

Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias



Uncovering care for patients in the death/dying process and their families
Desvelando los cuidados a los pacientes en proceso de muerte/morir y sus familias

Roberta Teixeira Prado^a
 Josete Luzia Leite^b
 Edna Aparecida Barbosa de Castro^c
 Laura Johanson da Silva^d
 Ítalo Rodolfo Silva^e

Como citar este artigo:

Prado RT, Leite JL, Castro EAB, Silva LJ, Silva IR. Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0011. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>.

RESUMO

Objetivo: Compreender, na perspectiva da complexidade, as condições que influenciam as interações dos profissionais de saúde diante da morte e do morrer de pacientes adultos hospitalizados e às suas famílias.

Método: Adotou-se como referenciais teórico e metodológico, respectivamente, o Pensamento Complexo e a Grounded Theory. Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas, entre maio de 2015 e janeiro de 2016, com três grupos amostrais: enfermeiros, técnicos de enfermagem e membros da equipe multidisciplinar. A análise dos dados seguiu as etapas de codificação aberta, axial e seletiva.

Resultados: A categoria “Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias” e suas respectivas subcategorias apresentam as complexas inter-retro-ações dos profissionais da saúde diante da morte e do morrer de pacientes.

Conclusão: As condições causais destacam as múltiplas conexões estabelecidas para o cuidado no processo dialógico da morte/morrer e revelam a complexidade do cuidado ao corpo sem vida.

Palavras-chave: Morte. Atitude frente à morte. Cuidados paliativos na terminalidade da vida. Enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida.

ABSTRACT

Objective: To understand, in terms of complexity, the conditions that influence the interactions of health professionals in the face of death and dying of hospitalized adult patients and their families.

Method: Theoretical and methodological references, respectively, were the Complex Thought and Grounded Theory. Data were collected through semi-structured interviews between May 2015 and January 2016, with three sample groups: nurses, nursing technicians and members of the multidisciplinary team. Data analysis followed the steps of open, axial and selective coding.

Results: The category “Uncovering the care of patients in the process of death / dying and their families” and their respective subcategories present the complex interrelation of health professionals in the face of death and dying of patients.

Conclusion: Causal conditions highlight the multiple connections established for care in the dialogic process of death / dying and reveal the complexity of lifeless care.

Keywords: Death. Attitude to death. Hospice care. Hospice and palliative care nursing.

RESUMEN

Objetivo: Comprender, en términos de complejidad, las condiciones que influyen en las interacciones de los profesionales de la salud frente a la muerte y el morir de los pacientes adultos hospitalizados y sus familias.

Método: Se utilizaron como referencias teoría y metodología, respectivamente, el pensamiento complejo y la teoría fundamentada. Se recolectaron los datos a través de entrevistas semiestruturadas entre mayo de 2015 y enero de 2016, con tres grupos de la muestra: enfermeras, técnicos de enfermería y miembros del equipo multidisciplinario. El análisis de los datos siguió la codificación abierta, axial y selectiva.

Resultados: La categoría “Revelación atención al paciente en el proceso de la muerte/del morir y sus familias” y sus subcategorías tienen complejas interrelaciones y retro-acciones de los profesionales de la salud ante la muerte y el morir de los pacientes.

Conclusión: Las condiciones causales ponen de relieve las múltiples conexiones establecidas para el cuidado en el proceso de diálogo de la muerte/del morir y manifiestan la complejidad de la atención de un cuerpo sin vida.

Palabras clave: Muerte. Actitud frente a la muerte. Cuidados paliativos al final de la vida. Enfermería de cuidados paliativos al final de la vida

^a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^c Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Departamento de Enfermagem Aplicada. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

^d Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Curso de Enfermagem - Campus Macaé, Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

Dentre os temas que merecem ser discutidos na sociedade, com mais profundidade, estão a terminalidade e a morte. Isto porque, rotineiramente, evita-se falar tais assuntos e, quando abordados, costumam ser envolvidos por eufemismos, tendo em vista minimizar o sofrimento. Nessa conjuntura, diz-se que a pessoa faleceu, partiu, foi a óbito, descansou, dentre outros distanciam a expressão “ele/ela morreu”. A abordagem desses temas pode estar acompanhada de sentimentos de temor, vergonha, solidão, que em conjunto, podem influenciar a manutenção de um tabu coletivo acerca da terminalidade e da morte, contudo, nem sempre foi assim⁽¹⁻²⁾.

Durante a Idade Média, entre os séculos V e XV, a morte era um fenômeno comum. Esperada no leito da própria residência, constituía-se em um ato público, sobretudo aos familiares, amigos, vizinhos, razão pela qual não era associada aos sentimentos de vergonha ou de medo. Ao longo dos anos, o significado da morte passou por diversas transformações até que ela tornou-se um acontecimento detestável no século XIX, por representar uma ruptura no curso normal da vida. Essa concepção foi intensificada no século XX, quando a morte passou a ser considerada vergonhosa, negada ou escondida. Tornou-se, com isso, um fenômeno técnico, transferida para o hospital, em uma tentativa de ser controlada pela equipe de saúde, especificamente pelo médico⁽¹⁻²⁾.

Esse fenômeno, a morte, pode ser compreendido a partir do pensamento complexo quando é reconhecida em suas múltiplas dimensões⁽³⁾. Nessa conjuntura, há que se reconhecer a sua dimensão biológica, singular ao indivíduo que a vivencia, mas também a dimensão subjetiva imbuída na dinâmica social, desde o âmbito da família a coletividades mais expressivas, que, em conjunto, podem esclarecer a dinâmica social envolvida nas diferentes maneiras que a humanidade, ao longo dos anos, tem lidado com esse fenômeno. Ademais, a morte pode ser considerada também como um fenômeno dialógico, ao passo que, de forma natural, faz parte do ciclo da vida e, portanto, do desenvolvimento da humanidade⁽³⁻⁴⁾.

Portanto, ao conceber a vida humana como complexa, o lidar com a terminalidade dela também o é, razão pela qual necessita de um olhar ampliado sobre a morte como processo dinâmico e complexo, que envolve diferentes campos de significados e ações que poderão influenciar a qualidade com que esse fenômeno ocorre. Além disso, cada sociedade tem sua própria cultura, hábitos, crenças e valores, o que oferece às pessoas significados diferentes para a morte, bem como recursos para seu enfrentamento⁽⁴⁻⁶⁾.

Assim, os profissionais da saúde, dentre eles os da enfermagem, precisam compreender os valores subjacentes às diferentes representações das pessoas cuidadas, bem como apreender as representações dos próprios profissionais sobre a morte com o objetivo de conferir significado ao cuidado realizado⁽²⁻⁵⁾. Logo, faz-se necessário compreender os sistemas de significados que influenciam as ações dos profissionais de saúde diante da terminalidade e da morte, ao passo que poderão impactar o cuidado ao fim da vida⁽⁶⁻⁷⁾.

Corroborando o exposto, com base na Teoria da Complexidade, defendida por Edgar Morin⁽⁶⁾, o gerenciamento do cuidado, diante da morte e do morrer, pode ser compreendido como um processo que envolve continuamente ordem, desordem e organização em uma dinâmica antagonônica e complementar, em que os erros, a imprevisibilidade e as incertezas contribuem para a reorganização de um sistema vivo⁽⁸⁻⁹⁾.

Diante disso, questiona-se: Que condições influenciam as interações dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes e familiares frente à morte e ao morrer? Por conseguinte, o objetivo deste estudo foi compreender, na perspectiva da complexidade, as condições que influenciam as interações dos profissionais de saúde diante da morte e do morrer de pacientes adultos hospitalizados e às suas famílias.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo apresenta um recorte dos resultados da pesquisa “Vislumbrando o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer”⁽¹⁰⁾, apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como tese de doutoramento.

Pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico a Teoria da Complexidade, na perspectiva de Edgar Morin, e como referencial metodológico a *Grounded Theory* (GT), conhecida no Brasil como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A TFD explora o significado dos fenômenos e permite inter-relação entre os dados, bem como a análise comparativa constante e é um método de pesquisa que tem sido cada vez mais utilizado na área da Enfermagem, posto sua contribuição na compreensão de fenômenos e na produção de modelos explicativos e teorias fundamentadas em dados sistematicamente coletados e analisados⁽¹¹⁾.

A pesquisa de campo foi realizada no período de maio de 2015 a janeiro de 2016 e teve como cenário um hospital geral, público da Zona da Mata Mineira. Trata-se de uma instituição que é referência na macrorregião e realiza

atendimento ambulatorial, reabilitação física, internação e cirurgia em diversas especialidades a gestantes, recém nascidos, crianças, adultos e idosos. Esta instituição desenvolve atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo campo prático de atividades de prática e estágio de diversas graduações e possui residência médica em diversas áreas.

A entrevista semiestruturada foi utilizada para a coleta de dados. Os participantes do estudo foram definidos a partir da amostragem teórica⁽¹¹⁾. Foram três os grupos amostrais deste estudo: enfermeiros, técnicos de enfermagem e membros da equipe multidisciplinar. O grupo amostral inicial foi composto por enfermeiros que atuam na instituição nos setores de internação médica-cirúrgica de adultos (“enfermarias”), pois este é o profissional responsável pelo gerenciamento do cuidado de enfermagem, tendo como critérios de inclusão: profissionais que atuavam no hospital em que foi realizada a pesquisa, independente de gênero. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: enfermeiros que estivessem afastados do serviço por quaisquer motivos.

Cumprido destacar que, na TFD, uma das principais características do método é a análise comparativa entre os dados, que são coletados e analisados simultaneamente. Desse modo, apesar de a pesquisa ter sido iniciada com a delimitação de apenas um grupo amostral (enfermeiros), o método permite, a partir do processo de análise, a formulação de hipóteses, que poderão direcionar para a necessidade de delimitação de outros grupos amostrais, de modo a tornar claro o fenômeno investigado. Essa condução analítica é o que permite direcionar o desenvolvimento de uma teoria fundamentada em dados.

Nesse sentido, o fenômeno de morte/morrer revelou-se enraizado/fundamentado na conexão entre os significados de outros profissionais, a saber: técnicos de enfermagem e membros da equipe multiprofissional da saúde. Os critérios para inclusão e exclusão foram os mesmos para o grupo amostral dos enfermeiros.

A partir da análise dos dados do primeiro grupo amostral, compreendeu-se que o gerenciamento do cuidado de enfermagem aos pacientes e familiares, diante do processo de morte/morrer, é permeado por interações com outros profissionais. Diante disso, foram realizadas entrevistas com 12 técnicos de enfermagem e 11 profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, sendo: três psicólogos, três assistentes sociais e cinco médicos assistentes, totalizando 41 participantes.

A realização das entrevistas foi encerrada a partir da saturação teórica, que foi alcançada com a repetição das informações e ausência de novos elementos para a consolidação das categorias encontradas⁽¹¹⁾.

As entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas na íntegra. A análise dos dados ocorreu de modo simultâneo à coleta e seguiu as etapas propostas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva. Na codificação aberta, os dados foram analisados linha a linha com o objetivo de construir os códigos preliminares. Após isso, foram reunidos, por semelhanças e diferenças, a partir da elaboração dos códigos conceituais. Na axial, os dados foram reagrupados a fim de se obter uma explicação mais precisa sobre os fenômenos, buscando relacionar as subcategorias às suas categorias, assim como desenvolver suas propriedades e dimensões. Na codificação seletiva, as subcategorias e categorias encontradas foram comparadas e analisadas continuamente com o objetivo de integrá-las e refiná-las, buscando identificar a categoria central. Por fim, utilizou-se o modelo paradigmático para organizar e apresentar os dados, sendo este composto por seis componentes, a saber: contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias de ação/interação, consequências e fenômeno central⁽¹¹⁾.

Ressalta-se que a matriz teórica sofreu processo de validação, em setembro de 2016, por 11 validadores e que esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa em 29 de abril de 2015 [Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 41743414.9.0000.5238].

Os participantes receberam as informações sobre a pesquisa e tiveram ampla liberdade em aceitar ou recusar o convite. Os mesmos assinaram o TCLE seguindo as determinações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e foi-lhes garantido o anonimato, sendo a identidade dos mesmos substituídas pelas iniciais dos grupos amostrais, de modo que foram assim utilizadas: EA (enfermeiro assistencial), TE (técnico de enfermagem), P (psicólogo), AS (assistente social) e MA (médico assistente), seguido do número da entrevista.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias “Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias” e “Considerando a complexidade da vida humana diante do adoecimento e da morte” caracterizam as condições causais do modelo teórico “Vislumbrando o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer” e revelam múltiplas interfaces diante do morrer e da morte de pacientes internados em enfermarias. Cabe ressaltar que, na TFD, as condições causais são aquelas que possibilitam o surgimento dos fenômenos⁽¹¹⁾.

Este artigo apresenta a categoria “Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias”, que é constituída por quatro subcategorias: Estabe-

lecendo conexões para o cuidado ao paciente e sua família no processo dialógico do morte/morrer; Revelando a complexidade do cuidado ao corpo sem vida; Demonstrando especificidades do cuidado ao paciente e familiares no processo de morte e morrer e Apresentando opiniões e aspectos do comportamento da equipe de enfermagem diante do processo de morte/morrer de um paciente na enfermaria.

Na subcategoria Estabelecendo conexões para o cuidado ao paciente e sua família no processo dialógico do morte/morrer são destacados aspectos das interações dos profissionais da equipe multidisciplinar com os pacientes em terminalidade e com seus familiares.

Apreende-se, a partir do processo de análise, que os profissionais observam os pacientes em terminalidade e aos seus familiares, buscando identificar suas necessidades e atendê-las.

A gente começa a observar mais de perto os sinais que o paciente está apresentando, os demonstrativos de que ele não está bem [...] as coisas que vão aparecendo igual dispnéia, um rebaixamento do nível de consciência, alguma coisa que vai demonstrando que algo de ruim está para acontecer. (EA1)

A gente tem eu acho que é mais ou menos esse tipo de relacionamento: é carinho, é atenção, é preparo psicológico, é força para o paciente, é força para a família. (EA 7)

Os participantes da pesquisa demonstraram que interação com os familiares dos pacientes para lhes conferir apoio, tranquilidade e conforto, demonstrado empatia e acolhimento diante do processo de morte/morrer. Além disso, os profissionais mencionaram que o cuidado ao paciente diante do processo de morte/morrer deve ser realizado da forma mais tranquila possível, com presteza, delicadeza, sem pressa, “com muito cuidado”, com respeito e que deve sempre buscar o melhor para o paciente, o que converge com resultados de outros estudos⁽¹²⁻¹³⁾.

Eu acho que tem que ser da forma mais tranquila possível ao mesmo tempo com presteza, mas para resolver a situação. Mas tem que ser com muita delicadeza, com muito cuidado, sem pressa porque, infelizmente, a gente vai ficando muito mecânico nessa profissão. (TE 2)

Os participantes destacaram o desenvolvimento de vínculo entre alguns profissionais e determinados pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer, em especial, os da equipe de enfermagem. Nesse ínterim, tomam como base explicativa desse fenômeno o fato de

esses profissionais permanecerem mais próximos no cuidado direto aos pacientes. Logo, a qualidade das conexões entre os elementos do cuidado - profissionais, paciente, família -, constitui princípio validado pela Teoria da Complexidade ao reconhecer que a interação entre as partes de um sistema permite que ele seja mais que a soma dos elementos que o constituem.

Existe sempre um paciente que a gente tem um vínculo, alguma coisa nele te comove. (MA 5)

É assim, quando você cuida daquele paciente, cuidado direto e você se apega a ele isso mexe muito com a gente. (TE 5)

Como sistema complexo, há também nesse processo mecanismos de desordem, como, por exemplo, a interação dos profissionais da equipe de saúde com os pacientes e familiares é permeada por contradições e desordens. Nem sempre os profissionais acolhem a família da forma desejada ou por ela esperada e, não são todos que mostram disposição para o acolhimento necessário^(8,13-14).

Eu já vi colegas, assim, saindo do quarto, o acompanhante está na porta e vai lá fazer burocracia de avisar médico, funerária, papelada, tudo [...] deixando para o médico o papel de avisar. (EA 3)

Acho que o médico poderia estar presente. Muitas vezes o médico dá desculpa. Não sei se é desculpa ou se é verdade, o real que está passando. O médico fala que está no cuidado pós morte ao paciente e não recebe a família. Então, o enfermeiro não tem [...] Não tem que fazer esse cuidado pós morte? O enfermeiro não tem que estar junto do corpo? (EA 16)

Autores refletem que os profissionais podem, às vezes, deixar de oferecer acolhimento aos familiares dos pacientes em terminalidade ou, após a morte, porque estão envolvidos com a agitação rotineira, com a burocracia diante do óbito e, até mesmo, porque evitam lidar com estas situações⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Além disso, os participantes apontaram falhas na comunicação com os pacientes e familiares e desgastes decorrentes das reações destes diante do processo de morte/morrer. Mencionaram que, muitas vezes, a família não teve uma conversa aberta com o médico a respeito do quadro clínico e do prognóstico do familiar. Consideram necessário orientar a família do paciente em terminalidade, conversar sobre o processo de morte/morrer e investir, cada vez mais, em educação sobre este processo, para que todos – pacientes, familiares e profissionais- saibam lidar melhor com

a vivência da terminalidade e da morte. Certamente, não é apenas a educação que pode transformar essa situação, mas ela é um dos pilares para que isso aconteça conforme apontado por diversos autores^(12-14,16-19).

E com a questão da família, eu não sou geralmente de falar a não ser que o médico já tenha explicado. Porque eu acho que é uma questão muito falha. Os médicos não explicam a gravidade do caso e isso até é uma questão muito ruim porque a família fica em cima da enfermagem. (EA 5)

A fala anterior expressa a opinião de um enfermeiro acerca da comunicação dos médicos com os familiares dos pacientes, em que as falhas nesta geram desgastes na interação dos profissionais de enfermagem e familiares.

Um médico apontou a necessidade da equipe multidisciplinar ajudar o familiar a lidar com o processo de morte/morrer do ente querido e a relevância dos profissionais se ajudarem mutuamente diante da necessidade de lidar com os pacientes e familiares diante da terminalidade e morte. A relevância do trabalho desta equipe tem sido discutido diante da terminalidade e morte⁽²⁰⁾.

Então, abraçar o familiar que, muitas das vezes, não vê a morte como a gente vê, não está preparado. Dar atenção para esse familiar e, de certa forma, tentar acolher. Às vezes, ele não aceita bem a fala do médico, mas a equipe multidisciplinar envolvida, ela pode ajudar. Um ajuda o outro. (MA 1)

Outro ponto destacado na interação com os pacientes em terminalidade diz respeito à transferência destes das enfermarias para unidades de cuidados intensivos dentro do próprio hospital. Não raro, os familiares e profissionais solicitam que o paciente em terminalidade seja transferido para a unidade de terapia intensiva.

Porque na ala a gente convive com a morte de forma mais esporádica [...] Paciente, normalmente, se a gente está esperando que ele vai morrer, normalmente ele é encaminhado. Paciente quando agrava e não é um paciente com câncer terminal, normalmente ele é encaminhado para o CTI, tem outras coisas. Normalmente ele não morre com a gente. (EA 9)

Uma outra preocupação dos profissionais, diante do cuidado aos pacientes que se encontram em situação de terminalidade, é o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis que os pacientes possam apresentar, bem como aliviar a dor da família^(17,19).

Esta subcategoria revelou que os profissionais buscam o conforto físico e não físico (emocional, espiritual, dentre outros) às pessoas diante do processo de morte/morrer, reconhecendo a complexidade da vida e a delicadeza deste momento. Na busca pelo conforto dos pacientes em terminalidade os profissionais utilizam diferentes estratégias como administração de medicamentos, diálogo, toque terapêutico e modificações nos cuidados de enfermagem a fim de evitar desgastes aos pacientes^(18,20).

Esse conjunto de fatores permite, portanto, considerar que estes profissionais, ao reconhecerem e valorizarem as múltiplas dimensões imbuídas no cuidado e no processo de morte e morrer, valorizam a própria complexidade existente nesse fenômeno, pois balizam o cuidado em uma perspectiva ampliada e multidimensional.

Os participantes ressaltaram que a promoção de conforto e de privacidade ao paciente em processo de morte/morrer e à sua família significa prestar um atendimento de qualidade, e que os tratamentos fúteis, que são aqueles que não trazem benefícios a eles, não deveriam ser realizados, pois constituir-se-ia em distanásia, corroborando com autores^(18,20).

O que a gente tenta fazer é dar privacidade, se não tem biombo a gente coloca biombo; conforto máximo possível. (EA 14)

[...] a gente procura fazer um atendimento de qualidade, proporcionando conforto para o paciente nesse momento frágil da família. (TE 6)

O alívio da dor e dos sintomas desagradáveis que os pacientes apresentam em decorrência da doença ou dos tratamentos realizados foi um tema recorrente nas falas dos participantes, como: Respeito acima de tudo com a dor do outro. (EA 3)

A manifestação de dor no paciente em terminalidade gera um incômodo nos profissionais e os participantes relatam que o alívio desta deve ser a prioridade da equipe de enfermagem.

Apesar de relatarem a importância do alívio da dor dos pacientes em terminalidade, identificou-se que nem sempre a equipe consegue aliviá-la, efetivamente, e que falhas acontecem desde a não prescrição de analgésicos em relação às características da dor apresentada pelo paciente e, até mesmo a não administração de medicamentos opióides por profissionais da enfermagem. Tais apontamentos já foram destacados por outros autores⁽¹⁸⁾.

Assim, a questão da medicação a gente fica um pouco atrelada ao médico. Acho que falta mais coerência, assim. Às vezes o paciente está com muita dor e eles não costumam passar muito de um certo limite. Porque a gente está acostumada 'dor moderada, dipirona; dor mais forte, tramadol. Só! Dificil a gente ver morfina em ala. (EA 14)

Este relato chama a atenção para a necessidade de os profissionais de saúde estarem capacitados para cuidar dos pacientes em terminalidade, com destaque para a urgência em aliviar a dor destes de forma adequada, garantindo-lhes uma vida digna e com qualidade, enquanto ela durar. Ademais, ressaltaram a necessidade dos profissionais terem sensibilidade e conhecimento para manejar a dor dos pacientes. Se os profissionais não utilizam opióide no tratamento de dores intensas, pode-se inferir que a maioria dos pacientes está subtratada em suas dores^(18,20).

A priorização dos cuidados com o corpo pela equipe de enfermagem foi citada por alguns participantes do estudo, assim como a capacidade de evitar conversas com os pacientes em terminalidade e com seus familiares.

Eu percebo muito isso: 'escutar é função do psicólogo. Então eu vou atuar na dor, fazer medicação, fazer curativo [...] mas eu não quero ficar conversando muito com a família'. (P 2)

Eu vejo que o trabalho da enfermagem é muito voltado para essa questão dos cuidados mesmo, mas mais corporais mesmo. (AS 3)

Os resultados direcionam para a reflexão acerca das prioridades no cuidado à pessoa em terminalidade. Considera-se que o cuidado com o corpo do paciente é muito importante, mas nem sempre é o mais necessário ou urgente. Cada paciente tem necessidades e trazem demandas específicas. O olhar atento dos profissionais deve buscar reconhecer isso, além de ser necessário aprimorar técnicas de comunicação com os pacientes e seus familiares^(18,20).

Na subcategoria denominada Revelando a complexidade do cuidado ao corpo sem vida os participantes apontaram os cuidados realizados com os pacientes após o óbito, destacando que os profissionais da enfermagem prestam cuidados não só durante a vida, mas, também, com o corpo.

Os profissionais reconhecem que os procedimentos técnicos com o corpo do paciente são realizados pelos técnicos de enfermagem e que, às vezes, eles recebem auxílio dos enfermeiros neste preparo, visto que, na maioria das vezes, estes estão absortos em outras atividades relaciona-

das à morte do paciente, que vão desde atividades burocráticas até o acolhimento da família⁽¹³⁾.

Os técnicos ficam com o procedimento de arrumar o corpo e a gente faz esse intermédio entre a família e médico e o paciente que foi a óbito. Mas com foco muito maior para a burocracia, para os papeis, para o protocolo, assim. (EA 6)

Considera-se que o preparo do corpo deve ser melhor estruturado e reelaborado para respeitar a privacidade do corpo e respeitar os demais pacientes e acompanhantes, pois o cuidado de enfermagem deve ultrapassar o modelo biomédico e as questões técnicas⁽¹³⁾.

Porque, de muitas formas a equipe já começa a trabalhar dentro da enfermaria e envolve outros pacientes, outros acompanhantes e tal. Então isso podia ser mais estruturado e reelaborado. (EA 16)

Por um lado, algumas outras falhas, como por exemplo, desrespeito ao corpo, acontecem neste processo e são citadas pelos participantes, o que indica que os profissionais precisam ter preparo para este momento e desenvolver habilidades que ultrapassam a questão técnica quando lidam com o corpo sem vida do paciente^(13,19).

Então, eu acho que tem gente que não tem respeito mesmo. Até depois que a pessoa já faleceu e tudo. Às vezes na hora que você está fazendo aquela primeira arrumada no corpo tem gente que desrespeita, colegas nossos e tal. Piadas, esse tipo de coisa, assim. (TE 2)

Por outro, algumas falas demonstram que profissionais de enfermagem preparam o corpo do paciente com respeito reconhecendo-o como parte do cuidado, devendo existir tanto na vida quanto na morte.

Para mim não importa se é só o corpo, vou respeitar até a hora que levar ele para fora e entregar ele lá. Faço tudo como se ele estivesse vivo, como se ele estivesse sentindo. Então para mim os cuidados de enfermagem, nosso, prestados no pós morte [...] eu faço assim. Sou assim. (TE 8)

As especificidades do cuidado ao paciente e familiares no processo de morte e morrer, apresentam diferenças, na perspectiva dos profissionais de saúde. Estes fazem comparações nos cuidados que ofertam a estes e aos demais pacientes internados no hospital que não estão em terminalidade, como por exemplo, maior vigilância nos sinais vitais e sintomas apresentados.

Apreende-se dos dados que o cuidado a esses pacientes e também aos seus familiares, deve ser diferenciado, uma vez que o processo de morte/morrer é um momento peculiar na vida destas pessoas e que os profissionais devem deter atenção especial às demandas que eles apresentam a fim de tentar promover o melhor cuidado possível.

Deve ser um cuidado mais específico para aquela situação [...] Tentando, como é que fala? Tentando dar um momento para ele, diferenciado. Ele e a família dele também. (EA 2)

Quando tem algum paciente que, sem prognóstico, vamos dizer assim, eu tento dar uma atenção maior para esse paciente mesmo sabendo do prognóstico dele. (EA 12)

Outros apontamentos desta subcategoria são as deficiências no cuidado realizado pelos profissionais diante do processo de morte/morrer. Estas ocorrem tanto no cuidado do paciente quanto no prestado à sua família e não se restringem à enfermagem, mas permeiam as interações dos profissionais da equipe multidisciplinar^(18,20).

Eu acho que não tem cuidado com a família! A gente não cuida da família! A gente faz o nosso trabalho, continua fazendo normalmente sem a preocupação com a família. (EA 13)

Eu vejo ainda o exercício desse cuidado ainda muito falho. É o que eu vejo. Às vezes até inexistente. Então eu acho que há muita coisa a se fazer, principalmente em relação a suporte à pessoa, você continuar com cuidado integral para ele nesse momento. (EA 17)

Algumas causas das falhas são apontadas pelos participantes e envolvem a falta de conhecimento dos profissionais, o distanciamento que existe entre alguns profissionais e os pacientes em processo de morte/morrer e sua família, a sobrecarga de trabalho e a falta de integração da equipe multiprofissional para o cuidado do paciente e de sua família⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A subcategoria Apresentando opiniões e aspectos do comportamento da equipe de enfermagem diante do processo de morte/morrer de um paciente na enfermaria traz a visão dos participantes deste estudo sobre a reação dos profissionais de enfermagem diante das interações com os pacientes em terminalidade.

O envolvimento da equipe de enfermagem diante do gerenciamento do cuidado é reconhecido por diferentes profissionais. Ela lidera o cuidado aos pacientes e familiares, identificando necessidades, acolhendo as demandas, co-

ordenando intervenções que buscam efetivar as relações mútuas, as inter-retro-ações⁽⁸⁾. Geralmente, antes do médico, é a enfermagem quem solicita o parecer à psicologia.

Geralmente é assim: antes do médico pedir a enfermagem já me pediu. (P 1)

Uma análise que se extrai dos dados é que os técnicos de enfermagem são sensíveis às necessidades dos pacientes e familiares e trazem demandas aos enfermeiros e, às vezes, para profissionais de outras categorias, envolvendo-se e buscando atender as necessidades de cuidados dos pacientes em terminalidade.

Eles (técnicos de enfermagem) observam às vezes coisas que a gente não observou e vêm até nós solicitando essa questão de familiares, de ter um local mais confortável para a família. Eles sempre comentam. (EA 2)

Outra traz como foco as visões e os comportamentos da equipe de enfermagem diante do processo de morte/morrer de um paciente na enfermaria. Os participantes entendem que há uma diminuição ou mesmo falta de sensibilidade de alguns destes profissionais à situação de morte/morrer, valorizando-se a manutenção de rotinas da unidade de internação, desconsiderando as necessidades dos pacientes e familiares, fragmentado o cuidado ao paciente. Tais achados corroboram com resultados de outros estudos⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Eu acho que a gente trabalha aqui com profissionais já há muitos anos, no geral eu acho que ficou um pouco mecanizado. Eu acho, um pouco não, muito! Ficou muito mecanizado. (EA 4)

Os profissionais destacam que há sofrimento relacionado ao processo de morte/morrer de um paciente. Alguns participantes consideram que seja importante demonstrar à família que a equipe de saúde também sofre diante do processo de terminalidade e há profissionais que não sabem como agir no que diz respeito a manifestar ou não à família o seu sofrimento.

É importante mostrar, eu acho, na minha opinião é importante mostrar para a família que nós também somos seres humanos e que a gente fica tocado com aquilo, com a situação da família. Porque às vezes a família pode até pensar que 'é muito fácil para ela me dar essa notícia de que a situação não vai se desenrolar bem, que o paciente é muito grave'. (EA 4)

As falas demonstram que os profissionais lidam com questões psíquicas importantes diante do cuidado com pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares e confirma os assentamentos de autores de que há necessidade de maior orientação e acompanhamento dos profissionais buscando garantir a saúde do trabalhador^(5,13-14).

Além disso, declarações de que os pacientes e familiares devem receber apoio psicológico foram recorrentes nas entrevistas. A maioria dos participantes considera que este apoio deve ser oferecido por psicólogos eximindo-se desta (co)responsabilidade.

O papel dos integrantes da equipe de enfermagem como agregadores e mediadores entre os demais profissionais de saúde, pacientes e familiares é um outro aspecto que se identifica. Especialmente o enfermeiro é visto como mediador e agregador dentre os demais profissionais que cuidam do paciente e da sua família.

Porque o enfermeiro tem um papel, apesar de não ser muito descrito, mas na prática, muito agregador. Ele tem esse papel de agregar as pessoas. (EA 4)

O que eu percebo é que há essa proximidade e que ela atua muito como mediadora entre as outras categorias. É quem de fato vai se reportar e fazer esse link com a equipe multiprofissional. Eu percebo muito essa função da enfermagem. (P 2)

Neste sentido, o pensamento complexo busca um olhar que religue as dimensões do homem e da vida, buscando reconhecer as micro e macro questões envolvidas, compreendendo o gerenciamento a partir da perspectiva das práticas de saúde histórica e socialmente construídas, reconhecendo as incertezas, desordens, contradições e tensões no contexto de vida e trabalho^(4,9,19).

De modo que a recursão organizacional nega a simplificação e a unicausalidade, rompendo com a ideia linear de causa-efeito, na qual os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, produtos e produtores daquilo que os produz⁽⁸⁻⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram compreender que as condições causais do fenômeno apresentado destacam as múltiplas conexões estabelecidas para o cuidado ao paciente e sua família no processo dialógico da morte/morrer, revelam a complexidade do cuidado ao corpo sem vida, estão relacionadas a especificidades do cuidado ao paciente e familiares no processo de morte e morrer e demonstram que os profissionais de enfermagem têm diferentes opi-

niões e comportamentos diante do processo de morte/morrer de um paciente na enfermagem, o que impacta no cuidado realizado.

Um limite deste estudo foi o mesmo ter sido realizado em apenas um local, em momento e cenário historicamente datados, em um contexto cultural particular, outro foi que focou o gerenciamento do cuidado no processo de morte/morrer de adultos. Deste modo, fazem-se necessárias mais pesquisas nesta área, em diferentes cenários e com foco para o processo de morte/morrer de crianças e adolescentes.

Alguns fenômenos que emergiram neste estudo merecem futuras investigações, dada a sua densidade e a interconexão profunda com a prática dos enfermeiros diante da terminalidade e morte. Novas pesquisas poderão ser desenvolvidas para se compreender melhor a relação da espiritualidade diante do processo de morte/morrer, discussões sobre a formação dos profissionais de saúde nas temáticas que envolvem a terminalidade da vida, aprofundamento nas pesquisas acerca da implementação dos cuidados paliativos.

Propõe-se que os profissionais reconheçam e compreendam as condições que influenciam suas interações, de modo que sejam reflexivos e críticos diante da sua atuação, gerenciando o cuidado com um pensamento e olhar que reintegre o todo, considerando a singularidade das partes e a interação entre elas, pensando no processo como organismo vivo, dinâmico.

REFERÊNCIAS

1. Kovács MJ. Towards death with dignity in the XXI century. Rev Bioética. 2014 [cited 2016 Jun 20];22(1):94-104. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/886/1001.
2. Barbosa, AMGC, Massaroni, L. Living with death and dying. Rev Enferm UFPE on line. 2016;10(2):457-63.
3. Morin E. Ciência com consciência. 13. ed. Rio de Janeiro: Betrand; 2010.
4. Erdmann AL, Mello ALSF, Andrade SR, Drago LC. [Organization of care practices in the health network]. Online Braz J Nurs. 2011 [cited 2016 Jun 06];10(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3220.1>. Portuguese.
5. Lanzoni GMM, Magalhães ALP, Costa VT, Erdmann AL, Andrade SR, Meirelles BHS. Becoming nursing manager in the nested and complex border of caring and management dimensions. Rev Eletr Enf. 2015 [cited 2016 Nov 14];17(2):322-32. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a16-en.pdf>.
6. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. Int J Palliat Nurs. 2012 [cited 2016 Oct 11];18(6):267-73. Available from: <http://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2012.18.6.267>.
7. Borrell MS. Acompañar en la muerte: competencias de afrontamiento y autoeficacia. Rev Rol Enferm. 2010 [citado 2016 Mai 16];33(11):22-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3320495>.

8. Santos SSC, Hammerschmidt KSA. [Complexity and the reconnection of interdisciplinary knowledge: contribution of Edgar Morin's thoughts]. *Rev Bras Enferm.* 2012 Aug [cited 2017 Apr 07];65(4):561-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400002. Portuguese.
9. Costa MCMR, Koerich C, Ribeiro JC, Meirelles BHS, Melo ALSF. Nursing care in view of complex thinking: integrative literature review. *Rev Min Enferm.* 2015[cited 2016 Jun 10];19(1):180-7. Available from: http://www.reme.org.br/exportar-pdf/996/en_v19n1a15.pdf.
10. Prado RT. Vislumbrando o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.
11. Strauss AL, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. Machado RDS, Lima LADA, Silva GRFD, Monteiro CFDS, Rocha SS. Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura Cuidados.* 2016 [citado 2016 dez 10];XX(45):91-7. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57355/1/CultCuid_45_10.pdf.
13. Nunes FNL, Araújo KM, Costa LD. (2017). As evidências sobre o impacto psicossocial de profissionais de enfermagem frente à morte. *Rev Interdisciplinar.* 2016 [citado 2016 mai 11];9(4):165-72. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/545>.
14. Souza LPS, Mota JR, Barbosa RR, Ribeiro RCG, Oliveira CSS, Barbosa DA. A morte e o morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. *Enferm Glob.* 2013 [citado 2014 set 09];12(32):230-7. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.12.4.163241/153161>.
15. Lima RS, Lourenço EB, Rosado SR, Sanches RS, Fava SMCL, Dázio EMR. Gerenciar unidade de internação hospitalar: o que pensam os enfermeiros? *Rev Enferm Cent O Min.* 2016;6(2):2190-8.
16. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2011.
17. Lima MGR, Nietzsche EA. Ensino da morte por docentes enfermeiros: desafio no processo de formação acadêmica. *Rev Rene.* 2016[citado 2016 set 22];17(4):512-9. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4946>.
18. Carvalho KK, Lunardi VL, Silva PA, Schäfer, Vasques TCS, Amestoy SC. (Lack of) care in terminality, paliative care and the necessary reform of thought. *J Nurs UFPE.* 2016[cited 2016 Jul 13];10(7):2720-30. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/8901>.
19. Dias MV, Backes DS, Barlem ELD, Backes MTS, Lunardi VL, Souza MHT. Nursing undergraduate education in relation to the death-dying process: perceptions in light of the complex thinking. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014;35(4):79-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45177>.
20. Santana JCB, Lucas CP, Fraga EM, Souza LAC, Santos TMB. Ortotanásia: uma visão multidisciplinar acerca do morrer com dignidade. *Enferm Rev.* 2014[citado 2016 jun 3]; 17(1):14-29. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12790>.

■ Autor correspondente:

Roberta Teixeira Prado

E-mail: enfbeta@yahoo.com.br

Recebido: 09.06.2017

Aprovado: 03.10.2017