

SAÚDE MENTAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE CENTRO CIRÚRGICO FRENTE À MORTE

MENTAL HEALTH OF NURSING SURGICAL CENTER TEAM FACE TO DEATH

SALUD MENTAL DEL EQUIPO DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE CIRUGÍA DE CARA CON LA MUERTE

SEMENIUK, Anna Paula; DURMAN, Solânia; MATOS, Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo.

RESUMO: Uma das causas do sofrimento emocional do trabalhador da área da saúde é o eminente risco de morte de pacientes, presente no cotidiano dos profissionais. Desta forma, o objetivo do estudo foi investigar os sentimentos dos profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico de um hospital escola do oeste do Paraná, frente à morte de pacientes. Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter qualitativo, por meio da técnica de análise conteúdo de Minayo. A coleta de dados ocorreu em junho de 2010 por meio de um questionário aberto. A amostra do estudo foi composta por 15 profissionais: três enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e três auxiliares de enfermagem. As respostas foram agrupadas seis categorias: Faixa etária do paciente, Motivo da cirurgia, Família, Calosidade profissional e impactos do trabalho na vida pessoal, Papeis dentro da equipe e Impactos da morte. Os resultados revelam sofrimento psíquico velado sobre o assunto “perda por morte”. Esta forma de proteção sugere que a equipe de enfermagem enfrenta dificuldades para administrar as sensações vivenciadas neste ambiente. Percebe-se a diferenciação no manejo dos sentimentos de acordo com a faixa etária do paciente em óbito. De forma geral, os participantes negam a necessidade de suporte psicológico.

Palavras-chave: Enfermagem. Enfermagem perioperatória. Estresse psicológico. Morte.

ABSTRACT: One of the causes of health workers emotional suffering is the imminent patients' risk of death present in everyday life. The aim of this study was to investigate the feelings of the Nursing Surgical Center staff of a teaching hospital in western Paraná, facing to the patients' death. This is a field research, qualitative in nature. Data collection occurred in June 2010 through an open questionnaire. The study sample consisted of three nurses, nine technicians and three nursing assistants. The results reveal hidden psychic suffering on the subject “Loss By Death.” This form of protection suggests that the nursing staff struggles to manage the sensations experienced in this environment. It's possible to notice the difference in feeling management according to the age of patient death. In general, participants deny the necessity of psychological support.

Key words: Nursing. Perioperative nursing. Stress, psychological. Death.

RESUMEN: Una de las causas del sufrimiento emocional del trabajador en la area de salud es el riesgo inminente de muerte de los pacientes en la vida cotidiana. El objetivo de este estudio fue investigar los sentimientos del personal de enfermería del Centro de Cirugía de un hospital universitario en el oeste de Paraná frente a la muerte de los pacientes. Se trata de una investigación de campo, de carácter cualita-

tivo. Los datos fueron recolectados en Junio de 2010 a través de un cuestionario abierto. La muestra del estudio estaba formado por tres enfermeros, nueve técnicos y tres auxiliares de enfermería. Los resultados revelan la angustia psicológica oculta sobre el tema “el duelo”. Esta forma de protección indica que el personal de enfermería tiene luchado para manejar las sensaciones experimentadas en este entorno. Podemos ver la diferencia en el manejo de los sentimientos de acuerdo a la edad de la muerte del paciente. Casi todos los participantes se niegan a la necesidad de apoyo psicológico.

Palabras clave: Enfermería. Enfermería Perioperatória. Estrés psicológico. Muerte.

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem que trabalha em Centro Cirúrgico (CC) presta cuidados tanto fisiológicos quanto emocionais aos pacientes cirúrgicos. Desde a admissão do paciente no bloco cirúrgico até a sua alta dessa unidade, a equipe de enfermagem atua diminuindo ansiedades, esclarecendo dúvidas e amenizando medos (do desconhecido, do ambiente, da própria cirurgia, de seu resultado, da anestesia, das alterações da imagem corporal, da morte)¹.

Da mesma forma, o estresse gerado pelo trabalho no bloco cirúrgico afeta fisicamente e emocionalmente o trabalhador da área da saúde, interferindo nas suas relações de trabalho e no seu desempenho. Um dos principais motivos de sofrimento emocional do trabalhador da saúde é o eminente risco de morte presente no cotidiano de trabalho. Tais profissionais despendem muita energia para equilibrar seus sentimentos, pensamentos e comportamentos².

Por mais que o trabalho seja feito com o máximo de empenho, que seja prestado o melhor cuidado ao paciente, utilizado os melhores materiais e equipamentos, acontecimentos como a morte muitas vezes não podem ser evitados e o modo como o

profissional enfermeiro e sua equipe encaram o processo de morte/morrer, influencia no seu trabalho. Estudiosos sobre o assunto³⁻⁴ consideram que a forma como o indivíduo vivencia ou realiza o seu trabalho é potencializadora da sua saúde ou da sua doença. Assim sendo, ao ser responsável por cuidar integralmente do paciente, o profissional necessita estar bem, para que possa trabalhar bem.

O interesse em identificar a forma com que a equipe de enfermagem que atua no CC lida com seus sentimentos frente à morte de pacientes motivou o desenvolvimento do presente estudo.

OBJETIVO

- Investigar os sentimentos dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico de um hospital escola do oeste do Paraná frente à morte de pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com análise qualitativa dos dados, realizada no Centro Cirúrgico (CC) de um hospital escola da região oeste do Paraná, que é campo de aulas práticas supervisionadas (APS) e estágio curricular do curso de graduação em enfermagem. A população de estudo foi composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalhavam no CC nos turnos da manhã, tarde e noite.

Esta pesquisa seguiu todos os passos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, sendo apreciada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, obtendo parecer favorável nº 551/2009.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de junho de 2010, por meio de questionário aberto. O contato da pesquisadora com os participantes ocor-

reu no próprio turno de trabalho, individualmente ou em pequenos grupos, no qual foram apresentados os objetivos da pesquisa, foram lidas as questões norteadoras e garantido o anonimato dos sujeitos do estudo. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam o questionário de coleta de dados. Foi realizado um acordo entre as partes que os questionários deveriam ser preenchidos e devolvidos para as pesquisadoras em um prazo de 24 horas.

Foram retirados os núcleos de conteúdo de cada resposta e os mesmos foram agrupados em categorias⁵. O objetivo da análise dos dados foi retirar a ideia central do exposto e “dialogar” a partir delas. A interpretação dos dados obtidos foi feita com base na leitura do conteúdo dos questionários respondidos, na leitura do material teórico pesquisado e na troca de experiências com profissionais da área.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 15 profissionais da equipe de enfermagem, sendo três enfermeiros, nove técnicos e três auxiliares de enfermagem. A totalidade da amostra foi composta por profissionais do sexo feminino, com idades entre 25 e 53 anos. Os respondentes foram identificados como Q1, Q2, Q3, e assim sucessivamente, até Q15. Para análise dos dados coletados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Minayo⁶. Os dados foram categorizados de acordo com seus núcleos de conteúdo. No total foram agrupadas seis categorias de respostas, a saber: Faixa etária do paciente, Motivo da cirurgia, Família, Calosidade profissional e impactos do trabalho na vida pessoal, Papeis dentro da equipe e Impactos da morte.

1. Faixa etária do paciente

Trabalhar com sofrimento alheio requer identificar-

se com momentos de sua própria vida, momentos pessoais e experiências de sofrimento. Trabalhar com saúde, doença e morte implica em identificar-se com quem sofre e compartilhar desse sofrimento⁷.

Durante a análise da coleta de dados observou-se que os profissionais da equipe de enfermagem mostram respeito aos pacientes que vão a óbito no ambiente de CC, mas se mostram mais sensibilizados quando se trata de óbito infantil.

Tal fato pode ser observado nas seguintes falas:

- *“O óbito de uma criança me deixa chocada, extremamente triste, pois é difícil aceitar esse óbito como processo natural” [...] (Q3).*
- *“Quando se trata de crianças ou mãe com filhos ainda novos (jovens)” (Q9).*
- *“Quando é criança fico mais abalada” (Q11).*
- *“Inicialmente analisamos a causa da morte, mas se for criança, ficamos ainda mais aborrecidos” (Q12).*
- *“Quando uma criança morre fico muito chocada” (Q14).*

A morte na infância é revestida de especial sensibilização. O trato com a morte de uma criança é fonte de angústia diferenciada para a equipe, que vive a dor da perda de maneira exacerbada. A morte infantil é considerada como morte precoce. O entendimento da sociedade é de que a morte é aceitável somente nos casos de velhice, quando o sujeito já produziu o esperado durante sua trajetória de vida. Tal entendimento está baseado na ideologia de que a infância é idade passageira e que o objetivo da criança é ser adulto⁸.

De forma diferenciada da morte infantil, a morte na velhice é vista pelos participantes desta pesquisa como um alívio para o sujeito, com menor impacto sobre suas emoções, como se pode perceber nos seguintes relatos:

- *“Se é paciente idoso com várias sequelas, vejo como um descanso” (Q9).*

- *“A morte de um paciente idoso vivencio/considero como um processo natural” [...] (Q3)”*.

No entanto, pôde-se perceber que em ambos os casos (crianças e idosos), os aspectos relacionados à morte do paciente em CC não são trabalhados, digeridos ou socializados.

2. Motivo da cirurgia

O tema morte-morrer é pauta quase que diária na grande maioria dos meios de comunicação. A morte é objeto de audiência, especialmente quando se trata de mortes traumáticas, envolvendo assassinatos, catástrofes, acidentes naturais, automobilísticos e de aviões. Entretanto, essas mortes não representam nem 15% da totalidade dos óbitos⁹, o que significa que grande parte dos óbitos se dá por razões de adoecimento, envelhecimento, má formação, problemas durante o nascimento, entre outros.

Observou-se sofrimento psíquico dos profissionais pesquisados relacionado à morte de pacientes cirúrgicos vítimas de traumas graves ou de acidentes. Esta situação pode ser explicada pela imprevisibilidade com que tais infortúnios acontecem e pela falta de tempo hábil para poder socorrê-los. Os seguintes relatos evidenciam esses achados:

- *“Fico abalada quando a morte é muito trágica (acidente)” (Q5).*
- *“É pior quando o paciente é jovem e quando morre de um acidente, pois havia muitas coisas a serem vivenciadas ainda” (Q15).*
- *“É considerado um momento chocante (a morte do outro), principalmente quando não há tempo para fazer algo para salvá-lo [...]” (Q15).*

Assim como as doenças obscuras, de difícil diagnóstico ou de difícil tratamento⁷, as situações de morte traumática despertam no profissional de saúde sentimentos de ignorância, incerteza e impotência.

3. Família

Em seu trabalho, Carvalho¹⁰ descreve o significado de família para a contemporaneidade. O autor coloca que a importância da família para um indivíduo está na segurança da “maximização dos rendimentos, apoios, afetos e relações para obter emprego, moradia, saúde” [...] ¹⁰. A família se remete ao que somos; é uma realidade muito próxima, como uma identidade pessoal.

Observa-se nos depoimentos a seguir, a sensibilização dos profissionais pesquisados com as famílias dos pacientes que faleceram:

- *“Com pesar, sinto a perda, é uma vida, a pessoa tem família, tem filho, tem pai, mãe. Penso na dor dessas pessoas” (Q5).*
- *“No caso de acidente de trânsito, é uma coisa que ninguém espera, fico imaginando o sofrimento da família” [...] (Q10).*
- *“Imagino que se fosse alguém da minha família, é um choque [...]” (Q10).*
- *“Muitas vezes tenho que comunicar sobre o óbito. Não é fácil lidar com a dor da família” (Q9).*
- *“Quanto à forma que cada indivíduo vivencia a morte, a enfermeira não pode interferir, pois é um processo individual, mas é função do enfermeiro prestar apoio à família e realizar atendimento com respeito à dignidade da pessoa, mesmo após o óbito” (Q3).*
- *“Manter a ética profissional, dando ao corpo e aos familiares os cuidados e as informações necessárias” (Q15).*

Observou-se que os trabalhadores pesquisados consideram a dor da família e a reconhecem como uma instituição importante para o paciente, mas, pela particularidade do setor em que atuam, suas ações não vão além do comunicado do óbito aos familiares. Considera-se que a crescente evolução do conhecimento existente na área de enfermagem da família ainda não tem resultado em sua aplica-

ção na mesma intensidade na prática¹¹. Assim sendo, sensibilizar-se não é apenas pensar na família e perceber sua dor, é prestar apoio, especialmente em situações de doença e de morte¹¹.

A morte pode tanto fragilizar a família como fortalecê-la. O evento da morte pode aproximar as pessoas, estreitar laços, proporcionar junção familiar, conforto, calor humano e, de certa forma, minimizar o sofrimento¹⁰. Em se tratando da morte do outro, a equipe de enfermagem começa a aprender que prestar assistência é muito mais do que curar; é cuidar, mesmo que tais cuidados não objetivem a cura ou não levem a ela¹².

4. Calosidade profissional e impactos do trabalho na vida pessoal

A sociedade lida com a morte por meio da tentativa de excluí-la do seu cotidiano. Essa estratégia também se repete no trabalho dos profissionais da área da saúde. Uma vez negada a morte pela sociedade, esta também é recusada pelo profissional, suggestionando o indivíduo a negar a finitude humana. Consequência deste fato é a angústia, a fobia e o tabu em torno do processo morte-morrer¹³.

A exclusão das emoções, muitas vezes é transformada, por meio da racionalização, em técnica científica, aparentemente necessária ao bom desempenho do trabalho¹³. Essa indiferença do profissional em lidar com a morte de um paciente, consiste em um mecanismo inconsciente de defesa. A melhor forma de lidar com este tipo de emoção é a elaboração do problema e não a repressão ou a negação acerca do problema¹³.

Verifica-se que os profissionais pesquisados acreditam lidar bem com o “óbito de pacientes”. No entanto, a negação do problema fica evidente em suas respostas:

- *“É importante não pensar no que aconteceu, na fa-*

mília do paciente, na sua história de vida” [...] (Q1).

- *“É um fato triste, apesar de natural. Para mim não é normal, porém sinto e vivencio desta maneira, no meu íntimo, mantendo-me dentro desta postura profissional” [...] (Q1).*

- *“Procuro não envolver o lado emocional de forma a não atrapalhar o meu trabalho” [...] (Q1).*

- *“Procuro separar o profissional do pessoal. Faço tudo pelo paciente, se ele vier a morrer, sinto muito, mas sei que fiz o que pude fazer” (Q5).*

Nota-se que os trabalhadores pesquisados tendem a buscar a separação do profissional e do humano, de forma a não encarar a realidade que se apresenta. Cumprem seu papel e as atividades que lhes são designadas, buscando não se emocionar com os casos, não compartilhando com os colegas seus sentimentos ou até mesmo não assumindo o impacto da morte em sua vida profissional e pessoal.

A linguagem hospitalar é citada como denunciante da negativa à morte¹⁴. Há uma tendência de se considerar que no hospital os pacientes não morrem, expiram; os pacientes não morrem na sala de operação, perdem-se na mesa¹⁴. Vivemos em uma sociedade em que o pertencer a uma profissão é associado ao comportamento profissional. Ou seja, demonstrar emoções, sentimentos particulares ou lágrimas ainda são tabus em muitas situações. Preocupações genuínas não devem ser mostradas e isso, especificamente no CC, pode ser conseguido com o uso da máscara, de modo que não se expresse as preocupações.

Fica clara a necessidade de suporte ou ajuda psicológica aos profissionais da saúde, em razão da complexidade da relação cuidado-cuidador. Os eventos estressantes aumentam a sensibilidade geral às doenças e os suportes sociais são capazes de moderar seus efeitos⁷.

Ensina-se e aprende-se a trabalhar com a dor, as

angústias, os medos e a desestruturação emocional, sem se relacionar com a pessoa, a personalidade, a história de vida e as crenças¹⁵.

Tanto as tristezas como as alegrias, ao longo de tratamentos exaustivos, cirurgias complicadas e diagnósticos, só são permitidas para os familiares e para o próprio paciente, nunca ao profissional cuidador. Não há como esperar que o profissional da saúde partilhe da dor do paciente, tampouco que ele possa sofrer em sua vida pessoal com as angústias e o desespero dos pacientes e de seus familiares.

“Agimos como se não fôssemos pessoas a tratar de outras pessoas. Assumimos uma postura técnica que simplesmente nos transforma em inumanos, sem a menor emoção com o que quer que seja”¹⁵.

5. Papeis dentro da equipe

Os hospitais são instituições comprometidas com o processo de cura, sendo os pacientes à beira da morte, uma ameaça a essa função. Os profissionais têm normas e rotinas a cumprir, protocolos e burocracias que os ocupam o suficiente para que não tenham tempo de processar a morte dos que estão sob seus cuidados. Não há lugar nas funções desses profissionais para que se comportem como seres humanos que são. O CC é parte integrante do ambiente hospitalar, porém seu funcionamento, suas normas e rotinas, suas particularidades (ambiente restrito, fechado, com pouco contato com as demais áreas de internação) influenciam comportamentos, pensamentos e sentimentos dos profissionais que ali atuam.

Os relatos a seguir evidenciam a preocupação da equipe pesquisada com a execução das rotinas do setor e com a agilidade para executá-las:

- “Quanto ao meu trabalho, devo realizar o que foi solicitado pelo médico, supervisor de enfermagem e agir de acordo com a rotina da instituição” (Q1).

- “Devo fazer minha função com cuidado, o mais ágil possível, alcançando o que é pedido e administrando os medicamentos solicitados” (Q2).

- “Direcionar a parte burocrática do óbito e orientar a equipe quanto às condutas” (Q4).

- “Prestar assistência direta ao paciente, auxiliar na ressuscitação, administrar medicamentos” [...] (Q5).

- “Retirar cateteres, sondas, etc., identificar e encaminhar ao necrotério” (Q10).

- “Prestar cuidado com o corpo pós-morte com o respeito que é devido” (Q12).

Protocolos e normas são recursos necessários para o bom andamento do setor e para o direcionamento do cuidado a ser prestado. No entanto, a exigência do seu cumprimento acaba valorizando o trabalho tecnicista, em detrimento da assistência holística e humanizada, que resulta no não envolvimento emocional da equipe de enfermagem no processo de morte-morrer dos pacientes sob seus cuidados.

6. Impactos da morte

Diante da possibilidade da morte daqueles que compartilham a nossa intimidade, o amor toma proporções incríveis. Esse amor se apresentará para tentar concretizar sonhos ainda não realizados, melhorar a pessoa que somos⁹. A chegada da morte invade e desrespeita todas as regras impostas, independente de quais sejam e por quem tenham sido criadas. Assim também, os profissionais da saúde são tomados pela impossibilidade de permanecerem “imparciais, insensíveis ou arredios diante dessa profunda reflexão que a morte nos concita”⁹.

Identificou-se nesta pesquisa, respostas que corroboram com a visão de que a morte pode se tornar um aprendizado para os que ficam, e dela conseguem retirar sentimentos proveitosos ao crescimento humano. Baseando-se nesta experiência íntima de cada um, foi possível observar a valorização de aspectos notáveis não percebidos anteriormente:

- *“Na maioria das vezes o impacto (da morte) é positivo, tornando-nos mais humanos e passamos a valorizar mais a saúde, a família, as pequenas coisas; é uma profissão de doação e de amor o ser humano” (Q1).*
- *“De acordo com os fatos ocorridos no nosso dia a dia, nos tornamos mais sensíveis e passamos a valorizar mais nossos familiares e a nos cuidar melhor” (Q3).*
- *“Só aí, percebemos que temos tudo” (Q8).*
- *“É um acontecimento que nos pega de surpresa, fazendo-nos refletir sobre a vida, sobre a existência” [...] (Q14).*

Mesmo compreendendo a finitude da vida, aceitar a morte não é tarefa fácil. Quando se passa a olhar a morte diferentemente do rotineiro, verifica-se que ela é responsável por modificações no ser humano. Talvez a morte nos lembre que nosso tempo é limitado e que é melhor realizarmos nossos objetivos aqui na Terra antes que este tempo se esgote¹⁴.

Por mais que o contato constante com a morte traga más lembranças, sentimentos de impotência ou até mesmo ausência de sentimento, é preciso compreender que a evolução humana se baseia nas perdas, nas reconstruções, nas mudanças de comportamentos e nos hábitos de vida. Com estas experiências, é possível aproveitar cada dia como se fosse único, aprendendo a perdoar, a tratar o outro como gostaria de ser tratado e a não transformar desafios em problemas intermináveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do estudo evidenciam o despreparo da equipe de enfermagem pesquisada em lidar com a morte de pacientes ocorrida durante o período em que se encontram na unidade de Centro Cirúrgico (CC). Esse despreparo pode ser fruto da própria formação acadêmica, cuja abordagem é voltada para a doença e para a cura, e não para a morte. Ob-

serva-se que desde os primeiros anos de estudo, incentiva-se a ausência de sentimentalismos e expressões emotivas, o que gera postura basicamente biológica e pessoal.

É fundamental a existência de temas referentes a relacionamento interpessoal, qualidade de vida e cuidados com o cuidador nos currículos regulares. Da mesma forma, é necessário introduzir, nas instituições de ensino e nas instituições assistenciais, um serviço de apoio psicológico ao aluno e aos colaboradores, para que todos possam encontrar espaço diferenciado para a discussão de seus conflitos, dificuldades, vivências e dilemas no decorrer de sua formação e/ou de seu trabalho. A existência de serviços de consultoria e de apoio psicológico dentro dos hospitais seria uma importante ferramenta para auxiliar a equipe a lidar com seus processos emocionais dentro das relações de trabalho com pacientes, familiares e demais colegas¹⁵.

A análise dos dados obtidos no presente estudo revela que os profissionais de enfermagem pesquisados ficam mais sensibilizados quando o paciente que entra em óbito é uma criança ou quando o óbito é decorrente de causas trágicas. Os profissionais demonstraram considerar a dor e o sofrimento dos familiares, no entanto, reconhecem que suas ações são limitadas. Os profissionais pesquisados tratam a finitude de forma velada, não elaborando o processo de morte vivenciado.

O seguimento dos protocolos e normas favorece o trabalho tecnicista e o não envolvimento emocional da equipe de enfermagem no processo de morrer dos pacientes sob seus cuidados. Os profissionais pesquisados apontam que o fenômeno da morte pode operar modificações positivas nos indivíduos envolvidos nesse processo, tanto nos familiares, quanto nos cuidadores.

Mesmo não constatando sofrimento psíquico expli-

cito nas respostas dos participantes frente ao processo de morte dos pacientes sob seus cuidados, há evidências que apontam sofrimento velado.

A maioria dos entrevistados busca não interiorizar o referido evento como meio, talvez, por proteção. Dessa forma, acabam ocultando suas reações de si mesmos, dos colegas de trabalho e dos familiares. Tal atitude indica que os profissionais pesquisados apresentam dificuldades em administrar suas emoções frente à morte de pacientes e, mesmo assim, quase a totalidade dos membros da equipe de enfermagem negou a necessidade de ajuda ou de suporte psicológico.

Diante dos resultados encontrados, levantamos os seguintes questionamentos para reflexão: Que tipo de sentimento se espera de uma equipe saudável no contexto do processo de morte-morrer? Qual é o princípio de normalidade para esses profissionais? Existe reação ideal?

REFERÊNCIAS

1. Cruz EA. Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado. *Rev Eletrôn Enferm* [Internet]. 2002. [acesso 2009 mar 19];4(1):[aproximadamente 7p]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_1/centro.html
2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
3. Cruz EBS. Estudo sobre a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem: perspectivas para vigilância epidemiológica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
4. Boemer M, Rossi LRG, Nastari RR. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva – análise de depoimentos. In: Cassorla RMS. Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus; 1991. p.145-57.
5. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p.67-80.
6. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
7. Campos EP. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
8. Hoffmann L. A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 1993 jul-set. [acesso 2010 jul 10]; 9(3): 364-74. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v9n3/23.pdf>
9. Santos FS. Tanatologia: a ciência da educação para a vida. In: Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Comenius; 2009. p.13-48.
10. Carvalho MCB. A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez; 2005. O lugar da família na política social; p.14 -22.
11. Angelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Rev Fam Saúde Desenvol*. 1999;1(1):7-14.
12. Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar: a necessidade de enxergar a família. *Rev Fam Saúde Desenvol*. 1999;1(1):21-6.
13. Quintana AM. Morte e formação médica: é possível a humanização? In: Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. 2ª ed. Bragança Paulista: Comenius; 2009. p.37-48.
14. Kubler-Ross E. Morte: estágio final da evolução.

Trad. de Ana Maria Coelho.
2ª ed. Rio de Janeiro: Nova
Era; 1996.

15. Sebastiani RW. A equi-
pe de saúde frente às si-
tuações de crise e emer-
gência no hospital geral:
aspectos psicológicos. In:
Camon VAA. Urgências psi-
cológicas no hospital. São
Paulo: Pioneira Tompson;
2002. p.31-9.

Autoras

Anna Paula Semeniuk

Enfermeira, Graduada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
E-mail: annaenfgem@gmail.com.

Solânia Durman

Enfermeira, Mestre em Assistência de Enfermagem, Docente da Univer-
sidade Estadual do Oeste do Paraná.
E-mail: durman@terra.com.br.

Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos

Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente da Universidade Estadual do
Oeste do Paraná.
E-mail: fabianamatos@hotmail.com.

Qualidade e segurança para sua CME



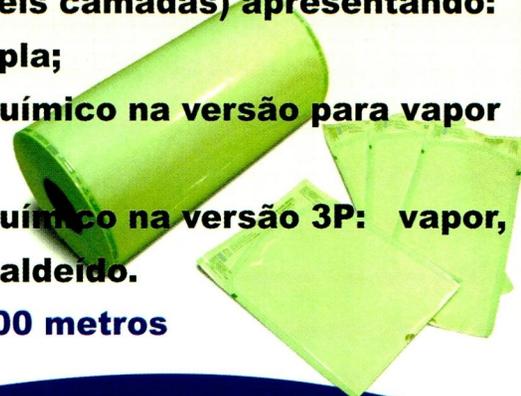
▶ **Papel Crepado** - Sterisheet 2ª e 3ª geração

- ✓ **Reciclável**
- ✓ **Biodegradável (ecologicamente correto)**
- ✓ **Atóxico**
- ✓ **Maior capacidade de barreira bacteriana - 97%**
- ✓ **Não retém vapor**
- ✓ **180 dias de garantia em prateleira**
- ✓ **Hidrorepelente**
- ✓ **Não desprende fibras**



▶ **Papel Grau Cirúrgico**

- ✓ **Papel com 70 g/m² e filme plástico multi-camadas (seis camadas) apresentando:**
 - **Selagem tripla;**
 - **Indicador Químico na versão para vapor e ETO.**
 - **Indicador Químico na versão 3P: vapor, ETO e Formaldeído.**
- ✓ **Rolo com 200 metros**



**WOLF
COMERCIAL**

PRODUTOS PARA ESTERILIZAÇÃO

55 21 2269-5557
www.wolfcomercial.com.br
comercial@wolfcomercial.com.