

O Profissional da Saúde e a Finitude Humana

A negação da morte no cotidiano profissional da assistência hospitalar

Ana Claudia Correia Nogueira
Louise Marie Oliveira
Viviane Pimentel*

Resumo – Este artigo é um convite à reflexão sobre a prática dos profissionais da área de saúde no tocante à abordagem da morte no cotidiano institucional e na própria formação destes. A análise é voltada, fundamentalmente, aos que lidam com pacientes terminais. Conforme é mostrado, a falta de preparo das equipes de saúde e, em especial, dos médicos, no trato do fenômeno de finitude humana, é fruto de uma formação deficitária no que diz respeito à relação médico-paciente, somada a um processo social histórico de relegar a morte a um plano quase oculto no mundo contemporâneo. A reflexão proposta neste estudo é repensar essas questões, atrelando-lhe valores mais humanos, porém de forma esclarecida, trazendo a consciência da finitude da vida humana para a relação entre o paciente, o profissional, o tratamento e a doença que é vivenciada, visando tornar digno e pleno o período de vida que o paciente gozará até sua extinção, minimizando o impacto da morte sobre seus familiares e profissionais que o assistem.

Palavras-chave – Morte. Finitude humana. Prática profissional. Humanismo.

Abstract – This article is a reflexive invitation on the professional practical of health professionals when it concerns about the death on the daily institution and in their own academic formation. The analysis is related, basically, to that they deal with terminal patients. As it is showed, the lack of preparation of the health teams, and in special of the doctors in the treatment of the phenomenon of human finitude, is consequent of the deficit formation in what this relates to the medical-patient involvement, added to a historical social process to relegate the death to an almost occult plan in the contemporary world. The reflection proposal in this study is to rethink these questions, adding in them more human values, however of clarified form, bringing the conscience of the finitude of the life human for the relation between the patient, the professional, the treatment and the illness that is lived deeply, aiming at to become worthy and full the period of life that the patient will enjoy until its extinguishing, minimizing the familiar impact of the death on its and professional ones that attend it.

Key words – Death. Human finitude. Professional practicals. Humanism.

Um dos temas menos estudados e debatidos na formação acadêmica do profissional da saúde é o fenômeno da finitude humana. Apesar de ser um fato inevitável e, portanto, natural,

* Bolsistas do Projeto “Finitude humana: viver e morrer em uma Instituição de Saúde”, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, em Niterói, sob a coordenação da Prof^{fa} Dr^a Edna Donzelli.

obviamente presente no cotidiano das pessoas e dos profissionais, o tema da morte é de difícil abordagem e pouco discutido por aqueles que lidam com ela. Tudo se passa como se a morte fosse apenas a ruptura definitiva com a vida, destino que nos espreita, mas que nos negamos a considerá-lo na construção de nossas histórias pessoais.

O intuito do presente texto é tecer algumas considerações sobre a relação dos profissionais da saúde com a morte do paciente. O tema será focado sob o ângulo da dificuldade desses profissionais de lidarem de forma consciente e fundamentada com as situações criadas pela iminência da morte ou da morte programada¹ de pacientes sob tratamento nas instituições hospitalares. Buscar-se-á desenvolver uma reflexão sobre as razões de certos comportamentos frente à experiência da morte, da forma cultural de interpretá-la nas sociedades modernas e das relações entre a formação acadêmica, notadamente de orientação cientificista, e o conseqüente afastamento do profissional da saúde das manifestações subjetivas do outro e de si próprio.

O primeiro aspecto que se coloca à reflexão é a constatação de que o homem é o único ser vivo que tem consciência de sua finitude; a única certeza da vida é a de que um dia morreremos. A morte é a última etapa do ciclo vital, o momento crucial em que se deixa tudo aquilo que foi conquistado durante a vida. A única experiência, entretanto, que cada um de nós tem com a morte é a morte “do outro”.

Embora a morte seja um fato do cotidiano, vivido por todos e por todos aceito como uma experiência inevitável, o que se observa na instância pessoal da vivência de cada um é que o episódio da própria morte é sempre relegado a um futuro indeterminado, portanto pouco ou nada influenciando o projeto de vida que se constrói para a continuidade da existência. A vivência interior da morte do outro é rapidamente substituída pelos imperativos da vida moderna. A morte como o inevitável fim sabido por todos não é parâmetro de vida, condição de um percurso natural, mas somente sob a forma uma negação dos objetivos primeiros e últimos da existência.

No mundo moderno, tudo indica que a busca pela vida ainda não incluiu a compreensão da inevitabilidade da morte e que não se está preparado para lidar com ela. Ao contrário, a morte não é somente encarada como “algo” angustiante para o portador de uma doença fatal, mas também assustador para aqueles que o rodeiam, como amigos e familiares e, até mesmo, para os profissionais de saúde que atuam nas instituições hospitalares. Entretanto,

¹ “Morte programada” é uma expressão vigente na literatura específica e se refere ao estado clínico de pacientes crônico-degenerativos quando em estágio final do processo da doença; casos considerados “fora das possibilidades de tratamento” pela medicina.

não faz muito tempo, o ato de morrer era participado pela comunidade envolvida e inserida no cotidiano das pessoas; o doente permanecia em casa sendo atendido pelo médico da família e, no caso do rito católico, o moribundo recebia extrema-unção antes da “passagem”, fazendo com que se anunciasse a aproximação da morte. Havia sofrimento, mas aceitação da inevitabilidade.

Nas sociedades ocidentais, marcadas pela perspectiva materialista e individualista da vida, a morte passou a ser representada como o fracasso da vida. Contrariamente a outras culturas que a encaram como uma tarefa cumprida, a morte assume hoje o significado de um momento crucial a ser sempre afastado, mesclando-se, nessa teimosa, recusa, medo e sentimento de impotência diante do seu caráter inexorável.

O trabalho, a transformação das relações familiares, enfim, os imperativos da ‘vida moderna’, associados a recursos terapêuticos de tratamento e cura mais eficiente, são fatores importantes na tendência de se anular a vivência da morte. Enfocando-a pelo ângulo da objetividade e da funcionalidade nas ações, o espaço reservado à intimidade da experiência foi, aos poucos, sendo absorvido pelas instituições médicas, pelos centros do saber científico sobre o corpo. Os doentes são internados em ambientes assépticos, com técnicas sofisticadas que ajudam a prolongar a vida (mesmo que não amenizem o sofrimento), mostrando claramente a opção por uma interpretação objetivista da morte e a sua negação pela repugnância do corpo morto através de medidas de afastamento da visibilidade do fim natural da vida.

Não obstante, para o enfrentamento cotidiano da morte do outro, os profissionais buscam apoio na explicação das causas objetivas que levaram o paciente ao fim da vida e, individualmente, buscam recursos na própria sensibilidade e maturidade emocional para o enfrentamento da perda. A recusa do sentido da morte para a vida permite que pouco ou nunca esses profissionais se detenham sobre ela mais do que a necessária orientação aos familiares ou agregados e, em geral, apenas através de iniciativas de natureza burocrática.

É, porém, paradoxal que a objetividade científicista que tenta explicar com exclusividade as causas da morte não tenha trazido também com ela um entendimento da morte suficientemente expressivo para eliminar tensões, angústias, rejeição, medo, reações palpáveis de uma consciência que se entende afetiva e também ética. O que se constata no trato cotidiano com profissionais na área da saúde é que assistentes sociais, médicos e enfermeiros muitas vezes não sabem como se posicionar frente à morte enquanto tal.

Transformam essa experiência em um grande desafio emocional, tornando evidente o despreparo intelectual e emocional de enfrentamento.

Os profissionais da saúde são formados em uma concepção que visa à cura através de recursos interventivos de caráter técnico e medicamentoso, tendo como objetivo o tratamento necessariamente voltado para salvar ou prolongar a vida; eles reforçam, na sua prática cotidiana, a importância do conhecimento do corpo como objeto de conhecimento. Este processo descarta, entretanto, toda informação contextual e histórica desse próprio corpo. A perda do homem doente por priorizar o fato doença retira do campo de possibilidades de entendimento a experiência do sujeito que vivencia a morte e daquele que a assiste. Sem contexto e sem história, cria-se a morte como fato incômodo e, como tal, devendo ser ocultado e distanciado² do cotidiano de cada um.

A não inclusão da finitude humana no projeto de vida e a ausência da reflexão no aperfeiçoamento intelectual e emocional de cada um parecem estar na base do despreparo do profissional da saúde quando reduz a experiência da morte do outro apenas à finalização de um processo de tratamento médico. A consciência da finitude evidenciada pelos fatos leva à adoção de uma postura que pretende mostrar objetividade. Esse comportamento típico dos profissionais da saúde funda-se em uma perspectiva de enfrentamento que tem como característica desconsiderar a morte como ‘acontecimento’ e, portanto, um fenômeno que transcende a forma reducionista das explicações científicas.

Não obstante, essa redução elimina a possibilidade da compreensão da morte como vivência, não somente desumanizando as relações profissionais com os pacientes, como eliminando o real concreto. Tornando-os um “em si”, o profissional afasta o seu próprio ser de uma relação humana natural, pois a recusa radical da compreensão da vivência da morte do outro, como pessoa, por inteiro não é a maneira completamente humana de ser. Nega-se a “presença”, impõe-se o vazio que o abandona em uma experiência solitária, portanto, desumana, de sua morte.

A incompreensão da morte como vivência se mostra de forma bastante explícita em várias situações corriqueiras vividas pelos profissionais da saúde e fato ainda mais marcante quando em foco aqueles sujeitos considerados pela medicina como fora de tratamento médico, os portadores de doenças degenerativas em estado avançado, ou acidentados graves. Uma

² Aires, 1988, p. 21-37. Trata-se de uma reflexão sobre a construção histórico-social da incapacidade do homem em lidar com a morte. No filme *Um sol alaranjado*, do diretor e produtor Eduardo Valente, 2001, fica bem claro o exemplo de negação de morte pela filha que insistia em continuar mantendo sob cuidados o pai falecido há quatro dias.

delas, bastante freqüente, é a referência ao estado de saúde desses pacientes, comportando uma relação direta com impossibilidade de cura pela negação de informações corretas aos familiares, substituindo-as por um discurso velado, como se estivessem infringindo uma ordem moral.

Não se tem como negar que os profissionais não expõem claramente as condições em que se encontra o paciente em estado grave, mas se apóiam em uma linguagem hermética para leigos, não “se atrevendo” a revelar a real situação. Outros buscam a negação de toda participação por omissão, na posição conflituosa dos subterfúgios, passando essa tarefa para um outro companheiro de equipe, como se fosse uma “bomba-relógio” que pudesse explodir a qualquer momento. Em muitos casos, a pessoa vem a falecer e os familiares se espantam diante do fato, pois a equipe de saúde falara de um quadro clínico ‘estável’, deixando entrever a possibilidade de uma melhora em seu estado de saúde. A repercussão negativa dessa postura (conseqüências não consideradas pelos profissionais) se dá na não compreensão pelo paciente da real situação em que se encontra e nos sentimentos vividos pelos familiares, tornando-os cada vez mais confusos e indefesos em relação à doença e ao tratamento imposto.

A responsabilidade da comunicação da morte de um paciente aos familiares ou próximos é um outro aspecto interessante do comportamento cotidiano dos profissionais da saúde. Torna-se um problema para a equipe, principalmente quando a morte não é esperada, gerando discussões em relação à definição da área profissional mais habilitada para esse fim. Muitas vezes, a família é informada da morte do seu familiar por um telefonema realizado por um profissional técnico, não habilitado para esta função.³ Essas situações revelam que o desconhecimento da realidade concreta da morte permite que, para muitos profissionais, a tentativa de negação de qualquer emoção ou envolvimento represente uma busca de neutralidade, confundindo-a com competência e eficiência profissional e a elas reduzidas.

Outro fator que torna difícil o relacionamento do profissional da saúde com a morte é a contrapartida da neutralidade no contato com o paciente. O sofrimento e as causas que

³ No entanto, uma rápida análise sobre a competência profissional de cada membro da equipe indica que cabe ao médico a responsabilidade da informação sobre a *causa mortis*, devido à necessidade de se complementar a ação prestada ao paciente com o esclarecimento sobre as causas do falecimento, cabendo aos demais membros da equipe dar apoio emocional, psicológico e social aos familiares. Se essa forma fosse respeitada, o trabalho interdisciplinar permitiria, no mínimo, amenizar a tendência de se reduzir o corpo do outro a um objeto que interessa exclusivamente à ciência, e a redescobrir o sentido da morte como um fenômeno de totalidade, implicando vivências singulares de uma maneira de sofrer eminentemente humana. No II Seminário Interdisciplinar sobre Finitude Humana, realizado no CPN, Niterói, 1996, Aloizio Brazil, então presidente do CREMERJRJ/Niterói, afirmou publicamente que comunicar o óbito é um dever do médico, pois este é um ato médico, desmitificando, assim, a quem compete esta ação.

precedem a morte são identificados com situações vividas pelo profissional que se coloca e age de acordo com as suas próprias opiniões e subjetividades. Para esses profissionais, a subjetividade e a sensibilidade parecem ser os únicos recursos de enfrentamento do sofrimento do paciente ou dos familiares. Embora se reconheça a sensibilidade como maneira de participar do sofrimento e, assim agindo, se humanize a relação, o envolvimento sem preparo intelectual e emocional pode lhes trazer um desgaste importante, com conseqüências negativas para a sua atuação profissional.

As dificuldades advindas do despreparo de se lidar com a finitude humana no cotidiano das instituições são muitas, mas apresentam um ponto em comum: a concepção fragmentada entre corpo e espírito, ou seja, o corpo físico como única fonte de conhecimento e o não reconhecimento da subjetividade própria ou do outro como um fenômeno passível de compreensão e entendimento. Segundo Duarte (1996), a fragmentação da relação técnico-paciente, a despersonalização e negação da importância do indivíduo doente são aspectos reveladores dessa opção que fragmenta o sujeito ainda na velha dicotomia corpo-espírito.

O enfoque da objetividade como a única possibilidade de conhecimento é antiga. Dominante por séculos na sociedade ocidental européia e ainda hegemônico nas práticas profissionais das áreas médicas, foi a partir desse enfoque que a sociedade moderna se tornou possível. A sociedade moderna em que vivemos hoje acredita na objetividade como a maneira funcional e prática de se relacionar, seja na família, no trabalho ou na sociedade em geral. Praticidade e funcionalidade tornaram-se padrões de organização das estruturas sociais de comportamento, fato notavelmente firmado pela medicina e atividades profissionais a ela relacionadas.

É importante salientar que da objetividade como padrão de conhecimento e de eficiência decorre a normatização das condutas, tanto dos pacientes quanto dos profissionais. Duarte (1996, p. 30), apoiado em Foucault, afirma que “a disciplinarização dos corpos dóceis dos pacientes como limites de controle e vigilância para a adaptação psicossocial dos mesmos” é a maneira mais freqüente de se focar a doença e a morte nas instituições de saúde. Nesse enfoque, cabe aos profissionais velarem por essa vigilância e controle.

Confundir objetividade com competência profissional gera uma postura frente à morte que opta pelos comportamentos assépticos e pela necessária neutralidade psicológica como parâmetros seguros e definitivos no processo de tratamento e cura. Dentro de cada área, essa postura vai agindo cada vez mais de forma fria e mecanicista, afastando-se de uma relação humana entre profissional e paciente. Priorizando os caminhos da objetividade científica

frente à cura, os profissionais se distanciam da postura ética do “cuidar”. Por outro lado, acreditar que se possa assegurar a dignidade da morte através da participação puramente emotiva pessoal gera, por sua vez, uma postura acrítica em relação aos desígnios já estabelecidos pela ciência, sem poder, portanto, reconsiderá-la e questioná-la.

Embora a ciência busque separar o corpo físico da vivência desse corpo pelo sujeito, ela não tem encontrado meios que lhe ofereça o sentido da totalidade do ser humano. Nesse enfoque, todo conhecimento do outro permanece na instância do ‘revelado’ pelo método, enquanto conjunto lógico de manifestações corporais observáveis, mas não como vivência singular daquele que morre, condição efetivamente presente e atuante no adoecer. Isto significa considerar que, além do dado objetivo, impresso nos exames médicos, recursos inegavelmente importantes para a condução do tratamento, a realidade concretamente dada não é considerada.

Nesta perspectiva, percebemos que desaparece do campo do entendimento a experiência encarnada em um determinado sujeito, uma consciência que vivencia esses dados em seu próprio corpo. O fato de não poder apreender por aparelhos sofisticados e reações químicas esse ser que vive a sua experiência da morte, a crença na objetividade científica como única possibilidade de conhecer tem anulado a expressão dessa realidade. Entretanto, mesmo anulada pelo método, ela permanece como realidade, uma outra realidade que se coloca enquanto tal e de que os dados abstratos construídos pelo método científico nada falam. Negá-la é negar os próprios princípios científicos do saber sobre a realidade humana, porque excluem, sem questionar, o que se mostra à compreensão de todos e constitui um aspecto evidente da condição humana.

Diante do exposto, a única afirmação possível é que há um real não abordável pelo método científico, constatação que apenas reduz as possibilidades explicativas do método, mas não nega a existência desse real. Negar como verdadeiro o sujeito concreto, aquele que de fato conhece motivações e razões de sua luta contra a doença, do que ela significa para o que lhe resta a viver é, pois, uma postura datada das ciências médicas.

Esse desconhecimento do caráter de totalidade de uma experiência humana que, entretanto, se coloca constantemente para os próprios sujeitos que a vivenciam e para os outros que a assistem, tem conseqüências importantes. A primeira delas é permitir que esse outro aspecto da realidade humana não faça parte de nosso conhecimento sobre ela. Uma segunda conseqüência importante, derivada da primeira, é que, dessa forma, estamos mantendo e mesmo fortalecendo uma prática profissional incompleta, pois enfrentar uma

realidade concreta a partir de um conceito é negar o próprio ser dessa realidade e se satisfazer com uma abstração. A dor, medos e angústias são manifestações humanas tão reais quanto os sintomas observados e constatados nos exames médicos; “a facticidade nunca vem separada da transcendência, que reside no sentido que o homem dá à sua doença ou no que faz uso dela” (Aranha e Martins, 1993, p. 316).

Assim, pois, o fato de se querer ignorar a vivência da morte reduz a vida das pessoas que se encontram no estágio final da doença a uma experiência anônima, sem história. A tentativa de se separar o corpo da vivência singular da doença, assim como de todo sentido que essa vivência construiu na trajetória da vida, faz do tratamento hospitalar uma experiência falsa, tanto para o paciente quanto para os profissionais envolvidos, pois reduz o mundo vivido pelo paciente e o seu horizonte de vida a uma simples fórmula abstrata que, na perspectiva da neutralidade científica, a impõe como a única verdade a ser considerada. Buscando separar o corpo da totalidade do ser humano, a postura objetivista necessariamente incorre no erro da incompletude de seu objeto, uma vez que o corpo é parte integrante de uma totalidade: “O corpo é o primeiro momento da experiência humana. E, antes de ser um ser que conhece, o sujeito é um ser que vive e sente, que é a maneira de participar, com o corpo, do conjunto da realidade” (Aranha e Martins, 1993, p. 315).

Por outro lado, a recusa de aceitação do fenômeno e o conseqüente desconhecimento de sua natureza real vão permitir que reações aleatórias decidam dos comportamentos profissionais. Nesse sentido, infringe-se muitas vezes a ética, aqui interpretada não enquanto fato normativo, mas enquanto ato de possibilitar o desvelamento de um sentido, esse real que se coloca enquanto totalidade do ser que vive a experiência da morte, ou seja, o homem concreto frente à finitude do seu ser.

Dessa forma, ao lutar pela vida não se dá atenção à própria vida, uma vez que não se responde, nos comportamentos profissionais, à maneira própria que aquele corpo vivencia o seu ser doente. Excluindo-se o sentido dado pelo sujeito à sua vivência da morte, exclui-se a compreensão da doença e pratica-se a sua redução a um somatório de informações objetivas, o diagnóstico como o único recurso de entendimento. Ter-se-á reduzido o ser doente a uma estruturação abstrata com a natureza de coisa. Perde-se o ser vivo que pensa, sente e dá sentido à sua experiência, ou seja, o ser real.

Uma formação profissional nos recursos já existentes das práticas reflexivas é um fator importante para a reversão da perspectiva desumanizadora. A ausência dessa formação nas academias dificulta a possibilidade de se lidar com a verdade dos sujeitos, falseando a

interpretação da realidade e respondendo a ela de forma incompleta. Segundo Teixeira (1996), a criação de espaços de formação dentro das academias e até mesmo dentro das próprias instituições de saúde é um caminho viável para se iniciar o processo de reflexão e mesmo de aprendizagem de recursos metodológicos para essa abordagem.

No processo de formação do futuro profissional, é essencial prepará-lo para o inevitável, averiguando sua conduta diante da morte ainda enquanto discente. Isso porque, durante sua formação, notadamente nas áreas da medicina e enfermagem, os estudantes recebem mais ênfase no lado científico do que na relação médico e paciente, o que dificulta ou mesmo impede o contato compreensivo que essa relação exige.

Nessas circunstâncias, a postura neutra, fingindo objetividade, pode gerar conflitos íntimos que angustiam os profissionais envolvidos diante da perspectiva da morte, já que a morte contraria os objetivos fundamentais propostos pela ciência: a promoção de saúde, a manutenção da vida. Passam a viver as situações de enfrentamento pelo sofrimento, ansiedade e insatisfação, por conflito intrapsíquico, essa contradição entre dois impulsos inconciliáveis. Contra o conflito, constroem-se sistemas defensivos, sintomas de caráter emocional que acabam ocasionando angústias, sensação de impotência e medos.⁴

A troca de experiências profissionais e a reflexão compatibilizada com estudos aprofundados acerca do tema da morte e do morrer, em um âmbito interdisciplinar, acabariam por gerar uma maior compreensão das relações entre profissionais e seus pacientes, entre profissionais e familiares. Contribuiriam para a definição segura de papéis diferentes reservados a cada categoria profissional, dividindo tensões e responsabilidades e, com isso, criando um melhor enfrentamento a respeito da temática da morte e de todo contexto socio-cultural inserido nela. Humanizar nessa perspectiva seria, primeiramente, se despir da autoridade do conhecimento sobre a doença como a única informação necessária e estar preparado para a escuta do paciente, mas uma escuta que valorize o saber do outro e renuncie à postura paternalista que infantiliza o paciente e o impede de decidir e refletir sobre sua real situação, tornando-o passivo e dependente.

Além do preparo dos profissionais da saúde, um outro aspecto importante a ser considerado é o de se repensar a organização hospitalar, de forma a torná-la apta para oferecer

⁴ No caso, Dejours refere-se à questão do sofrimento no âmbito do trabalho, mas, definindo as razões psicológicas de ordem geral dos conflitos intrapsíquicos, permite relacioná-los ao sofrimento frente à finitude humana, tanto vivida pelo paciente quanto pela família e profissionais da saúde.

um final de vida digno aos pacientes. Deve ser ressaltado que morrer dignamente é morrer acompanhado de uma pessoa de estima, em um ambiente que não exclua a presença de familiares. O controle da dor é essencial para o tratamento de um paciente, mesmo que este fator seja, em geral, considerado pelos profissionais como de cunho “sentimental”, como uma condescendência de quem assiste o morrer do outro. Entretanto, retirar a dor é permitir ao paciente a possibilidade de se colocar ainda em sua totalidade de ser, livre e pensante; é oferecer-lhe a contribuição de um saber humano que somente tem sentido se direcionado para libertá-lo de um sofrimento cego, preservando a sua dignidade frente à morte.

Enfim, encarar a morte é difícil; manter uma relação com o paciente que vai morrer também não é uma tarefa fácil. Conversar com ele, examiná-lo, responder aos seus questionamentos ou aos de sua família são processos que exigem preparo e maturidade. Um passo importante para cada profissional dar início ao aprendizado sobre o ato de morrer é aceitar, de início, que a consciência humana implica o reconhecimento da finitude da vida como um acontecimento que não o exclui, o que o coloca de imediato na possibilidade de compreensão e compartilhamento da morte do outro. O desafio que permanece é sempre o de aliar competência técnica com o ato de cuidar com ternura pela vida e pela sensibilidade ética.

Referências

- AIRES, P. *Sobre uma história de morte no ocidente, desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema, 1988.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. *Filosofando*. Introdução à Filosofia. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1993.
- DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.
- PITTA, Ana. *Hospital dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SODRÈ, Francis. Alta social: a atuação do Serviço Social em cuidados paliativos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 82, 005.
- COSTA, Cristiane Vinhas; PITTA, Ana Maria Fernandes. A assistência aos pacientes terminais como fator de estresse para profissionais de saúde. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 82. 2005.
- DUARTE, Marco José de Oliveira. Doença e morte social: a propósito do impacto social da morte. *Em Pauta – Cadernos da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, Rio de Janeiro, FSS/UERJ, n. 7, maio 1996.
- NETTO, Matheus Papaleo. Finitude: hospital-fronteira. In: ———. *Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia*. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

RINALDI, Doris. A finitude humana: algumas reflexões sobre o tema da morte. *Em Pauta* – Cadernos da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, n. 7, maio 1996.

SEMINÁRIO Interdisciplinar, 2., sobre: Finitude humana, dor e morte no processo de trabalho hospitalar. CPN (1996), Rio de Janeiro, UFF ds.

TEIXEIRA, Luisângela de Assis. A morte e o morrer: considerações acerca do enfrentamento da morte pelos profissionais de saúde. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, Cadernos da Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 7, maio 1996.

VELOSO, Laís Helena. Processo de trabalho do Serviço Social (Do despreparo teórico técnico às transgressões do ofício). *Em Pauta*, Rio de Janeiro, Cadernos da Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 6, p. 30-50, 1995.

———. Finitude humana: as representações dos profissionais de saúde diante da morte. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, Cadernos da Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 14, p. 73-83, 1999.

UM sol alaranjado (Daughter and father). Filme. Roteiro, direção e produção executiva: Eduardo Valente. 18 min. Quatro dias na vida de uma mulher e seu pai. 2001.