

A EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À PROBLEMÁTICA DA ASSISTÊNCIA INDIVIDUALIZADA AO PACIENTE TERMINAL

Marta Lucia Carvalho Cheida¹, Diva A. S. Christófolli²

CHEIDA, M. L. C. & CHRISTÓFOLLI, D. A. S. A equipe de enfermagem frente à problemática da assistência individualizada ao paciente terminal. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 165-173, jul./dez. 1984.

RESUMO. As autoras realizaram um estudo no Hospital Professor Antonio Prudente, na cidade de Londrina-PR, especializado no atendimento a pacientes oncológicos, buscando identificar conceitos e reações da equipe de enfermagem frente a esse tipo de paciente, considerado terminal. As pesquisadoras também tentaram identificar qual a área de necessidades humanas considerada prioritária na atuação dessa equipe. Procurou-se, ainda, definir as reações frente ao evento morte, reações essas que, no entender das autoras, influem no tipo de assistência prestada.

ABSTRACT. The authors developed a study at Professor Antonio Prudente Hospital, a cancer hospital in the city of Londrina-PR, trying to identify concepts and reactions of the nursing team in relation to those patients, considered terminal ones. The researchers also tried to identify which area of human needs was considered priority in team performance. Definition of nursing team reactions facing death was studied and the authors assume they do influence type of nursing care given.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, segundo HORTA (1979), pode ser definida como “a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas...”. De acordo com essa teoria, as necessidades básicas do homem se classificam, inspirado em Mohana, em três grandes áreas: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, as quais são inter-relacionadas e independentes.

O ser humano, no entendimento de BASTOS (1983), deve ser analisado e compreendido como expressão de seus três planos:

a) Um plano físico, vital, somático, orgânico;
b) Um plano psicossocial, onde ele vive e se relaciona;

c) Um plano existencial (de valores pessoais) mediante o qual ele compreende e direciona sua existência.

O autor considera esses três planos como “manifestações distintas de um mesmo fenômeno ou diferentes ângulos da mesma realidade”.

Esse não tão novo enfoque do indivíduo como um todo indivisível inspira um movimento na área da saúde, assim como em outras áreas que estudam o homem, de individualização e humanização da assistência.

1. Auxiliar de Ensino do Departamento de Enfermagem da Universidade de Londrina, PR.

2. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade de Londrina, PR.

A Enfermagem, como profissão, sofre os reflexos desse movimento e passa hoje por um processo de auto-avaliação, onde seus profissionais buscam a definição de uma metodologia de assistência mais planejada, mais individualizada e que atenda o paciente considerando seus três planos: vital, psicossocial e existencial.

E o que se observa na assistência de enfermagem aos pacientes ditos “terminais”?

Entende-se por pacientes terminais não apenas os pacientes agonizantes, mas todos aqueles portadores de enfermidades que, mais ou menos rapidamente, evoluem para o óbito (D’ASSUNÇÃO, 1984).

Num estudo sobre “O Adoecer e a Morte”, BASTOS (1983) afirma que o crescimento da *Tanatologia* (Thanatos = morte, Logos = tratado) deve-se mais a historiadores, filósofos e sociólogos que aos profissionais da saúde, os quais apresentam certo grau de dificuldade em lidar com esse assunto tabu. A morte, segundo esse autor, não é um evento puramente biológico, mas também psicológico, filosófico, social, religioso, ético, histórico, cultural e jurídico.

COSTA (1976) identifica duas posições assumidas pelos enfermeiros frente às situações de morte iminente. Quando o paciente tem maior probabilidade de morrer, omitem-se do assunto morte e tendem a supervalorizar os cuidados físicos. Quando a possibilidade da morte se apresenta em situações de emergência, mobilizam-se desveladamente expressando depois um sentimento de dever cumprido.

GUIMARÃES (1979) pergunta como ficaria a situação das enfermeiras frente à morte dos pacientes, se a maioria sente medo e angústia ao pensar em sua própria morte?

Afirma LOUZÃ (1982), que o trabalho com pacientes terminais provoca desestabilização emocional na equipe de saúde, desenvolvendo sentimentos que variam entre a culpa, depressão, tristeza, ansiedade e, até mesmo, identificação exagerada com o paciente, o que pode levar o profissional a uma confrontação com sua própria mortalidade.

KÜBLER-ROSS (1981) questiona se o fato da equipe de saúde concentrar-se nos equipamentos, pressão sanguínea, dados laboratoriais, não seria uma tentativa de rejeição da morte iminente, e de não ver o rosto angustiado do paciente que faz lembrar as limitações e a falta de onipotência dessa equipe.

Mas por que dirigir este trabalho, conforme pretendemos, para os pacientes oncológicos, se

o câncer nem sempre é mortal? Por que escolher um hospital especializado em câncer para a realização deste trabalho?

NUNES (1980) descreve o câncer como um dos mais importantes símbolos da morte em nossos dias e afirma que somente quando os médicos (e as autoras incluem a equipe de saúde como um todo) integrarem sua própria mortalidade e abandonarem suas fantasias de onipotência, o trato diário com o paciente oncológico se tornará menos difícil.

WULLIEMIER (1980) relaciona o comportamento do canceroso com o simbolismo dessa doença que “devora por dentro” e descreve como causas do comportamento desajustado da equipe de saúde, os seguintes fatores: a identificação com o paciente, que faz com que o pessoal hospitalar seja invadido pelo seu próprio medo da morte; o sentimento de impotência diante da doença e o medo das perguntas dos pacientes.

Todavia, apesar de todas as dificuldades, seria necessário que os profissionais de saúde não fugissem do envolvimento emocional com o paciente e familiares, a fim de que o atendimento fosse menos frio e impessoal.

Mas como exigir que os membros de uma sociedade capitalista que diviniza a vida e “extingue” a morte passem a conviver placidamente com o morrer?

A análise do antropólogo RODRIGUES (1983) sobre a morte nos levanta alguns pontos que merecem reflexão:

- Exalta-se a afirmação “ele nem sentiu que ia morrer”, ao contrário de “sentiu a morte se aproximar”.

- É importante que a morte seja “natural”, porque a natureza é cada vez mais dominada pelo homem, e por conseguinte, a morte também logo seria.

- A morte tem sempre um responsável: o erro do médico em não diagnosticar mais precocemente, a falta de incentivo à pesquisa para que a cura fosse logo descoberta ou a demora do paciente em procurar o médico. Toda morte tem sempre um motivo, que poderia ter sido corrigido. Cria-se assim o mito da imortalidade, ou como define o autor, da a-mortalidade do homem.

- Ocultamos a morte de nossas crianças (talvez por considerá-la mórbida) e as presentamos com canhões de brinquedo.

- Às crianças a quem ensinamos fisiologia sexual, línguas, computação, dizemos que o morto está dormindo ou foi viajar.

Ainda segundo RODRIGUES (1983), devido à negação da morte que infesta a sociedade (e consequentemente a família), a morte foi transferida para os hospitais. Essa transferência pode, às vezes, ser justificada pelo desenvolvimento de técnicas médicas que exigem acompanhamento técnico, equipamentos, mas, por outro lado, cria um problema sério — o isolamento do paciente terminal de tudo quanto ele gosta ou valoriza.

No hospital impera a mentira institucionalizada, que a princípio tem a função de proteger o paciente contra a angústia de sua morte, mas posteriormente essa mentira acaba por cumprir outro papel: o de fornecer à sociedade, família e equipe hospitalar uma “confortável ilusão, desobrigando-a de pensar na morte, permitindo a fuga de emoções”.

Chega-se a um ponto em que a equipe de saúde, a família e o próprio paciente conhecem o diagnóstico, prevêm o desfecho, mas não conversam entre si. O médico espaça suas visitas, a enfermagem idem, não sabem como conversar, sentem-se impotentes. O paciente fica só com todos os seus medos, sem sentir apoio — e morre só, muitas vezes sedado.

Este trabalho pretende identificar os conceitos e reações da equipe de enfermagem frente ao paciente terminal — no caso do estudo, pacientes oncológicos, procurando ainda definir em que área de necessidades humanas está a prioridade na atuação desses profissionais. Pretende-se também definir quais as reações dos membros da equipe frente ao evento morte, reações estas que entendemos como determinantes do tipo de assistência prestada.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de campo, descritiva, no Hospital Professor Antonio Prudente (Londrina, PR), especializado na assistência a pacientes oncológicos, durante o primeiro semestre de 1984.

A população estudada é constituída de quarenta profissionais de enfermagem, assim compreendidos: seis enfermeiros, cinco bolsistas (estudantes do curso de Graduação em Enfermagem, que cumprem estágio remunerado na Instituição), dois técnicos de enfermagem, seis auxiliares de enfermagem e 21 atendentes de enfermagem, sendo todos funcionários nas unidades de internação, UTI, ambulatório e centro cirúrgico.

Os dados foram coletados através de entrevistas formais, realizadas no período de trabalho dos profissionais, pelas próprias autoras.

Os resultados obtidos serão apresentados em percentuais, não separados por categoria profissional, uma vez que o padrão das respostas foi uniforme.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

A caracterização da população, estudada por categoria profissional, sexo, idade, religião e tempo de formado, está descrita nas Tabelas 1 a 5.

TABELA 1 — População distribuída por categoria profissional.

Categoria	%
Enfermeiro	15,0
Bolsista	12,5
Técnico de enfermagem	5,0
Auxiliar de enfermagem	15,0
Atendente de enfermagem	52,5
Total	100,0

TABELA 2 — População distribuída por sexo.

Sexo	%
Feminino	77,5
Masculino	22,5
Total	100,0

TABELA 3 — População distribuída por faixa etária.

Idade (anos)	%
menos de 19	15,0
20 ————— 29	52,5
30 ————— 39	22,5
40 ————— 49	10,0
Total	100,0

TABELA 4 — População distribuída por religião.

Religião	%
Católica	72,5
Protestante	20,0
Espírita	5,0
Messiânica	2,5
Total	100,0

TABELA 5 — População distribuída por tempo de formada*.

Tempo de formado (anos)	%
menos de 01	20,0
	14,3
	34,3
	22,9
10	8,5
Total	100,0

* Foram excluídos da Tabela 5 os bolsistas.

TABELA 6 — Tipo de assistência considerada prioritária no cuidado de enfermagem ao paciente terminal.

Tipo de assistência	%
Enfocando plano físico	5,0
Enfocando plano existencial	90,0
Enfocando plano físico e existencial	5,0
Total	100,0

Foi constatado que, apesar de a enfermagem centralizar a maior parte de suas ações no campo físico, apenas 5% consideraram prioritários os cuidados físicos. A assistência religiosa foi lembrada por apenas 7,5% dos entrevistados. A resposta predominante teve várias justificativas, entre as quais: “Esses pacientes precisam muito mais da nossa atenção e carinho que de remédios.”

Perguntando aos entrevistados se já lhes havia acontecido do paciente querer conversar sobre câncer, 17,5% responderam que não. Dos restantes, apresentamos na Tabela 7 as respostas à pergunta: “Conseguiu manter um diálogo sobre o assunto?”

TABELA 7 — Respostas à pergunta: “Conseguiu manter um diálogo a respeito do câncer com o paciente?”

Respostas	%
1. Sim	45,5
2. Não tem permissão do médico para conversar sobre o diagnóstico com o paciente	36,5
3. Não conversou para que o paciente não soubesse por esse diálogo o seu diagnóstico (são contra falar o diagnóstico para o paciente)	15,0
4. Não saberia o que falar	3,0
Total	100,0

É importante ressaltar que dos 45,5% dos entrevistados que conseguiram conversar sobre o câncer com seus pacientes, apenas 12,5% declararam ter se sentido tranquilos durante o diálogo. Os 33% restantes verbalizaram sentimentos de tristeza e dificuldade em conversar.

Pode-se depreender dos depoimentos que a dificuldade reside no como conversar. Não existe nenhum tipo de sistemática de abordagem aos pacientes. Obviamente não se pode exigir um

comportamento estático, aplicável a todos os pacientes, porém deveria haver para esses profissionais algum treinamento sobre abordagem, a fim de que os diálogos fossem mais produtivos e menos reticentes.

A maior concentração de informações recebidas recaiu sobre o item “câncer” e o enfoque, segundo as respostas, era dado sobre medidas terapêuticas.

Quando perguntados se haviam recebido

informações sobre assistência de enfermagem ao paciente terminal, vários entrevistados relataram ter recebido informações sobre preparo do corpo, o que não foi considerado resposta positiva pelas autoras.

Um questionamento a ser levantado sobre os resultados dessa tabela: Como pode atuar satisfatoriamente um profissional que não recebeu informações sistematizadas sobre o problema mais grave enfrentado na instituição onde atua?

Um dos entrevistados respondeu que perguntaria a todo mundo para confrontar as respostas, pois sabe que a sistemática da equipe é mentir

TABELA 8 — Respostas à pergunta: “Você já recebeu algum tipo de informação científica sobre: Morte e morrer, câncer, assistência de enfermagem a pacientes terminais?”

Respostas	Sim %	Não %	Total %
Morte e morrer	27,5	72,5	100,0
Câncer	52,5	47,5	100,0
Assistência de enfermagem a pacientes terminais	40,0	60,0	100,0

TABELA 9 — Respostas à pergunta: “Se você estivesse com sinais e/ou sintomas de câncer, questionaria sobre seu diagnóstico? A quem perguntaria?”

Respostas	%
Não gostaria de saber	12,5
Perguntaria ao médico	52,5
Perguntaria ao médico ou enfermeira	5,0
Perguntaria à enfermeira	22,5
Perguntaria para quem soubesse ser mais sincero	5,0
Perguntaria para todos (para checar as respostas)	2,5
Total	100,0

para o paciente. E o paciente? Não conseguirá ele também as respostas que deseja, confrontando as mentiras diferentes que receberá dos membros da equipe de saúde?

Perguntando aos quarenta entrevistados se já lhes aconteceu de um paciente agonizante solicitar que permanecessem junto a ele, apenas três responderam não. Dos 37 que passaram pela experiência, apenas dois não atenderam à solicitação

dos pacientes alegando falta de tempo. Os 35 restantes definiram seus sentimentos com relação ao ocorrido conforme discriminado na Tabela 10.

A justificativa “falta de tempo” colocada por dois dos entrevistados, foi levantada também por alguns, como justificativa de não poder se dar tanto tempo para as conversas de “pé de leito” como achariam necessário.

TABELA 10 — Respostas à pergunta: “Como se sentiu ficando junto a um paciente agonizante?”

Respostas	%
Sentimento de impotência	22,9
Sentimento de tristeza, depressão	22,9
Sentimento de compaixão	5,7
Sentimento de desorientação quanto à melhor atitude a ser tomada	5,7
Sentimento ruim, de desconforto com a situação	5,7
Sentimento de dever cumprido, de ter ajudado	31,4
Nenhum sentimento	5,7
Total	100,0

Os entrevistados que responderam expressando sentimentos de dever cumprido, explicaram esse sentimento vagamente, sem conseguirem definir o porquê da certeza de terem ajudado.

A impotência colocada em 22,9% das respostas revela que não só os médicos têm o mito da onipotência calcado em sua formação. Parte da equipe de enfermagem padece do mesmo mal. Seria importante lembrar que a atuação da enfermagem não é só na recuperação da saúde, mas também no proporcionar uma morte tranqüila, quando essa recuperação da saúde já não é mais possível.

TABELA 11 — O paciente terminal deve ser esclarecido quanto ao seu diagnóstico?

Respostas	%
Sim	67,5
Não	32,5
Total	100,0

TABELA 12 — Respostas à pergunta: "Qual o significado da doença câncer para você?"

Respostas	%
Uma doença como outra qualquer	7,5
Encara com esperança de cura	2,5
Sufrimento	20,0
Sufrimento e morte	15,0
Morte	42,5
Uma coisa da pior espécie, não tem objetivo	2,5
Tenebrosa, desfigurante, é o apodrecimento em vida	10,0
Total	100,0

Apenas 10% dos entrevistados encara o câncer com relativo otimismo. A esmagadora maioria de 90% coloca o câncer como uma doença especial, geradora de morte, sofrimento e mutilação. Essa é também a caracterização que NUNES (1980) faz do câncer. Segundo a autora, essa doença representa essa tríplice ameaça, e mesmo que ela nem sempre mate, mutila ou provoque sofrimento, a imagem criada é a de "logotipo da morte".

Alguns entrevistados verbalizaram sentimento de medo com relação à morte como passagem, demonstrando relativa confiança numa vida pos-

Algumas das justificativas da resposta NÃO:
 — "Contar o diagnóstico para o paciente pode desesperá-lo e ele tentar suicídio. A gente mata o paciente de nervoso."

— "Não existe ninguém preparado para saber que tem câncer. Você pode aceitar ter uma doença do coração, da cabeça, mas não aceita o câncer."

— "Mesmo que ele desconfie, a esperança é grande, nós não podemos tirar do paciente a esperança de cura".

— "Depois que conta é pior que na hora, porque a gente não sabe como levar a conversa depois".

Algumas justificativas da resposta SIM:

— "Dizem que é contra a ética contar o diagnóstico para o paciente, mas é contra a minha ética mentir".

— "Quando o paciente não sabe o que tem, cada pequena melhora é um abandono de tratamento."

— "Mais cedo ou mais tarde o paciente acaba descobrindo".

— "Quando o paciente sabe o que tem se cuida mais, aceita melhor o tratamento."

— "O diálogo fica muito mais franco, sem disfarces."

terior melhor que a atual. Mesmo com essa fé, sentiam medo da passagem, medo de sofrer dores.

Duas entrevistadas que demonstraram aversão a velórios, definiram essa aversão em relação ao morto e não ao ambiente do velório. Uma delas colocou: "Aqui no hospital a funerária desaparece com o morto. Deveria ser assim também fora daqui". Esse tipo de aversão ao cadáver, às manifestações da morte, à tanatomorfose é entendida por RODRIGUES (1983) como negação da morte: "fazer sumir o morto, banir a morte, conservar a ilusão de vida através da abolição da noção de morte..."

TABELA 13 – Respostas à pergunta: “O que significa morte para você?”

Respostas	%
Passagem para uma nova vida, melhor que esta	50,0
É sempre uma perda irreparável	10,0
Não aceito	10,0
Sofro muito	7,5
Morte é o fim, não existe outro lugar	7,5
Inevitável e natural	10,0
Não suporta velório, queria que o corpo sumisse	5,0
Total	100,0

Declararam 45% dos entrevistados, encarar a morte profissionalmente da mesma maneira como encaram-na como pessoas, quando existe apego ao paciente. Houve ainda quem diferenciasse a visão de morte “profissional” e “pessoal”, alegando encarar a morte dentro do hospital como um alívio do sofrimento.

Muito se falou, na introdução do trabalho, a respeito da confrontação da equipe de saúde com sua própria mortalidade, quando lidam com pacientes terminais. Fazendo a correlação com as respostas dadas sobre o conceito de morte, poderia-se levantar outro questionamento importante: como podem os profissionais de enfermagem proporcionar uma assistência eficaz na área psico-espiritual ou existencial se ainda não resolveram seus próprios conflitos nessa área?

TABELA 14 – Respostas à pergunta: “Você já pensou a respeito de sua própria morte?”

Respostas	%
Sim	82,5
Não	17,5
Total	100,0

É importante ressaltar que esses 17,5% dos entrevistados que nunca pensavam a respeito de sua própria morte se incluem tanto no grupo dos que aceitam a morte com “naturalidade”, como no dos que têm sérios problemas em aceitá-la. Os que responderam SIM à pergunta da Tabela 14,

revelaram não aceitação e conflito na sua maioria (63,6%)

As autoras conseguiram, com as entrevistas, delinear uma linha de comportamento dentro da instituição que será relatada em seguida.

CONCLUSÃO

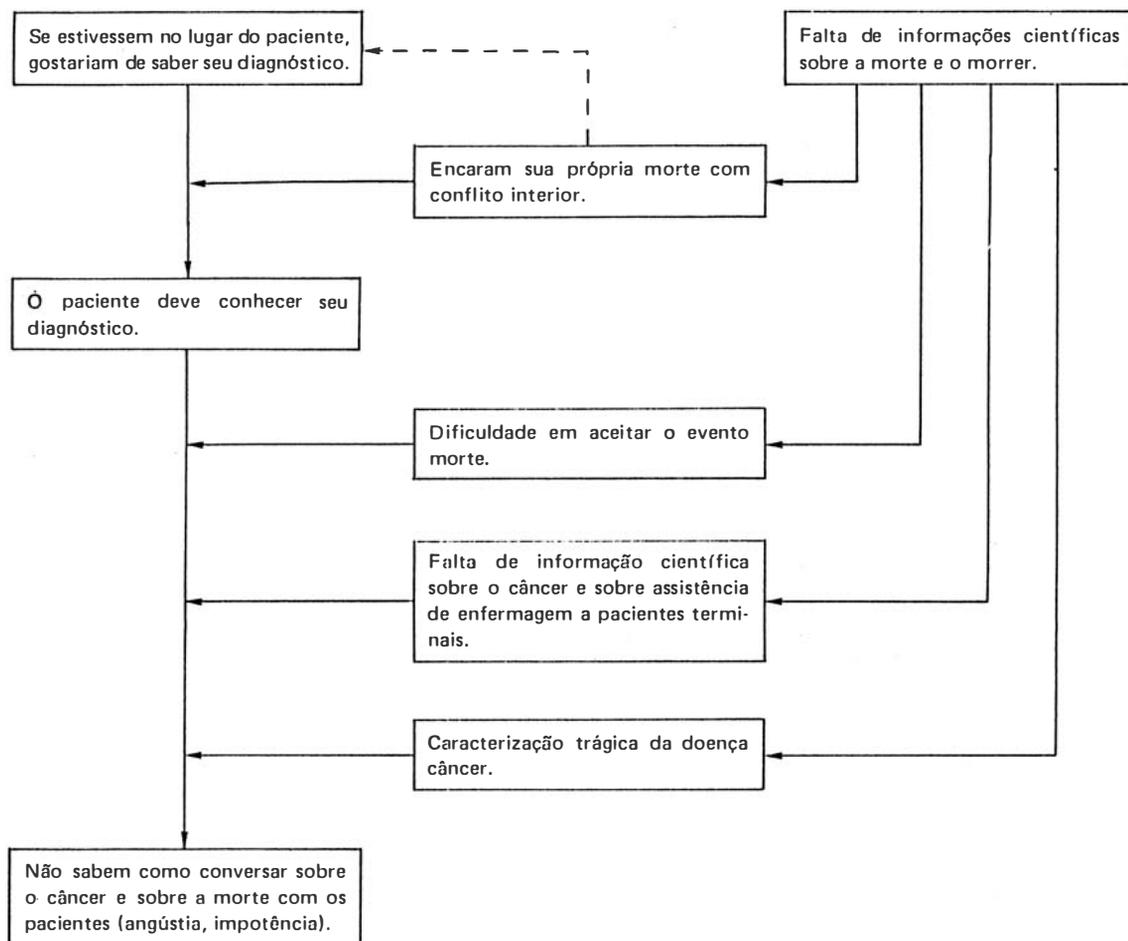
Buscando correlacionar os dados obtidos, foi construído o gráfico seguinte, que analisaremos descrevendo o porquê das influências de um dado sobre o outro e como essa reação em cadeia poderia ser rompida.

As autoras consideraram a “falta de informações científicas sobre a morte e o morrer” como determinantes de toda a problemática representada no gráfico. Por quê?

Num estudo realizado neste mesmo hospital, HADDAD (1983) enfatizou a necessidade de “grupos de apoio”, onde os enfermeiros que prestam assistência a pacientes terminais discutem com psicólogos as angústias e ansiedades que surgem no trato diário com esses pacientes.

Concordamos com o parecer da autora sobre a necessidade dos “grupos de apoio” e de uma equipe de psicólogos atuando concomitantemente junto aos pacientes e à equipe de saúde, porém acrescentaríamos mais duas necessidades a serem satisfeitas para se amenizar mais eficazmente o problema: a discussão sobre morte também com enfoque sociológico e filosófico, com toda a equipe de enfermagem, e o treinamento dessa equipe em técnicas de abordagem.

A Morte e o Morrer devem ser entendidos como duas coisas distintas. A morte é uma incógnita. Não a podemos estudar uma vez que não



podemos nem sequer pensá-la. Como bem define RODRIGUES (1983), "através de que meios poderia um ser pensante pensar sua condição de não-pensante? A que tipo de lógica recorreria um existente para pensar a não-existência, se o próprio ato de pensar é a mais palmar rejeição do objeto pensado?"

Estudamos, portanto, os reflexos da morte. Reflexos no inter-relacionamento de pessoas, na alteração da composição social dos grupos. A problemática maior passa a ser a ausência de um ser e as conseqüências dessa ausência. 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".

E o morrer? Como se definiria?

Curiosamente, o medo mais vezes expressado nas entrevistas não diz respeito ao depois da mor-

te, (50% dos entrevistados acredita numa outra vida melhor, depois desta), mas ao "antes".

O medo maior é o do sofrimento, da agonia, da dor física. Esse é um medo que dificilmente se conseguiria eliminar dos pacientes ou da equipe, uma vez que é, simplesmente, uma manifestação do nosso instinto de sobrevivência. Podemos sim, tentar atenuá-lo.

Um indivíduo que já percorreu as cinco fases da morte definidas por KÜBLER-ROSS (1981), encontrando-se na última, a da aceitação, terá esse medo bastante atenuado, porque a ele não estarão somadas as angústias de tarefas inacabadas, de revolta, de negação da morte.

É necessário, portanto, auxiliar o paciente terminal a chegar na fase de aceitação, e, para isso, não só é necessário o conhecimento dessas cinco fases, mas também o treinamento de toda a equipe de enfermagem, e não só dos enfermeiros, em como fazer as conversas "ao pé do leito".

Como indicação possível, a técnica de Relação de Ajuda, definida por LOFFREDI (1980) como "relações facilitadoras que favorecem a liberação de uma atitude consciente, que permite ao indivíduo aprender a enfrentar suas dificuldades".

O treinamento do como falar e ouvir e a discussão e reflexão do que falar aos pacientes e por que falar, no entender das autoras, conseguiria diminuir a ansiedade da equipe de saúde quanto ao cuidado dos pacientes terminais, no caso em estudo, dos oncológicos. Conseguindo-se êxito

nessa tarefa, o convívio com a morte passaria a ser fator de crescimento pessoal dos membros da equipe e não uma fonte de angústias e desajustamentos.

CHEIDA, M.L.C. & CRISTÓFOLLI, D.A.S. Nursing team and the problematic of personalized assistance of terminal patients. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 165-173, Jul./Dec. 1984.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTOS, O. O adoecer e a morte. *J. Bras. Psiquiat.*, Rio de Janeiro, 32 (4): 211-218, 1983.
- COSTA, L.A.T. Situações vida e morte: participação do enfermeiro. Rio de Janeiro, 1976. (Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem Ana Nery da URFJ).
- D'ASSUMPÇÃO, E.A. Tanatologia e o paciente terminal. *Diálogo Méd.*, Rio de Janeiro, 10 (2), 1984.
- GUIMARÃES, N.O. et alii. Morte: um desafio de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, 1979. *Anais*: Brasília, ABEn, s.d.
- HADDAD, M. do C.L. *A importância do apoio psicológico aos enfermeiros que assistem pacientes terminais*. Londrina, Hospital Professor Antonio Prudente, 1983. (mimeografado).
- HORTA, W. de A. *Processo de enfermagem*. São Paulo, EPU, 1979.
- KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- LOFFREDI, L.E. Relação de ajuda. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Brasília, 1980. *Anais*. Brasília, ABEn, s.d.
- LOUZÃ, J.R. & LOUZÃ NETO, M.R. O hospital e a morte. *Rev. Paul. Hosp.*, São Paulo, 30 (7/8): 172-177, 1982.
- NUNES, C.H.P. Relação médico-paciente em cancerologia. *J. Bras. Psiquiat.*, Rio de Janeiro, 29 (3): 199-202, 1980.
- RODRIGUES, J.C. *Tabu da morte*. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983.
- WHULLIEMIER, F. Assistência psíquica e cancerosos. *Documento Roche*, São Paulo, (4): 83-87, abr. 1980.