

**A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR - AS EQUIPES DE REANIMAÇÃO CARDÍACA\***

Nájela Hassan Saloum\*\*

Magali Roseira Boemer\*\*\*

SALOUM, N.H.; BOEMER, M.R. A morte no contexto hospitalar - as equipes de reanimação cardíaca. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 109-119, dezembro 1999.

*A autora investigou o significado do trabalho cotidiano com a morte sob a perspectiva dos profissionais que integram uma equipe de reanimação cárdio-pulmonar de um Hospital Universitário. Pertencer a esta equipe implica em uma forma de lidar com a morte com a intenção explícita de revertê-la. A literatura vem evidenciando a preocupação de diferentes autores com o cotidiano profissional dessa natureza, dada sua tendência ao desgaste das pessoas. O estudo foi conduzido segundo a metodologia de investigação fenomenológica; foram realizadas entrevistas com todos os integrantes da referida equipe, utilizando a gravação. Os dados analisados evidenciam que os profissionais percebem o trabalho sob uma perspectiva funcionalista, onde o tempo se revela como fator determinante na luta contra a morte; é um trabalho permeado pelo sucesso/insucesso e por dificuldades; gera uma postura de onipotência/impotência e requer um enfrentamento. Evidenciam também desgaste, sentimentos de impotência e fracasso quando a reanimação não é possível. Referendam ainda o alerta mundial de se atentar para cotidianos de trabalho desgastantes e de que as escolas e instituições de saúde implementem canais para elaboração dessa forma de desgaste e para o redimensionamento do papel do profissional de saúde.*

UNITERMOS: morte, equipes de reanimação, saúde do trabalhador

**INTRODUÇÃO**

Durante meu percurso enquanto bolsista de Iniciação Científica realizei várias leituras básicas sobre o tema da morte e do morrer no contexto hospitalar e sobre a metodologia de investigação qualitativa - modalidade fenomenológica, além das observações em estágios no hospital. Estas leituras mostraram-me que tem havido grandes transformações na forma dos homens entenderem e lidarem com a morte na sociedade ocidental<sup>1,21,22,36</sup> e o relevante para mim, nesse momento, foi compreender que, de um acontecimento esperado, natural, compartilhado, a morte passou a ser enfocada como um evento que ocorre, predominantemente, no contexto hospitalar, remetendo a um morrer solitário, institucionalizado. Pude correlacionar estas leituras com o meu próprio cotidiano de graduanda em enfermagem e, gradativamente, as cenas de reanimação cardíaca passaram a inquietar-me, particularmente no que tange às pessoas que integram a equipe de saúde e atuam em situações de reanimação cárdio-respiratória, lutando contra a morte.

Na seqüência do curso de graduação, em estágios em um hospital universitário, tomei conhecimento que há uma equipe treinada que é acionada nos casos de parada cardíaca; o objetivo desta equipe é a reanimação de pacientes nesta situação. Recebe a designação informal de “Swat” e é mencionada no estudo de BOEMER<sup>4</sup>. Meu interesse foi se acentuando na tentativa de melhor entender a gênese, a configuração, os objetivos e as diretrizes dessa equipe. Passou a inquietar-me a forma como seus integrantes convivem cotidianamente com esta tarefa de lutar, de forma tão explícita, com a morte.

A expressão “Swat negativo” é compreendida pelo pessoal de enfermagem com a mensagem implícita “não há mais nada a fazer”, não acionar a equipe “Swat” caso o paciente “pare”. A obra de ZIEGLER<sup>36</sup> refere-se a equipes desta natureza, ao abordar a questão dos “senhores da morte”; este autor menciona ainda a angústia dos médicos nestas situações.

ARIÈS<sup>1</sup> discute a postura de uma equipe de reanimação, cuja atuação, às vezes, pode levar o paciente a viver em condição indigna, humilhante e vergonhosa, ficando o direito de decidir nas mãos dos médicos e da

\* Trabalho financiado pela FAPESP- Programa de Iniciação Científica. Trabalho merecedor do 1º lugar do Prêmio Marina de Andrade Rezende no 49º CBen

\*\* Enfermeira. Bolsista do Programa de Aperfeiçoamento em Projeto Integrado CNPq

\*\*\* Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Aposentada –Vínculo com a Pós-Graduação da Unidade e com CNPq)

família. KUBLER-ROSS<sup>21,22</sup> pontua também alguma preocupação com os sentimentos das pessoas que assistem ao doente na luta contra a morte. CONCONE<sup>11</sup>, embora não se refira às equipes de reanimação, menciona preocupação com as pessoas que lidam cotidianamente com a morte, como os funcionários de uma sala de anatomia em faculdades de medicina. Essa autora mostra que este é um trabalho que causa expectativa, impacto, sofrimento, medo e orgulho.

DITTMAR<sup>13</sup> expressa sua preocupação com os sepultadores, mostrando que estes trabalhadores podem vir a apresentar problemas de saúde em índice superior ao considerado normal. O estudo de SOUZA & BOEMER<sup>32</sup> com trabalhadores de funerárias evidenciou que um cotidiano dessa natureza gera constrangimento e desconforto aos trabalhadores, além de expo-los e aos seus familiares à riscos de saúde, gerando-lhes preocupações. Os trabalhadores verbalizam o quanto este trabalho torna-se penoso quando envolve o cuidar de um corpo humano afetado em sua integridade e o lidar com a morte em crianças.

Nesse momento de minha trajetória já pude perceber que deveria prosseguir realizando um estudo que focalizasse as pessoas que compõem equipes de reanimação cardíaco-respiratória de forma a compreendê-las em seu lidar cotidianamente com a morte, numa intenção tão explícita de tentar revertê-la.

As questões propostas por COLLINS<sup>10</sup> “em que momento é lícito manter um paciente clinicamente morto, sem esperança de reanimação?” e “quando é científica e moralmente correto não reanimar e remover suportes artificiais de vida e órgãos para transplante para manter a vida de outros?” remeteram-me à leitura de vários artigos dessa natureza<sup>2,7,9,12,18,20,29,34</sup>. Pude, então, melhor entender a temática da reanimação cardíaco-pulmonar de forma a percebê-la num macro contexto de saúde, co-determinada por fatores de várias naturezas e, mais recentemente, envolvida pela área da Bioética. Pude também consolidar meu interesse nas pessoas que, por lidarem com situações de morte em seu cotidiano, vão sofrendo desgastes.

MARQUIS<sup>25</sup> ressalta que o desgaste (“**Burnout**”) entre prestadores de cuidados a pacientes terminais está relacionado às várias maneiras que levam a pessoa à morte. O autor define este desgaste como: “uma debilidade e diminuição da energia vital; demanda excessiva; auto-imposição e pressão externa; uso da força, recursos e mecanismos de defesa. É um estado emocional que inclui sobrecarga de estresse e pode vir a influenciar a motivação, atitudes e comportamentos”. FRANÇA<sup>16</sup>

relata que a palavra “**Burnout**” é uma expressão inglesa para designar aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia. É uma síndrome caracterizada por sintomas e sinais de exaustão física, psíquica e emocional. Sua incidência é alta e predominante entre enfermeiros, médicos e assistentes sociais.

A equipe de reanimação cardíaco-pulmonar do hospital universitário onde realizei estágios do curso de graduação é composta por um anestesista, um cirurgião, um clínico e pela enfermeira que estiver de plantão especificamente no CTI\*, sendo que os outros profissionais citados estarão de plantão nos vários locais do hospital. Estes profissionais são médico-residentes e, portanto, o quadro de pessoas não é fixo, mas sim os cargos que ocupam naquele determinado plantão. Uma vez acionado o bip, todos devem ir para o local, sendo que cabe à enfermeira levar o carrinho contendo um desfibrilador, caixa de urgência com laringoscópio, cânulas, seringas, agulhas e drogas básicas para o atendimento de urgência.

O primeiro profissional que chega começa a reanimação, iniciando as manobras com o paciente monitorizado: massagens cardíacas, entubação orotraqueal, ventilação mecânica, infusões de drogas e cardioversões; estas são feitas por cinco a seis vezes e são cessadas quando o traçado cardíaco persiste em tornar-se uma linha reta. O momento de cessar não é manifestado verbalmente, mas sim com gestos e olhares desesperançosos dos profissionais que, então, retiram todos os aparelhos, retornando aos seus locais de origem. Por outro lado, quando se consegue uma reversão da parada, um sentimento de satisfação é manifestado pelos profissionais através de sorrisos, olhares esperançosos e gestos expressivos de vitória.

Essas observações possibilitaram-me uma primeira compreensão sobre a gênese, a configuração e a dinâmica de trabalho desta equipe neste hospital, encaminhando-me para a condução de um estudo sobre as pessoas que, em seu cotidiano de trabalho, lidam com a morte na tentativa de revertê-la, de impedi-la, enquanto integrantes de uma equipe de reanimação cardíaco-respiratória de um hospital universitário. Assim, a proposta da presente investigação foi focar as pessoas que integram essa equipe com o objetivo de compreender seu trabalho, sob suas perspectivas. Uma investigação de natureza qualitativa vai requerer uma metodologia adequada à natureza do que está sendo investigado; diante disto, a metodologia de investigação fenomenológica se me apresentou como pertinente ao meu objeto de estudo e à forma como pretendi enfocá-lo.

\* CTI – Centro de Terapia Intensiva

## METODOLOGIA

### Idéias básicas da investigação fenomenológica

De acordo com BOEMER<sup>6</sup> e MARTINS et al.<sup>26</sup>, a fenomenologia surgiu no início do século XX, com Edmund Husserl, como uma ciência para as experiências vividas (experiências vividas pelo sujeito). A palavra fenomenologia vem do grego “**phainomenon**”, que significa discurso esclarecedor e do verbo “**phanestai**” como mostrar-se, desvelar-se (phy= luz, aclaramento, iluminação e logus= fala, discurso). Fenomenologia é, então, o discurso esclarecedor do que se mostra e tem o sentido de des-velar (tirar o véu, desocultar) o que está oculto; é o estudo das essências.

HUSSERL<sup>19</sup> propõe que a fenomenologia se volte para o mundo-vida, para a experiência, possibilitando uma investigação daquilo que é possível de ser desvelado e que está virtualmente presente, mas nem sempre visto. Ele irá se preocupar com a essência através do fenômeno, ou seja, tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga. Fenômeno é, portanto, tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito interrogador. Esta modalidade de investigação tem a preocupação de descrever o fenômeno e não de explicá-lo e seu enfoque central é a compreensão.

A tarefa da fenomenologia é elucidar esse reino da essência e este fica na consciência. Consciência é sempre “consciência de alguma coisa”. É o princípio fundamental da intencionalidade. A consciência só é consciência quando dirigida para um objeto e o objeto só é objeto se dirigido para uma consciência. Consciência e objeto, portanto, só existem a partir desta correlação e o seu estudo pertence ao campo da fenomenologia.

MARTINS & BICUDO<sup>27</sup> lembram que, diante de sua inquietação, o pesquisador terá uma trajetória para caminhar em busca da essência do fenômeno. Inicia seu trabalho interrogando o fenômeno e, neste enfoque, deverá haver sujeitos experienciando situações. Entrevistará os sujeitos com uma questão norteadora, que lhes possibilite descrever o fenômeno. Desta maneira o fenômeno vai se iluminando e se desvelando para o pesquisador.

Fundamentando-me nos pressupostos básicos da fenomenologia planejei a condução deste estudo cuja proposta é chegar à essência do significado de ser membro de uma equipe de reanimação, desvelando o que isto significa para estas pessoas, como elas vêem seu trabalho diante da luta diária com a morte. Os sujeitos foram os membros de uma equipe de reanimação de um hospital

geral universitário. Realizei entrevistas individuais, onde propus a cada um, individualmente, a questão norteadora: **“Descreva para mim como vê o seu trabalho na equipe de reanimação deste hospital”**.

As entrevistas foram conduzidas segundo a abordagem fenomenológica que pressupõe um espaço onde o falar e o ouvir se façam presentes<sup>8</sup>. Obtidas as descrições, procedi à sua análise, buscando pelas convergências ou pelo aspecto invariante, comum, que permaneceu em todas as descrições. Essas convergências apontam para a essência do fenômeno. Há quatro momentos para análise das descrições de forma que o pesquisador, ao percorrer essa trajetória, possa ter o rigor metodológico que assegure a confiabilidade de sua investigação. Essa trajetória é recomendada por MARTINS & BICUDO<sup>27</sup>, explicitada por BOEMER<sup>6</sup> e norteou a análise do presente estudo.

### COLETA DOS DADOS

A equipe é formada por um enfermeiro do CTI, um R2\* da Clínica Médica, um R2 da Cirurgia, um R2 da Anestesia e pelo médico responsável pelo paciente; estes componentes não são fixos enquanto pessoas e sim os cargos que ocupam. Desta forma, todos os residentes dessas especialidades são, potencialmente, membros da equipe de reanimação cardíaca desta Instituição, sendo acionados quando em escala de plantão. Procurei, então, pelos docentes responsáveis pelos residentes dessas especialidades e apresentei a eles o meu projeto de pesquisa, solicitando a autorização para entrevistar os residentes que participam da equipe de reanimação. A autorização foi concedida pelos três docentes e cada um forneceu-me uma lista com os nomes de todos os residentes do segundo ano.

Após isto, procurei por cada residente e, individualmente, apresentei-me, expondo sobre meu interesse com relação à equipe de reanimação, referindo que o docente responsável pelo seu Programa de Residência\*\*, havia me dado autorização para estar entrevistando-o. Solicitei a cada um permissão para gravação e todos concederam. Coletei, então, 41 depoimentos durante os meses de novembro e dezembro de 1996 e maio de 1997.

Procurei também a Diretora Técnica de Serviço do CTI e, da mesma forma, solicitei a autorização para entrevistar os sete enfermeiros que atuam na equipe de reanimação. Obtive, então, 7 depoimentos, sendo que os

\* R2 é a designação dada aos médicos do segundo ano do Programa de Residência

\*\* O Programa de Residência inicia-se, anualmente, no dia 01/02 e encerra-se em 31/01

enfermeiros optaram pela não gravação, fornecendo-me seus depoimentos por escrito.

De posse dos 48 depoimentos, passei à sua análise. Dada sua extensão, eles não encontram-se anexados, mas estão à disposição dos leitores com o autor, assegurando-se o anonimato dos entrevistados.

## ANÁLISE DOS DADOS

A leitura atenta dos depoimentos possibilitou-me chegar às “unidades de significados” que, ao serem agrupadas, apontam para o significado de “ser membro de uma equipe de reanimação”, em sua essência. Assim, a análise compreensiva dos depoimentos desvelou que ser membro de uma equipe de reanimação se mostra sob várias facetas, entendidas enquanto categorias temáticas. Passo a discorrer sobre cada uma destas categorias.

### Os profissionais percebem o trabalho sob uma perspectiva funcionalista

O trabalho de reanimação de um doente é partilhado na equipe entre as especialidades, ou seja, o anestesista é responsável pelo acesso às vias aéreas, o cirurgião pelo acesso venoso, o clínico pela administração das drogas e a enfermagem pela monitorização do paciente. Os discursos revelam que cada componente relata ter uma função, centrando sua atenção na parte anatomo-fisiológica pertinente à sua especialidade. Isto se mostra nas seguintes falas:

**“...eu acho que sou uma pessoa importante na equipe...Geralmente é o clínico que tem mais, mais experiência com a manipulação de drogas envolvidas na parada cardíaco-respiratória.”(19)\***

Assim, de acordo com essa visão funcional, percebem a importância de pertencer à equipe com a finalidade de realizar determinada tarefa:

**“Bom, o nosso trabalho é basicamente ajudar a salvar o paciente naquela parte\*\* em que a gente tá mais acostumado.”(9)**

**“A parte da cirurgia, na equipe né, de assistência ao paciente que teve parada cardíaca, é uma parte assim muito importante porque ela é a via de acesso prá infusão dos medicamentos, né.”(24)**

No que tange aos enfermeiros, o enfoque funcionalista também é bastante presente, chamando a si uma série de responsabilidades referentes ao provimento e manutenção do material necessário:

**“... no sentido de agilizar o provimento de material utilizado ao longo da parada ou melhor no atendimento de ressuscitação cardíaco-respiratória (respiradores, material de sondagens, drenagem, punções, coletas de material biológico, medicações e outros).”(48)**

Outras falas expressam a percepção que os enfermeiros têm de que se diferenciam de funcionários de outros setores no que diz respeito à atendimento ágil, rápido e preciso nas situações de emergência:

**“...muitos dos profissionais que estão trabalhando nas enfermarias não são treinados para dar este atendimento específico e rápido, enquanto nós, profissionais do CTI, estamos lidando com estas ocorrências sempre de perto e com maior frequência, estando assim mais atentos a procedimentos que poderão ser feitos nestes momentos e com rapidez.”(44)**

Essa tendência foi observada por BOEMER et al.<sup>5</sup> em seu estudo sobre o trabalho em CTI e implica em fator potencial de desgaste e sofrimento quando emerge uma situação de morte irreversível. A importância que atribuem ao trabalho na equipe vem relacionada ao sentimento de que as várias especialidades reunidas agilizarão a reanimação, aumentando mais as chances de se obter sucesso. Isto se expressa nas seguintes falas:

**“... isso só agiliza porque cada um sabendo suas funções, isto faz com que a gente tenha um trabalho mais rápido e mais eficiente.” (22)**

Os enfermeiros são a parte “fixa” da equipe no sentido de que a rotatividade das pessoas que ocupam os cargos de enfermeiros é menor do que a dos médicos cuja mudança é anual, de acordo com o Programa de Residência. Assim sendo, os enfermeiros, embora refiram a importância dessa aglutinação de especialidades, percebem também os momentos em que têm que colaborar com os residentes ainda sem grande experiência desse trabalho.

É interessante observar que a palavra morte não é verbalizada pelos residentes; entretanto, quando mencionam que com menor tempo o trabalho é mais eficiente, está implícito que se trata de vencer uma luta contra a morte. Isto nos remete à questão da negação da morte nas instituições hospitalares, negação essa que se inicia pela não verbalização da palavra. FERREIRA-SANTOS<sup>15</sup>, em estudo anterior nesse mesmo hospital, já alertara para o aspecto da negação através de expressão verbal.

Os depoimentos de número 42 a 48 permitem observar que os enfermeiros mencionam de forma clara

\* Os números entre parênteses referem-se aos depoimentos coletados, em ordem cronológica

\*\* O grifo é do autor

ou velada a possibilidade de morte sendo que alguns se referem à necessidade de se lidar com perdas. Seja pela natureza do seu trabalho, seja pela especificidade que o cuidar assume na perspectiva dos enfermeiros, o que se pode observar em suas falas é que a dimensão humana aí emerge:

**“... existe o componente pessoal e humano no que diz respeito a ajudar o outro ser humano a ter uma vida ou uma morte digna e com respeito.” (42)**

Apesar de toda a pretensa eficiência de um trabalho fragmentado em tarefas, os membros percebem também que esta dinâmica nem sempre é possível de ser seguida na situação prática, de urgência, evidenciando que as tarefas se sobrepõem ou se confundem desde que a rapidez seja mantida\*. Vejamos uma das falas nesse sentido:

**“... na equipe da Swat é engraçado porque é tudo setorizado, cada um tem sua função mas, mesmo assim, todo mundo exerce a função do outro, sem previsão”. (26)**

Muito embora o clínico verbalize que tem a tarefa adicional de coordenar tal trabalho, não se percebe tal coordenação. O mesmo ocorre em relação à enfermeira que também verbaliza caber a si um papel de coordenador deste trabalho. Entretanto, o que os resultados evidenciam é que o procedimento de reanimação do doente é fragmentado em tarefas e assim permanece.

Anestesiastas, clínicos e cirurgiões se sucedem em solicitações de várias naturezas à equipe de enfermagem e aos residentes que atuam no local onde ocorre a parada cardíaco-respiratória. São solicitações referentes a drogas parenterais, avaliação do monitor, aparelhos específicos. A preconizada divisão de tarefas não consegue se manter pela própria situação de emergência e o trabalho carece de uma coordenação.

### **O tempo revela-se como fator determinante na luta contra a morte**

O trabalho dessa equipe, por ser em situação de emergência, é norteado pela questão do tempo que se revela nos discursos como algo importante, onde tudo tem que ser feito rapidamente, com agilidade e precisão. Esse tempo envolve tanto o de reanimação como aquele necessário para que os profissionais cheguem até o local da parada. As falas ressaltam também a necessidade de que o trabalho de reanimação tem que ser feito rapidamente e no momento certo para evitar que o paciente tenha uma seqüela, obtendo-se o sucesso da reanimação.

**“A gente tem que agir bem rápido porque o paciente**

**tá em parada e cada minuto de parada circulatória traz seqüelas neurológicas, seqüelas de outros órgãos.” (18)**

BOEMER et al.<sup>5</sup>, em sua investigação sobre trabalhadores de UTI, relatam que o fator tempo assume uma importância relevante, pois a presteza e a rapidez de iniciativa são fatores decisivos para a vida. LAUTERT<sup>23</sup> refere que o enfermeiro que trabalha em emergência permanece em alerta constante o que, associado à situação de luta no sentido de atendimento rápido e preciso, pode resultar na deterioração emocional do profissional.

### **Um trabalho permeado pelo sucesso/insucesso**

LAUTERT<sup>23</sup> menciona que os enfermeiros que trabalham nos setores de Emergência e nas UTIs possuem maiores escores de desgaste emocional que seus colegas de outros setores, gerando demandas emocionais intensas. Ressalta ainda que os principais elementos do desgaste emocional centram-se na responsabilidade sobre as pessoas, no trabalho em contato contínuo com o sofrimento e morte e no uso de tecnologias sofisticadas nos tratamentos.

Os sujeitos do presente estudo verbalizam que, muitas vezes, quando eles chegam para atender um paciente, esse já está em parada há alguns minutos, causando muitas seqüelas biológicas como lesões cerebrais irreversíveis, o que determina o insucesso da reanimação. Relatam que o insucesso ocorre geralmente nos chamados pacientes terminais, em fase avançada de doenças crônico-degenerativas como o câncer. Mencionam ainda que há uma diferença quando a reanimação envolve um paciente jovem que, por um motivo qualquer, sofreu um trauma ou uma parada cardíaca.

Nesse sentido, GLASER & STRAUSS<sup>17</sup> relatam que a nossa sociedade tende a valorizar as pessoas com base em várias características sociais como por exemplo a idade, cor da pele, etnicidade, educação, ocupação, status familiar, classe social, beleza, personalidade, talento e realizações. Cada paciente que morre incorpora de alguma forma, estas características que sinalizam a perda social para a família, e sociedade pela sua morte. Estes autores ressaltam que provavelmente a idade seja a característica mais expressiva da perda social.

FERREIRA-SANTOS<sup>15</sup> também relata que os sentimentos de impotência dos enfermeiros estão associados à situações em que a sensação de perda é grande, envolvendo a morte de jovens, de pacientes aos quais se apegaram por terem tido longa convivência, de

\* O grifo é do autor

crianças, remetendo ao conceito de morte social de GLASER & STRAUSS<sup>17</sup>.

Os depoimentos dos residentes evidenciam que este trabalho nem sempre é muito gratificante e verbalizam que o sucesso é maior nos pacientes que “têm prognóstico”. Evidentemente que esses profissionais aprenderam, em seu processo de formação, que todos os doentes têm um prognóstico, seja ele bom ou ruim. Entretanto, o que se observa é que, na medida em que pertence à uma equipe de reanimação, encorpora o conceito de que “ter prognóstico” implica, necessariamente, em ter condições potenciais para se manter vivo, ou seja, um “bom prognóstico”:

**“...no geral assim, os pacientes que têm prognóstico têm saído.” (8)**

Os enfermeiros também se referem ao sucesso no atendimento, sendo que alguns mencionam a importância da performance individual de cada enfermeiro e outros chamam a si uma tarefa suplementar de manter o equilíbrio da equipe. Em contrapartida, revelam sua percepção de que um aparente insucesso precisa ser avaliado no seu sentido global, envolvendo vários dados do doente, sinalizando uma postura de compreensão maior do seu trabalho e do doente:

**“Além de um bom atendimento existe o componente pessoal e humano no que diz respeito a ajudar o outro ser humano a ter uma vida ou uma morte digna e com respeito.” (42)**

SÁ<sup>31</sup> ressalta que apesar da morte ser essencial para a vida a medicina não a aceita e procura protelá-la ou mesmo impedi-la, ressaltando que o médico não a entende e se frustra por nela sentir a sua própria extinção. FERREIRA-SANTOS<sup>15</sup> ressalta que a equipe de saúde objetiva a luta contra a morte e esta é uma luta incessante à medida que a equipe adquire mais conhecimentos. A tecnologia altamente sofisticada permite diagnósticos precoces, avanços na terapêutica, transplante de órgãos, substituição de vasos importantes, recuperação de paradas cardíacas (ressuscita). Mas, às vezes, a medicina fracassa e com o fracasso vêm a impotência, a depressão, a negação e a evasão.

PESSINI<sup>30</sup> relata que, embora com todos os conhecimentos que a medicina adquiriu, estes não tornaram a morte um evento digno. O conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas tornaram o morrer mais problemático, mais difícil de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis, geradoras de angústia, ambivalência e incertezas.

### Um trabalho permeado por dificuldades

Os depoimentos revelam que os membros da equipe de reanimação enfrentam dificuldades para o acesso ao local da parada, face às atividades paralelas

que desenvolvem, ou quando estão sozinhos em um plantão e precisam deixar os pacientes graves para atender ao chamado. Quando chegam, a parte que lhes cabia fazer já foi realizada. Acresce-se o uso de técnicas e condutas diferentes entre as especialidades, apesar dos membros terem um treinamento básico para estar atuando em uma reanimação. Porém, devido às várias especialidades e às habilidades pertinentes à cada uma, ocorrem discordâncias com relação às técnicas usadas e isto se reflete na prática quando as especialidades se reúnem:

**“Nós, os anestesistas principalmente, fica difícil a gente ter acesso aos andares rapidamente. As vezes a gente tá dentro de sala com o paciente e o bip toca e a gente não tem como abandonar a sala prá ir até lá também.” (6)**

**“... ainda existe muitas controvérsias em relação à conduta da clínica e a conduta da anestesia.” (8)**

É preciso pontuar a ausência nesta equipe de um profissional médico responsável pelo doente, muito embora sua participação esteja prevista pela portaria que a criou. A ele caberia fornecer informações sobre a real situação do doente, seu prognóstico e perspectivas. Sua ausência permite o anonimato, a impessoalidade.

Emerge também a falta de uma coordenação que poderia diminuir as discordâncias e administrar uma certa padronização quanto às condutas diferentes que ocorrem quando as especialidades se reúnem. A coordenação também contribuiria para que se uniformizasse as técnicas usadas, o que tornaria mais ágil e menos difícil o procedimento de reanimação.

Neste aspecto poderia se pensar ainda em um espaço para que estes profissionais se reunissem para atualizações de técnicas, reciclagem dos envolvidos o que também aumentaria o vínculo entre eles. Um processo de humanização das instituições hospitalares, atualmente tão mencionado na literatura, precisa contemplar os profissionais em suas dificuldades nas situações onde a polaridade vida/morte se faz sentir com tal intensidade.

### O trabalho gera postura de onipotência/impotência

BOEMER & SAMPAIO<sup>7</sup> ressaltam que o sentimento de impotência é forte e procedente em situações onde os profissionais não atingem o êxito desejado; essa postura de impotência que se instala, gera sentimentos de luto por parte da equipe. PITTA<sup>28</sup> também lembra que alguns profissionais, “obstinados pela cura da doença, estarão sempre lançando mão de suas onipotências e de uma “última medida terapêutica eficaz” para prolongar-lhe a vida.”

MALDONADO<sup>24</sup> refere que a ilusão de onipotência é algo presente em todas as pessoas e permeia todos os relacionamentos interpessoais. Este sentimento pode produzir desgaste, tensão e superexigência. Diante

disto, as falhas, omissões e insucessos são vivenciados como coisas imperdoáveis, inadmissíveis, que não podem acontecer, dando margem a um sentimento exagerado de culpa e auto-recriminação.

PIVA & CARVALHO<sup>29</sup> ressaltam que existe um determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo que se disponha de todos os recursos, o paciente não é mais salvável, ou seja, está em processo de morte inevitável. Este conceito não abrange apenas a potencialidade de cura ou reversibilidade de uma função orgânica atingida, mesmo tratando-se de um órgão nobre mas, refere-se àquele momento em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, apenas prolongam o processo lento de morrer.

PESSINI<sup>30</sup> refere-se ao termo “distanásia” que é uma palavra grega que significa prolongamento exagerado da morte de um paciente, morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil, ou seja, trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo do morrer. Refere que quanto mais de ponta for a instituição de saúde, tanto mais possível e sofisticada pode ser a distanásia. Ressalta que em hospitais de países mais desenvolvidos existe uma consciência bem mais lúcida de limite, em nível de investimento tecnológico na fase final da vida, e que na cabeceira dos leitos dos doentes irrecuperáveis constam indicações tais como DNR (do not resuscitate), NTBR (not to be resuscitated).

Este autor relata ainda que a distanásia se tornou um problema ético e que quando a terapia médica não consegue atingir os objetivos de preservar a saúde ou aliviar o sofrimento, novos tratamentos tornam-se uma futilidade ou peso. Ressalta que surge, então, a obrigação moral de parar o que é medicamente inútil e intensificar os esforços no sentido de amenizar o desconforto do morrer.

Nos depoimentos dos profissionais que atuam na equipe da Swat observei que eles têm a percepção desse momento em que, mesmo que se disponha de todos os recursos e que a reanimação seja feita rapidamente, a morte acaba chegando e vencendo. Entretanto, muitas vezes lançam mão de uma ilusão de onipotência e tentam uma reanimação mesmo para os pacientes cujo prognóstico é estar caminhando para a morte. Nesses casos, a “parada” seria um desfecho “esperado” para a fase final da doença.

Outra faceta interessante a ser mencionada é que existe a possibilidade de que um paciente sofra um processo de reanimação mesmo após o tempo preconizado para tal. Essa situação pode significar seqüelas para o doente, implicando em uma vida vegetativa. Nesse caso,

pode-se estar diante de uma questão delicada que remete à dimensão bioética.

SEGRE<sup>33</sup> alerta para os limites éticos da intervenção sobre o ser humano, lembrando que algumas situações suscitam dilemas éticos. BERLINGUER<sup>3</sup> lembra que toda a tecnologia hoje disponível pode provocar uma distorção na visão do médico sobre os limites da vida.

O que se percebe na literatura sobre tais dilemas e ou conflitos é que eles começam a emergir à luz da bioética. Os conselhos de classe (particularmente da Medicina e da Enfermagem) vêm se pronunciando nestas questões, assumindo que é chegado o momento de retomá-las e recolocá-las para uma discussão mais ampla. De qualquer forma, o que pude apreender nas falas dos profissionais é que, ao agirem sob uma perspectiva funcional de trabalho, pressionados pelo tempo e dispendo de um grande complexo tecnológico, podem se deixar levar pela ilusão da onipotência e, nesse sentido, virem a ter sofrimentos face à natureza de seu trabalho. Isto se clareia nas seguintes falas:

**“Porque é uma coisa assim: a pessoa pára, normalmente já é um paciente crítico que tá em más condições gerais e, que a aparada dele normalmente seria esperada e até um evento de desfecho da doença, né. E a gente vai lá e tenta reverter...” (30)**

Novamente se percebe aqui que os enfermeiros, pela natureza de seu cuidado para com o doente, às vezes conseguem transcender a visão funcionalista e, assim, entender um insucesso em sua real dimensão:

**“O que se percebe é que o ser humano é considerado cada vez mais um caso técnico, sendo esquecido o seu lado humano, por vezes, a família do paciente.” (46)**

VOLICH<sup>35</sup> nos lembra que “o profissional médico, no exercício de sua prática, pode criar para si uma falsa idéia de onipotência, de poder ilimitado de cura e passa a estabelecer com o outro uma visão de homem que nada tem de humano, por fragmentária, idealizada e alienada tanto de nossa perdas como da inevitabilidade de nossa morte.” Para PESSINI<sup>30</sup>, os médicos, enfermeiros, assistentes religiosos, teólogos precisam refletir sobre o sofrimento que, inutilmente, não poucas vezes, se acrescenta a uma agonia prolongada.

### **Um trabalho que requer um enfrentamento**

LAUTERT<sup>23</sup> resalta que a exposição contínua a fatores do trabalho, percebidos como desprazerosos pelo trabalhador, pode conduzi-lo a um desgaste físico e emocional que, em um primeiro momento, aparece sob forma de estresse. Porém, a manutenção dessas condições, leva-o a um estresse crônico, decorrente da situação laboral, obrigando-o a desenvolver diferentes mecanismos adaptativos, que por vezes não são eficazes,

acabando por conduzi-lo ao desenvolvimento da “Síndrome de Burnout”. Relata que há muitas estratégias de enfrentamento às quais o trabalhador recorre e o que determina sua eleição é a natureza do estressor, as circunstâncias em que ele se produz, a história prévia de afrontamento e o próprio estilo que caracteriza o sujeito.

MARQUIS<sup>25</sup> refere que existem alguns mecanismos de defesa que o profissional lança mão, sendo eles a despersonalização do doente, referindo-se a ele por um número ou pelo seu diagnóstico, agressividade entre os membros da equipe de saúde e distância do paciente. FERREIRA<sup>14</sup> relata que os inúmeros mecanismos de defesa que foram sendo incorporados à organização do trabalho dos enfermeiros, ao longo da história, tiveram como principal finalidade o controle das emoções, visando diminuir a ansiedade.

Os discursos revelam que os profissionais no momento da reanimação atuam tecnicamente e lançam mão de mecanismos para tentar se “proteger” de sentimentos de impotência, fracasso e dor:

**“Acho que a gente trabalha tanto com este tipo de coisa que eu em geral não vejo a pessoa do paciente ali parando. Eu já vejo assim, é um paciente e atendo tecnicamente. Depois talvez que você para prá pensar você pode até sentir, mas de imediato você é tão automático que não se envolve muito não.” (35)**

**“com o tempo você vai se acostumando com o processo de reanimação. Então você vai até criando um pouco de frieza no procedimento em si.” (38)**

A análise dos depoimentos me permitiu observar que os residentes que estão no início do Programa de Residência se referem mais à necessidade de se adaptarem ao processo de reanimação. Relatam que se tornam “técnicos”, “frios” pois o envolvimento emocional pode interferir no procedimento propriamente dito. Ressaltam ainda que, com o passar do tempo e com a experiência adquirida, acabam por se “acostumar” com o processo. Observei nas falas dos enfermeiros que eles têm uma percepção mais humanista do atendimento pois referem que em uma situação de parada não se deve fazer os procedimentos rotineiramente, mecanicamente, mas sim ter um equilíbrio entre o seu emocional e o seu agir tecnicamente. Os enfermeiros se constituem na única parte da equipe que permanece fixa e isso também lhes possibilita um melhor alcance da parte emocional, além do conhecimento técnico.

Novamente aqui julgo necessário um alerta à necessidade de uma equipe de tal natureza possa dispor de um espaço acadêmico onde possa refletir sobre seu trabalho, sob todos os ângulos. Na literatura recente envolvendo a bioética tenho visto que essa tarefa de orientação em questões intrínsecas à vida humana, à humanização do trabalho, ao cuidado para com a pessoa do profissional pode caber à uma Comissão de Ética, sob

uma nova perspectiva de uma ética abrangente, atual, fundamentalmente voltada para as questões humanas e não apenas institucionais.

Também a literatura vem alertando para o fato de que as Escolas de Saúde necessitam, com urgência, introduzir em seus currículos uma disciplina que prepare o futuro profissional para lidar com o humano em seu processo de vida e morte, o que inclui, eventualmente, a cura, o conflito, a perda, a dor, a morte e sempre o cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram que os profissionais percebem o trabalho sob uma perspectiva funcionalista, ou seja, cada componente considera ter um papel importante dentro da equipe, principalmente por ser este trabalho dividido em especialidades, levando cada um a atuar na área em que tem maior prática, agilizando a reanimação e aumentando, assim, as chances de se obter sucesso. Porém, em certos momentos isto não é válido e as funções acabam se confundindo, carecendo de uma coordenação. Não observei nas falas e nas situações de reanimação a presença do médico do doente ou uma pessoa que tomasse para si o papel de coordenador da equipe, permanecendo, então, a reanimação do doente fragmentada em tarefas.

Por ser uma situação de emergência, o trabalho é norteado pela questão do tempo e este revela-se um fator determinante na luta contra a morte, pois o prolongamento do processo de reanimação pode trazer seqüelas para o paciente e até mesmo o insucesso. É, portanto, uma tarefa permeada pelo sucesso/insucesso, que nem sempre é gratificante. Referem que obtém maior sucesso nos pacientes que “têm prognóstico” e que há uma diferença quando a reanimação envolve um paciente jovem que, por um motivo qualquer, sofreu um trauma ou uma parada cardíaca.

Os discursos revelam também que a equipe enfrenta dificuldades como o acesso ao local da parada, atividades paralelas que os membros desenvolvem, uso de técnicas e condutas diferentes entre as especialidades e a falta de um coordenador. Observa-se a necessidade de se criar um espaço para que os profissionais envolvidos se reúnam para atualização de técnicas, reciclagem, possibilitando, inclusive, o vínculo entre os profissionais envolvidos.

Este trabalho gera uma postura de onipotência/impotência. Têm a percepção de que há um momento em que, mesmo que se disponha de todos os recursos e que a reanimação seja feita rapidamente, a morte acaba chegando e vencendo. Porém, mesmo com esta percepção, muitas vezes lançam mão de uma ilusão de onipotência e



tentam uma reanimação mesmo para os pacientes cujo prognóstico é estar caminhando para a morte. Emerge, assim, a necessidade de estarem diferenciando uma parada cardíaco-respiratória e morte e de saber que há limites sobre a intervenção no ser humano para não tornarem mais doloroso o processo do morrer.

Os discursos revelam que o trabalho nesta equipe requer um enfrentamento levando os profissionais a recorrerem a mecanismos para tentar se “proteger” de sentimentos de impotência, fracasso e dor. Os residentes no início do Programa de Residência se referem mais à esta necessidade, ressaltando que, com o passar do tempo e com a experiência adquirida, acabam por se “acostumar” com o processo.

Há de se mencionar que as falas dos enfermeiros evidenciam mais preocupação para com a pessoa do doente, mais conforto em verbalizar a possibilidade concreta de morte e, principalmente, mostraram uma postura de entendimento do procedimento de reanimação de forma global, avaliando questões importantes como

qualidade de vida, dignidade do morrer, pertinência de cada reanimação. Sem dúvida que podem ser dados animadores para a profissão e parecem refletir o esforço de escolas de enfermagem em possibilitar conhecimentos que contemplem o humano presente em cada ato de cuidar.

Por fim, é necessário ressaltar a necessidade de se humanizar o trabalho através do cuidado com a pessoa do profissional e a urgência de que as Escolas de Saúde introduzam em seus currículos uma disciplina que prepare o futuro profissional para lidar com o humano em seu processo de vida e morte; isto inclui a cura, o cuidado, o conflito, a perda, a dor e a morte.

Muito embora não fosse objetivo deste estudo a detecção da “Síndrome de Burnout” (desgaste profissional) os resultados possibilitam a visão de elementos geradores de desgaste nas categorias temáticas construídas a partir das falas dos membros da equipe de reanimação, sinalizando para a necessidade de uma continuidade do estudo, sob essa perspectiva.

---

## DEATH IN THE HOSPITAL CONTEXT–THE TEAMS OF CARDIAC REVIVING

*The author investigated the meaning of the daily work with the death on the perspective of the professionals that integrate a team of heart and lung revival from a university hospital. To belong to this team implies somehow, to live together with the death with an explicit objective of reverting it. The literature evidences the concern of several authors with these professionals, considering their tendency of weariness. The study was developed according to the methodology of phenomenological investigation and was carried out through recorded interviews with all members of the referred team. The analyzed data allowed authors to evidence that the professionals perceive the work on a functionalist perspective, where the time is revealed as a decisive factor against death; it is a work permeated by the success/failure and difficulties; it generates a posture of omnipotence/ impotence and requires a confrontation. They also evidenced waste, feelings of impotence and of failure when the reanimation is not possible. They still reinforce the concern about daily exhausting work and the advise for schools and institutions of health to develop channels for the evaluation of weariness and for the new valuation of the health professionals role.*

**KEY WORDS:** death, reviving teams, occupational health

---

## LA MUERTE EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO – LOS EQUIPOS DE REANIMACIÓN CARDIACA

*La autora investigó el significado del trabajo cotidiano con la muerte sobre la perspectiva de los profesionales que integran un equipo de reanimación cardiopulmonar de un hospital universitario. Pertenecer a este equipo implica de alguna manera, convivir con la muerte con una intención explícita de revertirla. La literatura viene evidenciando la preocupación de diferentes autores con el cotidiano profesional de esta naturaleza, dada su tendencia al desgaste de las personas. El estudio fue conducido según la metodología de investigación fenomenológica y fueron realizadas entrevistas con todos los integrantes del equipo referido, utilizando la grabación. Los datos analizados permiten evidenciar que los profesionales perciben el trabajo sobre una perspectiva funcionalista, donde el tiempo se revela como factor determinante en la lucha contra la muerte; es un trabajo permeado por el éxito/fracaso y por dificultades; genera una postura de omnipotencia/impotencia y requiere un enfrentamiento. Evidencian también desgaste, sentimientos de impotencia y de fracaso cuando la reanimación no es posible. Refuerzan aún la alerta mundial en relación con trabajos cotidianos desgastantes y el hecho de que las escuelas e instituciones de salud desarrollen canales para la valoración de esa forma de desgaste y para la redimensión del papel del profesional de salud.*

**TÉRMINOS CLAVES:** muerte, equipos de reanimación, salud del trabajador

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Essais sur l'histoire de la mort en Occident. Trad. Priscila Vianna de Siqueira. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. 180p.
02. BARCHIFONTAINE, C.P.; PESSINI, L.; ROVER, A. **Bioética e Saúde**. São Paulo: Cepas, 1987. p. 94-104: Alguns conceitos fundamentais da Bioética.
03. BERLINGUER, G. Os limites da ciência. **CFM**, v. 8, n. 38, junho 1993. p. 6-7.
04. BOEMER, M.R. **A morte e o morrer**. 2. ed. Ribeirão Preto: Cortez, 1989. 133p.
05. BOEMER, M.R. et al. A idéia de morte em Unidade de Terapia Intensiva: análise de depoimentos. In: CASSORLA, R.M.S. **Da morte**: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991. cap. 8, p. 145-157.
06. BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev.latino am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, janeiro 1994.
07. BOEMER, M.R.; SAMPAIO, M.A. O exercício da enfermagem em sua dimensão Bioética. **Rev.latino am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, abril 1997.
08. CARVALHO, A.S. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987.
09. CLOTET, J. Reconhecimento e Institucionalização da autonomia do paciente: um estudo da The patient self- determination act. **Rev.Bioética**, Brasília, v.1, p.157-63, 1993.
10. COLLINS, V.J. Ethical considerations in therapy for the comatose and dying patient. **Heart & Lung**, Chicago, v. 8, n. 6, p. 1084-8, Nov./Dec. 1979.
11. CONCONE, M.H.V.B.O. Vestibular de anatomia. In: MARTINS, J. **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983. cap. 2, p. 25-37.
12. CORREIA, F.A. **A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética**. Campinas, 1993. p. 17-30. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
13. DITTMAR, W.H. **Um estudo sobre a prevalência de distúrbios psiquiátricos entre os sepultadores do serviço funerário do município de São Paulo**. São Paulo, 1991. 141p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
14. FERREIRA, N.M.L.A. O câncer e o doente oncológico segundo a visão de enfermeiros. **Rev.Bras.Cancerol**, v. 42, n. 3, p. 161-70, 1996.
15. FERREIRA-SANTOS, C.A. Os profissionais de saúde enfrentam-negam a morte. In: MARTINS, J.S. **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983. cap. 1, p. 15-24.
16. FRANÇA, H.H. A síndrome de Burnout/The "Burnout" syndrome. **Rev.Bras.Med.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 8, p. 197-9, agosto 1987.
17. GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. The social loss of dying patients. **Am.J.Nurs**, New York, v. 6, n. 64, p. 119-121, June 1964.
18. HOSSNE, W.S. Competência do médico. In: SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. São Paulo: EDUSP, 1995. cap. 5c, p. 74-87.
19. HUSSERL, E. **A filosofia como ciência do rigor**. 2. ed. Coimbra: Atlantida, 1965. 73p.
20. KERRIDGE, I.H. et al. Guidelines for no - CPR orders. **Med.J.Australia**, Sydney, v. 161, n. 4, p. 270-2, August 1994.
21. KUBLER-ROSS, E. **Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1979. 176p.
22. \_\_\_\_\_. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1985. 299p.
23. LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. Salamanca, 1995. 275p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca.
24. MALDONADO, M.T.P. A ilusão de onipotência na relação médico-cliente. **Ciência e Consciência**, p. 324-31, abril 1978.
25. MARQUIS, S. Death of nursed: Burnout of the provider. **Omega**, v. 27, n. 1, p. 17-33, 1993.
26. MARTINS, J. et al. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Rev.Esc.Enfermagem USP**, São Paulo, v.24, n.1, p. 139-147, abril 1990.
27. MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes/EDUC, 1989. 110p.
28. PITTA, A.M.F. **Hospital**: dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 197p.
29. PIVA, L.P.; CARVALHO, P.R.A. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Rev.Bioética**, Brasília, v. 1, p. 129-38 1993.
30. PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Rev.Bioética**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 31-43, 1996.
31. SÁ, C.A.M. O médico diante da morte: dilema do cancerologista. **Clín.Med.**, v. 3, n. 8, p. 38-40, setembro 1985.

32. SOUZA, K.C.C.; BOEMER, M.R. O significado do trabalho em funerárias sob a perspectiva do trabalhador. **Rev.Saúde e Sociedade**, v. 7, n. 1, p. 35-73, 1998. /no prelo/
33. SEGRE, M. Limites éticos da intervenção sobre o ser humano. **CREMESP**, São Paulo, v. 15, n. 110, set./out. 1996.
34. STOLMAN, C.J. et al. Evolution of the do-not-resuscitate orders at a Community Hospital. **Arch.InternMed.**, v. 149, n. 8, p. 1851-56, August 1989.
35. VOLICH, R.M. Aparece no mercado a tanatologia. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 7 de abril, 1985. p. 49.
36. ZIEGLER, J. **Os vivos e a morte**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977. 320p.