

Aspectos psicanalíticos da não-ressuscitação em medicina paliativa

Marlene Braz¹, Rosalee Istoe Crespo²

(...)

Morrer, que me importa?

(...) *O diabo é deixar de viver.*

A vida é tão boa! Não quero ir embora.

Mário Quintana

(...)

E eu fico a imaginar se depois de muito navegar a algum lugar enfim se chega...

O que será, talvez, até mais triste.

Nem barcas, nem gaiotas.

Apenas sobre humanas companhias...

Com que tristeza o horizonte avisto, aproximado e sem recurso.

Que pena a vida ser só isto..

Cecília Meireles

Não só os poetas escrevem sobre a morte. Rubem Alves¹ também fala sobre a morte e sua experiência a partir de dois relatos pungentes, e que muito têm a ver com o assunto que me propus a desenvolver. Ele escreve:

(...) *Mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza.*

Mas a medicina não entende. Um amigo contou-me dos últimos dias do seu pai, já bem velho. As dores eram

terríveis. Era-lhe insuportável a visão do sofrimento do pai. Dirigiu-se, então, ao médico: "O senhor não poderia aumentar a dose dos analgésicos, para que meu pai não sofra?". O médico olhou-o com olhar severo e disse: "O senhor está sugerindo que eu pratique a eutanásia?".

Há dores que fazem sentido, como as dores do parto: uma vida nova está nascendo. Mas há dores que não fazem sentido nenhum. Seu velho pai morreu sofrendo uma dor inútil. Qual foi o ganho humano? Que eu saiba, apenas a consciência apaziguada do médico, que dormiu em paz por haver feito aquilo que o costume mandava; costume a que freqüentemente se dá o nome de ética.

Um outro velhinho querido, 92 anos, cego, surdo, todos os esfíncteres sem controle, numa cama - de repente um acontecimento feliz! O coração parou. Ah, com certeza fora o seu anjo da guarda, que assim punha um fim à sua miséria! Mas o médico, movido pelos automatismos costumeiros, apressou-se a cumprir seu dever: debruçou-se sobre o velhinho e o fez respirar de novo. Sofreu inutilmente por mais dois dias antes de tocar de novo o acorde final.

Dir-me-ão que é dever dos médicos fazer todo o possível para que a vida continue. Eu também, da minha forma, luto pela vida. A literatura tem o poder de ressuscitar os mortos. Aprendi com Albert Schweitzer que a "reverência pela vida" é o supremo princípio ético do amor. Mas o que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define? O coração que continua a bater num corpo aparentemente morto? Ou serão os ziguezagues nos vídeos dos monitores, que indicam a presença de ondas cerebrais?

Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de

¹Médica psicanalista. Doutora em Ciências pela FIOCRUZ. Docente e Pesquisadora da Pós Graduação do Instituto Fernandes Figueira - IFF / FIOCRUZ. Diretora da Sociedade de Bioética do Estado do Rio de Janeiro. Membro do Conselho de Bioética do Instituto Nacional de Câncer - INCA / MS. E-mail: braz@iff.fiocruz.br

²Psicóloga. Professora da Universidade Estácio de Sá. Doutoranda em Saúde da Mulher e da Criança - IFF / FIOCRUZ

coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia.

Muitos dos chamados "recursos heróicos" para manter vivo um paciente são, do meu ponto de vista, uma violência ao princípio da "reverência pela vida". Porque, se os médicos dessem ouvidos ao pedido que a vida está fazendo, eles a ouviriam dizer: "Liberta-me" (...).

Como saber o momento de libertar o paciente? Como decidir até que ponto aliviando a dor não se tira a vida do paciente? Quando ressuscitar? Quando a ordem de não-ressuscitação pode ser dada?

Estas perguntas que perseguem cotidianamente o profissional de saúde, principalmente o médico, a quem, afinal, cabe a última decisão, são motivo de debates, críticas e prescrições de outras áreas do saber.

A psicanálise tem se debruçado sobre o tema da morte, desde os seus primórdios e, particularmente, a psicologia médica, disciplina com base na psicanálise, tem estudado e publicado vários trabalhos sobre esse tema. A tentativa é compreender por que é tão difícil tomar decisões e libertar o paciente de um contínuo e, muitas vezes, prolongado sofrimento. Isto porque a tarefa do psicanalista é procurar um sentido para os atos humanos, já que acredita que por trás de atitudes muitas vezes incompreensíveis, há uma outra lógica atuando, de ordem inconsciente, que pode explicar melhor o agir.

O QUE É A MORTE?

Recorrendo ao dicionário vemos que a morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida, e o morrer como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e o êxito letal².

Tendo em vista o avanço da tecnologia, esse processo pode durar muitos anos, às vezes toda uma vida, como por exemplo, as crianças que nascem com fibrose cística. Essas pessoas experimentam uma fase em suas vidas denominada "o intervalo viver-morrer"³, isto é, desde o saber que vai morrer daquela doença até a chegada da morte, intervalo no qual se pode distinguir a fase aguda (tomada de conhecimento), a fase crônica (tratamento) e a fase terminal propriamente dita.

Nos últimos sessenta anos, com o progresso tecnológico e o advento das unidades de terapia intensiva (UTI) de todo o mundo, tornou-se factível estender a vida de pessoas portadoras de doenças fatais e/ou de prognóstico reservado. Mais recentemente, o conceito de restrição ou a remoção de medidas de suporte de

vida (MSV), que envolve: (a) ordem de não reanimar e (b) não-oferta e retirada de suporte vital, surgiu na prática médica com o objetivo de permitir a morte do paciente para o qual não há mais possibilidade de tratamento⁴. Assim, ganha relevância a medicina paliativa, no sentido de evitar um investimento desnecessário que prolonga a vida, muitas vezes, apenas dias ou meses, não altera a evolução da doença e, principalmente, pode ocasionar muito sofrimento.

A expressão "ordem de não reanimar" é vista, pelos médicos, como uma atitude intermediária entre um investimento enorme e a retirada de suportes de vida, esta última entendida mais como eutanásia.

Como mostra Ariès⁵, a forma tradicional de morrer, cercado por familiares e pessoas amigas e em casa, foi paulatinamente sendo substituída pela morte medicalizada, ocorrendo, na grande maioria das vezes em hospitais, solitariamente ou na presença de profissionais de saúde. Este fato implica repercussões importantes nestes profissionais:

"Dessa forma, os profissionais da saúde passaram a ser confrontados de forma mais constante com o sofrimento e com a morte. Nesse encontro repetitivo com a morte, esses profissionais estão sujeitos às angústias relacionadas ao sentimento de fragilidade da condição humana ou à lembrança de lutos passados. Para estes profissionais, a proximidade com a morte faz parte do seu trabalho cotidiano, fato que os leva a uma sobrecarga psíquica. Adiciona-se ao sofrimento relacionado com a morte, o sentimento de fracasso experimentado por aqueles que foram formados para lutar pela vida" (Moritz⁶ p.16-17).

Assim, pode-se inferir que não ressuscitar, não reanimar seria mais fácil para os profissionais do que agir mais ativamente, isto é, retirando suportes vitais. Se sob o ponto de vista ético e legal não há diferença nas formas de MSV, como declarado pelo Comitê de Ética da Sociedade Mundial de Terapia Intensiva, há que se ter uma razão pela opção da conduta passiva e não ativa, como pode ser observado a seguir:

"O Comitê de Ética da Society of Critical Care Medicine, em 1990, publicou uma compilação de idéias que poderiam servir de guia para a suspensão de determinados tipos de tratamentos. Foi avaliado que o posicionamento prévio do paciente seria fundamental, que a recusa de um tratamento seria mais fácil de ser realizada do que a suspensão do mesmo, que a recusa de um tratamento poderia ser avaliada perante um paciente com grave prognóstico, com perspectiva de qualidade de vida futura inadmissível para ele, ou quando o tratamento fosse considerado fútil. Foi destacada a importância da

comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e os seus familiares. A manutenção da administração de sedativos e de analgésicos seria aceitável mesmo que, como efeito colateral, levasse à depressão respiratória e indiretamente à parada cardiovascular. O médico não seria obrigado a prescrever um tratamento considerado fútil ou a manter internado na UTI o paciente submetido a esse tipo de tratamento" (Moritz⁶ p. 48).

Outros entendem que a realização de manobras de ressuscitação em pacientes terminais sem possibilidade de sobrevida é uma ação fútil, revestindo-se de uma verdadeira distanásia, mas é o certo a ser feito, já que as legislações vigentes não atentam para esse fato, e obrigam o médico a realizar todo o possível para o benefício do paciente. Este argumento é aquele utilizado para os médicos fazê-lo. Entretanto, o recurso da ressuscitação cardiopulmonar, em função de uma parada cardiopulmonar súbita, tem indicações.

"O atendimento cardíaco de emergência visa à restauração dos "corações bons demais para morrer" e não "os corações doentes demais para viver." A RCP deve evitar uma morte prematura, restabelecendo o processo da vida e não prolongar o processo da morte". (...) No paciente terminal, que está em processo de morte, a ressuscitação pode ser prejudicial, fútil e até cruel. (...) A conduta médica mais correta seria a de não reanimar pacientes terminais. Esta conduta é amparada moral e eticamente; apesar disso, não está ainda institucionalizada e não tem aceitação legal unânime e pacífica no Brasil" (Mano⁷ p. 2).

Em vários estudos e em reflexões e pesquisas acessados, verificamos ser comum afirmar-se que cabe aos profissionais de saúde curar, e que o sofrimento psíquico desses está intimamente relacionado ao sucesso ou fracasso nas suas intervenções^{6,8}. Não só os médicos lutam contra a morte ou a rechaçam: isto faz parte de cada um de nós, de forma muito particular e, para nenhum de nós é fácil acompanhar a morte de alguém, principalmente daqueles a quem nos afeiçoamos.

No entanto, se a única certeza da vida, como todos afirmam, é de que a morte é certa, por que postergá-la além dos limites? Por que é tão difícil não ressuscitar? Por que a ordem de não-ressuscitação não é decidida logo e implementada?

Esta expressão "não-ressuscitação" significa que alguém morreu e, apesar de se ter tecnologia para se fazer voltar à vida - ressuscitar - isso não será feito. De outro modo, pode-se dizer que "não ressuscitar" é assumir que o paciente irá morrer em curto espaço de tempo e, para não prolongar o sofrimento há um consenso de que não se deve ressuscitá-lo, tirá-lo da

morte, trazê-lo à vida. Se grifamos estas palavras é porque elas estão carregadas de significados. Ressuscitar significa: fazer voltar à vida; reviver, ressurgir, tornar a viver, escapar de grande perigo⁹ outra expressão que nos parece menos carregada de simbolismos é a da "não-reanimação". Reanimar quer dizer: dar novo ânimo; restituir a vida; restituir o uso dos sentidos, o movimento e o vigor⁹.

Falar, assim, sobre a não-ressuscitação é dizer da morte. Da morte podemos dizer que falar sobre ela pode ajudar a elaborar aquilo que, entre outras coisas, nos distingue dos animais - sabermos que a vida tem um fim. Esta noção da finitude humana, entretanto, não pode ser vivida diariamente, não se pode pensar nela o tempo todo porque senão a vida perde o sentido. Se vamos morrer a qualquer hora, para que viver sempre como Sísifo, carregando pedra morro acima para, no final, ver a pedra descer e tudo recomeçar? Ou como magistralmente escreve Shakespeare, em Macbeth, ato 5, cena 5, linhas 22-31:

*(...) Amanhã, e amanhã, e amanhã
Arrasta-se neste passo sorrateiro dia após dia
Até a última sílaba de tempo,
E todos os nossos dias passaram-se tolos
Caminho direto para a morte sombria. Fora, fora breve vela!*

A vida não é mais do que uma sombra errante, um pobre jogador

Que caminha e incomoda durante seus momentos sobre o tabuleiro

*E então dele nada mais se ouve. É um conto
Contado por um idiota, cheio de barulho e fúria,
Significando nada. (...)*

O ser humano lança mão, assim, de uma série de defesas psicológicas. Como o homem lida com a morte? Quais mecanismos psíquicos são acionados quando se se defronta com ela? Muitos autores afirmam que se fala, se escreve ou se pesquisa pouco sobre a morte. Talvez ignorem que a psicanálise sobre ela se debruçou desde Freud, assim como os filósofos que a tiveram sempre como questão. Em outros campos de saberes, a partir da década de 1970, começa a surgir vasta literatura sobre o assunto. A partir da emergência da bioética, o assunto passa a ser discutido abertamente e não de forma velada. A morte não é de domínio de nenhuma ciência ou campo disciplinar, não pertence a ninguém específico porque pertence a todos, ela perpassa a história da humanidade por ser um problema essencialmente humano.

Um dos mais famosos estudiosos da morte - Ariès⁵ -

, afirma que a forma como se entende a morte varia de acordo com o contexto histórico e a cultura, isto é, ela é socialmente construída.

Para a psicanálise, o "*tema da morte / finitude inscreve-se de ponta a ponta na obra freudiana, sendo difícil delimitá-lo (basta pensar no complexo de castração como uma encruzilhada na qual a ilusão de completude é posta radicalmente em xeque, conduzindo o sujeito - na melhor das hipóteses - à aceitação de sua condição incompleta, imperfeita e finita)*" (Loureiro¹⁰ p. 7).

A partir desta constatação, traremos alguns trechos da obra de Freud que falam mais de perto sobre esta temática. O significado da morte e da finitude humana estão bem retratados num escrito de 1915¹¹, denominado Considerações atuais sobre a guerra e a morte, principalmente na sua segunda parte: "*Nossa atitude diante da morte*". Este texto é, talvez, onde Freud mais explora o tema da morte; apontando novamente para o hiato existente entre o conteúdo consciente e o inconsciente provoca, no mínimo, uma atitude frente à morte de "flagrante insinceridade"¹⁰. Como Loureiro afirma: de forma consciente nós a consideramos "natural" e inevitável, no entanto, "acrescenta Freud com ironia, os seres humanos mostram 'patente inclinação para prescindir da morte'. O que ocorre é que, no inconsciente, tudo se passa de outro modo:

"A própria morte é, evidentemente, inimaginável (...). Assim, a escola psicanalítica pôde arriscar a afirmação de que, no fundo, ninguém crê na própria morte ou, o que é o mesmo, que no inconsciente todos nós estamos convencidos de nossa imortalidade" (Loureiro¹⁰ p. 8).

Outro texto traduzido de Freud - O Estranho - de 1919¹², também retorna ao assunto sob outra perspectiva. Nesta obra são levantados alguns exemplos, de estranhamento, que afligem quotidianamente as pessoas, revelando as origens desse sentimento. Há coisas que assustam e nos causam estranheza, mas isso não tem a ver com o evento em si, mas com a realidade interna, algo reprimido que retorna. Neste sentido, o estranho não seria algo novo, mas familiar, que habita há muito na mente, mantido alienado pela repressão. Dentre os exemplos levantados por Freud, há algo, até hoje, que mudou bem pouco, continuando preservado em nosso inconsciente, de forma levemente disfarçada: a relação de nossas idéias e sentimentos com a morte. Duas coisas podem ser ditas para tal conservadorismo, sendo a primeira "*a força da nossa reação emocional original à morte e a insuficiência do nosso conhecimento científico a respeito dela. A biologia ainda não conseguiu responder se a morte é o destino inevitável de todo ser vivo*

*ou se é apenas um evento regular, mas ainda assim talvez evitável, da vida"; a segunda é que "nenhum ser humano realmente a compreende, e o nosso inconsciente tem tão pouco uso hoje, como sempre teve, para a idéia da sua própria mortalidade (...). Uma vez que quase todos nós ainda pensamos como selvagens a respeito desse tópico, não é motivo para surpresa o fato de que o primitivo medo da morte é ainda tão intenso dentro de nós e está sempre pronto a vir à superfície por qualquer provocação"*¹² (p. 301-302).

Freud escreveu esse texto em 1919 e, de lá para cá, as descobertas da biologia molecular e o avanço das neurociências vêm mudando a relação do humano com a morte. A credibilidade no progresso científico é de tal monta que, quem pode, está "comprando a eternidade", ao pagarem para serem mantidos congelados até poderem ser "acordados" de sua morte pelas descobertas que advirão. A imortalidade está perto, crêem alguns, não poucos, e podemos falar assim de um gradual, mas forte, distanciamento da morte ou, em outras palavras, uma negação intensificada da mesma. Entendemos que essa negação da morte, levada a efeito na contemporaneidade, é o principal motor para a emergência do temor, muitas vezes chegando a uma paranóia, que ronda todo o progresso técnico ligado a ela, tais como: a eutanásia, a reprodução assistida, a clonagem.

O reflexo disso no nosso cotidiano é que se tem a tendência de lidar com a morte como se fosse um azar / acaso, e não uma injunção / necessidade. Em 1920, em Além do princípio do prazer, Freud¹³ propõe a idéia de que os seres vivos morrem devido a causas internas, porque o processo de morte ocorre a partir de "dentro" e é inexorável. No entanto, diz Loureiro¹⁰ (p. 8): "*tanto quanto possível, evitamos encarar o lento progresso dessa corrosão interna, espantando-nos - ou fingindo nos espantar - com a morte "contingente", provocada por algum evento "externo" e "evitável"*", isto é, o acidente, a doença, o homicídio.

Freud¹⁴ postula uma nova conduta frente à morte já que pouco muda em relação aos homens ditos primitivos, isto é, negamos a nossa mortalidade, só acreditamos na morte do outro e portamos uma ambivalência em relação à morte de pessoas que amamos, pois, ao mesmo tempo que sofremos porque a pessoa querida leva consigo parte de cada um, sentimos alívio, porque os afetos nos sobrecarregam e porque eles, no nosso inconsciente, portam algo de estranho.

Surge aí a ambivalência, que são sentimentos simultâneos de amor e ódio, e estão presentes em todos os relacionamentos humanos. Nestes relacionamentos,

o desejo de ferir o outro é freqüente, e a morte desta pessoa pode ser conscientemente desejada. Por isso, muitas vezes, quando o outro morre, a pessoa que assim o desejou pode ficar com um sentimento de culpa difícil de suportar e, para amenizar esta culpa, permanece em um luto intenso e prolongado.

Finalmente, Freud questiona se não seria melhor para o ser humano assumir a morte do que despendere um esforço enorme para mantê-la reprimida. E, neste ponto aparece um dos principais fundamentos da ética de Freud: *"tolerar a vida continua a ser, afinal de contas, o primeiro dever de todos os viventes. A ilusão perderá todo o seu valor, se tornar isso mais difícil para nós" ou como disse em outras palavras: "Se queres suportar a vida, prepara-te para a morte"*¹¹ (p. 339).

Voltando agora o nosso olhar para a equipe médica encarregada de doentes terminais, percebe-se, na maioria das vezes, que seus componentes não conseguem elaborar a possível morte ou a morte concreta de seus pacientes. No geral, os profissionais de saúde, como todos nós, são despreparados para lidar com a morte, não conseguindo aceitá-la como algo que faz parte da vida.

A equipe médica vivencia a morte de um paciente não somente como um fracasso, mas com ambivalência: dor pela morte, por não ter conseguido evitar e culpa por não ter conseguido salvar e por desejar, no fundo, a morte do paciente que lhe dá tanto trabalho e não lhe responde, como se a culpa fosse do doente. É muito comum ouvirmos a expressão de que fulano fez um câncer e que deve lutar para vencê-lo, como se dependesse da vontade do doente.

No atendimento ao doente terminal, Kübler-Ross¹⁵ aborda a importância do acolhimento ao paciente por parte do médico e como dizer a verdade, desse modo ficando próximo à sua dor, colocando-se no lugar do paciente para compreender o seu sofrimento. Segundo a autora essa seria a atitude correta, pois ele estaria se colocando à disposição para ajudar o outro em sua última jornada. Fazemos reparos a esta afirmação. É muito fácil para aqueles de nós que não têm contato diário com a morte ou que não são responsáveis diretos por ela, prescrever aos médicos que acolham, que se identifiquem com a dor, o sofrimento e a morte alheios, esquecendo-se de que os profissionais de saúde são também seres humanos, que não detêm superpoderes para lidar com a morte melhor do que nós. E mais: a morte ocorre a todo o momento.

A morte do outro nos deixa tristes, desamparados porque ela nos remete à morte de nós mesmos, e isto é insuportável. *"O luto, de modo geral, é a reação à perda*

de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante" (Freud¹⁴ p. 275). O luto normal é um processo longo e doloroso, que acaba por resolver-se por si só, quando o enlutado encontra objetos de substituição para o que foi perdido.

Existe um período considerado necessário para a pessoa enlutada passar pela experiência da perda. Esse período não pode ser artificialmente prolongado ou reduzido, uma vez que o luto demanda tempo e energia para ser elaborado. Os profissionais de saúde não podem se permitir este luto/luxo. Como parar e fazer luto a cada dia pelos pacientes nos quais investiram tanto e que, apesar disso, se recusam a viver? Normalmente, não é uma pessoa amada e sim um estranho familiar, investido profissionalmente. É difícil não ressuscitar, senão a culpa é imensa. A luta vai até a falência múltipla de órgãos. Se for preciso o paciente é ressuscitado várias e várias vezes até que todo o sistema entre em colapso. Só aí o médico se dá por vencido. A frustração é inevitável, dúvidas surgem se deveria ter prolongado o sofrimento, mas a culpa ele não deve carregar ou deve diminuí-la. A ambivalência de sentimentos que carregamos frente à pessoa amada que morre, também está presente no médico. Por um lado impotência, sentimento de perda e por outro, alívio, acabou o fardo. Entretanto, é bom lembrar que:

"Necessitamos de uma ciência coerente da morte, pois se o cuidado com o paciente terminal é difícil e desgastante, mais difícil e desgastante se torna, se para aplacar a ansiedade recorreremos à negação e falácias. Apesar da nossa tendência para sofismar e negar podemos aperfeiçoar nossos métodos para lidar com a terminalidade. Podemos mesmo tornar capazes de ajudar a tornar a morte mais aceitável e apropriada" (Torres¹⁶ p.10).

Ou ainda:

"O sentimento de fracasso, tristeza e culpa frente a um paciente terminal pode ser transformado, se a perspectiva de que a morte como inimigo a combater for modificada pela compreensão de que a morte é parte da vida" (Torres¹⁶ p. 25).

Finalizando, deixamos aqui uma provocação: se os médicos não lutassem contra a anankê (necessidade), isto é, contra a morte, a medicina teria evoluído tanto? Será que não continuaríamos vivendo apenas 40 anos como no início do século XX?

REFERÊNCIAS

1. Alves R. Sobre a morte e o morrer. [consulta eletrônica]. [acesso em 15 fev 2006]. Disponível em: <http://

- www.releituras.com/rubemalves_menu.asp
2. Lovisolo E. Dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Larousse; 1993:460.
 3. Py L, Oliveira AC. Cena da morte, transbordamento de vida: humanizando o adeus final. [consulta eletrônica]. [acesso em 19 maio 2006]. Disponível em: <http://www.ess.ufrj.br/nucleos/nucl_tanato1.htm>
 4. Garros D. A "good" death in a pediatric ICU: is it possible? *J Pediatr*. 2003;79 (suppl 2):S243-S54.
 5. Ariès P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro; 1986.
 6. Moritz RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
 7. Mano R. Diagnóstico da morte. Quando parar a RCP e quando não tentar? In: *Manuais de Cardiologia*. [consulta eletrônica]. [acesso em 15 fev 2006]. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/MS/MS_Page357.htm>
 8. Silva MHF. Lidando com a morte: a especificidade do sofrimento do profissional da saúde no contexto hospitalar. *Rev Psicologia Argumento*. 1995;13(16):95-119.
 9. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1976.
 10. Loureiro I. O carvalho e o pinheiro: sobre as concepções de morte em Freud e no Romantismo. [consulta eletrônica]. [acesso em 20 ago 2005]. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs27/27Ines.htm>>
 11. Freud S. Reflexões para os tempos de guerra e morte. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1915.
 12. Freud S. O estranho. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago; 1919.
 13. Freud S. Além do princípio do prazer. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago; 1920.
 14. Freud S. Luto e melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1915-1917.
 15. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 8a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
 16. Torres W. O conceito de morte na criança. *Arq Bras Psicol*. 1979;31:9-34.