZA, 1996, p. 158).

A morte também é referida como objeto de interdição, como acontecimento banido, evitado, indesejável, angustiante e proibido, na sociedade, que deixou de ser cultuado para ser encarado com receio e silêncio. O medo relacionado ao fim da vida surge associado à perda de controle da vida, da consciência, a desapareição de si mesmo, a punição e ao desconhecido. Além disso, a terminalidade da vida aparece como um desafio que ameaça os indivíduos devido a falta de explicações científicas dos acontecimentos que a sucedem sendo encarada como impessoalizada devido a tecnologia hospitalar. Esses avanços tecnológicos e científicos são citados como determinantes de uma medicalização social tornando os indivíduos consumidores de cuidados de saúde. Um exemplo desse enunciado pode ser encontrado no trecho que segue. “[...] a morte é tema interdito, banido das nossas comunicações rotineiras, justamente porque mobiliza muita angústia” (MARTINS; ALVES; GODOY, 1999, p. 109).

Nessa década, as enfermeiras discutem a transferência da morte do ambiente domiciliar, onde era um fenômeno coletivo, junto a amigos e parentes, para o contexto hospitalar, onde se torna solitária, camuflada, acompanhada por estranhos e conspirada pelo silêncio tornando-se um

evento dramatizado, escondido e melancólico. Entra em pauta as questões relacionadas a “morte social”, que é o isolamento do moribundo do convívio com a sociedade antes do acontecimento de sua morte biológica. Ainda é citado, pelas autoras, que o regime capitalista só tem espaço para o indivíduo que produz, restando para aqueles que não contribuem com sua força de trabalho, a institucionalização em asilos ou hospitais tornando a morte sinônimo de solidão, abandono e doença. Quanto ao ambiente hospitalar, algumas publicações defendem a flexibilização das normas disciplinares das instituições permitindo ao moribundo que permaneça com seus familiares até os seus últimos dias. Para Ariès, (2003) houve um deslocamento do poder que a família detinha sobre o moribundo e o processo do morrer, para o médico e o ambiente hospitalar. Foucault, (2005) aponta que o hospital, até o final do século XVIII, era uma instituição de assistência religiosa e espiritual destinada aos pobres que iriam morrer com o intuito de separá-los e excluí-los, já que representavam uma espécie de perigo social. As pessoas que ali prestavam assistência não objetivavam a cura dos doentes, mas sua própria salvação espiritual. A concepção desse ambiente como máquina de curar surge como uma das invenções modernas, já que, ao longo da Idade Média, a medicina não era uma prática hospitalar, mas exercida individualmente, nos domicílios. Assim, mudanças nesse ambiente iniciaram a partir do século XVII quando o exército tornou-se mais técnico e custoso, e, portanto os soldados treinados não poderiam morrer indiscriminadamente. Nesse contexto, mecanismos disciplinares de vigilância constante, uma reorganização administrativa e política, com conseqüente esquadramento do poder, tornaram-se necessários para possibilitar a medicalização desse ambiente. O hospital transforma-se, portanto, num local onde os corpos, objetos de saber, são submetidos ao poder disciplinar e ao intervencionismo médico possibilitando a formação, registro, acúmulo e transmissão de saberes sobre saúde como esse que construímos sobre a morte e o morrer (FOUCAULT, 2005). As marcas da disciplinarização do ambiente hospitalar podem ser observadas no enunciado abaixo.

O hospital é visto não só como o lugar adequado para se morrer, mas também como lugar restrito, onde os familiares têm acesso relativo. A impregnação da morte fica distanciada da moradia e também dos familiares. As marcas, os sinais da morte ficam assim reservados a um lugar impessoal, longe dos lugares de afeto e convívio (REZENDE *et al.*, 1995, p. 10).

A figura do médico aparece, nas revistas, como alguém que lida com a morte de forma impessoal, fria e objetiva por meio de sentimentos ilusórios de soberania no controle das

situações de vida-morte, já que é apontado como detentor do poder de prolongar a vida. Deste modo as autoras citam que a morte não aparece mais como um fenômeno natural, mas como sinônimo de fracasso profissional, pois a cura, quando não alcançada ameaça a onipotência desse profissional. Para Menezes, (2004) as reflexões sobre o poder médico e as tecnologias hospitalares apontam os limites e as fragilidades das decisões desse profissional. Essa onipotência médica relacionada ao fracasso já aparecia nos séculos XVII e XVIII, quando a doença era vista como um momento de “crise” no qual a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava se enfrentavam. Nessa época, esse profissional era visto como um prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença. Assim, a cura se configurava como um jogo entre doença, natureza e médico, e quando não ocorria, o médico havia perdido o jogo (FOUCAULT, 2005). Esse tipo de enunciado pode ser expresso pelo trecho que segue.

O médico [...] exerce grande influência no clima geral de sentimentos e pensamentos sobre os demais homens, em especial seus pacientes e familiares. Sua relação com a morte, na maioria das vezes, é impessoal, fria e objetiva, em função de sua característica profissional. Dotados de grande responsabilidade pela sociedade, a morte não deixa de ser aquele inconveniente que os surpreende e derrota (KASTENBAUN; AISEMBERG<sup>9</sup>, 1983, citado por Spindola; Macedo, 1994, p.109).

A figura da enfermeira emerge como a profissional que presta cuidados com fortes sentimentos e que deve os conter perante o paciente. Além disso, é referida a falta de preparo que possui para enfrentar essas situações de morte não conseguindo conversar com o paciente sobre a terminalidade da vida o que gera sentimentos de vazio, tristeza, perda e estresse. É citado, também, que essas profissionais para se afastarem da morte valorizam procedimentos técnicos em detrimento da relação interpessoal. Para Helman, (1994) a maioria dos serviços de enfermagem é composto por mulheres e os serviços médicos, embora esteja aumentando a presença feminina, são ocupados, mais freqüentemente, por homens. Entendo que essas características atribuídas ao médico e a enfermeira carregam nos seus discursos questões de gênero e questões relacionadas à prática profissional. O médico, representado pelo sexo masculino, emerge como um ser sem fragilidades emocionais, poderoso e com superioridade em relação ao sexo frágil feminino, ou seja, o ser que tem o “poder” da cura e do tratamento e que, portanto, desqualifica as práticas de cuidado configurando uma assimetria de sexo-classe (LOPES; LEAL, 2005). As enfermeiras, que

---

<sup>9</sup> KASTENBAUN, R.; AISEMBERG, R. **Psicologia da morte**. São Paulo: EDUSP, 1983.

organizaram suas práticas baseadas nas ordens sacras, desempenham atividades tidas, na cultura, como “naturalmente” femininas tais como: limpeza, cuidado, nutrição, entre outras, pois essa profissional nasce associada à figura da mulher-mãe detentora de um saber tipicamente feminino de práticas de saúde e cuidados que se profissionaliza e estabelece relações de trabalho num universo médico-masculino (KRUSE, 2004; LOPES; LEAL, 2005). Podemos observar as condições em que a enfermagem emerge como profissão, no ambiente hospitalar, subordinada ao médico, uma vez que, se tornou necessário um exame e vigilância contínua, dos pacientes, já que o médico não poderia fazê-lo. Dessa maneira, Florence, ao instituir a profissão de enfermeira, utilizou o prestígio, já conquistado pelos médicos, no ambiente hospitalar, para desenvolver uma profissionalização da enfermagem, atrelada ao status desse saber. Mais tarde, após usufruir, do poder desses profissionais a enfermagem se desvincula e conquista sua autonomia como profissão independente e em iguais condições das demais profissões da saúde. (KRUSE, 2004). Para Kellner (2001) a identidade, na contemporaneidade é fluida e móvel e a mídia é um dos meios de construto ideológico pelo qual a cultura produz posições de sujeitos e reproduz modos de ser médico, ou de ser enfermeira, de ser homem ou de ser mulher. Podemos observar esse tipo de enunciado no fragmento abaixo.

O enfermeiro e demais profissionais de enfermagem desempenham importante papel junto aos pacientes hospitalizados. Em virtude de conviverem um período maior com os mesmos, geralmente, iniciam os cuidados aos pacientes com fortes sentimentos, mantêm as sensações durante o decurso da doença e com o chegar da morte vêm-se impelidos a *conter seus sentimentos*, demonstrando fortaleza de ânimo (KASTENBAUN; AISEMBERG<sup>10</sup>, 1983, citado por Spindola; Macedo, 1994, p. 109).

Esses discursos que aparecem, nas revistas, sobre a terminalidade da vida não podem ser vistos como mera associação de coisas e palavras, pois eles surgem submetidos a um determinado conjunto de regras que definem seu regime de existência e suas correlações com outros enunciados constituindo o objeto e compondo uma determinada formação discursiva (FOUCAULT, 2004). Olho para esses discursos das revistas como saberes, que emergem em um determinado contexto, atrelados a relações de poder pretendendo estabelecer certas “verdades”.

---

<sup>10</sup> KASTENBAUN, R.; AISEMBERG, R. **Psicologia da morte**. São Paulo: EDUSP, 1983.

### 3.4 A Morte e os Cuidados Paliativos: mudança de paradigma (2000-2005)

As publicações das enfermeiras a cerca da morte e do morrer, a partir do ano dois mil, adotam uma outra dimensão e, em cinco anos, o número de artigos publicados é quase igual ao das sete décadas anteriores: a morte começa a ser importante objeto de reflexão nas páginas das revistas. As novidades, nos periódicos de enfermagem, centram-se, principalmente, no surgimento dos cuidados paliativos, como saber científico e objeto de apropriação profissional, o que possibilita às enfermeiras olharem a morte sob outras perspectivas como a antropológica, a filosófica e a sociológica propondo uma mudança de paradigma da morte e o morrer nesse início do século XXI. A morte e o morrer passam a ser vistos sob um “novo regime de discurso” que possibilitaria pensar na chegada do fim da vida como resultante de um processo “natural” que ajudaria a aliviar as angústias (ELIAS, 2001). Aqui lembro-me de Bauman, (1999) ao destacar que para vivenciarmos os acontecimentos de forma “natural” necessitamos de planejamento e monitoramento, pois a naturalidade é, de certa forma, artificial, na medida que o poder e a ação planejada situam-se entre a natureza e a ordem, socialmente, produzida transformando o artificial em algo natural. Inicia, ao longo dos anos dois mil, uma modificação na formação dos enunciados e nas formas como eles se implicam e são regidos em um regime interior de poder para serem aceitos como “verdades”, pois cada sociedade tem seu regime de verdades, ou seja, tipos de discursos que são acolhidos como verdadeiros (FOUCAULT, 2005).

Após a estruturação do SUS, investimentos são feitos com a finalidade de tornar suas bases mais sólidas. A organização e a regionalização da assistência, o fortalecimento da sua capacidade de gestão e a revisão de critérios de habilitação de estados e municípios são propostos (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001). O Programa de Saúde da Família (PSF), agora Estratégia de Saúde da Família (ESF) amplia-se, levando a atenção básica em saúde às comunidades e instaurando a profissão do Agente Comunitário de Saúde.

O governo implanta a Política Nacional de Humanização (PNH) no SUS, com atenção voltada tanto para usuários quanto para trabalhadores, e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que preconiza estratégias voltadas à gestante, ao recém nascido e à puérpera. Órgãos apoiadores de pesquisas incentivam estudos que viabilizem melhorias na assistência à saúde bem como o desenvolvimento e implementação de tecnologias. As pesquisas

genéticas, especialmente aquelas com células tronco, possibilitam o aumento da sobrevida, em algumas doenças, e, até mesmo a cura. Além disso, políticas voltadas para a farmacologia, saúde bucal e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis/aids, são implementadas, bem como campanhas contra o tabaco e leis que proíbem seu uso em determinados lugares. Ao longo desse período, tecnologias de comunicação, informação e informática começam a ser instituídas, na saúde, com o propósito de auxiliar seu desenvolvimento. (BRASIL, 2007).

Essa política governamental voltada para a Saúde Pública reflete-se na produção científica das enfermeiras. Dessa forma, as percepções dos usuários do SUS sobre sua saúde e doença, em especial as doenças crônicas, permanecem como objetos de estudo da enfermagem. Os pacientes, quando interpelados, associam doença à morte, câncer, invalidez e solidão e apontam que ao se perceberem portadores de alguma patologia, enfrentam o medo da morte e de deixar sua família. Além disso, esses indivíduos depositam suas crenças na existência de vida após a morte. Um exemplo desse enunciado pode ser visto no trecho que segue.

Percebo assim que essas mulheres vêem a pressão alta como uma doença que pode levá-las à morte, ancorando este medo na origem de doença, experiência esta vivenciada pelo exemplo de seus familiares, deixando claro em seus discursos suas incertezas sobre o futuro da doença. (BARBOSA, 2000, p. 577).

A morte surge, nas publicações, como foco do trabalho das enfermeiras especialistas em saúde pública e em saúde mental, que utilizam as páginas das revistas como meio de divulgação dos seus discursos sobre a terminalidade da vida. Além disso, as autoras começam a se preocupar com as mortes associadas a fatores que são objetos de atenção de programas de saúde do Governo Federal como hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal crônica, envelhecimento, violência, doenças hematológicas, HIV e câncer. Para Menezes, (2004) a “morte contemporânea”, aquela que defende uma maior autonomia do paciente sobre sua vida e que pode ocorrer distante das tecnologias hospitalares, é uma ferramenta prática para lidar com doenças prolongadas e degenerativas. Além disso, o surgimento da epidemiologia e os estudos de morbimortalidade, por doenças crônicas e degenerativas, permitiram que enunciados, sobre estilos de vida saudáveis e comportamentos tidos como de riscos, circulassem subjetivando profissionais de saúde e pacientes, ensinando o que deve ser feito para a obtenção de uma vida longa e livre dessas doenças. Aqui cada indivíduo é responsável por sua morte, no dia-a-dia, devido ao uso de tabaco, sedentarismo, alimentação rica em gordura, sal e açúcar, ou alimentação com



insuficiência de vegetais e vitaminas. Logo, quando esse indivíduo adoecer e morrer existe uma explicação lógica: ele não obedeceu ao regime de controle disciplinar estabelecido pelo saber “da ciência” e pela vida moderna. Nesse contexto, podemos dizer que o biopoder, o qual atua para conquistar novos espaços, em defesa da vida, interfere na vida dos sujeitos determinando e ensinando como ser saudável ou doente, regulando a população. Assim, a morte não o interessa, pois significa que o indivíduo lhe escapou (WITT; SOUZA, 2006).

A Interdisciplinaridade, estimulada pelo SUS, viabiliza uma flexibilização no espaço da revista que passa a ser ocupado também por profissionais de outras áreas do conhecimento como médicos e psicólogos. Nas publicações, não é possível observar mudanças na metodologia das pesquisas, permanecendo os trabalhos qualitativos, em especial, os fenomenológicos, como principal método de trabalho das autoras. As professoras das Universidades, com titulação de mestradas ou doutoradas, acompanhadas, muitas vezes, de alunas de graduação, continuam sendo os indivíduos que mais veiculam textos sobre a temática. As publicações, nesse início de século, focalizam a morte do ponto de vista ético, da doença e da educação. Assim, os trabalhos que interpelam alunos de graduação são freqüentes, substituindo os que utilizam a experiência dos profissionais de enfermagem, que aparecem menos comumente, e aqueles das enfermeiras obstétricas que não mais escrevem sobre a temática, pelo menos nas revistas analisadas.

A velhice, para as enfermeiras, é tida como uma fase da vida situada entre o nascimento e a morte. Ou seja, a morte deve ocorrer após concluirmos as fases anteriores do ciclo vital não devendo interpelar os indivíduos antes disso. Assim, as publicações apontam que a sociedade reduziu a finitude da vida a um tabu conspirado pelo silêncio não podendo nem ser expresso o sentimento de saudade que ela desperta. Para Menezes, (2004) a medicina e os profissionais de saúde foram acusados de produzirem uma morte “desumana” à medida que institucionalizam os doentes submetendo-os a tecnologias que não os permitem vivenciar o processo do morrer com autonomia sendo a morte, como um tabu, uma invenção relacionada às condições de possibilidades da modernidade. Para as enfermeiras as práticas funerárias estabelecem uma recusa do culto aos mortos neutralizando os ritos fúnebres, despindo o corpo morto das características de defunto e realizando um funeral rápido. A morte como tabu, na modernidade, substituiu a questão das relações sexuais, que passaram a ser objeto de discussão no espaço público, como um dos grandes interditos sociais ao longo desse século XX e início do século XXI (ARIÈS, 2003; ELIAS, 2001). Elias (2001) atribui esse fato a uma nova distribuição do poder na

sociedade: do poder descrito por Foucault que não é aquele que se exerce por dominação, mas que se dá entre iguais e é microfísico. Para Ariès, (2003) antigamente, as crianças e adolescentes participavam dos ritos sociais de morte, mas não recebiam explicações sobre como a vida era concebida, hoje, invertem-se esses comportamentos, crianças e jovens são afastados das vivências da morte, mas entram em contato, mais facilmente, com aspectos relacionados ao sexo e a sexualidade. Assim, a forma como essas questões são vivenciadas e interpretadas estão relacionadas aos tipos de discursos que circulam, em um determinado momento histórico. Se compreendermos a morte não apenas como processo biológico, mas como um estágio sociológico da civilização, conseguiremos perceber que a forma como vivenciamos esse processo guarda relação com as formas como essas discursividades nos subjetivam (ELIAS, 2001). Lembro-me de uma frase de Foucault, (2006, p. 9): “Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisas”. Esse tipo de enunciado pode ser observado na citação abaixo.

Sua presença deve ser rapidamente apagada e em contrapartida, o velório ocorre longe da casa do falecido e seu corpo é convenientemente preparado, de forma a perder suas características de defunto. A toailete funerária mascara a aparência da morte conservando no corpo as feições familiares e alegres da vida. O funeral é rápido; quando oportuno, são referidas algumas palavras em homenagem ao morto e tudo se encerra (ARAÚJO; VIEIRA, 2004, p. 362).

A terminalidade do ser surge como inerente à vida e como modificação provisória do nível existencial que precisa ser abordada no meio acadêmico, não só sob a ótica técnica, mas também para proporcionar reflexão. As autoras destacam que os alunos ao enfrentarem as situações de morte as idealizam e negam, pois sentem medo, tristeza, ansiedade e sensação de impotência distanciando-se dos pacientes para diminuir suas ansiedades. É citado que esses sentimentos são enfrentados, precocemente, na sala de Anatomia, lugar onde a morte torna-se presente, mas que requer uma rápida adaptação para que se extraia o saber necessário. Nesse sentido, Kruse, (2004) refere que esses cadáveres, vistos como objetos de estudo ideais para produzir os ensinamentos sobre o corpo, se constituiriam num dos dispositivos de esfriamento dos corpos que facilitariam a assistência de enfermagem, uma vez que, submete os corpos hospitalizados a certas práticas que os destitui de sua individualidade e identidade. Os mecanismos de defesa utilizados pelos alunos para superar essa fase da formação são apontados como comportamentos que estarão presentes no futuro profissional. Por isso, as enfermeiras

defendem que esse espaço seja utilizado como um dos locais de discussão sobre a terminalidade da vida, já que os acadêmicos de enfermagem, quando interpelados, referem que as escolas não ensinam a lidar com essas situações. Além disso, as autoras apontam que práticas educativas deveriam ser implementadas com a finalidade de preparar os profissionais para essa vivência no cotidiano de trabalho e suprir essa lacuna na formação profissional. Tal enunciado pode ser observado no fragmento que segue.

A disciplina de anatomia humana se constitui em um caminho na vida acadêmica desses estudantes. Os discursos revelam que o seu conviver com a sala percorre dois momentos: um primeiro em que o convívio é difícil, há presença de desconforto, ansiedade e medo da morte e um segundo que, com o passar do tempo, torna-se um conviver natural (VALENTE; BOEMER, 2000, p. 101).

A tanatologia, que é o estudo da morte, surge, nas publicações, como necessária nas escolas e nos hospitais com vistas a alterar as atitudes frente à morte e ao processo de morrer desenvolvendo habilidades para lidar com essas situações. Algumas enfermeiras apontam, ainda, que as pesquisas referentes à morte são crescentes, pois objetivam aliviar as angústias dos indivíduos procurando as verdades sobre sua finitude. O fenômeno da morte é referido como capaz de exercer um certo fascínio sobre a sociedade em qualquer cultura e em qualquer momento histórico, por envolver questões relativas ao final da vida. A morte é apontada pelas autoras como a única certeza que se tem no desdobramento da vida e como um acontecimento individual que não pode ser vivido previamente, ao contrário do morrer, que é uma experiência vivida. Esse tipo de enunciado pode ser observado no seguinte fragmento:

Os estudos sobre a morte e a investigação a respeito dos envolvimento sociais e culturais que circundam esse fenômeno da vida têm sido trabalhados intensamente desde tempos remotos e continuarão a ser explorados sem quebra de continuidade, porque fazem parte da curiosidade dos homens para, de uma certa maneira, aliviarem suas angústias sobre a verdade de sua finitude (CARPENA, 2000, p. 101).

Quanto às enfermeiras, as autoras apontam a falta de preparo para lidar com as situações de morte dos seus clientes e a gratificação que sentem quando ajudam um moribundo. Os artigos referem que essas profissionais enfrentam conflitos quanto a finalidade da sua profissão, pois consideram a morte uma situação difícil de ser aceita que desperta sentimentos negativos e mecanismos de defesa. O lidar com o corpo sem vida surge como causador de constrangimento,

desconforto, vergonha, fracasso, culpa e vazio, pois o corpo é visto como um espaço expressivo que projeta as significações no exterior e como meio geral de se relacionar com o mundo. Além disso, é enfocada a inadequação do termo pacote, para denominar o corpo sem vida já que se refere a um indivíduo que deve ter o direito de receber os cuidados de forma respeitosa e ética por parte da equipe de saúde. Esses cuidados após a morte são citados como forma de acorrentar o corpo fazendo com que o necrotério torne-se um lugar frio, no final do hospital e como válvula de escape da enfermagem, que tem pressa em deixar o corpo isolado, nesse local, até que os familiares venham buscá-lo. Para Elias, (2001), atualmente, os moribundos são afastados de maneira asséptica da vida social bem como os cadáveres que são enviados com grande perfeição técnica do leito de morte à sepultura. Um exemplo desse tipo enunciado pode ser visto no texto abaixo.

De acordo com o que vivenciamos em nossa vida acadêmica, podemos afirmar que os enfermeiros não estão preparados para a morte de seus clientes. Fazemos esta afirmação pois poucos são os momentos nos quais a morte é discutida, tanto no meio acadêmico quanto no meio profissional, a partir das reações que provoca (CRUZ *et al.*, 2000, p. 470).

As ambigüidades entre o fenômeno do nascimento e da morte são mostradas, pelas autoras, considerando que o indivíduo é preparado para viver sendo pouco informado sobre o processo do morrer. Menezes, (2004) aponta que um movimento surgido na Inglaterra, no início dos anos 90 não pretendia ressaltar as ambigüidades entre esses dois processos vitais, mais analisá-los de formas semelhantes. Esse movimento foi denominado de “morte natural” e preconizava observar a morte sob a mesma ótica do parto natural, que deveria ser vivenciado com êxtase, porém esse movimento não obteve êxito. Assim, as enfermeiras apontam que a sociedade continua negando a morte e a escondendo para proteger a vida, pois a finitude representa um perigo social ficando, aquele que morre, alienado desse acontecimento. A morte é tida, nas publicações, como uma etapa mais fácil de ser encarada do que o morrer, que é um processo que envolve perdas diárias da vida. Esse enunciado pode ser observado no seguinte fragmento:

Acredita-se que o vazio da morte seja menos sentido que o morrer. Essa talvez seja mais amena, menos dolorida [...]. Já o ato de morrer, este sim, é doloroso, às vezes cruel, pois envolve as perdas diárias da caminhada da vida que, de um modo geral, levam ao sofrimento tanto físico quanto emocional. O que se deseja é que ele venha sem dor, sem a tão temida dor física, e que traga consigo a morte repentinamente (ARAÚJO; VIEIRA, 2004, p. 363).

As questões éticas ligadas à morte passam a existir, nas páginas das revistas, apontando o cuidado como um direito do paciente moribundo que promove a melhoria da qualidade de vida. Além disso, esse paciente, é citado, como tendo o direito de expressar seus sentimentos e receber respostas honestas. Para Valls, (2002) a ética não é apenas um código, uma lista de atitudes proibidas ou permitidas que se resume a tábuas das leis, mas sim pressupõe a educação moral dos indivíduos e de seus hábitos. Esse enunciado está representado pelo trecho abaixo.

O dilema ético de como cuidar de quem se encontra na iminência da morte exige muito mais do que conhecimentos a cerca da doença ou mesmo das características de um paciente em fase terminal. O agir ético nesse tipo de situação envolve uma espécie de consciência que só pode ser desenvolvida quando sentimos a essência, a individualidade do paciente (SOUZA; SOUZA; SOUZA, 2005, p. 734).

É nesse princípio de século, que as autoras se ocupam mais veementemente de temáticas referentes ao deslocamento da morte do ambiente domiciliar para o hospitalar e apontam que o hospital é o local onde o indivíduo é despido de sua individualidade e identidade e onde ficam ocultados a repugnância e os aspectos sórdidos da doença. Nas revistas, as autoras referem que a morte nos hospitais é negada, mecanizada e investida de tecnologias o que auxilia na ocultação das verdades sobre a doença, tornando solitário aquele que morre. As enfermeiras sugerem que a medicalização cria uma falsa expectativa em relação à imortalidade, e manifestam o desejo de mudar a assistência hospitalar. Assim, as atenções das publicações voltam-se para uma nova modalidade de assistências: os cuidados paliativos. Estes surgem com a finalidade de incluir o moribundo permitindo que escolha o local da sua morte, devolvendo a essa prática social sua dignidade. Podemos exemplificar esse enunciado no trecho que segue.

Nos hospitais o moribundo é observado como objeto clínico, isolado quando possível, ficando numa situação de tutela como um menor ou como se tivesse perdido a razão. Perde o seu querer, como alguém sem direito a opinar. Quase sempre alguém decide sobre se, quando e onde, ficando o moribundo escamoteado como se não fora um ser humano (ARAÚJO; VIEIRA, 2004, p. 362).

Os cuidados paliativos surgiram, no Reino Unido, na década de sessenta, do século passado, a partir da criação do St. Christopher Hospice, em Londres, pela Dra. Cicely Saunders. A médica inglesa, com o intuito de organizar um corpo de conhecimentos voltado para uma assistência mais humanizada no período que precede a morte, tanto para os pacientes, quanto para

os seus amigos e familiares, instaurou a filosofia hospice (MACIEL, 2006). Hospice é definido como uma ideologia assistencial que se refere aos cuidados, principalmente, de suporte e conforto prestados a doentes fora de possibilidades de cura e às suas famílias (ALVARENGA, 2005). Segundo Menezes, (2004) esses hospices espalharam-se pelos diferentes continentes resultando, em mil novecentos e oitenta e sete, no reconhecimento da Medicina Paliativa, como especialidade médica, primeiramente, pela Inglaterra, e, posteriormente, em outros países. Nos anos oitenta, a assistência paliativista chega, ao Brasil, como fruto do trabalho da Dra. Miriam Marteleite, chefe do Serviço de Dor do Departamento de Anestesiologia, do HCPA, ao qual foi anexado um serviço de cuidados paliativos (FIGUEIREDO, 2006). No ano de mil novecentos e oitenta e seis, a Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstra interesse pela temática e publica o manual *Cancer pain relief and palliative care report* (MENEZES, 2004). Dessa maneira, na década de noventa, os cuidados paliativos são reconhecidos como parte integrante da assistência ao câncer, pela OMS que, em 2002, os define como:

Conjunto de medidas capazes de promover uma melhor qualidade de vida ao doente portador de uma doença que ameace a continuidade da vida e seus familiares através do alívio da dor e dos sintomas estressantes, utilizando uma abordagem que inclui o suporte emocional, social e espiritual aos doentes e seus familiares desde o diagnóstico da doença ao final da vida e estendendo-se ao período de luto (MACIEL, 2006, p. 47).

Essa modalidade assistencial começou a se consolidar como um saber científico em construção, principalmente, no início do ano dois mil, por meio da ampliação dos serviços paliativistas, em muitos países, e o aumento exponencial das publicações a cerca dessa temática. No Brasil, em mil novecentos e noventa e sete, profissionais atuantes na área de oncologia fundam a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP). Esses especialistas acreditavam que esses cuidados eram de domínio da oncologia e por isso, a entidade passou a ser dirigida, apenas, por eles (MACIEL, 2006). Em mil novecentos e noventa e oito, o Instituto Nacional do Câncer inaugura um prédio exclusivo para a prática dos cuidados paliativos e passa a oferecer um curso de especialização em Medicina Paliativa tornando-se referência nacional em ensino, pesquisa, educação e assistência paliativista (MENEZES, 2004).

Nesse contexto, as publicações de enfermagem analisadas ressaltam a importância do movimento hospice, que despertaria uma mudança de atitude frente a terminalidade da vida por meio de um serviço multiprofissional, antes, durante e depois da morte do paciente, centrado na

satisfação das necessidades de cuidados e conforto e na liberdade de visitas dos familiares. Aqui a vida não é prolongada inutilmente, nem abreviada. Espera-se a morte chegar vivenciando-a sem espanto e como parte integrante da natureza humana. As enfermeiras ressaltam que essa filosofia pretende delegar um maior poder decisório à família e ao paciente do que aquele, usual, no ambiente hospitalar proporcionando maior autonomia ao moribundo. Um exemplo desse enunciado pode ser observado no seguinte fragmento: “O “Hospice” não é um espaço geográfico, territorial, demarcado pelo que se denomina “instituição”. Mais do que isso, é um comportamento, uma postura diante do processo de morrer e da morte em si” (SANTANA; NASCIMENTO; ALMEIDA, 2000, p. 291).

As autoras referem, que os cuidados paliativos visam proporcionar a família e ao doente a melhor qualidade de vida possível, um cuidado humanizado e uma sobrevida digna mantendo o doente, o menor tempo possível, longe dos seus lugares habituais e permitindo que ele viva com autonomia a própria morte. Essa proposta terapêutica não surge em substituição ao modelo vigente, mas associada ao mesmo. As publicações referem que a produção brasileira sobre a temática é escassa e que os programas de treinamento de enfermeiras deveriam proporcionar uma melhor compreensão do processo de morrer, modificando a atitude de atenção na cura para o acompanhamento e o cuidado do moribundo e de sua família. Esse enunciado está representado na citação que segue.

A filosofia descrita, associada aos pressupostos éticos e assistenciais, torna os cuidados paliativos instrumento valioso para melhorar as condições de vida do portador de neoplasia e de sua família, proporcionando-lhes um cuidado humanizado e lhes assegurando uma qualidade de vida adequada às suas necessidades, a partir de um compartilhar de conhecimento e respeito entre os profissionais de saúde, o doente, e seus familiares (SALES; ALENCASTRE, 2003, p. 569).

Após o surgimento dessa modalidade assistencial e as crescentes discussões estabelecidas pôde-se observar o impacto do trabalho da psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross. A médica nascida na década de vinte, do século passado, dedicou sua carreira ao estudo da tanatologia e iniciou suas publicações no final dos anos sessenta e início dos anos setenta com a obra “Sobre a morte e o morrer”, na qual discutiu os cinco estágios dos quais, pelo menos dois o paciente em iminência de morte deve passar: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. (ARAI, 2005). Essa estudiosa pode ser considerada a idealizadora e uma das instauradoras dos discursos sobre os cuidados paliativos nas Américas onde introduziu o movimento hospice

(MACIEL, 2006). As fases descritas pela autora pretendem criar um sistema de classificação que enquadre os pacientes, em categorias, de acordo com as atitudes apresentadas perante o processo de morrer. Classificar esses comportamentos poderia ser visto como um facilitador na prestação de cuidados, pois ao criarmos esses estereótipos direcionaríamos ações de saúde tidas como adequadas para lidar com cada um deles. Assim, se o paciente estiver na fase de negação, os profissionais deverão assumir algumas condutas e não outras se a fase for a da barganha modifica-se o “pacote assistencial”. Esse sistema de enquadrar os indivíduos em classes pré-definidas pode ser visto como uma das formas de disciplinarmos os corpos tanto dos profissionais quanto dos pacientes. Ao mesmo tempo, essa classificação pretende individualizar o cuidado, por meio da assistência voltada a um tipo de paciente, mas para obter esse resultado ela agrupa os indivíduos e os posiciona como se fossem iguais. Para Bauman, (1999) classificar é admitir que o mundo é formado por entidades distintas, as quais enquadrados em categorias que diferem umas das outras por seus padrões de ação. Ao criarmos categorias conferimos ao mundo uma estrutura que nos permite manipular suas probabilidade e nos comportarmos como se os eventos não fossem casuais. Essa é a maestria moderna, o poder de dividir e classificar. Para Menezes, (2004) o estudo passou a ser utilizado pelos profissionais de cuidados paliativos como uma prescrição que instiga o possível alcance de um ideal no processo de morrer.

Os cuidados paliativos surgem como especialidade, com a finalidade de produzir uma “boa morte”, na qual o objeto de cuidado dos profissionais não é apenas o paciente e sua doença, mas também sua família e a busca de uma melhor qualidade de vida, por meio de cuidados que permanecem durante o período de luto da família, construindo uma nova administração da morte. Os discursos produzidos a cerca dessa temática têm a pretensão de modificar o esquadramento das relações de poder envolvidas nos cuidados ao paciente fora de possibilidades terapêuticas, no ambiente hospitalar, bem como alterar as relações sociais dos atores envolvidos nesse processo. Assim, veiculam sob qualquer forma a mesma idéia: o direito de morrer com autonomia e dignidade. Essa transformação das práticas assistenciais e das representações sociais é um processo complexo que desperta tensões e conflitos entre profissionais, doentes e seus familiares. Assim, o paciente moribundo, antes ignorado pelo saber médico e suas instituições, torna-se objeto de estudo e contribui para o surgimento de um outro saber, que busca a humanização do processo de morrer se contrapondo as tecnologias da medicina moderna (MENEZES, 2004 ).



As publicações acerca da morte e do morrer tiveram início mais marcante, na década de oitenta, período que os cuidados paliativos são apontados como modalidade terapêutica, o que possibilita outros modos de olhar o processo da finitude humana e inicia inúmeras discussões sobre a temática. Para Menezes, (2004), a emergência de um novo saber científico é uma produção coletiva relacionada ao contexto histórico no qual ele se inscreve, que deve ser legitimado pela sociedade, para produzir a construção de um campo específico de saber, com seus conhecimentos e competências técnicas: nesse caso, um saber voltado para o doente fora de possibilidades terapêuticas. A autora aponta que esse modelo de assistência ao paciente terminal vem se difundindo em três níveis: a produção social e divulgação dos seus pressupostos nos meios de comunicação, a criação e desenvolvimento dos cuidados paliativos como disciplina científica e a fundação de entidades profissionais voltadas aos cuidados paliativos. Para a construção de um saber os três níveis descritos pela autora são imprescindíveis, pois formam os nós da rede que permitem a difusão de enunciados discursivos, por meio dos dispositivos da mídia, consolidando um saber, que utiliza o espaço de poder das instituições para formar um saber-poder que nos subjetiva. Foucault (2004) refere que a formação dos objetos de discurso organizada em saberes surge a partir de um regime de existência: as instâncias de emergência dos discursos, as instâncias de delimitação da produção e circulação desses discursos e as suas grades de especificação. As condições de emergência são aquelas que possibilitaram seu aparecimento em um determinado contexto histórico, cultural ou social. Aqui podemos falar de questões que envolvem a organização de um saber específico, sobre a morte, que utilize como objeto de sua construção o paciente moribundo que, em detrimento do aumento da sua sobrevivência graças aos avanços científicos, passa a ocupar outra posição na escala social. Acredito que as relações desse regime de existência estão sendo arquitetadas e não seria possível defini-las porque os fatores que surgem como delimitadores podem também constituir as grades de especificação. Assim, os cuidados paliativos estão inseridos num processo de mudança cultural de contornos ainda não definidos (CARRARA, 2004).

Ariès (2003) chama de “morte moderna” a morte solitária, oculta e envolta do saber e poder médico e da tecnologia hospitalar. Ao longo do século XIX, os cuidados aos pacientes moribundos foram delegados a essas instituições afastando a morte das consciências individuais e caracterizando-a como um processo inscrito em normas e disciplinas (MENEZES, 2004). Os discursos sobre os cuidados paliativos emergem, assim, como forma de questionamento a essa

“morte moderna” e circulam, a partir do ano dois mil, quando se aliam aos discursos da humanização na assistência e inventam uma outra forma de enfrentamento da morte, chamada pelos estudiosos, de a “morte pós-moderna”. Para Carrara, (2004) a idealização da “boa morte”, só tornou-se possível graças ao desenvolvimento de potentes tecnologias analgésicas sem as quais os pacientes não poderiam ser devolvidos ao ambiente domiciliar. Para Elias, (2001) a arte da medicina ainda não evoluiu o suficiente para proporcionar aos indivíduos uma morte sem dor, mas avançou o suficiente para minimizar a terrível agonia e promover um fim mais pacífico. Alguns pesquisadores apontam rupturas nos fundamentos da “morte moderna” delatando os exageros do poder médico e institucional que serviria de base para a fundamentação de uma nova maneira de morrer. Para Menezes (2004) tanto a “morte-moderna” quanto a “morte pós-moderna” são modelos “ideais” e que como tal preconizam comportamentos “ideais” dos pacientes e profissionais de saúde. Será que a mudança no modelo de concepção da morte bem como do local escolhido para que ela ocorra não criaria outro espaço para o exercício das técnicas de poder e para a constituição de saberes? Será que essa filosofia assistencial e o ambiente domiciliar são imunes e não se tornariam alvos dos discursos e do poder médico e disciplinar? A ordem, nesse momento, é produzir saberes sobre os cuidados paliativos fazendo circular discursos que carreguem o poder da ciência para que, posteriormente, nos apropriemos deles. Assim, os cuidados paliativos podem ser vistos como um saber que vem tentando tornar-se científico o que permite estabelecer certas práticas e desqualificar outras. O discurso científico moderno é poderoso e quando acompanha um determinado saber o investe de poder e lhe confere “verdades”. Os cuidados paliativos estabelecem uma nova forma de relação social com a morte e o morrer que alcança as práticas profissionais e as envolvem em uma rede de saberes e poderes (MENEZES, 2004). Para Carrara, (2004) tal ruptura não trata de libertar os sujeitos da morte silenciada e ocultada, mas de colocá-la em uma nova ordem de discurso submetida a outros dispositivos de poder e saber. Para esse autor os poderes que incidem sobre os corpos e sobre a vida se deslocam devido a mudança do objeto que passa a se situar no ponto de ruptura em relação aos discursos e representações que cercam a morte.

O redimensionamento do espaço e o aumento das tecnologias hospitalares tornaram a morte restrita às instituições de saúde, mas na antiguidade o ambiente escolhido para a morte era o domicílio, onde o moribundo ficava, até o final dos seus dias, acompanhado de amigos e familiares (ARIÈS, 2003). A proposta da “morte pós-moderna”, de certa forma, se caracteriza

como um retorno, pois sugere que o ambiente domiciliar acolha novamente esse evento social. O fato de voltarmos para um determinado lugar não significa que estamos no mesmo ponto, pois nossas vivências, ao longo desse tempo, nos possibilitaram voltar e olhar para esse ponto de retorno sob outras perspectivas. Aqui, lembro-me de Veiga-Neto, em Fischer e Veiga-Neto, (2004, p.11), ao referir uma música de Caetano Veloso, sobre a cidade de São Paulo, que fala do “avesso do avesso do avesso do avesso”. O autor destaca que poderíamos pensar, por se tratar de quatro avessos, que voltamos ao ponto inicial e estamos no mesmo lugar, porém discorda, pois afirma que “não se trata do mesmo lugar simplesmente porque já se passou duas vezes pelo espelho...”. Assim, o moribundo, que, conforme descrito por Ariès, (2003) já fora membro de respeito social, passa a ser destituído de seus direitos ao institucionalizar-se, e agora, queremos devolvê-lo à sociedade, que já não sabe como lidar com ele. Será que os moribundos não representam um problema para as instituições de saúde, já que os hospitais enfrentam crises de recursos materiais, técnicos, financeiros e de superlotações? Será que essa proposta humanizaria o atendimento a esse paciente, ou causaria a transferência de um problema institucional para a esfera social? Os avanços na área da saúde possibilitaram um prolongamento da vida que nem sempre tem ocorrido com qualidade. Resolve-se um primeiro problema, o das mortes precoces e as precárias tecnologias de saúde, criando-se outros. O que fazer com idosos e enfermos sem condições de proporcionar a produção que a sociedade capitalista exige? Institucionalizá-los? Mantê-los em casa onde consomem e necessitam de cuidados dificultando que outras pessoas produzam? Sugiro que essas discussões sobre a os cuidados paliativos, como saber científico, sejam, exploradas em outros trabalhos, pois a forma como esses discursos surgem e circulam, as alianças que fazem e a maneira como capturam os sujeitos configuram o que poderíamos chamar de uma invenção da modernidade. Dessa maneira os vejo como uma tentativa de estabelecer uma disciplina que controle a produção do discurso, lhe fixe limites e regras e que como tal crie “um domínio de objetos, um conjunto de métodos, um corpus de proposições consideradas verdadeiras, um jogo de regras e definições, de técnicas e de instrumentos [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 30).

#### 4 MINHAS BAGAGENS E HISTÓRIAS

Nesse estudo pretendi utilizar minhas vivências de acadêmica de enfermagem e olhar para a morte e o morrer sob a perspectiva Arqueológica de Michel Foucault e quem sabe, Genealógica, para demonstrar como os discursos sobre a morte e o morrer, a partir de uma inter-relação de saberes foram sendo articulados, pelas enfermeiras, nas publicações de enfermagem compondo um arquivo. Noto, que esse saber, objeto de múltiplas discursividades, é ainda permeado por dúvidas que a ciência moderna não consegue esclarecer já que observo uma busca por essas “verdades”, e não encontro autores que discursam sobre a “morte científica”, ou seja, um discurso que carregue consigo as verdades tão comuns na ciência moderna. Dessa maneira, extrair as verdades, que passem pelo filtro da ciência é uma forma de vontade de saber (ARAÚJO, 2007). Para Costa, (2002), nossas práticas devem receber a legitimidade do estatuto da ciência para ter credibilidade, prestígio e validade. Os cuidados paliativos, por exemplo, aparecem como uma das discursividades sobre morte e o morrer que vêm se construindo e se consolidando, “cientificamente”, como um saber o que possibilita minimizar as ansiedades dos indivíduos e suas famílias frente a terminalidade da vida, pois pretendem garantir aos indivíduos por meio dessas “verdades” um modelo unificado de morte a “boa morte” em detrimento da temida “morte moderna”. Para Elias, (2001) os humanos sempre desejaram encontrar uma explicação sobre porque se morre. Nessa perspectiva, a vontade de verdade, um procedimento exterior de controle e delimitação do discurso, atravessa a civilização fazendo com que, cada um de nós, deseje ser o detentor de um discurso verdadeiro, um discurso que tenha o aval da sociedade e da comunidade científica para circular e que carregue consigo determinados poderes. Tal discurso guarda relação direta com a vontade de saber. Assim, vontade de saber e vontade de verdade passam por muitas mudanças, (re)surgem e se (re)formulam, ao longo do tempo, de acordo com os modos pelos quais o saber é distribuído na sociedade e com os tipos de verdades que são valorizadas (FOUCAULT, 2006).

Bauman, (1999), inspirado nas idéias de Foucault sobre normalidade, refere o anormal como o outro da norma, a doença como o outro da saúde, o inimigo como o outro do amigo e a insanidade como o outro da razão. Um lado é apontado como dependente do outro, mas essa dicotomia cria uma falsa idéia de simetria que encobre a assimetria do poder. Dessa forma,

poderíamos olhar para a morte como o outro da vida, na medida em que estão imersas em relações de poder, poderes microfísicos, poderes da vida e poderes da morte. Utilizei periódicos de enfermagem para observar como esses poderes da vida e da morte atravessam as enfermeiras, e os tipos de saberes que elas produzem, já que, nas revistas encontramos os enunciados permitidos pela enfermagem bem como as vozes autorizadas a proferir certas discursividades sobre a profissão determinando o que pode ser dito, falado e pensado (KRUSE, 2004; OLIVEIRA; KRUSE, 2006). Nesse sentido, procurei seguir os conselhos de Foucault, (2004 p. 55):

[...] não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos não são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse *mais* que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. E esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever.

Para Menezes, (2004) um modelo de “morte contemporânea” está sendo delineado, à medida que o período final da vida está sendo conduzido na direção de proporcionar ao moribundo o conhecimento sobre seu estado de saúde, possibilitando que ele escolha as intervenções a que irá se submeter e decida sobre sua própria vida e morte. Gostaria de lembrá-los que o que falei, no início desse trabalho, sobre os discursos das enfermeiras circularem numa “sociedade de discurso”, nessas novas perspectivas sobre a morte já não faz tanto sentido. O discurso sobre a morte e o morrer, na sociedade, e nas diferentes áreas da saúde, após a instauração da prática da interdisciplinaridade, tem circulado sob forma daquilo que Foucault, (2006) chamou de doutrina, a qual pode ser tida como o oposto da “sociedade de discurso”, já que tende a fazer circular um mesmo discurso entre um grupo indeterminado de indivíduos que compartilhem verdades e a aceitação de uma regra de conformidade com os discursos.

Com isso, não defendo a “morte moderna” ou a “boa morte” como forma certa de enfrentarmos o processo de morte ou morrer, pois nesse referencial em que me encontro não existe certo ou errado, mas sim acordos sociais de verdades que produzem, em um determinado momento histórico, os tipos de comportamentos autorizados e valorizados pela comunidade científica. Para Elias, (2001) estruturas de concepções, como as imagens sociais da morte, que em nossa sociedade tomamos como certas, são influenciadas e construídas no processo civilizador. Nessa perspectiva, propus uma reflexão sobre a forma como duas revistas de enfermagem, atuam

na formação de identidades e subjetividades, produzindo saberes e sujeitos. Tais revistas constroem significados, ensinam, controlam, governam, influenciam e modelam os corpos e os pensamentos das leitoras tornando relevante estudar a forma como essas discursividades, se articulam na cultura produzindo efeitos de verdade. As enfermeiras são constituídas por discursos imersos em relações de poder que as aprisionam em redes que não permitem pensar de outro modo sobre práticas e saberes que com o passar do tempo tornam-se naturalizados. Minhas análises pretenderam olhar para a forma como os mecanismos de poder impressos em uma cultura atuam projetando modelos apropriados e inapropriados de comportamento e, assim operando na construção de uma identidade da enfermeira e da profissão da enfermagem. Nesse sentido, não quero criticar a forma como esses saberes e poderes se articulam nem como nos tornamos sujeitos de tais discursos, já que não me coloco fora dessas práticas e não estou isenta de suas ações. Aqui, minha proposta é menos pretensiosa, ensaiei uma das possíveis formas de entender como os diferentes dispositivos se articulam num determinado funcionamento social constituindo aquilo que somos e nos tornamos valorizando determinadas práticas e desqualificando outras, pois “[...] pensar é multiplicar o próprio sujeito, é multiplicar o próprio discurso. Fazer a análise do discurso é multiplicar o próprio discurso. Trata-se de vê-lo em sua complexidade”. (FISCHER; VEIGA-NETO, 2004, p. 16). Para finalizar esse trabalho concordo com Machado, (2005, p. XI) quando se refere ao pensamento de Foucault.

É que para ele, toda a teoria é provisória, acidental, dependente de um estado de desenvolvimento da pesquisa que aceita seus limites, seu inacabado, sua parcialidade, formulando conceitos que clarificam os dados – organizando-os, explicitando suas interrelações, desenvolvendo implicações – mas que, em seguida, são revistos, reformulados, substituídos a partir de novo material trabalhado. Nesse sentido, nem a arqueologia, nem, sobretudo, a genealogia têm por objetivo fundar uma ciência, construir uma teoria ou se constituir como sistema; o programa que elas formulam é de realizar análises fragmentárias e transformáveis.

## MEUS FOLHETOS E MANUAIS

ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. Michel Foucault ou como nos tornamos sujeitos. **Revista Educação: especial Foucault pensa a educação**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 84-89, [2007].

ALVARENGA, R. E. **Cuidados paliativos domiciliares**: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador. Porto Alegre: Moriá Editora, 2005.

ARAIA, E. O medo da morte: a fobia ocidental frente a dor e a perda. **Planeta**, São Paulo, ano 32, edição 391, p. 60-65, abr. 2005.

ARAÚJO, I. L. Vigiar e punir ou educar?. **Revista Educação: especial Foucault pensa a educação**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 26-35, [2007].

ARAÚJO, P. V. R.; VIEIRA, M. J. A questão da morte e do morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 361-363, mai./jun. 2004.

ARIÈS, P. **História da Morte no Ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

AUGUSTO, E. P.; RIZZO, D.; ALESSI, R. Importância da assistência de enfermagem no ciclo grávido puerperal em portadoras de diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.20, n.4, p. 301-308, 1967.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **REBEn**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2006. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/reben.html>>. Acesso em: 08 set. 2006.

BARBIERI, A.; POPIM, R. C.; BOEMER, M. R. A morte no contexto da enfermagem obstétrica: uma perspectiva do cuidar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 11-16, jul. 1992.

BARBOSA, M. R. J.; JORGE, M. S. B. Vivenciando a hipertensão arterial: construção de significados e suas implicações para a vida cotidiana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 574-583, out./dez. 2000.

BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

BARRETO, E. H. R. Últimos cuidados de enfermagem prestados ao paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 26, n. 3, p.185-187, 1973.

BIBLIOTECA WANDA DE AGUIAR HORTA. **PeriEnf**. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/biblioteca/whorta/perienf.htm>>. Acesso em: 08 set. 2006.

BOEMER, M. R. *et al.* O tema morte: uma proposta de educação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 26-32, jan. 1991.

BUJES, M. I. E. Alguns apontamentos sobre as relações infância/poder numa perspectiva foucaultiana. *In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO*, 26, 2003, Poços de Caldas, MG. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPEd, 2003. p. 1-13. Disponível em: <[www.amped.org.br/reunioes/26/outrostextos/mc07mariaisabelbujes.doc](http://www.amped.org.br/reunioes/26/outrostextos/mc07mariaisabelbujes.doc)>. Acesso em: 05 jun. 2007.

CARPENA, L. A. B. Morte versus sentimentos: uma realidade no mundo dos acadêmicos de medicina. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 100–122, jan. 2000.

CARRARA, S. Prefácio. *In: MENEZES, R. A. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond/FIOCRUZ, 2004. p. 11-13.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. *In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL, 2001. 267 p. p. 27-57.

CHEIDA, M. L. C.; CHRISTÓFOLLI, D. A. S. A equipe de enfermagem frente à problemática da assistência individualizada ao paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 3/4, p. 165-173, jul./dez. 1984.

COSTA, M. V. Uma agenda para jovens pesquisadores. *In: \_\_\_\_\_*. **Caminhos investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CRUZ, C. *et al.* O “pacote” e a enfermagem (análise crítica de uma cena de morte). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 467-471, jul./set. 2000.

ELIAS, Nobert. **A solidão dos Moribundos: seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY. **Breve Histórico Institucional da EEAN**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003. Disponível em: <<http://www.eean.ufrj.br/sobre/sobre.htm>>. Acesso em: 02 jul. 2007.

FERNANDO COLLOR DE MELLO. *In: WIKPÉDIA: a enciclopédia livre*. 2007. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Fernando\\_Collor\\_de\\_Mello#Governo\\_Collor](http://pt.wikipedia.org/wiki/Fernando_Collor_de_Mello#Governo_Collor)>. Acesso em: 11 jul. 2007.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO. *In: WIKPÉDIA: a enciclopédia livre*. 2007. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Fernando\\_Henrique\\_Cardoso](http://pt.wikipedia.org/wiki/Fernando_Henrique_Cardoso)>. Acesso em: 11 jul. 2007.

FERRAZ, A. F. *et al.* Assistência de enfermagem a pacientes em fase terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 1, p. 50-60, jan./fev./mar. 1986.



FIGUEIREDO, M. T. A. Reflexões sobre os cuidados paliativos no Brasil. **Prática Hospitalar**, São Paulo, ano 8, n. 47, p. 36-40, set./out. 2006. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2047/pdfs/mat%2012.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2007.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 144, p. 197-223, nov. 2001.

\_\_\_\_\_.; VEIGA-NETO, Alfredo. Foucault, um diálogo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 7-25, jan./jun. 2004.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 236 p.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 13. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. 21. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005. 295 p.

\_\_\_\_\_. **Um diálogo sobre el poder**. 7. ed Madrid: Alianza Editorial, 2000.

GALLO, S.; VEIGA-NETO, A. Ensaio para uma filosofia da educação. **Revista Educação: especial Foucault pensa a educação**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 16-25, [2007].

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HALL, S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções do nosso tempo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 15-46, jul./dez. 1997.

KELLNER, D. **A cultura da mídia**: estudos culturais: identidade e política entre o moderno e o pós-moderno. Bauru: EDUSC, 2001.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os Poderes dos corpos frios**: das coisas que se ensinam às enfermeiras. Brasília (DF): ABEn, 2004.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332005000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332005000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Jun 2007.

LUZ, A. M. H. *et al.* Feto morto: atuação da enfermeira frente ao sentimento materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 42, n. 1/2/3/4, p. 92-100, jan./dez. 1989.

MACHADO, R. Introdução. *In*: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2005. p. VII-XIII.

- MACIEL, M. G. S. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Prática Hospitalar**, São Paulo, ano 8, n. 47, p. 46-49, set./out. 2006. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2047/pdfs/mat%2014.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2007.
- MARTINS, E. L.; ALVES, R. N.; GODOY, S. A. F. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 105-117, jan./mar. 1999.
- MENDES, A. M.; LINHARES, N. J. R. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 2, p. 267-280, abr./jun. 1996.
- MENEZES, R. A. **Em busca da “boa morte”**: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos. 2004. 247 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva Ciências Humanas e Saúde). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec Ltda., 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha do tempo da saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/00.htm>>. Acesso em: 10 jun 2007.
- MIRANDA, C. L. **Elaboração de trabalho de conclusão para a graduação da Escola de Enfermagem conforme ABNT**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. Não Publicado. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/eenf/biblioteca/ABNT\\_2007\\_Apostila.pdf](http://www.ufrgs.br/eenf/biblioteca/ABNT_2007_Apostila.pdf)>. Acesso em : 02 jul. 2007.
- MORRER. *In*: PRIBERAM INFORMÁTICA. **Definir**. Lisboa: Universal, 2006. Disponível em: <[http://www.priberam.pt/dlpo/definir\\_resultados.aspx](http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx)>. Acesso em: 02 out. 2006.
- MORTE. *In*: CENTRO LATINO AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Descritores em ciências da saúde**. São Paulo: Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 03 set. 2006.
- NORONHA, D. C. U. *et al.* Implicações éticas na assistência de enfermagem ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 38, n. 3/4, p. 349-354, jul./dez. 1985.
- OLIVEIRA, C. P.; KRUSE, M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos: análise a partir da REBEn. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 178-183, jan./fev. 2006.
- PRADO, M. L.; SOUZA, M. L. Epidemiologia da violência: uma aproximação ao problema através da morte na sociedade brasileira contemporânea: o caso de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 2, p. 157-164, abr./jun. 1996.

REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM. **Apresentação**. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da UFRGS, 2006. Disponível em:  
<[http://www.ufrgs.br/eenf/Revista%202005\\_3/Revista.htm](http://www.ufrgs.br/eenf/Revista%202005_3/Revista.htm)>. Acesso em: 08 set. 2006.

REZENDE, A. L. M. *et al.* Ritos de morte na lembrança de velhos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 1, p. 7-16, jan./mar. 1995.

SALES, C. A.; ALENCASTRE, M. B. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 566-569, set./out. 2003.

SANTANA, M. T. M.; NASCIMENTO, M. F. C.; ALMEIDA, C. F. Núcleo de Renascimento Elisabeth Kübler-Ross: NUREKR: assistência de saúde no modelo “hospice”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 291-294, abr./jun. 2000.

SANTOMÉ, J. T. As Culturas negadas e silenciadas no currículo. *In*: Silva, T. T. **Alienígenas na sala de aula**: uma introdução aos estudos culturais em educação. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 159-177.

SCHILLING, V. **II Guerra Mundial**: introdução. Terra, 2003. Disponível em:  
<[http://educaterra.terra.com.br/voltaire/mundo/segunda\\_guerra.htm](http://educaterra.terra.com.br/voltaire/mundo/segunda_guerra.htm)>. Acesso em: 03 jul. 2007.

SOUZA, L. B.; SOUZA, L. E. E. M.; SOUZA, A. M. A. A ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 730-734, nov./dez. 2005.

SPÍNDOLA, T.; MACEDO, M. C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 108-117, abr./jun. 1994.

TEIXEIRA, R. B. Quando a vida se extingue [resumo]. **Anais de Enfermagem**, v. 1, n. 4, p. 200-202, 1948.

VALENTE, S. H.; BOEMER, M. R. A sala de anatomia enquanto espaço de convívio com a morte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 1, p. 99-108, jan./mar. 2000.

VALLS, A. L. M. Repensando a vida e a morte do ponto de vista filosófico. *In*: GOLDIM, J. R. **Bioética e ética na ciência**. Porto Alegre: UFRGS, 2002. Disponível em:  
<<http://www.ufrgs.br/bioetica/morteamv.htm>>. Acesso em: 03 jul. 2007.

VEIGA, D. A. A enfermeira e o paciente que vai morrer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 113-118, jan. 1984.

WITT, N. S. P.; SOUZA, N. G. S. Eutanásia, vida e morte: problematizando enunciados presentes na mídia. *In*: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ESTUDOS CULTURAIS E EDUCAÇÃO: educação e cultura contemporânea, 2, 2006, Canoas. **Anais...** Canoas: ULBRA/Programa de Pós-Graduação em Educação, 2006. 1 CD-ROM. 14 f.

ZILIO, M. P. Uma experiência familiar de doença prolongada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 325-331, jul. 1985.

## APÊNDICE – Corpus de análise do estudo

A MORTE de Edith Cavell. **Anais de Enfermagem**, v.5, n.11, p.15-21, 1937.

A MORTE de Edith Cavell. **Anais de Enfermagem**, v.5, n.12, p.9-12, 1938.

ABRAHIM, J. M. F.; CARRARO, V. Morte. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 1-9, jan. 1984.

ARAÚJO, P. V. R.; VIEIRA, M. J. A questão da morte e do morrer. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 361-363, mai./jun. 2004.

AUGUSTO, E. P.; RIZZO, D.; ALESSI, R. Importância da assistência de enfermagem no ciclo grávido puerperal em portadoras de diabetes. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.20, n.4, p. 301-308, 1967.

BARBIERI, A.; POPIM, R. C.; BOEMER, M. R. A morte no contexto da enfermagem obstétrica: uma perspectiva do cuidar. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 11-16, jul. 1992.

BARBOSA, M. R. J.; JORGE, M. S. B. Vivenciando a hipertensão arterial: construção de significados e suas implicações para a vida cotidiana. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 574-583, out./dez. 2000.

BARRETO, E. H. R. Últimos cuidados de enfermagem prestados ao paciente. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 26, n. 3, p.185-187, 1973.

BOEMER, M. R. *et al.* O tema morte: uma proposta de educação. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 26-32, jan. 1991.

BOEMER, M. R.; ROSSI, L. R. G.; NASTARI, R. R. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva: análise de depoimentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 8-14, jul. 1989.

CARPENA, L. A. B. Morte versus sentimentos: uma realidade no mundo dos acadêmicos de medicina. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 100–122, jan. 2000.

CHEIDA, M. L. C.; CHRISTÓFOLLI, D. A. S. A equipe de enfermagem frente à problemática da assistência individualizada ao paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 3/4, p. 165-173, jul./dez. 1984.

CHINI, G. C. O.; BOEMER, M. R. As facetas da amputação: uma primeira aproximação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 217–222, mar./abr. 2002.

CRUZ, C. *et al.* O “pacote” e a enfermagem (análise crítica de uma cena de morte). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 467-471, jul./set. 2000.

FERNANDES, M. F. P.; FUJIMORI, M. KOIZUMI, M. S. Estudo sobre as intervenções de enfermagem frente ao paciente em morte iminente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 102-108, abr./mai./jun. 1984.

FERRAZ, A. F. *et al.* Assistência de enfermagem a pacientes em fase terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 1, p. 50-60, jan./fev./mar. 1986.

FLORES, R. V.; THOMÉ, E. G. R. Percepções do paciente em lista de espera para o transplante renal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 687-690, nov./dez. 2004.

FRANÇA, I. S. X. Convivendo com a soropositividade HIV/AIDS: do conceito aos preconceitos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 491-498, out./dez. 2000.

HOLANDA, V. M. C. *et al.* Estudo dos aspectos éticos dos transplantes na América Latina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 183-194, 1994.

LOPES, B. C.; SOARES, V. M. N. Comitê de estudos de morte materna: uma experiência de trabalho multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 2, p. 136-142, abr./jun. 1993.

LUZ, A. M. H. *et al.* Feto morto: atuação da enfermeira frente ao sentimento materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 42, n. 1/4, p. 92-100, jan./dez. 1989.

MARTINS, E. L.; ALVES, R. N.; GODOY, S. A. F. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 105-117, jan./mar. 1999.

MARTINS, M. M.; BOEMER, M. R. Produção científica sobre o tema da morte e do morrer: estudo de um periódico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 141-156, jul. 2001.

MELO, L. L.; VALLE, E. R. M. “...e a luz está se apagando...” vivências de uma criança com câncer em fase terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 566-575, out./dez. 1999.

MENDES, A. M.; LINHARES, N. J. R. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 2, p. 267-280, abr./jun. 1996.

NORONHA, D. C. U. *et al.* Implicações éticas na assistência de enfermagem ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 38, n. 3/4, p. 349-354, jul./dez. 1985.

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G.; OLIVEIRA, M. H. P. A morte mediante as representações sociais dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 1, p. 26-30, jan./fev. 2002.

OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 4, p. 608-622, out./dez. 2001.

POPIM, R. C.; BARBIERI, A. O significado da morte perinatal: depoimentos de mães. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 33-40, jan. 1990.

PRADO, M. L.; SOUZA, M. L. Epidemiologia da violência: uma aproximação ao problema através da morte na sociedade brasileira contemporânea: o caso de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 2, p. 157-164, abr./jun. 1996.

REZENDE, A. L. M., *et al.* Ritos de morte na lembrança de velhos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 1, p. 7-16, jan./mar. 1995.

RODRIGUES, C. E.; LAZO, J.; LIMA, M. A. Variações circadianas diárias nos óbitos de um hospital geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 3, p. 339-344, jul./set. 1997.

SALES, C. A.; ALENCASTRE, M. B. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 566-569, set./out. 2003.

SANTANA, M. T. M.; NASCIMENTO, M. F. C.; ALMEIDA, C. F. Núcleo de Renascimento Elisabeth Kübler-Ross – NUREKR: assistência de saúde no modelo “hospice”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 291-294, abr./jun. 2000.

SANTOS, M. L. S. C. O cuidar do cliente com problemas hematológicos: uma experiência de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 508-512, out./dez. 2000.

SANTOS, S. S. C. Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 70-86, jul. 2000.

SILVEIRA, M. F. A.; SOBRAL, V.; JUNQUEIRA, C. S. A. Camuflagem e transparência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 207-212, abr./jun. 2000.

SOUZA, L. B.; SOUZA, L. E. E. M.; SOUZA, A. M. A. A ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 730-734, nov./dez. 2005.

SPÍNDOLA, T.; MACEDO, M. C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 108-117, abr./jun. 1994.

TEIXEIRA, R B. Quando a vida se extingue [resumo]. **Anais de Enfermagem**, v. 1, n. 4, p. 200-202, 1948

VALENTE, S. H.; BOEMER, M. R. A sala de anatomia enquanto espaço de convívio com a morte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 1, p. 99-108, jan./mar. 2000.

VEIGA, D. A. A enfermeira e o paciente que vai morrer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 113-118, jan. 1984.

VIEIRA, G. O. *et al.* Violência e mortes por causas externas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 48-51, jan./fev. 2003.

ZILIO, M. P. Uma experiência familiar de doença prolongada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 325-331, jul. 1985.