



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE METODOLOGIA DA ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA GESTÃO EM SAÚDE E EXERCÍCIO PROFISSIONAL
DA ENFERMAGEM

TESE DE DOUTORADO

**VISLUMBRANDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DIANTE
DO PROCESSO DE MORTE/MORRER**

ROBERTA TEIXEIRA PRADO

Rio de Janeiro- RJ

2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**VISLUMBRANDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DIANTE DO
PROCESSO DE MORTE/MORRER**

ROBERTA TEIXEIRA PRADO

ORIENTADORA: Prof.^a Dra. JOSÉTE LUZIA LEITE

Rio de Janeiro- RJ

2016

ROBERTA TEIXEIRA PRADO

**VISLUMBRANDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER**

Relatório final da pesquisa de Doutorado em Enfermagem apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, vinculado ao Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem - GESPEEn, como parte do requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Joséte Luzia Leite

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem

Rio de Janeiro- RJ

2016

Vislumbrando o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo morte/morrer. Orientadora: Prof.^a Dra. Joséte Luzia Leite. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem).

Tese de Doutorado submetida à banca examinadora aprovada, em sua composição, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Apresentada e aprovada em: 03 de novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a **Regina Célia Gollner Zeitoune**
Presidente (UFRJ)

Prof.^a Dr.^a **Teresinha de Jesus Espirito Santo da Silva**
1^a Examinadora (UNIRIO)

Prof. Dr. **Ítalo Rodolfo Silva**
2^o Examinador (UFRJ/MACAÉ)

Prof.^a Dr.^a **Laura Johanson da Silva**
3^a Examinadora (UNIRIO)

Prof.^a Dr.^a **Marléa Chagas Moreira**
4^a Examinadora (EEAN/UFRJ)

Prof. Dr.^a **Edna Aparecida Barbosa de Castro**
Suplente (UFJF)

Prof.^a Dr.^a **Marcelle Miranda da Silva**
Suplente (EEAN/UFRJ)

Rio de Janeiro - RJ
Novembro/2016

À minha família que esteve sempre ao meu lado me apoiando e incentivando, em especial aos meus pais, Jeorgina e Marco Antonio (Marito), pelo exemplo de vida; às minhas irmãs, Renata (in memorian) e Andreia; aos meus amados sobrinhos, Rodrigo e Livia e ao meu esposo, Alex, pela paciência e incentivo.

Aos participantes desta pesquisa, que tanto me ajudaram na busca pela compreensão do gerenciamento do cuidado diante da terminalidade e da morte.

AGRADECIMENTOS

A Jeová Deus, por tudo- saúde, força, coragem e determinação para percorrer os caminhos da vida.

À minha família, por ser fonte de incentivo e amor, em especial aos meus pais, Marco Antonio (Marito) e Jeorgina, pelo apoio e incentivo e por sempre acreditarem na minha capacidade; às minhas irmãs queridas, Renata (in memorian) e Andreia; aos meus sobrinhos amados, Rodrigo e Livia e ao meu esposo querido, Alex, por todo incentivo e paciência.

À Professora Joséte, minha orientadora e amiga, pela confiança concedida nesses anos, pelo apoio, paciência, sabedoria e ensinamentos pessoais e acadêmicos.

Aos meus queridos Katy, Paulo e Júlia- amigos que Deus me presenteou no Rio de Janeiro e que se tornaram parte da família.

Aos professores Ítalo, Marléa, Marcelle, Teresinha, Laura e Edna por terem aceito meu convite para composição da banca e contribuírem para o aperfeiçoamento desta investigação, além de serem exemplos de competência e de dedicação à ciência e à profissão.

À Clarinha e Malu, meus amores, minhas companheiras.

Aos meus colegas de Doutorado, pelo incentivo recebido, ensinamentos e amizade compartilhados;

À Cintia e Sônia, da secretaria do Programa de Doutorado, pela dedicação em resolver todos os assuntos e pelas palavras de apoio.

Aos professores da Escola de Enfermagem Anna Nery, pelas discussões nas disciplinas e ensinamentos valiosos.

À Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Aos participantes desta pesquisa, por me receberem tão bem e por compartilharem seus pensamentos, sentimentos e experiências.

Aos profissionais que participaram do grupo de validação, por dedicarem seu tempo à apreciação, discussão e crítica do trabalho.

Aos colegas e amigos de trabalho pelo incentivo e fortalecimento diante dos desafios da vida e da pesquisa.

Aos colegas, amigos, familiares e a todos os que, de alguma forma, contribuíram para tornar este trabalho possível, e cujos nomes não foram mencionados.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Jeová Deus, pela vida, por toda a força e por ser minha fonte de energia, meu sustento.

À Professora Joséte, minha orientadora e amiga, pela disposição, paciência, carinho, cuidado e ensinamentos diante da sua vasta experiência. A senhora é um exemplo de solidariedade e dedicação à enfermagem e à ciência!

Aos meus pais, Marco Antonio (Marito) e Jeorgina, pelo amor incondicional, suporte e incentivo e por serem exemplos de caráter, de garra e determinação. Vocês são exemplos de dignidade e de pessoas que continuam caminhando e superando os percalços da vida.

À minha irmã Renata (in memoriam), meu amor lindo que se foi muito antes do que eu poderia imaginar. Você me ensinou muitas coisas sobre a vida, inclusive sobre a terminalidade dela. Espero reencontrá-la em breve!

À minha irmã Andreia, que sempre me encarajou e acreditou no meu potencial.

Ao meu marido lindo, Alex, pelo carinho, amor, paciência (e que paciência!), incentivo e apoio em todos os momentos. Te amo muito!

Prado, Roberta Teixeira. **Vislumbrando o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer**. Orientadora: Prof.^a Dra. Joséte Luzia Leite. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem).

Objetivos da pesquisa: identificar os significados atribuídos pelos enfermeiros à morte e ao processo de morrer; compreender os significados atribuídos pelo enfermeiro ao gerenciamento de seus cuidados diante do processo de morrer e da morte; discutir as percepções dos enfermeiros acerca da morte e do processo de morrer e as relações/implicações com o gerenciamento do cuidado de enfermagem à luz do Pensamento Complexo; levantar inter-retro-ações dos enfermeiros com a equipe multidisciplinar diante do processo de morte/morrer construir uma matriz teórica explicativa acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morrer e da morte e validar a matriz teórica em termos de representatividade e abrangência dos conceitos. Pesquisa do tipo explicativa, de abordagem qualitativa, que teve como referenciais teórico e metodológico, respectivamente, a Ciência da Complexidade e a Teoria Fundamenta nos Dados (TFD). Os dados foram coletados com 41 participantes, distribuídos em cinco grupos amostrais: 18 enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem, 03 psicólogos, 03 assistentes sociais e 05 médicos assistentes atuantes em unidades de internação médico-cirúrgicas adulto (“enfermarias”) de um hospital público geral da Zona da Mata Mineira. A entrevista semiestruturada foi utilizada como técnica de coleta de dados, sendo realizadas individualmente e em ambiente privativo no período de maio de 2015 a janeiro de 2016 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. A seleção dos participantes e delimitação dos grupos amostrais seguiram os pressupostos da TFD. A matriz teórica sofreu processo de validação, em setembro de 2016, por 11 validadores. Como resultados, apresentam-se as categorias que conformam a matriz teórica explicativa do fenômeno, a saber: Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias; Considerando a complexidade da vida humana diante do adoecimento e da morte; Encarando a morte no contexto hospitalar; Demonstrando sensibilidade humanística nas interações de cuidado ao paciente que vivencia o processo de morte/morrer; Apontando interfaces do gerenciamento do cuidado aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias; Destacando aspectos do processo comunicacional diante do processo de morte/morrer; Desenvolvendo estratégias diante do processo de morte/morrer e Vislumbrando caminhos para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer. O conjunto dessas categorias conformam o modelo paradigmático que dá sentido explicativo ao fenômeno. Foi possível compreender o gerenciamento do cuidado diante da terminalidade e morte de pacientes em unidades de internação médico-cirúrgicas adulto, considerando a dinamicidade das relações e interações, demonstrando que a vida é permeada por incertezas, imprevistos, desordens e reorganização. Foi possível identificar que a gerência do cuidado de enfermagem envolve inter-retro-ações entre seres humanos complexos e que vivenciam um cuidado complexo diante da constituição que têm a partir de suas formações e das relações desenvolvidas. 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 do 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 opiniões e comportamentos diante do processo de morte/morrer de um paciente na enfermaria. Além disso, os profissionais de saúde consideram a complexidade da vida humana, a coexistência da ordem/desordem e a necessidade de estimular o pensamento complexo, têm múltiplos olhares e saberes sobre o processo de morte/morrer e consideram a certeza da morte e a incerteza da vida.

Palavras- chave: Enfermagem; Ciência; Gerência; Morte; Atitude frente à morte.

Prado, Roberta Teixeira. **Glimpsing the nursing care management in the face of death/dying process**. Adviser: Prof. Dr. Joséte Luzia Leite. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2016. Thesis (Doctorate in Nursing).

Research objectives: identify the meanings assigned by the nurses to death and the dying process; understand the meanings assigned by the nurse to managing your care before the process of dying and death; discuss about nurses' perceptions of death and the dying process and relationships/implications with the nursing care management in the light of Complex Thinking; raise inter-retro-ações of nurses with the multidisciplinary team on the process of death/dying; build a theoretical explanatory about the array management nursing care before the process of dying and death and validate the theoretical matrix in terms of representativeness and inclusiveness of the concepts. Research the type of qualitative explanatory, theoretical and methodological references, respectively, Complexity Science and Grounded Theory (GT). Data were collected with 41 participants, distributed in five sample groups: 18 nurses, 12 nursing technicians, 03 psychologists, 03 social workers and 05 medical assistants acting in units of medical and surgical adult admission ("wards") of a general hospital of Zona da Mata of Minas Gerais. Semi-structured interview was used as data collection technique, being performed individually and in private environment in the period from May 2015 to January 2016 after approval by the Research Ethics Committee. The selection of participants and delimitation of sample groups followed the assumptions of the GT. The theoretical matrix suffered validation process, in September 2016, by 11 appraisers. As a result, are the categories that make up the theoretical matrix explanatory phenomenon, namely: Unveiling the care to patients in the process of death/dying and their families; Considering the complexity of human life in the face of illness and death; Facing death in hospitals; Demonstrating sensitivity in interactions of humanistic care to the patient to experience the process of death/dying; Pointing interfaces of care management for patients in the process of death/dying and their families; Highlighting aspects of the communicational process before the process of death/dying; Developing strategies on the process of death/dying and Gleaming paths to improving care in the face of death/dying process. The set of these categories form the paradigmatic model that gives meaning to explain phenomena. It was possible to understand the care management in the face of terminal illness and death of patients in medical-surgical adult inpatient units, considering the dynamics of relationships and interactions, demonstrating that life is permeated by uncertainty, unforeseen, disorders and reorganization. It was possible that the management of nursing care involves inter-retro-actions between complex human beings who experience a complex care on the constitution that have from their formations and relationships developed. The outcomes allowed us to understand the causal conditions of the phenomenon presented the multiple connections that are established for the care of the patient and his family in the Dialogic process of death/dying, reveal the complexity of care to the lifeless body, relate the specifics of care to the patient and family in the process of death and dying and demonstrate that nursing professionals have different opinions and behaviors in the face of death/dying process of a patient in the ward. In addition, health professionals consider the complexity of human life, the coexistence of order/disorder and the need to stimulate the complex thinking, have multiple perspectives and knowledge about the process of death/dying and consider the certainty of death and the uncertainty of life.

Keywords: Nursing; Science; Management; Death; Attitude to death.

Prado, Roberta Teixeira. **Vislumbrando gestión de la atención de enfermería frente el proceso de la muerte/morir**. Orientadora: Prof.^a Dra. Joséte Luzia Leite. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2016. Tesis (Doctorado en Enfermería).

Objetivos de la investigación: identificar los significados asignados por las enfermeras a la muerte y el proceso de morir; comprender los significados atribuidos por las enfermeras para la gestión de su atención antes de que el proceso de morir y de la muerte; analizar las percepciones de los enfermeros sobre la muerte y el proceso de morir y de relaciones / implicaciones para la gestión de los cuidados de enfermería a la luz del pensamiento complejo; plantear acciones inter retro de enfermeras con el equipo multidisciplinario en el proceso de muerte/morir; construir un marco teórico explicativo sobre la gestión de los cuidados de enfermería frente el proceso de la muerte/morir y validar la matriz teórica en cuanto a la representatividad y la amplitud de los conceptos. Esta es una investigación de tipo explicativo del enfoque cualitativo que tuvo como marcos teóricos y metodológicos, respectivamente, la ciencia de la complejidad y la Teoría Fundamentada em los Datos. Los datos fueron recolectados con 41 participantes, divididos en cinco grupos de la muestra: 18 enfermeras, 12 técnicos en enfermería, 03 psicólogos, 03 trabajadores sociales y 05 asistentes médicos que actúan en unidades de entrada para adultos médico y quirúrgico ("salas") de un hospital público general de la Zona da Mata Mineira. La entrevista semiestructurada fue utilizada como técnica de recolección de datos se lleva a cabo de forma individual y en el entorno privado en el período comprendido entre mayo 2015 a enero 2016 después de la aprobación del Comité de Ética de Investigación. La selección de los participantes y delimitación de los grupos de la muestra siguió los supuestos de TFD. El marco teórico se ha sometido a proceso de validación en septiembre de 2016, por 11 validadores. Como resultado, se presentan las categorías que componen la matriz teórica explicativa del fenómeno, a saber: la atención al paciente: Revelando la atención al paciente en el proceso de la muerte/morir y sus familias; Teniendo en cuenta la complejidad de la vida humana frente a la enfermedad y la muerte; Mirando fijamente la muerte en el hospital; Lo que demuestra la sensibilidad humanística en las interacciones de atención al paciente experimenta el proceso de la muerte / la muerte; Señalando las interfaces de gestión de la atención a los pacientes en el proceso de la muerte/morir y sus familias; Destacando los aspectos del proceso de comunicación antes de que el proceso de la muerte/morir; El desarrollo de estrategias en el proceso de la muerte/morir y relucientes otras, la atención antes de que el proceso de la muerte/morir. El conjunto de estas categorías conforman el modelo paradigmático que da sentido al fenómeno explicativo. Fue posible comprender la gestión de la atención en la cara de una enfermedad terminal y la muerte de los pacientes en las unidades de hospitalización de adultos médico-quirúrgicos, teniendo en cuenta la dinámica de las relaciones e interacciones, lo que demuestra que la vida está impregnada por la incertidumbre, imprevistos, trastornos y reorganización. Era posible que la gestión de los cuidados de enfermería implica inter-retro-acciones entre los seres humanos complejos que experimentan una atención compleja en la constitución que tiene de sus formaciones y relaciones desarrolladas. Los resultados nos permitió comprender el fenómeno condiciones causales presentado pone de relieve las múltiples conexiones establecidas para el cuidado de la paciente y su familia en el proceso dialógico de la muerte /morir, revelan la complejidad de la atención al cuerpo sin vida, están relacionados con el cuidado del paciente específica y la familia en el proceso de la muerte/morir y demostrar que los profesionales de enfermería tienen diferentes opiniones y comportamientos en el proceso de la muerte/morir de un paciente en la sala. Además, los profesionales sanitarios en cuenta la complejidad de la vida humana, la coexistencia de orden/desorden y la necesidad de estimular el pensamiento complejo, tener múltiples puntos de vista y conocimientos sobre el proceso de la muerte/morir y considerar la certeza de la muerte y la incertidumbre de la vida.

Palabras- clave: Enfermería; Ciencia; Gerencia; Muerte; Actitud Frente a la Muerte.

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1- Categoria 1 e suas subcategorias	65
Diagrama 2- Categoria 2 e suas subcategorias	82
Diagrama 3- Categoria 3 e suas subcategorias	89
Diagrama 4- Categoria 4 e suas subcategorias	110
Diagrama 5- Categoria 5 e suas subcategorias	123
Diagrama 6- Categoria 6 e suas subcategorias	160
Diagrama 7- Categoria 7 e suas subcategorias	188
Diagrama 8- Categoria 8 e suas subcategorias	217
Diagrama 9- Relação dos componentes do modelo paradigmático que sustentam a matriz teórica	233
Diagrama 10- Condições causais do fenômeno estudado	238
Diagrama 11- Condições contextuais do fenômeno estudado.....	241
Diagrama 12- Condições intervenientes/interventoras do fenômeno estudado.....	248
Diagrama 13- Estratégias de ação/interação diante do fenômeno estudado.....	252
Diagrama 14- Consequências diante do fenômeno estudado.....	255
Diagrama 15- Fenômeno central.....	256

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Caracterização dos participantes que compõem o 1º grupo amostral - Enfermeiros assistenciais.....	45
QUADRO 2- Caracterização dos participantes que compõem o 2º grupo amostral - Técnicos de Enfermagem.....	46
QUADRO 3- Caracterização dos participantes que compõem o 3º grupo amostral - Psicólogos.	47
QUADRO 4- Caracterização dos participantes que compõem o 4º grupo amostral - Assistentes Sociais.	47
QUADRO 5- Caracterização dos participantes que compõem o 5º grupo amostral - Médicos Assistentes.....	48
QUADRO 6- Exemplo de um agrupamento de dados brutos e a construção de códigos preliminares.....	53
QUADRO 7- Exemplo de um agrupamento de códigos preliminares para a construção de um código conceitual.....	55
QUADRO 8- Exemplo de memorando	57
QUADRO 9- Subcategorias e as categorias orientadoras da análise.....	62
QUADRO 10- Fatores que ajudam a lidar melhor com a morte de pacientes em terminalidade	101
QUADRO 11- Causas elencadas para o sofrimento dos profissionais diante do processo de morte/morrer de pacientes	122
QUADRO 12- Facilidades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer	128
QUADRO 13- Dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer	128
Quadro 14- Entraves para um gerenciamento do cuidado adequado no processo de morte/morrer.....	159
QUADRO 15- Principais (re) ações dos profissionais de enfermagem quando questionados pelos familiares sobre a (possibilidade de) terminalidade do ente querido.....	171
QUADRO 16- Indicativos apontados pelos participantes sobre as características de uma boa comunicação com a família dos pacientes diante do processo de morte/morrer.....	172
QUADRO 17- Estratégias de ação/interação utilizadas pelos médicos na comunicação com os pacientes sobre diagnóstico e prognóstico.....	189

QUADRO 18- Estratégias de ação/interação utilizadas pelos profissionais para melhorar interação com a família do paciente diante do processo de morte/morrer.....	192
QUADRO 19- Conhecimentos e habilidades apontados pelos profissionais como estratégias de ação/interação junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família	193
QUADRO 20- Resumo das estratégias de ação/interação dos profissionais junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família.....	194
QUADRO 21- Potencialidades identificadas na instituição para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer.....	225
QUADRO 22- Caminhos vislumbrados para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer.....	230
QUADRO 23- Caracterização dos participantes que compõem o grupo de validadores.....	259

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AS	Assistente Social
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNE	Conselho Nacional de Educação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CP	Cuidados Paliativos
CRM	Conselho Regional de Medicina
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DATASUS/MS	Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde
EA	Enfermeiro Assistencial
ECE	Enfermaria de Cuidados Especiais
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GESPE _n	Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem
GT	Grounded Theory
IML	Instituto Médico Legal
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MP4	MPEG Layer 4
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Psicólogo
PC	Pensamento Complexo
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnico de enfermagem
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UI	Unidade Intermediária
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
V	Validador

SUMÁRIO

LISTA DE DIAGRAMAS	IX
LISTA DE QUADROS	X
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	XII
CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
1.1 REVELANDO A TEMÁTICA E CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DO ESTUDO.....	17
1.2 JUSTIFICANDO E ATRIBUINDO RELEVÂNCIA AO ESTUDO.....	21
1.3 APRESENTANDO AS CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	19
CAPÍTULO II - BASES CONCEITUAIS	24
2.1 SIGNIFICADOS DE CUIDADO, CUIDADO DE ENFERMAGEM E GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	25
2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE MORTE E MORRER.....	30
2.3 APONTANDO ASPECTOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DE SITUAÇÕES DE MORTE E MORRER.....	31
CAPÍTULO III - REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO - PENSAMENTO COMPLEXO.	35
CAPÍTULO IV - REFERENCIAL METODOLÓGICO- GROUNDED THEORY- TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS.....	39
4.1 IDENTIFICANDO O TIPO DE ESTUDO.....	40
4.2 REVELANDO O CENÁRIO DO ESTUDO.....	43
4.3 CARACTERIZANDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	44
4.4 APRESENTANDO AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS.....	48
4.5 FAZENDO CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS ÉTICOS.....	50
4.6 COMPREENDENDO O PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS.....	51
CAPÍTULO V – RESULTADOS.....	61
5.1 CATEGORIA 1: DESVELANDO OS CUIDADOS AOS PACIENTES EM PROCESSO DE MORTE/MORRER E ÀS SUAS FAMÍLIAS.....	64
5.2 CATEGORIA 2: CONSIDERANDO A COMPLEXIDADE DA VIDA HUMANA DIANTE DO ADOECIMENTO E DA MORTE.....	82
5.3 CATEGORIA 3: ENCARANDO A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	89
5.4 CATEGORIA 4: DEMONSTRANDO SENSIBILIDADE HUMANÍSTICA NAS INTERAÇÕES DE CUIDADO AO PACIENTE QUE VIVENCIA O PROCESSO DE MORTE/MORRER.....	110

5.5 CATEGORIA 5: APONTANDO INTERFACES DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO AOS PACIENTES EM PROCESSO DE MORTE/MORRER E ÀS SUAS FAMÍLIAS.....	122
5.6 CATEGORIA 6: DESTACANDO ASPECTOS DO PROCESSO COMUNICACIONAL DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER.....	160
5.7 CATEGORIA 7: DESENVOLVENDO ESTRATÉGIAS DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER.....	187
5.8 CATEGORIA 8: VISLUMBRANDO CAMINHOS PARA MELHORIA DO CUIDADO DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER.....	216
CAPÍTULO VI - APRESENTANDO A MATRIZ TEÓRICA.....	232
6.1 CONDIÇÕES CAUSAIS DO FENÔMENO.....	235
6.2 CONDIÇÕES CONTEXTUAIS DO FENÔMENO (CONTEXTO).....	238
6.3 CONDIÇÕES INTERVENIENTES/INTERVENTORAS.....	242
6.4 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO.....	249
6.5 CONSEQUÊNCIAS.....	253
CAPÍTULO VII- VALIDANDO A MATRIZ TEÓRICA.....	257
7.1 APRESENTANDO O PROCESSO DE VALIDAÇÃO.....	258
7.2 COMPONENTES DA VALIDAÇÃO.....	260
7.3 RESULTADOS DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO.....	261
CAPÍTULO VIII- DIALOGANDO COM OS AUTORES.....	266
8.1- DIALOGANDO COM OS AUTORES ACERCA DO PROCESSO DE MORTE/MORRER	267
8.2- DIALOGANDO COM OS AUTORES ACERCA DO GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM.....	280
CAPÍTULO IX- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	286
REFERÊNCIAS	291
APÊNDICES.....	300
ANEXOS.....	312

Capítulo I

Como nossos pais (Elis Regina)

Não quero lhe falar meu grande amor

Das coisas que aprendi nos discos

Quero lhe contar como vivi e tudo

Que aconteceu comigo viver é melhor que sonhar, Eu sei que o amor é uma coisa boa

Mas também sei que qualquer canto é menor do que a vida de qualquer pessoa
Por isso cuidado meu bem, há perigo na esquina

Eles venceram e o sinal está fechado prá nós que somos jovens

Para abraçar seu irmão e beijar sua menina na rua

É que se fez o seu braço, o seu lábio e a sua voz

Você me pergunta pela minha paixão

Digo que estou encantada com uma nova invenção

Eu vou ficar nesta cidade, não vou voltar pro sertão

Pois vejo vir vindo no vento o cheiro da nova estação

Eu sei de tudo na ferida viva do meu coração

Já faz tempo que eu vi você na rua, cabelo ao vento, gente jovem reunida

Na parede da memória essa lembrança é o quadro que dói mais

Minha dor é perceber que apesar de termos feito tudo que fizemos

Ainda somos os mesmos e vivemos

Como nossos pais

Nossos ídolos ainda são os mesmos e as aparências não enganam não

Você diz que depois deles não apareceu mais ninguém

Você pode até dizer que eu 'tô por fora, ou então que eu 'tô inventando

Mas é você que ama o passado e que não vê

É você que ama o passado e que não vê

Que o novo sempre vem

Hoje eu sei que quem me deu a idéia de uma nova consciência e juventude

Tá em casa guardado por Deus contando vil metal

Minha dor é perceber que apesar de termos feito tudo, tudo que fizemos Ainda
somos os mesmos e vivemos Ainda somos os mesmos e vivemos como nossos
pais

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 REVELANDO A TEMÁTICA E CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DO ESTUDO

Temas que merecem ser mais discutidos em nossa sociedade são a morte e o morrer. Evita-se falar sobre isso e quando se fala utilizam-se termos para minimizar o sofrimento ou até mesmo negá-lo. Diz-se que a pessoa faleceu, partiu, foi a óbito, descansou, dentre outras expressões, mas evita-se dizer que ela morreu. Quando estes temas são abordados, sentimos temor, vergonha, constituindo este tema um tabu na nossa sociedade. Mas nem sempre foi assim (ARIÈS, 1975; RODRIGUES, 2011).

Durante a Idade Média, entre os séculos V e XV, a morte era um fenômeno comum, costumeiro. Ela era esperada no leito da própria residência e tratava-se de um ato público, ou seja, era exposto aos familiares, amigos, vizinhos. Não se tinha vergonha ou medo da morte, pois ela era certa. O significado da morte passou por diversas transformações até que ela tornou-se um acontecimento detestável no século XIX por representar uma ruptura no andamento normal da vida. Já no século XX houve uma transformação, a morte passou a ser considerada vergonhosa e começou a ser negada e até mesmo escondida, tornando-se um tabu pouco ou nada discutido. A partir do século XX ela se tornou um fenômeno técnico, foi transferida para o hospital, onde passou a ser controlada pela equipe de saúde, mais especificamente pelo médico (ARIÈS, 1975; OLIVEIRA, QUINTANA & BERTOLINO, 2010; RODRIGUES, 2011).

Certamente 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. Diante de tal realidade 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.

Os profissionais de saúde são formados para prevenir agravos, promover e recuperar a saúde e, conseqüentemente, muitas vezes entendem a morte como algo contrário à vida e não como parte dela. Este pensamento traz sérias dificuldades, pois quando se deparam com a morte sentem-se frustrados, incompetentes e perdidos. Todavia, a presença dela no cotidiano laboral é uma constante e os profissionais devem estar preparados para tal processo. Neste contexto, cabe estudar os sentimentos e

conceitos dos enfermeiros no cotidiano laboral lidando com a morte/morrer e o gerenciamento do cuidado de Enfermagem para este processo.

A graduação em enfermagem quase não aborda a morte e o morrer e quando o faz, foca o cuidado técnico envolvido. Praticamente não prepara os graduandos para os aspectos éticos, culturais, emocionais e espirituais envolvidos de modo que o aluno forma sem o preparo para vivenciar o processo de morte. Pesquisas apontam que a graduação tem mostrado ser falha no que diz respeito à formação do futuro enfermeiro, no tocante a este tema, e demonstram que ela dá mais ênfase aos procedimentos técnicos e ao cuidado com o corpo físico do paciente do que com os sentimentos e valores envolvidos, portanto sem uma perspectiva crítico-reflexiva (VARGAS, 2010; AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011; SANTOS; BUENO, 2011).

Sabe-se que profissionais e familiares buscam recursos para o enfrentamento da morte, merecendo respeito às crenças e valores de cada um (KUBLER-ROSS, 2011). Além disso, acredita-se que para haver mudanças significativas rumo a um melhor enfrentamento da morte é preciso ocorrer um reposicionamento do ser humano diante da mesma. Discussões devem ocorrer nos diferentes cenários da sociedade, não somente no âmbito acadêmico. Quaisquer avanços neste sentido serão resultado da construção dentro do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta.

O conhecimento e o agir sociopolítico do enfermeiro contribuem para uma visão abrangente do papel dos trabalhadores da enfermagem diante da responsabilidade e compromisso como agentes de mudança organizacional, social e política que se constituem. O modelo biomédico não responde às demandas de saúde e descontextualiza socioculturalmente o ser humano, fragmentando-o como se o mesmo fosse partes separadas e independentes. Este modelo racional, positivista, não valoriza as multidimensões dos indivíduos, tampouco sua autenticidade. Em virtude disso, algumas estratégias têm sido implementadas na busca do equilíbrio nas práticas de atenção à saúde como a humanização da assistência (BARROS, GOMES, 2011; MORIN, 2013).

É prudente enfatizar que se considera imperioso que a Enfermagem encontre um ponto de equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática do comportamento humanístico. Ela precisa adequar-se aos novos desafios organizacionais, administrativos e assistenciais que surgem. Certamente, a aquisição de competências e habilidades contribui para a atuação do profissional em um contexto peculiar como este. Para que isso ocorra, é fundamental o papel da educação. Avanços são

necessários visto que as escolas de ensino superior evoluíram na concepção de saúde e, por conseguinte, do cuidado, mas mostram-se conservadoras no que diz respeito aos conteúdos abordados e aos métodos de ensino adotados. Além disso, não raro as inovações chegam mais rápido nos serviços do que no campo de ensino (SILVA; SENA, 2008).

Além do mais, as práticas de atenção à saúde passaram por transformações no que tange à concepção e à forma em que são realizadas devido à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe mudanças na forma de gerir e cuidar. As mudanças de paradigmas na organização dos serviços de saúde implicam na necessidade de mudanças no processo educacional dos profissionais de enfermagem.

A integralidade do cuidado constrói-se na perspectiva de uma educação de profissionais que alie competência técnico-científica e compromisso ético-político (SILVA; SENA, 2008). Sendo assim, a integralidade do cuidado implica na assunção dos docentes e discentes como seres em formação; do conhecimento como algo inacabado, numa construção que não finda. De modo que o estímulo ao pensar crítico deve ocorrer na graduação e as práticas de ensino devem servir de ponto de partida para reflexões acerca da práxis e para transformações que se fizerem necessárias.

O cuidado constitui a essência da enfermagem e o cuidado autêntico vai além da assistência à doença ou a partes isoladas do corpo físico. Envolve o cuidado das várias dimensões da pessoa. É necessária a reconstrução das práticas de saúde de modo a olhar o indivíduo e cuidar dele como alguém ímpar, onde o todo certamente é maior que a soma das partes. O discente deve compreender a necessidade tácita de compromisso com a profissão e com a sociedade. Se assim for, ele será um agente de mudanças no contexto onde estiver inserido.

Reconhece-se que o enfermeiro, enquanto sujeito histórico e social, deve ser capaz de problematizar a realidade, refletir sobre o cuidado que oferta à população para que recrie a realidade de trabalho e desenvolva intervenções comprometidas com as necessidades dos seres humanos.

Fato é que o número de mortes no país é expressivo. De acordo com os dados preliminares publicados de mortalidade do Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde (DATASUS/MS), o número de óbitos no país, no ano de 2014, foi de 1.222.381, sendo 74.079 na região Norte; 317.106, na região Nordeste; 561.629, na Sudeste; 188.038, na Sul e 81.529, na Centro-Oeste. De acordo com DATASUS/MS, o maior número de óbitos foi por doenças do aparelho circulatório, seguido pelas

neoplasias, as causas externas e as doenças do aparelho respiratório (BRASIL, 2016).

Os dados estatísticos apontam um número significativo de mortes no Brasil e sabe-se que sete em cada dez pessoas morrem nas instituições hospitalares, onde os pacientes encontram-se aos cuidados da equipe de saúde, em especial da enfermagem (HENNEZEL, LELOUP, 2012). De acordo com os dados divulgados preliminarmente pelo DATASUS/MS, 823.827 óbitos ocorreram nos hospitais em 2014 (BRASIL, 2016). Diante disso, destaca-se a necessidade de ações gerenciais que norteiem de forma adequada o pensar/agir para os cuidados da enfermagem aos pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer de modo a favorecer o desenvolvimento de pensamentos e condutas que valorizem os indivíduos enquanto sujeitos sociais únicos que são.

Nessa direção, este estudo traz em seu construto o seguinte objeto de investigação: O gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer, pois corroborando com alguns autores (PROCHNOW et al., 2007; CHRISTOVAM 2009; FELLI, PEDUZZI, 2010), concebe-se o gerenciamento em enfermagem como um instrumento de trabalho fundamental para a efetivação de políticas, possibilitando construir um modelo assistencial alicerçado em valores, saberes e práticas da profissão, que valorize a complexidade envolvida.

Compreende-se que o gerenciamento do cuidado de enfermagem está alicerçado pelas dimensões do cuidar/cuidado em enfermagem e pelas práticas gerenciais que norteiam o processo de trabalho dessa profissão. Tem-se como questão norteadora: Como o enfermeiro gerencia o cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer?

Objetivos

- Identificar os significados atribuídos pelos enfermeiros à morte e ao processo de morrer;
- Compreender os significados atribuídos pelo enfermeiro ao gerenciamento de seus cuidados diante do processo de morrer e da morte;
- Discutir as percepções dos enfermeiros acerca da morte e do processo de morrer e as relações/implicações com o gerenciamento do cuidado de enfermagem à luz do Pensamento Complexo (PC);
- Levantar inter-retro-ações dos enfermeiros com a equipe multidisciplinar diante do processo de morte/morrer;

- Construir uma matriz teórica explicativa acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morrer e da morte;
- Validar a matriz teórica em termos de representatividade e abrangência dos conceitos.

1.2 JUSTIFICANDO E ATRIBUINDO RELEVÂNCIA AO ESTUDO

Os objetivos descritos apontam um caminho para conhecer o fenômeno da atuação dos enfermeiros diante do processo de morte e morrer. A identificação dos significados dos profissionais nas interações em resposta à demanda de necessidades dos pacientes e de sua família é um aspecto que merece ser mais discutido na prática e descrito na literatura, especialmente no âmbito nacional da produção científica de enfermagem.

Estudo realizado por mim, no mestrado concluído em 2013, mostrou que o significado da morte adquire um sentido pessoal para os trabalhadores e evoca sentimentos e reações distintas a partir do contexto em que se insere, o que pode gerar sofrimento, e até mesmo, comprometimento da saúde mental dos profissionais. Observou-se, que os enfermeiros dos Bancos de Olhos lidam de formas diferentes com a morte, de modo que algumas geram maior desgaste e sofrimento ao profissional (PRADO, 2013).

A partir daí, mais questões surgiram sobre o lidar dos enfermeiros com a morte e o processo de morrer no cotidiano laboral. Este estudo é, portanto, fruto de preocupações com o desenvolvimento de cuidados humanísticos aos pacientes e sua família, diante do processo de morrer e morte. Emerge de um desejo de apresentar, num formato científico, uma matriz teórica que traduza os esforços que vêm sendo travados no gerenciamento do cuidado de enfermagem e quais os entraves que os enfermeiros encontram para a realização do cuidado demandado.

Esta pesquisa busca atender uma demanda social e contribuir para inovações tecnológicas no que tange às práticas de gerenciamento e cuidado diante do processo de morte/morrer.

Dentre os elementos que justificam a presente investigação científica, destacam-se, também, as prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) ao defender e apoiar o desenvolvimento de estudos sobre modalidades de gestão e práticas gerenciais nos sistemas e ações de saúde, além de estudos sobre questões éticas relacionadas ao cuidado, dentre eles, o processo de morte e morrer.

1.3 APRESENTANDO AS CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Importante contribuição da pesquisa se concretiza a partir da possibilidade de vislumbrar novos enfoques para a gerência do cuidado de enfermagem aos pacientes e familiares diante da morte e morrer ou mesmo reforçar práticas já aplicadas. Acredita-se ser importante (re) pensar na atuação da enfermagem diante deste processo, com o intuito de conhecer a realidade e propor caminhos para a prática profissional, de modo que se pretende contribuir significativamente para melhorias na qualidade dos serviços prestados, demonstrando um impacto social para os participantes do estudo, para os pacientes, seus familiares e para as pessoas que tiverem contato com a pesquisa.

Este estudo representa uma tentativa de fornecer aos enfermeiros e demais profissionais que trabalham nos hospitais subsídios para uma gerência do cuidado que seja mais eficaz diante do processo de morte/morrer.

No que diz respeito ao desenvolvimento científico da área de conhecimento, este estudo também possui aderência e visa contribuir para o fortalecimento da linha de pesquisa: 'Modelos assistenciais e gerência de enfermagem' no Núcleo de Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEn) do Departamento de Metodologia da Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Esta pesquisa tem potencial para relevância na academia por contribuir para núcleos de ensino e pesquisa sobre o processo de morte/morrer e abordar a perspectiva da gerência do cuidado e poderá apontar novos caminhos para o desenvolvimento de outras pesquisas.

Acredita-se que terá impactos tecnológicos e poderá contribuir para melhorias nas práticas de cuidado e gerenciamento do mesmo realizada aos pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer e contribuir para reflexão-ação dos profissionais.

Também, este estudo tem potencial para fornecer subsídios para o ensino de enfermagem na temática abordada, contribuindo para o (re) pensar e o agir de docentes e discentes e, conseqüentemente, a formação de profissionais mais sensíveis ao processo de morte/morrer e mais capacitados para o agir diante desta situação e dos outros seres humanos envolvidos neste contexto, em especial os profissionais de enfermagem.

Certamente esta pesquisa será uma contribuição para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, proporcionando reflexões importantes sobre a vida e a morte e os significados atribuídos a elas.

Como plano de disseminação dos resultados desta pesquisa pretende-se a participação em eventos científicos e publicação de artigos científicos, além de retorno dos resultados à instituição investigada.

Capítulo II

Momentos (Vitor Chaves)

Há momentos inevitáveis
Que o coração da gente pede respostas
É nessa hora
Que a gente diz que não entende a vida e chora

Se a gente soubesse
O quanto merece cada um
O que cada um tem
A gente nada pediria
Simplesmente o bem faria
Para merecer o bem

Eu, que sempre tive o que dizer
Hoje, ouço em silêncio
Levei tempo pra entender
Que só o tempo
Apenas o tempo nos ensina a viver

CAPÍTULO II

BASES CONCEITUAIS

Este capítulo apresenta as bases conceituais que estruturam o conhecimento das práticas do cuidado, cuidado de Enfermagem, gerenciamento do cuidado de Enfermagem, além de trazer considerações sobre morte e morrer e apontar aspectos dos cuidados de enfermagem diante de situações de morte e morrer. Ele está organizado em tópicos que apresentam conceitos encontrados na literatura acerca desta temática.

2.1 SIGNIFICADOS DE CUIDADO, CUIDADO DE ENFERMAGEM E GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Os avanços científicos, tecnológicos e organizacionais que vêm ocorrendo no mundo acarretam mudanças em todas as áreas, inclusive nos serviços de saúde. Ademais, a própria concepção e prática do cuidado passaram e passam por reflexões e reformulações.

Existem diversas concepções de cuidado. Soares, Zeitouné (2012) apontam que o cuidado envolve compreender a realidade do outro, colocando-se no seu lugar; Brischiliari e outros (2013) destacam que o cuidado é a essência do ser humano; Waldow (2004) defende a concepção de que o ser humano existe no mundo por meio do cuidado, e este, sem o cuidado, não é humano, por isso, é um ser de cuidado. Já, Boff (2003) afirma que o cuidado existiu desde o início da espécie humana e que, por ser ontológico, do ponto de vista existencial, o cuidado se encontra a frente de toda atitude, de todas as relações estabelecidas.

Coelho (2006) realizou estudo e delimitou cento e quatro maneiras de cuidar em enfermagem e destacou a construção das maneiras de cuidar a partir do cuidado individualizado, atenta aos dados subjetivos e objetivos apresentados pelos pacientes, nas diversas situações de (não) saúde, inclusive diante da morte.

A enfermagem é reconhecida como a profissão do cuidado e deve utilizar seu saber/fazer em prol da pessoa que necessita de atenção profissional (Waldow, 2008). Contudo, a história desta profissão mostra que ela passou por diferentes períodos desde a época primitiva até os dias atuais e que suas concepções e práticas também sofreram transformações importantes. O cuidado de enfermagem já foi associado a

habilidades de manipular divindades e forças da natureza, como exercício de penitência para alcançar a purificação e expiação dos pecados, dentre outros (ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006).

Com o avanço da profissionalização da enfermagem com Florence Nightingale, surge a Enfermagem Moderna, estabelecendo, assim, um marco no conhecimento científico da enfermagem e acarretando transformações nas suas práticas de cuidado.

Para além disso, mudanças significativas na atenção à saúde foram discutidas em 1978, na Primeira Conferência Mundial de Cuidado Primário à Saúde, realizada em Alma Ata, onde se ampliou o olhar para os cuidados de saúde. Posteriormente, surge o movimento da Reforma Sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário que, por sua vez, impulsionou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Os debates ocorridos na VIII Conferência apontaram as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo e foi proposta a criação do SUS. Esta Conferência foi um marco na saúde brasileira, a ponto de seu texto ter sido incorporado à Constituição do Brasil, em 1988.

O SUS provocou diversas transformações na concepção de saúde e das práticas de trabalho. Ele gerou mudanças na produção do cuidado à saúde através da reorganização do processo de trabalho, onde os profissionais passaram a atuar em equipe e não, isoladamente. Também, busca a superação do modelo biomédico, com ampliação do conceito de saúde e atenção integral à saúde dos indivíduos e coletividades (FAQUIM, 2013). Desta forma, o SUS trouxe de volta à enfermagem a possibilidade e necessidade do cuidado ser realizado de modo a atender às necessidades dos indivíduos e coletividades, de forma integral (PRADO; STEIN; PEREIRA, 2013). Sabe-se que ele representa um avanço significativo na concepção de saúde das pessoas, porém ainda constata-se grandes vieses entre a teoria e a prática de atenção à saúde no Brasil, vieses que buscam ser superados pelos profissionais da saúde.

Dentre os profissionais da saúde, destacam-se os da enfermagem, que têm o cuidado do ser humano como foco do trabalho. O cuidado de enfermagem é entendido como um processo que ocorre por meio de ações, interações para manutenção da vida humana e vai muito além de técnicas, exigindo competências e habilidades dos profissionais. Envolve conhecimento técnico-científico, escuta sensível, paciência, compaixão, dentre outros (BRISCHILIARI, 2013; BEUTER; NAT, 2010). Beuter e Nat

(2010), ampliam o olhar, ao defender que o cuidado é um ato libertador do enfermeiro; que lhe dá autonomia, e que o cuidado configura-se como ação política, transpessoal, transversal e espiritual.

Conforme destacado, no Brasil, na área da saúde a reformulação do modelo assistencial proposto pelo SUS provocou transformações no mundo do trabalho na saúde, sobretudo, em consequência das novas concepções de saúde e dos papéis dos sujeitos sociais envolvidos, usuários/pacientes e profissionais. Assim como o cuidado, a gestão das organizações e a gestão do cuidado têm passado por inúmeras transformações. Busca-se continuamente nas organizações a melhoria de desempenho e da qualidade, o lucro, a satisfação dos clientes internos e externos, a redução de custos e flexibilidade (BERNARDINO; FELLI; PERES, 2010; FURUKAWA; CUNHA; 2010).

Destaca-se aqui o trabalho da enfermagem por ser complexo e caracterizar-se em subprocessos de trabalho. Segundo Kurcgant (2010), ele organiza-se em subprocessos, que podem ser denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar e Sanna (2007) defende que processo de trabalho do enfermeiro é composto por diferentes processos desenvolvidos de maneira a englobar o assistir, administrar/gerenciar, ensinar, pesquisar e participar politicamente.

O subprocesso que envolve a atividade gerencial do serviço de enfermagem é privativo do enfermeiro, conforme o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe na Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, “é função privativa do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem” (BRASIL, 1986). Isto não significa que o enfermeiro tem somente esta atividade, mas sim, que esta lhe é privativa. Infelizmente, esta fragmentação do cuidado de enfermagem é histórica e relevante na discussão do trabalho da enfermagem, sendo que a divisão social e técnica do trabalho da enfermagem lhe confere características peculiares dentro do setor saúde.

A partir da segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale, a enfermagem se transformou, buscando racionalizar sua prática. Para tanto, Florence legitima uma hierarquia institucional, preparando enfermeiras para ocuparem posições de chefia, treinando outras para o cuidado propriamente dito, as primeiras sendo denominadas *lady-nurses* por possuírem alta posição social, e as que prestavam o cuidado direto as *nurses*, de nível social inferior. Surge aí uma dicotomia no trabalho

da Enfermagem: a separação entre o administrar (das *lady-nurses*) e o cuidar (das *nurses*) (SANTOS et al., 2013).

Esta dicotomia trouxe e ainda traz inúmeras consequências para o desenvolvimento das atividades da profissão, o que, não raro, pode contribuir para visões fragmentadas dos processos de trabalho e para um caminhar lento no pensamento crítico necessário ao avanço da profissão.

Sabe-se que o trabalho sempre sofreu influências de cada época, sendo que os maiores impactos ocorreram em virtude da primeira e segunda Revoluções Industriais. Em consequência disso, buscou-se melhorar a organização do trabalho. Dentre deste contexto surgiu a Teoria Científica da Administração, cujo maior representante foi Frederick Winslow Taylor (1856 - 1915) que defendia o aumento da produção, a padronização das tarefas, bem como a preocupação com o tempo necessário para desenvolvê-las. Outro teórico da administração, Henry Fayol (1841 -1925) criou a Teoria Clássica da Administração destacando a organização como uma estrutura hierarquizada, estática, que tem como princípios: autoridade, responsabilidade, disciplina, a unidade de comando e direção, além da divisão de tarefas (VAGHWTTI et al., 2011).

Os princípios da Escola Científica e Clássica da Administração foram preconizados por Taylor e Fayol, em meados do século XIX e utilizados inicialmente na organização do trabalho realizado nas indústrias. Contudo, a administração em enfermagem foi mais tarde influenciada por este estilo de gerência que, até hoje, predomina na Enfermagem, sendo marcada por estruturas permanentes e rígidas, com ênfase na divisão do trabalho e descrição dos cargos e procedimentos.

Este estilo de gerência não tem permitido aos trabalhadores da enfermagem criar espaços coletivos de gestão, pois as relações técnicas são valorizadas em detrimento das relações sociais e os trabalhadores são vistos como meros produtores de capital (ERDMANN et al., 2011; LANZONI et al., 2015). Porém, é notório que o mundo e as organizações passam por inúmeras transformações, o que exige das pessoas a aquisição de diferentes conhecimentos e novas posturas.

Esta visão e prática fragmentadas e históricas do trabalho de enfermagem devem ser ultrapassadas pela visão de integralidade do cuidado, o que envolve o cuidado propriamente dito e o gerenciamento deste cuidado (DA SILVA et al., 2012). Para tanto, as Diretrizes Curriculares Nacionais, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação, por meio da Resolução CNE/CES N° 3, de 7 de novembro de 2001, definem

princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, incluindo o perfil do egresso, as competências e habilidades gerais e específicas. Destacam que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001).

Nota-se que as competências e habilidades gerenciais destacam-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais e se acredita que através de seus conhecimentos, habilidades e atitudes em gerenciamento, a enfermagem seja capaz de prover o ambiente adequado à realização de processos de trabalho eficientes e eficazes.

A enfermagem está inserida no setor saúde e, assim como este, passou e passa por inúmeras transformações. Historicamente, seu ensino na graduação foi pautado em um ajuste às exigências do mercado numa aceitação passiva das políticas de cada época. Ainda neste contexto histórico do ensino de enfermagem no Brasil, é importante ressaltar que, em virtude da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional (BRASIL, 1996) há inovações e mudanças na educação no país, onde é prevista uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso.

O perfil de profissional enfermeiro exigido requer habilidades cognitivas e operacionais sustentadas pela ética e política. São exigidas do enfermeiro competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político e por atender estas exigências, o enfermeiro tem sua relevância ampliada na atuação nos sistemas de saúde, sendo valorizado pelo seu desempenho profissional e contribuição para transformações nos processos. Sendo assim, o trabalho da enfermagem adquire cada dia maior destaque, contribuindo para implementações e mudanças nas políticas de saúde.

Ao gerenciar o cuidado, o enfermeiro garante a qualidade da assistência oferecida. A gerência em enfermagem tem sido apontada como um instrumento fundamental para a efetivação de políticas, possibilitando construir um modelo assistencial voltado às necessidades das pessoas, primando pelos valores da profissão (PROCHNOW et al., 2007).

Portanto, defendem-se reflexões sobre as novas tendências gerenciais e como elas podem influenciar a organização do trabalho de enfermagem e as ações dos enfermeiros gerentes em estratégias que atendam aos desafios da profissão. Assim,

conhecimentos mais atualizados devem ser buscados e incorporados à prática profissional (CAVEIÃO, MONTEZELI, 2013). Isto poderá gerar mudanças na cultura profissional e contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem.

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE MORTE E MORRER

Como já apresentado, um dos temas que merecem discussões mais aprofundadas em nossa sociedade é a morte e o morrer, pois o homem luta contra a ideia de nossa finitude e ao refletir sobre a morte traz à tona diversos sentimentos com os quais não tem habilidades de lidar, pois a morte remete à fragilidade humana e à finitude da vida.

No entanto, têm-se que considerar que cada sociedade tem sua própria cultura, crenças e valores, o que influencia seus membros diante de questões relativas à morte e morrer e, por conseguinte, as práticas de cuidado realizadas.

Diante disso, o ser humano busca recursos para enfrentar a morte, sendo a religião ou religiosidade/espiritualidade, os principais. Boff (2000) destaca que a espiritualidade consiste na busca de um sentido maior de transcendência da vida, integrando crenças, símbolos, visão de mundo e, por conseguinte, condutas. Já a religião está ligada aos aspectos instituídos de determinadas práticas religiosas conforme distintas tradições e ritos.

Assim como os pacientes e familiares têm suas crenças, valores e recursos de ajuda para o enfrentamento do desgaste gerado diante do processo de morte/morrer, os profissionais possuem crenças e buscam recursos para o enfrentamento da morte dos pacientes que estão sob seus cuidados. Estes mostram ser decisivos nos processos de tomada de decisão necessários e nas ações implementadas.

A compreensão da morte é complexa, porém essencial. Para que haja mudanças rumo a um melhor enfrentamento da morte, defendemos que discussões devem ocorrer nos diferentes cenários da sociedade, não somente no âmbito acadêmico.

Cavedon (2011) propõe abordagens teóricas sobre a morte bem como outras ações para o preparo dos profissionais que lidam com isso. Outros apontamentos são desenvolvidos no intuito de aprimorar a formação acadêmica para o lidar com a morte. Uma possibilidade é abordar concepções menos biologicistas da morte, enfim, quebrar o paradigma biomédico. Os cursos de graduação precisam abandonar o modelo positivista, pois educam o aluno para lidar com a morte do ponto essencialmente

técnico e esquecem que o ser humano é constituído de emoções, crenças e valores. Continuar negando-a na graduação contribui para o despreparo dos profissionais e para o cuidado inadequado. Há que se evoluir e humanizar a assistência de enfermagem a ponto de realizar um cuidado integral, que atenda às demandas dos seres humanos e o compreendam dentro de um sistema complexo.

Quintana e colaboradores (2008) sugerem espaços de discussão para pequenos grupos como uma forma de favorecer a reflexão e a abertura de canais de comunicação sobre a morte. A abertura destes espaços para a expressão de dúvidas, da dor e do sofrimento é primordial para o amadurecimento dos futuros profissionais. Precisa-se de um currículo que inclua a tanatologia, área de investigação científica que tem como objetivo analisar a morte e o morrer da espécie humana, em diferentes momentos e não apenas em uma ou outra disciplina, ou seja, a tanatologia deve ser estudada dentro de uma perspectiva multidisciplinar (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

Ao pensar em mudanças curriculares acredita-se que, primeiramente, deve-se refletir nas habilidades e competências dos docentes. São necessárias pesquisas junto aos docentes a fim de esclarecer estas questões, assim como reconhecer e trabalhar a partir de suas necessidades. Sem isso não se pode realizar mudanças profundas no processo de ensino-aprendizagem sobre a problemática aqui discutida (DOS SANTOS, HORMANEZ, 2013).

Outro aspecto a ser destacado é a necessidade das organizações oferecerem auxílio àqueles que convivem com a morte nas práticas laborais, pensamento este também de Cavedon (2011) visto que os profissionais podem apresentar distúrbios psicoemocionais em decorrência de suas atividades profissionais.

2.3 APONTANDO ASPECTOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DE SITUAÇÕES DE MORTE E MORRER

Para a sociedade, a morte é vista como um acontecimento misterioso e muitas vezes gera medo e terror. Nesse contexto, os profissionais de saúde, dentre eles, os da enfermagem buscam afastar-se da morte, geralmente negando-a (DOS SANTOS, HORMANEZ, 2013).

Sabe-se que os profissionais de enfermagem assistem os pacientes na totalidade do tempo de internação e são os profissionais que mais têm contato e desenvolvem vínculos com os pacientes e familiares. Sendo assim, era de se esperar que tivessem mais habilidade para o lidar com situações de morte e morrer.

No entanto, não raro os profissionais encaram a morte com desapontamento, sentindo-se frustrados diante da perda de um paciente, uma vez que, geralmente, a saúde e a vida são visadas nos cuidados de enfermagem. Assim como o processo de morte/morrer tem significados diferentes para os pacientes e seus familiares, tem também para os profissionais cuidadores. O significado da morte adquire um sentido pessoal para os trabalhadores e evoca sentimentos e reações distintas a partir do contexto em que se insere, o que pode gerar sofrimento (PRADO, 2013). Os profissionais apresentam dificuldades diversas para lidar com estas situações, o que merece atenção e estudos, de modo a causar impactos positivos na assistência de enfermagem aos pacientes e familiares e na saúde do trabalhador.

Corroborar-se com Hass e Leite (2013) quando afirmam que é necessário trabalhar os sentimentos dos envolvidos a fim de minimizar o sofrimento. As autoras ainda apontam que as instituições formadoras não conseguem preparar adequadamente os profissionais para enfrentar o processo de morrer e morte (HAAS, LEITE, 2013). Ainda sobre a formação dos profissionais de saúde, Oliveira e colaboradores (2011) pontuam que ela ainda é direcionada para a promoção, recuperação e preservação da vida, de modo que os deixa despreparados para o lidar com situações de morte e morrer (OLIVEIRA et al., 2011).

Um aspecto relevante dos cursos de graduação na área da saúde, o que inclui a enfermagem, é que logo no primeiro ano os estudantes deparam-se com o corpo sem vida nas aulas de anatomia e começam a lidar com o tema morte por meio da negação, da despersonalização do ser humano, ao estudar em cadáver e peças anatômicas sem receber qualquer orientação e apoio (DOS SANTOS, HORMANEZ, 2013). Este modelo de currículo, despojado de aprofundamentos sócio- filosóficos, pode contribuir para visões inconsistentes e desumanas sobre a prática profissional e o sentido da vida e da morte.

Cada vez mais nos cursos da saúde, em especial da enfermagem, a visão dos pacientes nas diferentes dimensões tem sido buscada. Mas nota-se que os currículos ainda permanecem fragmentados, com enfoque no modelo biomédico e tecnicismo, o que não tem permitido uma atenção integral aos pacientes e familiares (OLIVEIRA et al., 2011).

O docente, ao se sentir inseguro na abordagem de situações de morte e morrer, tenta se proteger, reprimindo as emoções suscitadas e trata estas situações com impessoalidade, investindo mais nos procedimentos técnicos ligados ao preparo de

corpo e às “burocracias” envolvidas neste processo e acaba por não propiciar aos alunos oportunidades para reflexão sobre a morte (DOS SANTOS, HORMANEZ, 2013).

Num contexto de mudanças na forma de pensar e agir diante da terminalidade e da morte, surge um novo conceito de cuidados, denominado de “Cuidados Paliativos” (CP), em que os profissionais devem ajudar a suprir as necessidades físicas, mentais, sociais e emocionais dos pacientes que apresentam doenças crônicas ou que não tenham possibilidade de cura, assim como dos seus familiares. Os cuidados paliativos representam uma quebra de paradigma dentro da saúde, uma vez que entendem a morte como parte da vida e buscam proporcionar conforto através do controle de sintomas apresentados pelo paciente (OLIVEIRA et al., 2011; WHO, 2012).

Acredita-se que a exposição frequente dos enfermeiros a situações de morte e morrer pode afetar a saúde mental e física destes profissionais e que as escolas formadoras e as organizações trabalhistas devem oferecer subsídios para o desenvolvimento de habilidades e atitudes para uma melhor prática profissional.

Diante disso, percebe-se a necessidade de investigações acerca desta temática, sobretudo quanto ao gerenciamento dos cuidados de enfermagem diante da morte e morrer, pois se acredita que o gerenciamento é o fio condutor dos cuidados de enfermagem e que mudanças significativas nas concepções e práticas de cuidado ocorrem a partir da vontade e do pensamento dos gestores do serviço de enfermagem.

Capítulo III

Aquarela (Toquinho)

Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo
 E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo
 Corro o lápis em torno da mão e me dou uma luva
 E se faço chover, com dois riscos tenho um guarda-chuva

Se um pingüinho de tinta cai num pedacinho azul do papel
 num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu
 vai voando, contornando a imensa curva Norte e Sul

Vou com ela viajando Havai, Pequim ou Istambul
 Pinto um barco a vela branco navegando,
 é tanto céu e mar num beijo azul

Entre as nuvens vem surgindo um lindo avião rosa e grená
 Tudo em volta colorindo, com suas luzes a piscar
 Basta imaginar e ele está partindo, sereno e lindo
 e se a gente quiser ele vai pousar

Numa folha qualquer eu desenho um navio de partida
 com alguns bons amigos bebendo de bem com a vida
 De uma América a outra consigo passar num segundo
 Giro um simples compasso e num círculo eu faço o mundo

Um menino caminha e caminhando chega no muro
 e ali logo em frente a esperar pela gente o futuro está
 E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar

Não tem tempo nem piedade nem tem hora de chegar
 Sem pedir licença muda nossa vida,
 depois convida a rir ou chorar

Nessa estrada não nos cabe conhecer ou ver o que virá
 O fim dela ninguém sabe bem ao certo onde vai dar
 Vamos todos numa linda passarela de uma aquarela que um dia enfim
 Descolorirá

Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo (que descolorirá)
 e com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo (que descolorirá)
 Giro um simples compasso e num círculo eu faço o mundo (e descolorirá)

CAPÍTULO III

REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO - PENSAMENTO COMPLEXO

O presente capítulo apresenta o referencial teórico- filosófico utilizado, o Pensamento Complexo na perspectiva de Edgar Morin, trazendo a interface do PC com o gerenciamento do cuidado de enfermagem. Os princípios e conceitos apresentados foram utilizados na análise e interpretação dos dados deste estudo, buscando a compreensão da complexidade envolvida no gerenciamento do cuidado de enfermagem diante de situações de morte e morrer.

Considerando a complexidade presente neste estudo e a necessidade de relacionar o todo e as partes envolvidos nesse processo, e vice-versa, seja no que concerne ao ser humano como ser complexo e em processo de finitude, faz-se necessária a utilização de referenciais teórico e metodológico dinâmicos e flexíveis, que sejam capazes de atender os objetivos propostos.

Por isso, adota-se, neste estudo, o paradigma da complexidade, na perspectiva de Edgar Morin, auxiliado por outros autores que discutem a complexidade, com a intenção de apreender e discutir a complexidade que envolve o objeto e os participantes deste estudo, pela demanda do enfermeiro em encarar a diversidade de situações no cotidiano gerencial, para integrar, aglutinar e articular as ações da equipe de enfermagem. Conforme destaca Morin (2013), a adoção do PC visa atingir uma camada mais profunda da realidade, na busca do caráter multidimensional de toda a realidade que permeia o fenômeno estudado.

O termo complexidade vem do latim- *complexus*, significando aquilo que é tecido junto, ou do que se compõe de elementos diversos e heterogêneos tecidos em conjunto (MORIN, 2008). A complexidade permeia o todo e as partes que o compõe e é neste sentido que é compreendida como um pensamento que não separa, mas une e busca as relações interdependentes de todos os aspectos da vida, ela coloca o paradoxo do uno no múltiplo. Destaca-se que essa forma de pensar não é algo novo, ficou encoberta no campo do conhecimento científico por conta do paradigma do positivismo e o retorno ao pensamento complexo se fortaleceu pela física quântica.

A ciência e com ela a humanidade, insistem em negar a complexidade ao passo que buscam a explicação da realidade a partir da simplificação/redução, ignorando o contexto, dissociando a parte do todo, e vice-versa, fragmentando o saber (SILVA, 2012). O paradigma da simplificação “separa o objeto do seu meio, separa o físico do

biológico, separa o biológico do humano, separa as categorias, as disciplinas, reduz o complexo ao simples, unifica o diverso [...]” (MORIN, 2003, p. 31).

Por outro lado, Morin (2010a) defende que os próprios problemas só podem ser pensados corretamente em seus contextos, bem como os próprios contextos em que tais problemas estão inseridos devem ser posicionados cada vez mais em um conjunto globalizante, planetário. O PC é um pensamento que se esforça para fazer as ligações e religações das dimensões de um fenômeno, buscando contextualizá-lo, situar o conhecimento e uma informação em seu contexto a fim de que eles adquiram sentido.

O PC busca a articulação entre os domínios disciplinares, e posiciona-se contra a superespecialização, já que compartimentaliza e impede contextualização e a visualização do global como essencial. Para Morin (2008), a partir de um certo nível de especialização a compartimentalização impede de contextualizar e globalizar. Dessa forma, a superespecialização contribui para o desenvolvimento de um conhecimento mutilado (MORIN, 2010b). Morin (2008; 2010a) enumera caminhos que possibilitam pensar e compreender a complexidade, contemplados em princípios que, em conjunto se inter-relacionam, desvelam a essência do pensamento complexo. Já Mariotti (2010, p. 93) denomina esses princípios de “operadores cognitivos ou conceituais do pensamento complexo”. Segue um breve apontamento dos princípios do PC:

Princípio dialógico- associa dois termos ao mesmo tempo complementares e antagônicos. Sobre o princípio dialógico está a interação de fenômenos ou forças contrárias/divergentes que culminam em crescimento/desenvolvimento e/ou organização para manutenção de sistemas. Desse modo, a dialógica transcende a ambivalência e contradição ao contemplar a interação entre ordem e desordem para a organização de um sistema. Este princípio transcende a ambivalência e a contradição ao abordar a interação entre ordem/ desordem/interação/organização.

Princípio da recursão organizacional (recursividade)- um processo recursivo é um processo onde os produtos e os efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores do que produz. Este princípio ultrapassa a noção de regulação com as de produção e auto-organização. Por exemplo: os indivíduos produzem a sociedade, que produz os indivíduos.

Princípio hologramático- representado pelo holograma físico, onde o menor ponto da imagem do holograma contém a quase totalidade da informação do objeto selecionado, configurando-se numa representação onde não só o todo está na parte, mas também

as partes estão contidas no todo. No entanto, isso não significa que a parte seja um reflexo exato do todo, haja vista, que cada parte cultiva sua singularidade, mas de algum modo contém o todo. Nessa lógica recursiva, o conhecimento adquirido das partes volta-se sobre o todo, partindo do conhecimento das partes pelo todo e do todo pelas partes, num mesmo movimento produtor de conhecimentos. Isso implica não mais aceitar um sistema complexo segundo o pensamento linear e simplista/reducionista (que quer compreender o todo partindo somente das partes) ou do “holismo”, que não é menos simplificador ao negligenciar as partes para compreender o todo (MORIN, 2008b).

Princípio sistêmico ou organizacional- liga o conhecimento das partes o conhecimento do todo. É oposto à ideia reducionista de que o todo é mais do que a soma das partes. A ideia sistêmica sugere que o todo é mais do que a soma das partes em virtude das qualidades emergentes das partes que retroagem sobre as mesmas estimulando as suas potencialidades e o todo é igualmente, menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto.

Princípio da retroatividade- rompe com o princípio da causalidade linear, à medida que a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa; permite o conhecimento dos processos auto-reguladores.

Princípio da autonomia-dependência (auto-organização)- permite aos sistemas vivos a auto-organização de suas partes para o equilíbrio e manutenção do todo. Os seres vivos são seres auto-organizadores que não param de se auto-produzir dependendo, portanto, de energia para manter sua autonomia, sendo considerados como autoecorganizadores.

Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento- todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas (MORIN, 2010a).

Os cuidados de enfermagem encontram-se inseridos em contextos complexos os quais exigem do enfermeiro a realização de conexões, inter-retroações para novas possibilidades de atuação. Assim, há que se reconhecer e valorizar a complexidade em todos os cenários em que se processam as interações humanas, não sendo diferente nas atitudes de cuidado da enfermagem e ações de saúde.

O PC vai de encontro ao paradigma da simplificação. Este guiou a ciência clássica e ainda é a corrente de pensamento evidenciada no modelo biomédico. A

enfermagem tem demonstrado reconhecer as limitações deste modelo, mas apresenta dificuldades em superá-lo. Esta superação é essencial para um cuidar complexo.

Conforme Mariotti (2010, p.45) “o mundo real e a vida real são complexos, e como tal incluem o erro, a incerteza e a ilusão”. Ele ainda destaca que a “gestão da complexidade é a aplicação do pensamento complexo e suas ferramentas conceituais e operacionais às diversas modalidades de gestão”. Em vista disso, o autor sugere aprender a pensar dialogicamente a ordem/desordem/interação/organização dos fenômenos, sendo este o passo inicial e fundamental para se pensar na complexidade dos objetos, fatos e acontecimentos. Cabe ressaltar que estes elementos encontram-se interconectados e interdependentes e, portanto, não podem ser vistos e analisados separadamente (MARIOTTI, 2010).

O PC se apresenta como possibilidade de o enfermeiro pensar, planejar, organizar, implementar, avaliar e analisar suas atividades no que concerne ao gerenciamento do cuidado de enfermagem tendo como base um pensamento não reducionista, considerando que estes cuidados encontram-se inseridos em contextos complexos os quais exigem do enfermeiro a realização de conexões para novas possibilidades de atuação buscando melhorias na qualidade do gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Considerando isso, buscar-se-á ao longo desse estudo pensar o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer à luz do PC.

Capítulo IV

Basta (Íliria Leigo)

Eu senti que seguir era só trafegar no amor de alguém
Ao pensar que fazer era mais
Me perder pro amor de uma só vez

Mesmo sendo um olhar desigual
Sempre ví que o tempo era o tal
Me perdi dentro da sua lei
Nem vivi o amor que sonhei

Basta com a paz do verão que me deu
Chega de caís, de porão e portais
Por ter meio, por ser chão eu me entrego

Basta com a dor que o inverno me deu
Chega de chás, de perdão e jornais
Por ser meio, por ter chão eu me encerro

Sei que pensei quando ia mudar
Parecia demais, meu bem
Tanto faz, a medida era o mal
O soluço da vez era você

Apontar meu defeito não faz esse jeito tenaz me deixar
Corromper meu instinto não traz a distância da paz que achei

CAPÍTULO IV

REFERENCIAL METODOLÓGICO- GROUNDED THEORY- TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

Apresenta-se neste capítulo o referencial metodológico utilizado (Teoria Fundamentada nos Dados), revelando o tipo de abordagem metodológica (Qualitativa) e apresentando o modelo quadripolar que guia a coerência epistemológica do estudo. Também, neste capítulo, são apresentados o cenário do estudo, a caracterização dos participantes, as etapas da coleta de dados, o processo de codificação destes e, por fim, faz considerações sobre os aspectos éticos envolvidos neste estudo.

4.1 IDENTIFICANDO O TIPO DE ESTUDO

O método que norteia a execução do trabalho de investigação é estruturado de acordo com a Grounded Theory (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), como foi traduzida para o português. Trata-se de um tipo de pesquisa interpretativa situada como uma variante dentro do interacionismo simbólico e processa-se como uma metodologia de investigação qualitativa usada no desenvolvimento de uma teoria fundada em dados sistematicamente coletados e analisados (STRAUSS e CORBIN, 2008).

Trata-se de uma abordagem qualitativa proposta pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss no início da década de 60, sociólogos que desfrutavam de conhecimentos inerentes à tradição em pesquisa na Universidade de Chicago e influência do Interacionismo Simbólico. Assim, originou-se a TFD, que foi inicialmente apresentada por Glaser e Strauss em 1967 (STRAUSS e CORBIN, 2008).

A TFD como referencial interpretativo e sistemático busca a essência dos fenômenos vividos a partir da análise das perspectivas das pessoas envolvidas nos processos, de modo a gerar uma teoria explicativa da experiência ou do fenômeno. A teoria evolui durante a pesquisa real e o faz devido à contínua interação entre análise e coleta de dados, em um constante movimento de ir e vir aos dados, da coleta para a análise e vice-versa, acrescentando novas perspectivas ao entendimento dos fenômenos estudados. De modo que nesta metodologia a teoria é desenvolvida a partir da análise contínua dos dados coletados que por sua vez, direcionará a continuidade da coleta de dados (STRAUSS e CORBIN, 2008).

Cabe destacar que, na TFD, os dados são a base da análise e os mesmos podem ser originados de entrevistas, observações, documentos, publicações ou da

combinação de técnicas e que a análise ocorre concomitantemente à coleta, pelo método comparativo constante (STRAUSS e CORBIN, 2008; TAROZZI, 2011).

Portanto, diversos procedimentos fazem parte desta metodologia, de modo a dar subsídios para uma boa análise dos dados e construção/reformulação de teorias a partir dos dados obtidos nas falas dos participantes, o que mostra os significados atribuídos por estes aos fenômenos estudados. O pesquisador deve obedecer rigorosamente aos passos da coleta e análise de dados, deve deixar os participantes da pesquisa à vontade, buscando sempre o equilíbrio com a sensibilidade teórica, de modo a obter informações relevantes para a pesquisa e habilidade para detectar os significados presentes nos dados (STRAUSS e CORBIN, 2008; TAROZZI, 2011).

Este rigor visa identificar, desenvolver e relacionar os conceitos oriundos da coleta de dados de forma que eles tenham relevância teórica durante os procedimentos de codificação e formação de categorias, até culminar com a categoria central e construção de uma teoria sobre o fenômeno pesquisado (STRAUSS e CORBIN, 2008; TAROZZI, 2011).

A fim de representar o método desta abordagem, optou-se por reunir as etapas apresentadas por Stern (1980), Glaser e Anselm (1967), Strauss e Corbin (2008) e as apresentar a seguir: coleta dos dados empíricos, os procedimentos de codificação ou análise dos dados; codificação aberta, codificação axial (formação e desenvolvimento do conceito); codificação seletiva (modificação e integração do conceito) e delimitação da teoria.

Coleta dos dados empíricos

A entrevista e observações são algumas opções de coleta de dados qualitativos, sendo que a entrevista permite flexibilidade para questionar os participantes visando a compreensão da realidade investigada. Além disso, pode-se avaliar as respostas juntamente com a observação do comportamento não-verbal do participante.

A relevância da amostra consiste no valor que os dados trazem em si mesmo. Cabe destacar aqui que a coleta é efetuada até acontecer a saturação teórica, ou seja, quando nenhum dado novo ou relevante que emergir tem relação com o desenvolvimento das categorias e quando estas já estão saturadas em relação ao fenômeno estudado (GLASER ; ANSELM, 1967).

Defende-se a TFD como um referencial metodológico na realização de pesquisas em quaisquer âmbitos, em especial o da Enfermagem, tendo em vista que se trata de abordagem interpretativa e sistemática que possibilita a construção de

conhecimento de realidades pouco exploradas, favorecendo novo olhar sobre a realidade. Isto, por sua vez, pode gerar ações e aperfeiçoar os conhecimentos da Enfermagem e constitui-se um meio de gerar teorias a partir da sua prática.

Também para a prática metodológica, De Bruyne, Herman e Schoutheete (1991) conceberam um espaço quadripolar desenhado em um determinado campo de conhecimento. Esta delimitação guia a coerência científica/epistemológica do estudo, pois uma pesquisa deve estar alicerçada e fortalecida por determinados fluxos e exigências de modo a garantir uma coerência interna que permita a articulação das múltiplas instâncias para o conhecimento. A interação entre os polos leva a um determinado potencial de produtividade científica (BRUYNE, HERMAN, SCHOUTHEETE, 1991). Estes autores distinguiram quatro pólos metodológicos no campo da prática científica, a saber: o epistemológico, o teórico, o morfológico e o técnico (BRUYNE, HERMAN, SCHOUTHEETE, 1991).

Para delimitar as bases que asseguram o rigor científico metodológico desta pesquisa, além da TFD, apresenta-se nesse momento o espaço quadripolar:

- **Epistemológico**- segundo os autores, o primeiro e decisivo polo em toda a dinâmica de pesquisa é o epistemológico que exerce uma função de vigilância crítica (DE BRUYNE; HERMAN & SCHOUTHEETE, 1991). É a garantia da objetivação, isto é, da produção do objeto científico; explicita as regras da transformação do pensamento científico. Consiste no posicionamento em que repousa a essência do conhecimento que é o eixo norteador da pesquisa. Como já abordado, utilizaremos o paradigma da complexidade e este representa o polo epistemológico;

- **Teórico**- guia a elaboração das hipóteses e a construção dos conceitos. É o lugar da formulação sistemática dos objetos científicos, propõe regras de interpretação dos fatos, de especificação e de definição das soluções provisoriamente dadas às problemáticas do estudo. Este polo determina o movimento da conceitualização (DE BRUYNE; HERMAN & SCHOUTHEETE, 1991). Em linhas gerais, se configura como o modo de olhar para o fenômeno investigado, sendo aqui representado pelo pensamento complexo na perspectiva de Edgar Morin. Tal escolha se deu a partir da compreensão do processo de morte/ morrer com enfoque múltiplas dimensões humanas e dos fenômenos envolvidos;

- **Morfológico**- é a instância do enunciado das regras de estruturação, de formação, objetivação do objeto científico, impondo-lhe certa forma (estrutura), certa ordem entre os seus elementos (DE BRUYNE; HERMAN & SCHOUTHEETE, 1991). A forma dá

consistência à teoria na prática; suscita diversas modalidades de estruturação e análise. Neste estudo a TFD representa o polo morfológico;

- **Técnico**- controla a coleta dos dados e a transformação destes em dados pertinentes à problemática a partir do confronto com a teoria que foi suscitada (DE BRUYNE; HERMAN & SCHOUTHEETE, 1991). O polo técnico mostra como a teoria será construída na prática e abarca os instrumentos/ferramentas utilizados para a coleta de dados. Considerando que o método utilizado (TFD) necessita de flexibilidade para direcionar essa etapa da pesquisa, serão utilizados entrevistas semiestruturadas e memorandos.

4.2 REVELANDO O CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário desta investigação foi um hospital público da Zona da Mata Mineira. A referida instituição realiza atendimento ambulatorial, de internação e cirurgia em diversas especialidades, reabilitação física, gestantes, recém nascidos, crianças e adultos, sendo um hospital de referência na macrorregião. A instituição desenvolve atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo campo prático de atividades de prática e estágio de diversas graduações e possui residência médica.

Ele foi inaugurado em 1948 como Sanatório para tratamento de tuberculose e, em 1978 foi transferido para a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Em 1983 tornou-se hospital geral e, no começo da década de 90, transformou-se em hospital regional (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS, 2013).

O número de atendimentos na unidade cresceu consideravelmente nos últimos anos. Em 2013, a média mensal de consultas médicas de urgência foi de 3.161 e 2.334 eletivas, 468 internações. De janeiro a agosto de 2013 foram 25.340 consultas de urgência, 19.003 consultas eletivas, 605 partos, 1.771 cirurgias e 3.802 internações (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS, 2013).

Atualmente o hospital tem capacidade instalada de 184 leitos, incluindo leitos de terapia intensiva neonatal, pediátrica e de adultos. Tem cerca de 1.000 funcionários, entre profissionais de nível superior, técnico e administrativo, sendo um dos maiores hospitais públicos da região da Zona da Mata, atendendo à macrorregião sudeste.

4.3 CARACTERIZANDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram definidos tendo como base o recurso de amostragem teórica, onde a coleta de dados é direcionada por conceitos derivados da teoria evolutiva, buscando fazer comparações, procurando fatos, locais e pessoas que ampliem as oportunidades de identificar variações entre conceitos e tornar as categorias densas a partir de suas propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O primeiro grupo amostral, escolhido de antemão, foi composto de enfermeiros assistenciais que atuam na instituição nos setores de internação médica- cirúrgica de adultos (“enfermarias”) considerando que esta temática tem sido insuficientemente discutida nestes locais, tendo como critério de elegibilidade profissionais que atuassem no hospital onde foi realizada a pesquisa, independente de gênero e que aceitassem participar como voluntário não remunerado. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: enfermeiros que estivessem afastados do serviço por quaisquer motivos, pessoas que se recusassem a participar ou assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e que solicitassem desligamento da pesquisa após a assinatura do TCLE. Assim sendo, o primeiro grupo amostral foi composto por dezoito enfermeiros.

Compreendeu-se ao coletar e analisar os dados coletados provenientes desse grupo que o gerenciamento do cuidado de enfermagem aos pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer é permeado por inter (ações) com outros profissionais de saúde, especialmente com os técnicos de enfermagem. Os enfermeiros relacionaram muito do seu fazer a partir das inter-relações com os técnicos de enfermagem. Diante disso, foram realizadas entrevistas com os técnicos de enfermagem buscando melhor compreensão do objeto do estudo. Compuseram este segundo grupo amostral doze técnicos de enfermagem.

As falas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem demonstraram inter-retro-ações com psicólogos, assistentes sociais e médicos diante do cuidado aos pacientes e seus familiares diante do processo de morte/morrer, de modo que o terceiro grupo amostral foi constituído por três psicólogos, o quarto por três assistentes sociais e o quinto grupo compreende cinco médicos, perfazendo um total de 41 participantes neste estudo. Cabe ressaltar que foram utilizados em todos os grupos amostrais os mesmos critérios de inclusão e exclusão.

No decurso da pesquisa foram reestruturados os grupos amostrais, conforme as especificidades apresentadas pelo método e que na TFD, o que há de mais significativo na amostra é a representatividade dos participantes e a qualidade das informações coletadas em seus depoimentos, e não a quantidade de participantes, uma vez que o que se busca é densidade teórica (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os participantes receberam todas as informações sobre a pesquisa, especialmente quanto aos objetivos e procedimentos e tiveram ampla liberdade em aceitar ou recusar o convite.

A realização das entrevistas foi encerrada a partir da saturação teórica, que é possibilitada pelo processo contínuo e simultâneo de coleta e análise dos dados. A saturação teórica indica que o processo de análise foi concluído, quer seja para aquela categoria específica que está em foco ou mesmo para o término do estudo. A saturação teórica é constatada quando novas ideias não aparecem nas interpretações dos dados e a recorrência dos conceitos possibilita atingir densidade analítica (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A fim de facilitar a apresentação dos participantes deste estudo, optou-se por utilizar os quadros que seguem.

QUADRO 1. Caracterização dos participantes que compõem o 1º grupo amostral - Enfermeiros assistenciais.

Gênero	16 mulheres e 02 homens
Idade	Média de 40,94 anos (considerando que 01 participante não informou idade)
Situação Conjugal	09 casados, 06 solteiros, 03 divorciados
Presença de filhos	11 têm filhos
Maior Titulação	Todos os participantes têm especialização, 01 participante tem Mestrado em Enfermagem e outro cursa Mestrado em Enfermagem
Especializações	<ul style="list-style-type: none"> • UTI Adulto – 03 participantes • UTI Adulto e Neonatal- 05 participantes • UTI Neonatal- 01 participante • UTI Pediátrica e Neonatal- 01 participante • Cardiologia- 01 participante • Saúde da Família- 04 participantes • Urgência e Emergência- 02 participantes • Gestão Hospitalar- 01 participante • Vigilância Epidemiológica- 01 participante • Acupuntura- 01 participante

	<ul style="list-style-type: none"> • Ciências da Saúde- 01 participante • Enfermagem do Trabalho- 01 participante • Saúde Coletiva – 01 participante • Métodos Diálitos e Transplante- 01 participante
Tempo de formação (graduação em Enfermagem)	Média de 16,66 anos
Número de vínculos empregatícios	11 participantes têm 01 vínculo e 7 têm 02
Tempo de atuação na área hospitalar	Média de 14,33 anos
Tempo de atuação no cenário da pesquisa	Média de 10,86 anos
Escala de trabalho	17 plantonistas e 01 diarista

Fonte: Elaboração da autora

QUADRO 2. Caracterização dos participantes que compõem o 2º grupo amostral – Técnicos de Enfermagem.

Gênero	06 homens e 06 mulheres
Idade	Média de 38,5 anos
Situação Conjugal	04 casados, 06 solteiros, 01 com união consensual e 01 viúvo
Presença de filhos	05 têm filhos
Maior Titulação	05 técnicos de Enfermagem, 02 graduados em Enfermagem, 03 cursando graduação em Enfermagem, 01 graduado em outra área, 01 especialista em outra área
Tempo de formação (técnico de Enfermagem)	Média de 12,18 anos, considerando que 01 participante não informou
Número de vínculos empregatícios	07 participantes têm 01 vínculo, 03 têm 02 e 02 têm 03 vínculos
Tempo de atuação na área hospitalar	Média de 10,87 anos
Tempo de atuação no cenário da pesquisa	Média de 4,75 anos
Escala de trabalho	Todos plantonistas

Fonte: Elaboração da autora

QUADRO 3. Caracterização dos participantes que compõem o 3º grupo amostral – Psicólogos.

Gênero	01 homem e 02 mulheres
Idade	Média de 42 anos
Situação Conjugal	02 casados e 01 com união consensual
Presença de filhos	01 tem filhos
Maior Titulação	02 com mestrado e 01 com especialização
Tempo de formação	Média de 14,33 anos
Número de vínculos empregatícios	02 participantes têm 01 vínculo e 01 participante tem 02
Tempo de atuação na área hospitalar	Média de 11,33 anos
Tempo de atuação no cenário da pesquisa	Média de 9,66 anos
Escala de trabalho	Todos diaristas

Fonte: Elaboração da autora

QUADRO 4. Caracterização dos participantes que compõem o 4º grupo amostral – Assistentes Sociais.

Gênero	03 mulheres
Idade	Média de 37 anos
Situação Conjugal	02 casados e 01 solteiro
Presença de filhos	01 tem filhos
Maior Titulação	02 com especialização e 01 com graduação
Tempo de formação	Média de 9,33 anos
Número de vínculos empregatícios	Todos participantes têm 01 vínculo
Tempo de atuação na área hospitalar	Média de 3,41 anos
Tempo de atuação no cenário da pesquisa	Média de 2,75 anos
Escala de trabalho	Todos diaristas

Fonte: Elaboração da autora

QUADRO 5. Caracterização dos participantes que compõem o 5º grupo amostral – Médicos Assistentes.

Gênero	04 mulheres e 01 homem
Idade	Média de 46 anos
Situação Conjugal	04 casados e 01 solteiro
Presença de filhos	04 têm filhos
Maior Titulação	Todos com especialização
Tempo de formação	Média de 21,6 anos
Número de vínculos empregatícios	2 têm 2 vínculos, 02 têm 3 vínculos e 01 tem 04 vínculos. Além disso, todos atendem em consultório particular
Tempo de atuação na área hospitalar	Média de 21,6 anos
Tempo de atuação no cenário da pesquisa	Média de 13,2 anos
Escala de trabalho	Todos diaristas

Fonte: Elaboração da autora

4.4 APRESENTANDO AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado para o núcleo de ensino e pesquisa da instituição e posteriormente foi encaminhado à Comissão de Ética da Instituição para aprovação e autorização da pesquisa. Após análise e aprovação, foram encaminhadas cartas à direção do Hospital e ao Departamento de Enfermagem a fim de esclarecer os objetivos do estudo e o método a ser utilizado na pesquisa, bem como solicitar apoio institucional por meio da autorização para a realização da mesma.

A seguir à anuência da instituição (ANEXO), o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Com a aprovação deste, foi realizada uma apresentação da pesquisa aos enfermeiros da instituição. A partir de então os profissionais que se interessaram e dispuseram a participar da pesquisa mediante a assinatura do TCLE agendaram a entrevista semiestruturada para a coleta dos dados.

Alguns participantes ficaram receosos de participar da pesquisa ao saberem que envolvia o processo de morte/morrer, mas aceitaram participar da pesquisa após

receberem esclarecimentos acerca da mesma. O agendamento do encontro se deu a partir da disponibilidade de cada participante e as entrevistas ocorreram em local reservado dentro do próprio cenário de estudo, utilizando-se a gravação de voz por dispositivo de MPEG Layer 4 (MP4) para que todas as falas ficassem registradas como se deram no original e assim, facilitassem a transcrição.

A técnica de entrevista semiestruturada foi escolhida por constituir em momento de relação interpessoal entre pesquisador e participantes da pesquisa, permitindo um relacionamento mais natural do pesquisador com as questões de estudo. As entrevistas foram realizadas mediante roteiro de questões norteadoras (Apêndices B, C,D, E e F), que eram abertas e não valorativas e no decurso da entrevista, novas questões eram suscitadas buscando aumentar a densidade da discussão dos tópicos levantados.

Alguns cuidados foram tomados durante a entrevista para que os entrevistados se sentissem à vontade e seguros. A pesquisadora procurou demonstrar confiança e disposição, atentando para sua postura física, tom de voz e linguagem; o gravador permaneceu sobre uma bancada próxima, de modo que os braços permanecessem soltos; a entrevistadora buscou olhar nos olhos dos entrevistados, manteve os pés em direção aos entrevistados demonstrando segurança, confiança e interesse. Durante as conversas a entrevistadora evitou o uso de gírias e trejeitos e buscou falar a mesma língua do participante; e buscou interferir o mínimo necessário nos discursos, permitindo que as entrevistas fluíssem sem interrupções. Além disso, durante as entrevistas a pesquisadora procurou demonstrar interesse e entendimento diante das falas, enviando sinais de empatia e estímulo aos sujeitos com gestos, acenos de cabeça, olhares, dentre outros, buscando manter a imparcialidade diante dos relatos.

Outros instrumentos utilizados foram os memorandos (APÊNDICE G), que são instrumentos metacognitivos utilizados para registro das reflexões e intuições que apoiam e guiam a emergência da teoria em todas as suas fases, sendo que são mais úteis quando mais refinados (TAROZZI, 2011). Estes instrumentos permitiram o registro de informações relevantes sobre as percepções e observações que a pesquisadora teve acerca da entrevista e da interação (ação) com os participantes.

Foi realizado um levantamento do perfil dos participantes antes do início da pesquisa no intuito de obter uma abordagem geral sobre idade, gênero, tempo de prática profissional e formação acadêmica.

Após as entrevistas com os enfermeiros, foram realizadas entrevistas com novos grupos amostrais: técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e médicos

buscando explorar os conceitos apresentados e buscar a compreensão do fenômeno estudado, utilizando os mesmos critérios de rigor científico do primeiro grupo amostral.

Morin trata das conexões do saber, valorizando a multidimensionalidade e interdependência, mas, ao mesmo tempo, as singularidades do cuidado de cada profissão. Desse modo, busca-se associar os profissionais que interagem no cuidados aos pacientes e familiares, evitando uma fragmentação do conhecimento e buscando uma ruptura da patologia do saber, a partir de conhecimentos contextualizados (2010a).

A TFD exige do pesquisador uma afinidade e respeito para com todos os participantes da pesquisa, sendo que esta afinidade é um pré requisito para a obtenção de dados confiáveis por oportunizar o acesso aos participantes da pesquisa, por permitir uma intimidade entre os participantes e pesquisador na busca da compressão dos conceitos e fenômenos, de modo que os resultados alcançados sejam dados a partir das opiniões e ações dos participantes, e não de suposições do pesquisador (TAROZZI, 2011).

O trabalho de campo ocorreu no período de maio de 2015 a janeiro de 2016, sendo encerradas as entrevistas diante da saturação teórica quando novas ideias não apareceram nas interpretações dos dados e a recorrência dos conceitos possibilitou atingir densidade analítica conforme delimitado por Strauss e Corbin (2008).

4.5 FAZENDO CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS ÉTICOS

Após a anuência da instituição (ANEXO), o projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado em 29 de abril de 2015 [Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 41743414.9.0000.5238].

Foram observadas as disposições existentes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012 e respeitados individual e coletivamente as questões relacionadas à bioética, “tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros”, com vistas a garantir os deveres e direitos dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2013).

Os participantes foram previamente informados sobre a pesquisa e seu objetivo, sendo garantido o anonimato, privacidade e sigilo das informações observadas ou reveladas de forma a resguardar e preservar os direitos e a sensibilidade. Um pseudônimo foi oferecido a cada um deles para garantir o anonimato. Foi esclarecido que a interrupção da participação poderia se dar a qualquer momento sem que

houvesse qualquer prejuízo ou dano. Todos esses itens foram descritos de forma simples e clara no TCLE (APÊNDICE A), sendo elaborado em duas vias: uma para a participante e uma para a pesquisadora e, somente mediante a aceitação e assinatura deste, foi colhido e registrado seu depoimento. O TCLE foi lido em conjunto com o participante e trouxe em seu bojo informações relativas ao objetivo, justificativas e procedimentos que seriam adotados na realização da pesquisa.

Também foi explicitado que se trata de uma pesquisa de risco mínimo devido ser coleta de depoimento e que se houver dano de qualquer tipo (físico, mental, emocional e/ou espiritual), este será de responsabilidade da pesquisadora, que deverá encaminhar as participantes para os serviços disponíveis.

Assegurou-se aos participantes benefícios resultantes do projeto em termos de acesso à pesquisadora e aos dados coletados, retorno social da pesquisa. Acredita-se que este estudo poderá contribuir, ainda, para melhorias na assistência de enfermagem realizada aos pacientes e familiares, além de fornecer subsídios para o ensino de enfermagem na temática abordada.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização. Cabe, também, ressaltar que para o desenvolvimento do estudo, a pesquisadora foi responsável pela coleta e análise dos dados, não havendo qualquer ônus financeiro para a instituição e para os participantes da pesquisa, pois os materiais necessários e outros custos adicionais para os retornos propostos foram pagos pela autora.

4.6 COMPREENDENDO O PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS

A TFD possui rigorosas etapas de codificação que visam a redução e o refinamento dos dados, o que é fundamental para se chegar à teoria. Tal processo consiste na separação, conceitualização, densidade e estabelecimento de relações entre os conceitos (TAROZZI, 2011).

O processo de codificação é dinâmico e fluido, apesar do rigor necessário e realizado por meio de técnicas e procedimentos (STRAUSS; CORBIN, 2008). É preciso entender esta lógica do processo analítico para que ele não se torne mecanizado.

De acordo com Strauss e Corbin (2008), o primeiro passo na construção da teoria é a conceituação, que é a representação abstrata de um fato, objeto ou interação que um pesquisador busca identificar e compreender.

Os dados obtidos nas entrevistas foram submetidos à análise seguindo as etapas de codificação aberta e axial. Destaca-se que a codificação seletiva ainda será desenvolvida, buscando a integração e o refinamento da teoria.

Cada etapa de codificação tem objetivos diferentes e utiliza procedimentos também distintos, de modo que podemos dizer que a codificação aberta busca identificar os conceitos e suas propriedades e dimensões; a codificação axial busca desenvolver sistematicamente as subcategorias e as categorias, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões e a codificação seletiva busca integrar as categorias e refiná-las, buscando a delimitação da teoria através do seu refinamento (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Codificação Aberta- formação dos códigos preliminares

Consiste na primeira etapa do processo de análise dos dados, realizada manualmente, mediante leituras das entrevistas, submetendo-as a um processo detalhado de codificação, linha a linha (microanálise), que permite um exame minucioso dos dados, frase por frase e, algumas vezes, palavra por palavra para gerar os códigos preliminares, que expressam a essência do discurso dos participantes da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Obtendo os dados, o pesquisador examina-os linha por linha e recorta as unidades de análise. Assim cada unidade de análise é nomeada com uma palavra ou sentença exprimindo o significado desta para o investigador, de modo a facilitar o reconhecimento da mesma. Nesta etapa optou-se por utilizar as palavras dos participantes da pesquisa como nomeadores dos códigos preliminares (codificação *in vivo*) (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Cada pequeno trecho da entrevista foi examinado e questionado quanto ao que representa, sendo que para cada fragmento da entrevista atribuem-se palavras/expressões, formando os códigos preliminares. Neste momento os dados são codificados, comparados com outros e designados em categorias, sendo agrupados por similaridades e diferenças conceituais em categorias. A constante comparação de incidentes começa a gerar categorias. Como estratégias para construir as categorias, sugere-se perguntas aos dados, tais como: quando ocorre, onde ocorre, porquê ocorre, quem provoca, com quais consequências (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Estes autores esclarecem que “[...] enquanto propriedades são características ou atributos, gerais ou específicos, de uma categoria, dimensões representam a

localização de uma propriedade ao longo de uma linha ou faixa” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 117). O processo de delineamento de propriedades e dimensões inicia-se na codificação aberta e permite a diferenciação das categorias, dando-lhes precisão e densidade.

Durante o processo, o pesquisador deverá fazer registros (memorandos ou memos) sobre as idéias das relações teóricas entre os códigos e as categorias que surgirem, de modo que os memos são elementos imprescindíveis na elaboração de uma teoria fundamentada nos dados. Trata-se de uma forma de registro referente à formulação da teoria e os mesmos podem tomar as formas de notas teóricas, notas metodológicas, notas codificadas e subvariedades delas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os memorandos variam no conteúdo e tamanho dependendo da fase da pesquisa, objetivos e tipo de códigos. Devem, também, apresentar um título denotando o conceito ou categoria a que ele pertence.

Cabe ressaltar que em toda a codificação os verbos foram utilizados no gerúndio nos códigos, subcategorias e categorias, imprimindo dinamicidade, fluidez e a ideia de ação em curso.

O quadro a seguir mostra o exemplo de um agrupamento de dados brutos e a construção de códigos preliminares.

QUADRO 6. Exemplo de um agrupamento de dados brutos e a construção de códigos preliminares

DADOS BRUTOS EA 18	CÓDIGOS PRELIMINARES EA 18
<p>Eu vejo que é bastante humanizado. A gente procura fornecer cuidados, tanto a gente como os técnicos de enfermagem, orientação para essas famílias, algum suporte que elas precisem. Como eu trabalho noturno, se isso acontece durante o plantão diurno, a gente recebe uma família mais sensibilizada e mais orientada quanto ao processo que o paciente pode passar e ela também tem uma oportunidade de resolver as dúvidas, perguntar com relação aos cuidados paliativos ou alguma outra coisa que ela tenha dúvida. Eu acho que, não é uma coisa sistematizada ainda, mas é um processo em que a gente procura ter mais atenção, ter</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vendo que é bastante humanizado. • Procurando fornecer cuidados aos pacientes e famílias. • Procurando fornecer orientação para as famílias de pacientes. • Considerando que as famílias de pacientes podem precisar de algum tipo de suporte. • Procurando fornecer algum suporte para as famílias de pacientes. • Mencionando que trabalha no horário noturno. • Considerando que, se a família receber cuidados, orientação e o suporte que precisar durante o plantão diurno, os profissionais do noturno receberão uma família mais sensibilizada e mais orientada quanto ao processo que o paciente pode passar. • Tendo uma oportunidade de resolver as dúvidas, perguntar com relação aos cuidados paliativos ou alguma outra coisa que a família tenha dúvida.

<p>mais cuidado, dar mais suporte para esse núcleo familiar.</p> <p>Geralmente na passagem de plantão eu já recebo a orientação sobre esse determinado paciente. Então, é uma situação onde gente procura ter um pouco mais de atenção. É um plantão que você fica mais direcionada para aquela família no sentido de oferecer cuidados, de oferecer conforto e de orientar o técnico de enfermagem que está responsável por aquela pessoa, também, no sentido de dar um suporte maior. Procurando verificar o que está prescrito, analgesia, algum suporte nutricional que haja, alguma coisa assim, no sentido de oferecer conforto para que essa pessoa passe um processo mais tranquilo que seja, mais digno possível.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando que o gerenciamento do cuidado de enfermagem para os pacientes e para a família em processo de morte/morrer realizado nas enfermarias do hospital não é uma coisa sistematizada ainda. • Sendo um processo em que os profissionais procuram ter mais atenção. • Sendo um processo em que os profissionais procuram ter mais cuidado. • Sendo um processo em que os profissionais procuram dar mais suporte para o núcleo familiar. <ul style="list-style-type: none"> • Recebendo, geralmente, a orientação sobre os pacientes na passagem de plantão dos enfermeiros. • Sendo uma situação onde procura ter um pouco mais de atenção. • Sendo um plantão que você fica mais direcionada para aquela família no sentido de oferecer cuidados. • Sendo um plantão que você fica mais direcionada para aquela família no sentido de oferecer conforto. • Sendo um plantão que você fica mais direcionada para aquela família no sentido de orientar o técnico de enfermagem que está responsável por aquela pessoa, também, no sentido de dar um suporte maior. • Procurando verificar o que está prescrito para o paciente, como analgesia e suporte nutricional. • Oferecendo conforto para que o paciente passe um processo mais tranquilo. • Oferecendo conforto para que o paciente passe um processo mais digno possível.
--	--

Fonte: Elaboração da autora

Os códigos preliminares foram organizados de acordo com a (s) inicial (is) dos grupos amostrais e em ordem numérica crescente, de uma forma que facilmente sejam identificados. Utilizou-se, também, a estratégia de identificar o número da entrevista e a página onde está localizado cada código. Desse modo, as iniciais dos grupos amostrais foram assim utilizadas: EA (enfermeiro assistencial), TE (técnico de enfermagem), P (psicólogo), AS (assistente social) e MA (médico assistente).

Cita-se como exemplo de código preliminar para facilitar o entendimento: Quando referir-se ao código preliminar EA 9.124.8, significa que pertence ao grupo amostral de enfermeiros assistenciais, corresponde à nona entrevista, centésimo vigésimo quarto código preliminar e está na oitava página da entrevista transcrita. Esta

estratégia facilita a identificação de cada código e permite a revisitação das entrevistas sempre que isso for necessário. A organização dos códigos preliminares exige do pesquisador bastante tempo e dedicação e permite uma aproximação significativa com as falas dos entrevistados.

Após o agrupamento dos códigos preliminares por comparação buscando similaridades e diferenças surgem os códigos conceituais, que exigem habilidades do pesquisador para desenvolver seu lado criativo, intuitivo e sensível, refinando continuamente os dados apresentados nas entrevistas. Esta etapa demanda bastante tempo, organização e concentração pois busca abstrair cada vez mais os dados e implica lidar com inúmeros códigos preliminares (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O quadro abaixo mostra o exemplo de um agrupamento de códigos preliminares para a construção de um código conceitual.

QUADRO 7. Exemplo de um agrupamento de códigos preliminares para a construção de um código conceitual

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGO CONCEITUAL
EA 1.4.1 Destacando que os enfermeiros se ocupam muito mais da parte “burocrática” no processo de morte/morrer; EA 1.19.2 Considerando a atuação do enfermeiro como burocrática no processo de morte/morrer; EA 1.20.2 Tendo uma participação pequena no processo de morte/morrer; EA 1.21.2 Tendo uma participação burocrática no processo de morte/morrer; EA 1.22.2 Não entrando em contato direto com o paciente e familiar no processo de morte/morrer; EA 1.23.2 Mencionando que tem maior atuação no que diz respeito às formalidades de registros e encaminhamento para entrega da declaração de óbito. EA 3.55.3 Mencionando que alguns profissionais se preocupam mais com a burocracia envolvida no processo do que com os sentimentos dos familiares, como por exemplo, comunicar médico, funerária e preenchimento de papéis; EA 4.5.1 Considerando precária a assistência de enfermagem aos pacientes que estão em processo de morte/morrer devido às atividades burocráticas requeridas do enfermeiro; EA 4.6.1 Considerando precária a assistência de enfermagem aos pacientes que estão em processo de morte/morrer devido às atividades burocráticas requeridas com o serviço de acreditação hospitalar; EA 4.7.1 Deixando de lado a assistência para resolver questões burocráticas; EA 4.43.3 Mencionando que existem muitos protocolos e formulários que precisam ser preenchidos, demandando bastante tempo do enfermeiro; EA 4.46.4 Priorizando a realização de atividades burocráticas em detrimento da assistência aos pacientes. EA 6.75.5 Investindo mais tempo nas atividades administrativas quando ocorre um óbito no setor do que cuidando do corpo do paciente e dos familiares presentes;	Apontando a burocracia envolvida na prática laboral da enfermagem

<p>EA 6.78.5 Investindo mais tempo nas atividades administrativas do que do que no cuidado com o corpo do paciente e no cuidado com familiares;</p> <p>EA 6.80.5 Mencionando que alguém precisa assumir a responsabilidade pelas atividades administrativas no processo;</p> <p>EA 6.81.5 Considerando que o enfermeiro ocupa uma posição estratégica para assunção da responsabilidade pelas atividades administrativas no processo após a morte de um paciente pois ele coordena o setor;</p> <p>EA 13.46.3 Tendo que realizar vários processos burocráticos.</p> <p>EA 13.47.3 Mencionando que os vários processos burocráticos após o óbito não podem ser postergados.</p> <p>EA 13.56.4 Fazendo encaminhamentos após o óbito do paciente.</p> <p>EA 13.57.4 Tendo muita burocracia para resolver após o óbito do paciente.</p> <p>EA 13.58.4 Considerando que os vários processos burocráticos afastam o enfermeiro do cuidado à família após o óbito de um ente querido.</p> <p>EA 13.61.4 Mencionando que só tem um profissional para realizar os vários processos burocráticos após o óbito.</p> <p>EA 13.62.4 Mencionando que a realização de processos burcráticos é priorizada após o óbito, em detrimento da assistência à família do paciente.</p> <p>EA 13.63.4 Tendo só a enfermagem para realizar os processos burocráticos após o óbito e prestar assistência à família do paciente.</p> <p>EA 13.74.5 Considerando que falta um profissional para dedicar-se aos procedimentos burocráticos envolvidos após o óbito de um paciente.</p> <p>EA.13.75.5 Mencionando que não consegue conciliar os procedimentos burocráticos envolvidos após o óbito com a assistência ao corpo do paciente e cuidado da família.</p> <p>EA 15.14.1 Mencionando que os enfermeiros não têm muito tempo para realizar assistência de enfermagem devido às atribuições burocráticas envolvida.</p> <p>EA 15.20.2 Considerando que a enfermagem está falhando ao dispender muito tempo com atividades não assistenciais.</p> <p>EA 15.21.2 Considerando que a enfermagem está falhando muito por se afastar da assistência e dedicar-se a atribuições burocráticas.</p> <p>EA 15.23.2 Mencionando que os enfermeiros são muito cobrados em relação a atribuições não assistenciais.</p> <p>EA 16.297.15 Ficando mais no burocrático do que no assistencial quando morre um paciente.</p> <p>TE 6.69.4 Mencionando que a parte da enfermagem superior é a parte burocrática.</p>	
--	--

Fonte: Elaboração da autora

Outro aspecto importante nesta fase é o registro de notas de codificação, notas teóricas e notas operacionais, que se configuram nos memorandos, que auxiliam na (re) definição de grupos amostrais, desenvolvimento de conceitos, registros de insights, dentre outras coisas, contribuindo para a formulação da teoria.

As notas de codificação são memorandos que contêm produtos dos três tipos de codificação (aberta, axial e seletiva); as notas teóricas são memorandos que contêm inferências, interpretações ou hipóteses geradas a partir dos fatos, trazendo as considerações e ideias do pesquisador sobre a amostragem teórica. Já as notas operacionais/metodológicas são instruções, lembretes, críticas e estratégias de direcionamento de procedimentos diante dos procedimentos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Segue um exemplo de memorando.

QUADRO 8. Exemplo de memorando

Exemplo de memorando com notas de codificação

Data: 26/05/15

Na entrevista realizada a enfermeira, a princípio, dá sinais de que não sabe responder sobre como ela percebe o gerenciamento do cuidado de enfermagem aos pacientes em processo de morte/morrer. No decorrer da entrevista relata que busca um cuidado mais direcionado à situação do paciente e a promoção do conforto e da privacidade e o alívio dos sintomas que o paciente, independentemente da terminalidade.

A enfermeira considera que a família tem que ficar mais próxima do paciente em terminalidade e que deve-se ter o cuidado para que o processo de morte/morrer ser o menos sacrificante possível para o paciente e familiares e, também, para os demais pacientes da enfermaria.

Considera chocante a morte de crianças e a de “mães de família”. A morte de uma pessoa jovem não é considerada um fluxo natural. Fala que os enfermeiros são procurados pelos técnicos de enfermagem quando ficam sensibilizados com os pacientes e familiares. Ainda, considera que o cuidado da equipe muda diante do processo de morte/morrer, mas que essa mudança não chega a quebrar a rotina dos profissionais, do setor. Permanece a fragmentação do cuidado!

Expressa que muda seus sentimentos e pensamentos diante da morte a partir do trabalho no hospital embora reconheça que a morte chegará para todos em momentos distintos.

O fato da enfermeira, a princípio, dizer em tom baixo e dar sinais de que não sabe responder sobre como percebe o gerenciamento do cuidado de enfermagem aos pacientes em processo de morte/morrer me remete à primeira entrevista onde outra participante disse que não via uma ligação do gerenciamento com o processo de morte/morrer. Será que relacionamos o gerenciamento à preservação da vida? E o gerenciamento necessário diante da terminalidade da vida? E o gerenciamento quando não há mais vida? Perdemos um paciente no momento da morte mas temos que cuidar do seu corpo e temos outras vidas ligadas aquele paciente que, talvez, clamam por cuidados.

É possível ter um processo de morte/morrer menos sacrificante? Qual o papel da enfermagem nisso? Qual o papel da equipe multiprofissional nisso? Digo equipe multiprofissional porque a inter e a transdisciplinaridade ainda mostram ser alvos a serem atingidos em um número expressivo de hospitais.

Outra reflexão: a terminalidade de um paciente na enfermariapode trazer desgastes aos outros pacientes pois, dentre outras coisas, demonstra a finitude a e incerteza da vida. A certeza que temos, como bem destacado na entrevista, é que a morte chegará para todos, em momentos distintos. Sendo assim, a morte destaca a transitoriedade da vida, a fragilidade que temos e nossa (in) significância diante do universo. será que existe um fluxo natural para a vida? E para a morte? Será que o “natural” é a morte de pessoas idosas e o “anti natural”, a morte de jovens? Por quê a morte de idosos vem acompanhada, muitas vezes, de conforto, de consolo? Por quê será que a morte de jovens choca mais a sociedade e as famílias? talvez não seja questão quantitativa, mas qualitativa quando falamos de vida e morte. Será?

Fonte: Elaboração da autora

Codificação axial – formação e desenvolvimento de conceito

O investigador tenta descobrir a principal questão na cena social, do ponto de vista dos participantes do estudo e como eles lidam com isso. Consiste no reagrupamento dos dados oriundos da codificação aberta, originando-se os códigos conceituais, objetivando a reorganização dos códigos em nível maior de abstração, elaborando conexões entre as categorias e as subcategorias, especificando suas propriedades de dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, novas combinações são estabelecidas de modo a formar as subcategorias que, por sua vez, serão organizadas compondo categorias de tal forma que se inicia o delineamento de conexões entre as categorias que se referem a um mesmo fenômeno. Sendo assim, reduz-se o número de categorias e estas se tornam mais organizadas, densas e, além disso, as categorias tornam-se integradas com as outras obtidas na análise dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Categorias são conceitos que representam os fenômenos e as subcategorias dizem respeito a conceitos que pertencem à categoria, dando esclarecimentos (STRAUSS; CORBIN, 2008). Nesta etapa, o pesquisador dá seguimento à organização das propriedades e dimensões das categorias; identificar os elementos de um paradigma; relacionar as subcategorias às categorias por meio de declarações que denotem a interação entre elas e busca pistas que demonstrem a relação entre as categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os autores do método sugerem construir um esquema para organizar e explicar as conexões emergentes. Esse esquema organizacional é denominado de paradigma. Trata-se de uma estrutura analítica que “ajuda a reunir e a ordenar os dados sistematicamente, de forma que a estrutura e processo sejam integrados” (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 128).

Esse esquema estabelece relação entre as categorias de modo a contemplar os seguintes elementos:

- **Fenômeno Central** – ideia central para o qual as estratégias de ação-interação estão relacionadas. Responde a questão: “O que está acontecendo aqui?”.
- **Condição causal** – elementos/situações que possibilitam o surgimento do fenômeno. Responde a questão: “Por que isso acontece?”.
- **Contexto** – conjuntos específicos de condições que cruzam dimensionalmente neste momento e local e que condicionam a ação/interação. Responde a questão: “Onde, de que forma e quando isso acontece?”.

- **Condições intervenientes** – são aquelas que mitigam ou alteram o impacto das condições causais nos fenômenos e surgem de contingências (fatos inesperados). Responde a questão: “O que interfere para que isso se dê desta forma e não de outra?”.
- **Estratégias de ação/interação** – são as respostas estratégicas ou rotineiras (atos propositais ou deliberados) das pessoas a questões, acontecimentos ou fatos. Representam o que as pessoas fazem ou dizem (considerando-se também a não-resposta). Responde a questão: “Quem faz e como faz isso acontecer?”.
- **Consequências** – são os resultados ou expectativas da ação/interação em relação a um determinado fenômeno, resultado/resposta, positiva ou negativa. Responde a questão: “Qual o resultado disso?”.

Os componentes do paradigma estão inter-relacionados e são isolados apenas para facilitar a compreensão, visto que são indissociáveis (STRAUSS, CORBIN, 2008). O modelo paradigmático será apresentado neste estudo após a discussão dos resultados, com a apresentação do modelo condicional/consequencial do fenômeno estudado.

Codificação Seletiva – modificação e integração do conceito

Consiste na terceira etapa e pretende refinar e integrar as categorias, visando o surgimento da variável central e de integração das categorias. Este procedimento incita o investigador a desenvolver alguma estrutura teórica e é denominado paradigma de análise (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Todas as categorias serão abstraídas, analisadas e interligadas para que o pesquisador encontre o fenômeno central, que será denominado de categoria central, consistindo na teoria fundamentada nos dados sistematicamente coletados e analisados.

Em todas as etapas o pesquisador deve exercitar o pensamento crítico-reflexivo a fim de perceber as conexões entre as diversas categorias, possibilitando, dessa forma, a integração entre todas elas e que o uso da literatura é limitado antes e durante a análise a fim de evitar sua influência excessiva na percepção do pesquisador, o que pode prejudicar a descoberta de novas dimensões do fenômeno em estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008; TAROZZI, 2011).

A delimitação da teoria e das categorias resultará na categoria central, que deverá ter poucos conceitos e ser ampla e abstrata a ponto de integrar todas as outras categorias e explicar o fenômeno. Strauss e Corbin (2008) apontam que esta categoria

central pode emergir da lista de categorias já elaboradas ou pode ser criada a partir do agrupamento das mesmas.

Alguns passos devem ser tomados neste momento, conforme destacado, como relacionar as categorias delimitadas em torno da categoria central através do modelo paradigmático, validar as categorias e relações, além de realizar refinamentos necessários. Estes passos não são lineares e visam delimitar a teoria em construção (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O reconhecimento do fenômeno central se dá por perceber que está ligado a muitos outros elementos do modelo ou porque apareceu em um nível superior na hierarquia de codificação. A partir daí a tarefa é relacioná-lo sistematicamente a outros fenômenos do estudo, o que pode exigir refinamento de códigos em termos de propriedades e dimensões. Uma vez que o esquema teórico seja destacado, o pesquisador deve refinar a teoria, tirando os excessos e completando categorias que possam estar mal desenvolvidas.

Após este processo, a teoria deve ser validada. Strauss e Corbin (2008) assinalam que esta validação pode se dar através de comparação da teoria com dados brutos ou através de apreciação da teoria pelos participantes, de modo a avaliar a reação dos mesmos e seu reconhecimento na teoria.

Ao final da análise a matriz teórica será apresentada sob a forma do modelo condicional/consequencial de modo a apresentar o fenômeno investigado, apresentando a interação de condições/consequências e ações/interações e a demonstrar a conectividade existente, denotando a complexidade e riqueza dos dados (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Apresenta-se um resumo dos dados levantados na pesquisa:

- Entrevistas: 41
- Códigos preliminares: 7.988
- Códigos conceituais: 77
- Subcategorias: 31
- Categorias: 08

Capítulo V

Estrada da vida (José Ríco)

Nesta longa estrada da vida
Vou correndo não posso parar
Na esperança de ser campeão
Alcançando o primeiro lugar
Na esperança de ser campeão
Alcançando o primeiro lugar

Mas o tempo
Cercou minha estrada
E o cansaço me dominou
Minhas vistas se escureceram
E o final da corrida chegou....

Este é o exemplo da vida
Para quem não quer compreender
Nós devemos
Ser o que somos
Ter aquilo que bem merecer

Nós devemos
Ser o que somos
Ter aquilo que bem merecer...

Mas o tempo
Cercou minha estrada
E o cansaço me dominou
Minhas vistas se escureceram
E o final desta vida chegou....

CAPÍTULO V RESULTADOS

Pautando-se nos referenciais teórico e metodológico escolhidos para subsidiar este estudo apresenta-se- ão os resultados que emergiram, 31 subcategorias e 8 categorias. Estes resultados possibilitaram atingir os objetivos desta pesquisa.

As categorias analíticas relacionam o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer de pacientes nas enfermarias do hospital. Segue um quadro que relaciona as subcategorias e as categorias orientadoras da análise.

QUADRO 9. Subcategorias e as categorias orientadoras da análise

Subcategorias	Categorias
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estabelecendo 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. ➤ Apresentando opiniões e aspectos do comportamento da equipe de enfermagem diante do processo de morte/morrer de um paciente na enfermaria 	<p>Categoria 1- Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Considerando a complexidade da vida humana, a coexistência da ordem/desordem e a necessidade de estimular o pensamento complexo ➤ Tendo múltiplos olhares sobre o processo de morte/morrer e múltiplos saberes ➤ Considerando a certeza da morte e a incerteza da vida 	<p>Categoria 2- Considerando a complexidade da vida humana diante do adoecimento e da morte</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Destacando a atuação do enfermeiro no processo de morte/morrer ➤ (Re) agindo diante da terminalidade e morte de um paciente 	<p>Categoria 3- Encarando a morte no contexto hospitalar</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ (Re) agindo diante da terminalidade e morte de um ente querido ➤ Fazendo consideração sobre a percepção da terminalidade pelo paciente e suas atitudes frente a isso 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Considerando a situação de sofrimento relacionada à terminalidade e à morte ➤ Tendo desgastes devido às situações da prática laboral que envolvem o processo de morte/morrer 	<p>Categoria 4- Demonstrando sensibilidade humanística nas interações de cuidado ao paciente que vivencia o processo de morte/morrer</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Encontrando facilidades e dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer ➤ Coexistindo ordem e desordem no gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer ➤ Encontrando dificuldades para realizar cuidados paliativos ➤ Elencando aspectos sociais, éticos e legais envolvidos no processo de morte/morrer ➤ Apresentando questões relacionadas à cultura, religião/espiritualidade e formação profissional que podem interferir no processo de morte/morrer ➤ Apontando elementos institucionais que influenciam nas ações dos profissionais diante do processo de morte/morrer 	<p>Categoria 5- Apontando interfaces do gerenciamento do cuidado aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Destacando aspectos do processo de comunicação entre os profissionais ➤ Abordando o processo de comunicação com a família do paciente diante do processo de morte/morrer ➤ Abordando o processo de comunicação com o paciente diante do processo de morte/morrer ➤ (Des) Conhecendo o diagnóstico e prognóstico 	<p>Categoria 6- Destacando aspectos do processo comunicacional diante do processo de morte/morrer</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvendo estratégias de ação/interação junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família ➤ Utilizando estratégias para gerenciar o cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer ➤ Apontando as ações dos diferentes profissionais diante do processo de morte/morrer ➤ Utilizando signos e significados diante do processo de morte/morrer ➤ Negando a terminalidade da vida 	<p>Categoria 7- Desenvolvendo estratégias diante do processo de morte/morrer</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apontando consequências das ações dos profissionais na vida dos pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares ➤ Apontando a implementação de cuidados paliativos como um dos caminhos para a realização de um cuidado adequado para muitos pacientes em processo de morte/morrer ➤ Identificando potencialidades na instituição e vislumbrando caminhos para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer 	<p>Categoria 8- Vislumbrando caminhos para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer</p>

Fonte: Elaboração da autora

Ressalta-se que as falas dos participantes serão identificadas pela (s) inicial (is) do grupo amostral pertencente seguida pelo número da entrevista, de uma forma que facilite a identificação do participante e preserve seu anonimato.

5.1 CATEGORIA 1: DESVELANDO OS CUIDADOS AOS PACIENTES EM PROCESSO DE MORTE/MORRER E ÀS SUAS FAMÍLIAS

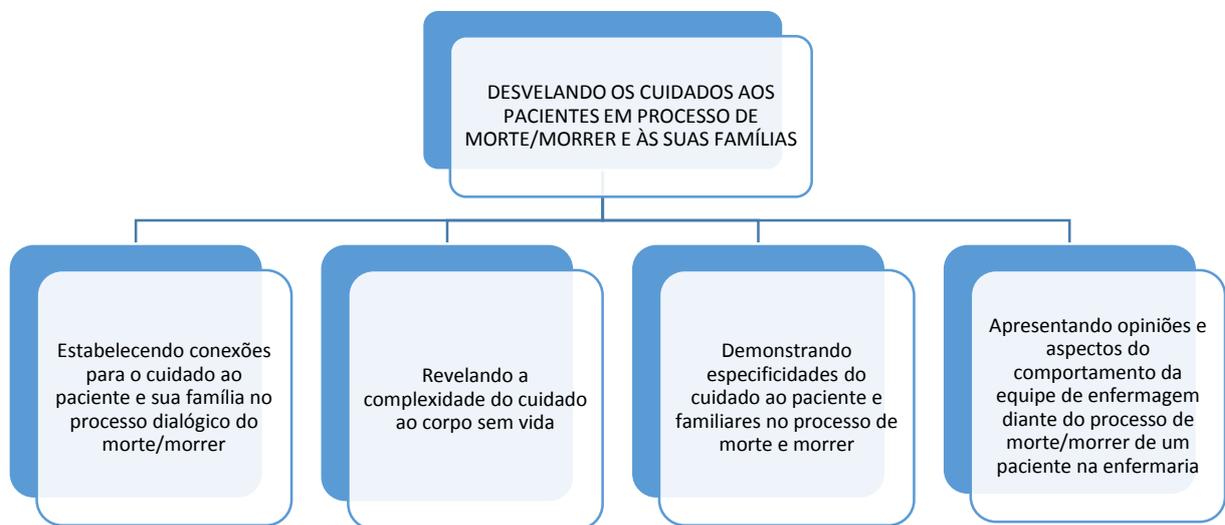
A compreensão dos cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias envolve o (re) conhecimento dos cuidados (não) realizados pelos diversos profissionais de saúde. Esta categoria revela as inter (ações) entre profissionais, pacientes e familiares e apresenta quatro subcategorias, a saber:

- Estabelecendo 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;
- Apresentando opiniões e aspectos do comportamento da equipe de enfermagem diante do processo de morte/morrer de um paciente na enfermaria.

O diagrama abaixo representa a categoria 1 e suas subcategorias.

DIAGRAMA 1- Categoria 1 e suas subcategorias



Fonte: Elaboração da autora

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

Percebe-se nas falas que os profissionais observam mais atentamente os pacientes em terminalidade, 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)

O enfermeiro avalia, o enfermeiro chama o médico. (EA 11)

Ao acompanhar mais de perto a evolução dos pacientes os profissionais conseguem (re) conhecer quando eles estão evoluindo para a morte, conforme percebemos em algumas falas:

Por que assim, às vezes a gente sabe do diagnóstico. Ou mesmo que não seja só a questão de diagnóstico, você vê que um paciente está se agravando. Você vê pelas medicações. Às vezes a gente consegue perceber que não está tendo uma resposta. (TE 9)

Porque o paciente já não corresponde mais e paciente que já está na fase final (TE 11)

Várias vezes já aconteceu de você acompanhar, você acompanha e vê que o paciente não está bem, não está evoluindo. (P1)

Mas ele não vinha respondendo a nada. Então, teve inúmeras indas e vindas ao CTI, inúmeras infecções até que o que ele não respondia ficou menos ainda. Ele não abria os olhos, as sequelas pioraram ainda mais. (MA 5)

Além de avaliar as necessidades fisiológicas dos pacientes, os profissionais preocupam-se em (re) conhecer as demandas psicológicas que eles e seus familiares apresentam.

Eu vou fazer uma abordagem com o paciente e avaliar se tem uma demanda de escuta, uma demanda de angústia. (P 1)

E a psicologia, também, que vai estar dentro dessa abordagem. A psicologia também. Muitas vezes o médico até vai sair de cena e passa tudo para a psicologia. (MA 2)

E a família, abordo a família. Também avalio como é que está a demanda dessa família, se tem demanda para atendimento ou não. (P 1)

Alguns participantes apontam que existem falhas na identificação e abordagem das necessidades psicológicas dos pacientes e dos seus familiares, quando evita-se falar sobre terminalidade e morte. Há quem pensa que os psicólogos é que devem dar atenção psíquica aos pacientes e que, se outros profissionais buscarem fazer isso podem não ter condições de dar o suporte necessário aos pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer.

Muitas vezes o médico até vai sair de cena e passa tudo para a psicologia. Porque vai estourar, vamos falar assim de uma forma bem rasgada. Quando estourar, muitas vezes o médico vai jogar para cima da psicologia: "isso é seu!". (MA 2)

Eu registro isso: "por causa do estado de saúde do paciente naquele momento não foi possível atendimento, mas que eu vou acompanhar". Vou discutir com a equipe, vou procurar me... se inteirar do caso, como é que está o caso e, tendo a possibilidade de atendimento, daí eu volto, retorno. Então eu sempre tento retornar para ver a possibilidade de poder ter o atendimento. (P 1)

Agora, psicologicamente sobre a morte eu acho que isso falta ser abordado. Não é abordado, não. (EA 16)

Os participantes deste estudo demonstraram que interagem com os familiares dos pacientes buscando dar apoio, transmitir tranquilidade e conforto, demonstrando empatia e realizando acolhimento diante do processo de morte/morrer.

Também, nos discursos dos participantes, foi destacada a importância de saber conduzir o acolhimento à família e o conforto aos pacientes em terminalidade, considerando que este papel de da enfermagem faz com que o processo transcorra de melhor forma, reconhecendo as necessidades que temos enquanto seres humanos.

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)

Mesmo com o paciente a gente procura ficar mais perto ali, aliviar um pouco aquela hora. (EA 10)

Por mais difícil que seja para a família, se ela está orientada de que é isso que vai acontecer, a enfermagem tem o papel de acolhimento à família e dar um conforto para o paciente nesse momento de terminalidade para ele poder ser da melhor maneira possível. Daí, eu acho humanidade, humanidade de saber conduzir. (EA 9)

Algumas inter (ações) dos profissionais com os pacientes em terminalidade são descritas pelos participantes. Pode-se reconhecer que alguns procuram conversar com o paciente em terminalidade, dar conforto e atenção, buscando aliviar o processo de morte/morrer do paciente.

A gente procura, se o paciente estiver vigil, a gente procura conversar com ele, dar esperança para ele: 'o senhor vai melhorar... está melhorando' (EA 7)

A fala acima ressalta que, na tentativa de aliviar o sofrimento dos pacientes, também, dos familiares, alguns profissionais buscam dar esperança de melhora para os pacientes mesmo sabendo que estão evoluindo para a morte. A intenção destes profissionais parece ser boa, porém, cabe ressaltar que a falta de veracidade nas informações pode trazer prejuízos às pessoas envolvidas.

Os profissionais mencionam que o cuidado diante do processo de morte/morrer ao paciente 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.

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)

E respeitar o paciente independente da situação em que ele estiver, da melhor maneira possível e sempre estar fazendo o melhor por ele. (TE 7)

A escuta atenta do paciente foi destacada nas entrevistas quando fez-se menção à interação (ação) dos profissionais com os pacientes em terminalidade:

O profissional, a pessoa que tem uma iniciativa própria de ouvir esse paciente. (P3)

Se o paciente vê em você, vê no profissional uma pessoa que quer ajudar, uma pessoa que está ali para ajudar ele vai descortinar. (MA 2)

Os participantes pontuam o desenvolvimento de vínculo entre alguns profissionais e determinados pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer, em especial da equipe de enfermagem, por ficar mais próxima no cuidado direto aos pacientes.

Porque a gente se envolve muito com o paciente e também com os familiares. E quando o processo da morte está bem próximo da gente, a gente fica bastante atordoado assim como os familiares. (EA 16)

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

Mas eu percebo que, principalmente quando o paciente fica muito tempo, eles sofrem com isso, também. O profissional sofre, principalmente o técnico de enfermagem porque cria um vínculo. Eu percebo isso. O técnico que está ali mais diretamente com o paciente. (P 1)

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

O desenvolvimento de vínculo entre pacientes e familiares com os profissionais gera, muitas vezes, desgaste e sofrimento aos trabalhadores, conforme será melhor abordado em outra categoria.

A interação (inter) ação dos profissionais da equipe de saúde com os pacientes e familiares é permeada por contradições e desordens. Nem sempre os profissionais acolhem a família do paciente da forma desejada/esperada e não são todos os profissionais que mostram disposição para este acolhimento.

Porque a família chegar perto, no nosso setor, a gente numa correria, numa confusão, atendendo esse paciente. Muitas vezes numa correria, com atitudes, gestos que transparecem bastante pressa, agilidade, rapidez. Então, a família num momento precisando de uma atenção maior e você numa correria. (EA 16)

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)

Os participantes pontuam que os profissionais podem, às vezes, deixar de oferecer um acolhimento aos familiares dos pacientes em terminalidade ou após a morte porque estão envolvidos com a correria do dia a dia, com a burocracia diante do óbito de um paciente e, até mesmo, porque evitam lidar com estas situações.

Os participantes do estudo revelaram falhas na comunicação com os pacientes e familiares e desgastes decorrentes das (re) ações 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 prognóstico do familiar. Consideram necessário orientar a família do paciente em terminalidade e explicar o processo de morte/morrer.

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 gente tem que dar apoio para a família, explicar o sofrimento que a pessoa... Porque está olhando ali, está sedadinho, está bem, né. E não está. Então, eu como enfermeira procuro sempre estar orientando os familiares e eu enfermeira, procuro estar sempre ali, mesmo paciente sedado, está grave, eu procuro sempre nas minhas visitas conversar com o paciente, me identificar. (EA 8)

Destaca-se nas falas a convicção dos profissionais da equipe de saúde de que é mais tranquilo o processo após o óbito do paciente se a família estiver ciente do quadro clínico que o paciente apresentava e que é mais difícil para o profissional se a família não está “esperando” a morte do ente querido.

Se a família está ciente é mais tranquilo. (EA 14)

Com a família eu acho muito pior, se a família não está esperando, assim, para lidar. Acho muito difícil. (EA 14)

Considera-se necessário investir cada vez mais em educação sobre o processo de morte/morrer para que todos – pacientes, familiares e profissionais- saibam lidar melhor com este processo. Certamente, não é apenas a educação que pode transformar essa situação, mas ela é um dos pilares para que isso aconteça, conforme será discutido mais a frente.

Um apontamento feito mostra a necessidade da equipe multidisciplinar ajudar o familiar a lidar com o processo de morte/morrer de um ente querido e a relevância dos

profissionais se ajudarem mutuamente diante da necessidade de lidar com os pacientes e familiares no processo de morte/morrer.

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 inter (ação) com os pacientes em terminalidade diz respeito à transferência destes pacientes das enfermarias para setores de cuidados intensivos dentro da próprio hospital. Os participantes revelam que acontecem poucas mortes nas enfermarias porque muitos pacientes são transferidos para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou para um outro setor criado no hospital para atender pacientes adultos críticos, denominada de Unidade Intermediária (UI) ou Enfermaria de Cuidados Especiais (ECE).

A ECE ou UI fica dentro de uma enfermaria de adultos do hospital e tem quatro leitos. Diante da necessidade de cuidados críticos de pacientes em isolamentos respiratórios ou por aerossóis, os profissionais interditam outros leitos de um quarto localizado na sua frente, para internação destes pacientes. Esta unidade foi criada no hospital diante da transferência da UTI de adultos para outro local na instituição como contingência à reforma da estrutura física da UTI. Neste setor ficam internados pacientes críticos, embora os leitos não sejam de UTI e buscam adequar continuamente os recursos do setor (materiais, equipamentos e humanos).

Até mesmo porque os pacientes não morrem no leito. É difícil alguém morrer no leito. Com a UI ali, o paciente vai sempre lá pra dentro. (EA 5)

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)

Até porque aqui a gente não lida muito com esses casos de morte. Morte, assim, parada mesmo aqui são poucas. A não ser o que aconteceu, urgência e emergência e pré morte. (TE 8)

Na enfermaria não ocorrem tantos óbitos. Não ocorrem muitos óbitos. Quando o paciente tem agravamento ele vai para outro setor, CTI ou unidade intermediária e costuma acontecer lá. (AS 2)

Nas falas dos participantes pode-se identificar suas opiniões acerca dos motivos de tais transferências. Eles apontam que muitos pacientes são transferidos para setores de cuidados intensivos para que a família fique tranquila diante do processo de morte/morrer do ente querido ou para que o profissional médico seja respaldado

legalmente, evitando acusações de omissão de socorro ou negligência diante do agravamento do quadro clínico do paciente.

Para tranquilizar a família. Até mesmo para respaldo do médico [...] (EA 5)

Ainda sobre a transferência de pacientes em terminalidade, pode-se destacar outro aspecto levantado pelos participantes deste estudo, a transferência para outras instituições, em especial, para hospitais oncológicos.

Porque às vezes fica aguardando esse paciente ir para um local que isso seja mais implantado, no caso da oncologia mesmo. Fica esperando vaga para esses hospitais. (TE 10)

A respeito da transferência de pacientes para hospitais oncológicos, considerou-se que muitos pacientes ficam em processo de terminalidade nas enfermarias porque há demora na transferência para estes hospitais ou porque este tipo de hospital recusa a transferência desse paciente devido ao agravamento do seu quadro clínico. Além disso, destacou-se que, muitas vezes, os pacientes foram transferidos para hospitais oncológicos sem que o médico conversasse com ele acerca do seu diagnóstico e prognóstico e, muito menos, considerado sua opinião sobre a indicação de transferência.

Porque aqui não é um hospital de oncologia, só que acaba que vira e mexe aparece paciente de oncologia. E o paciente demora a ser transferido para hospital de oncologia ou então o caso já está muito grave. (P 1)

Já aconteceu do médico chegar e falar assim com o paciente, isso acontece, na verdade, o tempo todo, de transferir para um hospital oncológico, por exemplo, sem contar para ele o que ele tem [...] mas eles já tomam essa decisão, 'olha, o senhor vai lá para o X' (cita o nome de um hospital oncológico da cidade) e acha que está dito. (P 1)

Uma preocupação dos profissionais diante do cuidado aos pacientes em processo de morte/morrer é o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis que os pacientes possam apresentar, bem como aliviar a dor da família. Esta subcategoria revelou que os profissionais buscam o conforto físico e não físico das 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.

Falo como paciente: “meu nome é xx. Bom dia! Eu vou dar uma olhadinha, vou fazer ausculta do coração, vou olhar o pulmão, vou mexer na sua mão”. Seguro a mão do paciente. Eu procuro fazer isso todas as minhas visitas quando eu faço com o paciente eu faço isso com eles, independente do quadro clínico deles. Eu acho que isso é um conforto para eles. (EA 8)

Vamos supor que o paciente tem, de repente, a mobilização desse paciente naquele momento não é viável, né. Vamos supor assim, na higienização: “oh, faz a higiene das partes íntimas e da face”. Mas não pode mobilizar o paciente muito porque o paciente já está muito sensível. Têm esses cuidados que a gente tem que ter mesmo de enfermagem, a questão dos cuidados. (EA 8)

Os participantes do estudo indicam que a promoção de conforto e 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 aos pacientes, não deveriam ser realizados, pois constituiria em distanásia (SANTOS, 2009).

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

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

Então, na verdade, muitas vezes você está fazendo distanásia. Você está investindo em paciente que deveria estar num processo mais de se acomodar, tratar dor, tratar nutrição, tratar coisas que você tem que dar até o último minuto e não ficar fazendo processos que vão ser dolorosos e que não vão levar a nenhum benefício real. (MA 4)

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. A presença de dor no paciente em terminalidade gera um incômodo nos profissionais e eles relatam que o alívio desta deve ser a prioridade da equipe de saúde e apontam (re) ações diante da sua presença no paciente, como o gerenciamento da dor pelo enfermeiro e a preocupação em aliviá-la, entrando, às vezes, em contato com o médico para solicitar analgésicos para o paciente e o discernimento do médico em reconhecer que tem a obrigação de aliviar a dor.

Mais específico para o que ele está vivendo. Tipo assim: um paciente pode estar queixando de dor e a gente pode estar aliviando. Mais específico, mais sintomático. Assim, o que a gente puder fazer para aliviar aquele momento, dele ser o menos sacrificante possível. (EA 2)

Respeito acima de tudo com a dor do outro. (EA 3)

É, eu acho que é o seguinte: o enfermeiro, ele gerencia a administração de medicamentos para dar mais conforto para o paciente, ele entra em contato com o médico pra poder ter essa autorização. (EA 4)

Se está com dor a gente faz a medicação para aliviar isso aí. Se tem algum sofrimento respiratório a gente dá suporte para o paciente. Eu tento aliviar o máximo isso aí. (EA 12)

Tem algumas falas que eu pego lá na enfermagem no sentido do enfermeiro ficar mais atrás do médico para fazer o controle da dor, de reportar algum sinal, algum sintoma que, de repente, a família e o paciente não reportaram. (P 2)

E eu penso que a gente pode e tem que aliviar a dor, não necessariamente curar. (MA 1)

Apesar dos participantes relatarem a importância do alívio da dor dos pacientes em terminalidade, algumas falas demonstram que nem sempre a equipe consegue aliviá-la efetivamente e que falhas acontecem desde a não prescrição de analgésicos de acordo com as características da dor apresentada pelo paciente até a não administração de medicamentos opióides por profissionais da enfermagem.

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!'. Difícil a gente ver morfina em ala. (EA 14)

Eu só tive um caso aqui com uma funcionária, que eu já te contei. Que era morfina junto com outro medicamento, que na realidade ia ser de duas em duas horas e que ela falou que o paciente era fresco, entendeu? (EA 15)

Às vezes a gente fica até meio preocupado, às vezes o paciente não está com uma medicação tão forte para aliviar a dor. A gente vê, fala com o enfermeiro. Enfermeiro vê e corre atrás. (TE 12)

Estes relatos chamam 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 dos pacientes de forma adequada, garantindo-lhes uma vida digna enquanto ela durar. Também, ressaltam 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 estão subtratados em suas dores.

Outro apontamento das falas diz respeito à implementação de procedimentos técnicos pela equipe de enfermagem aos pacientes em terminalidade, com destaque para a realização de procedimentos de higiene nos pacientes, troca de curativos, mobilização no leito e administração de medicamentos.

Não vai deixar sem dar um banho, trocar curativo, sem aliviar a dor, conversando. (TE 9)

Se está com dor a gente faz a medicação para aliviar isso aí. (EA 12)

Já aconteceu várias vezes e existe um cuidado, sim. A gente tem. Tem mudança de decúbito. Se paciente tem dificuldade de respirar a gente... A gente observa, sim. (TE 11)

A priorização dos cuidados com o corpo pela equipe de enfermagem foi citada por alguns participantes do estudo, assim como a evitação de 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)

Estas falas provocam a reflexão de que tipo de cuidado talvez estejam sendo priorizados nos pacientes em terminalidade. Certamente o cuidado com o corpo do paciente é muito importante, mas nem sempre é o mais necessário ou urgente. Cada paciente traz uma demanda específica e o olhar atento dos profissionais deve buscar reconhecer isso, além de ser necessário aprimorar técnicas de comunicação com os pacientes e seus familiares.

Por fim, destacou-se a necessidade dos profissionais da área da saúde não conduzirem seus atendimentos às demandas dos pacientes e familiares da mesma forma que outras categorias profissionais o fazem. Aponta-se que cada profissional deve avaliar bem como deve responder as demandas, considerando seu papel e as necessidades apresentadas pelos pacientes e familiares nos momentos específicos em que elas ocorrem e que esse atendimento/assistência deve ser próprio de cada profissão, considerando os diferentes olhares, saberes e intervenções esperadas.

A urgência médica é uma coisa que tem que ser atendida prontamente. Se você não atende, se o médico não atende prontamente um paciente ele pode morrer. Ele precisa ser atendido naquele momento, é imediato aquilo ali. Nós, porém, a urgência para nós é diferente. É preciso, às vezes, dar tempo do sujeito chorar, do sujeito sofrer [...] São discursos diferentes que nós, psicólogos, não podemos entrar na enganação de responder da mesma forma que os outros profissionais respondem. Porque é diferente! O que eu queria destacar é isso: são atuações diferenciadas e que nós não podemos repetir a mesma ordem que é a do outro. Como vocês e a medicina não podem repetir a ordem que é nossa também. (P 3)

Na subcategoria denominada **Revelando a complexidade do cuidado ao corpo sem vida** os participantes apontam 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 do paciente falecido.

As falas dos profissionais apontam que a realização de 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 relacionadas à morte do paciente, que vão desde atividades burocráticas até o acolhimento da família.

E a gente procede, a equipe de enfermagem procede a arrumação do corpo para poder ser encaminhado ao necrotério. (EA 6)

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)

Minhas atribuições quando morre um paciente é ajudar na questão do preparo do corpo, uma identificação correta [...] (EA 17)

Aí essa parte vamos dizer que seja mais burocrática é do enfermeiro. Aí ele que faz. Aí a parte de arrumar o corpo, providenciar é com a gente. (TE 3)

As falas demonstram que os profissionais de enfermagem procuram seguir a técnica de preparo do corpo, o que envolve, dentre outras coisas, realizar a higiene e a identificação do corpo do paciente após o preparo.

No caso assim, retirada de cateteres, do tubo, a higiene. Tamponamento não é feito, só em caso se precisar mesmo. E aí, identificação. (TE 9)

Mas nós temos toda a parte da enfermagem, que nós temos que fazer, arrumar o corpo dentro das nossas técnicas. (EA 8)

Tamponamento não precisa mais porque agora quem faz é a funerária. Mas quando teve um paciente que teve hemorragia digestiva eu pedi aos meninos para poder fazer porque senão ia... a família ia chegar e ver e ia ficar uma coisa muito feia. A gente coloca no peito nu e depois a gente coloca outro por cima do lençol. Faz o tipo envelope direitinho, com todo o respeito. (EA 15)

O preparo do corpo do paciente após o óbito é realizado dentro da enfermaria onde o paciente estava internado e alguns participantes fazem considerações sobre ele ser feito perto de outros pacientes, acompanhantes e, até mesmo, perto dos seus familiares, considerando o sofrimento que pode gerar e o desrespeito à privacidade de todos os presentes no ambiente onde o preparo se dá. Considera-se que o preparo do corpo dever ser melhor estruturado e reelaborado para respeitar a privacidade do corpo e respeitar os demais pacientes e acompanhantes.

Porque 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)

Acho que fica uma coisa muito brutal, sabe? [...] perto de familiar e tudo. (TE 2)

Algumas outras falhas 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. É mencionando que, às vezes, há profissionais de enfermagem rindo e fazendo piadas enquanto preparam o corpo de um paciente que morreu.

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)

E acho que o respeito, também, tem que ter. Acho que o momento ali, respeitar, entendeu? [...] a pessoa. E você hoje vê muita coisa. Às vezes a pessoa está rindo, prepara o corpo e está rindo, está isso, está aquilo. Eu acho que tem que ser melhorado. (TE 5)

Por outro lado, algumas falas demonstram que profissionais de enfermagem preparam o corpo do paciente com respeito e reconhecem isso como um cuidado e consideram que o cuidado deve existir na vida e na morte.

Faz o tipo envelope direitinho, com todo o respeito (EA 15)

Eu acho que faz parte também. Em vida e morte, também. (TE 5)

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)

Outro apontamento desdobramento desta subcategoria envolve as falas dos participantes sobre o transporte do corpo do paciente falecido até o necrotério da instituição. As falas demonstram que a solicitação do transporte do corpo até o necrotério da instituição é feita pelo enfermeiro por telefone e através de um requerimento via um sistema informatizado utilizado na instituição e que também é necessário ligar na portaria do hospital para solicitar que o porteiro abra o necrotério. Além disso, o corpo do paciente é transportado em ambulância para o necrotério (este fica na parte mais externa do hospital) e acompanhado pelo técnico de enfermagem até o local.

E prossegue com o protocolo da instituição, que é solicitar o car. (EA 6)

Tenho que ligar para a portaria, para a portaria providenciar a abertura do necrotério. Tenho que fazer o X (Cita nome do sistema eletrônico), que é o nosso sistema para poder entrar em contato com o transporte. (EA 16)

Prepara o corpo e encaminha junto com os pertences ao necrotério. (TE 12)

Em **Demonstrando especificidades do cuidado ao paciente e familiares no processo de morte e morrer** são apontadas as diferenças, na perspectiva dos profissionais de saúde, no cuidado prestado aos pacientes e seus familiares diante do processo de morte/morrer, fazendo comparações com os demais pacientes internados no hospital que não estão em terminalidade.

Os participantes do estudo assinalam que o cuidado a esses pacientes e também aos seus familiares deve ser diferenciado, demonstram 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)

Olha, eu trabalho com pessoas bastante sensíveis! É um processo, assim, que eles tomam um pouco mais de cuidado, têm um pouco mais de atenção. (EA 18)

Que tenham um cuidado mais sensível a essa situação. (TE 12)

Há relatos que demonstram que é feito o melhor possível para o paciente e considerando que esse “melhor possível” envolve cuidar do paciente como se ele não estivesse em terminalidade.

Cuidam, fazem o máximo possível como um paciente [...] (EA 18)

Esta fala gera reflexões sobre o que significa estar no final da vida e como os cuidados devem ser realizados: deve-se cuidar do paciente como se não estivesse em final de vida ou como se estivesse? Será que os pacientes em terminalidade têm necessidades distintas dos demais pacientes? Será que o “melhor cuidado aos pacientes significa ignorar a terminalidade da sua doença? Ou devemos considerá-la para buscar um cuidado mas pleno? Estas são questões levantadas para gerar reflexões e não se tem o intuito de apresentar respostas “prontas”.

Outros apontamentos desta subcategoria são as deficiências no cuidado realizado pelos profissionais diante do processo de morte/morrer. Estas deficiências ocorrem tanto no cuidado do paciente quanto no prestado à sua família e não se

restringem à enfermagem, mas permeiam as (inter) ações dos profissionais da equipe multidisciplinar.

Quando a gente sabe que o paciente tem um prognóstico ruim igual a esse que estava ali, a gente começou até um manuseio diferente, um controle, um cuidado mais de perto com esse paciente. E aí o paciente foi a óbito e aí a parte técnica, os técnicos ficam mesmo com aquela parte de arrumar corpo... mas eu acho que preocupa muito pouco com o paciente em si. (EA 1)

Talvez o cuidado maior com a família, uma atenção diferenciada para a família, uma coisa mais direcionada para a família entender o processo, o que está acontecendo. No caso, assim, que já estejam em fase terminal, alguma coisa assim. (EA 1)

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)

Acho que nessa questão do trato mesmo, que dá para melhorar. De repente, destinar mais tempo até com a equipe multiprofissional. (EA 14)

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.

As deficiências de conhecimentos acerca do processo de morte/morrer e das ações da equipe multiprofissional precisam ser (re) conhecidas e trabalhadas para que o gerenciamento do cuidado ocorra de uma forma que abarque as necessidades de todas as pessoas envolvidas. Isso também foi pontuado nas entrevistas.

Então, eu acho que a gente tem que dar todo apoio à família. Porque às vezes fica falho porque a gente não tem tempo devido para dar essa assistência à família, por falta de informação, de conhecimento. (EA 8)

Então, talvez, ainda exista sim, muito distanciamento, isso eu não estou colocando aqui na X (cita nome da instituição) e muito menos comigo! Mas eu acho que em relação à morte existe ainda um distanciamento muito grande do médico pensar que ele pode curar e salvar todo mundo. (MA 1)

Eu tenho, não estou dizendo que é perfeito, não. Eu tenho críticas. (AS 1)

Vale ressaltar a fala abaixo que destaca a visão sobre a ocorrência de distanásia, o que provoca inquietude e reflexões acerca do cuidado que os profissionais de saúde têm realizado.

Então, na verdade, muitas vezes você está fazendo distanásia. Você está investindo em paciente que deveria estar num processo mais de se acomodar, tratar dor, tratar nutrição, tratar coisas que você tem que dar até o último minuto e não ficar fazendo processos que vão ser dolorosos e que não vão levar a nenhum benefício real. (MA 4)

Teixeira (2009), pondera que a distanásia significa o prolongamento exagerado do sofrimento e morte de um paciente, a partir do prolongamento do processo de morrer. É a adoção de condutas que não restabelecem a saúde, caracterizando a obstinação terapêutica. Sendo assim, os dilemas que envolvem o fim da vida carregam uma imperiosa necessidade de (re) pensar as práticas.

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 o comportamento dos profissionais de enfermagem diante das inter (ações) com os pacientes em terminalidade que ficam internados nas enfermarias do hospital.

O envolvimento da equipe de enfermagem diante do gerenciamento do cuidado é reconhecido por diferentes profissionais. Os profissionais da equipe de enfermagem fazem diversas conexões diante do cuidado aos pacientes e familiares. Relatou-se que, geralmente, a enfermagem solicita parecer à psicologia antes do médico.

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

Hoje em dia eu acho que é muito bem feito (o gerenciamento do cuidado pela enfermagem nas enfermarias para os paciente em processo de morte/morrer e para as famílias). É tudo preparado, tem todo um cuidado o tempo inteiro de estar junto com a família explicando e cuidando mesmo do paciente. Todos os cuidados que a gente pede. (MA 3)

Por outro lado, às vezes, este gerenciamento do cuidado é desconhecido ou despercebido pelos técnicos de enfermagem.

assim eu sei que existe um trabalho sobre isso mas a gente que, às vezes, não acompanha muito diretamente. (TE 12)

Um outro desdobramento da pesquisa mostra 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, buscando fazer o melhor para os pacientes em terminalidade.

Olha, eu trabalho com pessoas bastante sensíveis! (EA 18)

Eles 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)

Mas eu acho que eles, assim, buscam a gente, pedem psicologia, pedem serviço social, tanto para a gente quanto eles mesmos procuram. (EA 2)

Este envolvimento dos profissionais de enfermagem com os pacientes em processo de morte/morrer e com seus familiares acaba os expondo, muitas vezes, a desgastes psicológicos e isso foi citado por alguns participantes, principalmente pelo fato destes profissionais ficarem mais próximos dos pacientes e seus familiares.

Eles (profissionais da enfermagem) me solicitam bastante. Me solicitam, solicitam para a família. Quando eles percebem alguma coisa que não estão dando conta também, me solicitam. (P 1)

O que eu percebo quando eu atendo um paciente que está em fase terminal é que a enfermagem tem uma proximidade muito grande. A enfermagem fica muito exposta. Muita coisa é dita para a enfermagem. Eu acho que a enfermagem é a categoria que fica mais diretamente ligada ao paciente e à família nesse momento. (P 2)

Outro apontamento sobre as visões e os comportamentos da equipe de enfermagem diante do processo de morte/morrer de um paciente na enfermaria foi mencionado como a diminuição/falta de sensibilidade de alguns destes profissionais à situação de morte/morrer e a manutenção de rotinas do setor, desconsiderando as necessidades dos pacientes e familiares, considerando fragmentado o cuidado ao paciente.

Eles chegam, parece que aquela coisa bem fragmentada: eu chego, dou banho, eu chego e dou remédio. Então, na grande maioria não quebra o fluxo deles, não. (EA 2)

Não, eu não vejo como 'ah, o pessoal acha que a enfermagem vai ficando fria porque cada vez mais você lida com urgência, não sei o que...' Não vejo como isso, não. Não me considero fria, muito pelo contrário. (EA 3)

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)

Eu acho que tem profissional da equipe, não estou falando só da enfermagem não, que aquilo já ficou assim, já ficou robotizado. Já, já... 'Ah, tem que acontecer, vai acontecer. Isso vai acontecer todo dia'. E acaba acostumando com aquilo ali. (EA 12)

Observa-se nas falas que a perda da sensibilidade de algumas pessoas diante da terminalidade e morte de pacientes não é só presente entre os profissionais da enfermagem, mas algo que é percebido entre diferentes categorias profissionais.

Relacionou-se a diminuição/falta de sensibilidade de alguns profissionais da enfermagem à cientificidade e burocracia envolvidas no seu cotidiano laboral, considerando que elas os afastam cada vez mais do cuidado e os aproximam de burocracias e protocolos.

Antes a enfermagem, há algum tempo atrás, antes de tantos estudos na área e tantos protocolos que foram criados através de pesquisa científica, era muito assistencial e pouco sem base científica mesmo. Era muito no *feeling* de sentir o que o paciente está vendo. Óbvio que a ciência só veio para melhorar a nossa vida, mas de alguma maneira eu acho que precisa de uma nova, um redimensionamento de enfermagem nas estruturas. (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 do paciente que a equipe de saúde também sofre diante disso e há profissionais que não sabem como agir no que diz respeito a demonstrar ou não à família do paciente 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)

Eu acho que chorar não pode. Eu acho que, assim, naquele momento que a pessoa está precisando eu acho que eu teria que ser forte e não chorar. Porque se eu saísse dali depois eu posso chorar num canto, num banheiro, no quatinho, mas não na frente do familiar. (TE 3)

Sendo assim, 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 que há necessidade de maior orientação e acompanhamento dos profissionais buscando garantir a saúde do trabalhador.

Além disso, declarações de que os pacientes e familiares devem receber apoio psicológico foram recorrentes nas entrevistas, mas cabe ressaltar que muitos participantes consideram que este apoio deve ser oferecido pelos profissionais da psicologia, muitas vezes eximindo-se desta (co) responsabilidade. Por outro lado, há profissionais da enfermagem que se preocupam um pouco mais com outras necessidades dos pacientes em terminalidade, além das fisiológicas.

O cuidado? Apoio psicológico! Aí, igual eu te falei, não é com a gente. A psicóloga... existe uma equipe. Mas eu ofereço tudo que eu posso à família. (EA 15)

Então, algumas pessoas quando eu respondo um parecer que é pedido pela enfermagem, eu percebo que é transferir para o psicólogo a função de escutar a família neste momento. 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)

Mas eu percebo um movimento de outros profissionais no sentido de abraçar um pouco mais esse paciente, de articular um pouco mais com a equipe, de estar mais atento que o normal. (P 2)

Outra observação acerca do comportamento da equipe de enfermagem diante do processo de morte/morrer de um paciente traz o papel dos integrantes da equipe de enfermagem como agregadores e mediadores entre os demais profissionais de saúde, pacientes e familiares. 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)

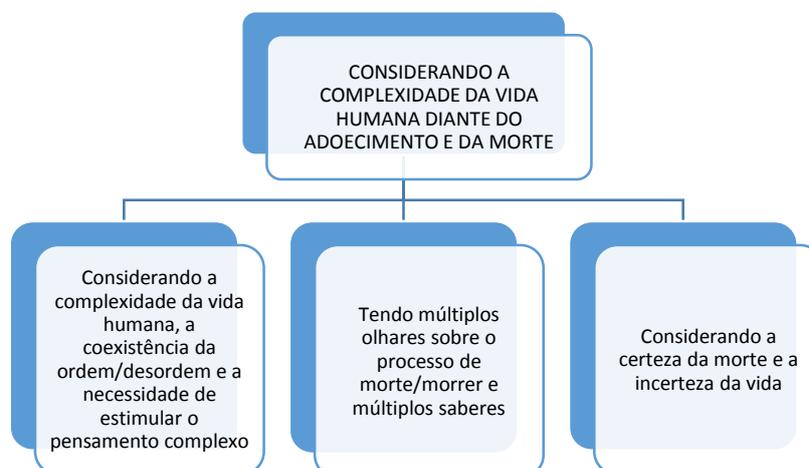
5.2 CATEGORIA 2: CONSIDERANDO A COMPLEXIDADE DA VIDA HUMANA DIANTE DO ADOECIMENTO E DA MORTE

A presente categoria aborda a complexidade inerente à vida e ao homem, a coexistência de ordem/desordem, os múltiplos olhares e saberes acerca do processo de morte/morrer, a necessidade de estimular o pensamento complexo. Também, aponta destaques dos participantes sobre os múltiplos olhares e saberes diante do processo de morte/morrer e traz considerações acerca da certeza da morte e incerteza da vida. Apresentamos as subcategorias:

- Considerando a complexidade da vida humana, a coexistência da ordem/desordem e a necessidade de estimular o pensamento complexo
- Tendo múltiplos olhares sobre o processo de morte/morrer e múltiplos saberes
- Considerando a certeza da morte e a incerteza da vida

O diagrama que segue apresenta a categoria 2 e suas subcategorias.

DIAGRAMA 2- Categoria 2 e suas subcategorias



Fonte: Elaboração da autora

Algumas falas chamam a atenção para a complexidade envolvida na vida e no homem e outras fazem referência à coexistência da ordem/desordem nas (inter) relações no hospital, em especial diante do processo de morte/morrer e, ainda, destacam a necessidade de estimular o pensamento das pessoas para que os comportamentos possam ser (re) ajustados, quando necessário, visando um gerenciamento do cuidado direcionado às demandas dos pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares, levando em consideração os profissionais da área de saúde. Estas coisas são apresentadas na subcategoria **Considerando a complexidade da vida humana, a coexistência da ordem/desordem e a necessidade de estimular o pensamento complexo.**

O homem é considerado como um ser complexo, com diversas (inter) conexões que são construídas a partir das suas (inter) ações e que são destruídas e reconstruídas o tempo todo. Também, a mente humana é vista como algo complexo. Algumas falas demonstram esta compreensão:

Ninguém é dividido. O ser humano não é dividido. (P 3)

Essa divisão entre saúde e doença é muito tênue, na verdade. (P 3)

Então, a cabeça das pessoas é uma coisa muito complexa. (EA 18)

Existe um limite tênue sobre o que se considera ser saúde. Na verdade, este conceito é muito variável porque cada ser humano pode ter uma opinião diferente a partir das suas experiências, condições de vida e expectativas em relação a isso.

Outro desdobramento da pesquisa tem relação com a coexistência de ordem e desordem no ambiente hospitalar. Sabe-se que as regras existem e são necessárias dentro da instituição hospitalar, porém, acredita-se que elas não podem desconsiderar as necessidades das pessoas que ali estão. As regras devem existir para organizar os processos no hospital, mas não podem sobressair diante das demandas dos trabalhadores e dos pacientes, em especial quando estamos lidando com o processo de morte/morrer.

Esse sujeito que tem que estar submetido a uma ordem que é uma ordem médico-hospitalar e tal e todas essas regras enormes. E, de fato, se uma instituição não tiver regras e normas ela explode, enfim. (P 3)

No que tange à ordem dentro do hospital, afirmou-se que ele costuma ser visto como algo limpo, calmo, “estéril”, organizado e sistemático e o paciente como um ser passivo que deve ficar deitado esperando a decisão e a conduta de outras pessoas.

Local que é muito *clean* [...] Essa coisa muito branca demais, que o paciente tem que ficar deitadinho esperando. (P 3)

O sofrimento, a dor, o choro, o grito tiram o sossego do hospital, mostrando que ali encontram-se pessoas que têm sentimentos e que, muitas vezes, estão sofrendo uma dor física e/ou psíquica e que isso precisa ser observado e discutido, demonstrando que coexistem ordem e desordem neste cenário assim como em todo local onde há vida.

Essa coisa da emoção, do familiar se desesperar, de chorar, gritar, enfim, de fazer barulho no local que é muito *clean* [...] e o choro, o desespero, o grito de um familiar, ele dá um corte a essa serenidade hospitalar. Ele mostra que na verdade o hospital também é um lugar onde há essa dimensão do afeto, do afetivo. E o sujeito fica muito tomado, o profissional fica muito tomado por isso. (P 3)

Considerando isso, as falas acima indicam que o pensamento deve ser estimulado para que possibilite mudanças no comportamento. Isso pode ser incitado a partir do momento que todos encararem as limitações humanas e romperem com os paradigmas estabelecidos. Isso deve acontecer em todos os cenários, não sendo exceção o hospital.

Então é isso: a gente precisa pensar que nós temos limitações. Talvez isso seja importante até para a nossa atuação hospitalar, nesse sentido, que as coisas se rompem. Tudo que se rompe e o espaço hospitalar não é exceção, é tido como uma coisa assustadora. Se tenta dar conta, se tenta controlar. Não se pode controlar isso. (P 3)

O rompimento de alguns pensamentos e comportamentos no hospital certamente vai gerar desconforto, inquietude, mas pode contribuir para mudanças significativas no gerenciamento e no cuidado diante do processo de morte/morrer.

Defende-se que a morte precisa ser vista como algo inerente à vida e é um assunto que deve ser pensado e discutido pelos profissionais da equipe multidisciplinar, pelos pacientes e seus familiares. Expressou-se que o tema morte é algo que tem que ser abordado por todo cuidador para lembrar que o momento da ajuda é o momento presente, enquanto há vida. De modo que pensar na morte gera uma valorização da vida.

A morte é uma realidade. Nós somos mortais. É preciso que nós pensemos que a morte é uma coisa do humano. Eu estou falando isso porque eu sinto isso no dia a dia hospitalar. Eu sinto isso no mundo em que eu vivo. A gente evita falar. (P 3)

Eu acho que o tema morte é algo que tem que ser tocado, sim, para todo cuidador! Porque a gente tem que lembrar que o momento da ajuda é agora, enquanto se vive. Então, eu acho que isso tem que ser levado em conta porque a gente tem pouco tempo! A gente tem pouco tempo para viver bem! (MA 1)

O momento de ajuda é o momento presente, pois lidamos com a coexistência de ordem/desordem nos hospital, especialmente quando cuidamos de pacientes em terminalidade e seus familiares. Deve-se tomar cuidado para que as diferentes concepções não gerem estranhamento entre os profissionais e, principalmente, com os pacientes em terminalidade e seus familiares.

Eu acho que todo mundo para entrar numa jogada dessa deveria ter um entendimento sobre o assunto para abordar e para saber como abordar, o que abordar, também. Está certo? Porque se não souber levar adiante, aí começa a complicar. Porque cada um tem uma maneira de pensar. (MA 2)

Algumas inter-retro-ações no trabalho desenvolvido pelos profissionais diante do processo de morte/morrer no hospital são discutidas nas entrevistas. O espaço hospitalar representa a sociedade, o mundo, conforme bem destacado.

Eu vejo que o espaço hospitalar é um modelo curioso, é um microcosmo de como funciona o nosso mundo, inclusive. (P 3)

Ponderando isso, o hospital reproduz o que existe fora dele e o gerenciamento do cuidado aos pacientes no processo de morte/morrer e a seus familiares também terão interferência. A respeito dessa interposição, pontuou-se que o contexto político e econômico interferem no dia a dia das pessoas e nas práticas de trabalho. Citou-se, dentre outros aspectos, a relação com a implementação de cuidados paliativos na instituição e a liberação de funcionários para participação de cursos/eventos. Acredita-se que, talvez, estas e outras coisas possam estar limitadas atualmente na instituição devido às restrições orçamentárias.

A gente está vivendo um contexto político e econômico que eu percebo que a gente está tendo que apagar incêndios. Está tendo que... se a gente pensar em escala de necessidades, a gente está tendo que priorizar comida, água e o básico. Eu acho que talvez, hoje, a direção esteja limitada e, de repente, estar contratando um profissional em cuidados paliativos, por exemplo um médico paliativista, ou liberando cursos, incentivando que a gente vá se preparar um pouco mais teoricamente, tecnicamente para implantar essa outra cultura aqui dentro. Eu acho que hoje a gente esbarra na questão econômica e política do momento. (P 2)

A subcategoria **Tendo múltiplos olhares sobre o processo de morte/morrer e múltiplos saberes** discorre sobre a presença de diferentes saberes e visões dos profissionais acerca do processo de morte/morrer e que, a partir daí, existem diferentes práticas no gerenciamento e no cuidado que coexistem no ambiente hospitalar e que não necessariamente são antagônicas, mostrando ser complementares.

As falas apontam o reconhecimento dos participantes sobre a existência de múltiplos saberes e olhares acerca, inclusive, do processo de morte/morrer.

Geralmente assim [...] cada pessoal tem um ponto de visão. (TE 1)

Eu acho que num ponto de vista que eu tenho visto muito ali. (TE 7)

Existem vários olhares. (P 2)

Eu penso, é opinião própria minha, profissional e pessoal. (AS 1)

Porque cada um tem uma maneira de pensar. (MA 2)

Também foi indicada a coexistência de diferentes pensamentos acerca do gerenciamento do cuidado e do cuidado realizado para os pacientes e familiares, tanto em relação aos profissionais quanto aos familiares e, até mesmo, aos pacientes.

Esse assunto de morte é meio delicado, cada um pensa de um jeito. (TE 8)

Nós (profissionais) que estamos aqui do lado de cá. (AS 2)

Então, abraçar o familiar que muitas das vezes não vê a morte como a gente vê. (MA 1)

Nem sempre a equipe consegue chegar num consenso em relação às melhores condutas frente aos pacientes e familiares e isso pode prejudicar a comunicação entre os profissionais, pacientes e familiares, além de trazer agravos à assistência. Apontou-se a dificuldade em passar um diagnóstico e prognóstico para o paciente considerando que os profissionais da equipe pensam de forma diferente e nem sempre chegam num consenso.

Eu acho que, como não existe um consenso entre a própria equipe, às vezes, porque um quer levar para o CTI, o outro quer entubar e o outro não quer. Um acha que tem que terminar os esforços naquele momento e o outro sempre tenta investir, troca antibiótico pela décima quinta vez [...] como é que eu vou dentro de um grupo heterogêneo passar isso para o paciente sendo que todo mundo ali está pensando diferente? (MA 4)

Quando a equipe não se comunica bem acerca do paciente, familiares e condutas a serem tomadas podem ocorrer prejuízos a todos os envolvidos, especialmente para os pacientes e familiares. Sendo assim, é necessário que a equipe discuta seus pontos de vistas e busque um consenso que favoreça, especialmente, o paciente em terminalidade e sua família e que pondere, sobretudo, a perspectiva destes, também.

Comunicar notícias difíceis como é o caso da comunicação de certos diagnósticos e o prognóstico de terminalidade requer dos profissionais questões que ultrapassam o caráter científico, técnico. Percebe-se que há dificuldades dos profissionais no que tange a conhecimento instrumental, sobrecarga emocional e dificuldades de comunicação, de modo que os profissionais precisam ser capacitados para tal (BRASIL, 2010).

A subcategoria **Considerando a certeza da morte e a incerteza da vida** traz reflexões dos participantes sobre a certeza que os homens têm de sua morte e sobre as ordens/desordens apresentadas do desenrolar-se da vida, de modo que esta demonstra ser incerta.

As falas indicam o reconhecimento pelos participantes de que a morte é uma coisa que vai acontecer a todos os seres humanos, a todas espécies, independentemente da nossa vontade e pontuam a instabilidade da vida.

A gente compreende hoje que é terminalidade. Todos vamos passar por isso. (EA 9)

Até porque, como eu te falei, a gente fica nisso de lutar pela vida e aí a gente esquece que uma hora chega a morte e que a gente tem que encarar não como um fracasso do profissional, mas que como qualquer outro ser humano vai estar próximo ao fim. Uma hora vai chegar o fim. Acho que falta isso, amadurecimento também meu em encarar que não é uma falha, que a morte não é porque você falhou no seu serviço, mas sim porque é o fim de toda espécie. (EA 16)

Mas basicamente a gente sabe que é um processo, a morte é um dos processos da vida e que todos nós estamos fadados a isso. (EA 18)

A morte é uma coisa que, infelizmente, vai vir para todo mundo. (TE 8)
A morte é uma realidade. Nós somos mortais. É preciso que nós pensemos que a morte é uma coisa do humano. (P 3)

O reconhecimento da morte como um processo da vida é demonstrado em algumas falas. Participantes destacam que existe hora para o nascer e para o morrer e que a morte é uma coisa natural, que faz parte do ciclo da vida humana.

A morte é um dos processos da vida e que todos nós estamos fadados a isso. (EA 18)

A gente nasce, cresce e morre. (MA 1)

Tento lidar naturalmente porque ela é uma coisa natural. A única certeza quando nasce é que a gente vai morrer. (MA 2)

Pensar na morte do outro remete o pensamento acerca da própria morte e isso é percebido nas entrevistas quando os participantes demonstram refletir sobre a vida ao se depararem com a morte.

Porque antes eu acho que o desespero era maior. Até em questão de eu pensar: 'Pô, um dia eu vou morrer e vou largar a minha família'. Lógico que eu quero ver ela crescida, encaminhada, ver neto... meus netos vindo. Mas se não vir também [...] Igual eu te falei: se eu morrer assim, de hoje para amanhã eu morro feliz. Igual eu falei, queria ver minha filha com neto, casada, esse negócio tudo. Mas eu acho que a minha parte aqui, até em relação a ela ou a minha vida, minha essência de vida eu aprendi muito nesses cinco anos. (TE 8)

Além da reflexão sobre a finitude da sua vida ao cuidar de um paciente diante do processo de morte/morrer, alguns participantes afirmam que essa ponderação contribui para que o profissional pense na forma como ele gostaria de ser cuidado se estivesse no lugar do outro e que isso também ajuda na elaboração de questões acerca da morte.

Eu acho que tem uma outra pergunta que ocorre para a gente: Como eu gostaria de ser cuidado? (P 2)

Eu penso nela, eu estudo ela, eu trabalho em cima dela. Até porque a minha linha filosófica, isso faz parte da minha linha filosófica. (MA 2)

Mas quando eu voltar em janeiro vou trazer o filme que chama “Wit, uma lição de vida”. É uma profissional que tem câncer, careca. Então, ela falando, ela falando para você. Na verdade é muito interessante porque que ela vai fazendo um depoimento dela e na verdade quando ela está falando, ela está falando para você. Ela está falando olhando para você. Então, é muito interessante porque ela fala tudo para você, então você vai questionando internamente e vai elaborando muita coisa internamente. E ela está falando sobre a morte dela, sobre a vivência, a doença e a terminalidade dela. (MA 2)

Os participantes do estudo salientam que, partir do momento que se compreende e aceita a morte como uma certeza a todos humanos, é preciso respeitar os limites da vida e que não há porque querer lutar contra a morte quando ela mostra ser mais forte que o homem. As falas abaixo indicam isso:

Todo mundo que é vivo um dia morre. Então, não tem muita coisa [...] (TE 8)

Tem a hora de nascer e a hora de morrer. Então a gente tem que respeitar esses lapsos, esses limites. (TE 1)

Eu percebo que a morte não tem como você fugir. Não tem como. Ela está aqui nos corredores. Ela está presente. (P 1)

Nem sempre a aceitação da morte como algo inerente à vida transcorre calmamente. Certa fala reflete a fragilidade do profissional diante da morte e demonstra que, apesar de compreender a morte como uma certeza da vida humana, o ser humano pode vacilar em algum pensamento ou (re)ação diante dela justamente porque é humano, tem pensamentos e sentimentos.

Eu tento seguir minha linha de pensamento igual para mim e para todos. Às vezes você pode até titubear uma coisinha, mas porque na verdade você é humano, você sofre independente de qualquer coisa. Até com paciente a gente sofre. Você está vendo um paciente, a família sofrendo. A gente sofre junto porque você poderia estar naquela situação. (MA 2)

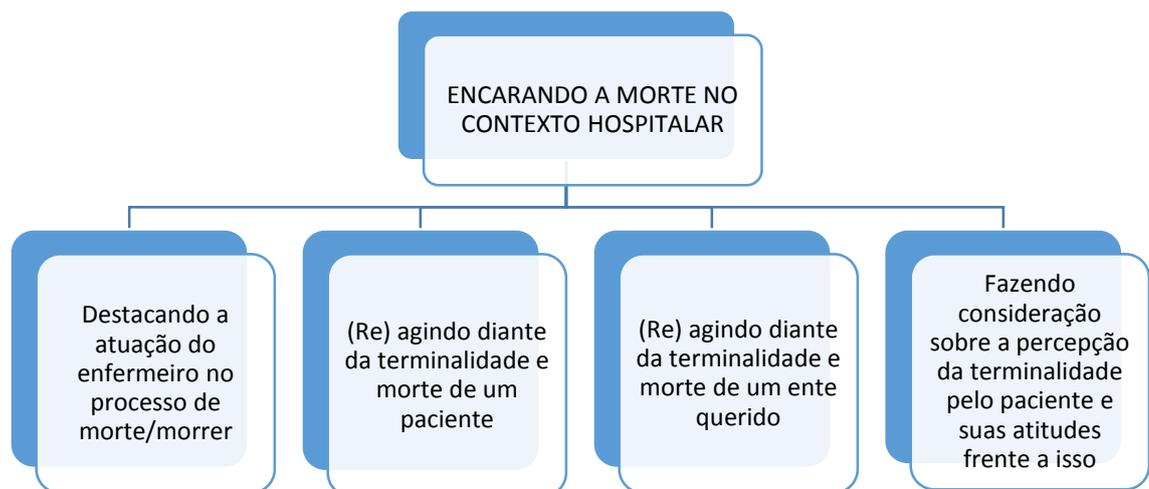
5.3 CATEGORIA 3: ENCARANDO A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR

Esta categoria versa sobre as (re) ações das pessoas diante da terminalidade da vida e da morte em si e contempla alguns aspectos envolvidos no processo de morte/morrer. É composta pelas seguintes subcategorias:

- Destacando a atuação do enfermeiro no processo de morte/morrer
- (Re) agindo diante da terminalidade e morte de um paciente
- (Re) agindo diante da terminalidade e morte de um ente querido
- Fazendo consideração sobre a percepção da terminalidade pelo paciente e suas atitudes frente a isso

O diagrama a seguir representa esta categoria e suas subcategorias.

DIAGRAMA 3- **Categoria 3 e suas subcategorias**



Fonte: Elaboração da autora

A subcategoria **Destacando a atuação do enfermeiro no processo de morte/morrer** aponta a atuação dos enfermeiros diante do processo de morte/morrer do paciente internado na enfermaria. Ela apresenta o papel que o enfermeiro assume no gerenciamento da equipe de enfermagem e no gerenciamento do cuidado. As falas abaixo traduzem o reconhecimento do papel do enfermeiro no gerenciamento do cuidado:

Eu acho que o enfermeiro tinha que ser a mesa de cabeceira do paciente grave.
(EA 15)

Assim, no meu ponto de vista é o enfermeiro, digamos assim, que tem uma visão crítica. São muitos pacientes, então, o que tiver visão mais crítica, mais clínica. Do meu ponto de vista aquilo que é o ideal para cuidar. (TE 1)

Qualquer anormalidade que venha a ocorrer com o paciente eles são atuantes. Ou seja de chamar o médico ou se for um procedimento para a gente mesmo fazer, isso é feito. (TE 3)

Eu vejo, eu vejo que o enfermeiro faz um bom gerenciamento. Não nega cuidado. Precisando de um médico a gente, o enfermeiro chama. (TE 11)

Nas falas dos participantes podemos observar que o enfermeiro também gerencia o setor e os materiais utilizados neste. Ele ocupa uma posição estratégica para assunção da responsabilidade pelas atividades administrativas no processo após a morte de um paciente, pois coordena o setor e gerencia os materiais utilizados no setor visando atender às necessidades e evitar a falta de insumos, garantindo a prestação dos cuidados necessários.

A gente se encarrega mais da parte burocrática [...] 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 [...] Acho que acaba que alguém tem que assumir essa posição da burocracia e como o enfermeiro está ali chefiando. (EA 6)

E a gente também gerencia o setor, gerenciamento de material, prover o material, prever o que vai faltar. (EA 4)

A atuação do enfermeiro no gerenciamento de recursos materiais destaca o papel deste profissional na dimensão técnico-administrativa intrínseca ao processo do cuidar, visto que deve ocorrer visando com fim a manutenção de uma assistência adequada (CASTILHO; GONÇALVES, 2014).

Também foi apontada a dimensão do trabalho do enfermeiro que envolve o acolhimento da equipe de enfermagem e orientações. Ele exerce, além da supervisão, funções educativas e o papel de mediador/agregador do enfermeiro é mencionado nas entrevistas, onde ele, muitas vezes, solicita a participação/presença de outros profissionais, buscando garantir uma assistência adequada aos pacientes e familiares.

A gente não trabalha sozinha, a gente aciona o assistente social junto com a psicologia para gente orientar a família o desenrolar, a evolução do quadro do paciente, pra família estar ciente de tudo que vai acontecer com o paciente. (EA 4)

Às vezes já teve caso do funcionário, técnico de enfermagem, ficar muito sensibilizado, chorar, e eu contornar, acalmar. (EA 3)

Qualquer anormalidade que venha a ocorrer com o paciente eles são atuantes. Ou seja de chamar o médico ou se for um procedimento para a gente mesmo fazer, isso é feito.(TE 3)

Bom, nesse caso especificamente a enfermeira, a X, estou citando nome mas [...] ela mesma falou: 'Nossa, mas esse paciente será que ele tem condição? Talvez a gente tenha que [...]' Ela mesma já me procurou para conversar sobre isso (cuidados paliativos). (MA 5)

A gente faz esse intermédio entre a família e médico e o paciente que foi a óbito. (EA 6)

Por estas questões levantadas pelos participantes podemos observar o papel do enfermeiro como líder da equipe de enfermagem e que os técnicos de enfermagem espelham as (re) ações dos enfermeiros.

Eu acho que os técnicos são o espelho da chefia [...] A gente fica olhando a carinha deles e a gente vê que eles espelham as nossas reações. (EA 16)

A influência do enfermeiro na equipe de enfermagem pode também ser notada quando ele demonstra sentimento de fracasso e culpa após a morte de um paciente. Menciona que as atitudes do enfermeiro podem gerar os mesmos sentimentos na equipe de enfermagem ao lidar com o óbito de um paciente.

A equipe lida com frustração e se eu estou empenhada em procurar alguma falha eu envolvo a equipe toda e imediatamente com a minha atitude eu estou tolhindo a capacidade deles de raciocinar. Porque eu já tomo a atitude: 'gente, alguma coisa aconteceu! Vamos procurar alguma falha, os sinais vitais! Será que algum sinal vital estava caindo? Vamos procurar!'. Então, mesmo se eles estavam pensando de alguma forma ou se estavam na intenção de aceitar com naturalidade maior, eu já joguei por terra toda a expectativa deles, já buscando como chefe, como líder de equipe, vamos dizer assim, a gente acaba desestabilizando a equipe toda de acordo com nosso raciocínio. (EA 16)

A fala acima indica que os trabalhadores da enfermagem lidam com diversos paradoxos no seu cotidiano laboral, como a vida e a morte, de modo que precisam de lideranças com habilidades para ajudá-los diante dos desafios e quando o enfermeiro fica desestabilizado diante da terminalidade ou morte de um paciente pode induzir (re) ações inadequadas na equipe.

A inter (ação) do enfermeiro com os pacientes e suas famílias é citada nas entrevistas. A preocupação dos enfermeiros em proporcionar carinho, cuidado, conforto e privacidade aos pacientes e familiares foi percebida e mencionada pelos participantes. Estes reconhecem que o enfermeiro do setor tenta proporcionar conforto e privacidade ao paciente e familiares e mencionam que nem sempre consegue devido a outras questões que fogem do seu controle, como por exemplo, a estrutura física da unidade.

Mas eu consigo gerenciar melhor com a equipe, comigo, com o tempo que eu tenho, o que eu tenho que fazer... vai muito tranquilo. Apesar de eu me sensibilizar com a família na hora de conversar, de dar a notícia. (EA 3)

Então é isso, eu vejo olhar de carinho, olhar de cuidado e quase que uma empatia com a família. (EA 7)

As coisas que poderiam ser feitas para melhorar que estou te falando: o paciente, um conforto maior para ele independente da situação em que ele estiver, a privacidade dele. Quando, no caso, a enfermeira tenta, no último caso, de conseguir mas, às vezes, a instituição não consegue ofertar essa demanda. (TE 7)

Contudo, coexistem ordem/desordem no gerenciamento do cuidado de enfermagem e alguns entraves dificultam as ações dos enfermeiros no processo de morte/morrer. A burocracia envolvida no trabalho destes profissionais foi referida pelos participantes do estudo e os afasta da assistência aos pacientes e familiares.

Mencionou-se que os vários processos burocráticos após o óbito não podem ser postergados, o que dificulta a participação do enfermeiro em atividades assistenciais aos pacientes e familiares.

Então, é uma hora que eu tenho muito [...] um ritual muito extenso a seguir e uma hora que eu não tenho liberdade para ser eu mesma. Então eu tenho uma rotina a seguir, um check list a preencher e eu não tenho como raciocinar e nem tempo hábil para fazer o que eu gostaria de fazer. (EA 16)

É assim, a minha parte é muito burocrática nesse processo [...] Mas, assim, a minha parte como enfermeira é mais burocrática. Até assim, eu não entro em contato direto com o paciente, com o familiar do paciente. Eu fico mais com a parte de papel, de atestado de óbito. (EA 1)

O gerenciamento do cuidado de enfermagem feito nessa instituição, eu ainda acho que é um pouco insuficiente. Além dos enfermeiros estarem sobrecarregados, às vezes ocupando mais de uma função e aí, acaba que a gente num processo administrativo, o trabalho administrativo te ocupa tanto que você deixa de lado a assistência. (EA 4)

Tem que fazer vários processos burocráticos, que você não pode deixar para depois e ao mesmo tempo tentar fazer alguma coisa com a família. (EA 13)

Os profissionais reclamam da sobrecarga de atividades para os enfermeiros, em especial das atividades burocráticas, que os afastam da assistência à família do paciente após a morte e os distanciam da equipe de enfermagem durante o preparo do corpo. Os enfermeiros relatam que são muito cobrados em relação às atribuições não assistenciais e que estas atividades burocráticas não são compartilhadas pelos outros profissionais da equipe multiprofissional.

A gente só tem a enfermagem. Você não tem um assistente social, um psicólogo. Você não tem mais ninguém para estar ali naquele momento com a gente. [...] Como a gente já citou, a sobrecarga de ter um enfermeiro no setor não sobra aquele tempo para você se dedicar à família, só àquele paciente e àquele situação. Eu tenho que lidar com essa situação e tudo o mais que está acontecendo no setor. (EA 13)

Porque a gente é muito cobrado em outras coisas, sabe. (EA 15)

A fala a seguir expressa a fragilidade do enfermeiro e sua busca pelo acolhimento da família diante da terminalidade de um ente querido.

Difícil você sair do setor, desmontar daquela correria da função de enfermeira e sair e vestir o capote de ser humano e falar: 'Sou um ser humano, entendo sua dor [...]'. É difícil porque lá dentro tem uma postura rígida, tentar não se envolver e atuar da melhor maneira possível de forma que a gente não deixa a emoção aflorar e encontra a família lá fora. Tem que desmontar, tirar essa pecinha. Como se fosse uma pecinha. Tirar essa pecinha da gente e virar ser humano de novo e encontrar com esse familiar. Então, assim, é uma função um tanto quanto trabalhosa. (EA 16)

As entrevistas mostraram que os enfermeiros anseiam estar mais próximos do cuidado do paciente e da família, assim como estar mais próximos dos outros profissionais diante da terminalidade e morte de um paciente. Foi notável o afastamento do cuidado direto aos pacientes e a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros.

(Re) agindo diante da terminalidade e morte de um paciente é uma subcategoria que apresenta as (re) ações citadas pelos profissionais diante da terminalidade e morte de um paciente internado na enfermagem aos seus cuidados. As falas revelam que as (re) ações dos profissionais variam de acordo com a condição clínica dos pacientes, do vínculo estabelecido com eles e seus familiares, além das características pessoais dos participantes.

Diversas falas expressam que lidar com a terminalidade e com a morte traz comumente sofrimento e desgastes psíquicos aos profissionais da área da saúde.

Eu fico triste, eu fico triste. Aqueles momentos que eu quase compartilho com a família essa tristeza [...] Eu me sinto um vazio, uma tristeza, quase como se fosse alguém da família. Não chega nesse grau de sofrimento, não, mas é... aqueles primeiros instantes é muito triste. (EA 7)

Fico com muita pena. Cuido com a sensação de tristeza. (TE 2)

Ai, eu, sinceramente, eu não gosto. É o tipo de público que eu não gosto. Talvez pela questão do sofrimento mesmo. (AS 3)

Os participantes demonstram que determinadas mortes causam mais sofrimento aos profissionais enquanto a morte de outros pacientes gera menor comoção.

Agora, quando é um paciente, um jovem, paciente que tem um prognóstico bom e de repente vem... Aí, isso aí pega qualquer um de surpresa. Isso aí, aí você fica triste, acaba entrando mesmo num processo de tristeza profunda mesmo. (EA 12)

Ah, desconfortável. Dependendo do vínculo com o paciente é triste mesmo. A gente sente a perda. (EA 14)

Mas eu percebo que, principalmente quando o paciente fica muito tempo, eles sofrem com isso, também. O profissional sofre, principalmente o técnico de enfermagem porque cria um vínculo. (P 1)

A morte de crianças e jovens sensibiliza bastante os profissionais, assim como a morte de pacientes que tinham bom prognóstico ou quando aconteceu algo repentino. A morte de adultos e especialmente de idosos e pacientes que tinham doenças incuráveis gera menos comoção na equipe, na maioria das vezes.

Então, para alguns pacientes eu confesso, assim, talvez por ser muito novo, muito jovem, às vezes de forma repentina, a gente fica mais chocado e se põe no lugar. 'Se fosse minha mãe? Se fosse eu?'. Mas quando o paciente é mais idoso, acho que por questão mesmo de lei da vida, a gente acaba ficando mais conformado de que, de que isso é uma coisa que vai acontecer com todo mundo. (EA 9)

Outros de repente entram aqui sem prognóstico de morte, talvez vai sair bem, melhorar e vai a óbito. Esses realmente dão uma abalada na gente. (EA 11)

É assim, quando você cuida daquele paciente, cuida direta e você se apega ao paciente isso mexe muito com a gente. Mas quando você 'fulano foi a óbito', 'paciente X foi a óbito', eu acho não [...] Veio a falecer, óbito. Então, isso não me afeta tanto, entendeu? Mas quando é um paciente que a gente fica muito nessa escala de rodízio, aí. A gente fica muito, às vezes. Também tem o rodízio mas a gente termina tendo contato com o paciente. Então a gente se apega com esses pacientes. (TE 5)

Ou um paciente mais ou menos que seja um quadro mais estável, um caso pouco complicado que venha a agravar e pegar de surpresa, que você se surpreende mais. (TE 7)

Igual, assim, jovem ou alguma coisa repentina é mais difícil de aceitar [...] Com o tempo, com exceção desses casos: jovem, crianças e inesperados é mais difícil de aceitar. Mas nos outros encara com naturalidade. (TE 9)

Só que você lida melhor quando você sabe que o diagnóstico dele é um diagnóstico de uma doença grave e que o paciente estava evoluindo mal a despeito de qualquer medida clínica que você estava fazendo ou cirúrgica. Com esses pacientes a gente lida melhor porque a gente sabe que faz parte daquele quadro. Agora, as mortes decorrentes de doenças que aparentemente não deveriam acontecer. Então, você faz uma cirurgia por uma doença benigna, tem uma intercorrência, evolui mal e morre. Essas a gente lida com dificuldade. (MA 4)

Existe sempre um paciente que a gente tem um vínculo, alguma coisa te comove [...] Mas têm casos que não, claro! Têm pacientes que você faz o vínculo. Têm outros que você olha e fala: 'aquele ali parece com meu pai, parece com a minha mãe'. Criança, então, de jeito nenhum! Criança eu não posso pensar, eu choro! Nos adultos, no meu cotidiano de doença crônica, parece que você desvincula. (MA 5)

A morte de crianças e jovens gera mais comoção da equipe de profissionais se comparada à morte de adultos e idosos. Alguns mencionam que uma criança ou jovem morrer significa um desrespeito à ordem natural da vida, em que as pessoas nascem, crescem, envelhecem e, então, morrem.

Eu nunca vivenciei nada de criança, graças a Deus porque eu acho que isso é mais chocante. Porque no PSF a gente vê a morte da senhorinha idosa que já [...]? E aqui não. Aqui a realidade é diferente. Às vezes a gente vê com criança, nenenzinho, com a moça jovem e com [...] (EA 2)

E, às vezes, você vê morte de criança, então, que é totalmente difícil de se lidar, difícil de lidar com a família, difícil de estar presente naquele ambiente [...]Então varia da questão mesmo de como foi a morte ali, se é um paciente mais idoso, que já estava nesse caminho ou se foi de uma pessoa jovem, que mobiliza mais a equipe. (EA 17)

Criança, então, de jeito nenhum! Criança eu não posso pensar, eu choro!” (MA 5)

Assim, em criança então [...] se for criança eu não consigo. Agora, o adulto ou coisa assim, é difícil também mas [...] (EA 7)

É frequente o relato dos participantes de ter dificuldades em lidar com o processo de morte/morrer e ficar inseguros ao (inter) agir com um paciente em terminalidade e, até mesmo, com o corpo após a morte.

Até eu mesmo, a gente fica muito inseguro na hora. É muito ruim [...] E às vezes a gente não sabe o que fazer na hora que acontece um óbito, que o médico constata. (TE 2)

O sofrimento dos profissionais diante da terminalidade de alguns pacientes na enfermaria faz com que questionem a permanência destes no setor e a possibilidade de transferência do paciente em terminalidade para algum setor de suporte intensivo.

Eu vejo que eles (técnicos de enfermagem) ficam bem tensos em relação a isso. Eles perguntam: ‘Ah, mas esse paciente tem que ficar aqui na enfermaria? Esse paciente, será que ele não pode ir para a unidade de terapia?’. (EA 12)

Há quem acredita não expressar para o paciente a tristeza que sente ao ter que lidar com sua terminalidade e afirma buscar dar esperança de recuperação ao paciente mesmo sabendo da sua terminalidade.

Cuido com a sensação de tristeza. Só que eu creio que eu não deixo expressar. Eu fico o tempo todo: ‘Ah, vai dar tudo certo! Vai passar bem por esse momento e tudo [...]’. (TE 2)

Outra (re) ação da equipe de enfermagem ao lidar com um paciente em terminalidade na enfermaria é a solicitação de parecer e acompanhamento da psicologia por alguns profissionais da enfermagem. Acredita-se que eles, às vezes, solcitam o apoio da psicologia não apenas porque se preocupam com os pacientes em terminalidade e com seus familiares mas, também, porque se sentem sobrecarregados ao cuidar de pacientes em terminalidade no setor e precisam de suporte para lidar com suas próprias angústias diante do processo de morte/morrer dos pacientes.

Eu vejo que a equipe fica muito mobilizada e se sente sobrecarregada. Eles acham que não vão dar conta, que a enfermaria não tem recurso suficiente para lidar com esse tipo de paciente, que intercorrências vão acontecer e eles, enfim, vão ficar sobrecarregados. Principalmente quando envolve família, por exemplo [...] Às vezes eu percebo angústia que é da equipe, eles me solicitam para aquele paciente mas eu vejo que é porque eles que estão com esta dificuldade, às vezes estão mais angustiados. (P 1)

Algumas estratégias utilizadas pelos profissionais da equipe multidisciplinar para lidar com a morte de pacientes dentro do hospital: foram pontuadas nas falas como, por exemplo, a racionalização e o distanciamento.

Eu percebo que a equipe tenta buscar mecanismos de defesa mesmo para lidar com a questão da morte. Alguns vão usar a questão da racionalização para lidar com a morte, a questão do distanciamento também. Alguns não querem se envolver muito. (P 1)

O desgaste psíquico é prevenido por alguns profissionais, o que acaba fazendo com que os mesmos evitem contato com os pacientes em terminalidade e com seus familiares. Diante disso, os profissionais evitam envolver-se emocionalmente com os pacientes em terminalidade e seus familiares.

Então, nessa hora eu ainda tenho ainda uma certa... ainda não sei lidar bem com essa situação diante do paciente. Eu prefiro evitar. Nunca eu inicio conversa com o paciente por causa disso, de medo. (TE 3)

Assim: eu procuro agir profissionalmente [...] Então eu procuro assim, fazer a minha profissão, não se envolver emocionalmente porque eu sou um ser humano e depois eu tenho que estar em condições de trabalhar. (TE 11)

Eu não sei se eu poderia falar da enfermagem como um todo, mas eu percebo muito que, individualmente, algumas pessoas, alguns técnicos e enfermeiros têm a tendência de negar um pouco, de ter mais dificuldade para lidar com as emoções e aí, evitar mais esse paciente e a família, eu acho. Eu percebo alguns profissionais com mais dificuldade e estabelecendo essa relação de evitação. (P 2)

Eu acho que todo mundo. Até psicólogo, às vezes, eu vejo, psiquiatras. Às vezes, assim, não conversa nem com o paciente direito. Ainda mais nessa situação, parece que o profissional corre da família, quer se livrar rápido. A família está toda sensibilizada, o paciente e 'Ah, ta, ta...'. Responde tudo muito [...] (TE 2)

Os sentimentos de impotência, frustração e fracasso diante da morte de pacientes foi externado por vários participantes.

Uma perda, uma impotência. Eu me sinto impotente, impotente, muito impotente. (EA 7)

Um fracasso [...] Ah, é [...] Impotente da gente não poder fazer as coisas que melhorariam... Impotente. (EA 10)

Eu lido como um fracasso. Eu sinto isso. Porque geralmente eu penso assim: 'alguma coisa ficou falha' [...] Mas na hora que acontece a minha sensação é de frustração. (EA 16)

É muito difícil você encarar esse insucesso. (MA 4)

Alguns profissionais questionam a assistência prestada ao paciente após sua morte, buscando possíveis falhas na assistência que possam justificar a morte.

Quando é um paciente, um jovem, paciente que tem um prognóstico bom e de repente vem [...] 'Será que faltou alguma coisa? O que será que aconteceu?'. (EA 12)

Igual, assim, jovem ou alguma coisa repentina é mais difícil de aceitar. Você quer [...] você acaba vendo com negatividade. 'Onde é que errou?', 'Será que podia ter feito isso ou alguma outra coisa?'. (TE 9)

Para algumas mortes a gente lida com naturalidade, para outras a gente se questiona até porque eu acho que até faz parte da crítica, autocrítica, também. "O que aconteceu de errado? O que podia ter sido melhor? Porque que a gente não teve nenhuma intervenção antes daquela evolução? (MA 4)

Por outro lado, o sentimento de alívio diante da morte de alguns pacientes foi expresso em algumas falas, onde os profissionais percebem a morte como alívio do sofrimento que estes pacientes sentiam. Diante destas circunstâncias os profissionais demonstram melhor aceitação da morte dos pacientes.

De alguns pacientes, sinceramente, a gente fica até aliviado porque a gente vê a pessoa sofrer tanto, que a gente pensa assim 'Nossa gente [...] descansou'. (EA 9)

Em alguns pacientes eu fico aliviada com a morte, fico aliviada mesmo. Alguns, quando o paciente vem a óbito eu sinto até aliviada. (EA 11)

Se é um paciente que tem uma doença grave, você vê que está num processo que não tem recuperação, a gente aceita. A gente vê que vai ser até um sofrimento a menos para a pessoa. (EA 13)

Então, às vezes, aquilo te traz até um alívio porque você imagina que aquela pessoa esteja sofrendo naquele momento. (EA 17)

Só que você lida melhor quando você sabe que o diagnóstico dele é um diagnóstico de uma doença grave e que o paciente estava evoluindo mal a despeito de qualquer medida clínica que você estava fazendo ou cirúrgica. Com esses pacientes a gente lida melhor porque a gente sabe que faz parte daquele quadro. (MA 4)

Há relatos de participantes que expressam ter o pensamento e a sensação de ter feito o que estava ao seu alcance para cuidar do paciente da melhor forma possível. Destaca-se a fala abaixo, onde o participante relata que o pensamento e a sensação descritos o confortam diante da morte de um paciente e que tal sentimento é mais expressivo do que o sentimento de impotência diante da morte de um paciente.

Assim, pelo menos eu procurei fazer o melhor para aquele paciente no tempo que ele esteve com a gente, de missão cumprida por mais que você tenha sentimento de impotência eu acho que sobressai essa questão de 'ah, eu fiz o melhor que eu pude'. (TE 10)

Diante do sofrimento de um paciente em terminalidade alguns participantes buscam apoio espiritual, rezando e pedindo o descanso para alguns pacientes por considerar que a morte para eles seria um descanso.

Se for um paciente que não tem prognóstico... eu às vezes até rezo e peço para eles descansarem porque você vê que o paciente está sofrendo, que ele está ali naquela angústia, naquela coisa e me dá até um certo alívio. (EA 12)

Também, foi demonstrado o apego à espiritualidade diante da morte de pacientes quando se menciona que algumas pessoas fazem oração quando um paciente morre.

A gente costuma até fazer uma oração. Eu faço oração. Falo para os meninos: 'gente, vamos orar, coisa e tal'. (EA 15)

Diversas falas demonstram que os participantes acreditam tratar de uma forma muito natural o processo de morte/morrer de pacientes e este "natural" é percebido de diferentes formas. Alguns encaram a naturalidade como algo bom no sentido de reconhecer a morte como uma possibilidade para qualquer pessoa a partir da certeza de que ela um dia ocorrerá a todos. Por outro lado, perceber e (inter) agir com os pacientes em processo de morte/morrer com naturalidade é percebido por outros como cuidar de forma mecânica, insensível, com os pacientes e seus familiares.

A equipe de enfermagem que já lida de uma forma muito natural. Natural às vezes até demais porque lida com o corpo como matéria. Acho também que falta uma preparação da equipe em questão a isso porque às vezes a gente lida com uma frieza tão grande depois que a gente encara como se a morte seja a ausência já de merecimento de cuidado nosso. Então a gente trata o corpo como uma matéria e isso é complicado! (EA 16)

Então, não vejo dificuldade deles (técnicos de enfermagem) nessa parte, assim. Até do ambiente que se forma ali o profissional de saúde fica um pouco frio, com o tempo que vai trabalhando com a questão. (EA 17)

Mas a gente há de convir que eles têm outros pacientes também. Isso não quer dizer que eles deixem esse paciente de lado, mas a verdade é que tratam com naturalidade. O que eu vejo é naturalidade. (EA 18)

Infelizmente, a gente vai ficando muito mecânico nessa profissão [...] Essa questão, às vezes as pessoas são muito secas. As pessoas perdem um pouco a sensibilidade e isso não é legal, não [...] Até psicólogo, às vezes, eu vejo, psiquiatras. (TE 2)

Hoje em dia, igual eu te falei, eu já encaro com mais naturalidade, para não falar frieza. Naturalidade [...] E a morte é uma coisa que não me surpreende, não. (TE 8)

Participantes relatam que, às vezes, não ficam muito sensibilizados diante da morte de pacientes e, dependendo da situação, alguns não se sensibilizam nem mesmo com a morte de seus próprios familiares.

Agora, se for um paciente que meu coração não falou ali por ele eu não sinto nada, não. Nada, nada, nada! Sou bem fria mesmo. Em relação a essa questão de morte eu sou bem fria [...] Eu não sinto muito. Às vezes até familiar meu mesmo. Eu não sinto. (TE 8)

Então, eu vou te dizer que eu lido com a morte friamente, igual ela lida com os outros. Porque a morte é fria! (TE 8)

Então, para mim, não é uma questão que choca muito. (MA 1)

Referências às mortes de pacientes na UTI foram feitas nas entrevistas. Alguns participantes acreditam que a experiência em lidar com a morte de pacientes na UTI seja mais traumática do que nas enfermarias devido aos diferentes perfis de pacientes internados neste setor e às diferentes causas de óbito e expressam que a morte é menos vivenciada nas enfermarias pois os pacientes em terminalidade comumente são transferidos para setores de cuidados intensivos, embora isso nem sempre vai trazer benefícios reais aos pacientes.

Eu acho que no CTI, eu acho que quem trabalha no CTI, em setores fechados vivenciam isso de uma maneira bem diferenciada. Porque você convive com a morte e com o morrer de uma forma muito contínua. E não só de pessoas idosas, mas você vê muitos casos, você se põe no lugar, de pessoas jovens assim como você, de acidentes que culminam com o óbito. Então, eu acho que eles devem vivenciar essa situação de forma sempre mais traumática. Aí eu acho que deve ser difícil, 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. (EA 9)

Lá eu acho mais estressante no setor fechado do que aqui. Então, para o paciente é muito melhor mesmo ficar na enfermaria, talvez, por causa de estresse de setor fechado. Eles acham que têm mais assistência, porque são muito mais pacientes mesmo que recebem mais atenção, mas eu acho mais estressante do que enfermaria. (EA 10)

A conversação dos participantes exprime que muitos buscam controlar seus sentimentos diante da morte de um paciente e outros sentem-se mais à vontade para expressar seus sentimentos e os profissionais buscam (inter) agir com a família e com outros profissionais da equipe, empenhando em apoiá-los e compartilhar seus sentimentos.

Então quando eu vejo paciente morrer eu transfiro um pouco essa dor que eu senti para a família. Eu sei o que a família está sentindo. Então, eu sofro muito, reajo bem, fico controlada e tudo, mas eu sinto o que a família está sentindo. Então, existe um pouco de empatia. (EA 7)

Então, eu tento confortar primeiro a família.(EA 12)

Por exemplo se acontece da gente ficar chateado ou chora junto com o familiar. Muitas vezes acontece isso. (EA 16)

Eu queria ser mais forte. Eu sou muito chorona. Se alguém for falar alguma coisa comigo eu vou chorar.(TE 3)

Mas eu já peguei casos de morte de pacientes aí que depois eu fui, conversei com a família, abracei, dei meus sentimentos. Porque até, às vezes, você se apega no paciente. Então, às vezes, é difícil até por essa parte porque a gente

acaba sofrendo junto com a família. Eu mesma já cheguei a chorar aqui junto com familiar por causa de óbito de paciente. (TE 8)

Foi apontado que a forma como os profissionais da saúde lidam com o processo de morte/morrer tem relação com suas características pessoais e familiares.

Talvez, porque eu acho que até para nós é difícil lidar. Nós que estamos aqui do lado de cá. Porque é um assunto muito familiar, muito [...] Embora seja do ser humano, a gente não está totalmente acostumado com essa ideia de morte. (AS 2)

Alguns participantes fizeram considerações sobre o que acreditam que contribui para que lidem melhor com a morte de pacientes. O fato de trabalhar como diarista aumenta o contato com o paciente e permite melhor acompanhamento de sua evolução. Outros fatores mencionados são o trabalho com pacientes com doenças infecciosas parasitárias, especialmente a aids; o tempo de formação profissional e as experiências vividas. Também foi considerado importante o paciente perceber que o profissional se preocupa com ele e está ali para apoiá-lo e foi feita a menção de que conversar com outros profissionais ajuda a lidar com estas circunstâncias.

Talvez vocês estejam, a formação de vocês (enfermeiros) talvez seja um pouquinho mais preparada para lidar com essas questões do que a nossa. Mas eu acho que ainda assim, tem muita dificuldade. Ainda assim, tem muita dificuldade. (AS 3)

Eu vejo com uma certa tranquilidade. Porque como eu sou médica diarista eu consigo ver a melhora do paciente com o tempo, eu consigo ver a piora do paciente com o tempo [...] Então, eu tenho um tempo para acostumar com a ideia. Mas também, os meus pacientes são pacientes muito doentes, são pacientes com aids. Raramente eu lido com paciente que tenha evolução pior que não seja paciente aidético, aqui nessa instituição. Porque os outros casos de doenças infecciosa- parasitária realmente são para internar, melhora clínica e vai acabar fazendo tratamento ambulatorial até o final. (MA 1)

Até pelos vinte anos quase de formada [...] Então, com o tempo a gente vai acostumando, tem aquele olhar de, não é de bom senso... com o tempo mesmo que a gente ganha. (MA 1)

Então você tem que sentir. Você sentindo aquela situação, você procurando vivenciar a dor do outro é muito mais fácil para você penetrar dentro da carapaça do outro para você atingir o outro melhor, você sensibilizar o outro. (MA 2)

A gente conversava sobre aquele caso com algum outro profissional, tudo, a gente acaba lidando melhor. (MA 5)

Não há fórmula mágica, uma regra a ser seguida para lidar melhor com a morte, com os pacientes em processo de morte/morrer e com as famílias e isso é expresso por um dos participantes.

Não tem uma fórmula certa, mágica, não. Eu acho que é começar a discutir, conversar sobre isso, dar abertura para o profissional falar sobre isso. (P 1)

Apresenta-se, a seguir, os fatores que ajudam a lidar melhor com a morte de pacientes em terminalidade que foram mencionados nas entrevistas. Abaixo será apresentado um quadro com os fatores mencionados pelos participantes que os ajudam a lidar melhor com a morte de pacientes em terminalidade.

QUADRO 10: Fatores que ajudam a lidar melhor com a morte de pacientes em terminalidade

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ trabalhar como diarista e não plantonista; ➤ pacientes com doenças infectoparasitárias, especialmente a aids; ➤ tempo de experiência profissional; ➤ experiências de vida; ➤ quando pacientes percebem que estão sendo cuidados; ➤ conversar com outros profissionais sobre processo de morte/morrer e situação dos pacientes |
|--|

A Subcategoria **(Re) agindo diante da terminalidade e morte de um ente querido** traz apontamentos sobre as (re) ações dos familiares diante da morte dos pacientes e, também, dos participantes do estudo diante da morte de seus entes queridos.

As falas demonstram que as re (ações) dos familiares diante da terminalidade de pacientes variam de acordo com aspectos relativos aos pacientes e aos seus acompanhantes/familiares, assim como do processo comunicacional desenvolvido entre todos os implicados no processo de morte/morrer.

Quer dizer que o familiar não está preparado, isso varia muito de quem está com o paciente no momento [...] Tem familiar que já está mais preparado para aquele momento e entende a demanda do paciente, a situação do quadro do paciente. Às vezes o médico orientou, às vezes ele já tem experiência e entende essa situação. E tem acompanhantes que não entendem isso (TE 6)

Geralmente a família do paciente em terminalidade encontra-se despreparada para lidar com o processo de morte/morrer, insegura e vulnerável diante da perspectiva de morte de um ente querido e, geralmente, sofre e tem medo disso acontecer.

Durante a visita nessa unidade que eu trabalhei recentemente, que é uma unidade de cuidados intensivos (ECE, enfermaria de cuidados especiais), todos eles chegam durante a visita com um medo muito grande de morrer. (EA 16)

Geralmente paciente fica muito ruim muito tempo e você vê a família inteira, todo mundo já não aguenta mais, entre aspas. (TE 2)

Nesse momento frágil da família, também, que fica insegura nesse momento, não sabe o que fazer. Às vezes, até pergunta muito, fica procurando. Não aceita a situação. Fica toda hora procurando a enfermagem. (TE 6)

Tem hora que eu acho que eles ficam meio perdidos [...] E você sente que eles ficam meio que ansiosos. Sabem, no fundo sabem que não tem prognóstico mas se sentem perdidos, meio que com falta de carinho, carentes. (TE 9)

Diferentes participantes reconhecem que as famílias solicitam com maior frequência os profissionais da equipe de enfermagem quando acompanham o paciente na enfermaria e esta é uma reação esperada se consideramos que elas, muitas vezes, não conseguem lidar bem com a ideia de terminalidade de um ente querido. Indicou-se que a família faz muitos questionamentos aos profissionais de enfermagem porque tem dúvida de coisas que, aparentemente, são óbvias aos profissionais.

Às vezes, até pergunta muito, fica procurando. Fica toda hora procurando a enfermagem [...] E tem acompanhantes que não entendem isso e ficam achando que a enfermagem, que a gente tem que fazer alguma coisa, entendeu? E a gente não tem que fazer alguma coisa. (TE 6)

Tem família que, todos, lógico, é importante a família estar presente, mas têm famílias que ficam cobrando mais, solicitando mais. Porque a família está angustiada também. Eu vejo que isso gera estas questões com a equipe [...] E eu percebo que essa relação com a família também fica complicada a partir do momento que a família começa a solicitar demais. Porque aí eles se sentem cobrados e, às vezes, a família foi perguntar uma coisa não é porque está cobrando, é porque aquilo que é óbvio para a gente não é para a família. (P 1)

Também, o reconhecimento da negação do processo de morte/morrer das famílias foi apresentado nas entrevistas e esta negação ocorre apesar de esclarecimentos sobre o quadro clínico do ente querido. Foi citado o caso de um paciente em terminalidade em que a filha não aceitava a morte do pai e solicitava à equipe para fazer o possível para mantê-lo vivo e um outro caso em que a família do paciente dizia acreditar que seu ente querido tinha melhorado porque a diálise havia sido suspensa e não porque ele não tinha mais indicação devido à gravidade do seu estado de saúde.

Eu acho que o familiar, ninguém está preparado para a morte, para a perda de alguém. Aconteceu um caso de um paciente muito grave... a família, a filha não aceitava a morte do pai. E ela falava com a equipe: 'façam de tudo para salvar meu pai'. O paciente não tinha, o paciente já era demenciado. Já não tinha mais jeito. E, assim, a parte familiar dela, mas ninguém orientava a respeito do quadro do pai "está sofrendo, ele não sabe do que está acontecendo com ele, ele está sedado. Então, não tem mais jeito. É um processo natural, a gente está só protelando sofrimento. (EA 8)

Também acontece muitas vezes da família, já ter conversado várias vezes com ela e ela tem aquela questão da negação. Então sempre dá a entender que não está ciente, de que não está orientada. (EA 9)

A família também, vivendo aquele momento, essa interface entre a vida e a morte, paciente estar grave e não tão grave, não entender que ele está mantendo com tecnologia. (EA 17)

Foi citado o caso de um paciente em terminalidade em que a filha não aceitava a morte do pai e solicitava à equipe para fazer o possível para mantê-lo vivo e um outro caso em que a família do paciente dizia acreditar que seu ente querido tinha melhorado porque a diálise havia sido suspensa e não porque ele não tinha mais indicação devido à gravidade do seu estado de saúde.

Eu acho que o familiar, ninguém está preparado para a morte, para a perda de alguém. Aconteceu um caso de um paciente muito grave... a família, a filha não aceitava a morte do pai. E ela falava com a equipe: "façam de tudo para salvar meu pai". O paciente não tinha, o paciente já era demenciado. Já não tinha mais jeito. E, assim, a parte familiar dela, mas ninguém orientava a respeito do quadro do pai 'está sofrendo, ele não sabe do que está acontecendo com ele, ele está sedado. Então, não tem mais jeito. É um processo natural, a gente está só protelando sofrimento'. (EA 8)

A família não está muitas vezes aceitando o que está acontecendo. Acho que são várias questões. A família muitas vezes não está aceitando, falou 'olha, melhorou! Não está fazendo diálise mais, hemodiálise'. Aí a família já cria uma expectativa 'Oh, então eu acho que melhorou!'. Aí pode ser uma forma de entendimento, que é um momento extremamente angustiante. Às vezes, entendeu? Ou então ela se apega àquela pequena melhora para tentar fugir daquela realidade. Acho que são várias questões. (AS 3)

Outro apontamento da pesquisa tem relação com a comunicação do diagnóstico e prognóstico do paciente à família, que é permeada por momentos delicados, em que os profissionais precisam tomar alguns cuidados para que possam, além de informar a família, esclarecer dúvidas e dar o apoio necessário para lidar com os pensamentos e sentimentos advindos e (re) organizar-se para lidar com isso. Acredita-se que a família entende mais quando recebe as informações aos poucos e consegue elaborar-se internamente a respeito do quadro clínico do ente querido e seu prognóstico do paciente.

Às vezes eu até evito de falar tudo no primeiro encontro. Primeiro eu vou jogando a fala de uma forma que a família venha me perguntar. De uma forma que à medida que ela vai me perguntando ela vai elaborando internamente. Eu acho que com isso a pessoa sofre menos ou talvez entenda mais. Porque quando você fala direto cria um bloqueio imediato e a família não consegue. Aquele bloqueio às vezes permanece ali e não consegue sair daquilo, sofre mais e fica embaralhada até a ficha cair. (MA 2)

Outra (re) ação observada dos familiares é a solicitação feita aos profissionais para não conversarem sobre o diagnóstico e prognóstico com o paciente. Acontecendo até de, às vezes, o profissional perceber que o paciente quer falar da possibilidade de morte, porém sua família não permite essa conversa.

A família tem a dificuldade de aceitar que esse paciente saiba. Aí o que eu percebo? O paciente quer falar da possibilidade de morte e a família não deixa. Já aconteceu caso assim que o paciente falou comigo que ele já estava pensando para quem ele ia deixar o que, que ele percebe que não estava bem

e a filha já cortou e falou: 'o senhor não tem nada. Está bem. Está tudo bem'.
(P 1)

Se a família pede para não falar você não falar, não é?! (MA 3)

Mesmo com os cuidados na comunicação do diagnóstico e prognóstico cabe ressaltar os diferentes olhares e opiniões acerca do cuidado do paciente e o processo de morte/morrer entre os membros da família.

A gente percebe que isso acontece até de uma forma bem frequente, a família mudar de ideia ou de ter divergências entre os familiares em relação a isso [...] Tem que discutir isso previamente. Então, até mesmo porque o consenso é familiar. Não é uma pessoa só decidir. Acho que a família tem que discutir entre si o que vai fazer. 'vamos deixar ficar no quarto? Vamos querer que faça tudo, ter todos os cuidados? Intuba e leva para o CTI e faça tudo?' Então, eu acho que você não pode deixar para discutir isso no último minuto e acontece. (EA 9)

"E quando a família tem conflitos dentro dela? O que a gente faz? Porque é um outro caso, também. Tem muita família que a gente vê que não tem. Talvez porque a pessoa sente culpa por não ter cuidado a vida inteira." (MA 4)

Cada ser é único e compreende e reage de formas distintas diante da terminalidade de um ente querido. Sendo assim, os profissionais precisam estreitar a relação e a comunicação com os pacientes e seus familiares de modo a serem facilitadores diante desse processo complexo.

Nem sempre as famílias têm condições de lidar com a informação do prognóstico de terminalidade do paciente ou sequer conseguem ficar ao seu lado quando ele apresenta piora do quadro clínico. Alguns familiares não suportam esta situação e colocam outras pessoas para acompanhar o paciente ou pedem ao médico para transferir o paciente para o CTI.

Mas eu acho só quando chega numa fase mais crítica que a família consegue perceber se ela vai ou não conseguir ficar ali do lado e, às vezes, sentir que não está fazendo nada. (EA 9)

E muitas das vezes por mais que você fale que vai morrer na enfermaria na hora que chega naquele processo mesmo de morte a família não aguenta ficar junto e aí põe acompanhante para ficar junto para não presenciar. (MA 4)

Percebe que a família não está dando conta (P 1)

Era um paciente que estava lá internado no setor, na enfermaria, que deveria estar em cuidados paliativos. De uma certa forma estava porque os cuidados estavam acontecendo, mas nada formalizado e esse paciente, a família acompanhando. Eu estava acompanhando esse paciente. O paciente teve uma parada na enfermaria. Qual era a orientação? Era não investir, só que a família entrou em desespero. Por mais que a família estivesse já entendendo a gravidade, na hora é muito difícil você achar que essa família vai... Eles querem que tenta de tudo na hora e o médico que estava na hora também ficou se sentindo "como que [...]". Aí entubaram o paciente e levaram na hora para o CTI. O paciente ficou alguns meses no CTI, era paliativo. (P 1)

Membros da família podem sentir que o ente querido não está recebendo o cuidado necessário e desejar que os profissionais realizem procedimentos intervencionistas nos pacientes na tentativa de afastar a morte. Isso pode ocorrer até mesmo quando o paciente está recebendo cuidados paliativos e apresenta uma piora clínica na enfermaria.

Que a sensação da família que eu acho, às vezes é essa. 'Eu estou negando ajuda. Eu estou assinando que eu não quero que faça nada' [...] A gente percebe que isso acontece até de uma forma bem frequente, a família mudar de ideia ou de ter divergências entre os familiares em relação a isso. (EA 9)

Em contrapartida, alguns familiares podem (re) agir com maior compreensão diante do processo de morte/morrer e aceitá-lo com mais tranquilidade, reconhecendo a finitude da vida e buscando o conforto do ente querido sem, contudo, realizar intervenções buscando o prolongamento da vida.

E ao mesmo tempo eu pensava que ia ter muito choro, mas eles tiveram o equilíbrio e a compreensão devido ao caso dela ter sido muito avançado, se ela ficasse mais teria mais sofrimento. Então eles tiveram esse entendimento, os familiares. (TE 3)

Há casos em que a família não aceita que coloque o paciente na ventilação mecânica, a família não quer que invista e o médico obedece. (TE 12)

Os dois casos documentados (de implementação de cuidados paliativos), que a família concordou. (MA 5)

No que diz respeito às (re) ações dos familiares após a morte do ente querido, os participantes expressaram diferentes aspectos, como por exemplo, a dificuldade em lidar com a morte, o sofrimento deles diante desse processo, (inter) ações com os profissionais após a morte do ente querido.

Essa coisa da emoção, do familiar se desesperar, de chorar, gritar, enfim, de fazer barulho [...]o hospital também é um lugar onde há essa dimensão do afeto, do afetivo. (P 3)

Eu vejo, eu penso que a equipe como um todo lá na enfermaria X (cita o nome da enfermaria), inclusive de familiar de pacientes que ficaram muito tempo, depois vieram a óbito, familiar ter esse reconhecimento, até de agradecer mesmo por essa dedicação da equipe. (AS 1)

E, às vezes, a gente vê a pessoa sofrendo muito mesmo, familiar desesperado mesmo porque o familiar foi a óbito. (AS 1)

Foram citadas nas entrevistas (re) ações de familiares após a morte no hospital que envolvem desde a manifestação de gratidão à equipe pelos cuidados com o ente querido até o retorno de familiar no hospital para rever a equipe assistencial e o leito onde o paciente morreu.

Eu me lembro que quando eu estava de plantão no CTI, no horário da visita apareceu um familiar de um paciente que já tinha ido a óbito [...] Mas na verdade esse familiar chegou carente emocionalmente, querendo ver a equipe de novo [...] Ele quis ver o leito onde o paciente foi a óbito. Ele quis sentir, essa foi a impressão que me passou, ele quis sentir o ambiente em que aquele paciente tenha dado o último adeus [...] É sempre assim, a gente recebe flores, cartas, agradecimentos de familiares. (EA 16)

Também foram exprimidas nas entrevistas as (re) ações de alguns participantes ao pensarem na (possibilidade de) morte de seus entes queridos. Eles demonstraram sofrer diante da morte, sendo que alguns têm um desgaste maior diante da morte em comparação a outros a ponto de reconhecer que precisa de terapia para lidar com a perda de membros da família.

Eu já tive muita perda. Já perdi meu pai, já perdi meu irmão. Então, eu acho muito difícil conviver com esse tipo de perda. Eu não estou... por mais que diga 'eu estou preparada', não está. De vez em quando eu fico lembrando e enlouqueço [...] Então, essas perdas que eu tive, por exemplo, me fez ser muito protetora de todo mundo que eu gosto. Eu superprotejo porque eu fico com medo que algo aconteça com as pessoas. Porque eu sei o que é passar por perda, é uma coisa violenta [...]. (EA 7)

Eu não tenho medo da morte. O que me causa incômodo é saber que vai doer por um tempo a saudade. Eu tenho uma grande amiga que é a minha avó e ela tem noventa e três anos. E eu sei que mais dias, menos dias ela vai evoluir para óbito. Isso me deixa triste. (*olhos lacrimejam*) Mas eu entendo que infelizmente é isso. (MA 1)

Quando minha vó faleceu eu sofri bastante. Porque minha vó que me criou. Então aquilo ali foi o fim do mundo, era como se eu estivesse enterrando a minha mãe. Mas depois que eu entrei para essa área meu vô faleceu, eu não senti; minha sogra faleceu, eu não senti. Quer dizer, eu senti. Eu não vou te falar que eu não senti porque aí eu estou mentindo para você. Sinto! Mas não sinto igual quando eu senti quando perdia minha avó. (TE 8)

É claro que eu não vou falar que não vou sofrer a perda de alguém. É óbvio que eu vou sofrer, mas eu vou tentar sofrer, vou usar um termo meio esquisitinho: com elegância. Sofrer eu vou sofrer. O que vai fazer? Não tem jeito. Eu vou ter que passar por isso mesmo, mas a vida continua. A vida continua! (MA 2)

Em Fazendo consideração sobre a percepção da terminalidade pelo paciente e suas atitudes frente a isso são apresentados os pontos de vistas dos participantes acerca da percepção do processo de morte/morrer pelos pacientes e discutidas as (re) ações destes diante disso.

Alguns participantes acreditam que nem sempre pacientes percebem que estão em terminalidade, em contrapartida vários acreditam que os pacientes percebem que estão morrendo ou por sentirem a piora clínica ou por observar um movimento estranho dos profissionais e familiares como se estivessem escondendo alguma informação grave a seu respeito.

Porque o paciente está ali debilitado, aquela situação: às vezes sabe que vai a óbito, às vezes não. (TE 8)

A maioria das vezes que eu percebo, é que estão cientes, não tanto o paciente. Eu acho que o paciente está assim, quando ele sente, poucas vezes ele expressa isso, ele fala. A gente percebe às vezes na fala dele, na forma dele se portar que ele está pressentindo que isso vai acontecer não muito longe, mas poucas vezes ele expressa isso de uma forma tão clara (EA 9)

Eu acho que sente. Eu acho que ele sabe. (TE 4)

E o paciente percebe [...] E, muitas vezes, eu vou conversar com o paciente e ele já sabe. Ele sabe, mas ninguém contou para ele. Mas ele já pescou ali alguma coisa, ele percebe como está se sentindo, que ele não está bem. (P 1)

Então, às vezes, o paciente só expressa porque, igual esse senhor de noventa anos, ele só expressou porque a gente propôs para ele um procedimento que ele não queria. E ele foi muito claro, 'Não quero porque eu sei que vou morrer'. (MA 4)

Expressou-se a crença de que os pacientes percebem a aproximação da morte e de que, talvez, tenham alguma sensação diferente.

A maioria dos pacientes que falam, eu estou te dando brevemente ou mesmo aqueles eu vou te falar em questões de emergências. Muitas e muitas vezes, como plantonista eu fui ver o paciente e quem falava 'eu vou morrer', morre! Ou mesmo aquele pacientinho que falava: 'Ah, não, dessa vez [...] ', morre! Sabe, eu não sei se é uma sensação. É uma coisa, mas morre! Já teve um paciente meu falar: 'agora cansei, desisti'. Morreu no dia! Sabe? Eu acho que sim. Tem, existe alguma coisa, existe uma sensação. (MA 5)

Foi relatado que o idoso geralmente percebe quando está em terminalidade, embora na maioria das vezes não verbalize a respeito disso.

E o idoso é no fundo o que mais sabe das coisas. Ele não pergunta porque ele não quer ouvir mesmo porque no fundo ele sabe daquele problema todo. Ele só não quer ouvir que você está chegando a essa conclusão. (MA 4)

Às vezes os pacientes percebem que algo estranho está acontecendo e sentem que os profissionais e familiares estão escondendo alguma informação séria, o que gera desconfiança e enfraquecimento dos vínculos estabelecidos.

Ele percebe essas coisas, uma movimentação estranha. Então fica uma coisa velada. Então o paciente percebe isso, fica muito angustiado também, sentindo pouca confiança na família e pouca confiança nos médicos. (P 1)

E a gente sabe disso. Tem paciente que fala, que a família vira para você e fala que o paciente fala: 'mas não é aquela doença ruim, não?!'. (MA 4)

Você vê que o paciente é esclarecido, ele suspeita e, de repente, poderia ajudar em alguma resposta para ele. 'Poxa, eu estou vendo que eu estou emagrecendo. Eu estou vendo que eu estou com alguma coisa que eu [...] '. (MA 5)

O cerco do silêncio é definido por Barbero Gutiérrez (2006) como o acordo implícito ou explícito, por parte de familiares, amigos e/ou profissionais, de alterar a

informação que se dá ao paciente com a finalidade de ocultar-lhe o diagnóstico e/ou prognóstico e/ou gravidade da sua situação clínica. Geralmente este “cerco ou conspiração do silêncio” ocorre a partir de uma motivação bem intencionada destas pessoas, que buscam proteger o paciente do sofrimento que pode advir do conhecimento das informações, porém, resulta em ansiedade, desconfiança, medo, confusão, além de negar ao paciente a oportunidade de se (re) organizar diante das informações e tomar decisões a respeito da sua vida e da sua morte (ABREU; FORTES, 2014; FALLOWFIELD; BEVERIDGE, 2002)

A negação da morte pelos pacientes também foi referida nas entrevistas. Os participantes reconhecem a negação do processo de morte/morrer pelos pacientes que estão em terminalidade quando eles evitam conversar sobre isso. Foi citado um exemplo de determinado paciente oncológico em que o profissional diz que ele não percebeu que estava pior do que há quatro anos ou talvez não quisesse perceber isso.

A gente percebe às vezes na fala dele, na forma dele se portar que ele está presentindo que isso vai acontecer não muito longe, mas poucas vezes ele expressa isso de uma forma tão clara. (EA 9)

Eu acho que ele não percebeu ou não quis perceber que ele está pior do que ele estava há quatro anos. Ele só está piorando. (MA 4)

Diversos profissionais indicam que os pacientes conversam pouco sobre o processo de morte/morrer, mesmo que tenham a percepção de que vão morrer

Eu acho que eles não querem ouvir. Porque eu acho que saber a maioria sabe [...] MA 4)

Eu acho que é uma forma de você negar também. Porque se você reafirma a questão da morte é como se estivesse aceitando e dizendo, assim, como se fosse aceitando e aproximando o momento. Acho que quanto menos você fala, mais você nega, mais torna esse momento distante. (EA 9)

Igual eu te falei, eu acho que é tabu mesmo, é medo. Nossa criação, nossa vivência aqui não... a gente não foi acostumado a isso, de conversar, de lidar com a morte. (EA 12)

Paciente, às vezes, não tem uma demanda: ou ele não quer falar, ele não quer atendimento ou ele já está muito debilitado e não tem condições de ter o atendimento. (P 1)

Alguns pacientes exprimem a vontade de conversar sobre o processo de morte/morrer, mas isso é incomum, de acordo com as falas dos participantes.

O paciente quer falar da possibilidade de morte e a família não deixa. (P 1)

Há declarações de que os pacientes têm medo de morrer e projetam esperança nos profissionais de saúde a esperança de melhora e reversibilidade da sua doença.

Isso não tem como, acaba sendo ventilado. Com o paciente também, às vezes. Mas ele demonstrando medo, não ele perguntando sobre ter a doença que vai causar. (MA 2)

Eu acho que um paciente quando olha a enfermagem, ele olha assim, como aquele profissional que vai ajudar a segurar a vida dele. (EA 11)

Também, alguns pacientes manifestam revolta diante do diagnóstico e/ou prognóstico de terminalidade, o que pode gerar atritos entre os pacientes/familiares e pacientes/profissionais.

Agora, pode acontecer aqueles casos do paciente ficar revoltado e não vai querer se tratar? Pode! Mas como que você controla isso? (P 1)

Outros discernimentos dos participantes acerca dos sentimentos e atitudes dos pacientes diante da percepção de terminalidade dizem respeito à depressão e resignação dos pacientes frente ao processo de morte/morrer. Foi dito que, na maioria das vezes que o médico solicita parecer da psicologia, o faz depois de perceber que o paciente e/ou família não ficaram bem diante da informação do prognóstico de terminalidade.

Já aconteceu de paciente estar em depressão devido à situação, à internação dele aqui, devido à doença. Eu senti um quadro depressivo do paciente. Já aconteceu do paciente não querer corresponder ao tratamento, à medicação. (TE 11)

Que já conversou com a família, geralmente ele pede depois de acordo com a reação da família. Quando ele percebe que a família não está dando conta ou de que o paciente também não ficou bem. (P 1)

A fala de alguns participantes mostra que alguns pacientes aos seus cuidados tinham consciência do seu estado de saúde e do seu prognóstico, sendo que um dos pacientes dizia que estava cansado e queria resolver a situação, ou seja, já tinha se resignado perante a morte.

Ela sabia que tinha câncer. Ela sabia que estava fazendo tratamento. Mas muito serena, consciente de tudo. 'Ah, doutor, você acha que eu vou para casa?'. (MA 2)

E ele conversou e falou: 'É, está difícil não é, doutora? Tem que resolver. Já tem quatro anos que a gente está nisso'. (MA 4)

Elizabeth Kübler-Ross foi uma médica psiquiatra que desenvolveu grandes trabalhos nos anos de 1960 envolvendo pacientes em estágio de doença avançado e procurou compreender o comportamento destes durante todo o processo de finitude. A partir das mudanças observadas no modo como os pacientes se sentiam, agiam e pensavam ao longo do processo de elaboração de seu próprio luto, ela teorizou na sua obra *Sobre a Morte e o Morrer* cinco estágios que foram generalizados para qualquer

experiência de perda ou de luto: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (KUBLER-ROSS, 2011).

Cada fase do luto retrata os pensamentos, sentimentos e (re) ações dos sujeitos diante da (possibilidade) de perda e elaboração do seu luto. Estas fases não são lineares e se entremeiam a todo tempo (KUBLER-ROSS, 2011).

A respeito disso, cabe ressaltar que todos os profissionais da equipe multidisciplinar precisam buscar preparação para lidar com os pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares, fazendo (inter) conexões para fortalecer as (inter) ações diante destas circunstâncias.

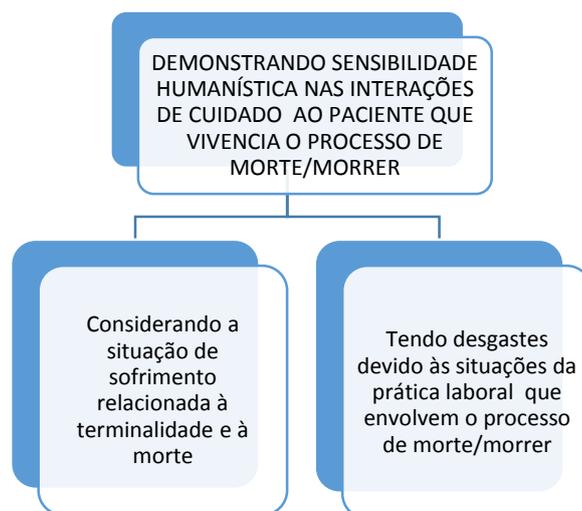
5.4 CATEGORIA 4: DEMONSTRANDO SENSIBILIDADE HUMANÍSTICA NAS INTERAÇÕES DE CUIDADO AO PACIENTE QUE VIVENCIA O PROCESSO DE MORTE/MORRER

A presente categoria aborda a fragilidade humana e os desgastes advindos do lidar com o processo de morte/morrer. Ela compreende duas subcategorias:

- Considerando a situação de sofrimento relacionada à terminalidade e à morte
- Tendo desgastes devido às situações da prática laboral que envolvem o processo de morte/morrer

As subcategorias e a presente categoria são ilustradas no diagrama que segue.

DIAGRAMA 4- **Categoria 4 e suas subcategorias**



Fonte: Elaboração da autora

Na subcategoria **Considerando a situação de sofrimento relacionada à terminalidade e à morte** são apresentadas e discutidas as falas dos participantes destacando o sofrimento psíquico relacionado à terminalidade da vida. Pontuam o sofrimento humano diante da finitude da vida e sua presença na vida dos pacientes, familiares e profissionais.

Os participantes destacam que o sofrimento diante da terminalidade e morte de um paciente não faz distinção entre as pessoas que lidam com o paciente, de modo que os profissionais também relatam sofrer e apresentam algumas considerações significativas sobre isso.

Porque é uma dor muito grande, é uma dor que você, estando ciente dos fatos, você na hora não aceita. Pelo menos na hora, no primeiro instante não aceita, mas você vai preparando pelo menos para a dor ser um pouquinho amortecida. (EA 7)

Não é tranquilo porque a morte não é tranquila para ninguém. (TE 4)

Eu acho que ninguém está acostumado a perder. (TE 10)

Os pacientes sofrem diante da terminalidade e isso foi apontado nas falas.

Se você pegar um paciente que está grave, que está complexo dentro de uma UI (Unidade Intermediária, conhecida na instituição também como ECE-enfermaria de cuidados especiais), com noradrenalina com dose extrapolando a sua indicação. Então ali você está vendo que há um sofrimento daquela pessoa no máximo. Aquela pessoa permanece viva por questões de tecnologia. (EA 17)

E, às vezes, alguns a gente conhece, é uma pessoa que teve uma história de vida sofrida, teve dificuldades, faltou família, faltou tudo. De repente, às vezes a gente vê que foi um descanso. A pessoa já esteve num quadro tão sofredor que vejo que para ele, às vezes, foi um descanso. (TE 3)

Mas se morre de uma maneira muito sofrida. Também, para o profissional, lidar com a morte é muito sofrido. (P 3)

Então, a nossa atuação diante desse paciente que está sofrendo, um processo difícil, que pode 'vir a óbito' (risos) é no sentido de ouvir o que ele tem a dizer sobre isso. É difícil, de fato, você atender a um familiar, um paciente que está sofrendo... trabalha com afeto, com questões das pessoas. (P 3)

Os participantes reconhecem que os membros das famílias sofrem e têm dificuldade em aceitar a perda do ente querido e fazem algumas indicações a respeito disso.

Já me procuraram uma vez ou duas para falar sobre a iminência da morte de um e para falar de outro que tinha falecido e que a família estava sofrendo muito (P 3)

A gente sabe que a pior coisa da vida de uma pessoa é você perder alguém. Dependendo do grau de afinidade o sofrimento é maior, a gente vê que a perda é muito triste.(EA 7)

É o tipo de público que eu não gosto. Talvez pela questão do sofrimento mesmo. Você vê que a família está sofrendo. (AS 3)

O trabalho na área da saúde, mais especificamente no hospital, envolve lidar com o sofrimento, envolve lidar com gente que sofre. Sendo assim, são demandas dos profissionais relações humanas intensas. Isso foi bastante destacado nas falas dos participantes deste estudo.

Eu acho que trabalhar com gente que sofre desperta um sofrimento, causa na gente, enquanto profissional, o desejo de fazer algo em relação a isso. (P 2)

Também, para o profissional, lidar com a morte é muito sofrido. (P 3)

O ambiente hospitalar já é um ambiente de sofrimento e aí chega nesse momento o sofrimento é muito maior. (AS 3)

Os profissionais sofrem ao cuidarem de um paciente em terminalidade que está evoluindo para a morte e, também, têm desgastes ao lidar com os familiares. Destacou-se que é importante os profissionais se envolverem com os pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares, mas que isso gera sofrimento. Mencionou-se que alguns profissionais se envolvem (emocionalmente) demais com os pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares.

Eu acho que é um processo muito difícil porque é sofrimento para a família e para alguns profissionais. No meu caso, me causava muita angústia. Eu não gostava. Não gosto! (AS 3)

Voltando à situação, tem que se preocupar que alguns extrapolam, acabam se envolvendo demais e acabam sofrendo com a situação. Então, tem que ser uma pessoa que realmente faça para prestar assistência e não para se envolver emocionalmente e sofre com isso. (EA 13)

Eu acho que é complicado. Ninguém está acostumado. Por mais que a gente tenha anos de profissão a gente não acostuma com isso. (TE 10)

Então, eu acho que tem uma dificuldade de lidar com a ideia de que alguns pacientes são terminais e que você vai ter que cuidar dele na enfermaria e que não vai ser feito nenhum método mais invasivo e que ele não vai para o CTI. (MA 4)

Foi dito que o processo de morrer é pior do que a morte em si.

Eu acho que a pessoa estar morrendo é pior do que morrer. Porque morreu, é aquele caso [...] porque morrendo, você vê uma pessoa perdendo a vida, indo embora, é muito triste. (EA 7)

Frente a isso, foi destacada a necessidade de gerenciar o sofrimento diante da morte, lidando com o que gera sofrimento.

Também, para o profissional, lidar com a morte é muito sofrido. E é mesmo pois se não, não se simbolizava, as sociedades não fariam isso. E o nosso

mundo nega, inclusive no sentido de evitar falar sobre a morte, de falar do sofrimento que gera essa finitude. (P 3)

É preciso, às vezes, dar tempo do sujeito chorar, do sujeito sofrer. Dar esse espaço e permitir a ele, não atuar naquele momento. Precisa dar permissão para ele fazer aquilo para que depois, sim, num hiato entre esse acontecimento, o traumático, e o que advém daí, esse processo de luto, ele possa num segundo momento falar sobre isso e como ele vai lidar seja familiar, seja paciente, com o que o faz sofrer. (P 3)

Gerenciar o sofrimento diante da terminalidade e da morte envolve encarar a finitude da vida e olhar além do momento presente. O processo de luto é imprescindível para que as pessoas envolvidas aprendam a lidar com a perda. Para isso, tem-se que começar a repensar a vida e a morte.

Os participantes relataram coisas que auxiliam alguns profissionais a lidarem com a morte. Indicaram que o tempo de experiência profissional pode ajudar a lidar com o processo de morte/morrer, mas não os exime do sofrimento relacionando à morte de um paciente.

Ainda me choca muito as coisas mais drásticas, assim, mas não tanto quanto era antes. (EA 2)

Eu acho que é complicado. Ninguém está acostumado. Por mais que a gente tenha anos de profissão a gente não acostuma com isso. (TE 10)

Mencionam que alguns profissionais da área da saúde evitam o sofrimento por abster-se de conversar sobre a morte para proteger-se do sofrimento.

Têm dificuldade em lidar com a morte. A gente não percebe ou não fala a respeito, mas depois de tanto tempo trabalhando, a gente percebe que é mais uma proteção da própria pessoa. (EA 13)

O sofrimento dos demais pacientes que convivem nas enfermarias com pacientes em processo de morte/morrer também foi abarcado nas entrevistas. Os profissionais se preocupam com o estado emocional dos pacientes que estão internados, considerando que eles, geralmente, percebem que há paciente em terminalidade ou que houve um óbito ali.

Então, estar sempre solicitando melhorias à instituição para que a nossa enfermaria, a nossa ala, tenha um espaço cabível a essas situações. Não que o paciente esteja dividindo um quarto com outra pessoa, até porque os outros pacientes estarem presenciando alguma situação difícil, em que está todo mundo fragilizado. (EA 6)

Às vezes um paciente está lúcido do lado do outro e vê a gente transportar. Então, a gente toma cuidado para que esse paciente não fique tão traumatizado em saber que está saindo dali um corpo. Então, esse cuidado de enfermeira eu sempre peço para as meninas ter com esses pacientes que estão lúcidos. (EA 8)

Não só os profissionais preocupam-se em isolar o paciente que está morrendo como há relatos de familiares/acompanhantes de outros pacientes que solicitam a transferência de leito/enfermaria para evitar conviver com o processo de morte/morrer. Foi relatado um caso em que a filha de uma paciente solicitou diversas vezes à enfermeira que transferisse uma paciente que estava na mesma enfermaria para outro leito após ter ouvido a conversa do médico dizendo que o quadro clínico da paciente era crítico, com receio que a sua mãe visse a paciente morrer.

A gente já percebeu, já teve situações só do médico comentar que o caso era grave os pacientes do lado e a família ficar desesperada, me procurando a cada cinco minutos para trocar o paciente de quarto. Tipo assim, 'tira do quarto que eu não quero que minha mãe veja um paciente morrendo'. (EA 9)

Destacou-se e que nem sempre é permitida uma morte natural aos pacientes com diagnóstico de terminalidade por causa dos pacientes que estão internados nos leitos próximos e podem não compreender a falta de procedimentos intervencionistas.

Aqui não é (não é permitida uma morte natural aos pacientes com diagnóstico de terminalidade) por causa do paciente do lado. Porque ele não está num quarto sozinho. Porque a gente vive aqui num quarto em trio. (EA 15)

Considerando a situação de sofrimento dos pacientes que presenciam a evolução de outros para a morte dentro das enfermarias, algumas condutas são tomadas como providências para trocar o paciente em terminalidade de leito e colocá-lo em um local mais privativo ou, até mesmo, a colocação de biombos ao redor do seu leito.

Deve ser um cuidado mais específico para aquela situação. Eu acho que... é... de certa forma até privar, assim, outros usuários, de estar vivenciando aquele momento. Às vezes, se a gente tiver condição, de estar gerenciando um outro leito para esse paciente [...] longe de outros pacientes (EA 2)

Então, o cuidado do corpo a gente costuma preservar, às vezes põe biombo. Quando a gente sabe que está na iminência disso acontecer já põe o biombo previamente porque a gente percebe que outros pacientes pedem, tipo assim: ficam angustiados de presenciarem. Ainda mais quando é paciente que também está numa situação complicada, idoso, a família tipo assim, fica sentindo ruim e o paciente também, de sentir que tem um paciente morrendo (EA 9)

Bom, a primeira coisa que a gente faz é oferecer [...] tentar separar, tentar fazer com que aquilo seja mais tranquilo, mas também como a gente trabalha com enfermaria, têm outros pacientes, no sentido de colocar um biombo. (EA 18)

Percebe-se nos relatos que quase todos os envolvidos querem esconder o moribundo e agir como se a morte não estivesse presente no ambiente hospitalar. Este incômodo que a morte gera nas pessoas faz com que a morte continue sendo um tabu na sociedade brasileira (SANTOS et al., 2009).

Relatou-se que quando morre um paciente dentro da enfermaria tenta-se retirar o corpo discretamente para outra enfermaria que esteja vazia ou interditada a fim de que a morte e o preparo do corpo não causem sofrimento aos demais pacientes e acompanhantes.

[...] tirar essa pessoa dali o mais discretamente possível. (EA 18)

Os participantes têm estas condutas porque consideram que a privacidade e conforto do paciente em processo de morte/morrer e da sua família devem ser garantidos, assim como tentam resguardar os demais internados do sofrimento que pode estar relacionado a encarar a finitude de suas vidas ao observarem a piora e a morte de outra pessoa.

Quando a gente sabe que está na iminência disso acontecer já põe o biombo previamente porque a gente percebe que outros pacientes pedem, tipo assim: ficam angustiados de presenciar. Ainda mais quando é paciente que também está numa situação complicada, idoso, a família tipo assim, fica sentindo ruim e o paciente também, de sentir que tem um paciente morrendo e, assim, 'E eu? Eu Também estou doente. Podia ser eu!'. Então, eu já presenciei situações de outras pessoas, sentirem extremamente angustiadas de estarem presentes. (EA 9)

A pretensão de aliviar o sofrimento dos pacientes em terminalidade e dos seus familiares diante do processo de morte/morrer foi observada nas falas dos participantes. Eles consideram que a pessoa que está passando pelo processo de morte/morrer está precisando de apoio e proteção. Também, foi dito que tem que ser forte para apoiar a pessoa que está passando pelo processo de morte/morrer e considera que não pode chorar perto da família.

E eu acho que o hospital é bem aberto para isso, aqui, o nosso hospital. De estar deixando a família junto [...] E à medida do que a gente pode fazer a gente está sempre... atende. Um cuidado de evitar, de deixar aquilo ser o menos sacrificante. Não sei nem se a gente pode dizer isso: menos pior possível para todos eles. (EA 2)

E mesmo sabendo que a evolução dele seria para óbito, vai ser para óbito, a gente chama o médico todas as vezes que a gente acha necessário para ele ter, pelo menos, uma qualidade melhor nessa evolução que ele vai ter. Entendeu? De ter menos dor. Se ele estiver com dor, ter menos dor. Se ele estiver insuficiência respiratória, ele não ficar tão, como é que eu vou te falar [...] cansado. A gente tem essa proteção com o paciente. Porque se ele vier a óbito, pelo menos ele vem de uma forma não tão sofrida com isso. (EA 11)

Mas para não entrar naquele estado de desespero a gente procura dar um certo apoio. (TE 4)

As falas dos participantes indicam algumas fatores que podem gerar o sofrimento diante da morte. A fala abaixo demonstra que o participante acredita que o

imediatismo e a falta de compreensão de finitude são basicamente os motivos de desespero das pessoas diante do processo de morte/morrer.

Hoje em dia a gente vive numa sociedade que quer remédio para tudo, inclusive para a morte. As pessoas não querem envelhecer, as pessoas não querem ficar com as dificuldades que vêm mesmo a partir da idade. Às vezes aquela coisa de achar que, além desse imediatismo, de achar que as coisas vão viver eternamente, que nada tem fim. Eu acho que basicamente são esses os motivos de desespero. (EA 18)

Indica fatores que podem amenizar o sofrimento diante do processo de morte/morrer de um paciente. A presença e o apoio da família foram apontados nas entrevistas como significativos na amenização do sofrimento dos pacientes e dos familiares. Foram mencionados relatos de que o processo de morte/morrer ocorre de forma mais tranquila quando o paciente tem apoio da família.

Tentando, como é que fala? Tentando dar um momento para ele diferenciado. Ele e a família dele também. Porque aqui no hospital, na enfermaria, no caso, onde a família consegue ficar próxima do paciente. Normalmente a gente tem que estar olhando esta questão da família, do próprio paciente. (EA 2)

E alguns a gente vê que já foi, assim, as coisas mais equilibradas, com apoio de família, menos, vamos dizer aos meus olhos, menos sofrimento. Então, de repente, foi um ciclo mais tranquilo. Vejo, assim, de uma forma mais tranquila. (TE 3)

O atendimento das demandas dos pacientes e familiares, como conforto e privacidade, são mencionados pelos profissionais diante da busca do alívio do sofrimento.

E perante a instituição eu também costumo pensar nesse gerenciamento do espaço físico para suporte à família do paciente, para onde ter um espaço reservado para conversa, diálogo. Até mesmo para consolo das famílias, em alguns casos. (EA 6)

E os cuidados gerais que a gente tem que ter com o paciente, tratar o paciente nesse processo com a maior dignidade possível e com o maior cuidado que a gente pode ter com ele. (EA 8)

Até é complicado uma pessoa numa situação de estar perto de muita gente mesmo. Porque eu acho que você quer mesmo é vivenciar aquele momento ali de forma mais particular mesmo. A gente tenta preservar isso antes de acontecer, mas depois que acontece a gente tem que acolher a família. (EA 9)

O acolhimento, o apoio, o respeito e a humanização foram apontados na pesquisa como essenciais na assistência e no gerenciamento do cuidado diante da terminalidade de um paciente.

Primeiro com a receptividade, com o trabalho de humanização pela situação que cada paciente está vivendo. Principalmente o cuidado com a fala, a paciência, a humanização em si com o paciente e com a família. E que isso vai fazer, acho que a maior diferença quando vai terminar o processo desse paciente, que foi o cuidado e a afetividade da equipe. (EA 6)

Então, eu acho que tem gente que não tem respeito mesmo. Até depois que a pessoa já faleceu e tudo. (TE 2)

Mas a gente procura, assim, a minha parte eu procuro fazer o máximo naquilo que eu posso. Eu procuro dar assistência, tratar com respeito porque apesar de tudo é um ser humano. (TE 11)

É mais a questão da orientação mesmo de não tratar isso como natural. É natural, mas não como rotina. Que seja uma coisa mais tranquila para que as pessoas se sensibilizem com o momento, com a dor da família para que que não tratem isso como coisa rotineira, uma coisa que você está fazendo no seu dia a dia. Que tenham um cuidado mais sensível a essa situação. (TE 12)

As falas acima indicam que os participantes reconhecem que (re) conhecer os pensamentos, sentimentos e necessidades dos pacientes e de seus familiares pode contribuir para um cuidado autêntico diante do processo de morte/morrer.

O cuidado e respeito com o corpo do paciente devem persistir até mesmo após a morte e isso é demonstrado nas falas. Participantes dizem que sentem que estão cuidando do paciente quando está preparando seu corpo e que ele continua sendo humano após a morte.

Olha, a primeira coisa que eu vou lidar é o ser humano que você está cuidando porque a gente fica sentido como se fosse um familiar da gente. (TE 7)

Cuidar! Eu gosto de cuidar. Eu acho que é o fim. Depois tem o espírito, enfim [...] Mas tem todo aquele cuidado, aquele respeito. (TE 5)

Acho importante você respeitar mesmo estando em óbito, só o corpo. 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. (TE 8)

Reafirmou-se a necessidade de não tratar o processo de morte/morrer como coisa rotineira da atividade laboral do profissional da área da saúde e enfatizou-se que nem sempre o remédio é a maior necessidade do paciente em terminalidade e que o profissional, não raro, é mais terapêutico do que os medicamentos.

É mais a questão da orientação mesmo de não tratar isso como natural. É natural, mas não como rotina. (TE 12)

Quando tem um paciente terminal, acho que isso é importante também porque ele sente, ele precisa dessa presença ali, naquele momento ali, de quem está presente ali, desse acolhimento todo até o desenlace dele [...] Porque se você fugir deixa de ser terapêutico e naquele momento o paciente está precisando é mais é disso. Às vezes não é remédio. (MA 2)

Reconhecimento das emoções que os profissionais têm independem da sua formação profissional, mas estão imbricadas à sua humanidade, se emocionam com a morte de pacientes, principalmente quando a família quer abraçar e agradecer a

assistência recebida, sensibilizando-se com a família nos momentos de conversas e de comunicação do óbito. Consideram que a sensibilidade para com os sentimentos da família varia de acordo com características individuais e não estão ligadas à categorias profissionais e que o respeito ao corpo é uma coisa que deve existir independentemente se o profissional foi preparado ou não.

Então, assim, eu emocionoo. Ainda mais que tem familiar que gosta de abraçar a gente e agradecer. Então, aí minha filha eu quase [...] Não me considero fria, muito pelo contrário. (EA 3)

Tem gente que realmente não tem preparo nenhum para estar num momento desse. Falta preparo mesmo. Independente se foi treinado ou não, coisa básica! (TE 2)

Um exemplo de situação desafiadora para alguns profissionais tem a ver com a ocorrência de morte de um dos cônjuges idoso e a presença do outro.

É, casal. Um casal de idosos, marido ou esposa faleceu e quem está do lado, comigo, é o cônjuges, aí me derruba! (EA 3)

As falas dos participantes trazem indicações do que consideram ser uma assistência humanizada diante do processo de morte/morrer. Consideram que ela existe quando não promove o sofrimento do paciente, mas proporciona o conforto do paciente e respeita sua vontade, envolve o acolhimento da família, suscita privacidade ao paciente e familiares.

A gente fala muito em humanizar a assistência e eu creio, assim, que uma assistência humanizada não é uma assistência que você proporciona sofrimento do paciente. Ela é uma assistência que você proporciona conforto do paciente, que você deixa, assim, decidir o que quer. O próprio paciente decidir o que ele quer ou não, a vida do paciente, o fôlego de vida dele decidir. E para mim isso é humanização. (EA 8)

A enfermagem tem o papel de acolhimento à família e dar um conforto para o paciente nesse momento de terminalidade para ele poder ser da melhor maneira possível. Daí, eu acho humanidade, humanidade de saber conduzir. (EA 9)

Mas eu tento dar conforto e me coloco muito no lugar do familiar. A gente sente ali o que eles estão passando. Quando o paciente está nesse processo eu tento fazer isso aí. (EA 12)

A existência de um lugar tranquilo, privativo dentro do hospital que remete à religiosidade foi mencionada por um participante como um prática que demonstra atenção e cuidado com os pacientes e familiares.

Mas quando você fala de morte me vem a ideia um ambiente reservado no hospital, um local que a gente possa [...] não sei se isso é tangível. Mas me vem a imagem de um local associado sempre à coisa religiosa porque eu acho que não é só o preparo da equipe em si e psicológico da equipe e também dos familiares. É também a instituição que demonstra para esse familiar um

acolhimento ou que demonstra tranquilidade. É essa a palavra que eu queria buscar, uma tranquilidade. Porque nessa hora o familiar e o paciente precisam de uma tranquilidade extrema e o ambiente de um CTI, de uma enfermaria, não é um ambiente privativo. Não é um ambiente acolhedor. (EA 16)

Na subcategoria **Tendo desgastes devido às situações da prática laboral que envolvem o processo de morte/morrer** são feitas observações sobre desgastes físicos e psíquicos que os profissionais de saúde têm advindos do processo de trabalho relacionado à terminalidade de pacientes e as (inter) ações com estes e seus familiares.

Foram citadas nas falas situações em que ocorrem desgastes físicos e emocionais nos trabalhadores devido às ocorrências da prática laboral.

Porque às vezes você leva realmente aquilo para casa e você acaba realmente tendo um abalo psicológico e alguma alteração. A gente vê muito isso. Eu já tive muitos funcionários com síndrome do pânico e outros problemas emocionais e não poder voltar para o hospital. (EA 9)

Mas eu tento nunca carregar problema do serviço, aborrecimento, ou tudo que você passou de constrangedor durante o dia, esses fatores todos, levar isso para casa. Sair daqui eu já sou outra pessoa. Nunca tive o quadro: 'ah, estou com princípio de depressão, não!'. Graças a Deus procuro manter a auto-estima, o bom humor para poder passar por cima disso tudo. (TE 7)

Eu procuro agir profissionalmente porque você lidar com o ser humano exige um desgaste. Eu sempre falo isso com minhas colegas. A gente lidar com ser humano existe um desgaste emocional, um desgaste físico. (TE 11)

A gente enquanto servidor dispende uma energia muito grande no trabalho e a gente vai dispendendo dependendo muito do que é esperado da gente 2)

Eu acho que é um processo muito difícil porque é sofrimento para a família e para alguns profissionais. No meu caso, me causava muita angústia. Eu não gostava. Não gosto! (AS 3)

Têm casos que te angustia muito. (MA 5)

O envolvimento dos profissionais com pacientes em terminalidade e seus familiares pode gerar sofrimento ao trabalhador e isso é relatado nas entrevistas. Há menção de que não é fácil fazer a separação entre o lado pessoal e profissional diante de um paciente em processo de morte/morrer e que o profissional que se envolve emocionalmente com pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares acaba sofrendo.

Então eu procuro assim, fazer a minha profissão, não se envolver emocionalmente porque eu sou um ser humano e depois eu tenho que estar em condições de trabalhar [...] É difícil. Não é fácil. Eu acho que a gente aprende com os anos. Cada dia é um aprendizado novo e a própria vida, a própria profissão, o dia a dia a gente aprende a como lidar com essas situações. (TE 11)

Alguns têm mais afinidade [...] Voltando à situação, tem que se preocupar que alguns extrapolam, acabam se envolvendo demais e acabam sofrendo com a situação. (EA 13)

Como abordado na subcategoria anterior, o fato do profissional da área da saúde lidar com o ser humano que sofre gera um sofrimento também para o trabalhador. Isso foi reiteradamente mencionado na pesquisa.

Eu acho que trabalhar com gente que sofre desperta um sofrimento, causa na gente, enquanto profissional, o desejo de fazer algo em relação a isso. (P 2)

Outras circunstâncias relatadas que geram desgastes no trabalho diante do processo de morte/morrer têm relação com a existência de falhas de comunicação dos médicos com as famílias dos pacientes em terminalidade e a indecisão da família acerca das condutas a serem tomadas com o ente querido.

Então, eu acho que gera um estresse grande nisso, quando a família não está orientada ou não está com opinião formada a respeito do que vai fazer quando chegar a hora. Então, eu já passei por muitas situações estressantes nesse sentido, de não saber o que fazer quando isso acontecer, de não saber se naquele momento a família vai mudar de ideia. (EA 9)

O que me deixa angustiada, que eu sempre comento é que muitos médicos não comentam com a família de forma clara, de forma clara (fala pausadamente), a terminalidade. Aí eu penso que é ruim para todo mundo. (EA 9)

Uma coisa percebida nas falas dos participantes é a associação de experiências pessoais ao processo de morte/morrer de pacientes. Profissionais recordam da morte de entes queridos ao falarem do processo de morte/morrer de pacientes e destacam o sofrimento. O sofrimento emocional foi comparado a uma dor física, no sentido de que apenas quem vive sabe a intensidade e as demais características da dor.

Não adianta 'você amadurecendo você aceita melhor', não tem nada a ver. Quando meu pai morreu eu tinha 20 anos e até hoje isso dói, entendeu? Quando ele morreu parece que eu tive uma crise existencial, eu infartava todo dia. Tudo o que ele teve, eu tive (risos). (EA 7)

É assim, como que eu convivo com a perda [...] é como se eu tivesse ido um pouco, metade de mim tivesse ido. Então eu sou uma pessoa que era muito mais alegre, muito mais festeira. Eu retraí um pouco. Isso já tem uns 18 anos. (EA 7)

Mas eu com a família tenho uma dificuldade muito grande [...] porque eu já passei por experiências ruins que me remete a um monte de coisa o sofrimento deles. (EA 3)

É porque me vem a memória... é muito triste. Eu não consigo imaginar eu perdendo mais gente. Eu já tive muita perda. Já perdi meu pai, já perdi meu irmão. Então, eu acho muito difícil conviver com esse tipo de perda. Eu não estou [...] por mais que diga 'eu estou preparada', não está. De vez em quando eu fico lembrando e enlouqueço. (EA 7)

Têm pacientes que você faz o vínculo. Têm outros que você olha e fala: 'aquele ali parece com meu pai, parece com a minha mãe'. Criança, então, de jeito nenhum! Criança eu não posso pensar, eu choro! (MA 5)

O sofrimento emocional foi comparado a uma dor física, no sentido de que apenas quem vive sabe a intensidade e as demais características da dor.

Eu acho que sim porque só quem passa por uma dor entende a dor do outro. Você pode até 'ah, eu entendo!'. Você entende que é o sofrimento que é uma coisa muito abstrata, igual dor, só quem entende é quem sente. Você nunca teve uma perda importante. Você vê alguém chorando a perda de alguém, mas se você já passou por essa dor você sabe o que ela está sentindo. (EA 7)

A aproximação com os pacientes em terminalidade e seus familiares pode gerar sofrimento psíquico para alguns profissionais diante do lidar com o paciente em processo de morte/morrer e sua família, conforme evidenciado nas falas abaixo:

Não é fácil você ver a morte numa criança na pediatria. Têm muitos pais e mães aqui. Então, essa questão de identificações têm que ser levadas em conta. (P 3)

A gente sofre junto porque você poderia estar naquela situação. Então, como você poderia estar naquela situação, eu acho que aí você está mexendo internamente com você. (MA 2)

Não é fácil você ver a morte numa criança na pediatria. Têm muitos pais e mães aqui. (P 3)

Ademais, a associação feita por alguns profissionais de pacientes com membros da sua família pode levá-los à reflexão sobre os cuidados a serem direcionados tanto para os pacientes quanto para seus familiares.

Então você falar que o paciente não tem mais o que fazer, além de ser frustrante profissionalmente, eu acho que leva a alguma coisa pessoal. Profissionalmente é frustrante porque você não está tratando aquele paciente para reverter alguma situação. E pessoalmente, porque você pensa que poderia ser um parente seu e será que é aquilo que você faria também? (MA 4)

Na fala acima, percebe-se o modelo biomédico impregnado quando se diz que "não tem mais o que fazer" em relação ao paciente. Nem sempre há o que fazer em relação à cura, mas sempre o cuidado pode ser feito, até mesmo após a morte.

Uma fala chama a atenção para o fato de a morte do paciente remeter à nossa própria morte e, assim como pensar na morte de um ente querido, pode gerar impactos na assistência como também na saúde mental dos trabalhadores. Foi mencionado que pode se pensar na questão de identificações entre profissionais e pacientes/familiares quando se pensa em terminalidade e que esta questão precisa ser considerada porque a morte do outro remete à nossa própria morte.

Então, essa questão de identificações têm que ser levadas em conta. Aí nessa relação com a terminalidade, parece que a gente pode pensar nesse sentido, também. (P 3)

A gente precisa tentar largar um pouco esse desespero de dizer como se nós não fôssemos mortais. É a morte do outro que remete a nossa própria... E nós precisamos lidar com isso. (P 3)

No quadro abaixo, estão descritas as causas elencadas para o sofrimento dos profissionais diante do processo de morte/morrer de pacientes.

QUADRO 11: Causas elencadas para o sofrimento dos profissionais diante do processo de morte/morrer de pacientes

- vínculo estabelecido com pacientes e/ou familiares;
- falhas no processo de comunicação dos médicos com as famílias dos pacientes em terminalidade;
- indecisão da família acerca das condutas a serem ou tomadas no tratamento do ente querido;
- associação de experiências pessoais ao processo de morte/morrer de pacientes

Esta consicência da morte é importante na medida em que nos remete a pensar na precariedade e nos limites da vida, questiona as bases morais da sociedade e diante disso a sociedade, muitas vezes, busca a reunião, apaziguando, de certa forma, o sofrimento (RODRIGUES, 2006).

5.5 CATEGORIA 5: APONTANDO INTERFACES DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO AOS PACIENTES EM PROCESSO DE MORTE/MORRER E ÀS SUAS FAMÍLIAS

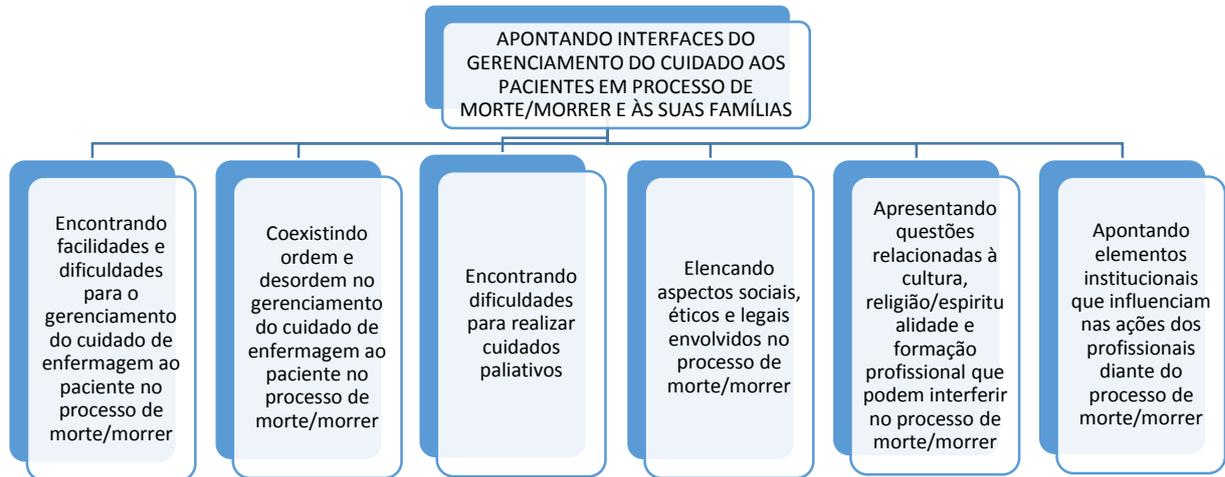
A presente categoria apresenta interfaces do gerenciamento do cuidado diante do processo de morte/morrer e é composta de seis subcategorias, listadas abaixo:

- Encontrando facilidades e dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer
- Coexistindo ordem e desordem no gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer
- Encontrando dificuldades para realizar cuidados paliativos
- Elencando aspectos sociais, éticos e legais envolvidos no processo de morte/morrer
- Apresentando questões relacionadas à cultura, religião/espiritualidade e formação profissional que podem interferir no processo de morte/morrer

- Apontando elementos institucionais que influenciam nas ações dos profissionais diante do processo de morte/morrer

Segue um diagrama que apresenta esta categoria.

DIAGRAMA 5- Categoria 5 e suas subcategorias



Fonte: Elaboração da autora

Encontrando facilidades e dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer apresenta o julgamento crítico dos profissionais sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem e aponta facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a realização desse gerenciamento.

Uma das dificuldades relatadas para o gerenciamento do cuidado diz respeito às falhas na comunicação dos médicos com os pacientes e familiares, o que impacta no gerenciamento e no cuidado de enfermagem e traz desgastes aos profissionais, visto que o médico, muitas vezes, não esclarece a família sobre o quadro clínico do paciente, seu prognóstico e não define a tomada (ou não) de condutas em consenso com a família, conforme expresso na fala a seguir.

Quando às vezes, não está claro, o médico não deixa claro para a família de como vai ser a conduta, se vai esperar ir a óbito no setor ou se vai em algum momento mais crítico levar para a UTI. Então, eu acho que gera um estresse grande nisso, quando a família não está orientada ou não está com opinião formada a respeito do que vai fazer quando chegar a hora. Então, eu já passei por muitas situações estressantes nesse sentido, de não saber o que fazer quando isso acontecer, de não saber se naquele momento a família vai mudar de ideia. (EA 9)

Outra dificuldade mencionada envolve a visita de familiares aos pacientes que estão em terminalidade, o que pode gerar desgastes à equipe de enfermagem. Isso pode ser explicado, também, pela falta de informações a respeito do estado clínico do paciente e sobre seu prognóstico.

Porque a gente vê que esses pacientes que estão mais graves, eles sempre têm uma pessoa só da família que vem visitar e sempre é essa pessoa que está mais informada. Mas que no dia mesmo do óbito aparecem vários familiares, aí você não sabe como que vai lidar com essa situação. Você está acostumado a lidar com o comportamento, com o temperamento de uma pessoa em si e na verdade aparecem outras pessoas. Às vezes você não sabe como vai abordar. Você fica sempre no intermédio relacionando com um familiar só e aparecem os outros e você não sabe como você vai falar, como que a família quer: 'A família quer que todos saibam? A família quer que restrinja a visita?', entendeu? (EA 16)

A presença de outros pacientes perto dos pacientes em terminalidade internados na enfermaria também foi citada como um fator dificultador para o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer, especialmente quando eles estão lúcidos.

Quando a gente sabe que está na iminência disso acontecer já põe o biombo previamente porque a gente percebe que outros pacientes pedem, tipo assim: ficam angustiados de presenciarem. Ainda mais quando é paciente que também está numa situação complicada, idoso, a família tipo assim, fica sentindo ruim e o paciente também, de sentir que tem um paciente morrendo e, assim, 'E eu? Eu Também estou doente. Podia ser eu!'. Então, eu já presenciei situações de outras pessoas, sentirem extremamente angustiadas de estarem presentes. (EA 9)

Gerenciar o cuidado de enfermagem aos pacientes na enfermaria mostra ser um desafio para o enfermeiro diante do processo de morte/morrer porque ele precisa direcionar o cuidado considerando as necessidades dos pacientes que estão ou não em terminalidade e, além disso, as demandas dos familiares e acompanhantes.

A sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem e a falta de integração da equipe multidisciplinar também foram relatadas pelos participantes como fatores complicadores para o gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Aqui no hospital a gente tem a falha de não ter assistente social e psicólogo aos finais de semana e o horário deles também é reduzido mediante a nossa escala de enfermagem. Então nem sempre a gente tem a sorte de estar contando com o auxílio desses profissionais. (EA 16)

Em relação à família, eu não vejo uma condição de você, no meio de tantos pacientes, estar tendo um momento só para a família. A ver que você está gerenciando vários pacientes, é questão de você manter um ambiente para a família. Você está com a família no meio de outras famílias e de outros pacientes. (EA 13)

É uma enfermaria muito ampla, de vários tipos de pacientes diferentes, de problemas de saúde diferentes. Então eu acho que isso gera muita coisa, fantasia, questão afetiva para essa equipe. (P 1)

[...] porque como eu te falei, a enfermagem, ela é muito sobrecarregada. É muito sobrecarregada. Então, é difícil para eles, às vezes, ter uma abordagem com o paciente ou com a família sobre a morte. (MA 2)

Foi apontado que o enfermeiro que não tem apoio de outros profissionais após o óbito de um paciente, ficando sobrecarregado com as atividades burocráticas e se afastando da família e do paciente.

Você tem várias coisas. Eu acho que deveria ter um profissional só para isso. Um cuidar da família e outro cuidar só da parte burocrática. Mas é só uma pessoa e você acaba fazendo a parte da administração daquela situação e a família fica à parte. (EA 13)

A rotatividade dos profissionais da equipe de enfermagem também foi mencionada como dificultador. Destacou-se que a rotatividade nos setores da instituição ocorre tanto com os técnicos de enfermagem quanto com os enfermeiros e que isso gera impactos na assistência.

E outra coisa que eu acho, que o gerenciamento está muito precário é quanto o funcionário fixo no setor. Essa rotatividade é muito ruim e os funcionários ficam, também, muito perdidos. Eles cobram isso da gente, 'Você vai ficar aqui hoje?'. Tipo assim: 'quebra galho' [...] porque o lugar aqui é de outra pessoa. (EA 15)

Menções às facilidades encontradas pela enfermagem para o gerenciamento do cuidado foram feitas nas entrevistas, mas foram menos expressivas em relação às falas que citam as dificuldades encontradas pelos profissionais.

Quando ocorrem, a comunicação efetiva dos médicos com a família do paciente acerca do seu diagnóstico e prognóstico e o registro destas (inter) ações no prontuário dos pacientes mostram ser fatores facilitadores do gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer. Considera-se mais tranquilo o gerenciamento do cuidado aos pacientes em terminalidade quando a família está esclarecida e entra num consenso sobre as condutas a serem (ou não) tomadas na ocorrência da parada cardiorrespiratória e quando as decisões são registradas no prontuário do paciente.

O registro no prontuário de informações sobre o prognóstico dos pacientes, assim como os cuidados que devem ser ou não adotados e registros sobre a conversa que o médico assistente teve com os familiares e com os próprios pacientes também facilita a conversa do enfermeiro com o médico plantonista que assiste o paciente.

Quando às vezes, não está claro, o médico não deixa claro para a família de como vai ser a conduta, se vai esperar ir a óbito no setor ou se vai em algum

momento mais crítico levar para a UTI. Então, eu acho que gera um estresse grande nisso, quando a família não está orientada ou não está com opinião formada a respeito do que vai fazer quando chegar a hora. (EA 9)

Na verdade eu todas as vezes que eu tenho paciente nessa situação eu peço para o médico deixar isso por escrito para respaldar a gente. Porque quando ele escreve, deixa isso respaldado, muito certo. Com certeza ele dá um respaldo muito maior. E eu ponho isso na minha evolução também. (EA 9)

Poucos médicos documentam. Quando documentam é muito mais fácil. Chega o médico plantonista para avaliar e a gente já tem aqui no prontuário e fica mais fácil conversar. Eles já entenderam e vai atuar igual o médico assistente já pontuou no prontuário. Se ele fala só de boca, o que acontece muito, a gente tem que tentar conversar com o médico plantonista e aí varia muito a assistência deles, a conduta nesses casos. (EA 14)

Outra facilidade relatada pelos profissionais para o gerenciamento de enfermagem tem relação com a viabilidade de solicitação de parecer pelo enfermeiro à equipe multidisciplinar da instituição. Cabe ressaltar que há relato de que o gerenciamento de enfermagem realizado nas enfermarias para os pacientes em processo de morte/morrer é mais intensivo quando existe a solicitação de atendimento multidisciplinar através de solicitação de parecer.

Mas eu não vou falar que não existe esse gerenciamento, porém ele é mais intensivo quando existe a solicitação por via de um parecer. E o parecer geralmente é solicitado pelo médico, pelo profissional médico. Tendo a enfermagem a liberdade de fazer a solicitação somente atuando a nível da psicóloga (EA 16)

Na instituição onde foi feita a pesquisa os enfermeiros podem pedir parecer à equipe multiprofissional (exceto médicos) após avaliação da necessidade do paciente e isso é formalizado em um formulário da instituição e, também, no prontuário do paciente.

A interface do gerenciamento do cuidado de enfermagem com a atuação médica foi abarcada pelos profissionais quando mencionam que o gerenciamento de enfermagem para os pacientes em processo de morte/morrer nas enfermarias do hospital depende da avaliação e do critério médico para diagnóstico e prognóstico, da comunicação com as famílias dos pacientes, além dos registros ou da falta destes nos prontuários dos pacientes em terminalidade. Até mesmo a comunicação dos profissionais da enfermagem com as famílias dos pacientes em terminalidade internados nas enfermarias varia de acordo com a avaliação médica, de acordo com relatos, pois nem sempre a família conhece o diagnóstico e prognóstico do ente querido.

Na verdade depende da avaliação médica e do critério médico para prognóstico. Então geralmente a gente já sabe que o paciente está numa fase

terminal mas aguarda o médico escrever, registrar para a gente saber como lidar com esse paciente. (EA 14)

Outra interface do gerenciamento de enfermagem com a atuação médica refere-se ao fato de os profissionais de enfermagem realizarem atividades administrativas para facilitar o trabalho do médico. Foi mencionado que o enfermeiro tem que prontificar a declaração de óbito para que o médico possa preencher e que ele, também, precisa conferir se o setor de admissão do hospital tem o impresso de declaração de óbito.

Eu tenho que prontificar o atestado de óbito para que o médico possa preencher. Tenho que ver se a admissão tem esse impresso porque costuma estar em falta no hospital. Se estiver em falta tem que chamar o transporte e entrar em contato com a secretaria municipal de saúde, pegar um ofício e trazer para o hospital. Avisar o médico se o médico já não estiver presente que o paciente está evoluindo dessa forma. (EA 16)

Apontou-se, nas entrevistas, a interdependência dos profissionais, mostrando que devem trabalhar juntos, respeitando as diferenças de atuações, porém visando o melhor para o paciente

Sempre assim, coisa que não cabe à enfermagem, estar passando para médico que possa fazer o melhor para o paciente, independente do quadro que ele esteja ou não. (TE 7)

Foram feitas considerações acerca de protocolos e comissões assistenciais na instituição. Citaram o protocolo institucional que orienta as atividades que devem ser realizadas pelos profissionais quando morre um paciente e sugeriram a inclusão de outras categorias profissionais no protocolo, pois há sobrecarga de trabalho para os enfermeiros.

Porque a gente segue um protocolo pré determinado para essas ações. (EA 6)

Acho que poderia, sim, ter a participação de algum outro profissional de nível superior, como assistente social. Porque também, para a gente abordar a família, porque fica por conta da enfermagem, do enfermeiro comunicar [...] Mas, talvez, se isso fosse dividido entre outras categorias, assim, principalmente o serviço social. (EA 6)

Assim, com relação ao paciente é feito o cuidado pós morte, o cuidado protocolado. O que está prescrito a gente faz. (TE 11)

Relatou-se que existe muita burocracia na instituição, afastando o enfermeiro do cuidado direto aos pacientes e familiares.

Acho que aqui tem protocolo, tem papel para tanta coisa. (EA 14)

Outro aspecto relativo a protocolos e comissões assistenciais relatado pelos participantes diz respeito à sugestão de criação de um protocolo para implantação e implementação de cuidados paliativos na instituição a fim de melhorar a assistência aos pacientes e seus familiares. Acreditam que a enfermagem poderia realizar um trabalho

com melhor qualidade se existissem protocolos multiprofissionais na instituição para direcionar o gerenciamento e a assistência de enfermagem a processo de morte/morrer, especialmente, a pacientes em cuidados paliativos.

E se tivesse melhores protocolos nesses casos, de paciente terminal em processo de morte/morrer, nesse caso também, se tivesse mais protocolo que guiasse a gente, poderia até fazer um trabalho melhor.[...] Um protocolo multiprofissional que tivesse todos os profissionais envolvidos no cuidado e todo mundo desse sugestão, eu acho que seria importante... vale à pena. (EA 4)

Aqui eu acho que não existe uma implementação ou uma rotina, alguma coisa de tratamento para paciente em iminência de morte. Eu acho que aqui falta uma comissão de cuidado paliativo porque aqui eu não vejo nenhuma. (EA 5)

Porque a instituição ainda não, não oficializou essa humanização. Ainda não tem [...] Então, eu vejo que cada um ainda age de acordo com aquilo que eles aprenderam ou que eles acham correto, entendeu? (EA 8)

Nos quadros abaixo são apresentadas as facilidades e dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer citadas nos depoimentos dos participantes deste estudo.

QUADRO 12: Facilidades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer

Facilidades:

- quando ocorre comunicação efetiva dos médicos com pacientes e suas famílias;
- quando médicos registram (inter) ações que tiveram com pacientes e suas famílias nos prontuários;
- viabilidade de solicitação de parecer à equipe multidisciplinar na instituição

QUADRO 13: Dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer

Dificuldades:

- falhas na comunicação dos médicos com pacientes e familiares, especialmente na comunicação de diagnóstico e prognóstico e definição de condutas;
- visita de familiares que não conhecem a situação do paciente;
- presença de outros pacientes próximo dos pacientes em terminalidade na enfermaria, especialmente se estiverem lúcidos;
- sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem;
- falta de integração da equipe multidisciplinar;
- excesso de atividades burocráticas para enfermeiros;
- rotatividade dos profissionais de enfermagem em algumas enfermarias

Na subcategoria **Coexistindo ordem e desordem no gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer** são expostos aspectos do gerenciamento do cuidado de enfermagem que foram percebidos pelos participantes como melhorias alcançadas e outros aspectos que são vistos como fragilidades gerenciais diante do processo de morte/morrer.

Antes de discorrer sobre melhorias e deficiências no gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer cabe refletir um pouco sobre como os participantes conceituam e descrevem este gerenciamento.

Alguns enfermeiros, no início das entrevistas, expressaram que não sabiam responder o que seria esse gerenciamento. Também, considerou-se que o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer e à sua família ainda não é sistematizado.

Eu acho que, não é uma coisa sistematizada ainda. (EA 18)

Há quem vislumbre o gerenciamento através da visita de enfermagem e do instrumento que os enfermeiros utilizam nas atividades diárias e na passagem de plantão, que guia a continuidade da assistência aos pacientes internados.

Geralmente eu observo muito na hora da visita. Através das planilhas que têm, do passômetro, vão escrevendo, escrevendo, descrevendo o paciente e chega para quem está cuidando e fala: 'Fulano de tal está precisando de tais cuidados e observar [...] e vigilância maior. Qualquer alteração ou anormalidade, comunica, me comunica e tal'. (TE 1)

Além disso, o gerenciamento foi descrito por alguns como algo espontâneo, complexo, sofrido e complicado.

Porque não é uma coisa pensada, planejada, que eu possa estar te relatando. Vai meio que natural, assim. (EA 3)

É um processo bem complexo. (EA 8)

Gerenciamento? Para a enfermagem eu acho muito sofrido. (EA 10)

Olha, acho que em relação a essa parte aí é bem complicado [...] Então é muito complicado. (EA 12)

O gerenciamento também foi apontado como (re) conhecimento das necessidades dos pacientes e familiares e o atendimento das demandas, o que inclui favorecer a proximidade dos pacientes com seus entes queridos e aliviar o sofrimento de todos os envolvidos, a solicitação de parecer à equipe multidisciplinar e o direcionamento do cuidado com os pacientes e familiares.

Tentando dar um momento para ele, diferenciado. Ele e a família dele também. Porque aqui no hospital, na enfermaria, no caso, onde a família consegue ficar

próxima do paciente. Normalmente a gente tem que estar olhando esta questão da família, do próprio paciente. (EA 2)

Mas eu não vou falar que não existe esse gerenciamento, porém ele é mais intensivo quando existe a solicitação por via de um parecer. (EA 16)

E, às vezes, há também falha nossa, como enfermeiro, de estar abordando com a equipe o que se pode fazer, que é o cuidado emocional, o cuidado com a dor, o cuidado com a ferida, o cuidado com o odor de uma úlcera por pressão, no caso. (EA 17)

Algumas deficiências no gerenciamento do cuidado de enfermagem foram demonstradas pelos participantes, como a pouca visibilidade da interface do gerenciamento com o processo de morte/morrer de pacientes e foi indicada a necessidade de reorganização do serviço.

Mas só gerenciamento, assim, eu não vejo muito, não vejo uma ligação com a atividade. (EA 1)

O gerenciamento do cuidado de enfermagem feito nessa instituição, eu ainda acho que é um pouco insuficiente. (EA 4)

Então o enfermeiro nunca faz um gerenciamento, pelo menos ao meu ver.” (EA 5)

Aqui eu estou achando ele muito precário, muito precário. (EA 15)

Eu acho que aqui no hospital é uma coisa que não está muito implementada ainda. É uma coisa que eu vejo pouco, pouco acontecer. (TE 10)

Nas entrevistas, muitos participantes expressaram a não associação do gerenciamento de enfermagem com o processo de morte/morrer e isso é preocupante pois mostra que o modelo biomédico, curativo, ainda persiste na formação e na cultura dos profissionais apesar dos movimentos e discursos buscando a quebra de paradigmas. Diante disso, desperta-se a atenção para a necessidade urgente de busca de novos referenciais e valores, onde o cuidado do ser humano, passe a ser o foco da assistência e que o atendimento de suas demandas seja a meta do cuidado, independentemente se há ou não possibilidade de cura e, onde a expectativa de vida seja considerada para conduzir, ainda mais, a busca por qualidade de vida, enquanto ela durar.

Outra lacuna apresentada refere-se à necessidade de redefinição de atribuições dos enfermeiros.

Mas de alguma maneira eu acho que precisa de uma nova, um redimensionamento de enfermagem nas estruturas. Eu não estou dizendo só aqui, nas estruturas, saber dividir o enfermeiro assistencial e o enfermeiro burocrata.(EA 4)

Esta fala aponta a necessidade de uma redefinição de atribuições dos enfermeiros assistenciais e administrativos para que haja melhor organização do serviço de enfermagem. Na instituição onde ocorreu a pesquisa há uma divisão das funções dos enfermeiros: há os enfermeiros assistenciais e os administrativos. Porém, os enfermeiros assistenciais queixam de fazer muitas atividades burocráticas e ficarem afastados da assistência.

As melhorias apontadas pelos participantes acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer são pouco citadas nas entrevistas e fazem alusão, também, a um movimento institucional para a criação de um protocolo assistencial aos pacientes com indicação de cuidados paliativos. A criação deste protocolo é vista como uma oportunidade de melhorar o gerenciamento dos cuidados aos pacientes e familiares e pode, inclusive, favorecer os profissionais no processo de trabalho.

Tem melhorado mas eu acho que ainda pode melhorar muito, principalmente paciente paliativo. (EA 3)

Eu creio que a instituição está sim procurando ver isso (implementação de cuidados paliativos) , mas acho que o trâmite é bem complicado, demora mais um pouco. (EA 8)

Foram realizadas considerações sobre diferenças entre o cuidado e o gerenciamento do cuidado de enfermagem para pacientes em processo de morte/morrer e para a família em relação aos demais pacientes internados nas enfermarias e alguns participantes relataram não ver diferença.

Alguns participantes mencionam que o gerenciamento do cuidado dos pacientes em terminalidade e de seus familiares é rotineiro e outros expressam que não existe diferença no gerenciamento para os pacientes em terminalidade .

Mas diferenciação, vamos supor, de medicação, de agir com o paciente, de passar visita é o mesmo independente se ele estiver no finalzinho ou se ele tiver um bom prognóstico. (EA 8)

Eu acho que não é porque está em situação de morte que vai receber um cuidado [...] assim, não sei. Assim, o cuidado é de acordo com aquilo que você observa, que a pessoa está necessitando, não só pela situação de morte dela. (EA 2)

Não há um gerenciamento específico para isso. Porque ele acaba sendo tratado da mesma forma que os outros. Não há uma diferenciação de um para o outro. (EA 13)

Eu vejo como tratado normal, não tem [...] Os médicos passam medicações mas não tem nada, não vejo nada fora do normal para diretamente esse paciente, não. (TE 12)

Ele acaba sendo rotineiro. Ele acaba sendo como os outros, da mesma forma. (EA 13)

Outros participantes relatam diferenças no cuidado e no gerenciamento deste ao comparar pacientes em processo de morte/morrer e os pacientes que não estão em terminalidade na enfermaria.

Ah, vejo, sim! Um pouco mais de cuidado. Não só cuidado físico, mas eu vejo aquele olhar, olhar de carinho, olhar de, não vou dizer pena, mas olhar de 'pena que isso está acontecendo com essa pessoa', poderia não estar acontecendo. Então é isso, eu vejo olhar de carinho, olhar de cuidado e quase que uma empatia com a família. (EA 7)

Esse paciente a gente tem um maior cuidado com ele, inclusive com a família. Apoiando a família sabendo que pode acontecer a qualquer momento o óbito. (EA 11)

É um processo em que a gente procura ter mais atenção, ter mais cuidado, dar mais suporte para esse núcleo familiar. (EA 18)

A vigilância é intensa porque a qualquer hora ele pode estar chegando ao óbito. (TE 1)

Eu acho que poderia ter, sim, um jeito de ter mais atenção, uma conversa. De repente ouvir uma necessidade do paciente que seja espiritual, que seja... De repente, sei lá, ele gostaria de rever um parente, alguém que não vê há mais tempo. É mais uma questão, como que eu falo? Como se fosse pessoal mesmo. (TE 3)

O que eu vejo lá que eles estão fazendo, alguma coisa que a gente está vendo, ocorre, sim, mais atenção e mais cuidado para esses pacientes. (AS 2)

Segue uma fala onde o participante considera que os pacientes em processo de morte/morrer merecem uma assistência de enfermagem de excelência como qualquer outro paciente, independentemente do prognóstico.

Acho que tem que ser todo mundo [...] o tratamento tem que ser igual para todos. Ser humano, independente. Só dar uma assistência porque quando a pessoa está... a assistência tem que ser independente da pessoa vir a óbito, vir a falecer, morrer, enfim [...] Acho que tem que ter toda aquela assistência de qualidade, de excelência. A pessoa não tem que [...] só porque a pessoa [...] tem que ter essa assistência de enfermagem. (TE 5)

Será que deve ter um gerenciamento de enfermagem diferente para os pacientes e familiares nesta situação? Às vezes, o gerenciamento do cuidado diferenciado aos pacientes em terminalidade e a seus familiares é visto como algo negativo ou ruim, mas outros já o vê como positivo. Existe uma orientação, uma regra para o que significa ser diferente? Pode ser visto como melhor ou pior. Estas são questões suscitadas para gerar reflexões e não se tem o intuito de apresentar respostas "acabadas".

Na subcategoria **Encontrando dificuldades para realizar cuidados paliativos** os participantes apresentam fatores intervenientes na implementação de cuidados

paliativos, elencando algumas dificuldades encontradas pelos profissionais. Destacam-se as falas de um participante que indicam que a equipe médica e de enfermagem negligenciam o cuidado ao paciente em condição paliativa e que ficam mais sensibilizados com a condição dos pacientes mais novos e que não estão em terminalidade.

Tem melhorado mas eu acho que ainda pode melhorar muito, principalmente paciente paliativo. É muito 'ah, não tem o que fazer'. Mas aí, eu acho que tanto a equipe médica como a equipe de enfermagem meio que negligenciam o cuidado desse paciente 'que não tem nada o que fazer' [...] Ah, uma morte por uma intercorrência clínica, um agravamento dentro da ala, eu acho que a sensibilização é maior, principalmente paciente mais novo, paciente que estava previamente estável. Então, a sensibilização da equipe quanto a isso eu acho que é maior. Mas o paliativo eu acho que tem muito o que melhorar. (EA 3)

O paliativo fica ali à mercê de parar e alguém ir lá só constatar. Eu acho que a diferença maior é essa. (EA 3)

Eu sempre falo com os meninos, às vezes, principalmente paliativo que a coisa fica bem banalizada. Faz piadinhas. (EA 3)

É percebida a dificuldade dos profissionais em lidar com a ideia de ter que cuidar de pacientes em terminalidade na enfermaria, de não fazer mais procedimentos invasivos e nem encaminhá-los para a UTI porque têm uma doença irreversível e a morte faz parte do curso natural dela.

Mencionou-se que os profissionais da equipe multiprofissional não sabem o que são cuidados paliativos, que há confusão de eutanásia com cuidados paliativos e que muitos técnicos de enfermagem acreditam que a realização de cuidados paliativos seja sinônimo de deixar o paciente morrer.

Porque aqui não está habituado a ficar com a ideia de estar sem prognóstico, paciente que vai morrer de qualquer jeito. Não é que vai morrer de qualquer jeito, mas que vai evoluir para a morte de qualquer forma. Então, eu acho que tem uma dificuldade de lidar com a ideia de que alguns pacientes são terminais e que você vai ter que cuidar dele na enfermaria e que não vai ser feito nenhum método mais invasivo e que ele não vai para o CTI. (MA 4)

Mencionou-se que a realização de cuidados paliativos envolve muita fantasia, o que dificulta sua implementação.

Até porque tem muita fantasia envolvendo isso, os cuidados paliativos. (P 1)

As pessoas não sabem o que são cuidados paliativos. Não sabem. Estou tentando lembrar a fala que eu escutei de um técnico, confundindo eutanásia com cuidados paliativos. Mas eu não estou lembrando agora qual era a fala, mas era uma coisa nesse sentido. (P 1)

O que eu posso observar é que quando se tem um paciente grave e se fala que ele está em tratamento paliativo, às vezes se passa a ideia de desmotivação da equipe de entender que, às vezes, é um momento até mais difícil, onde a pessoa está na iminência da morte, onde você poderia estar realmente próximo dela, fazendo coisas simples, como é a escuta, para poder

determinar vários cuidados ali, em questão de dar suporte à pessoa, ao paciente e, também, principalmente à família. Como lidar com essa situação? Eu acho que tem muita coisa a ser feita e pouca coisa sendo realizada. (EA 17)

Estas falas destacam a necessidade de esclarecer os profissionais sobre o processo de morte/morrer e sobre cuidados paliativos pois se eles não tiverem conhecimento adequado e estiverem sensibilizados para estas questões os pacientes, familiares e, até mesmo, os profissionais terão desgastes desnecessários diante da terminalidade e morte.

Cabe dizer que há um movimento do serviço de educação permanente na instituição de discussão de tópicos relacionados à terminalidade e à morte e, também, a cuidados paliativos e que percebeu-se que muitos profissionais demonstram interesse em aprimorar seus conhecimentos nesse temas e contribuir para mudanças na assistência.

Uma das principais dificuldades associadas à implementação de cuidados paliativos pelos participantes tem relação com os médicos. As (inter) ações dos médicos com os pacientes e familiares e as interações com os outros profissionais da equipe de saúde são permeadas por algumas desordens, provocando contratempos.

Um participante relatou que teve dificuldades para a implementação de cuidado paliativo, visto que o médico do plantão, disse que iria entubar o paciente em cuidado paliativo, caso ele agravasse, mesmo diante da documentação dos limites de intervenções no prontuário do paciente.

Tive dificuldade com médico. Eu vejo algumas coisas assim: às vezes, o médico do plantão tem receio de algo acontecer e nesse caso ele fala: 'Ah, não, se algo acontecer eu vou entubar'. Mas estava tudo escrito. (MA 5)

Eu acho que sim, sabe, então muita resistência ainda mais no meio médico. Os médicos com resistência a isso. (MA 5)

E outra coisa que a gente tem mais dificuldade é mesmo com a questão do médico, de conversar com o médico. Eles têm essa coisa deles tomarem decisões ou então de envolverem a equipe, mas cobrando coisa que não é nosso papel, de não escutarem muito o que a gente tem a dizer. (P 1)

A (inter) ação com a família do paciente foi elencada como um dos fatores intervenientes nos cuidados paliativos e a não compreensão e/ou aceitação da terminalidade do ente querido pode gerar entraves à implementação destes cuidados, de modo que a família precisa ser preparada para lidar com estas questões visto que é difícil para ela entender um diagnóstico de terminalidade e indicação de cuidado paliativo por se tratar de um ente querido.

Depende muito da família (o cuidado com o paciente em cuidado paliativo). Porque tem paciente que é paliativo, mas que a família, por mais que não queira levar para a UTI, está ali, você vê toda aquela emoção, tudo. É a mesma dificuldade, principalmente idoso, quando um vai e o outro fica. (EA 3)

Acho que isso aí deveria ter um preparo da família. Não só pela psicologia, mas enfermagem também estar explicando em relação a sintomas, sinais e sintomas que esse paciente pode vir. (TE 5)

Então, lidar com morte é uma coisa complicada. Lidar com morte e cuidados paliativos mesmo sabendo que aquele paciente vai evoluir para o óbito independente do que a gente faça ainda é algo complicado. Eu sinto isso muitas das vezes com alguns pacientes justamente por conta do lado familiar que não entende bem do prognóstico do paciente. (MA 1)

Diante disso, um dos caminhos para lidar com a desordem diante do processo de morte/morrer é (inter) agir com os familiares dos pacientes, esclarecendo-lhes e dando apoio diante deste processo.

A comunicação do médico com a família acerca do diagnóstico e prognóstico do paciente foi mencionada como fator que pode estimular ou dificultar a implementação dos cuidados paliativos, assim como a formalização desta comunicação e da indicação no prontuário do paciente.

Porque é muito mais trabalhoso para o médico explicar o cuidado paliativo para a família, que a família sempre acha que tem alguma coisa para fazer e que tem que intervir, tem que intervir. Então eu acho que é muito trabalhoso e o médico, para fazer isso, tem que ter muita boa vontade [...] porque vai demandar dele também, um processo muito delicado de anotação, de documentar isso tudo, da família aceitar. (EA 5)

Porque eu acho que tem que estar muito fechado, principalmente essa questão em relação aos médicos. E aí depois trabalhar melhor com os outros profissionais. Mas eu sinto que eles mesmos têm essa dificuldade de abordar isso com a família até para se tomar uma decisão. A família tem que estar ciente do que está acontecendo e como eles vão conduzir. Acho que poderia começar por aí, em relação à questão aos cuidados paliativos. (AS 3)

Era um paciente que estava lá internado no setor, na enfermaria, que deveria estar em cuidados paliativos. De uma certa forma estava porque os cuidados estavam acontecendo, mas nada formalizado e esse paciente, a família acompanhando. (P 1)

Outra dificuldade relatada tem a ver com a atuação dos médicos plantonistas. Relatou-se que, às vezes, atuam de formas distintas e que uma das explicações para isso é a inexistência de um protocolo institucional que oriente os profissionais acerca das tomadas de decisões acerca dos cuidados a serem ou não realizados e que dê respaldo para isso, considerando os aspectos técnico-científicos, éticos e legais envolvidos.

Não, a gente não tem, a instituição não tem um protocolo, não têm nada definido para cuidados paliativos aqui onde eu trabalho. Isso vai mudar de plantão para plantão. (EA 8)

A deficiência de integração dos profissionais da equipe nas decisões sobre o cuidado do paciente é citada como um dos entraves encontrados na instituição para a implantação de cuidados paliativos. A não participação da equipe de enfermagem nas decisões relativas à implementação de cuidados paliativos foi citada.

Normalmente a equipe médica, ela junto com intensivistas. Normalmente esse paciente vem da terapia intensiva e vem com o prognóstico mesmo de cuidados paliativos. Então, é a equipe médica que define esses cuidados paliativos. Aí, eu não vejo a enfermagem participando desse diagnóstico tão diretamente. Ele é elaborado pela equipe médica. (EA 6)

Algumas preocupações dos profissionais diante da implementação de cuidados paliativos foram citadas e têm interfaces com as preocupações que eles apresentam, que vão desde envolver-se emocionalmente com o paciente/família, medo de que o cuidado de um paciente possa remeter à morte de algum ente querido até a preocupação com o respaldo legal do profissional para poder deixar de investir em terapias fúteis.

Porque as preocupações passam desde 'eu vou ter que me envolver emocionalmente com isso, isso vai me remeter à morte de alguém que eu perdi' e até preocupação com o respaldo legal para você poder deixar de investir em intervenções fúteis. Então, eu acho que o servidor 'ah, a instituição vai me dar respaldo se eu não fizer determinado procedimento, se eu não entubar?'. (P 2)

Diante disso, nota-se que os cuidados paliativos precisam ser discutidos com os profissionais para que eles tenham o esclarecimento necessário e tenham condições de abordar estas questões com os pacientes e seus familiares e percebe-se que nem os médicos conseguem abordar esta questão com as famílias.

Mas eu sinto que me passa isso, não posso te falar com certeza, mas eu acho que nem os médicos conseguem abordar muito a família em relação a isso. E, às vezes, e aí, como então preparar o restante da equipe? Porque eu acho que tem que estar muito fechado, principalmente essa questão em relação aos médicos. E aí depois trabalhar melhor com os outros profissionais. Mas eu sinto que eles mesmos têm essa dificuldade de abordar isso com a família até para se tomar uma decisão. (AS 3)

A (não) aceitação do processo de morte/morrer pelos profissionais foi citada em entrevista, assim, como a dificuldade em reconhecer o paciente com indicação de cuidados paliativos, definição de prognóstico.

Acho que o grande problema é saber, dar o nome para essa situação: 'esse é o paciente que não tem mais como investir porque não tem mais uma situação reversível e ele já está no processo de morte que é natural da doença dele'. Eu

acho que a dificuldade é conseguir definir quem é esse caso, qual o caso que você vai tratar dessa forma. (MA 4)

Na fala acima o participante reconhece que não se deveria investir na cura de um paciente quando ele apresenta uma situação irreversível e já está no processo de morte que é natural da doença dele.

Acredita-se que, a partir do momento em que os profissionais da área da saúde tiverem mais conhecimento e sensibilização acerca dos cuidados paliativos, aceitando a terminalidade da vida e a morte como o curso natural de algumas doenças e uma certeza da vida, poderemos cuidar dos pacientes atendendo suas reais demandas, assim como da sua família, garantindo uma vida e um processo de morte/morrer dignos.

Na subcategoria **Elencando aspectos sociais, éticos e legais envolvidos no processo de morte/morrer** são apresentadas diferentes interfaces do processo de morte/morrer como aspectos ligados à doação de órgãos/tecidos para transplantes.

A necessidade de comunicar os óbitos ocorridos na instituição para o Banco de Olhos ou Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) foi apontada em algumas falas. Os enfermeiros ligam para o Banco de Olhos ou para a CNCDO para comunicar a ocorrência do óbito e repassar algumas informações sobre o paciente para que eles avaliem a possibilidade de abordar a família para conversar sobre a possibilidade de doação de córneas em caso de óbito por parada cardiorrespiratória.

Avisar o Banco de Olhos para possível transplante. (EA 6)

Faz as devidas comunicações que tem que fazer para a CNCDO. (EA 11)

E aí, a gente tem a questão da doação de órgãos. Geralmente quem faz esse contato é a equipe de doação, não somos nós. Nós fazemos contato com a equipe de doação. (EA 14)

É estar avisando a família e, também, ligando para a CNCDO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos). (EA 17)

Tem a questão da Central de Órgãos. Então tem essa coisa de ser doador ou não. (EA 18)

Além da notificação dos óbitos os profissionais reconhecem que podem fazer abordagem da família do paciente para conversar sobre a possibilidade de doação de córneas para fins de transplantes e que, para isso, levam em conta a condição emocional da família e as condições clínicas do paciente para decidir se fará esta aproximação.

Mas assim, se eu tiver oportunidade eu acho que eu chego e converso. Acho que depende também do familiar, como você vai encontrar ele, como que você vai chegar e do paciente. Porque tem paciente que, assim, é um paciente que está com quadro séptico, mais idoso [...] Aí eu nem falo nada. (EA 12)

Falar sobre a questão do transplante de órgãos nesse momento de dificuldade, de tristeza, de perda do ente querido e você está trabalhando com a família nesse momento de você dar notícia da morte. (EA 17)

Há relatos que mostram que tem profissionais que desconhecem a equipe do hospital que faz abordagem familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes e acredita que a questão da doação de órgãos pode ser melhor abordada na instituição se houver uma maior integração da equipe multidisciplinar na comunicação do óbito à família e na abordagem desta para conversar sobre a possibilidade de doação e pontua que para isso acontecer os profissionais devem estar preparados para realizar tal abordagem.

Dentro do hospital, se for o caso de um paciente que veio a óbito aqui com o familiar presente, no momento em que o familiar estava aqui no hospital, eu acho que essa notícia deveria ser dada em equipe, não só o enfermeiro, não só o médico, mas a equipe toda. Eu acho que esse trabalho seria melhor. E eu acho que, talvez, a questão da doação de órgãos, talvez. Hoje sinceramente eu não sei qual é a equipe que compõe esse trabalho, mas acho que poderia, talvez, ter uma equipe, não sei [...] maior, nesse sentido. Ter o serviço social, ter o psicólogo, o médico, não sei. Não sei o que seria ideal para esse tipo de trabalho. Mas eu acho que deva ocorrer casos que possa ser feita a doação e a gente ter uma qualificação melhor para isso. Acho que nós não estamos preparados para esse tipo de trabalho mas nós temos essa qualificação para poder trabalhar isso porque muitas pessoas estão aí aguardando um órgão, uma coisa. (AS 1)

Aspectos legais envolvidos no processo de morte/morrer foram apontados nas entrevistas. Os participantes reconhecem que é preciso entendê-los e que eles podem gerar impactos na assistência aos pacientes e familiares, no desempenho das atividades dos trabalhadores, impactos na instituição e até no encaminhamento do corpo do paciente após a morte.

A gente tem que entender esse outro fluxo, que é o fluxo legal da coisa, da situação. Porque é extremamente necessário para a instituição, para o paciente e para a família se encaminhar dali para a frente. (EA 6)

Os registros dos profissionais são documentos acerca do tratamento dispensado aos pacientes e dão indicativos dos cuidados prestados ou não. Embora cada profissional responda pelos seus atos, os médicos respondem juridicamente pelas decisões no tratamento dos pacientes.

Ele (médico) que assina muitas coisas. É ele que vai responder oficialmente e até juridicamente pelas decisões, pelas condutas. (P 2)

As práticas de cuidado aos pacientes devem, além de ser direcionadas para o atendimento das suas demandas enquanto seres humanos, respeitar os preceitos éticos e legais definidos pelo Estado e pelos conselhos profissionais.

Um das coisas apontadas nas falas a respeito da assistência aos pacientes em terminalidade é que os profissionais não podem fazer eutanásia.

Não que a gente tenha que [...] lógico, que não podemos fazer eutanásia nem nada. (EA 18)

Além disso, considera-se que montar um grupo na instituição para tratar das questões do processo de morte/morrer deve estar avalizado pelas questões jurídica/legal e ética, pela questão ética de conselhos da profissão.

Eu acho que seria interessante avaliar esse paciente junto com o médico assistente, junto com o profissional que acompanha o caso e a família e tudo o mais, o que estava sendo proposto, que eu não sei como está o encaminhamento. Eu acho que é um caminho. Agora, isso tudo avalizado pela questão jurídica/legal, pela questão ética de conselhos da profissão. Igual a gente tem CRM (Conselho Regional de Medicina), COREN (Conselho Regional de Enfermagem), os conselhos de profissão. O que está dentro do limite ético ou não. (MA 4)

O respeito à autonomia dos pacientes deve ser observado diante da decisão acerca do tratamento, de modo que a equipe que o assiste precisa manter uma comunicação aberta com os pacientes e respeitar suas vontades considerando, certamente, os aspectos legais envolvidos. Esta propriedade é citada na pesquisa.

E a gente sempre respeita muito quem desiste de operar ou quem chega no hospital, faz diagnóstico cirúrgico e não quer ser submetido a uma cirurgia. Porque no fundo quem decide sempre é o paciente. Então, essa decisão de não ter um tratamento é do paciente quando ele expõe essa situação bem feita. Inclusive quando a família quer e ele não quer. (MA 4)

A fala acima indica que o paciente, se estiver lúcido, é quem decide sobre o tratamento, como, por exemplo, cirurgia e que os profissionais respeitam sua decisão, mesmo que a família pense diferente do paciente.

Outra questão elencada diz respeito à declaração de óbito, que deve ser preenchida pelo médico. Geralmente os profissionais de enfermagem direcionam os familiares dos pacientes até o serviço de internação hospitalar para que apresente um documento com foto que identifique o paciente para que seja providenciada a declaração de óbito.

E se não tiver acompanhante enfermeira liga para o familiar em casa e eles vêm. Agora a partir dali eu não sei como funciona. Não sei se [...] Não sei como funciona, se vem alguém de fora. Só encaminha [...] acho que passa e encaminha para o necrotério para ver a questão da documentação. (TE 12)

As declarações de óbito são documentos controlados, gratuitos e precisam ser preenchidas corretamente assim como o acesso a estes impressos devem ser controlados. Isso também foi apresentado por alguns participantes.

Porque esses são documentos de controle. (EA 16)

Acesso a declaração de óbito é gratuita. (AS 3)

Pode acontecer do paciente internado não ter uma referência familiar e esta questão foi apontada pelas assistentes sociais, além da menção aos procedimentos necessários diante da morte de um paciente nesta situação. Após esgotar as possibilidades de localizar uma referência familiar do paciente, a assistente social informa a direção hospitalar e esta conversa com a prefeitura, delegacia e Instituto Médico Legal (IML) para viabilizar o enterro desse paciente, respeitando os termos descritos na lei.

Mas quando não tem (referência familiar) a gente tem que atuar mais, buscar referência, trazer. Se não tiver aí que a gente vai cuidar no processo do óbito, a gente vai ter que ver com a prefeitura, Ministério Público [...] ver, legalizar documento, fazer todos esses trâmites aí para fazer o funeral. Fica também aos nossos cuidados. E, também, quando no caso de indigente, a direção que também tem que entrar em questão para agilizar. Porque aí, quando o serviço social já esgotou todas as suas possibilidades a direção tem que entrar para poder ver [...] Se não tem nenhuma referência, nada, aí a direção tem que conversar com a delegacia, IML para eles fazerem documentação. Comunica através de documento oficial, aí a prefeitura, delegacia e IML que fazem os trâmites lá. Esgotou tudo. O serviço social fez tudo que tinha que fazer, buscou, buscou, buscou. Não tem. Não tem. Aí a direção que tem que comunicar. (AS 2)

Quanto às outras interfaces do serviço social com as famílias após a morte de um paciente são indicadas as solicitações para esclarecimentos sobre acesso à declaração de óbito e sobre qual cartório a família deve procurar para registrar o óbito e a solicitação de auxílio funeral por algumas famílias.

Quando acontece, geralmente eles solicitam a gente, ou a família ou a equipe, no sentido de orientar mesmo como é que vai ser esse trâmite mesmo: em relação a cartório, funerária, coisas assim. Muito mais a questão do cartório: acesso a declaração de óbito é gratuita, qual cartório que tem que procurar. (AS 3)

Aí eu fui fazendo o passo a passo (para orientar a família sobre o auxílio funeral). (AS 3)

Sobre o auxílio funeral as assistentes sociais consideraram que não é comum as famílias dos pacientes internados na instituição solicitarem e pontuaram que ele envolve muitos procedimentos burocráticos. Esclareceram que a família do paciente precisa procurar a funerária de plantão e preencher um papel declarando que não tem

condições de arcar com o funeral. Este papel preenchido é, então, encaminhado pela família para a delegacia e quem autoriza o auxílio funeral à família é o delegado após análise. Pontuaram que é extremamente burocrático o processo para autorização do auxílio funeral à família e que não é comum as famílias dos pacientes internados na instituição o solicitarem.

Liguei, aí tem que procurar o [...] como é que fala? A funerária de plantão. Lá eles têm um papel que os municípios encaminham para a funerária um papel que tem que ser preenchido para a pessoa declarar que não tem condições de arcar com o funeral. E lá eles encaminhavam para a delegacia para o delegado autorizar. Então, extremamente burocrático. (AS 3)

Pouquíssimas famílias nos procuram ou a equipe nos solicita [...] Mas tem o critério de renda e o critério de renda é baixíssimo, é aquela família miserável do miserável, entendeu? Então, essa família tem direito, mas é extremamente burocrático (AS 3)

Os participantes também destacaram em suas falas a importância da comunicação efetiva entre os profissionais e fizeram considerações sobre o registro das informações no prontuário dos pacientes. Reconhecem que os registros das condições dos pacientes, dos procedimentos realizados e intercorrências fazem parte da rotina dos profissionais da área da saúde e percebem que a comunicação diante do processo de morte/morrer é essencial na condução dos casos e apresenta diversas (inter) conexões.

Alguns instrumentos foram mencionados pelos participantes sendo que os mais citados pelos participantes são o prontuário do paciente e um instrumento utilizado no hospital para passagem de plantão dos enfermeiros (“passômetro”). Nestes são registradas informações acerca do paciente e (inter) ações dos profissionais com pacientes, familiares e outros cuidadores.

Tem que evoluir todo dia. (EA 15)

Através das planilhas que têm, do passômetro, vão escrevendo, escrevendo, descrevendo o paciente. (TE 1)

Os registros servem de fonte de orientação para a equipe multiprofissional e respaldo de suas ações, inclusive no que diz respeito à indicação e implementação de cuidados paliativos. Os participantes reconhecem a necessidade de registros sobre o estado de saúde dos pacientes e sobre as condutas realizadas. Pontuou-se a importância do registro médico sobre as condutas definidas sobre o tratamento do paciente, especialmente diante da definição da implementação de cuidados paliativos. Ainda, indicam que os médicos plantonistas diante de uma intercorrência com o

paciente tendem a atuar conforme o médico assistente registrou no prontuário do paciente e isso facilita o trabalho de todos e beneficia principalmente o paciente.

E aí, fazer todos os formulários de alta no sistema, no prontuário do paciente (EA 6)

Na verdade eu todas as vezes que eu tenho paciente nessa situação eu peço para o médico deixar isso por escrito para respaldar a gente. Porque quando ele escreve, deixa isso respaldado, muito certo. Com certeza ele dá um respaldo muito maior. E eu ponho isso na minha evolução também. (EA 9)

Quando documentam é muito mais fácil. Chega o médico plantonista para avaliar e a gente já tem aqui no prontuário e fica mais fácil conversar. Eles já entenderam e vai atuar igual o médico assistente já pontuou no prontuário. (EA 14)

Os registros que acontecem, pelo menos o que eu percebo, é o registro normal de cada um vai lá e faz o seu registro. Eu enquanto psicóloga registro, se eu discuti com a equipe eu coloco: 'discuti o caso com a equipe'. Mas não é muito comum. O médico registra [...] claro, o médico vai registrar as condutas dele, mas eu me lembro de um caso que foi formalizado isso. (P 1)

Nesse dia estava eu e o serviço social e eles concordaram que tudo que eles conheciam antes e ali, viram que a gente tentou as coisas e, então, a gente escreveu e ficou tudo direitinho. (MA 5)

Foram citados registros feitos nos prontuários dos pacientes sobre conversas que os profissionais tiveram com familiares de paciente sobre o que eles desejavam ou não que fosse feito na assistência ao paciente internado. Nem todos os participantes já viram registros em prontuários de pacientes sobre conversa que algum médico teve com os familiares dos pacientes quando eles não tinham um prognóstico de melhora, embora isso deveria estar documentado.

A gente anota na evolução, eu anoto na minha evolução de que eu conversei com o familiar tal. Sempre deixo um número de documento ou ele deixa o número de telefone para qualquer dúvida entrar em contato. (EA 16)

Quando um familiar toma uma atitude de restringir ou adicionar algum cuidado, eu anoto na minha evolução; eu coloco dentro do prontuário do paciente; a gente alerta a equipe de enfermagem e eu sempre chamo um profissional. (EA 16)

Não. Documento sobre isso, não. Mas eu creio que sim porque, às vezes, eles têm que documentar. (TE 12)

Paciente, às vezes, não tem uma demanda: ou ele não quer falar, ele não quer atendimento ou ele já está muito debilitado e não tem condições de ter o atendimento. Eu registro isso: 'por causa do estado de saúde do paciente naquele momento não foi possível atendimento, mas que eu vou acompanhar'. (P 1)

Mas desordens acontecem diante desse processo e os participantes citaram falhas nos registros dos profissionais, especialmente no que tange aos registros

médicos. Mencionou-se que é comum os médicos conversarem com o enfermeiro sobre o prognóstico dos pacientes, assim como os cuidados que devem ser ou não adotados e sobre a conversa que tiveram com os familiares e com os próprios pacientes mas não documentarem isso no prontuário.

Nem sempre há registros, nem sempre. (EA 9)

Com certeza. Com certeza (sente a falta dos registros dos médicos sobre conversas que tiveram com os familiares a respeito do quadro clínico e prognóstico do paciente e sobre as condutas a serem ou não tomadas que foram decididas em consenso) [...] E eu acho que muitas [...] já teve situações que eu esbarrei de não ter registros e o profissional alegar que não registrou porque a família pode mudar de ideia.

Se ele fala só de boca, o que acontece muito, a gente tem que tentar conversar com o médico plantonista e aí varia muito a assistência deles, a conduta nesses casos. (EA 14)

Diante disso, os próprios profissionais da equipe de enfermagem cobram, às vezes, do médico o registro no prontuário das decisões feitas e condutas a serem tomadas no que tange ao cuidado do paciente.

Os registros que acontecem, pelo menos o que eu percebo, é o registro normal de cada um vai lá e faz o seu registro. Eu enquanto psicóloga registro, se eu discuti com a equipe eu coloco: 'discuti o caso com a equipe'. Mas não é muito comum. O médico registra, claro. O médico vai registrar as condutas dele, mas eu me lembro de um caso que foi formalizado isso. A médica chegou e falou: 'gente, fulano, o paciente tal [...] é cuidados paliativos'. E os técnicos: 'Mas a senhora escreveu isso?'. Tipo assim, aquele medo, 'depois o paciente morre e a gente [...]'. 'Mas a senhora registrou?'. 'Não, está registrado. Vamos fazer assim, vamos fazer assado e tal'. (P 1)

Algumas consequências das falhas nos registros foram apresentadas nas entrevistas e envolvem desde promover uma descontinuidade na assistência ao paciente até problemas na identificação do corpo após a morte.

Se ele (médico assistente) fala só de boca, o que acontece muito, a gente tem que tentar conversar com o médico plantonista e aí varia muito a assistência deles, a conduta nesses casos. (EA 14)

Colocar no peito do paciente a identificação com esparadrapo direitinho para não haver troca na hora. Porque a gente já viu isso [...] (EA 15)

Os registros são necessários durante a internação do paciente e também o são após o óbito. Diversos registros nos setores são realizados frente à ocorrência de uma morte e inclui documentar no prontuário do paciente, livro de ocorrência, registro de censo hospitalar, preenchimento de formulários padronizados na instituição para identificação e transporte do corpo, além de auxiliar a família a encaminhar-se ao serviço de internação para providenciar o preenchimento e a entrega da declaração de óbito à família.

Fazer toda a documentação que é necessária fazer [...] É a documentação [...] Têm uns formulários que já têm lá no computador. É só a gente chegar lá, lançar o que tem; colocar no peito do paciente a identificação [...] entrega o papel na portaria porque o porteiro tem que, na saída do corpo, a família tem que assinar para que isso fique documentado lá fora. E anotar no livro de ocorrência, dar alta, tudo o mais aí. (EA 15)

Tem que registrar nos nossos livros de entrada e saída de pacientes, registrar o óbito. Eu tenho que evoluir o óbito desse paciente. (EA 16)

A parte de enfermagem superior é de encaminhar o prontuário para fazer o atestado de óbito, a parte burocrática. (TE 6)

O enfermeiro comunica os familiares e encaminha para o necrotério. Junto preenche o termo direitinho e encaminha. (TE 9)

E os papéis a gente comunica a família que tem que ser resolvido na admissão em termos de atestado de óbito e tal. (EA 6)

Outros pontos intervenientes no processo de morte/morrer foram elencados pelos participantes e são discutidos na subcategoria **Apresentando questões relacionadas à cultura, religião/espiritualidade e formação profissional que podem interferir no processo de morte/morrer** que consideram que precisam ser resolvidas pelos pacientes e/ou familiares diante da terminalidade.

Alguns participantes salientaram que nem sempre os profissionais da área da saúde conseguem preservar a vida de um paciente e que há forças maiores regendo a vida e a morte.

Se quiser [...] pode falar: 'como você já estava esperando, tudo o que podia ser feito, foi feito, mas existe força maior do que a gente, força maior do que a dos médicos'. (EA 7)

Acho que tudo tem a hora certa, o momento certo. A gente, também, não pode ficar contrariando muita coisa de Deus, não. Por que você vai falar: 'morreu por causa de que?'. Questionar muita coisa [...] (TE 1)

A busca de interfaces com a religião e/ou espiritualidade conforta as pessoas diante do processo de morte/morrer e isso foi apontado em algumas falas.

Quando eu tive a primeira perda minha, quando meu pai [...] primeira perda, não. A primeira perda minha, na verdade, foi meu avô, que eu tinha 6 anos que eu senti muito. Foi na religião. Em religião nenhuma, nenhuma, eu achava consolo. No espiritismo eu achei. (EA 7)

A gente vai mais pela experiência espiritual fora, fora profissional. Mas orientação, essa questão de um psicólogo conversar ou na parte religiosa a gente não tem. Deveria! Eu acho muito importante isso [...] Ah, é muito importante em relação ao conforto da família e dá conforto para a família em relação a saber qual é o sentido da vida, após morte o que nós temos. Então é importante. (TE 12)

Eu lido muito bem com a morte! Vou dizer o porquê. Eu sou espírita e conforme a minha concepção religiosa a gente não acredita na morte. Então, eu lido bem

com essa questão. Mas, óbvio, cada um tem a sua crença. Cada um acredita de uma forma. E cada um acredita de um jeito. (AS 1)

Eu sou espírita. Então, a gente estuda isso. É uma coisa natural. (MA 2)

Conversar sobre espiritualidade diante do processo de morte/morrer é uma coisa delicada e deve ser levada em consideração as crenças dos pacientes e familiares a fim de não gerar mais agravos à situação. Os profissionais precisam empenhar-se em atender as demandas destes sem, contudo, impor-lhes suas crenças, de modo que o cuidado precisa respeitar as convicções dos pacientes e familiares.

Então é um pouco delicada essa situação principalmente nesse momento de enfermidade, de cuidados paliativos. É um pouco complicado. (TE 12)

Porque cada um tem uma maneira de pensar. Até em relação ao entendimento religioso de cada um e do paciente tem que saber. Porque vai, quer dizer, tem muito trololó. O que que eu estou querendo dizer, acho que tem muito a ver com o que você quer saber. Tem gente que é católico, o outro é protestante, o outro é espírita, o outro é fulano, o outro é ateu. Se cada um chegar abordando da tal forma de pensar para a família e para o paciente vai começar a ter problema. Então é isso aí. É muito interessante, mas que seja uma abordagem, de repente, que não entre em detalhes desse tipo. Está certo? (MA 2)

Alguns participantes defendem que as necessidades espirituais dos pacientes e familiares precisam ser ouvidas e há relato de profissionais que orientam os familiares a buscarem o apoio religioso/espiritual para lidar com a situação.

Porém, sempre que a gente afirma mediante a fé, a crença da família, que é muito importante a gente abordar, que eles façam apelo ao ente divino deles, mediante a crença da família, que eles peçam ajuda não só material para nós profissionais mas também espiritual para que de alguma forma seja agraciado o paciente em questão. (EA 16)

De repente ouvir uma necessidade do paciente que seja espiritual, que seja [...] (TE 3)

Sobre atenção religiosa/espiritual na instituição, um participante menciona que não sabe se durante o dia o paciente recebe assistência religiosa e que é raro isso acontecer no período noturno.

Fico pensando [...] Talvez haja possibilidade, não sei se durante o dia, à noite é raro, talvez uma assistência religiosa conforme a crença da pessoa. Eu penso mais nesse sentido mesmo. (EA 18)

É preciso reconhecer que nem sempre o paciente e/ou família querem conversar sobre espiritualidade diante do processo de morte/morrer. Nestes casos os profissionais precisam mostrar-se abertos e respeitar a vontade deles. Importante compreender e conversar mais sobre a espiritualidade no processo de morte/morrer para auxiliar os pacientes, familiares e até mesmo os próprios profissionais,

considerando que a atenção à espiritualidade dos pacientes e familiares independe de religião.

Mas aí vai no caso da própria família aceitar ou não. Muitas vezes não aceita falar ou não. (TE 12)

Mas orientação, essa questão de um um psicólogo conversar ou na parte religiosa a gente não tem. Deveria! Eu acho muito importante isso. (TE 12)

Eu acho que a gente tinha que tentar entender mais disso, se falar mais disso... Não sei, essa parte de espiritual, de ser passado isso também. Porque isso, eu acho que independe de religião. Eu acho que tinha que ser mais colocado isso para os profissionais. Não sei. Acho que por aí. (EA 12)

Existe essa questão mesmo da religiosidade. (EA 18)

A influência da cultura na (re) ação das pessoas ao processo de morte/morrer foi um assunto recorrente nas falas dos participantes. Eles acreditam que a cultura direciona a forma como as pessoas encaram a terminalidade e a morte e mencionaram diferenças percebidas entre as distintas culturas. Citaram diferenças entre as culturas dos países, reconhecendo mudanças entre as culturas ocidentais e orientais no que tange à terminalidade da vida e à morte.

Porque culturalmente, culturalmente, nós não estamos preparados para a morte. Igual no Oriente eles estão preparados. Têm povos que celebram a morte. A gente, não, a gente celebra a vida, só. A morte para a gente é uma coisa tão longe. (EA 7)

O que eu acho é que a gente está caminhando, é o início. Talvez outros países já tenham isso até mais [...] Eu vejo isso mais claro quando a gente vê isso tudo, quando a gente olha. Pode ver nas suas, nas literaturas. Não sei se é porque o nosso país ser tão passional, mas eu acho que vai caminhando. (MA 5)

Então existe questão cultural. (EA 18)

A morte foi apontada nas entrevistas como sendo um tabu na nossa sociedade.

Eu acho que aqui, a morte é um tabu. Mesmo as pessoas espiritualistas, na hora que a morte chega e bate na porta ali, ela não quer que isso aconteça. Então, a gente vê que em outros países eles encaram de outra forma. Mas aqui no Brasil, a experiência que eu tenho é essa aí [...] de ser um tabu mesmo. (EA 12)

A respeito da cultura brasileira e sua interface com a terminalidade e a morte foram feitos alguns apontamentos pelos participantes sobre a percepção de interposição das emoções nas (inter) ações e na dificuldade que as pessoas manifestam em lidar com a morte.

A questão pessoal e cultural influenciam na intervenção profissional, inclusive diante de situações que envolvem o processo de morte/morrer. Considera-se que a

questão pessoal e cultural acabam influenciando na atuação profissional, pois é cultural a forma como lidamos com o processo de morte/morrer.

Envolve essa questão pessoal e cultural, que eu acho que acabam influenciando, também, na nossa intervenção. Acho que está tudo muito associado [...] Eu acho que mais capacitações continuadas, até mesmo por conta dessa questão que eu disse que é cultural. Essa dificuldade nossa de lidar com a questão da morte. (AS 3)

A dificuldade em lidar com o processo de morte/morrer também está presente nos profissionais da área da saúde e percebida, também, quando evitam lidar com a morte e falar sobre ela. A fala abaixo demonstra que é expressiva nas enfermarias a cultura dos profissionais de enfermagem de que não estão ali para lidar com paciente em terminalidade.

Eu percebo que tem, a equipe de enfermagem em geral, principalmente os técnicos, eles têm muita dificuldade de lidar com essa questão da morte. Eles falam muito isso: 'a gente não está preparado para esse tipo de paciente'. Eu escuto isso muito. (P 1)

A comunicação dos profissionais com os pacientes e familiares sobre diagnósticos e prognósticos foi abordada numa entrevista como sofrendo interferência cultural. A cultura dos profissionais brasileiros foi comparada com a norte americana diante da comunicação de notícias ruins/difíceis e acredita-se que a nossa cultura aproxima-se mais da europeia, a latina do que uma cultura norte americana, visto que os profissionais acabam minimizando a notícia do diagnóstico irreversível e do prognóstico de terminalidade para o paciente devido à influência cultural.

Eu acho que é um defeito da nossa formação profissional em relação a, por exemplo. Não sei nem se é um defeito, mas uma diferença da cultura americana. Acho que a nossa cultura acaba seguindo mais a europeia, a latina do que uma cultura norte americana. Então a gente acaba minimizando. Difícilmente, eu acho que eu nunca falei para um paciente que o caso dele não tinha cura. Acho, não! Eu nunca falei isso para um paciente. (MA 4)

As práticas de cuidado e a forma como lidamos com a terminalidade e a morte passaram por mudanças ao longo das épocas. Mencionou-se que vem sendo construída na sociedade uma dificuldade de lidar com o processo de morte/morrer a partir de uma época pós moderna, pois nas sociedades anteriores a morte era encarada de forma natural.

Uma sociedade que nega a morte, que nega o sofrimento. Isso foi construído a partir de uma época pós moderna e de uma pós modernidade, também, em que se nega a todo momento a finitude [...] As sociedades anteriores, na Idade Média, por exemplo, a morte era vivida como uma coisa muito natural, fazia parte do contexto ali. (P 3)

O modelo biomédico e hospitalocêntrico ditava as práticas de cuidado e ainda as dita, com o médico, o hospital e as ações curativas no centro da assistência, conforme destacado nas falas abaixo:

E a gente no hospital também tem o fechamento, um modelo biomédico muito enraizado com a gente, onde o médico faz o diagnóstico e fica fechado. Às vezes não há nem abertura para você trabalhar o assunto. (EA 17)

Eu acho que ainda muito no caráter multi e não inter. A gente começa a escutar uma tentativa dos *rounds*, das discussões de caso, mas ainda numa maneira muito embrionária. Eu acho que não existe ainda o trabalho interdisciplinar. Eu acho que têm as abordagens, as avaliações são muito isoladas. Existem discussões de casos informais [...] Não existe ainda uma tomada de decisão que considere todos os olhares. Existem vários olhares, mas as ações são isoladas, elas são de cada profissional. (P 2)

O que eu percebo é uma questão da cultura médica que acostumou a ter esse poder dele, 'o paciente é meu'. E a gente, às vezes, repete isso: 'o paciente do doutor fulano, doutor beltrano' [...] Mas eu acho que tem muito dessa resistência por parte dos médicos. Às vezes eles até participam de um grupo, fazem um movimento, mas eu acho que eles não conseguem passar para a ação, instituir outra cultura. (P 2)

O hospital foi criado como um espaço médico e ainda o é. Embora existam outros profissionais atuando nesse espaço a interdisciplinaridade ainda é uma ambição em muitos lugares, porque o que se vê são ações isoladas dos diferentes profissionais.

Antigamente, o hospital era tido como um espaço, e ainda é hoje, o hospital é um espaço médico. A enfermagem realmente é importante. Mas as outras categorias que entraram a poucos anos, a psicologia, por exemplo, entrou a partir dos anos cinquenta nesse espaço. Entrou de uma maneira muito ínfima ainda. Então, é um espaço médico. (P 3)

Com a entrada de outros profissionais no espaço hospitalar, entraram novos saberes, novos olhares e novas práticas, que precisam ser somados no intuito de ampliar o olhar para as demandas de cuidados dos pacientes e familiares.

Então, hoje em dia o que há com essa entrada de outros profissionais é de outros saberes que podem, de fato, darem suas contribuições exatamente por serem saberes diferenciados. É importante que a gente tenha em mente que o nosso fazer não é nem melhor, nem pior que o outro, mas ele é diferente. (P 3)

A formação dos profissionais sofre interferências da cultura e acaba perpetuando esta, inibindo a consolidação de novas práticas. As falas demonstram que há múltiplos fatores que justificam as práticas assistenciais vigentes diante do processo de morte/morrer e destaca-se que a formação/educação seja importante para mudar a cultura dos profissionais em relação à terminalidade e à morte e os papéis dos profissionais diante desta complexidade.

Às vezes a pessoa não tem uma formação que entenda isso, que pense naquilo. Às vezes aquela coisa de achar que, além desse imediatismo, de achar que as coisas vão viver eternamente, que nada tem fim. (EA 18)

Mas eu volto na questão da cultura, principalmente na cultura médica, que é uma cultura baseada na cura, na medicina baseada em evidência, nos protocolos. Eu percebo uma dificuldade mesmo de pensar numa outra cultura de cuidado onde curar não é prioridade, onde deixar morrer, mas um deixar morrer com dignidade, naturalmente, eu ainda vejo uma resistência. Eu não estou querendo colocar toda a culpa no médico, não. É porque eu acho que falta na formação dele, também, um preparo, uma abertura para outras leituras, para uma outra cultura. (P 2)

A respeito da formação dos profissionais de saúde para lidarem com o processo de morte/morrer foram destacadas algumas falas. Aponta-se que a equipe de enfermagem tem uma carência de conhecimento para lidar com o processo de morte/morrer, especialmente em assuntos que não sejam ligados a técnicas e procedimentos, havendo necessidade de estímulo ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que estejam associadas às (inter) ações humanas e até mesmo às habilidades e conhecimentos necessários para a realização de abordagem familiar para comunicar notícias difíceis como diagnóstico e prognóstico de um paciente ou, até mesmo, para conversar com a família sobre a possibilidade de doação de órgãos/tecidos após a morte do ente querido.

Eu acho que falta preparo também. Que a gente nem na faculdade, nem no colégio, nem na vida a gente é preparado para essas coisas. Acho que é coisa que desde criança tem que ser conversado e a gente evita ao máximo de falar. (EA 14)

Outro negócio, recebe orientações, é lógico, mas eu acho que a convivência e a prática, eu acredito que sejam uma ferramenta muito forte. Porque, às vezes, nem tudo que está na teoria é o que se executa na prática. Às vezes a prática é uma coisa oposta. Eu acho assim, teoria eu tenho bastante, mas a prática é o que me modelou no meu cuidado. (TE 1)

Mas eu acho que a maioria das pessoas também não tem muito preparo psicológico para poder lidar com isso [...] Eu acho que fazer um trabalho com a equipe, talvez, em cima disso. Até a parte psicológica que eu não vejo em lugar nenhum. (TE 2)

Profissionalmente eu não lembro se no curso técnico a gente [...] Eu acho que a gente recebe, mas é uma coisa muito vaga. (TE 12)

Não sei, a enfermagem, até onde eu consigo avaliar, me parece que falta um pouco na formação do enfermeiro lidar com questões que não sejam técnicas, nessa questão das relações. (P 2)

A nossa formação ela sempre priorizou essa questão de tentar dar respostas para o paciente, para a família. Você tem que tentar dar resposta ao máximo [...] Porque eu acho que a nossa profissão busca muito dar respostas e promover um pouco mais de acessibilidade para o paciente e para a família. E o paciente que está em processo de morte, isso não existe, não tem! Então, acho que foge muito um pouco daquilo que é próprio do serviço social. (AS 3)

Para o paciente de modo geral a gente minimiza muito. Eu acho que é um defeito da nossa formação profissional [...] Porque eu acho, assim, eu também não sei como abordar isso de uma forma que o paciente queira ouvir. (MA 4)

A tecnociência foi citada como sendo a lógica que impera hoje nos hospitais. Ela associa a tecnologia e a ciência buscando cada vez mais o progresso do saber, porém, distancia o olhar do paciente e da sua família ao enfatizar a doença no seu sentido muito biológico e apegar-se a exames, protocolos, publicações e evidências científicas.

Nós temos hoje no espaço hospitalar uma lógica que é uma lógica de um casamento da ciência com a tecnologia, que é chamada de tecnociência que, ao mesmo tempo que promove progresso do saber, tem um efeito colateral nisso que é a diferença do olhar que se distancia do doente. Ele passa a enfatizar a doença no seu sentido muito biológico. Então, você fica muito sujeito a... o diagnóstico é importante, sim, mas fica muito sujeito às questões de exames, dos protocolos, de publicações e o sujeito ali, quer dizer, o doente que é um sujeito que fala, inclusive, o olhar se distancia nesse sentido. (P 3)

Vivemos numa sociedade ocidental que valoriza o imediatismo, a beleza, a juventude, a matéria, a felicidade constante. Nem sempre isso é possível, o que gera transtornos às pessoas, inclusive distúrbios psicológicos.

Nós vivemos numa sociedade da urgência, no sentido do imediato, que todo mundo tem que ser feliz agora, que ela vende uma mercadoria chamada felicidade, todo mundo é obrigado a ser feliz. Isso é um projeto impossível! A pessoa ser obrigada a ser feliz, é impossível! As depressões talvez passem por aí. Porque você cria um modelo de mundo em que todo mundo tem que ascender a ele e o sujeito não dá conta. O sujeito se deprime porque não dá conta desse ideal. (P 3)

Hoje em dia a gente vive numa sociedade que quer remédio para tudo, inclusive para a morte. As pessoas não querem envelhecer, as pessoas não querem ficar com as dificuldades que vêm mesmo a partir da idade [...] Às vezes aquela coisa de achar que, além desse imediatismo, de achar que as coisas vão viver eternamente, que nada tem fim. (EA 18)

Um caminho para a instituição de novas práticas de cuidado envolve a interdisciplinaridade e a mudança de cultura onde o cuidar seja prioridade e não o curar.

Passar para a ação, instituir outra cultura [...] uma abertura para outras leituras, para uma outra cultura. (P 2)

Então, eu acho que tem muita gente curiosa, mexida, inquieta, com o desejo de promover cuidados paliativos. Mas eu volto na questão da cultura, principalmente na cultura médica, que é uma cultura baseada na cura, na medicina baseada em evidência, nos protocolos. Eu percebo uma dificuldade mesmo de pensar numa outra cultura de cuidado onde curar não é prioridade, onde deixar morrer, mas um deixar morrer com dignidade, naturalmente (P 2)

Indica-se que os profissionais precisam considerar cada ser como único e formado por sua cultura, crenças, seus anseios e sua história. A partir do momento que os profissionais reconhecerem que cada ser humano é único, e que cada momento também o é, terão mais condições de realizar um cuidado voltado para o atendimento

das necessidades dos pacientes e familiares e usarem seus conhecimentos e habilidades para tal coisa.

E cada, cada paciente é um indivíduo. Ele tem lá sua cultura, sua religião, sua crença. Tem sua história de vida. (TE 3)

Cada caso é um caso. (P 1)

Fazer uma leitura do caso a caso, sem essa leitura generalizante. (P 2)

Mas, óbvio, cada um tem a sua crença. Cada um acredita de uma forma. E cada um acredita de um jeito. (AS 1)

Porque cada um tem uma maneira de pensar. Até em relação ao entendimento religioso de cada um e do paciente tem que saber. (MA 2)

O hospital precisa mudar sua cultura diante do gerenciamento e do cuidado aos pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares. Compreende-se que tem que começar a mudar a cultura da instituição em relação à assistência aos pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares e que essa mudança de cultura e, conseqüentemente, de práticas precisa ocorrer de forma gradual.

Eu acho que a coisa está começando a caminhar, as pessoas estão começando a conversar, mas eu acho que a cultura do X (cita o nome da instituição) não é essa dos cuidados paliativos. É nisso aí que a gente tem que começar a mudar, conversar mais com as pessoas, principalmente com os técnicos de enfermagem (P 1)

Eu acho que se a gente pensa numa mudança de cultura a gente tem que pensar é aos poucos mesmo. Não dá para a gente sair de um contexto [...] Tem um caminho a ser percorrido. Então não dá para a gente pensar numa cultura de cuidados paliativos com uma equipe pronta, interdisciplinar [...] Eu acho que o que é possível é que tem que ser valorizado mesmo que seja muito pouco aparentemente (P 2)

Um participante relatou com detalhes uma visita que fez a um hospital na Alemanha, onde conheceu outras práticas hospitalares diante do processo de morte/morrer e as considerou interessantes e terapêuticas.

O hospital tinha uma linha não ortodoxa como a nossa, alopática. Era uma linha mais de uma medicina espiritual. Lá dentro, para você ter uma noção, o paciente na beira da morte [...], além dos profissionais que passam, passa um musicoterapeuta que toca harpa, uma música para ele, do lado ali. Isso para, vou falar com as minhas palavras, para 'equalizar' a energia dele à energia da música, para trazer naquela vibração [...] Outra coisa é que quando morre um paciente lá ele é levado para um necrotério que é todo diferente, muito místico, mas simples. Têm particularidades no recinto, luz. Tem uma luz que sai do teto e bate diretamente no paciente [...] E todos os profissionais que lidaram com o paciente desde o faxineiro até o médico que tiveram contato com o paciente, da enfermagem, faxineiro, médico, fono, fisio, nutrição, vão estar com esse paciente morto para fazer, que seja em termos nossos aqui, fazer uma oração de despedida para o paciente [...] Isso que deveria ter um troço desse aqui e não tem. (MA 2)

Alguns caminhos foram indicados pelos participantes e foram vislumbradas mudanças na instituição a partir de grupos de profissionais interessados em estudar e discutir o processo de morte/morrer.

É conversar nesses pequenos grupos que estão se formando de discussão de casos, começar a inserir esse tema e questões [...] Eu acho que se eu pudesse acrescentar alguma coisa era enfatizar esses pequenos movimentos porque são eles que vão desencadear uma mudança de cultura (P 2)

Outro apontamento da pesquisa relacionado às questões que podem interferir na forma como as pessoas (re) agem diante do processo de morte/morrer tem a ver com diversas interfaces, dentre elas destacam questões sociais e econômicas associadas à existência do paciente.

Envolve o social, envolve uma série de coisas. (P 2)

Então existe questão cultural, existe questão social. Às vezes aquela pessoa é mais rentável viva do que morta, porque infelizmente tem. (EA 18)

Já aconteceu caso assim que o paciente falou comigo que ele já estava pensando para quem ele ia deixar o que, que ele percebe que não estava bem. (P 1)

Foi mencionado nas entrevistas que o paciente pode estar em terminalidade pensando no encaminhamento dos seus bens materiais, assim como a família pode querer que um ente querido permaneça vivo por questões financeiras como aposentadoria e outros benefícios.

As falas dos participantes também trazem à tona o conteúdo implicado com o pagamento das despesas do velório e sepultamento do paciente. Foi citado que algumas famílias têm plano funerário e que mesmo as que não têm o plano conseguem, na maioria das vezes, arcar com os custos e não precisam do auxílio funeral.

O serviço social atua nos casos em que o paciente ou familiar, no caso, ele não tem condições de arcar com o sepultamento. E aí a gente faz orientações sobre o auxílio funeral, que é um benefício mesmo para famílias de baixa renda. Que é um benefício que os municípios oferecem, direito mesmo dessas famílias [...] Na maioria dos casos o paciente não tem necessidade desse auxílio funeral [...] O que poderia chegar é a questão do auxílio funeral, mas normalmente nos casos não acontecem porque ou a família já tem um plano funerário ou dá outros andamentos sem ter que passar por esse benefício.

O serviço social, ele, nessa questão do óbito é raro ele ser chamado. Normalmente para auxílio funeral quando a família não tem condições de arcar. (AS 2)

Questões afetivas também foram citadas como intervenientes no processo de morte/morrer. A terminalidade da vida e a morte carregam muitas emoções, geralmente,

e isso impacta nas (re) ações de todas as pessoas envolvidas. Às vezes, existem, até mesmo, conflitos entre os membros da família, conforme explicitado.

Então eu acho que isso gera muita coisa, fantasia, questão afetiva para essa equipe. (P 1)

E um paciente que envolve emocional. (P 2)

O hospital também é um lugar onde há essa dimensão do afeto, do afetivo. E o sujeito fica muito tomado, o profissional fica muito tomado por isso. (P 3)

E quando a família tem conflitos dentro dela? O que a gente faz? Porque é um outro caso, também. (MA 4)

Outro aspecto levantado é que nem todas as famílias demonstram condições psicológicas de cuidar do paciente em terminalidade em casa e isso contribui para a decisão de hospitalização do paciente, às vezes, mesmo ele tendo condições clínicas de ser cuidado na residência.

A gente também entende que têm famílias que não conseguem ter essa estrutura. Tem paciente que mesmo que você tenha vontade de dar alta para ele falecer em casa, não tem como fazer isso. Porque tem família que não tem condições psicológicas de entender aquilo. (MA 4)

As demandas dos pacientes são únicas e precisam ser conhecidas e valorizadas. Inclusive, reconheceram que isso pode ir além da sua doença física, pois antes de ter uma doença física que o encaminha para a morte, o paciente tem uma história, uma famílias e valores próprios e que quando se cuida de um paciente em terminalidade tem-se que trabalhar com estas questões.

Apesar de ser um paciente terminal, ele tem uma história. Ele tem uma família. (P 3)

Outro indicativo é de que, talvez, o paciente queira rever alguma pessoa quando está internado e quem sabe, resolver algumas pendências antes de morrer. A comunicação com o paciente precisa ser estimulada para que estes anseios sejam manifestados e percebidos de forma que a equipe e a família possam buscar atender as vontades dos pacientes e contribuir para o seu bem estar. Foi pontuado o fato de, às vezes, o paciente querer rever alguma pessoa e os profissionais e familiares precisam buscar ajudá-lo a ter sua vontade satisfeita nesse momento ímpar.

De repente, sei lá, ele gostaria de rever um parente, alguém que não vê há mais tempo. É mais uma questão, como que eu falo? Como se fosse pessoal mesmo. (TE 3)

Há quem demonstra inquietude diante da hospitalização do paciente em terminalidade, considerando que esta pode o privar de aproveitar o restante da vida

que tem fora do hospital fazendo o que deseja e da forma como julga ser melhor para o restante da sua vida.

Igual, assim tem paciente que, às vezes, tem uma doença terminal, poderia ir para casa passar mais tempo com familiar. Não, médico fica segurando ele aqui toda a vida e às vezes ele podia aproveitar um pouco mais e esse paciente fica toda a vida. E as vezes ele vai piorando, piorando, piorando até morrer mesmo. (TE 10)

Além disso, há questões difíceis para a família de um paciente em terminalidade que precisam ser elaboradas. Foi citado o exemplo da filha e esposa de um paciente que conseguiram elaborar algumas questões pendentes durante o tempo de permanência do ente querido no CTI e mencionado que isso foi importante para elas, mas que os profissionais não entendiam isso e diziam que elas “não deixavam o paciente morrer”.

O paciente ficou alguns meses no CTI, era paliativo. Mas, você sabe que tem uma coisa que eu achei interessante, que a família, do ponto de vista da família, para a família esse tempo foi importante. Esse tempo foi importante porque ela conseguiu elaborar umas questões que estavam difíceis para a filha, para a esposa [...] Acho que era um caso que poderia ter sido trabalhado melhor com essa família. Eu até na época fiquei me cobrando um pouco, mas por outro lado também, não me solicitaram. Solicitaram na hora e não é assim. Você precisa de mais tempo. Aí começa aquela cobrança da família: ‘você está sendo egoísta. Deixa ele ir’. ‘Mas não é assim, gente, têm outras questões.’ (P 1)

A subcategoria **Apontando elementos institucionais que influenciam nas ações dos profissionais diante do processo de morte/morrer** considera a influência da gestão da instituição na assistência oferecida aos pacientes e familiares, elenca falhas institucionais que os participantes apontam como influenciadores das ações dos profissionais diante do processo de morte/morrer e destaca a sobrecarga de trabalho referida por muitos profissionais, especialmente os integrantes da equipe de enfermagem.

Relata-se que a realização do trabalho dos profissionais depende muito deles estarem amparados, abonados e direcionados pela gestão da instituição, de modo que o perfil da gestão/direção, interfere na maneira como as pessoas trabalham.

Eu acho que depende muito da gente estar amparado, estar abonado e direcionando. Eu acho que gestão, a direção, o perfil da direção interfere, sim, na maneira como as pessoas vão trabalhar. (P 2)

O papel de liderança dos gestores é motivo de reflexão. Foi feita uma comparação da gestão de uma instituição a uma família, onde o gestor influencia as escolhas e os comportamentos dos demais, principalmente através do exemplo dado.

Destacou-se que o profissional busca reconhecer o que a gestão valoriza na realização do trabalho.

Porque eu costumo comparar isso com uma família. O que é que o pai e a mãe valorizam em termos de valores na casa? E a gente vai se respaldar muito no que é abonado, no que é incentivado ou não. A gente enquanto servidor dispende uma energia muito grande no trabalho e a gente vai dispendendo dependendo muito do que é esperado da gente. (P 2)

Foi apontado que existe uma tendência da instituição de valorizar muito o aspecto técnico da assistência, especialmente com os processos de acreditação hospitalar.

Eu acho que existe uma tendência da instituição, nesses processos de acreditação e tal, valorizar muito o aspecto técnico da assistência. (P 2)

Relatou-se que o profissional se sente amparado pela atual gestão da instituição na condução do seu trabalho e considera que a gestão da instituição pode facilitar melhorias na assistência realizada aos pacientes em processo de morte/morrer internados no hospital e para seus familiares.

Eu percebo que existe por parte das categorias não médicas um desejo disso, de compartilhar as decisões, compartilhar as avaliações. Nessa gestão atual eu percebo que existe uma valorização disso, também. (P 2)

Algumas falas de participantes trazem reflexão sobre a busca de respaldo na instituição para as condutas tomadas pelos profissionais na assistência aos pacientes em terminalidade, especialmente se ele não fizer determinado procedimento intervencionista no paciente que está em cuidado paliativo e o papel que os gestores desempenham têm relação com a promoção de condições para o gerenciamento do cuidado que atenda as demandas de pacientes, familiares e profissionais no processo de morte/morrer, o que envolve o investimento em educação permanente dos trabalhadores.

Então, eu acho que o servidor 'ah, a instituição vai me dar respaldo se eu não fizer determinado procedimento, se eu não entubar?'. (P 2)

Eu acho que devia ter mais cursos, mais palestras nesse sentido. Ter, formar um grupo para a gente estar sempre atualizando porque, também, o hospital é rotativo, vai, sai profissional, entra e sai. Então, tinha que ter um curso mais contínuo em relação a isso. (AS 2)

Diversos entraves para um gerenciamento do cuidado adequado aos pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer nas enfermarias da instituição foram discutidos nas entrevistas. Diversos participantes acreditam que a escala de trabalho de alguns profissionais não atende as demandas do hospital,

deixando descobertos alguns dias ou horários, como período noturno, finais de semana e feriados.

Não tem assistente social durante final de semana nem à noite. (EA 11)

No final de semana e aqui à noite não tem o serviço social. (EA 12)

Aqui no hospital a gente tem a falha de não ter assistente social e psicólogo aos finais de semana e o horário deles também é reduzido mediante a nossa escala de enfermagem. Então nem sempre a gente tem a sorte de estar contando com o auxílio desses profissionais. (EA 16)

À noite a gente não tem nem telefonista no hospital nem assistente social. Às vezes o porteiro se encontra ausente. (EA 16)

Nem sempre há porteiro e telefonista no período noturno. (EA 16)

A falta, às vezes, de impresso de declaração de óbito no hospital foi mencionada.

Tenho que ver se a admissão tem esse impresso porque costuma estar em falta no hospital. Se estiver em falta tem que chamar o transporte e entrar em contato com a secretaria municipal de saúde, pegar um ofício e trazer para o hospital. (EA 16)

A sobrecarga de trabalho dos profissionais foi assunto recorrente nas falas, especialmente dos profissionais de enfermagem.

Como a gente já citou, a sobrecarga de ter um enfermeiro no setor. (EA 13)

Eu sinto uma falta de ter essa equipe, como eu te disse nas questões anteriores, essa equipe estruturada para que essa função não fique única e exclusivamente ao enfermeiro, receber o familiar. Até porque eu sinto que muitas vezes funções exclusivas do enfermeiros, de procedimentos do enfermeiro, nessa hora ficam complicadas porque eu sou a única enfermeira do setor. (EA 16)

Porque têm tantas rotinas, tantas tarefas que ele (enfermeiro) fica mais no burocrático do que no assistencial nessa hora (quando morre um paciente). (EA 16)

Eu acho aqui muito corrido. O enfermeiro fica sobrecarregado [...] Mas, assim, eu acho que nos últimos tempos agora isso aqui está muito sobrecarregado. Está difícil para nós, técnicos, e inclusive para os enfermeiros. (TE 3)

A enfermagem, ela é muito sobrecarregada. É muito sobrecarregada. (MA 2)

Eu estou atuando nas duas (enfermarias) [...] E tem gente de licença maternidade, eu estou tendo que cobrir também. (P 1)

Os participantes consideram que a sobrecarga de trabalho traz prejuízos no gerenciamento do cuidado diante do processo de morte/morrer, tendo que, muitas vezes, priorizar procedimentos burocráticos em detrimento da assistência.

Não sobra aquele tempo para você se dedicar à família, só àquele paciente e àquela situação. Eu tenho que lidar com essa situação e tudo o mais que está acontecendo no setor. (EA 13)

Porque a gente é muito cobrado em outras coisas, sabe. Quando você vê a ferida do paciente já se expandiu, 'não vi ontem'. Por quê? Porque você não teve tempo. Você está entendendo? É uma coisa assim, você vê um dia e no outro dia não dá para eu ter continuidade. É muito complicado. (EA 15)

Eu acho que uma coisa quase, mais presença! É uma coisa que requer tempo (para acolher o paciente e a família) e aqui a gente, muitas vezes, não tem. (TE 3)

Às vezes a demanda é muito grande. Então dificulta, às vezes, uma palavra de apoio, até de orientação mesmo à família. (TE 6)

Mas agora, até a busca ativa tem dia que não é possível. No isolamento eu ainda faço busca ativa. Mas impossível cobrir todos os leitos, impossível! (P 1)

Foi citado que, diante da sobrecarga de trabalho, os profissionais não ficam tão próximos dos pacientes e familiares como gostariam, dificultando o acolhimento, a escuta, orientações e apoio. Especialmente os enfermeiros ficam sobrecarregados com funções administrativas em detrimento da assistência de enfermagem. Isso foi expresso nas falas abaixo:

Além dos enfermeiros estarem sobrecarregados, às vezes ocupando mais de uma função e aí, acaba que a gente num processo administrativo, o trabalho administrativo te ocupa tanto que você deixa de lado a assistência. (EA 4)

A sobrecarga de ter um enfermeiro no setor não sobra aquele tempo para você se dedicar à família, só àquele paciente e àquela situação. (EA 13)

As falas demonstram que trabalhar com pacientes em terminalidade e seus familiares por si só traz uma sobrecarga aos diferentes profissionais, principalmente um desgaste psíquico. Este desgaste é mais percebido nos profissionais de enfermagem.

Porque vem a sobrecarga de trabalho junto com pacientes assim. (EA 6)

É muito desgastante também, até para a gente trabalhar com isso [...] Eu acho que coisa mecânica, física, que a gente faz da rotina é até tranquilo, só que a nossa mente fica muito sobrecarregada. (TE 2)

E eu vejo que a equipe (de enfermagem) se sente muito sobrecarregada porque eu escuto isso deles. Eu escuto muito isso [...] Eles falam muito, eles reclamam muito disso, que 'está sobrecarregado' [...] Eu vejo que a equipe fica muito mobilizada e se sente sobrecarregada [...] Principalmente quando envolve família, por exemplo [...] têm famílias que ficam cobrando mais, solicitando mais. (P 1)

Também, foram apresentadas falhas no acolhimento dos pacientes e familiares e falhas no cuidado, inclusive no preparo do corpo após a morte.

Aí a gente busca medidas que, talvez, se fossem pensadas com maior tranquilidade ou calma ou planejadas teriam um sucesso maior. Como por exemplo, o acolhimento à família, uma preparação adequada do corpo, um local adequado. Penso nisso tudo. Porque muitas formas a equipe já começa a trabalhar dentro da enfermaria e envolve outros pacientes, outros acompanhantes e tal. (EA 16)

Mas eu vejo que eu poderia ser muito melhor, entendeu? Falta muita coisa. (TE 2)

A falta, às vezes, de recursos materiais para assistência aos pacientes e familiares foi apontada por alguns participantes.

Eu, com certeza eu me vejo que me falta muito recurso. (TE 2)

Porque nem sempre a gente tem o material adequado. Então, às vezes, acontece a falta de material no setor. Isso acontece também. (TE 11)

A falta de uma estrutura física adequada para gerenciar melhor o cuidado aos pacientes em terminalidade e familiares foi mencionada nas entrevistas, principalmente a declaração de que o ambiente físico das enfermarias não propicia privacidade e conforto. Há deficiência de um espaço mais resguardado para os pacientes e familiares, um espaço privativo e acolhedor para a família ficar no hospital, inclusive para conversar com os profissionais.

Outro apontamento é de que o quarto dos médicos plantonistas fica distante das enfermarias, o que atrasa as avaliações e atendimentos aos pacientes internados.

[...] As coisas que poderiam ser feitas para melhorar que estou te falando: o paciente, um conforto maior para ele independente da situação em que ele estiver, a privacidade dele. Quando, no caso, a enfermeira tenta, no último caso, de conseguir mas, às vezes, a instituição não consegue ofertar essa demanda. Às vezes a pessoa tem que ficar dividida com biombo, com pessoa circulando. (TE 7)

E perante a instituição eu também costumo pensar nesse gerenciamento do espaço físico para suporte à família do paciente, para onde ter um espaço reservado para conversa, diálogo. Até mesmo para consolo das famílias, em alguns casos. (EA 6)

Nem sempre esse paciente tem atendimento de psicólogo adequado, com privacidade também. A gente tem enfermarias em conjunto. Às vezes paciente acamado e a gente tem essa dificuldade. A questão do conforto, privacidade. (EA 14)

Agora, nós não temos uma estrutura física para isso, também, para dar essa notícia, até para ter essa conversa. Até para o próprio médico conversar com o familiar mesmo antes do óbito. (AS 1)

Volto a falar dessa assistência médica que ainda é falha por questões lógicas, acho, da unidade, de onde fica o plantão até que ele consiga chegar ao paciente que está tendo uma intercorrência grave, assim, urgente. (EA 6)

Os participantes sentem a necessidade de ter um espaço mais acolhedor para os pacientes em terminalidade e seus familiares. A utilização do espaço físico do hospital é descrita como confusa, considerando que o hospital está com diversas obras de reestruturação física e muitos serviços foram realocados. Além da estrutura física

dificultar a garantia de conforto e privacidade, a falta de cadeiras para acompanhantes dormirem e biombo nas enfermarias também foi citada.

Tipo, por exemplo, estão faltando cadeiras para dormir. [...] Biombo, eu me preocupo muito com biombo neste hospital porque não tem. (EA 15)

Lacunas na comunicação de notícias difíceis aos pacientes e familiares foram mencionadas, conforme apresentadas em outra categoria. Relata-se que há dificuldade de muitos profissionais da instituição em lidar com a comunicação de notícias difíceis junto aos pacientes.

Mas a gente tem a dificuldade, talvez, no maior ponto que você tocou aí foi a dificuldade de lidar com a informação com o paciente. Ao paciente, não à família. Porque com a família a gente conversa bem, mas geralmente com o paciente. (MA 4)

Ainda, existe a necessidade de definição de protocolos assistenciais relacionados ao processo de morte/morrer, inclusive diretrizes que orientem os profissionais sobre a implementação de cuidados paliativos.

Eu acho que falta você definir quem é o paciente que não vai ser mais reversível. Acho que o grande problema é saber, dar o nome para essa situação: `esse é o paciente que não tem mais como investir porque não tem mais uma situação reversível e ele já está no processo de morte que é natural da doença del'. Eu acho que a dificuldade é conseguir definir quem é esse caso, qual o caso que você vai tratar dessa forma. [...] Eu acho que a dificuldade é só definição de quem é quem. De quem é o quadro, de quem vai evoluir dessa forma. (MA 4)

O quadro a seguir resume os entraves para um gerenciamento do cuidado adequado no processo de morte/morrer que foram citados nas entrevistas por enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Quadro 14: Entraves para um gerenciamento do cuidado adequado no processo de morte/morrer

- escala de trabalho de algumas categorias profissionais não atende demanda do hospital, especialmente no período noturno, finais de semana e feriados;
- falta de impresso de declaração de óbito na instituição, às vezes;
- sobrecarga de trabalho dos profissionais, especialmente da enfermagem;
- priorização de procedimentos burocráticos em detrimento da assistência;
- falhas no acolhimento dos pacientes e familiares, inclusive no preparo do corpo;
- falta de recursos materiais para assistência;
- estrutura física inadequada;
- utilização inadequada do espaço físico;

- lacunas na comunicação de notícias difíceis;
- inexistência de definição de protocolos assistenciais multidisciplinares.

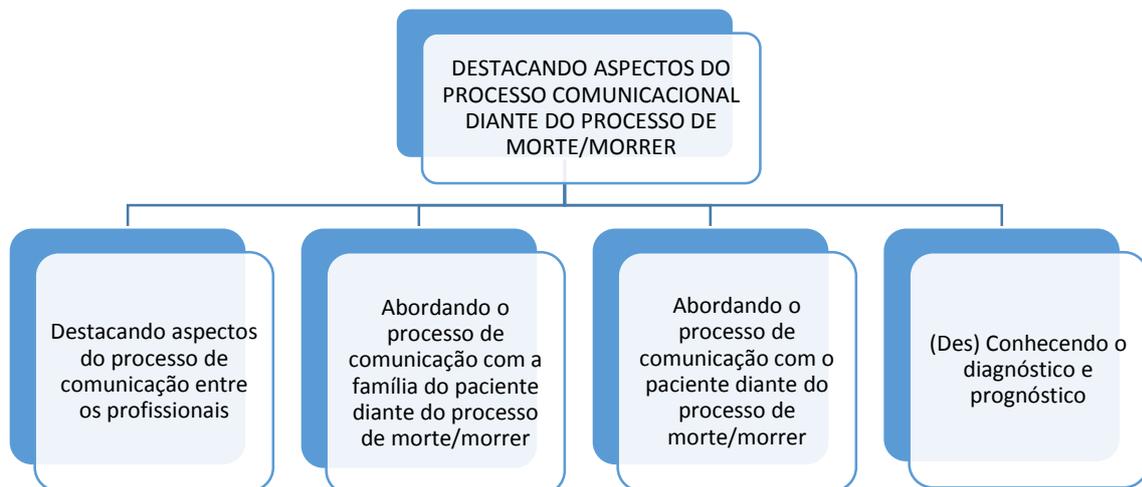
5.6 CATEGORIA 6: DESTACANDO ASPECTOS DO PROCESSO COMUNICACIONAL DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER

O processo comunicacional mostrou ser um tema recorrente nas falas dos participantes e eles apontam diferentes aspectos deste processo diante da terminalidade e morte de uma pessoa. Esta categoria apresenta quatro subcategorias, a saber:

- Destacando aspectos do processo de comunicação entre os profissionais
- Abordando o processo de comunicação com a família do paciente diante do processo de morte/morrer
- Abordando o processo de comunicação com o paciente diante do processo de morte/morrer
- (Des) Conhecendo o diagnóstico e prognóstico

A categoria e suas subcategorias são ilustradas no diagrama que segue.

DIAGRAMA 6- **Categoria 6 e suas subcategorias**



Fonte: Elaboração da autora

A comunicação perpassa o gerenciamento do cuidado e mostra ser primordial na (inter) ações diante do processo de morte/morte. Na subcategoria **Destacando**

aspectos do processo de comunicação entre os profissionais é apresentada a influência da comunicação nas (inter) ações entre os profissionais de saúde. Um aspecto abordado pelos participantes diz respeito à comunicação da equipe multidisciplinar acerca da terminalidade do paciente e sobre as condutas a serem ou não tomadas.

Eu acho que muitas vezes esses pacientes que vão a óbito, os próprios médicos 'Ah, vai a óbito e eu não vou investir muito, não vou dar mais conforto porque o prognóstico é ruim'. (EA 11)

A gente alerta a equipe de enfermagem e eu sempre chamo um profissional. Eu, X (cita seu próprio nome), sempre chamo um profissional médico para que possa estar junto comigo ouvindo essa necessidade desse familiar. (EA 16)

Geralmente na passagem de plantão eu já recebo a orientação sobre esse determinado paciente. (EA 18)

Às vezes é até passado para a enfermagem: 'não tem nada a fazer'. (TE 6)

Mas a gente tenta, da parte da psicologia, serviço social e enfermagem, a gente tenta conversar sempre, discutir as questões, o que é melhor para atender as necessidades da família, do paciente. (P 1)

A médica chegou e falou: 'gente, fulano, o paciente tal [...] é cuidados paliativos'. E os técnicos: 'Mas a senhora escreveu isso?'. Tipo assim, aquele medo, 'depois o paciente morre e a gente [...]'. 'Mas a senhora registrou?'. 'Não, está registrado. Vamos fazer assim, vamos fazer assado e tal'. (P 1)

Nas falas acima percebe-se que os profissionais comunicam-se acerca da condição clínica e psicológica dos pacientes e buscam discutir questões para melhor assistir os pacientes e familiares.

Também foi percebida a partir das falas que a comunicação entre os profissionais da equipe multidisciplinar da instituição encontra algumas dificuldades, porém, tem melhorado. Além disso, mencionou-se que há maior (inter) ação entre eles no que diz respeito aos pacientes em terminalidade e suas famílias. Considera-se que agora as pessoas estão interagindo e conversando mais na instituição.

Vou discutir com a equipe, vou procurar me [...] inteirar do caso, como é que está o caso. (P 1)

Eu tive um paciente em cuidado paliativo e acho que foi, quando a gente chega e chama todo mundo funciona bem, mas até esse ano que passou estava menos. Eu acho que agora as pessoas estão interagindo mais, conversando mais [...] O que eu acho é que a gente está caminhando, é o início. (MA 5)

A solicitação de parecer pelos enfermeiros à equipe multidisciplinar é um recurso que contribui para a aproximação dos profissionais, troca de informações e pode ocorrer através do preenchimento formal de um pedido de interconsulta ou pode dar-se de maneira informal, através de conversa entre os profissionais.

Então, eu também tenho orientado a eles não necessariamente parecer formal, mas me passarem os casos. Na X (cita enfermaria onde atua com mais frequência) também, eles me passam porque [...] Acontece também, agora nem tanto. (P 1)

Outro recurso apontado como facilitador da comunicação entre os profissionais são os *rounds*. Eles são encontros periódicos que acontecem em algumas enfermarias em que os profissionais das diferentes categorias profissionais têm a oportunidade de discutir os casos dos pacientes e as condutas que julgam mais apropriadas, considerando o contexto específico do paciente e evidências científicas atualizadas.

Nos *rounds* os profissionais discutem os casos dos pacientes, entram em contato com outros saberes, o que contribui para a discussão e ampliação do olhar. Sendo assim, ponderou-se que os saberes dos profissionais são específicos mas podem ser ampliados a partir de discussões nos *rounds* devido à participação e contribuição das diferentes pessoas.

A gente tem, por exemplo, eu não gosto de usar esse termo, mas eu vou usar, o pessoal utiliza muito os '*rounds*', que são essas equipes que se encontram para falar, discutir casos [...] essa questão de entrar em contato com outros saberes até geram questões nossas que podem ser desenvolvidas a partir daí. (P 3)

Outro ponto da comunicação entre os membros da equipe de saúde foi mencionado. Considerou-se que os psicólogos que atuam na assistência aos pacientes e familiares internados na instituição também devem escutar as demandas apresentadas pelos profissionais.

É preciso que a gente escute não só a angústia do paciente, mas a angústia do profissional, também, que se angustia diante disso tudo que está acontecendo e que ele tenta dominar e, dependendo, até evitar e jogar para a gente. Eu acho que é preciso que a gente tenha essa dimensão. (P 3)

A comunicação entre os profissionais de enfermagem e os médicos sobre o agravamento do estado clínico do paciente foi citada nas falas. Foram citados exemplos de comunicação sobre o quadro clínico do paciente, a solicitação de presença e avaliação do médico quando o paciente apresenta agravamento do quadro e a solicitação do mesmo para constatação de óbito, em alguns casos.

A enfermagem me passa, muitas das vezes, como que está o paciente, como que o familiar que naquele momento está acompanhando o paciente está se sentindo. (MA 1)

[...] chamar o médico plantonista se ele não estiver no setor para constatar o óbito. Mas geralmente a gente, quando a gente vê que a pessoa está agônica ou está alguma coisa a gente já chama para que possa, se for possível, fazer alguma coisa no sentido médico para aquela pessoa, que se faça. (EA 18)

Foi apontado que, quando o profissional médico não lida bem com o processo de morte/morrer ele apresentará dificuldade em comunicar-se com a equipe de saúde sobre isso e que o contrário também ocorre. Foi mencionado que, por não lidar bem com o processo de morte/morrer, a maioria dos médicos não expõe esta situação para os outros profissionais da equipe de saúde e que isso pode entravar a assistência ao paciente e à sua família.

Eu acho que a maioria pode até saber o que está acontecendo mas, talvez, não lide bem com o fato e, talvez, não exponha dessa forma para a família e até para o restante da equipe. Então isso, no final das contas quando acontece fica aquela coisa, 'mas como assim?' [...] E aí você não fala com o familiar, você não trata o paciente com esse tipo de envolvimento, você não fala com o restante da equipe e aí fica tudo meio assim [...] quando acontece é um grande problema! (MA 1)

Mas essa dificuldade eu acho que está na equipe e, às vezes, na definição do médico assistente de deixar isso claro para a equipe [...] e, às vezes, o médico até já estava meio que preparado para isso, mas faltou um diálogo. (MA 4)

Eu sei que é difícil reunir. Eu sei que é difícil. Mas melhorar a nossa comunicação nisso porque às vezes você esbarra. (MA 5)

Outra dificuldade que pode ocorrer na comunicação entre os profissionais tem a ver com situações onde uma equipe médica assiste o paciente e não apenas um médico assistente.

Então, às vezes o médico assistente não é uma pessoa só, é um grupo ou não deixou claro se é para investir ou não naquele paciente e cada um que chega, cada plantão que chega toma um conduta diferente. (MA 4)

A generalização mostra ser um perigo na assistência aos pacientes. Isso foi destacado em entrevista. Mencionou-se que alguns profissionais generalizam os pacientes a partir de seus diagnósticos e citou-se o caso dos pacientes que têm câncer muitas vezes serem privados de uma assistência adequada, devido ao estigma da doença.

Eu acho que o medo que eu tenho maior quando a gente fala nisso é da gente generalizar, 'olha, esse aqui não é para investir porque teve câncer'. E daí que teve câncer? Mas teve câncer, está vivendo e sai na rua, faz as coisas. Aqui tem vários casos desse que tiveram intercorrências que não eram exatamente daquela doença. Eram intercorrências durante o trajeto da vida deles que qualquer um podia ter tido. Então, eu acho que a gente tem que ter cuidado. (MA 4)

Esta generalização demonstra que os profissionais precisam aprimorar seus conhecimentos sobre cuidados paliativos e desmistificar vários aspectos relacionados às doenças, como é o caso do câncer. Também, reflete uma dificuldade no reconhecimento do paciente com indicação de cuidado paliativo.

Percebe-se, a partir das falas, que após o óbito de um paciente na enfermaria existe uma cadeia de comunicação envolvendo os profissionais. Foram explicitadas situações em que os profissionais de enfermagem comunicam os médicos da ocorrência dos óbitos dos pacientes caso eles não estejam próximos ao paciente para que seja constatado o óbito.

[...] chamar o médico plantonista se ele não estiver no setor para constatar o óbito. (EA 18)

A teia de comunicação após o óbito do paciente envolve os enfermeiros também noticiarem o serviço de admissão de pacientes (internação), portaria do hospital, família, CNCDO ou Banco de Olhos.

Questão de avisar vários setores, avisar familiar, comunicar médico, equipe, essas coisas [...] (EA 2)

No pós óbito a gente tem que avisar a central, a CNCDO, para ver se é um possível doador. Mesmo que não seja a gente tem que entrar em contato e falar os dados do paciente para essa central. A gente tem que comunicar o familiar. A gente tem que comunicar o pessoal da admissão. Tem que comunicar a portaria [...] Então se o médico não estiver presente eu chamo o médico e a gente tem também o cuidado de ligar para a família. (EA 16)

Avisar a família próxima; ligar para as pessoas. Tem a questão da Central de Órgãos. Então tem essa coisa de ser doador ou não; avisar a recepção; chamar o médico plantonista se ele não estiver no setor para constatar o óbito. (EA 18)

Cabe ao funcionário da portaria do hospital entrar em contato com funerária de plantão na cidade caso a família do paciente não esteja presente no hospital quando ocorrer o óbito.

A portaria entra em contato com a funerária que está de plantão. (EA 12)

As falas dos participantes revelam que os profissionais têm dificuldades na comunicação sobre o processo de morte/morrer e embaraços para falar da sua atuação profissional diante destas circunstâncias, assim como da organização e gerenciamento do cuidado de outros profissionais da equipe.

Têm dificuldade em lidar com a morte. A gente não percebe ou não fala a respeito. (EA 13)

Você falar de morte é muito difícil. Você trabalhar com eles essas questões é, às vezes, complicado o entendimento da pessoa também e o quanto se expõe. (EA 17)

Geralmente o pessoal fica com medo. É um tema que o pessoal fica com medo de tocar no assunto.(TE 2)

Não me vem à mente o que deve ser feito. Porque é um assunto que quase ninguém mexe. Eu nunca vi igual você está falando aí, sinceramente.” (TE 2)

Porque eu tenho muita dificuldade para falar. Tenho mesmo, sabe. (TE 4)

Alguns profissionais da equipe não se sentem muito à vontade de falar de como a enfermagem se organiza no cuidado aos pacientes em terminalidade e seus familiares

Eu não me sinto muito à vontade de falar como eles (profissionais de enfermagem) se organizam, como a enfermagem se organiza. Porque têm coisas ali que eu, enquanto psicóloga, não vou dar conta. Mas eu acho que eles tentam, fazem o que é possível. (P 1)

Eu vejo uma dificuldade muito grande nesse sentido de gerenciar essa coisa de sofrimento e morte mesmo que o hospital seja no imaginário da sociedade o local onde se morre, vamos dizer assim. (P 3)

Então, eu não vejo muita coisa relacionada a isso porque eu passo visita e logo depois eu vou para outra enfermaria e não fico presente o tempo todo. Na verdade isso aí, essa pergunta talvez fosse mais interessante para a equipe de enfermagem que está ali o plantão inteiro com o paciente, com a família. (MA 2)

Alguns participantes ressaltam que os profissionais evitam falar da morte como se não fossem mortais e evitam discutir esse tema por ter limitações como qualquer ser humano. Foi enfatizado que os profissionais precisam transformar esta realidade.

A gente precisa tentar largar um pouco esse desespero de dizer como se nós não fôssemos mortais. (P 3)

Eu acho que a própria limitação da gente porque a gente se formou para tentar o quê? Fazer vida e não morte! Então, a gente já tem essa dificuldade (falar sobre morte). (MA 3)

Como salientado, existem diversas (inter) conexões na comunicação entre os profissionais diante do processo de morte/morrer de um paciente. A importância da comunicação efetiva entre profissionais e, conseqüentemente, com a família do paciente foi pontuada por alguns participantes. Mencionou-se que a primeira coisa necessária para a equipe passar segurança para a família do paciente sobre a irreversibilidade do seu caso é que os seus integrantes cheguem num consenso a respeito da assistência a ser ou não realizada.

Ter esse diálogo enfermagem, médico e familiar para orientar e evitar esse incômodo aí. (TE 6)

E aí a equipe estando bem articulada, falando a mesma língua, essa notícia seria dada de forma diferente, eu acho. (AS 1)

Então, eu acho que primeiro, para a gente passar segurança para a família do que a gente está definindo como um caso irreversível, que vai morrer na enfermaria, como um caso que não tem indicação para a terapia intensiva, eu acho que a gente tem que chegar num consenso dentro da equipe. (MA 4)

Vou discutir com a equipe, vou procurar me [...] se inteirar do caso, como é que está o caso e, tendo a possibilidade de atendimento, daí eu volto, retorno. Então eu sempre tento retornar para ver a possibilidade de poder ter o

atendimento. E a família, abordo a família. Também avalio como é que está a demanda dessa família, se tem demanda para atendimento ou não. (P 1)

Em **Abordando o processo de comunicação com a família do paciente diante do processo de morte/morrer** são expostas as interferências da comunicação nas (inter) ações entre profissionais e familiares dos pacientes.

A comunicação dos profissionais da enfermagem com as famílias diante da terminalidade de um ente querido foi abordada nas entrevistas. Alguns participantes relataram conversar com a família a respeito da gravidade do quadro clínico do paciente e relataram não o fazer com tanta frequência. Mencionou-se que alguns familiares questionam ao enfermeiro sobre a possibilidade de melhora do paciente diante do tratamento realizado.

A gente procura, conversa com a família [...] A gente conversa, mas com jeitinho. Fala assim: `Olha, a gente está fazendo tudo o que é possível, vamos dar muito carinho para ele, muita atenção, para fazer ele sentir-se o mais confortável possível e vocês, infelizmente, a gente vai preparando aos pouquinhos`. (EA 7)

Já aconteceu de familiar chegar e conversar sobre o familiar dele que está hospitalizado, que está muito mal, `será que vai resolver o tratamento?`, essas coisas. Mas nunca chegou ao ponto, assim, de chegar na morte. (EA 12)

Então eu converso muito com o familiar. (EA 15)

Eu acho essa temática complexa! Você falar de morte é muito difícil. Você trabalhar com eles essas questões é, às vezes, complicado o entendimento da pessoa também e o quanto se expõe. (EA 17)

Antes eu creio que sim (que algum familiar já a procurou para conversar sobre morte)... É sempre assim, numa situação de muito desespero. A pessoa chega e : 'como é que a gente vai fazer? Ele está morrendo, não tem jeito mesmo.' (TE 2)

Relatou-se que o retorno de um familiar de um paciente que faleceu na UTI ao hospital e considera que o fato dele pedir para ver a equipe e o leito onde o ente querido estava quando faleceu seja a única experiência que tem para relatar sobre conversa com a família de paciente sobre morte.

Ele quis ver a equipe de novo. Ele quis ver o leito onde o paciente foi a óbito. Ele quis sentir, essa foi a impressão que me passou, ele quis sentir o ambiente em que aquele paciente tenha dado o último adeus. Então, essa foi a experiência, que agora me vem à cabeça, que eu possa te relatar de uma procura pós óbito. Mas ele não veio me procurar especificadamente. Ele quis viver o último momento daquele familiar dele ali no hospital. Então ele quis estar com a equipe que cuidou daquele familiar e isso, então, me inclui. Acho que essa foi a única experiência que eu tenho para te relatar. Eu não lembro de ter sido procurada individualmente. (EA 16)

Citou-se que há familiares de pacientes que procuram os profissionais perguntando se a morte do seu ente querido havia sido tranquila.

Já perguntou se foi tranquilo, como que foi o último momento. (TE 9)

Os relatos mostram que os familiares dos pacientes em terminalidade nas enfermarias questionam os profissionais de enfermagem sobre o quadro clínico e prognóstico dos pacientes, se é possível reverter a gravidade do paciente, mas não costumam conversar abertamente sobre o processo de morte/morrer.

Já aconteceu de familiar chegar e conversar sobre o familiar dele que está hospitalizado, que está muito mal, 'será que vai resolver o tratamento?', essas coisas. Mas nunca chegou ao ponto, assim, de chegar na morte. (EA 12)

Geralmente com essa dúvida se tem como reverter o quadro ou não. E não tendo, geralmente eles perguntam como é que vai ser. 'E aí? Se ele tiver uma parada cardíaca, alguma coisa, como é que vai fazer? O médico [...] Será que ele vai para o CTI (centro de terapia intensiva) ou não vai?'. Geralmente é dúvida mais enquanto a isso. (EA 14)

A comunicação do enfermeiro com a família do paciente depende, muitas vezes, da comunicação do médico com a mesma. Enfermeiros relataram que conversam com a família do paciente sobre o processo de morte/morrer após afirmação do médico sobre o esclarecimento dela para evitar informações divergentes.

Às vezes eles (familiares) ficam muito na expectativa, não sabem o que vai acontecer e a gente fica com medo de passar por cima do que foi falado pelo médico. (EA 14)

A primeira coisa, tento entender com os médicos, conversar, para saber o que a família está sabendo para saber, às vezes, saber onde a gente está tateando. Se a família está ciente, quem está ciente porque às vezes o próprio paciente não sabe o diagnóstico. (EA 9)

Outro apontamento sobre a comunicação dos enfermeiros diz respeito a estes profissionais enfrentarem dificuldades quando o paciente recebe visita de pessoas que não costumam visitá-lo e fazerem questionamentos acerca do seu quadro clínico.

Você está acostumado a lidar com o comportamento, com o temperamento de uma pessoa em si e na verdade aparecem outras pessoas. Às vezes você não sabe como vai abordar. Você fica sempre no intermédio relacionando com um familiar só e aparecem os outros e você não sabe como você vai falar, como que a família quer: 'A família quer que todos saibam? A família quer que restrinja a visita?', entendeu? E esse processo na hora fica falho porque você não tem conhecimento da opinião, das preferências do familiar e fica complicado dessa forma. (EA 16)

As falas dos médicos dão informações importantes sobre como eles interagem com as famílias dos pacientes e como conversam sobre o processo de morte/morrer. Relataram que já foram procurados por familiares para conversar sobre a doença de

um ente querido que estava em terminalidade e quando conversam com os familiares explicam as questões relativas ao ente querido e dão oportunidade dos familiares fazerem perguntas.

Às vezes, diretamente não. Já procurou para conversar sobre a doença do pai ou da mãe ou do irmão que está assim. (MA 2)

É um assunto que acaba sendo ventilado com a família. Isso não tem como, acaba sendo ventilado. (MA 2)

Eu acho que quando a gente explica, dá oportunidade deles perguntarem até que eles lidam bem. (MA 3)

E normalmente eu tenho por hábito, quase que sempre sou eu que dou as piores notícias aqui. Quando o paciente tem uma doença mais séria, quando ele está evoluindo mal. Durante muito tempo foi só eu que dava essas notícias [...] E aí você dá essas notícias e é esse o momento mais difícil, você falar para a família e a família te perguntar um monte de coisas, que às vezes, você não tem muito o que responder. (MA 4)

As vezes têm situações e a gente nunca fecha a questão de que o paciente vai ter tanto tempo de vida. Esse tipo de frase eu nunca falo. A gente fala da gravidade da doença. (MA 4)

Há médicos que chamam a família para conversar longe do paciente e falam abertamente sobre o diagnóstico e prognóstico do ente querido.

Mas a gente tem uma dificuldade em falar tudo de uma vez só. A gente normalmente vai picando a informação. Para a família eu marco, normalmente, uma reunião separada. Então eu chamo aqui na sala ou então numa outra sala de reuniões. E aí com a família eu falo o português mais que claro, tipo sobrevida desse tipo de paciente como que é, a gravidade da doença, a extensão da doença naqueles exames. (MA 4)

Mencionou-se que quando um paciente tem uma doença terminal o médico conversa primeiramente com a família sobre o diagnóstico e prognóstico do paciente.

Quando conversado, quando todo mundo atuando, quando conversado e botado isso muito claro para a família foi bem aceito, sabe. (MA 5)

Primeiro a gente, eu chego na família. (MA 5)

Ah, costumam (familiares costumam perguntar quando vêm que o paciente está evoluindo para a morte. Dessa família mesmo eles “como é que a gente vai fazer? (MA 5)

Diferentes participantes vêem falhas na comunicação com as famílias dos pacientes, especialmente por parte dos médicos assistentes e fazem apontamentos de fragilidades. As falas indicam que os médicos, muitas vezes, repassam informações às famílias de forma insensível ou não são claros e objetivos no que dizem. Também, consideram que as falhas na comunicação dos médicos com as famílias dos pacientes

dificultam a experiência dos familiares diante do processo de morte/morrer e a atuação dos médicos plantonistas.

Acredita-se que há dificuldade dos médicos em passar para a família que naquele momento de vida do paciente não tem mais reversibilidade e considera-se importante passar segurança para a família de que não está deixando de cuidar do ente querido quando se opta por não fazer procedimentos visando a cura a partir do momento do diagnóstico de irreversibilidade do quadro clínico.

Às vezes a forma como é passada é uma forma muito fria. A pessoa está ali sofrendo por uma coisa que passou para ela friamente, entendeu? (EA 8)

O que me deixa angustiada, que eu sempre comento é que muitos médicos não comentam com a família de forma clara, de forma clara (fala pausadamente), a terminalidade. Aí eu penso que é ruim para todo mundo. A família não consegue vivenciar, de estar por perto, de chamar todo mundo e fica perdida. Às vezes o médico plantonista, num atendimento de uma intercorrência, tem que explicar às vezes para a família, de estar decidindo 'vamos intervir ou não vamos intervir?'. Então, você imagina ter que discutir isso num momento, numa iminência de uma intercorrência. (EA 9)

O que a gente sente falta é que, como eu te falei, algumas pessoas, a família precisa ser orientada. O médico precisa chegar para a família e falar: 'olha, o estado do paciente é assim, é grave, é irreversível, não tem jeito, ele vai a óbito'. Precisa ser claro e objetivo com a família [...] Não estou generalizando. Alguns deixam isso pendente e daí dá esse conflito porque a família ou o acompanhante que está ali não aceita a situação do paciente. Ele não está sabendo que o paciente não tem, o quadro é irreversível [...] Então ele quer o paciente reaja e quer que a gente faz alguma coisa e não tem nada a fazer. (TE 6)

Eu acho que, como não existe um consenso entre a própria equipe, às vezes, porque um quer levar para o CTI, o outro quer entubar e o outro não quer. Um acha que tem que terminar os esforços naquele momento e o outro sempre tenta investir, troca antibiótico pela décima quinta vez. Eu acho que há dificuldade em passar para a família a segurança de que você não está deixando de cuidar daquele paciente mas que naquele momento dele não tem mais reversibilidade. Então, eu acho que a família também fica confusa porque a gente não consegue ter uma unidade. (MA 4)

Os profissionais têm que falar o que está acontecendo, principalmente o médico, mas muitas vezes alguns são mais duros nesse falar e as famílias muitas vezes chegam e comentam alguma coisa com você. Mas a gente sabe que a família, o médico tem que colocar o que está acontecendo com o paciente. Mas, às vezes, a forma de falar... Porque eu acho que tudo é a forma. A forma como se fala, que aí a família não entende tão bem. (AS 3)

Eu acho que há dificuldade em passar para a família a segurança de que você não está deixando de cuidar daquele paciente mas que naquele momento dele não tem mais reversibilidade. (MA 4)

Profissionais da enfermagem percebem que os familiares dos pacientes em terminalidade, às vezes, buscam informações com a equipe de enfermagem acerca do

diagnóstico e prognóstico do paciente para tentar sanar déficits de informações que deveriam ter sido esclarecidas pelos médicos.

Família tem hora que tenta tipo assim, querer tirar alguma coisa da gente para você passar alguma informação que, às vezes, nem os próprios médicos passaram para eles direito e ficam aguardando como vai ser o cuidado ao longo do tempo do paciente, se vai agravar ou não vai para não poder adiantar nada. (TE 7)

A respeito de ser procurado por paciente ou familiar para falar sobre o processo de morte/morrer, participantes mencionam suas reações. Alguns técnicos de enfermagem falam à família do paciente em terminalidade que é melhor perguntar ao médico ou enfermeiro sobre o quadro clínico e prognóstico. Relatam que não dão à família do paciente a esperança de reversibilidade do quadro clínico do ente querido e orientam os familiares a conversarem com o médico, evitando demonstrar sua opinião acerca da condição do paciente.

Já algumas ocasiões a família pergunta se o estado do paciente é grave. Aí eu procuro orientar que o caso do paciente é crítico, é grave e ela pergunta: 'ai, ele vai morrer?'. Aí eu falo: 'não sei. Aí você pergunta para o seu médico. Quem vai te dar todo parecer do paciente tem que ser o médico'. (TE 6)

E realmente eu falo assim: 'é coisa que eu não sei' ou 'pergunta para o médico. É melhor'. Ou, dependendo do quadro, 'ao enfermeiro', se pode conversar ou não. (TE 7)

Não dando a esperança de aquele prognóstico que vai evoluir, que vai sair daquele quadro e tentando confortar. (TE 9)

Outros dizem que não conhecem o diagnóstico e prognóstico do paciente quando procurados por familiares. Alguns dizem à família que a situação está nas mãos de Deus, dão esperança de melhora ou elogiam o atendimento do hospital para garantir à família que o paciente está sendo bem cuidado.

Ah, eu não sei te falar, assim, como que seria, não. Eu ia tentar agir, tratar com naturalidade porque a morte é uma coisa certa para todos. Tentar passar esperança até o último momento, 'você vai conseguir', 'aqui você está no lugar certo que vai te ajudar'. (TE 4)

Então, eu procuro conversar com a família, perguntar se eles estão com alguma dúvida, tentar falar na linguagem dele o que está acontecendo. É claro que eu não vou dar diagnóstico, eu não vou falar nada além do que não cabe a mim, da minha competência, claro. Vou falar tudo dentro da minha competência de enfermeira. (EA 8)

Também, há relato de que se alguém tentasse conversar sobre morte, daria uma desculpa para sair e não voltaria mais para prosseguir com a conversa, devido ao desconforto de falar sobre isso.

Até mesmo porque se vim falar alguma coisa de morte comigo eu vou correr dele. Eu vou falar: `Espera aí que eu vou alí e já volto`. E não volto nunca mais. (TE 8)

Por outro lado, há quem acredita que é preciso conhecer a opinião de cada membro da família do paciente e orientá-los a respeito das possíveis consequências de suas escolhas frente ao cuidado do paciente.

Mas a gente tem que ouvir individualmente, independentemente de ser um só ou ser de outros a gente tem que deixar registrado, tem que deixar documentado que é a opinião dele. (EA 16)

O Quadro abaixo aponta as principais (re) ações dos profissionais de enfermagem quando questionados pelos familiares sobre a (possibilidade de) terminalidade do ente querido.

QUADRO 15: Principais (re) ações dos profissionais de enfermagem quando questionados pelos familiares sobre a (possibilidade de) terminalidade do ente querido

- relata desconhecer o diagnóstico e prognóstico do paciente;
- dá esperança de melhora/recuperação;
- elogia atendimento prestado no hospital;
- desconversa e se afasta dos familiares;
- ouve os anseios da família (poucos profissionais expressaram esta (re) ação

A importância da comunicação efetiva com a família a respeito do estado clínico do paciente e seu prognóstico foi indicada nas falas e alguns participantes fizeram considerações de como deve ser a comunicação. Destacaram a necessidade de esclarecimento do paciente e da família pela equipe médica acerca da condição clínica do paciente, esclarecimento das dúvidas, uso de uma linguagem acessível para que os familiares compreendam o que está sendo dito pelo profissional, necessidade de ser objetivo e claro e que é necessário conversar melhor as questões de cuidados paliativos com as famílias dos pacientes.

E a família, é você ser solícito a todos os questionamentos, as explicações, as direções, para que a família fique informada que é o principal, assim. A família e o paciente serem informados de toda a situação junto com a equipe médica. (EA 6)

Então, eu procuro conversar com a família, perguntar se eles estão com alguma dúvida, tentar falar na linguagem dele o que está acontecendo. (EA 8)

O médico precisa chegar para a família e falar: 'olha, o estado do paciente é assim, é grave, é irreversível, não tem jeito, ele vai a óbito'. Precisa ser claro e objetivo com a família. (TE 6)

E conversar melhor essas questões de cuidados paliativos com a família, também. (P 1)

O Quadro a seguir traz apontamentos dos participantes a respeito de características de uma boa comunicação dos profissionais com os familiares dos pacientes diante do processo de morte/morrer.

QUADRO 16: Indicativos apontados pelos participantes sobre as características de uma boa comunicação com a família dos pacientes diante do processo de morte/morrer

- esclarecimento sobre a condição do paciente;
- esclarecimento de dúvidas;
- uso de linguagem acessível aos familiares;
- empatia;
- objetividade e clareza;
- comunicação sobre CP, quando indicado;
- ouvir a opinião dos diferentes familiares

Outra interface diz respeito à comunicação do óbito. Ponturam que a comunicação do óbito de um paciente à família varia de acordo com a instituição. As falas dos participantes demonstram que a comunicação do óbito à família geralmente é feita pelo enfermeiro e, raramente, há envolvimento de outro profissional. Porém, quando o familiar está presente no hospital quando o paciente morre, quem faz a comunicação do óbito à família é o médico.

Eu trabalhei em lugares em que o enfermeiro avisa e em lugares que o médico avisa. Mas eu acho que é muito mais do que falar assim 'morreu'. Tem mais um monte de coisa que você tem que falar para a família e eu acho que enfermagem é para isso. Não espere isso de um médico. Pode até ser, mas eu acho que é exceção. Aí é da pessoa, a sensibilidade não da profissão, mas da pessoa. Mas eu acho que tem que ser do enfermeiro isso. (EA 3)

Primeira coisa é comunicar a família. (EA 8)

Porque no momento, de repente, você tem que abordar a família. O médico aborda mas você também tem que abordar. (EA 9)

Aqui no hospital está estabelecido que é o enfermeiro que faz esse contato. (AS 1)

Como expresso acima, há quem pense que o enfermeiro seja o profissional mais qualificado e sensível para fazer esta comunicação, considerando a complexidade envolvida quando morre um paciente.

A comunicação do óbito de um paciente à sua família geralmente é feita na intuição por telefone quando não há acompanhante ou familiar no hospital no momento da morte do paciente e esta forma de comunicação foi questionada. Há considerações de que a comunicação do óbito à família do paciente por telefone ocorre de forma mecânica e insensível e de que os médicos que deveriam fazer esse contato com a família porque teriam mais condições de responder seus questionamentos e esclarecer o que aconteceu com o paciente.

E a gente comunica a família, quando a família não está presente, por telefone. (EA 6)

Então, a gente entra em contato com a família para comunicar o óbito por telefone, que é outra coisa que eu acho bem complicada. Mas a gente acaba fazendo isso quase que mecanicamente, aquela frase: 'O que que a senhora é do seu fulano?' Aí não interessa se ela é mãe, se ela é irmã, se é esposa. Aí a gente se identifica e fala que o paciente foi a óbito. Assim bem secamente. E depois faz o processo aqui. (EA 12)

Agora as famílias, se tiver acompanhante participa de tudo ali e o enfermeiro conversa. E se não tiver acompanhante enfermeira liga para o familiar em casa e eles vêm. (TE 12)

É até um questionamento nosso, enquanto serviço social, que a gente acha que não deveria ser o enfermeiro que deveria dar essa notícia do óbito. A gente pensa que deveria ser o médico porque, às vezes quando você vai fazer uma ligação, normalmente você liga para avisar o óbito e do outro lado da linha o familiar tem alguns questionamentos. E questionamentos que o médico pode esclarecer. Então, a gente acha que quem deveria fazer esse contato deveria ser o médico por causa desses questionamentos. (AS 1)

Alguns participantes fazem ressalvas sobre a comunicação do óbito de um paciente para seu familiar por telefone. Salientam que este é um momento de cuidado com a família e que além da notificação do óbito, os profissionais precisam fazer esclarecimentos e dar apoio diante da morte de um ente querido. Um cuidado mencionando na hora de comunicar o óbito à família é o de ligar para o familiar que mais esteve presente durante o momento de visita no hospital ou quem mais acompanhou o paciente e de dar orientações e esclarecimentos à família.

Então se o médico não estiver presente eu chamo o médico e a gente tem também o cuidado de ligar para a família. Geralmente eu tenho o cuidado de ligar para o familiar que mais esteve presente durante o momento de visita no hospital. Porque acontece muito de um familiar não querer que outro saiba ou da gente não poder dar a notícia caso tenha um familiar com idade mais avançada. Então a gente tem que ter esse cuidado também na hora de avisar. Se tiver uma equipe, se for um horário compatível que tenha uma equipe, que

eu sei que está de plantão, a gente pode chamar o assistente social para ajudar até nessa tarefa de comunicar a esse familiar e também, dependendo da reação do familiar. (EA 16)

Porque eu acho que é uma parte, também, de se dar algumas explicações para a família e tal. (EA 6)

Os enfermeiros fizeram considerações sobre a comunicação da morte de um paciente à sua família e destacaram que este momento é difícil, complicado e triste, pois envolve a comunicação de uma notícia difícil, sendo uma situação permeada por emoções e fica ainda mais delicada quando vai ser realizada por via telefônica.

E para dar notícia para a família, às vezes é a gente que dá, é muito triste, é muito triste. (EA 7)

É uma situação complicada. (EA 9)

A gente entra em contato com a família para comunicar o óbito por telefone, que é outra coisa que eu acho bem complicada. (EA 12)

Nesse momento de dificuldade, de tristeza, de perda do ente querido e você está trabalhando com a família nesse momento de você dar notícia da morte. (EA 17)

O que eu acho mais complicado nesse história é quando a família não está aqui por esse ou aquele motivo e você tem que ligar no meio da madrugada. Isso é realmente complexo, mas é basicamente isso. (EA 18)

Quando familiares de pacientes que faleceram chegam no hospital os enfermeiros procuram saber se eles já estão cientes do óbito e se trouxeram os documentos necessários para que seja preenchida a declaração de óbito pelo médico a fim de dar prosseguimento ao trâmites legais.

A gente não tem muito como lidar com uma coisa mais tabelada de como lidar com essa situação. A gente tem a questão operacional. Vai chamar o transporte para levar o corpo? A família está sabendo? Trouxe documento, essas coisas? (EA 14)

E informar para a família, assim que chegar no hospital, para estar procurando a recepção para emitir a declaração de óbito. (EA 8)

Também, considera-se que não há muito o que falar para consolar a família diante da morte de um ente querido, mas que a presença e o comportamento do profissional pode demonstrar solidariedade à família e transmitir apoio.

Olha, assim, às vezes a gente não está presente. Mas se a gente estiver presente não tem muito o que falar nessa hora. É uma forma de, às vezes você coloca a mão no ombro dessa família e ela está sentindo tudo e às vezes você não precisa falar nada. Também está sentindo que você está sendo solidária a ela, que você está dividindo esse sofrimento com ela. Ela sente isso. (EA 7)

A (inter) ação dos profissionais de enfermagem com a família após o óbito de um paciente visa oferecer apoio e consolo, além de informações, inclusive no que diz

respeito à possibilidade de fazer doação de órgãos/tecidos. Participantes apontam que abordar a questão de doação de órgãos/tecidos com a família do paciente seja um fator complicador diante do sofrimento vivido diante da morte de um ente querido.

Eu acho que o momento mais difícil ali é você estar avisando a família, que é um momento, às vezes, difícil, onde a gente já tem até um fator complicador, que é hoje a gente já falar sobre a questão do transplante de órgãos nesse momento de dificuldade, de tristeza, de perda do ente querido e você está trabalhando com a família nesse momento de você dar notícia da morte. (EA 17)

E eu acho que, talvez, a questão da doação de órgãos, talvez. (AS 1)

Alguns relatos citaram a participação de outros profissionais além da equipe de enfermagem na (inter) ação com a família diante da comunicação do óbito de um paciente e sugeriram que integrantes de outras categorias participem do processo de comunicação do óbito à família e indicam que a equipe multiprofissional deveria abordar a família do paciente nesse momento.

Dentro do hospital, se for o caso de um paciente que veio a óbito aqui com o familiar presente, no momento em que o familiar estava aqui no hospital, eu acho que essa notícia deveria ser dada em equipe, não só o enfermeiro, não só o médico, mas a equipe toda. Eu acho que esse trabalho seria melhor. (AS 1)

Acho que poderia, sim, ter a participação de algum outro profissional de nível superior, como assistente social. Porque também, para a gente abordar a família, porque fica por conta da enfermagem, do enfermeiro comunicar. Essa é uma parte delicada de comunicar, mas alguém vai ter que comunicar mesmo. (EA 6)

Aí é na hora que ele (familiar do paciente que morreu) chegar, a gente pode solicitar o auxílio do psicólogo, se o psicólogo também estiver no horário dele de trabalho. (EA 16)

A comunicação do óbito à família do paciente é uma situação complexa, delicada, onde os profissionais precisam atuar juntos para esclarecer e oferecer apoio aos familiares, além de apoiarem-se mutuamente.

A comunicação com o paciente é apresentada na subcategoria **Abordando o processo de comunicação com o paciente diante do processo de morte/morrer**. Frente as (inter) ações dos profissionais com os pacientes em terminalidade alguns participantes relatam conversar com o paciente sobre o processo de morte/morrer. Há participante que mencionou que dá abertura para os pacientes conversarem sobre morte, mas que geralmente eles não querem falar sobre isso.

A gente dá abertura mas acho que ninguém quer conversar sobre isso. Acho que ninguém quer conversar. (EA 10)

A gente conversa com a família e com o próprio paciente se, caso ele estiver consciente. (EA 11)

Agora, sobre a morte e o morrer, como diz o livro da Elisabeth Kubler- Ross, acaba sendo ventilado. É um assunto que acaba sendo ventilado com a família. Isso não tem como, acaba sendo ventilado. Com o paciente também, às vezes. Mas ele demonstrando medo, não ele perguntando sobre ter a doença que vai causar. Isso é mais difícil, mas acontece. (MA 2)

No entanto, muitos profissionais não conversam ou evitam conversar com o paciente em terminalidade acerca do processo de morte/morrer e relatam que os pacientes também não os procuram para isso. As falas abaixo trazem estes apontamentos:

Eu não me lembro de ter conversado [...] acho que ninguém quer conversar sobre isso. (EA 10)

Que eu lembre, não. (EA 11)

Nunca eu inicio conversa com o paciente por causa disso, de medo. E tenho até um certo receio que venha a comentar alguma coisa. (TE 3)

Não, nunca procurou. (TE 7)

Não, não. Nesse sentido, não. Já aconteceu de paciente estar em depressão devido à situação, à internação dele aqui, devido à doença. Eu senti um quadro depressivo do paciente. Já aconteceu do paciente não querer corresponder ao tratamento, à medicação. Mas esse sentimento que vai morrer ainda não passei por isso (TE 11)

A atitude de evitação de falar sobre morte/morrer também foi percebida nos pacientes. Os participantes comentam que a maioria dos pacientes não faz menção ao processo de morte/morrer nas conversas e muitos sequer perguntam aos médicos sobre seu diagnóstico, tampouco seu prognóstico.

Não. Nunca tive esse problema, não, essa pergunta, não. (TE 6)

Às vezes o paciente, ele pode te perguntar, também. Se ele perguntar eu acho diferente porque aquilo que eu te falei, você vai elaborando as respostas a ponto do paciente. À medida que ele vai fazendo pergunta. Porque ele não te pergunta se ele tem câncer. Dificilmente ele pergunta. 'ah, doutor, vou melhorar? Vou [...] Não sei o que que tem, vou sair daqui, vou fazer isso'. Na verdade ele nunca fala: 'doutor, o que que eu tenho? Eu tenho câncer?'. Porque ele tem medo de saber e não aguentar o peso da resposta. Então, eles me perguntam. Poucos perguntam. (MA 2)

Tem paciente que não pergunta! (MA 4)

Não. Sobre morte, não. Nunca. (MA 5)

'Morrer, como eu quero morrer', não. Nunca tive essa [...] (MA 5)

Acredita-se que o paciente pode não perguntar sobre a gravidade da sua doença por não entendê-la ou por não querer saber a verdade e ter que lidar com esta informação.

Então dá uma dúvida se ele realmente queria saber do diagnóstico dele ou queria saber porquê não foi tudo feito. (MA 4)

Porém, alguns participantes relatam terem sido procurados por pacientes para falar sobre a percepção que tinham da piora do seu quadro clínico e possibilidade de morte. Foi citado o caso de um paciente que procurou o médico para conversar sobre a piora clínica de um quadro irreversível e disse que a evolução da doença estava sendo mais rápida do que ele imaginava.

Sobre morte, não. Mas sobre piora do quadro irreversível, já [...] de estar sendo mais rápido do que ele imaginava. (EA 14)

Então eu vou morrer com essa doença...E não vou demorar não. (EA 15)

Também, foi considerado que, às vezes, o paciente está esperando o profissional falar alguma coisa sobre o processo de morte/morrer.

Às vezes a pessoa está esperando ali você falar alguma coisa, esperando isso de você e você simplesmente olha para a cara dele e simplesmente não sabe o que falar. (TE 4)

As reações dos profissionais da enfermagem diante das falas dos pacientes sobre a percepção de piora clínica e, às vezes, sobre menção à morte são explicitadas nesta subcategoria.

Percebe-se nas falas que os participantes evitam falar sobre morte com os pacientes, mas, em alguns casos, falam das intervenções necessárias diante do agravamento do seu quadro clínico como traqueostomia e gastrostomia; demonstram surpresa ao ouvir de um paciente que a evolução da sua doença estava sendo mais rápida do que ele imaginava.

Até hoje ele ainda falou sobre morte mas falou dos processos até lá, que é chegar a ter uma traqueostomia, uma gastrostomia. E esse paciente foi aceitando aos poucos essas questões [...] A gente fica meio que pega de surpresa. (EA 14)

Já, assim: 'Ah, enfermeira, me ajuda pelo amor de Deus. Eu acho que eu estou morrendo'. Aí eu falo assim: 'Ah, não está, não, filho. Nós estamos aqui'. Aí eu dou a mão. 'Não, a gente está aqui'. (EA 15)

Às vezes a pessoa está esperando ali você falar alguma coisa, esperando isso de você e você simplesmente olha para a cara dele e simplesmente não sabe o que falar. (TE 4)

Demonstraram que quando pacientes solicitam ajuda e dizem que estão morrendo, muitos profissionais negam a morte e reafirmam que estão ali para os ajudar.

Eu falo: 'Ah, não está não! Porque quem está morrendo não fala que está morrendo. Quem está morrendo morre'. Porque nessas horas eu acho que você tem que tentar manter uma descontração ali com o paciente. Porque, às vezes, ele está até realmente morrendo, mas você vai falar para ele 'Você está, sim! Morre mais rápido!'. Não existe isso, gente! (TE 8)

Igual hoje mesmo eu cheguei ali no X (cita o número de um leito) e ele falou comigo: “Eu estou morrendo”. E eu falei ‘Não está, não. Impressão sua. Quem está morrendo não fala. O senhor está falando, está conversando. O senhor está andando, está brincando, está comendo. Como é que está morrendo? Quem está morrendo não tem nada disso, não’. Nem fala que está morrendo... ‘Ah, eu estou morrendo!’ . (TE 8)

Há relato de participante que dá a mão para os pacientes que pedem ajuda e dizem que estão morrendo, proporcionando-lhes um certo conforto e apoio emocional. Também, alguns participantes buscam dar pelo menos uma certa esperança ao paciente em terminalidade.

E tenho até um certo receio que venha a comentar alguma coisa. Mas quando isso acontece eu tento amenizar, dar pelo menos uma certa esperança, uma confiança para não dar uma palavra final e peço para conversar com o enfermeiro, com o médico. (TE 3)

Ah, eu não sei te falar, assim, como que seria, não. Eu ia tentar agir, tratar com naturalidade porque a morte é uma coisa certa para todos. Tentar passar esperança até o último momento, ‘você vai conseguir’, ‘aqui você está no lugar certo que vai te ajudar’. (TE 4)

Também, nota-se nas falas dos médicos a percepção que eles têm diante sobre a comunicação que desenvolvem com os pacientes acerca do processo de morte/morrer.

O que, às vezes, a gente faz é... porque eu não vou mentir para o paciente, eu posso omitir. É diferente. Então eu omito. (MA 2)

Eu vou falar: ‘nós achamos isso, isso e isso’. ‘ah é, doutor? Mas isso, assim, assim, assim?’ Ele pode ir perguntando e você vai jogando devagarzinho. Você pode ir fazendo isso, ir jogando até ele realmente falar: ‘então, doutor, eu posso ter um câncer?’. Está certo? Às vezes eu nem falo isso. Eu falo: ‘pode ser que sim’. Às vezes eu faço uma contra pergunta: ‘Por que? E se for? Você tem medo? Você tem isso?’. (MA 2)

As falas indicam diferentes (inter) ações com os pacientes. Há relatos em que alguns profissionais expressam que não mentem para o paciente, mas omitem informações sobre seu diagnóstico e prognóstico, buscando aliviar a gravidade da situação, especialmente quando o paciente é idoso. Às vezes, faz-se uma contra pergunta ao paciente quando ele questiona se pode ter um câncer.

Eu já tive paciente que falou: ‘doutor, eu quero saber o que eu tenho! Eu estou com câncer?’. Já tive um paciente assim. ‘Sim, o senhor tem, mas isso hoje em dia está sendo muito bem tratado. Têm vários medicamentos. Fica tranquilo, tal tal tal’. Sempre converso assim, de uma forma bem, mostrando de uma forma bem natural, passando para ele essa naturalidade e, de repente, ele vai vencer, vai conseguir. (MA 2)

Agora, você pega um paciente de quarenta anos de idade, quarenta e cinco anos de idade, que tem toda uma programação de vida, tem criança, tem filho

para cuidar, tem tudo e você não vai falar para ele as informações? Esse não tem jeito! Agora o idoso a gente acaba poupando ele um pouco mais. Porque a gente pensa que ele já viveu tanta coisa, para que que a gente vai ficar... E o idoso é no fundo o que mais sabe das coisas. (MA 4)

Há quem converse sobre o processo de morte/morrer com o paciente de uma forma bem natural e acredita que a conversa flui a partir do seu lado filosófico, buscando oferecer apoio durante este processo, mas afirmam que omitem informações dos pacientes.

Nem sempre os médicos conversam abertamente com os pacientes sobre seu diagnóstico e o prognóstico de terminalidade. Não raro, estes assuntos ficam velados.

Olha, eu acho que esse assunto acaba sendo ventilado. Às vezes, diretamente não. (MA 2)

Estas lacunas na comunicação com os pacientes são questionadas por alguns participantes, conforme expresso abaixo:

O que eu me questiono, às vezes, é se a gente tem realmente que esconder tanta informação do paciente. O certo era não esconder nada! Mas o que é benéfico para o paciente? Eu acho que a verdade é o limite do bom senso. Tem paciente que não pergunta! (MA 4)

Foi percebido nas entrevistas que há profissionais que buscam conversar mais com o paciente sobre o processo de morte/morrer e que procuram demonstrar apoio ao paciente diante do prognóstico de terminalidade.

Eu, particularmente, é uma abordagem que eu gosto de fazer. Eu gosto de tentar essa abordagem. Eu tenho a minha filosofia. Está certo? Dentro da minha filosofia eu procuro não abordar nada em termos religiosos, embora claro que o que eu converso vai sair pelo meu lado filosófico. Mas nunca colocando o rótulo. (MA 2)

Eu, às vezes, já usei esse termo com o paciente: 'olha, nós estamos juntos até o final'. (MA 2)

Nem sempre o médico esclarece o paciente sobre sua dor porque a família não quer que ele saiba sobre seu próprio diagnóstico, conforme identificado nas falas abaixo:

Minha conversa com a paciente é toda [...] Eu nunca posso falar para ela: 'aquela dor que você está sentindo é isso' porque a família não quer que fale. Isso é muito difícil. (MA 5)

Muitas vezes (o médico) , espera a família autorizar a contar. (P 1)

E eu vejo as pessoas com 'muitos dedos', com medo de conversar com o paciente. Às vezes eu vejo o médico com medo de falar diretamente e pergunta para a família se a família quer que o paciente fique sabendo. (AS 1)

Acredita-se que conversar sobre o processo de morte/morrer envolve questões não só profissionais, mas também ligadas ao lado pessoal.

Eu acho uma coisa importante: que a gente tem que separar a pessoa, o profissional. O profissional, a pessoa que tem uma iniciativa própria de ouvir esse paciente. Isso vai depender de questões pessoais para fazer isso. (P 3)

Falhas na comunicação com os pacientes tanto por parte dos profissionais da área da saúde quanto por parte dos seus familiares são vistas e apontadas nas entrevistas. Acredita-se que muitas vezes o médico também não dá conta de falar com o paciente sobre o prognóstico de terminalidade.

O médico muitas vezes fica muito inseguro de falar com o paciente. Ele também não dá conta. Não dá conta no sentido de que é difícil para ele também. (P 1)

Os participantes fizeram considerações sobre a comunicação ao paciente do seu diagnóstico e prognóstico e demonstram dificuldades diante disso. Há relato de que os médicos, às vezes, se questionam se o paciente tem condição de receber a notícia da terminalidade da vida, o que gera um problema sério quando ele prefere conversar com a família a conversar com o paciente sobre o prognóstico de terminalidade porque eles tendem a superproteger o paciente diante do prognóstico de terminalidade e escondem as informações, por acreditar que ele não vai lidar bem com a notícia do prognóstico de terminalidade e que vai recusar o tratamento.

É considerado algo ruim para os pacientes não saberem de toda a verdade quando eles começam a desconfiar da relação estabelecida com os profissionais e da assistência recebida.

E ele fica, às vezes com essa questão que eu já escutei: 'será que o paciente tem condição de receber essa notícia?'. Então, o que que ele faz? Chama a família, conta para a família e não conta para o paciente. Aí você tem um problema sério porque a família tende a superproteger o paciente, de achar que ele não vai dar conta, de que ele não pode saber, senão ele não vai querer tratar. Isso é muito comum. (P 1)

Para ela, ela sabia que tinha um tumor mas ela não ficou sabendo no fim da vida dela ela não ficou sabendo que abriu e fechou. Ela não ficou sabendo que não foi feito nada no ato operatório dela, que não tinha como fazer nada, nem uma ileostomia, nem uma jejunostomia, nem nada. Mas a gente [...] eu não sei se deveria ter sido feito de outra forma. Ela morreu em vinte e quatro horas. Não sei se a gente deveria ter contado para ela que não fez nada. Não sei se era a melhor coisa a fazer. (MA 4)

E o que é muito ruim para esse paciente que a gente não conta toda a verdade é quando eles começam a desconfiar da relação de confiança que estabeleceu. Essa é a parte pior, quando o paciente chega e acha 'o meu tratamento não está bom'. Porque ele não sabe da doença e ele só está piorando. Então 'esse tratamento não está bom'. (MA 4)

É importante comunicar-se com o paciente acerca do processo de morte/morrer, embora nem sempre seja fácil para todos os envolvidos. Alguns acreditam que o certo

seja não esconder nada do paciente e destacam a importância de oferecer apoio ao paciente em terminalidade.

Eu lembro de um amigo meu que falou uma coisa muito interessante, que é psicólogo, que uma paciente fez uma pergunta para ele e ele falou assim: 'olha, eu estou de mãos dadas contigo até o final'. Ela não estava morrendo, não. Mas eu acho isso interessante. Eu, às vezes, já usei esse termo com o paciente: 'olha, nós estamos juntos até o final'. (MA 2)

O que eu me questiono, às vezes, é se a gente tem realmente que esconder tanta informação do paciente. O certo era não esconder nada! Mas o que é benéfico para o paciente? Eu acho que a verdade é o limite do bom senso. (MA 4)

A escuta deve sobressair na comunicação com o paciente diante da terminalidade. Os profissionais precisam se esforçar para comunicar com os pacientes e entender os sinais que emitem acerca do que sabem e do que desejam saber e conversar. O essencial nesta hora é dar apoio ao paciente, dizendo a verdade e respeitando a sua vontade, inclusive no que diz respeito ao que ele quer ou não conversar.

A subcategoria **(Des) Conhecendo o diagnóstico e prognóstico** traz à tona as falas dos participantes sobre o (des) conhecimento do diagnóstico e prognóstico pelos pacientes, familiares e membros da equipe de saúde que assistem o paciente, bem como da percepção destes sobre o prognóstico do paciente.

As falas dos participantes revelam aspectos significativos do (des) conhecimento do diagnóstico e prognóstico do paciente por parte dos integrantes da equipe assistencial. Quanto ao (des) conhecimento do diagnóstico e prognóstico pelos familiares dos pacientes os participantes fazem apontamentos de que, geralmente, as famílias percebem que o paciente está em terminalidade, mas há casos em que a família não percebe isso ou não manifesta o entendimento, talvez por negação da situação.

Eu primeiro chego na família, converso com a família. Normalmente eu nunca, procuro não falar diretamente com a família. Procuro sondar primeiro o que a família pensa que o paciente tem. (MA 2)

Têm famílias que já estão esperando esse momento. (AS 2)

Chega num ponto que as famílias já não vêem muita perspectiva de melhora daquele paciente. (AS 3)

Igual já aconteceu aqui no setor de ter uma morte aí e a gente ir conversar, explicar: 'Mas já estava ruim. Você sabia que isso poderia acontecer'. Ou, às vezes, a pessoa nem esperava. (TE 8)

Os profissionais da equipe de saúde, geralmente, aguardam o médico conversar com os familiares e pacientes sobre o diagnóstico e prognóstico e, não raro, os profissionais da equipe de enfermagem são questionados sobre a condição do paciente, conforme expresso nas falas abaixo:

Então geralmente a gente já sabe que o paciente está numa fase terminal mas aguarda o médico escrever, registrar para a gente saber como lidar com esse paciente. (EA14)

[...] porque às vezes a gente vê que a família não está sabendo o que está acontecendo. (TE 3)

Família tem hora que tenta tipo assim, querer tirar alguma coisa da gente para você passar alguma informação que, às vezes, nem os próprios médicos passaram para eles direito e ficam aguardando como vai ser o cuidado ao longo do tempo do paciente, se vai agravar ou não vai para não poder adiantar nada. (TE 7)

As falas apontam que os familiares têm conhecimentos distintos acerca do diagnóstico e prognóstico do ente querido, inclusive citam exemplos de familiares que vão visitar os pacientes e querem saber do seu estado de saúde pois o desconhecem. Diante disso, alguns profissionais procuram conversar com o máximo de pessoas para evitar mal entendidos.

Porque eu já passei por muitas situações de ter vários familiares, de um estar ciente e outro não estar. Chega num momento mais crucial uma pessoa que está mais interagida, entendida do caso, não estava presente, ter outra pessoa presente, que não estava tão ciente da situação e aí, e querer que a gente faça todas as atitudes. (EA 9)

As visitas às vezes vêm, não sabem, o familiar vem de longe. (TE 12)

A grande maioria das vezes a gente chama o máximo de gente possível para não ficar aquele negócio de falar isso e era aquilo. Agora, têm uns que você tem que falar com quem está ali e não tem outra saída. (MA 3)

Este (des) conhecimento gera atitudes por parte dos integrantes da família, assim como dos profissionais que assistem o paciente como, por exemplo, solicitar que os profissionais transfiram para o CTI o paciente no momento que ele apresentar piora do quadro clínico, sendo que outros familiares já concordaram que o paciente ficaria na enfermaria.

Às vezes o médico tinha combinado com a família de não fazer reanimação, levar para o CTI. Então, eu fico mais tensa nesse momento, quando eu vejo que está chegando mais próximo, para ver se o acompanhante que está presente está ciente da gravidade e se ele está concordando que o paciente permaneça no setor. (EA 9)

Frequentemente os familiares solicitam aos profissionais, especialmente aos médicos, que não falem para o paciente sobre seu diagnóstico e prognóstico. Às vezes,

o profissional tem o anseio de conversar com o paciente sobre seu diagnóstico e prognóstico mas não o faz porque a família pediu para que o paciente não saiba.

Porque muitas vezes ela mesmo pede para não falar. A maioria das vezes a família pede para não falar. (EA 9)

Às vezes não há nem abertura para você trabalhar o assunto. A família, às vezes, pede para você não falar com a pessoa, com o paciente, que ele está nesse processo da doença ativa, podendo causar risco à vida dele e você fica, às vezes, de mão amarrada. (EA 17)

E eu vejo as pessoas com 'muitos dedos', com medo de conversar com o paciente. Às vezes eu vejo o médico com medo de falar diretamente e pergunta para a família se a família quer que o paciente fique sabendo [...] eu acho que o paciente tem direito a saber desse diagnóstico. E eu já vi casos em que o familiar diz que não. Foi respeitada a decisão do familiar, mas talvez o paciente... para mim ele tem esse direito e isso não foi trabalhado melhor com o familiar. (AS 1)

Para o paciente normalmente eu não falo a não ser que a família queira que eu fale ou o paciente ser muito consciente da doença dele, do estado geral dele, você sente isso. O que normalmente a gente não vê muito isso, não. Normalmente eu falo para a família. A família depois decide o que é melhor. (MA 2)

Depende do paciente, também. Porque têm uns que a própria família pede para não falar. (MA 3)

A família não quis que a gente chegasse para ela e esclarecesse o diagnóstico para ela, não queria falar. Então, nesse caso, eu não conversei com a paciente. Minha conversa com a paciente é toda... Eu nunca posso falar para ela: 'aquela dor que você está sentindo é isso' porque a família não quer que fale. Isso é muito difícil. (MA 5)

A intenção dos familiares e dos médicos ao esconderem informações do paciente geralmente é percebida pelos participantes como tentativa de proteger os pacientes do sofrimento relacionado ao conhecimento do processo de morte/morrer.

Às vezes ele pode até pressentir que ele está num momento de terminalidade, mas assim, muitas vezes ainda mais sendo idoso, a família opta, muitas vezes, por não falar para o paciente que eles está com um diagnóstico terminal, às vezes um câncer. (EA 9)

Eu acho que muitas vezes é porque gera um estresse, gera uma agonia, uma angústia tanto por parte do paciente como da família. Porque muitas vezes ela mesmo pede para não falar. A maioria das vezes a família pede para não falar. (EA 9)

E eu acho que o familiar pensa nessa proteção. Eu acho que é para proteger a sua mãe, a sua sogra, a sua irmã. Não sei. Talvez pense que se ela souber do diagnóstico dela que é terminal ou que é uma coisa muito grave, talvez possa prejudicar ainda mais a saúde dela. Então, eu acho que é para proteger esse paciente, essa paciente que ele não conta. (AS 1)

Normalmente eu falo para a família. A família depois decide o que é melhor. Eu já vi muitas vezes: o paciente, a partir do momento que ele sabe da doença

real, ele deprime. E a depressão diminui a resistência, a defesa imunológica e a doença toma um vulto muito maior. (MA 2)

Tema recorrente nas falas dos participantes tem relação com o (des) conhecimento do diagnóstico e prognóstico pelos próprios pacientes. Os médicos geralmente que não falam com o paciente sobre diagnóstico de uma doença incurável e prognóstico de terminalidade quando a família pede que seja feito desta forma e, alguns, só falam quando o paciente faz perguntas a respeito disso.

Os participantes mencionaram que não é comum o paciente perguntar diretamente ao médico o que ele tem, assim como do seu prognóstico, mas acreditam que a maioria dos pacientes sabe da gravidade da situação e percebem que estão com uma doença em terminalidade.

Às vezes o paciente, ele pode te perguntar, também. Se ele perguntar eu acho diferente porque aquilo que eu te falei, você vai elaborando as respostas a ponto do paciente. À medida que ele vai fazendo pergunta. Porque ele não te pergunta se ele tem câncer. Dificilmente ele pergunta [...] O que, às vezes, a gente faz é... porque eu não vou mentir para o paciente, eu posso omitir. É diferente. Então eu omito. Eu vou falar: 'nós achamos isso, isso e isso'. 'ah é, doutor? Mas isso, assim, assim, assim?' Ele pode ir perguntando e você vai jogando devagarzinho. Você pode ir fazendo isso, ir jogando até ele realmente falar: 'então, doutor, eu posso ter um câncer?'. Está certo? Às vezes eu nem falo isso. Eu falo: 'pode ser que sim'. Às vezes eu faço uma contra pergunta: 'Por que? E se for? Você tem medo? Você tem isso?' Vou jogando dessa forma para ele ir elaborando a doença, para não se deprimir, (MA 2)

De repente você pergunta para ele: 'o que você quer saber?', vai falando aos pouquinhos. (MA 3)

Porque às vezes o próprio paciente não sabe o diagnóstico. (EA 9)

Eu acho que eles não querem ouvir. Porque eu acho que saber a maioria sabe. Na verdade, desculpa. Eu estou lembrando de um caso agora que pode servir para isso. Teve um paciente meu que falou que achava que ia morrer e esse paciente meu olho encheu d'água. Esse paciente é um paciente idoso. Teve esse caso só, que eu estou lembrando agora. Paciente de noventa anos de idade, que tinha tumor de pâncreas. (MA 4)

Observou-se que os profissionais tendem a conversar com a família e não com o paciente a respeito do diagnóstico e prognóstico e que esta geralmente não quer que o paciente saiba, na tentativa de poupá-lo do sofrimento. Os profissionais optam por fazer o que a família solicita, na maioria das vezes.

Eu acho que raramente o médico seja assim tão claro com o paciente. Acho que é mais com a família. Eu acho que eles falam sim, às vezes, com alguns pacientes o que eles têm, mas sem falar de forma tão clara dessa terminalidade que está tão iminente. (EA 9)

E ele fica, às vezes com essa questão que eu já escutei: 'será que o paciente tem condição de receber essa notícia?'. Então, o que que ele faz? Chama a família, conta para a família e não conta para o paciente. Aí você tem um problema sério porque a família tende a superproteger o paciente, de achar

que ele não vai dar conta, de que ele não pode saber, senão ele não vai querer tratar. Isso é muito comum. (P 1)

Se a família pede para não falar você não falar, não é?! A não ser que o paciente perguntar. (MA 3)

Diante da comunicação do diagnóstico e prognóstico pelo médico para a família e não para o paciente, os familiares podem sentir-se sobrecarregados com as informações que têm sobre seu ente querido e sentirem-se pressionados por ter que decidir sobre o que vai ser contado ao paciente e o que vai ser escondido dele.

Por outro lado, também, a família fica com uma sobrecarga muito grande, uma responsabilidade e ao mesmo tempo se sentindo cobrada porque o médico, muitas vezes, espera a família autorizar a contar. (P 1)

Alguns participantes acreditam que os pacientes não querem saber o que tem e que eles apresentam subterfúgios para não conhecer o prognóstico de terminalidade.

Porque eu já reparei o seguinte: quando você fala para o paciente, ninguém quer saber na verdade, no fundo, o que tem, principalmente quando é doença grave [...] Eles não querem saber. Tanto é que sempre têm uns subterfúgios. É uma defesa mesmo. (MA 2)

Eu não lembro de nenhum paciente que eu tenha dado o diagnóstico. Diagnóstico de câncer, sim. Principalmente para os pacientes mais jovens a gente tem que falar porque ele tem que saber porque vai fazer uma cirurgia grande, porque que ele vai correr um risco. Então falar dos riscos de uma cirurgia ou do diagnóstico da doença a gente fala. Agora, falar da terminalidade para o doente eu nunca falei! Porque eu acho, assim, eu também não sei como abordar isso de uma forma que o paciente queira ouvir. A impressão que eu tenho é que todo paciente que quer ouvir um diagnóstico ele pergunta para a gente. E muitas vezes ele não pergunta nada. (MA 4)

Alguns profissionais acreditam que os pacientes têm que saber do seu diagnóstico e prognóstico, que trata-se de um direito do paciente.

A gente reúne com a residência aqui e de vez em quando com a psicologia vinha de vez em quando conversar. A psicologia, não vou falar todas, mas para essa pessoa que veio aqui, ela achava que o paciente tinha obrigação de saber porque a doença era dele. (MA 2)

Eu acho que o paciente tem direito a saber desse diagnóstico. (AS 1)

No entanto, um médico relata que discorda da opinião de que todos os pacientes têm que saber do seu diagnóstico e prognóstico. Acredita que nem todos estão preparados para lidar com estas informações.

[...] ela achava (psicóloga) que o paciente tinha obrigação de saber porque a doença era dele. Eu discordei. Porque na verdade ninguém está totalmente forte o suficiente para saber: 'Olha, estou com câncer e vou morrer daqui seis meses'. Pessoal pira e, às vezes, morre antes porque se deprime tanto. (MA 2)

Os médicos, geralmente, consideram que a família pensa algo a respeito do que o ente querido tem e que isso precisa ser levado em consideração quando vai conversar com ela sobre o diagnóstico de uma doença incurável e prognóstico de terminalidade do ente querido. Diante disso, eles procuram sondar o que a família pensa e sabe sobre a condição do paciente e buscam conversar com ela de forma gradativa, a estimulando a fazer questionamentos.

Eu primeiro chego na família, converso com a família. Normalmente eu nunca, procuro não falar diretamente com a família. Procuo sondar primeiro o que a família pensa que o paciente tem. E aos poucos, às vezes eu até evito de falar tudo no primeiro encontro. Primeiro eu vou jogando a fala de uma forma que a família venha me perguntar. De uma forma que à medida que ela vai me perguntando ela vai elaborando internamente. (MA 2)

Por outro lado, reconheceu-se que as informações sobre o diagnóstico e prognóstico do paciente são sigilosas e que cabe ao paciente decidir com quem quer ou não compartilhar.

Às vezes, o paciente não quer que você fique falando o diagnóstico para os outros. E você não tem que ficar contando mesmo porque tem sigilo! Mas assim, não quer que você comente, não quer que você fale na frente de um parente que vai entrar depois ou do vizinho que vai chegar depois. As pessoas ainda têm uma certa vergonha de alguns diagnósticos. (MA 4)

O profissional vai além ao dizer que um paciente não é encaminhado/transferido para acompanhamento com um profissional em outra instituição sem conhecer seu diagnóstico.

Tinha alguma dúvida, alguma coisa e na hora que ele volta no ambulatório, que a gente vai encaminhar para o oncologista, ele nunca vai encaminhado para o oncologista sem saber que ele tem câncer. Porque ele não pode chegar num hospital diferente sem você ter falado nada com ele, nem o diagnóstico para ele. A profundidade, igual eu te falei, a extensão da doença, tudo, às vezes, a gente diminui um pouco. Mas a doença a gente sempre fala. (MA 4)

A dificuldade na comunicação dos médicos com os pacientes e familiares sobre o processo de morte/morrer demonstra, também, dificuldades que os médicos podem encontrar para abordar esse processo. Apontou-se que, também, é difícil para o profissional dar a notícia de um diagnóstico irreversível e do prognóstico de terminalidade para o paciente e para a família.

Eu acho que a primeira coisa, às vezes é difícil para a gente, também. (MA 4)

Nem sempre a família é esclarecida sobre o que acontece com o ente querido tampouco o próprio paciente e que estas falhas acontecem em outras instituições também, porém percebe um movimento para transformação desta realidade por parte dos profissionais da equipe multidisciplinar onde a pesquisa foi realizada.

Eu acho que não existe um preparo, no geral, sobre isso. Na verdade, eu acho que é o contrário, sempre é, sem querer [...], é muito despreparo, na verdade. Não tem... Às vezes um familiar está ali próximo e tudo acontecendo, quer dizer, a parada ou mesmo um paciente mais grave e a conversa está acontecendo, aquele preparo de retirar o familiar, às vezes conversar, eu não vejo muito isso. E ao mesmo tempo que eu não vejo, às vezes, aquele pacientinho que está lá, acho que isso tem mudado, mas um pacientinho que está lá e não sabe que está em cuidados paliativos, que ele está chegando perto do momento mesmo da morte ... você não vê... Hoje, aqui mesmo no hospital, você tem um pouco mais, mas no geral, nos outros hospitais você não vê uma abordagem. (MA 5)

Alguns participantes dão indicativos de como pode ocorrer a comunicação com os pacientes e familiares acerca do processo de morte/morrer e da necessidade dos profissionais estarem preparados para isso e ajudar a família, considerando que ela tem mais condições de conduzir o tratamento do ente querido quando sabe do que está contecendo com ele.

Ah, eu acho que seria interessante a gente saber o que falar, se a gente , igual você perguntou se um paciente já chegou perto de mim para falar sobre morte. Você saber qual a melhor opção: você falar a verdade, você omitir, o que falar, como falar. Seria muito interessante. Eu não sei lidar com isso. Eu já não sou boa nas palavras. Não sou. Então, seria uma ajuda boa se tivesse um treinamento, uma ajuda. (TE 4)

A família tem que estar ciente do que está acontecendo e como eles vão conduzir. (AS 3)

Diante das falas a respeito do (des) conhecimento dos pacientes e familiares acerca do diagnóstico e prognóstico do paciente, percebe-se que a comunicação precisa ser melhor trabalhada pois suas falhas geram desgastes a todos os envolvidos, em especial para os pacientes.

5.7 CATEGORIA 7: DESENVOLVENDO ESTRATÉGIAS DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER

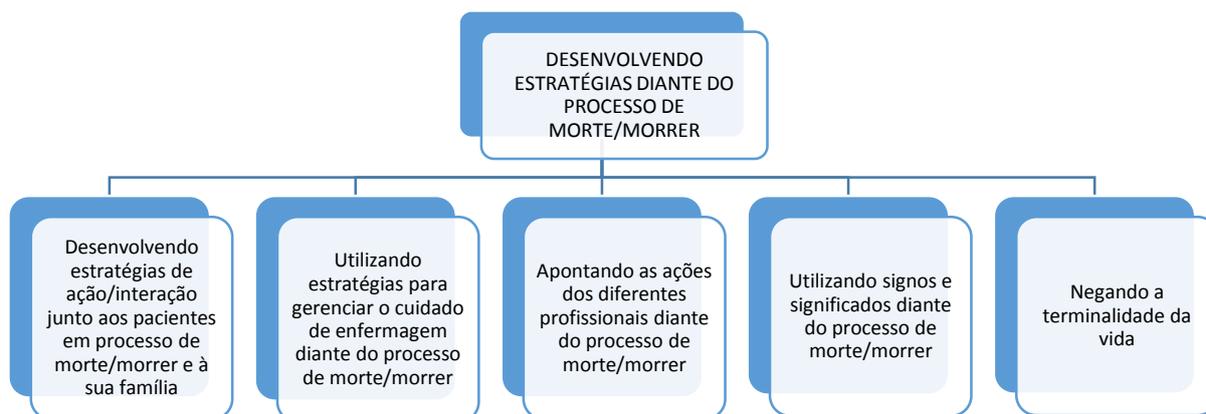
Esta categoria reflete a capacidade de (re) ações dos profissionais ao lidar com as desordens advindas do cuidado aos pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares. São apresentadas cinco subcategorias:

- Desenvolvendo estratégias de ação/interação junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família
- Utilizando estratégias para gerenciar o cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer
- Apontando as ações dos diferentes profissionais diante do processo de morte/morrer

- Utilizando signos e significados diante do processo de morte/morrer
- Negando a terminalidade da vida

O diagrama a seguir explicita a composição desta categoria, com suas subcategorias.

DIAGRAMA 7- Categoria 7 e suas subcategorias



Fonte: Elaboração da autora

O desenvolvimento de estratégias de ação/interação junto aos pacientes em processo de morte/morrer é um artifício utilizado pelos profissionais e isso é apontado na subcategoria **Desenvolvendo estratégias de ação/interação junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família**.

A respeito da (inter) ação com os pacientes, os profissionais mencionam que utilizam algumas estratégias buscando melhorar a comunicação sobre o diagnóstico e prognóstico. Uma estratégia utilizada por um profissional médico é fazer perguntas para o paciente baseadas nas suas falas para estimular a reflexão, os ajudar a elaborar a doença e a não se deprimir.

Quando os pacientes ficam sabendo do seu diagnóstico e prognóstico as informações geralmente são apresentadas de forma paulatina pelos médicos de modo a conhecer suas (re) ações e ajudá-los a elaborar-se diante do processo de morte/morrer, no sentido de lidar com as informações e até no sentido de pensar e decidir sobre tratamentos.

Você pode ir fazendo isso, ir jogando até ele realmente falar: 'então, doutor, eu posso ter um câncer?'. Está certo? Às vezes eu nem falo isso. Eu falo: 'pode ser que sim'. Às vezes eu faço uma contra pergunta: 'Por que? E se for? Você tem medo? Você tem isso?'. Vou jogando dessa forma para ele ir elaborando a doença, para não se deprimir, para ir mantendo sempre um equilíbrio para depois partir para um tratamento específico tal tal tal. (MA 2)

Então, eu procuro induzir o paciente a me perguntar certas coisas. (MA 2)

Ele pode ir perguntando e você vai jogando devagarzinho. Você pode ir fazendo isso, ir jogando até ele realmente falar: 'então, doutor, eu posso ter um câncer?'. Está certo? Às vezes eu nem falo isso. Eu falo: 'pode ser que sim'. Às vezes eu faço uma contra pergunta: 'Por que? E se for? Você tem medo? Você tem isso?'. Vou jogando dessa forma para ele ir elaborando a doença, para não se deprimir. (MA 2)

Há quem busque explicar para o paciente que sua recuperação será demorada quando prevê que seu estado de saúde vai piorar.

E você tenta, em algumas situações a gente até prevê que isso vai acontecer e até explica que ele vai demorar um pouco a melhorar, que o quadro é difícil de reverter naquele momento, que vai demorar um tempo quando a gente vê que é uma coisa que não vai evoluir bem. (MA 4)

As principais estratégias de ação/interação utilizadas pelos médicos na comunicação com paciente sobre diagnóstico e prognóstico são destacadas no quadro que segue.

QUADRO 17: Estratégias de ação/interação utilizadas pelos médicos na comunicação com os pacientes sobre diagnóstico e prognóstico

- fazer perguntas aos pacientes em terminalidade buscando estimular a reflexão e ajudar na elaboração da doença;
- dar notícias difíceis de forma paulatina;
- buscar amenizar a situação e explicar para os pacientes que sua recuperação será demorada

Outra estratégia utilizada pelos profissionais é buscar oferecer apoio físico e emocional para os pacientes em terminalidade.

Mas com o paciente, primeiramente assim, é dar o grande suporte emocional, psicológico e, lógico, o suporte físico e os cuidados diretos a ele, mas principalmente que todos entendam que o principal ali, o foco principal é o cuidado, independente da condição em que ele esteja. Ter respeito e ter cuidado com o paciente é o primeiro ponto chave, assim. (EA 6)

Também, os participantes mencionam usar estratégias visando melhorar a (inter) ação com a família do paciente diante da terminalidade do ente querido. Relatou-se que a família oferece informações que ajudam a equipe de saúde a lidar com o

processo de morte/morrer de um paciente e alguns participantes procuram conversar com os familiares para obter mais informações sobre os pacientes.

[...] alguma coisa que puxasse o assunto e ali se discutisse, se conversasse, escutasse mais a família. Porque eu acho que é através dela que nós vamos buscar informação sobre como lidar com isso. (EA 17)

Os profissionais demonstram nas suas falas uma preocupação em favorecer aproximação do paciente e sua família diante da terminalidade e, diante disso, utilizam algumas estratégias como solicitar a presença de familiares no hospital e ter horários de visitas diferenciados para os familiares de pacientes em processo de morte/morrer.

Então, lá no outro hospital, quando eu vejo que o paciente começa a agravar eu peço que a família esteja mais presente. Porque a gente tem lá o leito humanizado[...] Lá é CTI. Quando eu vejo que o paciente está evoluindo mal e que tem, ainda existe a possibilidade de ficar mais próximo da família, eu procuro fazer isso [...] entrar em contato com a família, ter horário de visita diferenciado para visita. Às vezes, até fica fora do horário, do horário que o cuidado humanizado permite, o leito humanizado. (EA 1)

A (inter) ação com a família do paciente é importante no processo de morte/morrer e estratégias são desenvolvidas para estimular a comunicação efetiva com os familiares acerca do diagnóstico e prognóstico do ente querido e são feitos esclarecimentos sobre os cuidados que os pacientes estão recebendo, em especial, os que visam o alívio do seu sofrimento nas suas diversas formas.

Foram mencionadas (inter) ações em que os profissionais conversam com a família esclarecendo que a equipe está utilizando todos os recursos necessários buscando a melhora do ente querido, que será dada atenção para a sensação de conforto do paciente e serão repassadas informações à família, buscam ajudar a família a aceitar a dor da perda do familiar e amenizar o sofrimento e dão apoio através da presença ao seu lado e disponibilidade de ajuda após a morte de um paciente.

Mas se a gente estiver presente não tem muito o que falar nessa hora. É uma forma de, às vezes você coloca a mão no ombro dessa família e ela está sentindo tudo e às vezes você não precisa falar nada. Também está sentindo que você está sendo solidária a ela, que você está dividindo esse sofrimento com ela. Ela sente isso. (EA 7)

O que a gente pode fazer é mostrar a gravidade do quadro para tentar a pessoa entender que está em processo de morte. (EA 13)

E tentar explicar para a família e para o paciente que este é o máximo de conforto que a gente consegue. Se for preciso, chama outro profissional para conversar também. Essa questão, também, de levar para o CTI ou não, a família sempre fica numa dúvida e a gente tenta esclarecer que o CTI é realmente para quando o paciente tem mais possibilidade de reverter o quadro. (EA 14)

Eu sento com a família e explico: 'Olha, a gravidade dele não depende da gente. O nosso cuidado de enfermagem, isso eu posso te garantir. Eu posso te garantir que o médico dele chama fulano de tal e amanhã você pode vir e estar conversando com ele, entendeu?' Eu faço assim. (EA 15)

Deixando claro que está aliviando a dor, está fazendo tudo de melhor para que aqueles momentos, a dor, a ansiedade [...] tudo seja aliviado mas sem dar esperança de que vai sair. (TE 9)

Os participantes demonstram preocupação com os sentimentos dos pacientes e familiares, sensibilizando-se com a complexidade inerente ao processo de morte/morrer e utilizando estratégias para buscar amenizar a dor emocional.

O estímulo feito aos familiares para que façam perguntas sobre o quadro clínico do ente querido e seu prognóstico foi referido como uma estratégia para ajudá-la a lidar (re) agir diante da terminalidade.

Primeiro eu vou jogando a fala de uma forma que a família venha me perguntar. De uma forma que à medida que ela vai me perguntando ela vai elaborando internamente. (MA 2)

Possibilitar um horário flexível para visitas aos pacientes em terminalidade internados nas enfermarias e o acolhimento da família são estratégias desenvolvidas pelos profissionais para apoiá-los. Os participantes relatam que preocupam-se com o cuidado dos familiares e dos pacientes e acreditam que ter visita diferenciada para estes pacientes os ajuda, assim como os visitantes.

Talvez houvesse a necessidade de ter um espaço melhor para colocar aquela pessoa para que ela tenha visita diferenciada, talvez isso. Fico pensando. (EA 18)

Olha, a melhor forma que eu pego e falo é a seguinte: acolher a família. (TE 1)

(cuidando da família) Da mesma forma (que cuida do paciente). Procuo dar o apoio também. (TE 4)

A respeito da (inter) ação entre os participantes foram citadas algumas estratégias para favorecer a assistência aos pacientes e familiares em processo de morte/morrer, como a solicitação de envolvimento de outros profissionais, por exemplo: solicitação de apoio da psicologia e do serviço social.

Na verdade eu todas as vezes que eu tenho paciente nessa situação eu peço para o médico deixar isso por escrito para respaldar a gente. Porque quando ele escreve, deixa isso respaldado, muito certo. Com certeza ele dá um respaldo muito maior. (EA 9)

A família estando aqui, a gente tenta conversar com a equipe toda, chama a assistente social se for preciso. Se a família está ciente é mais tranquilo. Se não, a gente envolve mais profissionais, psicólogo [...] e tudo. (EA 14)

Eles (profissionais da enfermagem) me solicitam bastante. (P 1)

As estratégias de ação/interação utilizadas pelos profissionais para melhorar interação com a família do paciente são destacadas no quadro a seguir.

QUADRO 18: Estratégias de ação/interação utilizadas pelos profissionais para melhorar interação com a família do paciente diante do processo de morte/morrer

- conversar com os familiares para obter mais informações sobre os pacientes;
- favorecer aproximação entre paciente e sua família/pessoas queridas;
- solicitar presença de familiares no hospital;
- ter horários de visita diferenciados para familiares de pacientes em terminalidade;
- esclarecimentos à família dos cuidados realizados;
- apoio e solidariedade à dor da família através de presença e disponibilidade para ajuda;
- estímulo aos familiares para que façam perguntas a fim de ajudá-los a (re) agir diante da terminalidade do ente querido

Foram referidos conhecimentos, habilidades e comportamentos a serem desenvolvidos pelos profissionais para assistir os pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer e algumas estratégias foram apontadas nas falas, como por exemplo, estar disponível para a ajuda, demonstrar empatia, usar habilidades para estimular uma comunicação adequada entre profissionais, pacientes e familiares e equilibrar emoção e razão ao lidar com as diferentes situações.

E a família, é você ser solícito a todos os questionamentos, as explicações, as direções, para que a família fique informada que é o principal, assim. (EA 6)

Então, para alguns pacientes eu confesso, assim, talvez por ser muito novo, muito jovem, às vezes de forma repentina, a gente fica mais chocado e se põe no lugar. 'Se fosse minha mãe? Se fosse eu?' . (EA 9)

Mesmo que no início, aos trancos e barrancos a gente aprenda isso, tem que saber viver dessa forma, saber se colocar no lugar do outro. Mas ao mesmo tempo que você tem que ter empatia você precisa saber que você é profissional. Então, eu acho que aos trancos e barrancos a gente aprende isso, de não ... por isso que a gente é profissional. (EA 9)

Procuro ficar perto, orientar. (EA 10)

A gente tenta ser mais objetivo, conversar o necessário. Mas a gente sabe que tem que dar um certo suporte também. Aí a gente tenta mesclar entre o emocional e o profissional. (EA 14)

O autoconhecimento e o conhecimento de outros profissionais foram referidos como uma estratégia para identificar o perfil apresentado e suas (re) ações diante do processo de morte/morrer. Considerou-se que os gerentes de enfermagem e outros

profissionais dos hospitais precisam avaliar o perfil dos trabalhadores que atuam em setores/áreas que lidam mais frequentemente com a morte para reconhecer se o profissional tem condições emocionais de lidar com o processo de morte/morrer e acredita-se que seja mais fácil conhecer e ajudar o próximo se o profissional imaginar-se na sua situação.

Então eu penso que algumas pessoas deveriam automaticamente ter uma auto avaliação se ela consegue trabalhar com isso, se ela consegue lidar com isso. Então eu penso, sim, que não tem como você desvencilhar, trabalhar com enfermagem e não lidar com morte. Então eu penso que, eu acho que quem trabalha, por exemplo como eu falei, CTI, setores fechados, oncologia, que lidam muito mais próximo da morte, eu acho que a pessoa teria que, nesse sentido, de repente o hospital, os chefes, não sei, a chefia estar verificando se essa pessoa tem uma capacidade emocional de estar lidando com aquilo. (EA 9)

Você sentindo aquela situação, você procurando vivenciar a dor do outro é muito mais fácil para você penetrar dentro da carapaça do outro para você atingir o outro melhor, você sensibilizar o outro. Você estando sensível à dor dele ele vai perceber isso e vai pegar mais confiança e vai aceitar melhor. É claro, é consultório médico. (MA 2)

A necessidade de construção de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades para lidar com o processo de morte/morrer foi citada nas entrevistas e o quadro que segue destaca os conhecimentos e habilidades apontados pelos profissionais como estratégias de ação/interação junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família .

QUADRO 19: Conhecimentos e habilidades apontados pelos profissionais como estratégias de ação/interação junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família

- estar disponível para ajuda;
- empatia;
- comunicação efetiva;
- equilibrar razão e emoção;
- autoconhecimento;
- conhecimento do perfil dos profissionais e suas (re) ações diante do processo de morte/morrer;
- dimensionamento de pessoal a partir dos conhecimentos, habilidades e afinidades dos profissionais.

O quadro a seguir resume as estratégias de ação/interação junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família mencionadas nas entrevistas.

QUADRO 20: Resumo das estratégias de ação/interação dos profissionais junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família

- estratégias de ação/interação utilizadas pelos médicos na comunicação com paciente sobre diagnóstico e prognóstico;
- estratégias de ação/interação utilizadas pelos médicos na comunicação com paciente sobre diagnóstico e prognóstico
- oferecer suporte físico e emocional aos pacientes;
- estratégias de ação/interação utilizadas pelos profissionais para melhorar interação com a família do paciente;
- solicitação de envolvimento de outros profissionais no cuidado aos pacientes, em especial da psicologia e do serviço social ;
- construção de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades;
- estratégias de ação/interação utilizadas pelos profissionais para melhorar interação com a família do paciente

As falas dos participantes mostraram que são utilizadas estratégias para gerenciar o cuidado de enfermagem e isso é destacado na subcategoria **Utilizando estratégias para gerenciar o cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer.**

Conversar e orientar os profissionais da equipe de enfermagem, além da correção das condutas impróprias frente ao processo de morte/morrer de pacientes foram apontadas como estratégias utilizadas pelos enfermeiros no gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Respeito acima de tudo com a dor do outro. Eu sempre falo com os meninos, às vezes, principalmente paliativo que a coisa fica bem banalizada [...] Então eu acho que respeito é o que eu cobro quando vai atender um paciente que está no processo de morte/morrer. (EA 3)

Óbvio que a gente não pode prever tudo, mas a gente sabe da evolução do quadro do paciente. Mas trabalhando conjuntamente com outros profissionais e orientando também os técnicos de enfermagem com relação aos sinais que o paciente apresenta, face de dor, se for o caso; uma sedação melhor (EA 4)

Eu acho que a primeira coisa, que eu chamo a equipe e converso com os meninos. Eu falo: 'olha, esse paciente tal é o nosso paciente mais grave, paciente que a gente tem que tomar mais cuidado, mais perto' . (EA 5)

Mas com o paciente, primeiramente assim, é dar o grande suporte emocional, psicológico e, lógico, o suporte físico e os cuidados diretos a ele, mas principalmente que todos entendam que o principal ali, o foco principal é o cuidado, independente da condição em que ele esteja. Ter respeito e ter cuidado com o paciente é o primeiro ponto chave, assim. (EA 6)

Então, nosso gerenciamento do cuidado com o paciente, eu como enfermeira atuando, é o seguinte: orientar equipe a estar dando apoio para esta família, para este familiar que está vindo e está vindo porque eles não estão acostumados com o processo. (EA 8)

A respeito das (inter) ações dos enfermeiros com membros da equipe de saúde de outras categorias profissionais foram relatadas algumas estratégias desenvolvidas para o gerenciamento do cuidado como, por exemplo, a conversa com os médicos assistentes para identificar o conhecimento que os familiares têm a respeito do diagnóstico e prognóstico dos pacientes e a solicitação de pareceres para profissionais da equipe multidisciplinar.

A primeira coisa, tento entender com os médicos, conversar, para saber o que a família está sabendo para saber, às vezes, saber onde a gente está tateando. Se a família está ciente, quem está ciente porque, às vezes, o próprio paciente não sabe o diagnóstico. (EA 9)

Então geralmente eu tento conversar com o médico também, até com o psicólogo para atuar junto. (EA 14)

Primeiro eu falei com a médica: 'Doutora, a senhora não acha melhor um parecer para o psiquiatra, um psicólogo, não sei. O que você acha? O paciente está sentindo muito sozinho. A família não vem visitar'. (EA 15)

Alguns conhecimentos, habilidades e comportamentos dos enfermeiros foram referidos como estratégicos para gerenciar o cuidado de enfermagem aos pacientes e familiares neste contexto, como por exemplo, os conhecimentos técnicos, habilidades para lidar com as emoções advindas do processo e empatia. As falas demonstram a importância destes para dar o suporte adequado aos profissionais da equipe de enfermagem, como aos pacientes e familiares.

Em relação às experiências que eu tive de pacientes graves, a estrutura que o enfermeiro tem que ter em relação à sua equipe de enfermagem eu acho que é um ponto principal, que eu sempre vi. Da sua estrutura emocional, da sua estrutura tecnicamente falando, como enfermeiro para dar suporte à equipe que vai passar por esta situação. (EA 6)

Eu sempre personalizo que poderia ser que eu que estivesse ali como familiar ou como até o próprio doente. Como que eu gostaria que me orientassem ou como que eu gostaria de ser tratada eu vou falar mais do família e depois eu falo do... naquele momento. (EA 8)

A liderança do enfermeiro foi citada como ponto chave no gerenciamento de enfermagem.

Porque os técnicos de enfermagem têm você como referência daquela situação toda. (EA 6)

O planejamento também foi apresentado como uma estratégia utilizada para favorecer o gerenciamento de enfermagem diante do processo de morte/morrer,

envolvendo desde o planejamento das (inter) ações com pacientes e familiares até o planejamento da assistência de enfermagem ao corpo do paciente após a morte.

Aí a gente busca medidas que, talvez, se fossem pensadas com maior tranquilidade ou calma ou planejadas teriam um sucesso maior. Como por exemplo, o acolhimento à família, uma preparação adequada do corpo, um local adequado. Penso isso tudo [...] Porque aí a gente pode atuar todo mundo junto, achar um ambiente ou prever soluções, medidas, já envolver mais familiares. (EA 16)

A vigilância é intensa porque a qualquer hora ele pode estar chegando ao óbito. Então, vira e mexe, tem um quadro para você cuidar. Vamos supor: 'Fulando de tal, sinal vermelho!'. Então você começa a projetar mais para o lado dele, não deixando os outros pacientes, mas aquele ali, infelizmente, felizmente tem que ser um holofote mais focado. (TE 1)

As falas demonstram que os enfermeiros buscam alterações no ambiente de cuidado onde o paciente em terminalidade está internado para aprimorar o cuidado a ele e à sua família, buscando melhorias com os coordenadores dos serviços para modificações na estrutura física e auxílio ao suporte da equipe de enfermagem que cuida do paciente em terminalidade, preparando o ambiente para assistir com melhor qualidade os pacientes em processo de morte/morrer e suas famílias, tentando transferir pacientes agitados dos leitos próximos do paciente em terminalidade, preocupando-se, também, em achar um ambiente para preparar o corpo com privacidade.

Então, assim, eu sempre busco com a instituição, com a minha chefia essas melhorias, assim, na estrutura da ala que eu trabalho e no suporte direto da equipe de enfermagem, ao técnico que está cuidando desse paciente. (EA 6)

É mais essa situação mesmo, do ambiente, preparar o ambiente para essas situações e tirar a sobrecarga do enfermeiro. (EA 13)

Se tem alguém que ainda não visitou a gente tenta abrir para visita, mas de forma também a não tumultuar o setor. Se, por exemplo, tem um paciente mais agitado em leito próximo a gente tenta transferir. (EA 14)

O dimensionamento da equipe de enfermagem a partir dos conhecimentos e habilidades demonstrados pelos profissionais foi uma estratégia apontada nas entrevistas. Os enfermeiros e técnicos de enfermagem acreditam que é necessário conhecer os integrantes da equipe e dimensionar os profissionais a partir dos conhecimentos, habilidades e comportamentos apresentados, reconhecendo suas potencialidades e limitações, assim como foi indicado a realização de rodízio na escala de enfermagem para atender os pacientes em terminalidade de modo a não sobrecarregar os profissionais.

Então, o que eu penso para gerenciar é ter uma equipe bem formada em relação a cuidados paliativos, uma equipe que também tenha suporte emocional acompanhando. (EA 6)

Eu acho que a pessoa teria que, nesse sentido, de repente o hospital, os chefes, não sei, a chefia estar verificando se essa pessoa tem uma capacidade emocional de estar lidando com aquilo. Porque eu acho que as pessoas acabam, às vezes, por ter que trabalhar com aquilo, por questões financeiras, de ter que trabalhar mesmo, de emprego, lidando de uma forma ruim. Que às vezes o chefe percebe que a pessoa não tem condição de trabalhar com aquilo. (EA 9)

Mas tem que ser pessoas... Tem que trabalhar muito o psicológico das pessoas, da equipe. Saber colocar as pessoas que têm condição maior de estar com esse paciente. Eu acho que se tivesse possibilidade de escolher as pessoas faria muita diferença. (TE 2)

Mas quando é um paciente que a gente fica muito nessa escala de rodízio, aí. A gente fica muito, às vezes. Também tem o rodízio mas a gente termina tendo contato com o paciente. Então a gente se apegava com esses pacientes. Acho que isso mexe um pouco com a gente. Mexe um pouco. (TE 5)

Estimular a auto estima e o bom humor dos profissionais é uma estratégia para beneficiar o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer.

Mas eu tento nunca carregar problema do serviço, aborrecimento, ou tudo que você passou de constrangedor durante o dia, esses fatores todos, levar isso para casa. Sair daqui eu já sou outra pessoa. Nunca tive o quadro: 'ah, estou com princípio de depressão, não!'. Graças a Deus procuro manter a auto-estima, o bom humor para poder passar por cima disso tudo. (TE 7)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foi apontada como estratégia para gerenciar o cuidado de enfermagem. As falas dos participantes mencionam habilidades e comportamentos do enfermeiro para o gerenciamento do cuidado e fazem referência a etapas do Processo de Enfermagem (PE) quando citam que utilizam como estratégias a avaliação com mais frequência do paciente em terminalidade, o (re) conhecimento de suas necessidades, diagnósticos de enfermagem e planejamento da assistência de enfermagem.

Eu falo: 'olha, esse paciente tal é o nosso paciente mais grave, paciente que a gente tem que tomar mais cuidado, mais perto'. Eu vou mais a esse paciente. Não tem jeito, eu acabo ficando mais perto. (EA 5)

[...] fazer a triagem e o diagnóstico no dia a dia e vê a necessidade do paciente. Às vezes é um colchão caixa de ovo, olhar os curativos, ver a necessidade de um curativo melhor. (TE 6)

Diferenciando o paciente crítico do mais estável e não deixando de acolher as famílias. (TE 7)

A subcategoria **Apontando as ações dos diferentes profissionais diante do processo de morte/morrer** traz observações dos participantes acerca da atuação dos

profissionais das distintas categorias no processo de morte/morrer de pacientes internados nas enfermarias.

Os participantes da pesquisa mencionaram que a equipe da instituição configura-se como multidisciplinar e não inter ou transdisciplinar e fazem apontamentos sobre a (inter) ação dos profissionais. Mencionaram que suas ações são isoladas e que não existe ainda uma tomada de decisão que considere todos os olhares.

Eu acho que ainda muito no caráter multi e não inter [...] Eu acho que não existe ainda o trabalho interdisciplinar. Eu acho que têm as abordagens, as avaliações são muito isoladas. Existem discussões de casos informais [...] Não existe ainda uma tomada de decisão que considere todos os olhares. Existem vários olhares, mas as ações são isoladas, elas são de cada profissional. (P 2)

Eu acho que cada profissional se volta para seu conhecimento específico. Não há um trabalho, talvez, de equipe para aquele paciente que está em processo, em iminência de morte [...] eu não vejo um trabalho voltado para esse processo de morte, não, enquanto equipe. Mas cada um atuando, sim, na sua área específica, no seu conhecimento específico. Isso existe. (AS 3)

Eu acho que esse processo da multidisciplinaridade está começando agora, de uns tempos para cá. Então é começar a fazer e aparar as arestas e começar a ficar uma coisa mais coesa dentro do grupo. É difícil eu te falar porque eu não participo dessa interdisciplinaridade. Porque têm grupos que reúnem tal, tal, tal para discutir. Eu não participo disso. Até porque nem tempo eu tenho. (MA 2)

Os olhares dos profissionais são diferentes acerca do processo de morte/morrer e sobre as condutas a serem tomadas. Eles podem ser complementares e aproximar os profissionais da condição humana. As falas demonstram que muitos profissionais da equipe institucional atuam no gerenciamento do cuidado aos pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares e geralmente intervêm a partir da solicitação de parecer/interconsulta.

A gente trabalha numa questão multiprofissional. A gente não trabalha sozinha, a gente aciona o assistente social junto com a psicologia. (EA 4)

Olha, aqui no nosso hospital, na nossa unidade a gente tem a equipe multidisciplinar que atua geralmente quando tem alguma solicitação. Por exemplo, a gente faz um parecer solicitando que a equipe multidisciplinar comece com atendimento em específico. Mas eu nunca observei aqui na nossa gerência que seria abordado de forma uniforme esse cuidado com todos os pacientes, somente por mediação do parecer. (EA 16)

No entanto, algumas fragilidades na atuação da equipe multiprofissional diante da assistência aos pacientes em processo de morte/morrer nas enfermarias e seus familiares são explicitadas nas entrevistas. Há apontamentos de que a equipe multidisciplinar não seja muito atuante junto aos pacientes e famílias diante do processo de morte/morrer, faltando integração da equipe e maior participação de alguns

profissionais, assim como maior capacitação para lidar com as questões suscitadas pela terminalidade e morte.

Eu acho que deveria ter mais humanização nessa questão [...] A própria psicologia ir na família e fazer um trabalho com a família, o próprio serviço social, entendeu? Eu acho que a equipe multidisciplinar não atua muito aí, não. (EA 11)

Eu acho que tem muito o que evoluir. Eu acho que os profissionais estão engajando para isso mas que ainda precisa de muito esforço de todo mundo, mais treinamento. Porque não é uma coisa que você vê rotineira. (TE 10)

Penso que falta esse trabalho em equipe. Mas um, se você for falar de cada profissional, óbvio que você tem aqueles que não são tão bons, mas no geral são bons. Eu acho. (AS 1)

Não há um trabalho, talvez, de equipe para aquele paciente que está em processo, em iminência de morte. Não há um trabalho de equipe, principalmente com a família que, talvez, já esteja vivenciando um momento quase que de luto. Então, assim, eu não vejo um trabalho voltado para esse processo de morte, não, enquanto equipe. (AS 3)

Eu nunca senti a presença de fisioterapeuta, da psicologia algumas vezes quando a gente solicita que faça esse acompanhamento. Mas talvez pelo horário aqui, o meu ser a tarde e a maioria das pessoas trabalham no período da manhã, talvez dificulte essa questão [...] É, talvez seja um pouco desassociado. Eu consigo ver a interação maior minha com a enfermagem do que propriamente dito com o restante da equipe multidisciplinar. (MA 1)

Os participantes acreditam que a equipe multiprofissional deveria atuar no cuidado aos pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares, e afirmam que, muitas vezes, os profissionais se afastam. Diante disso, não raro, os profissionais da equipe de enfermagem ficam sobrecarregados.

Não só a enfermagem. Eu acho que não se limita só à enfermagem. Da equipe toda ter uma atenção quanto a isso. Parece que a equipe acaba se afastando um pouco [...] tirar a sobrecarga do enfermeiro. Não tem que ser só um profissional. Geralmente só se busca isso em cima do enfermeiro, mas em cima de outros profissionais. Ainda mais agora que tem outros profissionais dentro da instituição. Porque a gente vê que eles também não estão se envolvendo com isso e fica só para o enfermeiro, porque a gente fica vinte e quatro horas do lado deles. (EA 13)

Acho que nessa questão do trato mesmo, que dá para melhorar. De repente, destinar mais tempo até com a equipe multiprofissional. (EA 14)

[...] Porém, quando a família chega eu sinto que cabe ao enfermeiro uma parcela maior de acolhimento desse familiar porque o médico já está no cuidado direto a paciente que está evoluindo para óbito e necessitando, obviamente, dos cuidados técnicos [...] Porém, eu sinto uma falta de ter essa equipe, como eu te disse nas questões anteriores, essa equipe estruturada para que essa função não fique única e exclusivamente ao enfermeiro, receber o familiar. Até porque eu sinto que muitas vezes funções exclusivas do enfermeiros, de procedimentos do enfermeiro, nessa hora ficam complicadas porque eu sou a única enfermeira do setor. E a família chega e às vezes você tem que estar no cuidado imediato também do paciente e a família fica esperando. (EA 16)

Outra desordem citada está relacionada ao fato de alguns profissionais serem insensíveis diante da terminalidade e alguns, até mesmo, banalizarem a morte.

Eu acho que tem profissional da equipe, não estou falando só da enfermagem não, que aquilo já ficou assim, já ficou robotizado. Já, já [...] 'Ah, tem que acontecer, vai acontecer. Isso vai acontecer todo dia'. E acaba acostumando com aquilo ali. Eu acho isso péssimo. (EA 12)

Também, há relatos de que os profissionais falham em promover privacidade e conforto aos pacientes e seus familiares devido às dificuldades encontradas na estrutura física do hospital ou por desconsideração do próprio profissional.

Nem sempre esse paciente tem atendimento de psicólogo adequado, com privacidade também. A gente tem enfermarias em conjunto. Às vezes paciente acamado e a gente tem essa dificuldade. A questão do conforto, privacidade. Às vezes a gente dá um vacilo nessa parte. (EA 14)

Aqui no hospital, a primeira característica que vem é a falta de uma estrutura física para a gente gerenciar melhor esse cuidado em termos de quarto próprio para a pessoa que está em algum cuidado paliativo, uma área mais reservada para a família ter contato e poder estar presente, é [...] alguns recursos de equipe. Eu digo de ter, principalmente, equipe médica que dê algum suporte mais próximo para a gente da enfermaria que também fica um pouco a desejar. (EA 6)

Foram apresentadas, também, fragilidades na atuação da equipe multiprofissional no que diz respeito à assistência aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares, inclusive há relatos da realização de procedimentos intervencionistas e manutenção da hospitalização de pacientes com prognóstico de terminalidade que têm indicação para cuidados paliativos e que poderiam recebê-los na residência, sendo tecidas algumas considerações.

O paciente teve uma parada na enfermaria. Qual era a orientação? Era não investir, só que a família entrou em desespero [...] Aí entubaram o paciente e levaram na hora para o CTI. O paciente ficou alguns meses no CTI, era paliativo. (P 1)

Então, existe sim, equipe que investe o tempo todo num paciente que não tem mais jeito, são terminais. Ficam investindo, investindo. (EA 8)

Igual, assim tem paciente que, às vezes, tem uma doença terminal, poderia ir para casa passar mais tempo com familiar. Não, médico fica segurando ele aqui toda a vida e às vezes ele podia aproveitar um pouco mais e esse paciente fica toda a vida. (TE 10)

Muitos profissionais da equipe multidisciplinar têm dificuldades em lidar com a terminalidade e morte e isso é percebido pelos participantes e apresentado nas entrevistas.

A gente acaba se protegendo para não passar por esse processo de morte [...]Têm dificuldade em lidar com a morte. (EA 13)

E, às vezes, um distanciamento por algo mal resolvido, mal compreendido de estar lidando com a possibilidade de morte. E aí você não fala com o familiar, você não trata o paciente com esse tipo de envolvimento, você não fala com o restante da equipe e aí fica tudo meio assim [...] (MA 1)

Muitas vezes o médico até vai sair de cena e passa tudo para a psicologia. Porque vai estourar, vamos falar assim de uma forma bem rasgada. Quando estourar, muitas vezes o médico vai jogar para cima da psicologia: 'isso é seu!'. (MA 2)

Por outro lado, alguns profissionais buscam aproximação com os pacientes em terminalidade e com suas famílias, talvez porque têm mais afinidade com estes pacientes, conforme indicado na fala a seguir.

Sempre tem alguém que parece que tem mais afinidade com essas coisas, que se envolve mais com essas situações. (EA 13)

Em relação às (inter) ações dos médicos no processo morrer os participantes tecem algumas considerações. Apontam que os médicos passam visita cedo nos pacientes e vão embora, que muitas vezes tomam as decisões a respeito dos pacientes em processo de morte/morrer e dos seus familiares sem discutir o caso com a equipe multiprofissional e, às vezes, cobram de outros profissionais coisas que não lhes são pertinentes. Além disso, destacou-se que a categoria médica é um personagem fundamental para a realização do trabalho interdisciplinar na instituição porque é o médico quem responde oficialmente pelo tratamento do paciente.

Os médicos passam cedo e vão embora. As visitas vêm de tarde, vem um parente e não sabe o que está acontecendo. (TE 12)

Têm muitos profissionais que são muito abertos para você conversar, 'vamos sentar, vamos discutir', escutar um pouco a gente. Mas tem profissional que não. Eles tomam as decisões e ponto final [...] E outra coisa que a gente tem mais dificuldade é mesmo com a questão do médico, de conversar com o médico. Eles têm essa coisa deles tomarem decisões ou então de envolverem a equipe, mas cobrando coisa que não é nosso papel, de não escutarem muito o que a gente tem a dizer. (P 1)

O que eu percebo é que existe ainda uma resistência muito grande por parte da categoria médica, que é um personagem fundamental. Ele que assina muitas coisas. É ele que vai responder oficialmente e até juridicamente pelas decisões, pelas condutas [...] Mas eu acho que tem muito dessa resistência por parte dos médicos. Às vezes eles até participam de um grupo, fazem um movimento, mas eu acho que eles não conseguem passar para a ação, instituir outra cultura. (P 2)

Indicou-se nas entrevistas que os médicos interagem mais com a equipe de enfermagem do que com as demais profissionais diante do cuidado aos pacientes em terminalidade nas enfermarias.

Eu consigo ver a interação maior minha com a enfermagem do que propriamente dito com o restante da equipe multidisciplinar. (MA 1)

Foram feitas observações a respeito das (inter) ações dos psicólogos no processo de morte/morrer de pacientes nas enfermarias. Destacou-se que os profissionais da psicologia geralmente atendem os pacientes mediante solicitação médica ou de enfermagem por meio de parecer ou através de solicitação informal dos profissionais, mas que alguns também fazem busca ativa de pacientes nas enfermarias. Tais profissionais buscam atender os pacientes e familiares de acordo com a demanda analisada. Ademais, foi pontuada nas entrevistas a importância destes profissionais interagirem com os pacientes, familiares e demais profissionais diante do processo de morte/morrer.

Às vezes eu percebo angústia que é da equipe, eles me solicitam para aquele paciente mas eu vejo que é porque eles que estão com esta dificuldade, às vezes estão mais angustiados. Às vezes o paciente mesmo nem tem condição de atendimento por causa do quadro grave. Claro, a gente aborda a família, mas enfim [...] Eles (profissionais da enfermagem) me solicitam bastante. (P 1)

Eu estou atuando nas duas. Só que na X (cita o nome da segunda enfermaria referida) é mais por parecer. Porque na X (cita o nome da primeira enfermaria referida) eu já fazia busca ativa. Mas agora, até a busca ativa tem dia que não é possível [...] Mas eu tenho esse hábito de passar todo dia [...] Claro que eu não fico esperando só o parecer, não. Informal, solicitação informal eu também atendo. (P 1)

Chegou paciente, teve a solicitação, eu vou fazer uma abordagem com o paciente e avaliar se tem uma demanda de escuta, uma demanda de angústia [...] Paciente, às vezes, não tem uma demanda: ou ele não quer falar, ele não quer atendimento ou ele já está muito debilitado e não tem condições de ter o atendimento [...] Vou discutir com a equipe, vou procurar me [...] se inteirar do caso, como é que está o caso e, tendo a possibilidade de atendimento, daí eu volto, retorno. Então eu sempre tento retornar para ver a possibilidade de poder ter o atendimento. E a família, abordo a família. Também avalio como é que está a demanda dessa família, se tem demanda para atendimento ou não. Também, vejo a possibilidade de atender. (P 1)

Eu não sei como que é o processo da psicologia aqui, mas eventualmente eu vejo que a psicologia passou no meu paciente antes mesmo, eu vejo pelas evoluções, antes mesmo de eu pedir. Não vejo isso com uma frequência tão grande, da mesma forma como o enfermeiro diarista passa em todos os meus pacientes. Mas eu acho que seria interessante (os pacientes em processo de morte/morrer receber visita/acompanhamento da psicologia). (MA 1)

Algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais da psicologia que atuam nas enfermarias foram apontadas pelos mesmos nas entrevistas. Os participantes reconhecem que nem todos os profissionais têm a cultura de pedir acompanhamento da psicologia e escutá-la. Relataram que acontece frequentemente dos médicos pedirem parecer da psicologia depois de ter conversado com a família do paciente sobre o seu prognóstico de terminalidade e que, na maioria dos casos de pacientes em terminalidade nas enfermarias, os médicos não pedem parecer da psicologia.

Mas a gente sabe que nem todos os profissionais têm essa cultura de pedir acompanhamento, de escutar a gente um pouquinho. Então, o pessoal da cirurgia, a gente percebe que eles já tomam as decisões. Eles pedem o encaminhamento, o parecer, mas depois [...] Geralmente é assim: antes do médico pedir a enfermagem já me pediu. Ou enfermagem ou serviço social. Aí eu já estou atendendo. Quando chega parecer, geralmente eu já estou atendendo [...] geralmente ele pede depois de acordo com a reação da família. Quando ele percebe que a família não está dando conta ou de que o paciente também não ficou bem. (P 1)

Acontece também, agora nem tanto. No início acontecia mais, de chegar para mim um parecer e o paciente já estava lá há muito tempo e eu já podia estar trabalhando com aquele paciente, com aquela família e não chegou para mim. (P 1)

As (inter) ações dos assistentes sociais com os pacientes, familiares e outros profissionais diante da terminalidade e morte de pacientes nas enfermarias são apresentadas nas falas abaixo:

E a gente também chama a assistente social caso ela esteja presente porque a assistente social tem o papel, acho nessa hora, muito importante de procurar saber se essa opinião desse familiar é compartilhada pelos demais familiares. (EA 16)

No caso de óbito mesmo, de já ter ocorrido o óbito, às vezes acontece de nem passar por nós. No geral não passa [...] O serviço social atua nos casos em que o paciente ou familiar, no caso, ele não tem condições de arcar com o sepultamento. E aí a gente faz orientações sobre o auxílio funeral, que é um benefício mesmo para famílias de baixa renda. (AS 1)

O serviço social, ele, nessa questão do óbito é raro ele ser chamado. Normalmente para auxílio funeral quando a família não tem condições de arcar. A gente orienta, embora as funerárias já fazem boa parte disso. A gente fica mais nessa parte de orientação caso precise de auxílio funeral pela prefeitura. (AS 2)

Quando a família está presente a nossa atuação é mínima. Tem família, está aí e tudo. Mas quando não tem a gente tem que atuar mais, buscar referência, trazer. Se não tiver aí que a gente vai cuidar no processo do óbito, a gente vai ter que ver com a prefeitura, Ministério Público [...] ver, legalizar documento, fazer todos esses trâmites aí para fazer o funeral. (AS 2)

Porque eu não vejo muito a nossa intervenção. Não que não seja importante. Ela é importante, mas eu vejo algo muito mais ligado à subjetividade do que às questões objetivas. Porque eu acho que a nossa profissão busca muito dar respostas e promover um pouco mais de acessibilidade para o paciente e para a família. E o paciente que está em processo de morte, isso não existe, não tem! Então, acho que foge muito um pouco daquilo que é próprio do serviço social. (AS 3)

Os participantes entendem que os assistentes sociais têm o papel muito importante de procurar saber a opinião dos familiares dos pacientes, devendo trabalhar junto com o restante da equipe multiprofissional para acolher a família. Os assistentes sociais que participaram deste estudo destacam sua atuação diante do processo de morte/morrer de um paciente especialmente em questões de buscar referência familiar

do paciente caso não seja conhecida, dar orientações sobre direitos dos pacientes e familiares, esclarecimentos de dúvidas acerca de atestado de óbito e auxílio funeral.

Há quem acredita que a atuação diante do processo de morte/morrer de um paciente foge um pouco da atuação do serviço social por considerar que os assistentes sociais trabalham buscando respostas e promoção de acessibilidade para o paciente e que isso não é possível de ser feito para o paciente que está em processo de morte e para a sua família.

Apesar das fragilidades apontadas na atuação das diferentes categorias profissionais, os participantes da pesquisa reconhecem a necessidade e as contribuições de uma equipe multidisciplinar integrada no gerenciamento do cuidado diante do processo de morte/morrer.

Acho que não só enfermagem, mas acho que precisa do nutricionista, do fisioterapeuta, de um psicólogo que eu acho que é importantíssimo para poder estar lidando com esse paciente (TE 10)

Antigamente, há anos atrás, o médico que tinha que levar essa abordagem toda, até uma abordagem que ele nem tinha conhecimento [...] Então, isso aí facilitou demais para a gente. Porque a gente só fica na esfera médica agora. Muito mais fácil! Agora, sobre abordagem da morte, eu acho que a equipe sempre pode funcionar. (MA 2)

Ajuda muito. Ajuda inclusive a gente [...] Por exemplo, a fono está na parte dela, a fisioterapia está ali movimentando o paciente. Isso tudo está ajudando a gente porque está evitando complicação. (MA 3)

Considerando a importância da comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar no cuidado com pacientes e familiares no processo de morte/morrer, destaca-se nas falas a importância da comunicação entre os integrantes da equipe, especialmente a comunicação verbal, no cuidado com pacientes e familiares no processo de morte/morrer. Foi pontuado, também, que as decisões sobre as condutas a serem tomadas com o paciente deveriam ser tomadas de forma consensual entre os membros da família, paciente e profissionais de saúde, não apenas com o médico assistente. Sendo assim, destacou-se que provavelmente será melhor a comunicação com o paciente em terminalidade e com sua família se houver um trabalho em equipe mais efetivo.

A família e o paciente serem informados de toda a situação junto com a equipe médica. A partir do que a equipe médica conversou, automaticamente eles têm um conforto maior. (EA 6)

A questão de alívio da dor, de sintomas e acho que ter essa troca entre a equipe mesmo, entre todos os membros. (TE 10)

Eu acho que, talvez, se tivesse esse trabalho em equipe mais efetivo, não sei... conversar melhor com essa família. Não sei. (AS 1)

Os participantes indicam que a comunicação da equipe multidisciplinar com os pacientes e familiares no processo de morte/morrer precisa ser estimulada e que envolve esclarecer o diagnóstico e prognóstico do paciente, elucidar dúvidas e dar apoio.

Haveria necessidade de uma gerência e trabalhar melhor essa temática com eles (pacientes). (EA 17)

Quem vai te dar todo parecer do paciente tem que ser o médico. A enfermagem não pode ter essa postura. (TE6)

Uma equipe que envolve tudo, desde assistente social, psicólogo. Estar preparando familiares para futura perda que pode ocorrer do paciente. (TE 7)

Mas eu acho que a comunicação com o paciente, essa é uma falha da nossa, pelo menos da minha formação, acaba que a opinião do paciente não sendo muito ouvida. Talvez porque a gente não pergunte. Não é ouvida porque a gente não pergunta! (MA 4)

Foi citado que, às vezes, o médico faz orientações a outros profissionais para que conversem com pacientes com o cuidado de não entrar em detalhes sobre seu diagnóstico e prognóstico porque eles não o conhecem.

Eu já vi um caso de paciente que descobriu um câncer terminal. E eu vejo as pessoas com 'muitos dedos', com medo de conversar com o paciente. Às vezes eu vejo o médico com medo de falar diretamente e pergunta para a família se a família quer que o paciente fique sabendo. E aí, às vezes, vem passar para a gente: 'Olha, é um caso assim. Então você conversa assim. Tipo assim, meio cheio de dedos mesmo'. (AS 1)

Ressalta-se que nem sempre há consenso dos profissionais acerca da comunicação do diagnóstico e prognóstico ao paciente. Apresenta-se uma fala onde o participante defende que cada um tem uma maneira de lidar com a morte e que cabe ao médico assistente e ao psicólogo avaliar se o paciente deve saber sobre o diagnóstico de uma doença incurável e prognóstico de terminalidade.

Porque, como eu estou te falando, cada um tem uma maneira de abordar, cada um tem uma maneira de querer ou de fazer ou de arguir. Por exemplo, como eu te falei, às vezes algum psicólogo acha que o paciente tem que saber. Eu acho que não tem. Então, isso pode criar uma [...] entendeu? [...] Eu acho que aí, quem vai comandar um detalhe desse tipo é o profissional que está na frente do processo, que nesse caso é o médico. Está certo? E a psicologia, também, que vai estar dentro dessa abordagem. A psicologia também. Muitas vezes o médico até vai sair de cena e passa tudo para a psicologia. (MA 2)

Também ocorre da equipe médica não entrar em consenso a respeito das condutas a serem tomadas com o paciente, não conseguindo ter uma unidade de

pensamento e conduta entre os profissionais, ocorrendo condutas diferentes com o paciente. Um exemplo ilustra isso.

Eu acho que, como não existe um consenso entre a própria equipe, às vezes, porque um quer levar para o CTI, o outro quer entubar e o outro não quer. Um acha que tem que terminar os esforços naquele momento e o outro sempre tenta investir, troca antibiótico pela décima quinta vez [...] a gente não consegue ter uma unidade [...] Então, às vezes o médico assistente não é uma pessoa só, é um grupo ou não deixou claro se é para investir ou não naquele paciente e cada um que chega, cada plantão que chega toma um conduta diferente. (MA 4)

A subcategoria **Utilizando signos e significados diante do processo de morte/morrer** versa sobre os signos apresentados pelos participantes quando discorriam sobre o processo de morte/morrer. O homem o tempo todo se comunica e uma das formas de fazer isso é através da língua, que é um sistema de signos convencionais usado pelos membros de uma mesma comunidade.

O signo, por sua vez, é o resultado da junção de um componente chamado significante e de outro denominado significado. Significante é a imagem acústica/fônica do signo e significado é o valor, sentido ou conteúdo semântico de um signo, de modo que envolve a parte abstrata, com valores simbólicos e ideológicos associados ao signo. Desta forma, o significado é um conjunto complexo de informações acumuladas ao longo da história da humanidade e traduz um processo histórico de formação de conceitos (BILOTTI, 2013).

As sociedades simbolizam a morte. Isso foi destacado na fala de um participante, que pontua que simbolizamos a morte porque lidar com ela é muito sofrido.

Eu vejo uma dificuldade muito grande nesse sentido de gerenciar essa coisa de sofrimento e morte mesmo que o hospital seja no imaginário da sociedade o local onde se morre, vamos dizer assim. Mas se morre de uma maneira muito sofrida. Também, para o profissional, lidar com a morte é muito sofrido. E é mesmo pois se não, não se simbolizava, as sociedades não fariam isso. (P 3)

O significado da morte varia para cada pessoa e foram citados nas falas alguns aspectos que interferem nesta significação como idade do paciente, sua patologia e a condição de saúde apresentada.

Depende do paciente, da idade, da situação, da doença. Se é um paciente que tem uma doença grave, você vê que está num processo que não tem recuperação, a gente aceita. A gente vê que vai ser até um sofrimento a menos para a pessoa. É diferente de um jovem, de uma criança, de um paciente recuperável. Acho que depende do paciente, da condição dele, da idade. (EA 13)

Eu acho que a morte tem muitas representações e muitas maneiras [...] Então, para mim há vários significados, desde o alívio até o sofrimento de um pai que

poderia estar vivendo com esse filho mais novo um longo período da vida. (EA 17)

Isso (o significado da morte de um paciente) depende muito. (EA 18)

Exemplos de distintos significados da morte de um paciente foram citados na pesquisa. Um participante exprime bem as possíveis representações da morte de um paciente, onde citou que o paciente pode significar para a equipe mais um paciente, apenas; pode significar para a família o seu ente, seu familiar, a morte de uma pessoa que tinha uma história, a perda de um elo da família. Considerou-se que a família nunca será a mesma num evento de final de ano, no Natal, numa festa quando morre um jovem.

Eu acho importante, aí, a gente ver que tem uma pessoa que, às vezes, representa mais um paciente, para a família representa o seu ente, o seu familiar, aquela pessoa que tinha uma história, que talvez era o elo de uma família que se perde, era um jovem que nunca mais a família vai ser a mesma... num evento de final de ano, no Natal, numa festa. (EA 17)

A partir de agora serão apresentados os diferentes significados da morte que foram mencionados nas entrevistas. A morte é vista por umas pessoas como o um processo natural da vida, algo que faz parte da realidade da vida.

Como algo natural que hoje você está passando e amanhã sou eu, entendeu? (EA 2)

Mas na verdade, pensando mesmo longe da situação a gente vê que a morte não precisa ser justificada, que a morte em si é um processo natural.” (EA 16)

Basicamente a gente sabe que é um processo, a morte é um dos processos da vida e que todos nós estamos fadados a isso [...] é um processo da vida e que todos nós estamos fadados a ela. (EA 18)

[...] essa coisa que é real, que é do homem. (P 3)

A morte foi expressa como um assunto íntimo, familiar.

Então, morte é uma questão muito delicada [...] é um assunto muito familiar. (AS 2)

A percepção da morte como um alívio, um descanso para os pacientes também foi apontada nas falas. Os participantes percebem a morte como um alívio para o sofrimento de alguns pacientes internados, como, por exemplo, quando eles ficam muito tempo internados, têm uma doença irreversível ou estavam numa situação que gerava sofrimento.

No meu caso, como eu trabalho com cuidados paliativos, é um descanso. O sofrimento acaba. (fala pausada) Para mim isso significa acabar o sofrimento. (EA 8)

Se é um paciente que tem uma doença grave [...] A gente vê que vai ser até um sofrimento a menos para a pessoa. (EA 13)

E, às vezes, alguns a gente conhece, é uma pessoa que teve uma história de vida sofrida, teve dificuldades, faltou família, faltou tudo. De repente, às vezes a gente vê que foi um descanso. A pessoa já esteve num quadro tão sofredor que vejo que para ele, às vezes, foi um descanso. (TE 3)

A manifestação da compreensão da morte como perda também foi feita por alguns participantes.

Uma perda [...] (EA 7)

Porque eu sei o que é passar por perda, é uma coisa violenta. (EA 7)

Perda do ente querido. (EA 17)

Mas a gente sabe que é uma cirurgia de risco e a gente já perdeu paciente nesse tipo de cirurgia. (MA 4)

A concepção da morte como um fracasso, um insucesso, foi exibida por alguns participantes. Eles compreendem a morte de pacientes como um fracasso terapêutico, como uma demanda de cuidado pelo paciente que a equipe não deu conta de atender.

Eu lido como um fracasso. Eu sinto isso. Porque geralmente eu penso assim: 'alguma coisa ficou falha'. (EA 16)

Me sinto triste porque houve uma demanda de cuidados, de atenção, sem êxito. (TE 6)

Porque eu percebo que a equipe está muito preparada para salvar vidas mas não está preparada para lidar com a morte porque a morte representa o fracasso da equipe. (P 1)

Por mais que você fale para o paciente antes que tem o risco da cirurgia, mas quando ele complica é muito difícil você encarar esse insucesso. (MA 4)

O entendimento da morte como uma partida foi expresso em algumas entrevistas.

Porque nessa hora é um ente querido que se vai. (TE 1)

A gente está convivendo com um paciente que a qualquer momento ele pode partir. (TE 11)

Aí começa aquela cobrança da família: 'você está sendo egoísta. Deixa ele ir'.(P 1)

A concepção da morte como desenlace foi explicitada em uma das entrevistas.

[...] até o desenlace dele. (MA 2)

A morte como uma possibilidade de desfecho do trabalho na área da saúde foi expressa.

Para mim, eu acho que é o fim de um trabalho. É um trabalho que foi finalizado, que deu certo ou não. Óbvio que a gente faz de tudo para que dê certo, mas às vezes o dar certo é a morte, às vezes o fim é esse mesmo, não tem outra opção. (EA 4)

Também foi feita menção da percepção de que a morte é vista por alguns profissionais como não merecimento de cuidado.

Às vezes a gente lida com uma frieza tão grande depois que a gente encara como se a morte seja a ausência já de merecimento de cuidado nosso. (EA 16)

Algumas mortes são consideradas evitáveis pela equipe de saúde.

E às vezes você vê o contrário, uma morte evitável [...] (EA 18)

E por muito que eu fico sentido por tudo que você tentou, seja uma parada que não teve sucesso, outros casos que não foram descobertos a tempo para poder salvar aquela pessoa. (TE 7)

A linguagem utilizada pelas pessoas diante do processo de morte/morrer foi ponderada. Foi apontado que as expressões utilizadas pelos profissionais para se referir ao processo de morte/morrer têm significados que precisam ser considerados.

Porque o corpo que nós trabalhamos, o corpo que na verdade faz parte do humano não é um corpo biológico, é um corpo simbolizado, é um corpo que vai muito além dessa carne e osso. E é um corpo simbólico, inclusive no sentido da palavra, de uma linguagem que até precede o sujeito. O sujeito nasce diante de um mundo que é de linguagem e que vai aprender, enfim, fazer seu próprio percurso a partir daí. (P 3)

A fala acima traz à tona a questão do mundo da linguagem e do corpo simbolizado. Ponderou-se que o corpo que faz parte do humano não é um corpo biológico, é um corpo simbolizado e considerou-se que é um corpo simbólico inclusive no sentido da palavra, de uma linguagem que até precede o sujeito e que este aprende a fazer seu próprio percurso a partir de um mundo que é de linguagem.

Outro apontamento do estudo é de que existem discursos no hospital que são feitos e defendidos pelos profissionais das mais diversas categorias que envolvem o que é o homem, a doença, a saúde, dentre outras questões. A fala abaixo reconhece que circulam discursos no hospital e que há um discurso hoje em dia da medicina de como se encara a questão da doença e o doente, considerando o homem a partir de uma equação de homem + (mais) doença e que esse discurso médico atual diz que se a doença for eliminada, retorna-se a um homem unificado, harmonioso, são.

Mas eu acredito muito na questão dos discursos que circulam no hospital. No hospital existe o discurso médico, o discurso da enfermagem, o discurso, enfim [...] Me parece que há um discurso hoje em dia, da medicina, principalmente, e a enfermagem embarca muito nisso que é a questão de como se encara a questão da doença e o doente. Há uma tendência no discurso médico de considerar o homem, o ser humano a partir de uma equação que é [...] isso,

tem um autor chamado Jean Didier, que fala sobre a ordem médica, ele coloca isso: que é uma equação de homem + doença. Então, se você elimina a doença, você retorna a um homem unificado, um homem harmonioso, a um homem são. E não é isso! Ninguém é dividido. O ser humano não é dividido. (P 3)

Mencionou-se que a enfermagem, muitas vezes, acompanha o discurso da medicina de como se encara a questão da doença e o doente. Ainda, destacou-se que o significado de saúde varia de acordo com os simbolismos de cada um e que a ideia de que todos procuram o hospital buscando a cura é questionável.

Essa ideia de um homem que busca atendimento médico para se curar é muito questionável, inclusive. Há aqueles que buscam atendimento médico, por exemplo, não é para se curar, mas para se manterem na própria doença, inclusive. Então, essa ideia da cura, ela é muito questionável nesse sentido, de algo que 'será que é uma cura, de fato ou o sujeito quer se manter num lugar, que é o lugar simbólico, inclusive?'. (P 3)

Até a organização do espaço hospitalar é feita no sentido de manter a ordem em meio à desordem. A fala abaixo exprime que o termo paciente é muito voltado para o sujeito que tem que estar submetido a regras, a uma ordem médico-hospitalar. Afirmou-se que o jaleco branco não é só usado devido ao discurso sanitarista, mas para transmitir a ideia de ordem, limpeza, tranquilidade do ambiente onde o profissional e o paciente estão.

É muito interessante o termo paciente porque ele é muito voltado para esse sujeito que tem que estar submetido a uma ordem que é uma ordem médico-hospitalar e tal e todas essas regras enormes. (P 3)

Essa coisa da emoção, do familiar se desesperar, de chorar, gritar, enfim, de fazer barulho no local que é muito *clean*. A gente usa jaleco branco apesar do discurso sanitarista, não é só isso. Essa coisa muito branca demais, que o paciente tem que ficar deitadinho esperando e o choro, o desespero, o grito de um familiar, ele dá um corte a essa serenidade hospitalar. Ele mostra que na verdade o hospital também é um lugar onde há essa dimensão do afeto, do afetivo. (P 3)

A evitação da morte foi percebida de diferentes maneiras. Citou-se o exemplo de uma expressão comumente utilizada pelos profissionais da área da saúde quando vão falar que um paciente morreu e dizem ele "foi a óbito". A fala do participante demonstra que as expressões utilizadas pelos profissionais para se referirem à morte fazem parte de todo um contexto em que se nega a morte.

Há uma dificuldade nesse sentido. Eu me lembro de uma coisa que eu ouço muito vocês da Enfermagem falarem que me parece um eufemismo é que, quando você vai falar de alguém que morreu, se diz 'ele foi a óbito'. Eu acho que mais que uma frase, uma fraseologia, isso é um sintoma, de fato, de uma defesa que se evita exatamente isso que eu estou falando, de dizer que a pessoa morreu, que somos mortais. Mas isso se dá não é por acaso. Isso faz parte de todo um contexto que, enfim, ela é jogada para debaixo do tapete. (P 3)

Indicou-se que até nos símbolos evitamos falar da morte. Os túmulos são de pedra, as flores de plástico. Até nos símbolos ligados à morte usamos materiais que não são depreciados facilmente, na tentativa de não encarar e aceitar a finitude. Mas considera que o que eterniza realmente um sujeito não é o túmulo de pedra e a flor de plástico, mas as obras que ele fez durante a vida.

A gente evita a todo momento, até nos símbolos: os túmulos são de pedra, as flores são de plástico. Se tenta eternizar o corpo através disso tudo e se pode eternizar de outras maneiras. Se eterniza até pelo simbólico, pela obra, pelo que se fez. (P 3)

Na subcategoria **Negando a terminalidade da vida** os participantes mencionam que os seres humanos, muitas vezes, não esperam morrer e têm dificuldade em aceitar a morte e o envelhecimento, geralmente os negando. As falas indicam que a morte não é aceita pela maioria das pessoas na nossa sociedade e que as pessoas negam a morte e, também, o envelhecimento. Diante disso, evitam pensar e falar sobre o processo de morte/morrer, embora a morte faça parte da natureza humana.

Poque ninguém aceita. Ninguém aceita! Ninguém aceita a morte nem de um animal, não é verdade? (EA 15)

A gente esquece que uma hora chega a morte e que a gente tem que encarar não como um fracasso do profissional, mas que como qualquer outro ser humano vai estar próximo ao fim. Uma hora vai chegar o fim [...] é o fim de toda espécie. (EA 16)

Todos sabemos que a morte é um processo da vida, mas o que acontece? Hoje em dia a gente vive numa sociedade que quer remédio para tudo, inclusive para a morte. As pessoas não querem envelhecer, as pessoas não querem ficar com as dificuldades que vêm mesmo a partir da idade [...] Às vezes aquela coisa de achar que, além desse imediatismo, de achar que as coisas vão viver eternamente, que nada tem fim. (EA 18)

A morte ainda causa muita angústia para todo mundo. Eu não sei se eu poderia falar da enfermagem como um todo, mas eu percebo muito que, individualmente, algumas pessoas, alguns técnicos e enfermeiros têm a tendência de negar um pouco, de ter mais dificuldade para lidar com as emoções e aí, evitar mais esse paciente e a família, eu acho. (P 2)

Há uma dificuldade a meu ver. Uma dificuldade que não é restrita ao hospital. Ela é restrita a uma sociedade, uma sociedade que nega a morte, que nega o sofrimento. (P 3)

Embora seja do ser humano, a gente não está totalmente acostumado com essa ideia de morte. A gente sabe que vai acontecer, que vai, mas até para nós lidar com isso é complicado. (AS 2)

Esta negação da morte ocorre, também, com os profissionais que cuidam dos pacientes em terminalidade. Os participantes mencionam a tendência de afastar o pensamento da possibilidade de morte dos pacientes, negar que ela vai acontecer com alguns. Há menção de participantes de que os profissionais de saúde trabalham e lutam

pela vida e pela cura, o que traz dificuldades para a assistência e o gerenciamento do cuidado.

Claro, o hospital trabalha pela vida, ele luta pela vida. (AS 2)

Mas eu acho que em relação à morte existe ainda um distanciamento muito grande do médico pensar que ele pode curar e salvar todo mundo. (MA 1)

Porque a gente tende sempre a negar que isso vai acontecer com nosso paciente. A gente vai sempre reestabelecer o cuidado. Então, afastando sempre ideias de morte[...] Eu, para te falar a verdade, eu fico pensando como que eu trabalho o processo de morte. Eu trabalho é pela vida! Então, quando você fala X (cita o próprio nome), como que é feito o gerenciamento do processo de morte? Eu falo: 'Gente, não! Não vamos gerenciar esse processo, não. Vamos trabalhar e lutar é só pela vida. Vamos negar essa morte aí'. Mas é uma realidade. (EA 16)

Também, os familiares dos pacientes projetam esperanças na melhora ou cura do ente querido ao se depararem com os profissionais da área da saúde e, às vezes, se apegam a alguma informação para não aceitar a terminalidade do ente querido.

Eu acho que um paciente quando olha a enfermagem, ele olha assim, como aquele profissional que vai ajudar a segurar a vida dele. (EA 11)

Família, muitas vezes [...] eu percebo que muitas vezes eles querem que você diga para eles que não vai morrer. Eles querem ouvir isso e a gente não tem como estar falando isso e nem tampouco afirmar que vai acontecer isso. (EA 13)

Tem o profissional que dá mais atenção, tem o profissional que tem mais trato para lidar com isso e tem, também, a questão da família, como é que ela vai se apegar, qual informação que ela vai se apegar até para justificar uma forma de não aceitar esse processo de morte. (AS 3)

Diante disso, são percebidas atitudes dos profissionais no sentido de realizar procedimentos/intervenções nos pacientes em terminalidade, como se a cura deles fosse viável e o afastamento da morte fosse sempre possível. Participantes relataram intervenções nos pacientes em terminalidade com o objetivo de buscar a cura e citaram a dificuldade dos profissionais, especialmente dos médicos, em realizar um cuidado buscando o conforto e o alívio dos sintomas para os pacientes onde a cura não é mais possível devido à presença de doenças que ameaçam a continuidade da vida.

Aqui a gente tem a coisa de sempre chamar o plantão e o plantão intervir. Então o enfermeiro nunca faz um gerenciamento, pelo menos ao meu ver. Eu nunca fiz, disso de cuidado paliativo porque eu sempre vou tentar intervir. (EA 5)

Porque eu percebo que a equipe está muito preparada para salvar vidas mas não está preparada para lidar com a morte porque a morte representa o fracasso da equipe. Sendo que a morte faz parte da vida! Vai chegar uma hora que tudo que a equipe podia fazer foi feito no sentido de curar. Então, vamos cuidar agora! Isso é muita coisa. (P 1)

Era um paciente que estava lá internado no setor, na enfermaria, que deveria estar em cuidados paliativos. De uma certa forma estava porque os cuidados estavam acontecendo, mas nada formalizado e esse paciente, a família acompanhando [...] O paciente teve uma parada na enfermaria. Qual era a orientação? Era não investir, só que a família entrou em desespero [...] Aí entubaram o paciente e levaram na hora para o CTI. O paciente ficou alguns meses no CTI, era paliativo. (P 1)

Então, eu acho que tem uma dificuldade de lidar com a ideia de que alguns pacientes são terminais e que você vai ter que cuidar dele na enfermaria e que não vai ser feito nenhum método mais invasivo e que ele não vai para o CTI. (MA 4)

Eu acho que a morte tem muitas representações e muitas maneiras. Se você pegar um paciente que está grave, que está complexo dentro de uma UI (Unidade Intermediária, conhecida na instituição também como ECE-enfermaria de cuidados especiais), com noradrenalina com dose extrapolando a sua indicação. Então ali você está vendo que há um sofrimento daquela pessoa no máximo. Aquela pessoa permanece viva por questões de tecnologia. (EA 17)

Algumas falas indicam o porquê dos médicos optarem por realizar intervenções/procedimentos nos pacientes em terminalidade mesmo sabendo que a morte faz parte do curso da doença apresentada e diante dos sinais que o paciente apresenta. Às vezes, são realizados procedimentos no paciente que não resultarão em mudança no quadro clínico a fim de confortar a família que está ansiosa e que não aceita a terminalidade do ente querido.

Também, mencionou-se que alguns médicos realizam intervenções nos pacientes para evitar que eles faleçam no seu plantão, chegando a usar medicamentos vasopressores em doses muito altas para evitar a morte do paciente durante seu período de trabalho. Há indicativos de que os profissionais da instituição não estão habituados a lidar com a ideia de terminalidade de alguns pacientes e que a cultura predominante é de buscar a cura dos pacientes.

Então, eu vejo que cada um ainda age de acordo com aquilo que eles aprenderam ou que eles acham correto, entendeu? Ou até mesmo para passar o plantão, infelizmente. 'ah, não, não vai acontecer um óbito no meu plantão. Vou passar para frente'. (EA 8)

E às vezes eu vejo muito na questão de pacientes mais graves ou com uma situação mais dolorosa em que a família não entende isso, que fica desesperadamente se agarrando àquilo como se aquilo fosse... ou pessoas muito idosas. (EA 18)

Então eu acho que todo mundo que está parando todo mundo acha que tem que investir, que tem que fazer todas as manobras, que tem que levar para o CTI. Porque aqui não está habituado a ficar com a ideia de estar sem prognóstico, paciente que vai morrer de qualquer jeito. Não é que vai morrer de qualquer jeito, mas que vai evoluir para a morte de qualquer forma. (MA 4) Quantas vezes pacientes mais jovens que a família fala: 'Nossa, ele é minha vida de qualquer jeito. Eu quero levar para casa de qualquer jeito'. (MA 4)

As falas demonstram que os médicos realizam procedimentos intervencionistas nos pacientes em terminalidade para aliviar o sofrimento da família; para evitar que os pacientes faleçam durante seu horário de trabalho, aos seus cuidados; porque, muitas vezes, as famílias não compreendem bem o processo de morte/morrer do ente querido e não aceita a morte; pelo fato de não ter na instituição uma cultura de cuidados paliativos para os pacientes que têm a indicação de recebê-los.

Alguns negam a terminalidade tentando dar esperança de recuperação do paciente em terminalidade tanto para os pacientes quanto para os familiares mesmo sabendo da terminalidade do paciente. Acreditam que falar do processo de morte/morrer com eles seria como dar uma sentença de morte e tirar sua esperança de recuperação.

A gente procura, se o paciente estiver vigil, a gente procura conversar com ele, dar esperança para ele: 'o senhor vai melhorar[...] está melhorando'. Não é mentir, não é omitir, mas é dar esperança para ele. 'Está melhorando, vai ficar tudo bem, está melhorando'. (EA 7)

Nunca eu inicio conversa com o paciente por causa disso, de medo. E tenho até um certo receio que venha a comentar alguma coisa. Mas quando isso acontece eu tento amenizar, dar pelo menos uma certa esperança, uma confiança para não dar uma palavra final (TE 3)

Tentar passar esperança até o último momento, 'você vai conseguir', 'aqui você está no lugar certo que vai te ajudar' [...] Eu não teria a coragem de tirar a esperança dele, não. (TE 4)

Indicou-se que há deficiência de reflexões pelos profissionais sobre o processo de morte/morrer, que é difícil o enfermeiro aceitar que precisa gerenciar o cuidado diante do processo de morrer de um paciente e da sua família, de forma que apontou-se a necessidade de estimular o pensamento sobre a vida e a morte e compreender melhor as necessidades dos seres humanos diante deste processo e o seu papel como ser humano e profissional.

Porque a gente tende sempre a negar que isso vai acontecer com nosso paciente. A gente vai sempre reestabelecer o cuidado. Então, afastando sempre ideias de morte. Eu acho que o tema do seu trabalho coloca na gente muita coisa a pensar, muito trabalho a ser desenvolvido. Porque é muito difícil a gente aceitar esse nome 'processo de morte'. Porque não! O enfermeiro está aqui para lutar pela vida. (EA 16)

As atitudes de negação e evitação da morte fazem parte de uma cultura ocidental expressiva, que não prepara as pessoas para lidar com a morte, de modo que as pessoas evitam, até mesmo, falar sobre isso. Evita-se falar sobre processo de morte/morrer e há necessidade urgente de modificar isso, inclusive, conforme citado em uma das falas, há de se pensar e falar nisso desde a infância. Considera-se que a

sociedade tem dificuldade de lidar com o processo de morte/morrer porque nega o sofrimento e a morte, a finitude.

Eu acho que falta preparo também. Que a gente nem na faculdade, nem no colégio, nem na vida a gente é preparado para essas coisas. Acho que é coisa que desde criança tem que ser conversado e a gente evita ao máximo de falar. (EA 14)

Há uma dificuldade a meu ver. Uma dificuldade que não é restrita ao hospital. Ela é restrita a uma sociedade, uma sociedade que nega a morte, que nega o sofrimento. Isso foi construído a partir de uma época pós moderna e de uma pós modernidade, também, em que se nega a todo momento a finitude. E o espaço hospitalar não é exceção. Eu vejo uma dificuldade muito grande nesse sentido de gerenciar essa coisa de sofrimento e morte mesmo que o hospital seja no imaginário da sociedade o local onde se morre, vamos dizer assim [...]E o nosso mundo nega, inclusive no sentido de evitar falar sobre a morte, de falar do sofrimento que gera essa finitude [...] O problema é que nós evitamos muito isso. (P 3)

Indicou-se a influência da ciência na (re) ação das pessoas diante do processo de morte/morrer. Destacou-se que a ciência quer controlar as coisas e que isso gera nas pessoas a crença de que podem afastar a morte e, talvez, eliminá-la e citou como exemplo a criogenização, onde congela-se um corpo na esperança de que no futuro a ciência consiga vencer a morte e ressuscitar os corpos.

Se tenta dar conta, se tenta controlar. Não se pode controlar isso [...] a ciência tem essa tendência [...] Hoje em dia existe nos Estados Unidos uma metodologia chamada criogenização. Você congela um corpo [...] Congela o corpo do sujeito porque é esperança de que daqui a cem, duzentos anos a ciência consiga vencer e ressuscitar os corpos. Então, se fala até no sujeito ahistórico [...] Então, há essa coisa da gente afastar a morte. (P 3)

A própria formação dos profissionais da saúde reforça a negação da morte e a busca incessante pela cura dos pacientes.

O objetivo maior da saúde, em qualquer profissão, seja médico, seja enfermeiro, seja fonoaudiólogo, seja nutricionista, é trabalhar com essa perspectiva da melhora, da cura, do tratamento. A gente nunca pensa que, a gente nunca quer que chegue nesse ponto da morte. O tratamento. É isso que a gente pensa: a cura, o tratamento, a cura e a melhoria da qualidade de vida daquele doente. A gente nunca, a formação nunca é muito voltada para essa questão da morte, que é inevitável. (AS 3)

Acha que a cultura do profissional de saúde é salvar, reverter, é curar. Então, todo mundo pensa nesses termos. (MA 4)

Esta evitação de pensar e falar na morte pode gerar um distanciamento do profissional da família e do paciente e não é terapêutica.

Mas eu acho que em relação à morte existe ainda um distanciamento muito grande do médico pensar que ele pode curar e salvar todo mundo. E eu penso que a gente pode e tem que aliviar a dor, não necessariamente curar. E, às vezes, um distanciamento por algo mal resolvido, mal compreendido de estar lidando com a possibilidade de morte. (MA 1)

Acho que como não é o perfil do hospital trabalhar com pacientes que têm essa terminalidade já bem definida, de modo geral as pessoas não lidam muito bem porque lidam como todos sendo reversíveis. (MA 4)

Isso aí a gente não pode brigar contra a coisa, querer fugir da coisa. Porque se você fugir deixa de ser terapêutico. (MA 2)

Alguns participantes acreditam que evitar falar de morte pode revelar o medo que a pessoa tem de morrer, pois a morte do outro revela a minha fragilidade e a minha mortalidade e que a morte pode significar a perda ou o fracasso do profissional na busca da recuperação da saúde do paciente.

Frieza ou medo da morte. Pode ser medo da morte, também. Porque todo mundo tem medo de morrer. (TE 8)

Eu acho que ninguém está acostumado a perder. A gente quer sempre que o paciente fique bem, que ele vá para casa, recupere. Eu acho que é complicado. Ninguém está acostumado. Por mais que a gente tenha anos de profissão a gente não acostuma com isso. (TE 10)

Foram feitas indicações do que se acredita ser a assistência adequada para os pacientes em terminalidade, destacando a não realização de procedimentos intervencionistas e a permissão aos pacientes de uma morte serena, livre de sofrimento, dor e sintomas desagradáveis. Defende-se que os profissionais da saúde têm que fazer com que a pessoa aceite a morte, no sentido de ajudar os pacientes e familiares a lidarem com o processo de morte/morrer de forma menos sofrida.

Aqui não é por causa do paciente do lado. Porque ele não está num quarto sozinho. Porque a gente vive aqui num quarto em trio. São três leitos. Eu sei que esse paciente não devia investir. Gente, paciente em fase terminal de câncer... podia deixar ele ter uma morte serena, deixar o espírito santo agir ali, entendeu? Mas e o paciente do lado? (EA 15)

A gente tem que fazer com que a pessoa aceite a morte. (EA 15)

5.8 CATEGORIA 8: VISLUMBRANDO CAMINHOS PARA MELHORIA DO CUIDADO DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER

A presente categoria destaca o impacto das ações dos profissionais na vida dos pacientes em terminalidade e seus familiares, traz apontamentos dos cuidados paliativos como um dos caminhos para um cuidado adequado a muitos pacientes em terminalidade e apresenta os caminhos que os participantes vislumbram para melhorias no cuidado diante do processo de morte/morrer, assim como as potencialidades identificadas por eles na instituição.

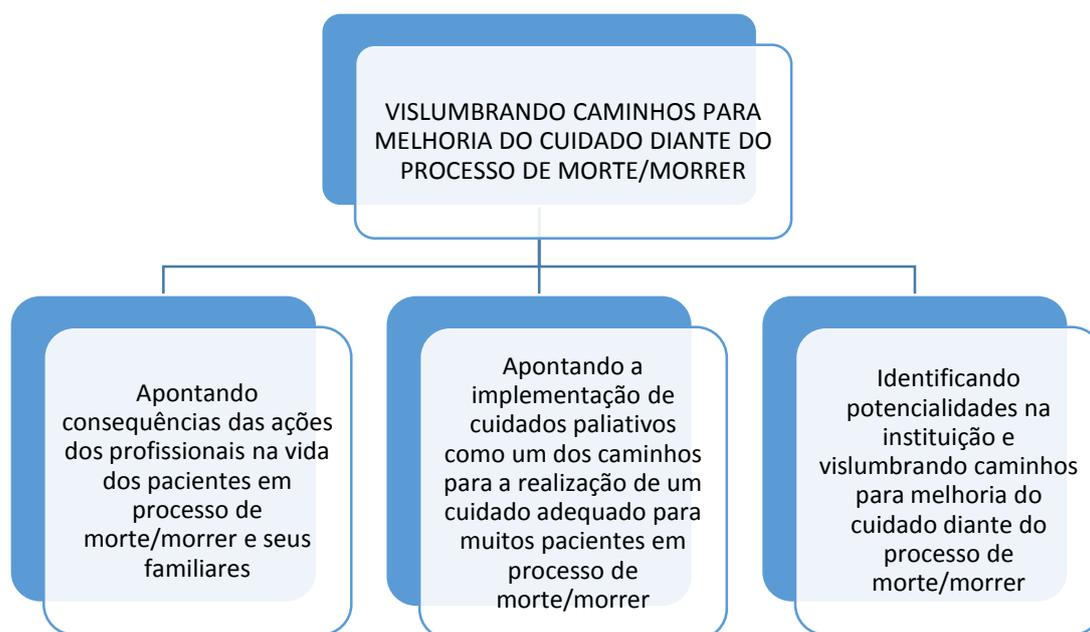
Subcategorias:

- Apontando consequências das ações dos profissionais na vida dos pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares

- Apontando a implementação de cuidados paliativos como um dos caminhos para a realização de um cuidado adequado para muitos pacientes em processo de morte/morrer
- Identificando potencialidades na instituição e vislumbrando caminhos para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer

O diagrama abaixo representa a presente categoria e suas subcategorias.

DIAGRAMA 8- **Categoria 8 e suas subcategorias**



Fonte: Elaboração da autora

Em **Apontando consequências das ações dos profissionais na vida dos pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares** os participantes fazem alusão às consequências das (não) ações dos profissionais ao interagirem com os pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares.

A falta de esclarecimento aos pacientes e familiares gera desgastes entre estes e os profissionais de saúde. Uma das (re) ações dos familiares de pacientes em terminalidade é a busca mais intensa por atenção da equipe de enfermagem, o que, muitas vezes, gera atritos e desgastes para os envolvidos. Os participantes relatam que os familiares solicitam a enfermagem com maior frequência para realização de procedimentos e esclarecimentos de dúvidas. Diante disso, os profissionais da enfermagem se sentem cobrados e sobrecarregados.

Então, o paciente está grave a família toda hora vem perguntar. (EA 15)

E eu percebo que essa relação com a família também fica complicada a partir do momento que a família começa a solicitar demais. Porque aí eles se sentem cobrados e, às vezes, a família foi perguntar uma coisa não é porque está cobrando, é porque aquilo que é óbvio para a gente não é para a família. (P 1)

Destaca-se que os familiares carecem de esclarecimentos acerca da situação do ente querido e, diante disso ou, talvez, da negação da doença e da terminalidade do paciente, solicitam mais a presença da enfermagem e a realização de procedimentos. Entretanto, há de se destacar que, mesmo diante de um prognóstico de terminalidade e da decisão de não realizar procedimentos intervencionistas no paciente, sempre há o que fazer diante do paciente e da família. O cuidado permanece e, muitas vezes, há de ser intensificado ao paciente buscando medidas de conforto.

Por exemplo, participantes citam que o fato da família do paciente chamar a enfermagem diversas vezes gera esgotamento e apontam que o esclarecimento do diagnóstico e prognóstico do paciente, assim como das dúvidas que por ventura tenham gera conforto.

Os médicos não explicam a gravidade do caso e isso até é uma questão muito ruim porque a família fica em cima da enfermagem. O paciente já não tem mais o que a gente fazer e às vezes não tem mais como intervir, o médico já veio e já falou que não vai mais intervir ou que naquele momento não vai fazer mais nada e a família fica em cima : "você não vai ligar?, você não vai chamar?, você não tem outro remédio para fazer?, você não tem mais nada para fazer?". E a gente às vezes não fala, porque a gente não pode falar porque a família não tem conhecimento exatamente do que está acontecendo. Então você acaba, até mesmo, fazendo coisas que você não iria fazer, que é chamar o médico, chamar o plantão várias vezes, ficar buscando alternativas. Daí você vai lá e faz coisas que não vão acrescentar em nada, tipo assim: você vai lá no leito do paciente quatro vezes aferir a pressão dele porque a família está em cima e você sabe que não vai ter mudança nenhuma naquilo. Você vai para a família poder ficar mais tranquila. (EA 5)

Porque o médico que manda, que tem a responsabilidade de passar para a família do paciente, também primeiro. Depois, ter esse diálogo enfermagem, médico e familiar para orientar e evitar esse incômodo aí. (TE 6)

A partir do que a equipe médica conversou, automaticamente eles têm um conforto maior. (EA 6)

Como eu trabalho noturno, se isso acontece durante o plantão diurno, a gente recebe uma família mais sensibilizada e mais orientada quanto ao processo que o paciente pode passar e ela também tem uma oportunidade de resolver as dúvidas, perguntar com relação aos cuidados paliativos ou alguma outra coisa que ela tenha dúvida. (EA 18)

Numa das falas acima, percebe-se o cuidado dos profissionais com as famílias no sentido de tentar protegê-las do sofrimento e tentar acalmá-las diante das condições dos entes queridos. Quando se diz que os profissionais fazem coisa que não iram fazer, chama a atenção para a busca do conforto da família diante de uma problemática que

é a negação da terminalidade e da morte e a falta de conhecimento a respeito da terminalidade do paciente, o que pode, muitas vezes, levar à terapia fútil.

Quando os familiares e acompanhantes do paciente desconhecem sua condição de terminalidade esperam que a equipe de saúde faça intervenções para reverter sua condição clínica e/ou cirúrgica e solicitam a presença da enfermagem e dos médicos com maior frequência.

Alguns deixam isso pendente e daí dá esse conflito porque a família ou o acompanhante que está ali não aceita a situação do paciente. Ele não está sabendo que o paciente não tem, o quadro é irreversível... Então ele quer o paciente reaja e quer que a gente faz alguma coisa e não tem nada a fazer. (TE 6)

Estas (re) ações dos acompanhantes e familiares diante da falta de esclarecimentos acaba por gerar uma relação de evitação por parte profissionais, onde alguns evitam ter contato com os pacientes e seus familiares, o que, por sua vez, piora a (inter) ação, suscitando mais dificuldades no atendimento das demandas da família e dos pacientes, complicando a conquista de respostas para os seus questionamentos.

Eu percebo alguns profissionais com mais dificuldade e estabelecendo essa relação de evitação. A família fica mais queixosa. Então, eu acho que isso suscita mais a dificuldade de responder as questões que a família demanda. (P 2)

As falhas de comunicação ocorrem também entre os profissionais da equipe de saúde, até mesmo dentro de uma mesma categoria profissional. Além disso, a falta de consenso frente às condutas a serem tomadas gera, comumente, desgastes entre todos os envolvidos e afeta a relação estabelecida, suscitando desconfiança por parte dos pacientes e familiares. O fato de muitos médicos não expor a situação do paciente para sua família e para a equipe de saúde gera uma sensação de estranheza quando um paciente morre tanto para os familiares quanto para outros profissionais. Outro aspecto destacado é que a família fica insegura em relação ao tratamento do seu ente querido ao perceber que não há uma unidade de pensamento e conduta entre os profissionais da equipe.

Às vezes é até passado para a enfermagem: 'não tem nada a fazer'. E o acompanhante ou familiar quer que o [...] Então dá muito problema disso daí com a gente. (TE 6)

Se cada um chegar abordando da tal forma de pensar para a família e para o paciente vai começar a ter problema. (MA 2)

Então, eu acho que a família também fica confusa porque a gente não consegue ter uma unidade. [...] Então, às vezes o médico assistente não é uma pessoa só, é um grupo ou não deixou claro se é para investir ou não naquele paciente e cada um que chega, cada plantão que chega toma um conduta diferente. (MA 4)

Por outro lado, a boa comunicação e o apropriado entrosamento da equipe gera esclarecimentos, favorecendo até mesmo a aceitação da implementação de cuidados paliativos, como exposto abaixo.

Deu certinho. Quando conversado, quando todo mundo atuando, quando conversado e botado isso muito claro para a família foi bem aceito, sabe. (MA 5)

Ter as coisas mais claras. Eu não sei se chamar ´olha, aquele paciente dessa enfermaria é assim`. Vamos chamar mesmo o plantão, reunir todo mundo, o plantão noturno, tanto os enfermeiros como os técnicos. Eu sei que é difícil reunir. Eu sei que é difícil. Mas melhorar a nossa comunicação nisso porque às vezes você esbarra. Eu esbarrei nisso. (MA 5)

Salientou-se a influência da tecnociência na relação de cuidado estabelecida, distanciando os profissionais dos pacientes.

Nós temos hoje no espaço hospitalar uma lógica que é uma lógica de um casamento da ciência com a tecnologia, que é chamada de tecnociência que, ao mesmo tempo que promove progresso do saber, tem um efeito colateral nisso que é a diferença do olhar que se distancia do doente. Ele passa a enfatizar a doença no seu sentido muito biológico. Então, você fica muito sujeito a [...] o diagnóstico é importante, sim, mas fica muito sujeito às questões de exames, dos protocolos, de publicações e o sujeito ali, quer dizer, o doente que é um sujeito que fala, inclusive, o olhar se distancia nesse sentido. (P 3)

Muitos participantes deste estudo acreditam que o acolhimento do paciente e da sua família e a boa (inter) ação entre eles gera tranquilidade, confiança e, conseqüentemente, exposição do que sentem e pensam. Defendem que se a equipe desenvolve maior vínculo com pacientes e familiares ela realizará um cuidado diferenciado, inclusive oferecendo palavras de incentivo e apoio, o que, por sua vez, aproxima todos e gera uma relação de confiança. Por outro lado, quando não é dita toda a verdade ao paciente ele pode perder a confiança no profissional e pensar que seu tratamento não está adequado.

Eu acho que o paciente fica mais confortável estando mais próximo dos familiares e a família fica mais tranquila, mesmo sabendo que o paciente não evolui bem e que não tem um prognóstico bom, a família fica mais tranquila, podendo passar esses últimos momentos (EA 1)

Porque a maioria se afasta, mas têm alguns que se aproximam da família ou do paciente. Você percebe que ele tem um cuidado a mais nessa situação. (EA 13)

Se o paciente vê em você, vê no profissional uma pessoa que quer ajudar, uma pessoa que está ali para ajudar ele vai descortinar. Ele vê sinceridade no outro, você está sendo sincero com o outro. Então, ele vai, vamos dizer assim, vai tirar aquela capa, aquela carapaça e vai, essa relação médico paciente vai ser muito mais interessante. Vai ser muito mais terapêutico independente de remédio. (MA 2)

E o que é muito ruim para esse paciente que a gente não conta toda a verdade é quando eles começam a desconfiar da relação de confiança que estabeleceu.

Essa é a parte pior, quando o paciente chega e acha 'o seu tratamento não está bom'. Porque ele não sabe da doença e ele só está piorando. (MA 4)

Outro assentamento acerca do estudo mostra que o preparo dos profissionais pode mudar a comunicação desenvolvida entre eles, paciente e família e, conseqüentemente, modificar o cuidado. Acredita-se que, talvez, uma capacitação para ajudar os profissionais a diagnosticarem os perfis dos pacientes ajudaria a aprimorar a comunicação com a família e até com o paciente. Além disso, considerou-se que, talvez, ações para ajudar os profissionais, pacientes e familiares a lidar melhor com o processo de morte/morrer sejam importantes para o amadurecimento pessoal, individual, como também para o cuidado para estes pacientes na instituição.

Foi pontuado que se as medidas para lidar com o processo de morte/morrer de um paciente fossem pensadas com maior tranquilidade, calma ou planejadas teriam um sucesso maior.

Eu acho que a gente tinha que fazer, talvez, um treinamento melhor de diagnosticar quem é o paciente. (MA 4)

Eu acho que se, talvez, houvesse uma conversa mais específica em relação a isso, tipo um treinamento com alguém, um especialista, algum tipo de atividade lúdica ou não, talvez, com o passar do tempo [...] Não acho que isso seja uma coisa pontual, mas talvez fosse importante para o amadurecimento pessoal, individual, como também para o cuidado nesse tipo de paciente na instituição. (MA 1)

Aí a gente busca medidas que, talvez, se fossem pensadas com maior tranquilidade ou calma ou planejadas teriam um sucesso maior. (EA 16)

Corroborar-se com os participantes quando dizem que se houver um adequado gerenciamento do cuidado, um bom planejamento obter-se-á maior sucesso no cuidado ao paciente em processo de morte/morrer e à sua família.

Outro apontamento da pesquisa tem relação com a implementação de cuidados paliativos. Esta mostrou ser, para os participantes deste estudo, um caminho significativo para um cuidado adequado aos pacientes com doenças irreversíveis e a seus familiares. Isto é exposto na subcategoria **Apontando a implementação de cuidados paliativos como um dos caminhos para a realização de um cuidado adequado para muitos pacientes em processo de morte/morrer.**

A realização de cuidados paliativos aos pacientes que têm a indicação para recebê-los é bem vista e compreendida por alguns profissionais e isso é expresso nas falas que denotam que os pacientes e familiares podem ficar mais próximos e que, o cuidado paliativo não requer muita coisa no sentido de recursos tecnológicos e infra estrutura, pois algumas intervenções importantes envolvem escuta e promoção do

alívio da dor e dos sintomas desagradáveis que o paciente sente. Contudo, cabe ressaltar que o cuidado paliativo requer uso de diferentes tecnologias e, certamente, requer que os profissionais tenham conhecimento científico.

Pois é, gente, é muita coisa (a implementação de cuidados paliativos). Não é só esperar morrer. (P 1)

[...] entender que, às vezes, é um momento até mais difícil, onde a pessoa está na iminência da morte, onde você poderia estar realmente próximo dela, fazendo coisas simples, como é a escuta, para poder determinar vários cuidados ali, em questão de dar suporte à pessoa, ao paciente e, também, principalmente à família. (EA 17)

Os participantes destacam o potencial de melhoria do cuidado e do gerenciamento deste na instituição a partir da implementação de cuidados paliativos e apontam que já percebem um movimento dos profissionais buscando esta realização.

Tem melhorado mas eu acho que ainda pode melhorar muito, principalmente paciente paliativo. (EA 3)

Eu sei que a equipe de enfermagem do hospital já tem elaborado algumas capacitações para já começar a conversar sobre isso. Eu ainda não participei. Mas como tem sido muito frequente os cuidados com esse tipo de cuidado, a enfermagem, a direção de enfermagem já têm investido nisso. (EA 6)

Então, eu acho que tem muita gente curiosa, mexida, inquieta, com o desejo de promover cuidados paliativos. (P 2)

A imprescindibilidade da educação para a morte dos familiares e profissionais foi mencionada nas entrevistas. Pontuaram que conversar mais com os profissionais sobre processo de morte/morrer os ajuda a entender melhor esta questão e contribui para mudanças na cultura da instituição em relação à assistência realizada aos pacientes e familiares.

Primeiro eu acho que tem que ter uma equipe treinada. A equipe tem que estar capacitada, a equipe multiprofissional. Acho que não só enfermagem, mas acho que precisa do nutricionista, do fisioterapeuta, de um psicólogo que eu acho que é importantíssimo para poder estar lidando com esse paciente (TE 10)

Conversar mais com as pessoas, principalmente com os técnicos de enfermagem para eles entenderem melhor do que se trata isso. (P 1)

Aí, esses pacientes bem definidinhos eu acho que a gente tem que trabalhar com a equipe e conseguir implementar. (MA 4)

As potencialidades na atuação da equipe multiprofissional na instituição pesquisada foram identificadas e mencionadas pelos participantes, assim como eles vislumbram caminhos para transpor a multidisciplinaridade diante do processo de morte/morrer de pacientes. Isso é apresentado na subcategoria **Identificando**

potencialidades na instituição e vislumbrando caminhos para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer.

Também, esta subcategoria traz indicações dos participantes sobre possibilidades para aprimoramento das práticas assistenciais e gerenciais na instituição no que diz respeito ao processo de morte/morrer. Ela discorre sobre a necessidade de preparação dos profissionais para lidar com o processo de morte/morrer, aborda aspectos da educação permanente e traz sugestões de mudanças nos processos de trabalho na instituição na ótica dos participantes.

Algumas falas destacam a importância de uma adequada (inter) ação da equipe multidisciplinar no cuidado com pacientes e familiares no processo de morte/morrer e indicam que isso traz benefícios para todos, desde o conforto à família e ao paciente, até uma atuação de maneira sincronizada dos profissionais para orientarem a família do paciente, com abertura de um leque de possibilidades de cuidados para os profissionais.

É uma coisa que conforta, acalenta a família. (TE 1)

Dar isso ao paciente, dar um conforto, um conforto para a família, para ele, nesse tratamento e uma equipe multidisciplinar que abrace a causa junto e que tenha disponível para a gente, trabalhar junto na enfermaria. (EA 6)

E eu acho que é muito importante porque, talvez, fazer esse processo todo mundo decoradinho entre aspas, assim. Seria muito importante para poder, até mesmo na hora que acontecer, todo mundo saber orientar a família, talvez assim, no momento que tiver acontecido. (TE 2)

Mas, como é uma coisa nova e está começando, esses conceitos estão começando a abrir um leque agora, eu acho que é o tempo que vai mostrar os dados dados, o que pode fazer, o que pode ser retirado. (MA 2)

Diversas potencialidades da atuação dos diferentes profissionais foram identificadas na instituição diante do processo de morte/morrer. Foram elencadas nas falas o cuidado de enfermagem e a disposição dos psicólogos para ajudar quando solicitados, o engajamento de muitos profissionais das diferentes categorias para conversar e discutir os casos dos pacientes, o início de *rounds* na instituição para discussão dos casos dos pacientes e formação de grupos de discussão de casos sobre o processo de morte/morrer na instituição.

Mas o que eu tenho visto que está funcionando, que está atuando é isso: é uma equipe com psicólogo que a gente pode contar, a equipe de enfermagem que já lida de uma forma muito natural. (EA 16)

Mas na maioria das vezes o psicólogo chega junto também e ajuda a gente. (TE 10)

Mas eu acho que está caminhando. Só que eu acho que a cultura dos cuidados paliativos aqui no X (cita o nome da instituição) ainda está muito (prolonga a palavra) engatinhando. [...] Mas a gente tenta, da parte da psicologia, serviço social e enfermagem, a gente tenta conversar sempre, discutir as questões, o que é melhor para atender as necessidades da família, do paciente. (P 1)

A gente começa a escutar uma tentativa dos *rounds*, das discussões de caso, mas ainda numa maneira muito embrionária [...] Existem discussões de casos informais. (P 2)

Eu acho que o entrosamento do hospital é bom. Acho que aqui se conversa muito mais com a enfermagem, fisioterapia, com fono, com assistente social do que a maioria dos hospitais que eu trabalho. Existe uma interação muito melhor do que em outros hospitais [...] Nutrição [...] (MA 4)

Eu acho que a ideia inicial de montar um grupo aqui que tratasse dessas questões, que eu não sei como que está caminhando. (MA 4)

Além disso, destacou-se como potencialidade o interesse de muitos profissionais em realizar um trabalho interdisciplinar, compartilhando as decisões e avaliações, assim como a valorização disso na gestão atual da instituição.

Esse assunto é um assunto que me interessa muito e eu acho que a coisa está começando a caminhar, as pessoas estão começando a conversar (P 1)

Eu acho que os profissionais estão engajando para isso (para melhorias na assistência aos pacientes em processo de morte/morrer e aos seus familiares). (TE 10)

Eu percebo que existe por parte das categorias não médicas um desejo disso, de compartilhar as decisões, compartilhar as avaliações. Nessa gestão atual eu percebo que existe uma valorização disso, também. (P 2)

Relatou-se a experiência, na instituição, de discussão de variadas questões com os residentes médicos, inclusive assuntos relacionados ao processo de morte/morrer, trazendo para a residência em clínica médica um olhar e um cuidado diferenciados para os pacientes em processo de morte/morrer a partir de variadas discussões sobre artes, mitologia, deontologia, dentre outros e relata que percebe que estas discussões contribuem para reflexões dos residentes e preceptores acerca da terminalidade e morte.

Estou trazendo devagarzinho com a residência. Isso eu faço com a residência. Com a residência aqui, em meio às nossas aulas aqui, eu trago um pouco da mitologia relacionada à medicina. Trago alguma coisa sobre as artes, sobre a música, sobre as artes plásticas relacionadas à medicina. [...] Junto com a X (cita o nome de uma psiquiatra) nós começamos a fazer isso aqui. Passamos um filme relacionado à morte, ao morrer, à doença, à terminalidade. Os vários aspectos da doença e da morte, também. E depois que acaba o filme existe uma discussão entre os residentes e a gente [...] Porque a gente tenta trazer mesmo deontologia, ética, terminalidade, morte, morrer. Inclusive eu quis tentar fazer uma coisa justamente dentro desse livro 'Sobre a morte e o morrer', da Elisabeth Kubler- Ross. (MA 2)

A educação permanente dos profissionais na instituição acerca de aspectos relacionados ao processo de morte/morrer também foi mencionada.

Eu sei que a equipe de enfermagem do hospital já tem elaborado algumas capacitações para já começar a conversar sobre isso. Eu ainda não participei. Mas como tem sido muito frequente os cuidados com esse tipo de cuidado, a enfermagem, a direção de enfermagem já têm investido nisso. Eu sei que teve seminários que enfermeiros foram liberados para participar, de cuidados paliativos para poder investir nesse novo conhecimento para a gente. (EA 6)

As potencialidades que os participantes do estudo identificaram na instituição para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer são citadas no quadro a seguir.

QUADRO 21: Potencialidades identificadas na instituição para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer

- cuidado de enfermagem realizado;
- disposição dos psicólogos para ajudar;
- engajamento de muitos profissionais de diferentes categorias;
- início de *rounds* nas enfermarias;
- formação de grupos de discussão sobre terminalidade e morte;
- interesse de muitos profissionais em realizar um trabalho interdisciplinar;
- valorização do trabalho interdisciplinar na gestão atual da instituição;
- discussão de casos entre alguns residentes de medicina e seus preceptores;
- educação permanente

Foram apontados vislumbres para melhorar o gerenciamento do cuidado diante do processo de morte/morrer de pacientes, o que envolve maior presença e (inter) ação da equipe, esclarecimentos e definições de atribuições, dentre outros.

Eu acho que uma coisa quase, mais presença! É uma coisa que requer tempo e aqui a gente, muitas vezes, não tem. (TE 3)

A gente precisa conversar muito mais, precisa trocar mais ideias. A equipe precisa estar mais preparada para isso. As pessoas não sabem o que são cuidados paliativos. (P 1)

Eles têm essa coisa deles tomarem decisões ou então de envolverem a equipe, mas cobrando coisa que não é nosso papel, de não escutarem muito o que a gente tem a dizer. Eu acho que é melhorar nisso aí. (P 1)

Eu acho que o que é possível é que tem que ser valorizado mesmo que seja muito pouco aparentemente. É conversar nesses pequenos grupos que estão se formando de discussão de casos, começar a inserir esse tema e questões [...] É pensar sobre o caso a caso. Eu acho que se eu pudesse acrescentar alguma coisa era enfatizar esses pequenos movimentos porque são eles que vão desencadear uma mudança de cultura. E chamar médicos, mais do que eles são chamados e tentar identificar alguém na instituição que tenha esse perfil, que não tenha sido identificado ainda. (P 2)

Talvez eu acho que tenha que partir mais da gente enquanto equipe, solicitar, talvez, capacitações. Eu acho que precisariam continuadas. Eu acho que mais capacitações continuadas, até mesmo por conta dessa questão que eu disse que é cultural. (AS 3)

E eu acho que o grande problema é definir quem a gente vai parar de investir ou não. (MA 4)

Eu acho que seria interessante avaliar esse paciente junto com o médico assistente, junto com o profissional que acompanha o caso e a família e tudo o mais. (MA 4)

Nota-se nas falas que os participantes do estudo reconhecem potencialidades para melhorar o gerenciamento do cuidado e o cuidado diante do processo de morte/morrer de pacientes e familiares, com destaque para ter mais presença dos profissionais junto aos pacientes em processo de morte/morrer e suas famílias, investimento no preparo dos profissionais para lidar com estas questões, maximização das (inter) ações entre as pessoas envolvidas, com troca de opiniões e saberes, melhorar a comunicação e a integração do médico com o restante da equipe multiprofissional, reconhecimento das potencialidades presentes na instituição e valorização dos profissionais e suas condutas, estímulo de cada trabalhador na busca pelo crescimento pessoal e profissional para lidar com a terminalidade e morte, criação de um serviço ou equipe para dar suporte à implementação de cuidados paliativos na instituição e a definição de critérios e condutas institucionais para aprimorar o cuidado e o gerenciamento do cuidado.

Diferentes propostas de mudanças nos processos de trabalho na instituição foram mencionadas nas entrevistas. Uma delas tem a ver com o dimensionamento dos profissionais para os cuidados a partir da afinidade que têm com pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares. Também, foi proposto que a equipe de enfermagem receba mais apoio de outros profissionais para realizar as atividades.

Sempre tem alguém que parece que tem mais afinidade com essas coisas, que se envolve mais com essas situações. Seria até interessante se realmente fizesse um trabalho, pegasse essas pessoas e falasse: 'elas vão cuidar desses pacientes'. (EA 13)

Então, essa burocracia te afasta mais ainda da família. Você tem várias coisas. Eu acho que deveria ter um profissional só para isso. Um cuidar da família e outro cuidar só da parte burocrática. (EA 13)

Como a gente já citou, a sobrecarga de ter um enfermeiro no setor não sobra aquele tempo para você se dedicar à família, só àquele paciente e àquela situação. Então, eu acho que falta isso: alguém que possa dedicar-se a isso. Senão você não consegue. (EA 13)

Eu acho que seria isso mesmo. É rever o papel do enfermeiro nessa questão, a equipe de enfermagem. É buscar trabalhar mais a questão do ser humano. (EA 17)

Eu acho que deveria ser feito um processo de escolher mesmo as pessoas [...] Sei lá [...] pelo menos tentar capacitar algumas pessoas. (TE 2)

Dessa forma, salientam maior integração dos profissionais da instituição, especialmente diante das situações de terminalidade e morte de pacientes.

A gente poderia envolver também toda a equipe de assistente social, os médicos que estão no cuidado direto com esse paciente. E a equipe de enfermagem, os técnicos também. Se a gente pudesse envolver todo mundo num grupo que abraçasse esse momento, nessa causa e que pudesse dar uma orientação ou participar da formação desse profissional, acho que isso seria muito válido (EA 16)

Dar abertura para os profissionais expressarem o que sentem e pensam a respeito do processo de morte/morrer é necessário para estimular a aproximação e a participação, além de dar abertura e subsídios para discussões sobre as práticas. Estes foram alguns apontamentos feitos pelos participantes para melhorar o cuidado e o gerenciamento deste diante da terminalidade e morte de pacientes.

Tem na materia de orientar o paciente, ou o familiar ou o acompanhante que estiver ali da situação do paciente, pedir ao médico para conversar com a família primeiro. (TE 6)

Não tem uma fórmula certa, mágica, não. Eu acho que é começar a discutir, conversar sobre isso, dar abertura para o profissional falar sobre isso [...] O técnico se envolve muito, então, eu acho que é abrir espaço mesmo para ele poder falar disso [...] eu acho que é essa questão da discussão, de sentar um grupo de estudo, estudar, 'vamos conversa', round. E começar a focar na questão desses pacientes. (P 1)

Mas eu acho que o que a instituição pode fazer é abrir para escutar qual a necessidade do servidor [...] Acho que ele precisa ser perguntado. Se eu pudesse dar uma sugestão eu ia dizer isso: que fosse feito um trabalho nas enfermarias. Igual a gente pensou quando começou a estudar cuidados paliativos. 'O que você entende, servidor, enquanto cuidados paliativos? Quais são as suas preocupações com isso?'. (P 2)

Acredita-se que, para a implantação de cuidados paliativos na instituição, é importante conhecer o que o funcionário pensa sobre isso, quais são suas preocupações e permitir que eles dêem a sugestão do que desejam, de como eles gostariam de ser preparados e até mesmo expressarem se eles gostariam de ser preparados para isso.

O investimento na educação permanente foi mencionado como proposta para aprimorar as práticas na instituição e para respaldar e tranquilizar os profissionais diante das circunstâncias envolvidas no processo de morte/morrer. Conversando com

a equipe é possível ajudá-la a lidar melhor com este processo de morte/morrer. Isso pode ser feito através de busca de informações, discussões de artigos científicos, aliando o conhecimento técnico científico com as questões do ser humano.

É conversar nesses pequenos grupos que estão se formando de discussão de casos, começar a inserir esse tema e questões. Ao invés de trazer teorias e coisas prontas, suscitar questões, 'e esse caso está mexendo com a gente? E esse caso tem que ser conduzido dessa forma?'. É pensar sobre o caso a caso. (P 2)

Acho que a gente precisa cada vez mais ter treinamento e ser discutido [...] Eu acho que é essa questão de treinar mais o profissional a lidar com isso, a questão da equipe, de todos os membros estarem mais interligados para poder assistir esse paciente. Acho que seria nesse sentido. (TE 10)

Eu acho que teria que ver, tipo, que fazer esses treinamentos mesmo. (TE 2)

Eu acho que devia ter mais cursos, mais palestras nesse sentido. Ter, formar um grupo para a gente estar sempre atualizando porque, também, o hospital é rotativo, vai, sai profissional, entra e sai. Então, tinha que ter um curso mais contínuo em relação a isso. (AS 2)

Eu acho que todo mundo precisa ser treinado. Mas é um treinamento que passa pela questão ética, pela questão ética, bioética. Eu acho que é a mesma coisa. Mas eu acho que pela questão jurídica da coisa. (MA 4)

Os participantes também sugeriram a realização de discussões com familiares e pacientes sobre assuntos relacionados ao processo de morte/morrer. Isso estimularia a comunicação entre estas pessoas e vai contribuir para mudanças nas práticas gerenciais e assistenciais ou (re) afirmação de algumas existentes.

Em relação à enfermagem é estudar mais sobre o assunto, é discutir mais sobre o assunto, ver maneiras de se trabalhar, como trabalhar essa questão da morte dentro de um hospital. Dentro de uma enfermaria às vezes, você está com vários pacientes naquele momento, onde você podia fazer, talvez, como se tem muito na estratégia de saúde da família, sala de espera. Por quê não realizar sala de espera no hospital falando do assunto sobre a morte? Trabalhando, às vezes, a questão do lúdico com eles, alguma coisa que puxasse o assunto e ali se discutisse, se conversasse, escutasse mais a família. (EA 17)

Ter uma interação maior entre familiar e a equipe. Reunião [...] tipo reunião, uma conversa onde os familiares se sentissem mais acolhidos, mais receptivos. (TE 9)

Eu acho que, talvez, se tivesse esse trabalho em equipe mais efetivo, não sei... conversar melhor com essa família. (AS 1)

A criação de protocolos assistenciais pela equipe multiprofissional e a realização de *rounds* pela equipe também foram apontados como elementos que podem contribuir para melhorar a assistência aos pacientes e familiares.

De repente tirar um tempo para falar, estudar sobre isso. Montar mesmo no PRS de óbito, de repente colocar uma parte falando sobre isso, da questão de

lidar com o paciente. Acho que tem muito o que fazer, dá para melhorar. (EA 14)

Eu acho que é essa questão da discussão, de sentar um grupo de estudo, estudar, 'vamos conversar', round. (P 1)

Alguns participantes do estudo sugeriram que a instituição tenha uma equipe multidisciplinar para auxiliar os profissionais dos setores a assistirem melhor os pacientes em terminalidade e implementar cuidados paliativos aos pacientes que têm indicação.

Então isso podia ser mais estruturado e reelaborado. Eu acho que não só para que está no cuidado imediato, direto àquele paciente, mas também por uma equipe que possa ser solicitada, que possa ser chamada caso a gente observe que esse paciente já corre um risco maior. Porque aí a gente pode atuar todo mundo junto, achar um ambiente ou prever soluções, medidas, já envolver mais familiares. (EA 16)

[...] implantar essa outra cultura (de cuidados paliativos) aqui dentro. (P 2)

A comunicação dos profissionais com a família para falar da ocorrência do óbito do paciente e a abordagem familiar para conversar sobre doação de órgãos e tecidos para transplantes também foi mencionada na pesquisa. Um participante relata que é um questionamento do serviço social a notícia do óbito ser dada pelo enfermeiro visto que o médico é o profissional que deve esclarecer à família sobre as condições dos pacientes. Defende-se que o médico deve comunicar a família quando ela não está no hospital e, no caso de ter algum familiar ou acompanhante com o paciente no hospital, a notícia deveria ser comunicada pela equipe multiprofissional e não apenas pelo médico e enfermeiro, inclusive para a possível abordagem familiar para doação de órgãos/tecidos.

Então, a gente acha que quem deveria fazer esse contato deveria ser o médico por causa desses questionamentos. Mas aqui no hospital está estabelecido que é o enfermeiro que faz esse contato. (AS 1)

Dentro do hospital, se for o caso de um paciente que veio a óbito aqui com o familiar presente, no momento em que o familiar estava aqui no hospital, eu acho que essa notícia deveria ser dada em equipe, não só o enfermeiro, não só o médico, mas a equipe toda. Eu acho que esse trabalho seria melhor. E eu acho que, talvez, a questão da doação de órgãos, talvez. (AS 1)

As falas destacam a necessidade de ter um ambiente mais privativo para assistência dos pacientes e para acolhimento dos familiares.

Teria que ter um ambiente para isso, ter um local à parte, separado, uma enfermaria, no caso. Uma sala que pudesse estar em contato com a família, profissionais que pudessem também estar atuando nessas horas.(EA 13)

É o que eu sinto mais falta atualmente no hospital é um ambiente para que quando chegar um familiar de qualquer paciente internado na instituição a família esteja ali e a gente possa ir até essa família. (EA 16)

Aqui assim, toda instituição tem. Não sei se aqui tem. Poderia ter um local específico para estar levando a peso [...] Quando um paciente falece... vou falar uma coisa com o senhor ou com a senhora... Uma salinha específica, tipo uma convivência [...] Até para uma pessoa tomar uma água, deitar, relaxar, ficar mais tranquila um pouquinho. (TE 1)

Destacou-se a necessidade de construção de uma capela ecumênica na instituição e acredita que ela será útil não só para os pacientes e familiares mas, também, para os profissionais.

A questão mesmo que eu falei, se fosse uma questão física se pudesse ter. Ou se no hospital pudesse ter uma capela ecumênica, alguma coisa assim. É uma coisa que eu gostaria que tivesse até para mim mesmo [...] (EA 18)

Por fim, sugeriu-se a otimização do uso do prontuário eletrônico na instituição, o que pode, dentre outras coisas, permitir que os profissionais tenham mais tempo disponível para a assistência aos pacientes e familiares, além da consciência ambiental que deve existir e ser demonstrada, inclusive, com economia de papel.

Tem que evoluir todo dia. Evolução tudo bem [...] isso é bobagem... uma folha, aquele monte de folha. (EA 15)

O quadro que segue demonstra os caminhos vislumbrados pelos participantes do estudo para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer.

QUADRO 22: Caminhos vislumbrados para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer

- atuação sincronizada da equipe multidisciplinar;
- maior presença e (inter) ação dos profissionais da equipe multidisciplinar;
- esclarecimento e definição de atribuições dos diferentes profissionais;
- melhorar comunicação e integração dos médicos com os demais membros da equipe multidisciplinar;
- reconhecimento das potencialidades existentes na instituição;
- valorização dos profissionais e das suas condutas;
- criação de um serviço ou equipe para dar suporte à implementação de CP;
- definição de condutas para gerenciar o cuidado na instituição;
- reforçar o dimensionamento dos profissionais para os cuidados a partir de suas afinidades e potencialidades;
- alívio da sobrecarga de trabalho dos profissionais da enfermagem;
- dar abertura para os profissionais expressarem o que sentem e pensam sobre terminalidade e morte;

- investimento em educação permanente;
- discussão de assuntos relacionados ao processo de morte/morrer com pacientes e familiares;
- criação de protocolos assistenciais pela equipe multidisciplinar;
- realização de *rounds*;
- alterações no processo de comunicação de óbitos às famílias dos pacientes;
- ter ambientes mais privativos e acolhedores para pacientes em terminalidade e seus familiares;
- construção de uma capela ecumênica na instituição;
- otimização do uso do prontuário eletrônico.

Capítulo VI

Tocando em frente (Renato Teixeira)

Ando devagar porque já tive pressa
 E levo esse sorriso porque já chorei demais
 Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe?
 Só levo a certeza de que muito pouco eu sei
 Ou nada sei.

Conhecer as manhas e as manhãs,
 O sabor das massas e das maçãs,
 É preciso amor pra poder pulsar,
 É preciso paz pra poder sorrir,
 É preciso a chuva para florir

Penso que cumprir a vida seja simplesmente
 Compreender a marcha e ir tocando em frente
 Como um velho boiadeiro levando a boiada
 Eu vou tocando dias pela longa estrada eu vou
 Estrada eu sou.

Conhecer as manhas e as manhãs,
 O sabor das massas e das maçãs,
 É preciso amor pra poder pulsar,
 É preciso paz pra poder sorrir,
 É preciso a chuva para florir.

Todo mundo ama um dia todo mundo chora,
 Um dia a gente chega, no outro vai embora
 Cada um de nós compõe a sua história
 Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
 De ser feliz.

Conhecer as manhas e as manhãs
 O sabor das massas e das maçãs
 É preciso amor pra poder pulsar,
 É preciso paz pra poder sorrir,
 É preciso a chuva para florir.

Ando devagar porque já tive pressa
 E levo esse sorriso porque já chorei demais
 Cada um de nós compõe a sua história,
 Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
 de ser feliz.

Conhecer as manhas e as manhãs,
 O sabor das massas e das maçãs,
 É preciso amor pra poder pulsar,
 É preciso paz pra poder sorrir,
 É preciso a chuva para florir.

CAPÍTULO VI

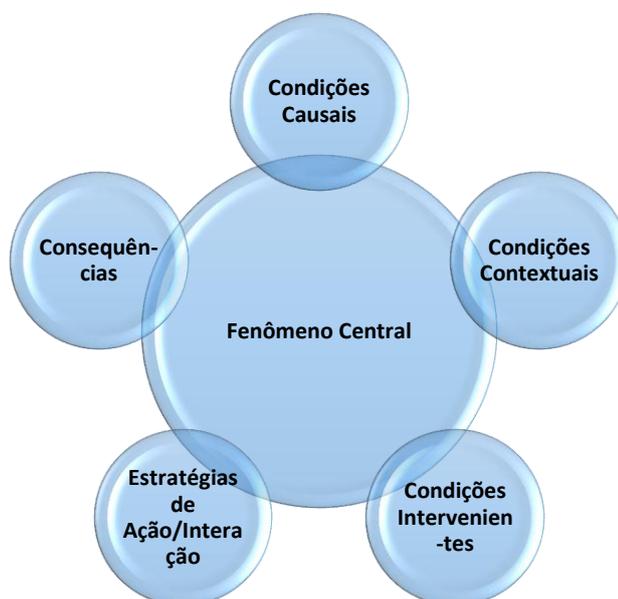
APRESENTANDO A MATRIZ TEÓRICA

O presente capítulo visa apresentar a matriz teórica explicativa das inter-relações entre o processo de morte/morrer e o gerenciamento do cuidado de enfermagem, de modo a desvelar a interconexão das categorias, mediante redução máxima do processo de codificação visando a definição dos elementos constituintes do Modelo Paradigmático de Strauss e Corbin (2008) de modo a viabilizar a construção do Modelo Paradigmático.

Após a construção dos códigos preliminares e conceituais, subcategorias e categorias, foi realizada a organização dos dados e, conseqüentemente, das categorias. As categorias foram reanalisadas, comparadas e ordenadas, de modo a apresentar a idéia central que é permeada pelas demais categorias a qual fez surgir a teoria substantiva/matriz teórica apresentar o fenômeno investigado e identificar os seguintes elementos: fenômeno central, condição causal, contexto, estratégias de ação-interação, condições intervenientes e conseqüências (STRAUSS, CORBIN, 2008).

O diagrama a seguir ilustra a relação dos componentes do modelo paradigmático que sustentam a própria matriz teórica.

DIAGRAMA 9- Relação dos componentes do modelo paradigmático que sustentam a matriz teórica



Fonte: Elaboração da autora

A identificação do fenômeno central foi um grande desafio neste estudo, pois exigiu um processo de intensa reflexão, concentração e abstração para reconhecer os sinais interpretativos submersos nos dados. Neste estudo, cada categoria foi revisada a partir das ferramentas analíticas (diagramas e memorandos), bem como do retorno constante e comparativo aos códigos, a fim de perceber a densidade, a relevância e a conectividade dos conceitos. Buscou-se, então, extrair um processo que revele como as categorias integram e expressam os conceitos acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer.

A construção de um modelo teórico explicativo para esta pesquisa se deu a partir de grande investimento em termos de tempo e dedicação para o trabalho analítico, especialmente pelo volume de códigos obtidos dos dados brutos e códigos gerados.

A análise prosseguiu mediante questionamentos interpretativos aos dados, tais como: O que está acontecendo em relação ao processo de morte/morrer de pacientes nas enfermarias? O que significa o processo de morte/morrer de pacientes para os enfermeiros? Como ele é vivenciado pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe multidisciplinar? De que forma o contexto influencia as (re) ações dos profissionais diante da terminalidade e morte dos pacientes? Qual a influência dos profissionais no processo de morte/morrer de pacientes e seus familiares? Qual a influência dos pacientes e seus familiares na vida e prática de trabalho dos profissionais? Como ocorre o gerenciamento do cuidado diante da terminalidade e morte de pacientes internados nas enfermarias?, dentre outros questionamentos.

Todas essas questões possibilitaram uma imersão em busca do nexo central que gerasse um matriz explicativo. Reconhece-se que esta não é a única interpretação possível, mas trata-se de uma explicação válida por retratar teoricamente, com densidade analítica, a ocorrência do fenômeno, integrando processo e estrutura a partir dos dados sistematicamente coletados e analisados. Desse modo, após inúmeras idas e vindas aos dados e intenso processo de comparação foi possível evidenciar o seguinte fenômeno central neste estudo: **VISLUMBRANDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER.**

6.1 CONDIÇÕES CAUSAIS DO FENÔMENO

Strauss e Corbin (2008) pontuam que as condições causais são aquelas que influenciam os fenômenos. Respondem às questões: “Por quê?”, “Onde?”, “De que forma?” Cabe dizer que nesta pesquisa as condições para compreender o fenômeno do gerenciamento do cuidado diante do processo de morte/morrer foram mapeadas a partir da integração entre a primeira e segunda categorias.

Na categoria 1- **DESVELANDO OS CUIDADOS AOS PACIENTES EM PROCESSO DE MORTE/MORRER E ÀS SUAS FAMÍLIAS** apresentam-se quatro subcategorias, a saber: Estabelecendo 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.

A partir da análise dos dados foi possível compreender que são estabelecidas conexões para o cuidado ao paciente e sua família no processo dialógico do morte/morrer através das inter- retro-ações dos profissionais, em que eles observam mais atentamente os pacientes em terminalidade, buscam identificar as necessidades biológicas e psicológicas dos pacientes e seus familiares e atendê-las e que, geralmente, os profissionais reconhecem quando os pacientes estão evoluindo para a morte. Também, através das interações com os familiares identificam necessidades e motivam-se a buscar da apoio, tranquilidade, conforto, privacidade e demonstrar empatia.

Em uma perspectiva complexa e dinâmica, acolhem a família do paciente, buscam aliviar o processo de morte/morrer; relatam ter mais cuidado e respeito quando reconhecem pacientes em terminalidade; empenham-se em buscar o melhor para o paciente e expressam que o desenvolvimento de vínculo com alguns pacientes e familiares influenciam suas práticas.

Mesmo diante destas conexões, identificam fragilidades no gerenciamento do cuidado, com desordens nas interações (como por exemplo, desgastes com familiares, falhas de comunicação) e apontam a necessidade de investir em educação sobre terminalidade e morte, aliviar a dor e outros sintomas desagradáveis que o paciente apresenta e citam que, ainda, a maioria dos profissionais priorizam os cuidados com o corpo biológico.

Os profissionais revelam a complexidade do cuidado ao corpo sem vida, através da realização de procedimentos técnicos com o corpo sem vida (tais como o preparo do corpo, que envolve a realização de higiene e identificação), pontuam, com pesar, o excesso de atividades burocráticas diante da ocorrência de uma morte, o que afasta, na maioria das vezes, o enfermeiro do cuidado direto ao corpo sem vida, da família e do restante da equipe de enfermagem.

Também, foi destacada a importância de garantir a privacidade do corpo e que nem sempre isso ocorre da forma como desejam. Ademais, enfatizaram a necessidade dos profissionais terem habilidades no preparo do corpo, que ultrapassam as técnicas e pontuaram sobre o transporte do corpo da enfermaria até o necrotério do hospital.

Algumas especificidades do cuidado ao paciente e familiares no processo de morte e morrer foram identificadas. Muitos profissionais realizam um cuidado diferenciado para pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer e destacam que a deficiência de conhecimento dos profissionais, o distanciamento de alguns, a sobrecarga de trabalho e a falta de integração da equipe multidisciplinar interferem no cuidado prestado diante do processo de morte/morrer.

Identificou-se que há diversas conexões no gerenciamento de cuidado de enfermagem, embora nem todos os profissionais, inclusive alguns enfermeiros, identificam o gerenciamento do cuidado realizado diante do processo de morte/morrer de pacientes.

Pontuou-se que alguns profissionais apresentam uma diminuição/falta de sensibilidade à situação de terminalidade e morte e que isso pode estar relacionada à cientificidade e burocracia envolvidas no trabalho da enfermagem.

Os enfermeiros buscam identificar as necessidades dos pacientes e familiares e têm desgastes. Eles, comumente, solicitam parecer à equipe multidisciplinar, especialmente a psicólogos e assistentes sociais. Além disso, identificou-se que a enfermagem atua como mediadora e agregadora entre a equipe multidisciplinar, pacientes e familiares.

A categoria 2- **CONSIDERANDO A COMPLEXIDADE DA VIDA HUMANA DIANTE DO ADOECIMENTO E DA MORTE** apresenta três subcategorias: Considerando a complexidade da vida humana, a coexistência da ordem/desordem e a necessidade de estimular o pensamento complexo; Tendo múltiplos olhares sobre o processo de morte/morrer e múltiplos saberes e Considerando a certeza da morte e a incerteza da vida.

Os participantes reconhecem a complexidade da vida humana, pontuam a coexistência de ordem/desordem no ambiente hospitalar e na vida e apontam a necessidade de estimular o Pensamento Complexo.

Entende-se o homem como um ser complexo, com diversas (inter) conexões que são construídas a partir das suas (inter) ações e que são desconstruídas e reconstruídas a todo tempo e o hospital é reconhecido como um microcosmo que representa a sociedade, o mundo, inclusive diante da negação da terminalidade e da morte.

Diante disso, o Pensamento Complexo deve ser estimulado, sendo necessário encarar as limitações humanas e romper os paradigmas estabelecidos. Esse rompimento gera desconforto, inquietude, mas traz contribuições ao gerenciamento do cuidado no processo de morte/morrer. Destacou-se que a morte precisa ser entendida como algo inerente à vida e que pensar nela pode gerar uma valorização da vida.

Existem múltiplos olhares e saberes acerca de tudo, inclusive sobre a terminalidade da vida e sobre a morte. Também, coexistem diferentes pensamentos acerca do gerenciamento do cuidado (profissionais, familiares e pacientes). Sendo assim, deve-se buscar consenso que favoreça, principalmente, o paciente e sua família, buscando melhores condutas.

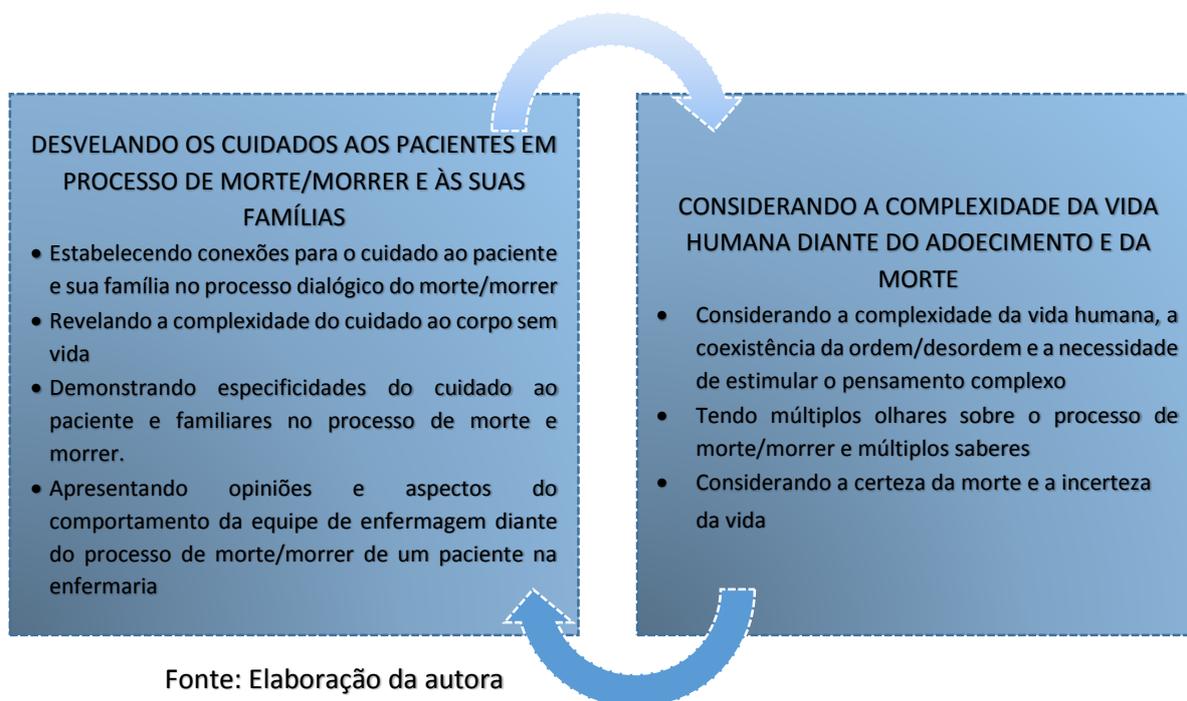
A maneira como as pessoas encaram a vida e a morte influencia nas suas (re) ações e os participantes do estudo consideraram a certeza da morte e a incerteza da vida. Reconhecem que a morte é algo que vai acontecer a todos seres humanos e a todas as espécies e que a morte precisa ser entendida como um processo de vida. A partir da certeza da morte, é preciso respeitar os limites da vida e não há porque lutar contra ela.

Também, destacou-se que a morte do outro nos remete à nossa própria morte e que a reflexão sobre a finitude da vida do outro pode contribuir para os profissionais pensarem na forma como gostariam de ser cuidados se estivessem em seu lugar e pode ajudar na elaboração de questões acerca da morte.

O diagrama que segue apresenta as condições causais do fenômeno estudado.

DIAGRAMA 10- Condições causais do fenômeno estudado

CONDIÇÕES CAUSAIS



6.2 CONDIÇÕES CONTEXTUAIS DO FENÔMENO (CONTEXTO)

São conjuntos específicos de condições que cruzam dimensionalmente neste momento e local e que condicionam a ação/interação, criando circunstâncias. Responde a questão: “Onde, de que forma e quando isso acontece?” (Strauss; Corbin, 2008).

O contexto é apresentado neste estudo na terceira e quarta categorias. A categoria 3- **ENCARANDO A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR** tem quatro subcategorias: Destacando a atuação do enfermeiro no processo de morte/morrer; (Re) agindo diante da terminalidade e morte de um paciente; (Re) agindo diante da terminalidade e morte de um ente querido e Fazendo consideração sobre a percepção da terminalidade pelo paciente e suas atitudes frente a isso.

Destacou-se a atuação do enfermeiro no processo de morte/morrer diante complexidade da vida humana, através do gerenciamento da equipe de enfermagem e dos cuidados de enfermagem; do acolhimento à equipe de enfermagem, da realização de educação em serviço e através das interações com outros profissionais, pacientes

e familiares na busca por cuidado, carinho, conforto e privacidade dos pacientes e familiares.

As (re) ações dos profissionais diante da terminalidade e morte de um paciente foram identificadas e observou-se que variam de acordo com condição clínica do paciente, vínculo estabelecido com ele e seus familiares e de acordo com as características pessoais do profissional.

A morte de pacientes comumente traz sofrimento e desgastes psíquicos aos profissionais de saúde, e notou-se que a morte de crianças, jovens, pacientes que tinham um bom prognóstico, pacientes com vínculo mais estreito e as mortes repentinas causam mais sofrimento aos profissionais.

As entrevistas mostraram que a maioria dos profissionais tem dificuldade em lidar com o processo de morte/morrer e fica insegura ao (inter) agir com um paciente em terminalidade.

Alguns profissionais buscam dar esperança de melhora aos pacientes, outros solicitam parecer e acompanhamento da psicologia. Notou-se que o processo de morte/morrer envolve sensibilização de alguns e mecanização de outros.

A utilização da racionalização e do distanciamento para lidar com o processo de morte/morrer dos pacientes foram citados, assim como os sentimentos dos profissionais diante da morte dos pacientes. Alguns relatam sentirem impotência, frustração e fracasso, outros mencionam sentir alívio diante da morte de alguns pacientes.

Há profissionais que buscam oferecer apoio espiritual para lidar com a terminalidade e morte. Além disso, foram elencados outros recursos que ajudam os profissionais a lidarem melhor com a morte de pacientes: trabalhar como diarista e não plantonista; lidar com pacientes com doenças infectoparasitárias, especialmente a aids; tempo de experiência profissional; experiências de vida; quando percebem que os pacientes sentem que estão sendo cuidados e conversar com outros profissionais sobre processo de morte/morrer e situação dos pacientes.

As (re) ações diante da terminalidade e morte de um ente querido variam de acordo com aspectos relativos aos pacientes e acompanhantes/familiares, do processo comunicacional desenvolvido entre todas as pessoas envolvidas.

Geralmente a família está despreparada para lidar com o processo de morte/morrer, insegura e vulnerável e solicitam com mais frequência os profissionais da enfermagem. e negam o processo de morte/morrer do ente querido. Algumas

famílias não suportam a situação de terminalidade e solicitam que outros acompanhem o ente querido na enfermaria ou solicitam a transferência dele para o CTI. Identificou-se que nem sempre a família compreende a condição paliativa do ente querido.

A comunicação do diagnóstico e prognóstico do paciente à sua família é uma situação delicada, complexa; comumente a família pede ao médico que não converse com o ente querido a respeito do seu diagnóstico e prognóstico;

Também, os participantes expressaram associar a morte de familiares à morte de pacientes internados, o que gera sofrimento ao profissional.

A respeito da percepção da terminalidade pelo paciente e suas atitudes frente a isso, os profissionais acreditam que a maioria dos pacientes percebem que estão morrendo, embora, geralmente, não verbalizem isso;

Relatou-se que, muitas vezes, os pacientes percebem que os profissionais e seus familiares estão escondendo informações importantes, o que gera desconfiança e enfraquecimento dos vínculos estabelecidos.

Os estágios do luto apresentados por Kubler- Ross (2011) foram identificados nas falas dos participantes quando citam as (re) ações dos pacientes diante da terminalidade.

Por fim, os participantes acreditam que profissionais precisam se preparar para lidar com os pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares, fazendo (inter) conexões para fortalecer as (inter) ações.

A categoria 4- **DEMONSTRANDO SENSIBILIDADE HUMANÍSTICA NAS INTERAÇÕES DE CUIDADO AO PACIENTE QUE VIVENCIA O PROCESSO DE MORTE/MORRER** apresenta duas subcategorias: Considerando a situação de sofrimento relacionada à terminalidade e à morte e Tendo desgastes devido às situações da prática laboral que envolvem o processo de morte/morrer.

Foram feitas diversas considerações sobre a situação de sofrimento relacionada à terminalidade e à morte. O processo de morte/morrer de um paciente gera desgastes e sofrimento nas diversas pessoas (paciente, família, pacientes e acompanhantes que estão próximos na enfermaria e nos profissionais de saúde) e quase todos querem esconder o moribundo e negar a morte no ambiente hospitalar.

Relatou-se que o trabalho no hospital envolve lidar com sofrimento, com gente que sofre, sendo demandadas dos profissionais relações humanas intensas e que o processo de luto é essencial para as pessoas envolvidas aprenderem a lidar com a perda. Diante disso, há necessidade de tentar gerenciar o sofrimento diante da morte,

lidando com o que gera sofrimento (encarar a finitude da vida e olhar além do momento presente) e os profissionais devem zelar pelo acolhimento, apoio, respeito, humanização, conforto, privacidade, alívio do sofrimento dos pacientes e familiares;

Algumas causas foram elencadas para o sofrimento dos profissionais diante do processo de morte/morrer de pacientes: vínculo estabelecido com pacientes e/ou familiares; falhas no processo de comunicação dos médicos com as famílias dos pacientes em terminalidade; indecisão da família acerca das condutas a serem ou tomadas no tratamento do ente querido e associação de experiências pessoais ao processo de morte/morrer de pacientes

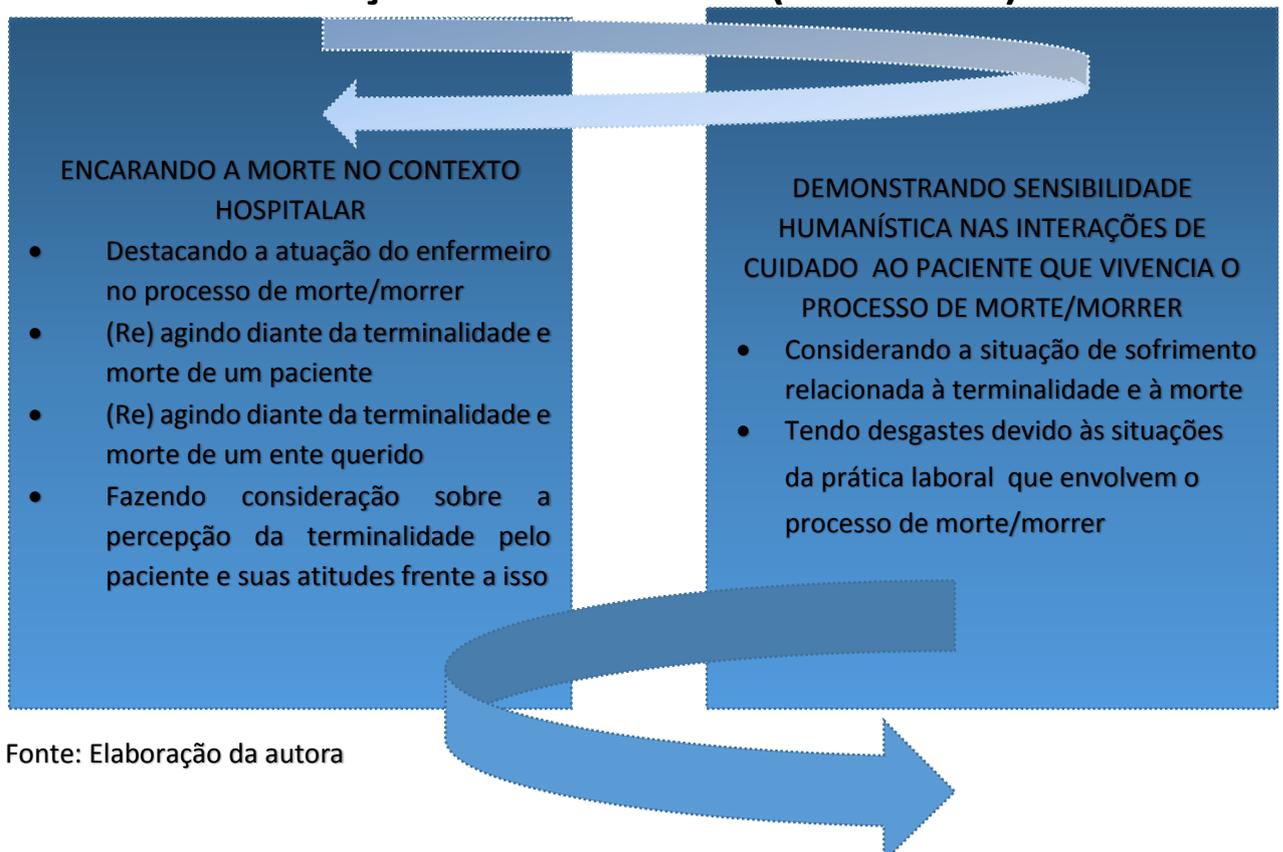
Identifica-se que o modelo biomédico permanece impregnado nos discursos e ações dos profissionais, buscando, geralmente, intervir e tentar remediar a morte e curar o paciente.

Por fim, apontou-se que a consciência da morte é importante para levar à reflexão sobre os limites da vida, questionamentos das bases morais da sociedade e para buscar o alívio do sofrimento, com mudanças no pensamento e (inter) ações diante do processo de morte/morrer.

O diagrama a seguir apresenta as condições contextuais do fenômeno.

DIAGRAMA 11- **Condições contextuais do fenômeno estudado**

CONDIÇÕES CONTEXTUAIS (CONTEXTO)



Fonte: Elaboração da autora

6.3 CONDIÇÕES INTERVENIENTES/INTERVENTORAS

São as condições que alteram (aumentam ou diminuem) o impacto das condições causais sobre o fenômeno (Strauss; Corbin, 2008). Neste estudo, as condições intervenientes são apresentadas na quinta e sexta categorias.

A categoria 5- **APONTANDO INTERFACES DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO AOS PACIENTES EM PROCESSO DE MORTE/MORRER E ÀS SUAS FAMÍLIAS** apresenta seis subcategorias: Encontrando facilidades e dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer; Coexistindo ordem e desordem no gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer; Encontrando dificuldades para realizar cuidados paliativos; Elencando aspectos sociais, éticos e legais envolvidos no processo de morte/morrer; Apresentando questões relacionadas à cultura, religião/espiritualidade e formação profissional que podem interferir no processo de morte/morrer e Apontando elementos institucionais que influenciam nas ações dos profissionais diante do processo de morte/morrer.

Os participantes relataram encontrar como facilidades e dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer e percebe-se que há uma interdependência dos profissionais diante do processo de morte/morrer e suas (inter) ações podem facilitar ou dificultar o gerenciamento do cuidado de enfermagem.

As facilidades são percebidas quando ocorre comunicação efetiva dos médicos com pacientes e suas famílias, quando os médicos registram (inter) ações que tiveram com pacientes e suas famílias nos prontuários e pela viabilidade de solicitação de parecer pelo enfermeiro à equipe multidisciplinar na instituição.

As dificuldades citadas foram mais expressivas e estão relacionadas às falhas na comunicação dos médicos com pacientes e familiares, especialmente na comunicação de diagnóstico e prognóstico e definição de condutas; às visitas de familiares que não conhecem a situação do paciente; presença de outros pacientes próximo dos pacientes em terminalidade na enfermaria, especialmente se estiverem lúcidos; sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem; falta de integração da equipe multidisciplinar; excesso de atividades burocráticas para enfermeiros e rotatividade dos profissionais de enfermagem em algumas enfermarias.

Coexistem ordem e desordem no gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer e foram citadas fragilidades percebidas e apontada uma melhoria alcançada.

Como melhoria foi apontado um movimento institucional para criação de um protocolo assistencial para pacientes com indicação de cuidados paliativos e como deficiências, a pouca visibilidade da interface do gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer e a necessidade de reorganização do serviço de enfermagem, com redefinição de atribuições dos enfermeiros.

Destaque foi dado para as dificuldades para a implementação de cuidados paliativos. Foi citado que alguns profissionais da equipe multidisciplinar negligenciam o cuidado ao paciente em condição paliativa, que os profissionais da equipe têm dificuldade em lidar com a ideia de cuidar de pacientes em terminalidade na enfermaria e alguns desconhecem CP e há profissionais que o confunde com eutanásia.

Apontou-se que a não compreensão e/ou aceitação da terminalidade do ente querido pela família gera entraves à implementação de CP e que a comunicação do médico com a família e com os pacientes acerca do diagnóstico e prognóstico pode estimular ou dificultar sua implementação.

A inexistência de um protocolo institucional que direcione os profissionais na implementação de CP, a deficiência na integração dos profissionais da equipe e persistência da centralização das tomadas de decisões nos médicos também dificultam esta implementação. Além disso, acredita-se que negação da terminalidade e morte pelos profissionais dificulta o reconhecimento da indicação de CP de determinados pacientes.

Frequentemente os profissionais preocupam-se com o envolvimento emocional com pacientes em terminalidade e seus familiares, têm medo do cuidado de paciente remeter à morte de um ente querido e têm preocupação com o respaldo legal diante da implementação de CP.

Por fim, foi apontada a necessidade de educação de pacientes, familiares e profissionais sobre terminalidade e morte, inclusive de assuntos relacionando a CP.

Foram elencados aspectos sociais, éticos e legais envolvidos no processo de morte/morrer que envolvem a necessidade de comunicação do óbito à CNCDO ou Banco de Olhos; avaliação da possibilidade de abordar família para conversar sobre doação de córneas; aspectos legais que podem gerar impacto na assistência aos

pacientes e familiares no desempenho das atividades dos trabalhadores, impactos na instituição e até no encaminhamento do corpo após a morte.

Também, foram destacados a necessidade dos registros dos profissionais acerca da assistência realizada (especialmente no prontuário do paciente e no instrumento de passagem de plantão) e registros na declaração de óbito.

Destacou-se que as práticas de cuidado devem respeitar os preceitos éticos e legais definidos pelo Estado e pelos conselhos profissionais e a imprescindibilidade do respeito à autonomia dos pacientes. Ademais, questões sociais, econômicas e afetivas interferem nas (re) ações dos pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer.

Às vezes, morrem pacientes sem referência familiar e, nestes casos, o serviço social intervém junto à direção hospitalar, prefeitura, delegacia e IML. Outra situação que pode acontecer é a solicitação de auxílio funeral pelo serviço social para algumas famílias com baixa renda.

Outras questões que interferem no fenômeno estudado estão relacionadas à cultura, religião/espiritualidade e formação profissional. Apontou-se que a busca de interfaces com a religião/espiritualidade conforta as pessoas diante do processo de morte/morrer e que os profissionais precisam buscar identificar as necessidades e desejos dos pacientes e familiares, respeitá-los e apoiá-los.

Outro assentamento é de que as culturas direcionam a forma como as pessoas encaram a terminalidade e a morte e que esta é um tabu em nossa sociedade.

Ainda, outro aspecto indicado é que o modelo biomédico e hospitalocêntrico persiste ditando as práticas de cuidado, mas há movimentos de mudança, como a filosofia paliativista. Destacou-se, também, que a formação dos profissionais sofre interferências da cultura e acaba perpetuando esta, inibindo a consolidação de novas práticas.

Um caminho para a instituição de novas práticas de cuidado envolve a interdisciplinaridade e mudança de cultura, onde o cuidar seja prioridade e não o curar; onde cada ser seja reconhecido como único e tenha suas necessidades (re) conhecidas e respeitadas.

Foram apontados elementos institucionais que influenciam nas ações dos profissionais diante do processo de morte/morrer, a saber: os profissionais sentirem-se amparados e direcionados pela gestão da instituição; tendência em valorizar muito o aspecto técnico da assistência, especialmente, com os processos de acreditação

hospitalar e a necessidade da gestão investir em educação permanente dos trabalhadores e na criação de um protocolo para direcionar a implementação de CP.

Alguns entraves para um gerenciamento adequado do cuidado no processo de morte/morrer foram indicados: escala de trabalho de algumas categorias profissionais não atende demanda do hospital, especialmente no período noturno, finais de semana e feriados; falta de impresso de declaração de óbito na instituição, às vezes; sobrecarga de trabalho dos profissionais, especialmente da enfermagem; priorização de procedimentos burocráticos em detrimento da assistência; falhas no acolhimento dos pacientes e familiares, inclusive no preparo do corpo; falta de recursos materiais para assistência; estrutura física inadequada; utilização inadequada do espaço físico; lacunas na comunicação de notícias difíceis e a inexistência de definição de protocolos assistenciais multidisciplinares.

A comunicação é primordial nas (inter) ações diante do processo de morte/morrer e isso é destacado na categoria 6- **DESTACANDO ASPECTOS DO PROCESSO COMUNICACIONAL DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER** que apresenta quatro subcategorias: Destacando aspectos do processo de comunicação entre os profissionais; Abordando o processo de comunicação com a família do paciente diante do processo de morte/morrer; Abordando o processo de comunicação com o paciente diante do processo de morte/morrer e (Des) Conhecendo o diagnóstico e prognóstico.

A respeito dos aspectos do processo de comunicação entre os profissionais, observou-se que os profissionais comunicam-se acerca da condição clínica e psicológica dos pacientes e buscam discutir questões para melhorar a assistência aos pacientes e familiares. No entanto, os profissionais evitam falar da morte e reconhecer as limitações da vida. Contudo, identificou-se que, apesar das dificuldades, a comunicação entre os profissionais tem melhorado.

A solicitação de parecer pelos enfermeiros à equipe multidisciplinar é um recurso que contribui para aproximação e comunicação dos profissionais, assim como os *rounds* realizados em algumas enfermarias.

Existe uma teia extensa de conexões entre os profissionais. Eles apresentam demandas de escuta dos psicólogos diante do processo de morte/morrer, os médicos são solicitados pela equipe de enfermagem quando pacientes apresentam agravamento do quadro clínico e, em alguns casos, para constatação de óbito.

Relatou-se que a maioria dos médicos não expõe a situação do paciente para os demais membros da equipe, talvez, por não lidarem bem com o processo de morte/morrer e isso entrava a assistência e que também pode ocorrer dificuldade na comunicação entre os profissionais quando o paciente é assistido por uma equipe médica e não apenas um médico assistente.

Discerniu-se que os profissionais precisam aprimorar os conhecimentos sobre CP e desmistificar vários aspectos relacionados à doença (por exemplo: o câncer).

Notou-se que a teia de comunicação entre os profissionais persiste após o óbito do paciente e envolve o enfermeiro comunicar o setor de admissão (internação), portaria do hospital, CNCDO ou Banco de Olhos e o funcionário da portaria entrar em contato com a funerária de plantão na cidade.

A respeito do processo de comunicação com a família do paciente diante do processo de morte/morrer destacou-se que alguns familiares questionam os enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a possibilidade de melhora do seu ente querido, mas não costumam conversar abertamente sobre processo de morte/morrer. Diante destas situações, nem todos os profissionais de enfermagem conversam com familiares dos pacientes sobre a gravidade da sua doença.

Identificou-se que a comunicação da enfermagem com os familiares dos pacientes sofre expressiva interferência da comunicação do médico com este.

Também, as falas apontaram que os médicos geralmente, diante de uma doença terminal, conversam primeiramente com a família do paciente. Comumente chamam os familiares para conversar longe do paciente e falam com eles abertamente sobre o diagnóstico e prognóstico do ente querido.

A respeito desta (inter) ação, a insensibilidade e falta de clareza foram elencadas como falhas de comunicação de alguns médicos assistentes com os familiares, o que dificulta a experiência dos familiares diante do processo de morte/morrer, a atuação dos médicos plantonistas e dos demais profissionais da equipe de saúde.

As (re) ações dos profissionais de enfermagem que foram mencionadas quando questionados pelos familiares sobre a (possibilidade de) terminalidade do ente querido variam: relatar desconhecer o diagnóstico e prognóstico do paciente; dar esperança de melhora/recuperação; elogiar o atendimento prestado no hospital; desconversar e se afastar dos familiares; poucos profissionais expressaram ouvir os anseios da família.

As características de uma boa comunicação com a família elencadas pelos profissionais foram: esclarecimento sobre a condição do paciente; esclarecimento de

dúvidas; uso de linguagem acessível aos familiares; empatia; objetividade e clareza; comunicação sobre CP, quando indicado e ouvir a opinião dos diferentes familiares.

Constatou-se que a comunicação do óbito à família geralmente é feita por telefone pelo enfermeiro quando o familiar não está presente no hospital e feita pessoalmente pelo médico e enfermeiro quando paciente está com familiar ou acompanhante. Alguns participantes questionam a rotina de comunicação de óbitos (ser realizada por enfermeiros e não por médicos e o uso do telefone).

Por fim, destacou-se que deve haver maior participação e integração da equipe multidisciplinar na comunicação com os familiares diante do processo de morte/morrer.

Sobre o processo de comunicação com o paciente diante do processo de morte/morrer observou-se que há profissionais que buscam conversar com os pacientes em terminalidade e oferecer apoio mas nem todos dão abertura para paciente conversar sobre terminalidade e morte. Também, os pacientes geralmente não conversam abertamente sobre o processo de morte/morrer e muitos sequer questionam o médico sobre seu diagnóstico e prognóstico.

Alguns profissionais acreditam que os pacientes não perguntam sobre a gravidade da sua doença por não entendê-la ou por não querer saber a verdade e ter que lidar com isso, já outros reconhecem que, às vezes, o paciente está esperando o profissional ter a iniciativa de falar alguma coisa sobre o processo de morte/morrer.

Quando pacientes solicitam ajuda e dizem que estão morrendo, muitos profissionais negam a terminalidade/morte e reafirmam que estão ali para os ajudar.

Os médicos relataram, às vezes, omitir informações dos pacientes acerca do seu diagnóstico e prognóstico, aliviando a gravidade da situação, especialmente se for paciente idoso e, muitas vezes, o paciente não é esclarecido pelo médico a pedido da sua família ou porque o médico não dá conta de conversar com o paciente sobre o prognóstico de terminalidade.

No que tange ao (des) conhecimento do diagnóstico e do prognóstico, acredita-se que, geralmente, as famílias percebem que os entes queridos estão em terminalidade, mas há casos em que as famílias não percebem isso ou não manifestam o entendimento, talvez por negação da situação.

Além disso, não raro, os familiares têm conhecimentos distintos acerca do diagnóstico e prognóstico do ente querido. O (des) conhecimento dos familiares gera reações como solicitação constante da equipe de enfermagem e/ou solicitação de transferência do paciente para a UTI.

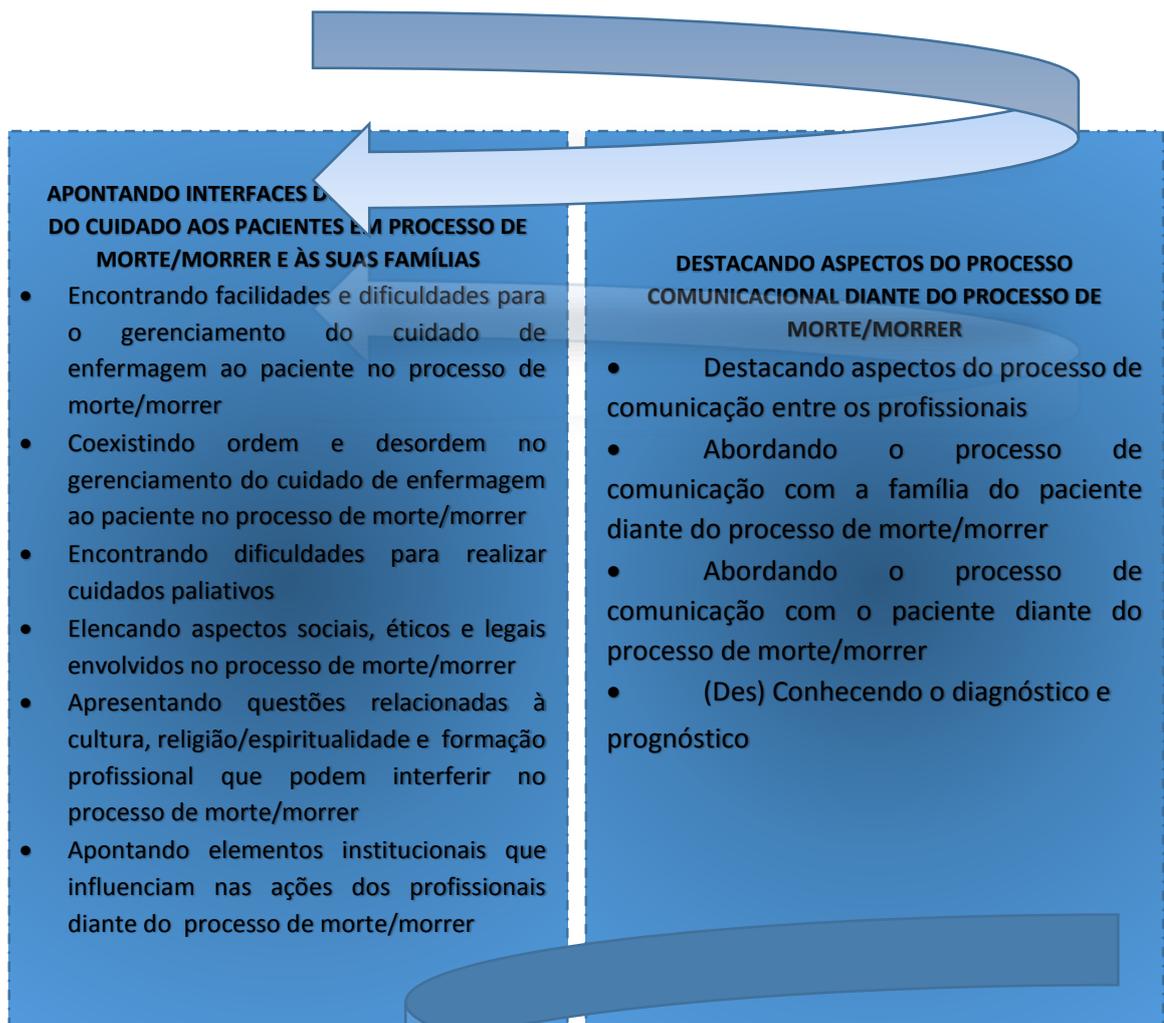
Constatou-se que a intenção dos familiares e dos médicos ao esconder informações do paciente geralmente é percebida como tentativa de proteção dos pacientes do sofrimento. Às vezes, os familiares podem sentir-se sobrecarregados com as informações a respeito do ente querido e sentirem-se pressionados por ter que decidir sobre o que informar ou não ao paciente.

Alguns profissionais defendem o direito do paciente conhecer seu diagnóstico e prognóstico enquanto outros acreditam que o paciente nem sempre está preparado para saber. Por fim, identificou-se que profissionais precisam preparar-se para comunicar notícias difíceis e apoiar pacientes e familiares.

O diagrama que segue apresenta as condições intervenientes/interventoras do fenômeno estudado.

DIAGRAMA 12- **Condições intervenientes/interventoras do fenômeno estudado**

CONDIÇÕES INTERVENTORAS/INTERVENIENTES



Fonte: Elaboração da autora

6.4 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO

Representam as formas como indivíduos ou grupos lidam com situações com as quais se deparam para resolver problemas e geram influências sobre o fenômeno, podendo ser respostas estratégicas ou rotineiras das pessoas a questões ou acontecimentos. Representam o que as pessoas fazem ou dizem (considerando-se também a não-resposta). Responde as questões: “Quem faz e como faz isso acontecer?”, “Quais estratégias?” (Strauss; Corbin, 2008).

Neste estudo, as estratégias de ação/interação são apresentadas na sétima categoria - **DESENVOLVENDO ESTRATÉGIAS DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER**. Esta apresenta cinco subcategorias: Desenvolvendo estratégias de ação/interação junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família; Utilizando estratégias para gerenciar o cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer; Apontando as ações dos diferentes profissionais diante do processo de morte/morrer; Utilizando signos e significados diante da morte e Negando a terminalidade da vida.

Os profissionais desenvolvem diferentes estratégias de ação/interação junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família, buscando oferecer suporte físico e emocional.

As estratégias de ação/interação utilizadas pelos médicos na comunicação com paciente sobre diagnóstico e prognóstico que foram citadas na pesquisa são: fazer perguntas aos pacientes em terminalidade buscando estimular a reflexão e ajudar na elaboração da doença; dar as notícias difíceis de forma paulatina, buscar amenizar a situação e explicar para os pacientes que sua recuperação será demorada.

As estratégias de ação/interação utilizadas pelos profissionais para melhorar interação com a família do paciente são: conversar com os familiares para obter mais informações sobre os pacientes; favorecer aproximação entre paciente e sua família/pessoas queridas; solicitar presença de familiares no hospital; ter horários de visita diferenciados para familiares de pacientes em terminalidade; esclarecimentos à família dos cuidados realizados; apoio e solidariedade à dor da família através de presença e disponibilidade para ajuda e estímulo aos familiares para que façam perguntas a fim de ajudá-los a (re) agir diante da terminalidade do ente querido.

Os enfermeiros solicitam envolvimento de outros profissionais no cuidado aos pacientes, em especial da psicologia e do serviço social, de maneira informal ou através da solicitação de parecer.

Além disso, a construção de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades são estratégias utilizadas pelos enfermeiros e incluem: estar disponível para ajuda; empatia; comunicação efetiva; equilibrar razão e emoção; autoconhecimento; conhecimento do perfil dos profissionais e suas (re) ações diante do processo de morte/morrer e dimensionamento de pessoal a partir dos conhecimentos, habilidades e afinidades dos profissionais.

As estratégias de ação/interação utilizadas e/ou recomendadas para gerenciar o cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer incluem: conversar e orientar os profissionais da equipe de enfermagem; correção de condutas impróprias frente ao processo de morte/morrer de pacientes; conversar com médicos assistentes para identificar o conhecimento que os familiares têm a respeito do diagnóstico e prognóstico do ente querido; solicitação de parecer para profissionais da equipe multidisciplinar; aprimoramento de conhecimentos técnicos; desenvolvimento de habilidades para lidar com as emoções; empatia; liderança; planejamento; alterações no ambiente de cuidado; dimensionamento da equipe de enfermagem a partir dos conhecimentos, habilidades e afinidades dos profissionais; realização de rodízio na escala de atribuições da equipe de enfermagem; estímulo à auto estima e ao bom humor dos profissionais e SAE.

As ações dos diferentes profissionais diante do processo de morte/morrer variam conforme suas características pessoais e o saber específico da sua área de atuação. Em relação a isso, relatou-se que a equipe atua como multidisciplinar e não, inter ou transdisciplinar, de modo que as ações geralmente são isoladas e não existe, ainda, tomadas de decisões que considerem “todos” os olhares. Porém, admite-se que os olhares podem ser diferentes e, ao mesmo tempo, complementares e que os profissionais da equipe multidisciplinar precisam ser mais atuantes junto aos pacientes e familiares em processo de morte/morrer (falta integração da equipe).

Identificou-se que a atuação da equipe multidisciplinar é frágil diante de pacientes em cuidados paliativos, muitos profissionais se afastam dos pacientes em terminalidade e de sua família, embora há quem busque aproximação com estes e a maioria dos médicos ainda centraliza a tomada de decisão acerca da assistência ao paciente. Também, nota-se que há falhas na promoção de privacidade e conforto dos

pacientes e seus familiares, em parte devido ao comportamento dos profissionais e à estrutura física das enfermarias.

Os psicólogos buscam atender os pacientes e familiares através de pareceres solicitados por médicos ou enfermeiros e, também, através de busca ativa de demandas de pacientes e familiares e os assistentes sociais geralmente atuam em questões relacionadas à busca de referência familiar do paciente, orientação sobre direitos dos pacientes e familiares, esclarecimento de dúvidas sobre atestado de óbito e auxílio funeral.

Considerou-se que a equipe multidisciplinar carece de capacitação para lidar com questões suscitadas pela terminalidade e pela morte e os participantes destacaram a importância da comunicação entre os profissionais e entre estes e os pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer.

Outra estratégia de ação/interação é a utilização de signos e significados diante da morte. Admite-se que as sociedades simbolizam a morte e o corpo e que o significado da morte para os profissionais sofre interferências de aspectos como idade do pacientes, sua patologia e a condição de saúde apresentada.

Diferentes significados são atribuídos à morte de pacientes, a saber: processo natural da vida; assunto íntimo, familiar; alívio, descanso; perda; insucesso; partida; desenlace; possibilidade de desfecho do trabalho dos profissionais de saúde; ausência de merecimento de cuidado e o reconhecimento de que algumas mortes são evitáveis.

Afirma-se que existem diferentes discursos no hospital a partir dos diferentes olhares e saberes e que a organização do hospital visa manter a ordem em meio a desordem, negando, muitas vezes, a morte. Desse modo, identificou-se que uma estratégia utilizada é negação da morte, que ocorre até mesmo, na utilização dos símbolos. Citaram-se como exemplos, a utilização de “túmulos de pedra” e “flores de plástico”.

Os seres humanos não esperam morrer e têm dificuldade em aceitar o envelhecimento e a morte, negando-os e persiste a tendência dos profissionais em lutar pela manutenção da vida e pela cura dos pacientes.

Relatou-se que muitas vezes os médicos fazem intervenções nos pacientes para aliviar o sofrimento dos familiares, às vezes para evitar que os pacientes faleçam no seu horário de trabalho, por não ter na instituição uma cultura para implementação de cuidados paliativos e porque a cultura predominante é a busca pela cura.

Outra forma de negar a morte é a (re) ação de alguns profissionais de negarem a finitude da vida dando esperança de recuperação para pacientes em terminalidade e/ou a seus familiares.

Sendo assim, discutiu-se que as atitudes de negação e evitação da morte fazem parte de uma cultura ocidental que, geralmente, não prepara as pessoas para lidar com a morte; que a ciência busca, geralmente, afastar a morte do ser humano e a formação dos profissionais reforça a negação da morte e a busca incessante pela cura.

Evita-se falar da morte pode revelar o medo que a pessoa tem de morrer, pois a morte do outro revela a “minha” fragilidade e “minha” mortalidade. Por fim, admite-se que evitar pensar e falar na morte gera distanciamento e não é terapêutico e que há deficiência de reflexões dos profissionais sobre o processo de morte/morrer.

O diagrama que segue apresenta as condições intervenientes/interventoras do fenômeno estudado.

DIAGRAMA 13- **Estratégias de ação/interação diante do fenômeno estudado**



Fonte: Elaboração da autora

6.5 CONSEQUÊNCIAS

São as respostas diante das estratégias adotadas, os resultados ou expectativas da ação/interação em relação a um determinado fenômeno, resultado/resposta. Cabe ressaltar que as consequências podem ter duração variada e podem ser visíveis ou invisíveis tanto para quem vivencia o fenômeno quanto para as outras pessoas. Responde a questão: “Qual o resultado disso?” (Strauss; Corbin, 2008).

Neste estudo, as consequências são apresentadas na categoria 8- **VISLUMBRANDO CAMINHOS PARA MELHORIA DO CUIDADO DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER**, que apresenta três subcategorias, a saber: Apontando consequências das ações dos profissionais na vida dos pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares; Apontando a implementação de cuidados paliativos como um dos caminhos para a realização de um cuidado adequado para muitos pacientes em processo de morte/morrer e Identificando potencialidades na instituição e vislumbrando caminhos para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer.

Foram apontadas algumas consequências das ações dos profissionais na vida dos pacientes em processo de morte/morrer e seus familiares:

- a falta de esclarecimento dos pacientes e familiares gera desgastes entre eles e entre estes e os profissionais de saúde, especialmente com a equipe de enfermagem;
- os familiares buscam mais intensamente a atenção da equipe de enfermagem diante da terminalidade do ente querido  relação de evitação por parte de alguns profissionais  dificuldades no atendimento das demandas dos pacientes e familiares;
- a falta de consenso entre os profissionais de saúde  desgastes nas relações estabelecidas, desconfiança por parte de pacientes e familiares e insegurança;
- falhas de comunicação dos médicos com os demais profissionais sobre as condições do paciente  estranheza, surpresa diante da morte;
- o acolhimento dos pacientes e familiares  tranquilidade, confiança e abertura ao diálogo;
- esclarecimento dos pacientes e familiares  conforto, favorece a implementação de CP, quando indicado;
- tecnociência distancia os profissionais dos pacientes;

- equipe que desenvolve vínculos mais estreitos com pacientes e familiares realiza um cuidado diferenciado → favorece a aproximação e a confiança;
- quando não é dita toda a verdade ao paciente → pode perder a confiança no profissional e pensar que seu tratamento não está adequado;
- o preparo dos profissionais → pode mudar a comunicação desenvolvida entre eles, pacientes e familiares → mudar o cuidado;
- adequado gerenciamento do cuidado → promove o sucesso do cuidado ao pacientes e familiares diante do processo de morte/morrer.

Apontou-se a implementação de cuidados paliativos como um dos caminhos para a realização de um cuidado adequado para muitos pacientes em processo de morte/morrer e acredita-se que seja imprescindível a educação para a morte de pacientes, familiares e profissionais.

Identificaram-se potencialidades na instituição e vislumbraram-se caminhos para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer. As potencialidades identificadas na instituição para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer são: cuidado de enfermagem realizado; disposição dos psicólogos para ajudar; engajamento de muitos profissionais de diferentes categorias; início de *rounds* nas enfermarias; formação de grupos de discussão sobre terminalidade e morte; interesse de muitos profissionais em realizar um trabalho interdisciplinar; valorização do trabalho interdisciplinar na gestão atual da instituição; discussão de casos entre alguns residentes de medicina e seus preceptores e educação permanente.

Os caminhos vislumbrados para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer são: atuação sincronizada da equipe multidisciplinar; maior presença e (inter) ação dos profissionais da equipe multidisciplinar; esclarecimento e definição de atribuições dos diferentes profissionais; melhoraria na comunicação e integração dos médicos com os demais membros da equipe multidisciplinar; reconhecimento das potencialidades existentes na instituição; valorização dos profissionais e das suas condutas; criação de um serviço ou equipe para dar suporte à implementação de CP; definição de condutas para gerenciar o cuidado na instituição; reforçar o dimensionamento dos profissionais para os cuidados a partir de suas afinidades e potencialidades; alívio da sobrecarga de trabalho dos profissionais da enfermagem; abertura para os profissionais expressarem o que sentem e pensam sobre terminalidade e morte; investimento em educação permanente; discussão de assuntos relacionados ao processo de morte/morrer com pacientes e familiares; criação de

protocolos assistenciais pela equipe multidisciplinar; realização de *rounds*; alterações no processo de comunicação de óbitos às famílias dos pacientes; ter ambientes mais privativos e acolhedores para pacientes em terminalidade e seus familiares; construção de uma capela ecumênica na instituição e a otimização do uso do prontuário eletrônico.

O diagrama que segue apresenta as consequências do fenômeno estudado.

DIAGRAMA 14- **Consequências diante do fenômeno estudado**



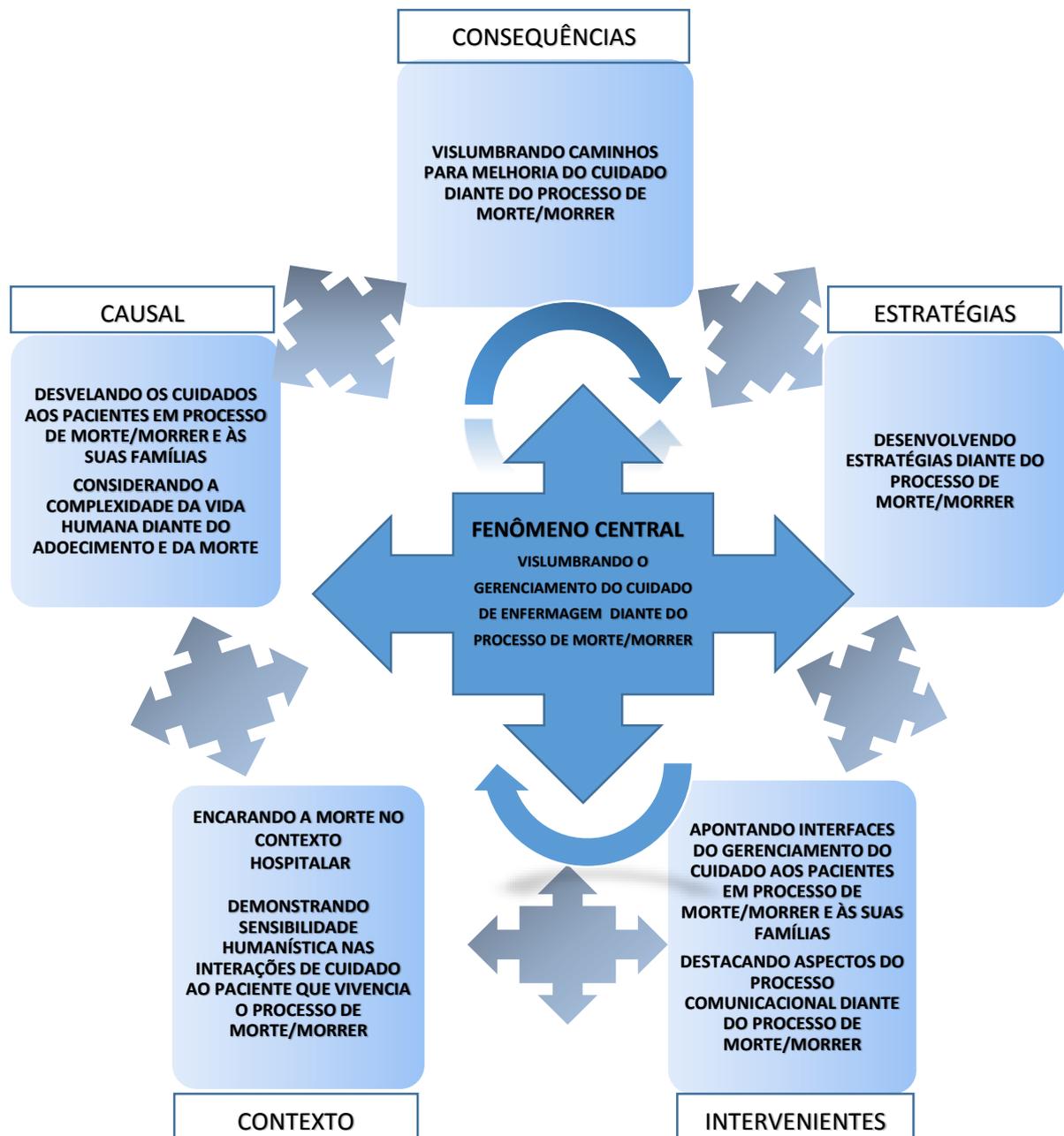
Fonte: Elaboração da autora

Assim, diante dos processos de análise e categorização apresentados anteriormente, a interconexão das categorias e em consonância com o matriz teórica proposta, apresento a Tese de Doutorado: **O ENFERMEIRO GERENCIA O CUIDADO DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER EM CONSONÂNCIA COM O CONTEXTO DE CUIDADO EM QUE SE ENCONTRA, AS DEMANDAS PERCEBIDAS/IDENTIFICADAS DE CUIDADOS DOS PACIENTES EM PROCESSO DE MORTE/MORRER E DOS SEUS FAMILIARES, CONSIDERANDO A COMPLEXIDADE DA VIDA HUMANA DIANTE DO ADOECIMENTO E DA MORTE E AS INTERFACES/INTER (AÇÕES) COM OS PACIENTES EM PROCESSO DE**

MORTE/MORRER, FAMILIARES E DE MAIS PROFISSIONAIS, DESENVOLVENDO ESTRATÉGIAS DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER VISANDO ATENDER AS DEMANDAS DAS PESSOAS ENVOLVIDAS E VISLUMBRA CAMINHOS PARA MELHORIA DO CUIDADO.

Segue diagrama ilustrativo do fenômeno central com as suas respectivas categorias que compuseram o modelo paradigmático e que sustentam a tese supracitada defendida neste estudo.

DIAGRAMA 15- Fenômeno Central



Capítulo VII

Canteiros (Cecília Meireles)

Quando penso em você fecho os olhos de saudade
 Tenho tido muita coisa, menos a felicidade
 Correm os meus dedos longos
 Em versos tristes que invento
 Nem aquilo a que me entrego
 Já me dá contentamento

Pode ser até amanhã, cedo, claro, feito dia
 Mas nada do que me dizem me faz sentir alegria

Eu só queria ter do mato
 Um gosto de framboesa
 Pra correr entre os canteiros
 E esconder minha tristeza

E eu ainda sou bem moço pra tanta tristeza
 E deixemos de coisa, cuidemos da vida,
 Pois se não chega a morte ou coisa parecida
 E nos arrasta moço sem ter visto a vida

Eu só queria ter do mato
 Um gosto de framboesa
 Pra correr entre os canteiros
 E esconder minha tristeza

E eu ainda sou bem moço pra tanta tristeza
 E deixemos de coisa, cuidemos da vida,
 Pois se não chega a morte ou coisa parecida
 E nos arrasta moço sem ter visto a vida

CAPÍTULO VII

VALIDANDO A MATRIZ TEÓRICA

7.1 APRESENTANDO O PROCESSO DE VALIDAÇÃO

Neste estudo, a validação da matriz teórica foi realizada de duas maneiras. Primeiramente, voltou-se a comparar o esquema teórico construído com os dados brutos, delimitando melhor as categorias. Em numa segunda etapa, a matriz teórica foi avaliada e validada por enfermeiros com experiência hospitalar.

A segunda etapa do processo de validação da matriz iniciou-se com o convite dos enfermeiros validadores para participação através de mensagem eletrônica explicando os objetivos do encontro e proposta de agendamento do dia, horário e local do mesmo. Após a demonstração de interesse dos enfermeiros, foi-lhes encaminhada uma carta-convite (APÊNDICE H) por meio de endereço eletrônico.

Os critérios estabelecidos para a seleção dos profissionais validadores foram: ser enfermeiro (a); ter experiência profissional com a terminalidade e morte de pacientes em ambiente hospitalar há, no mínimo, dois anos; ter disponibilidade de tempo para participar da pesquisa e assinar o TCLE (APÊNDICE J).

Foram respeitados no processo de validação os preceitos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos existentes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os participantes assinaram o TCLE, sendo garantido o princípio do anonimato e outros como a utilização das informações colhidas por meio de gravação de voz e anotações apenas para fins científicos, com a garantia de que os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas, garantia de que a participação era voluntária e que a qualquer momento poderiam recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar o consentimento e esclarecidos de que havia riscos mínimos relacionados à participação (BRASIL, 2013).

A validação foi realizada numa sala da instituição pesquisada com onze enfermeiros nos dias doze e treze (12 e 13) de setembro de 2016. Cabe ressaltar que dois validadores precisaram se ausentar do processo antes do término no dia doze de setembro, sendo dada continuidade à validação no dia seguinte apenas com estes dois validadores.

A validação se deu com onze enfermeiros, sendo oito atuantes na instituição pesquisada e três profissionais de uma outra instituição que atende pacientes de convênios, particulares e do SUS. Dos oito validadores que atuam no cenário da

pesquisa, apenas dois haviam participado da coleta de dados por meio de entrevistas realizadas nesta investigação.

Segue abaixo quadro com a caracterização dos profissionais que compreendem o grupo validador.

QUADRO 23: Caracterização dos participantes que compõem o grupo de validadores

Gênero	10 mulheres e 01 homem
Idade	Média de 40,54 anos
Titulação	Todos os participantes têm especialização, 01 participante tem Mestrado em Enfermagem e outro cursa Mestrado em Enfermagem
Especializações	<ul style="list-style-type: none"> • UTI Adulto e Neonatal- 07 participantes • Cardiologia- 01 participante • Saúde da Família- 02 participantes • Saúde da Mulher- 01 participante • Saúde do Adulto – 01 participante • Nefrologia- 01 participante • Gestão Hospitalar- 01 participante • Vigilância Epidemiológica- 01 participante
Tempo de formação (graduação em Enfermagem)	Média de 15,27 anos
Número de vínculos empregatícios	6 participantes têm 01 vínculo e 5 têm 02
Tempo de atuação na área hospitalar	Média de 11,63 anos

Para a condução do processo de validação, foi construído um roteiro (APÊNDICE I). O primeiro momento envolvia a elucidação dos objetivos do encontro e agradecimento a presença de todos, explicação do processo de validação e solicitação da assinatura do TCLE.

O segundo momento compreendia o preenchimento de um questionário com a caracterização do grupo validador, de modo a identificar algumas características pessoais e outras relacionadas à experiência profissional.

Já o terceiro momento envolvia a apresentação da pesquisa em power-point e distribuição de material impresso com as categorias, subcategorias, fenômeno central, modelo paradigmático, matriz teórica e diagramas emergidos.

No quarto momento, a pesquisadora solicitou ao grupo de validação que expressasse sua compreensão a respeito das categorias, fenômeno central, modelo paradigmático, matriz teórica e diagrama apresentados, tecendo considerações sobre a sua construção. Este momento envolveu discussão em grupo e parecer individual para a validação. Os participantes poderiam expressar suas opiniões verbalmente e/ou mediante anotações no material impresso e todos fizeram parte das discussões e responderam as questões no questionário de avaliação, constante no roteiro (APÊNDICE I).

No quinto momento foram feitos agradecimentos aos participantes e abertura para sugestões e opiniões.

O quarto e o quinto momentos foram gravados em MP4 e transcritos pela pesquisadora no mesmo dia que ocorreu o processo de validação. Para a manutenção do anonimato dos participantes, suas falas foram identificadas no texto por códigos: V seguido de um número aleatório.

O processo de análise dos dados teve o mesmo rigor de análise exigido na TFD e deu-se por meio de codificação. Segundo os autores, a validação da teoria ou matriz teórica pode ser feita de diversas maneiras, mas ela não é realizada com o mesmo objetivo de uma pesquisa quantitativa, no sentido de testar, mas sim com a intenção de comparar conceitos e suas relações com os dados durante o ato de pesquisa para determinar o quanto eles são apropriados para tal investigação e sua aplicabilidade (Strauss e Corbin, 2008).

7.2 COMPONENTES DA VALIDAÇÃO

De acordo com Strauss e Corbin (2008), uma TFD bem construída atenderá a quatro critérios centrais para julgar a aplicabilidade da teoria ao fenômeno estudado, a saber:

Ajuste— se uma teoria é fiel à realidade cotidiana deve se ajustar à área estudada;

Compreensão— por representar uma realidade, deve ser compreensível e fazer sentido tanto às pessoas estudadas como aos estudiosos da área;

Generalização Teórica– a teoria deve ser abstrata o bastante e incluir variação suficiente para torná-la aplicável a uma variedade de contextos relacionados àquele fenômeno;

Controle– a teoria deve prover controle, pois as hipóteses que propõem relações entre conceitos podem ser usadas para guiar ações posteriores e direcionar intervenções.

Para efetuar a validação da matriz teórica construída, o critério de Controle foi excluído, por requerer a aplicação da matriz, sendo considerada uma outra etapa, que pretende-se realizar em próximo estudo.

7.3 RESULTADOS DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO

Em relação ao primeiro critério- Ajuste, cabe dizer que este teve a intenção de verificar se o modelo paradigmático integra de forma pertinente os fenômenos que compõem o processo de gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer de pacientes e se a matriz teórica apresentada se ajusta à realidade contextual no que diz respeito ao processo de conexões entre o gerenciamento do cuidado de enfermagem e o processo de morte/morrer.

Os validadores mostraram a interligação entre os componentes, evidenciando o dinamismo preconizado na TFD. Consideraram que as categorias apresentadas foram consideradas representativas do gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer e os participantes expressaram que as categorias e as subcategorias refletem os momentos que vivem ou viveram no cotidiano de trabalho.

Seguem alguns relatos sobre o critério Ajuste:

A teoria se aplica totalmente porque o cuidado, o gerenciamento e a situação de terminalidade é um processo complexo e que envolve a vida humana e todos os seus aspectos que se interagem, se conflituam e se convergem, da mesma forma que suas causas, consequências e intervenientes que são explicáveis pela matriz (V 1).

A matriz teórica se ajusta totalmente à realidade contextual uma vez que ela abarca toda a complexidade do processo de cuidado/atendimento ao processo do paciente do paciente em situação de morte/morrer. O modelo paradigmático integra claramente os fenômenos alcançados (V 6)

A matriz teórica apresentada se ajusta totalmente à minha realidade contextual pois tange todo o processo assistencial do cuidado de enfermagem, independente da área de atuação. O modelo paradigmático integra totalmente de forma pertinente pois é claro e relevante em todos os aspectos, demandas e variáveis que compõem o processo de morte/morrer (V 4)

A matriz, portanto, foi considerada validada no critério de Ajuste, visto que as pessoas perceberam que o que estava representado expressava sua experiência pessoal e profissional no gerenciamento do cuidado de enfermagem diante da terminalidade e da morte. Nesse critério, não houve mudanças na matriz teórica por sugestão dos validadores.

A validação se deu, também, no segundo Critério: Compreensão. Nesta fase, foi verificado se a teoria representava a realidade do gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer, se as nomeações das categorias representavam bem os fenômenos relacionados ao gerenciamento do cuidado de enfermagem diante deste processo e se o fenômeno central, da forma como está nomeado, revelava com fidedignidade a complexidade do gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer de pacientes.

Foi observado que a matriz apresentada é compreensível, o que foi evidenciado por meio de suas discussões e respostas nos questionários. Os validadores demonstraram concordância com as descrições das categorias e subcategorias e a concepção teórica proposta. Apresentam-se alguns comentários:

As nomeações das categorias estão totalmente ajustadas e demonstram de forma fidedigna suas etapas dentro do proposto. No meu ponto de vista não necessitaria de correções. Nos diagramas apresentados sugiro uma melhor apresentação pois é um processo de interação constante e poderiam ser melhor representados (V 7)

As nomeações das categorias foram bem objetivas e claras, condizendo com o gerenciamento do cuidado. O fenômeno central está bem descrito, pois representa o desafio que é o gerenciamento do cuidado. O diagrama final (fenômeno central) seria melhor visualizado em conexões em forma de rede (V 2)

No que diz respeito aos diagramas os participantes concordaram que eles conseguiram traduzir parcialmente as relações entre os fenômenos e serem representativos da realidade discutida, sugerindo um novo desenho de diagrama, em especial para o fenômeno central, pois acreditam que os diagramas não expressavam de maneira adequada o dinamismo e a interconexão entre os fenômenos apresentados e, até mesmo, esboçaram um modelo sugestivo.

Cabe ressaltar que a pesquisadora concordou com as críticas aos diagramas e implementou mudanças de forma a adequá-los. Assim, no critério Compreensão, a matriz foi considerada validada, uma vez que todos a compreenderam, assim como as categorias e subcategorias e conseguiram identificar os componentes, embora neste

critério surgiram sugestões para adequação do *design* dos diagramas, especialmente do diagrama correspondente ao fenômeno central.

O terceiro critério avaliado foi a Generalização Teórica. Nesta etapa, foram avaliados o nível de abstração da matriz e sua aplicabilidade em diferentes contextos. Os participantes concordaram que é possível considerar que a matriz teórica alcança capacidade de abstração capaz de explicar o fenômeno e tem poder de generalização, no sentido de poder ser aplicada a outras realidades. Um validador acredita que a matriz teórica pode ter alguns componentes diferentes quando envolver assistência pediátrica e a pacientes em unidades de terapia intensiva.

Seguem algumas avaliações:

O trabalho todo eu visualizei na minha terapia intensiva mesmo ele não sendo direcionado para isso. Para mim, eu aplico todas as categorias no meu dia a dia, na minha forma de lidar com as famílias e com os profissionais (V 5)

Então, eu achei legal você não ficar presa na UTI e esse trabalho abrir desse jeito porque todo mundo agora faz parte desse cotidiano, de lidar com o paciente terminal não dentro da UTI [...] Porque eu gostei do seu trabalho pegar geral [...] Então, é legal porque você está mexendo com todo o mundo (V 9)

Parcialmente, acredito que podem haver diferenças quando pensamos em setores fechados, quando pensamos em pacientes pediátricos. Acredito que algumas variáveis possam ser intensificadas, outras minimizadas ou até suprimidas nas diferentes realidades (V 11)

Totalmente. É possível pensar a matriz teórica aplicada, inclusive, em Atenção Primária à Saúde (V 3)

Desta forma, no critério Generalização Teórica, a matriz foi considerada validada, à medida que os validadores consideraram ela é abstrata o bastante, tendo variação suficiente para aplicá-la a outros contextos, intra e extra hospitalares de assistência à saúde, sendo citados outros contextos como terapia intensiva, atenção primária à saúde e cuidado domiciliar.

Os participantes consideraram a pesquisa relevante e com perspectivas de contribuir para a enfermagem e área da saúde.

Eu também acho que é um tema bastante relevante porque é um tema, como o X (citou nome de outro validador) colocou, que tange à nossa profissão o tempo todo, principalmente a gente que lida na parte assistencial. Já li alguns, já tive contato com alguns artigos, já li sobre isso, mas não por esse aspecto que você abordou. Então por isso da relevância. E assim, ao mesmo tempo, como o X (citou nome de outro validador) falou, eu me vi em várias situações (V4)

Eu acho esse trabalho bem desafiador porque primeiro ele envolve nosso objeto, da enfermagem, que é o cuidado. E aí quando a gente fala de cuidado a gente abrange tanta coisa, mas tanta coisa, a começar pelo próprio ser humano. A gente é ser humano cuidando de outro ser humano. Aí, eu entendo

uma das categorias da causalidade, porque só a complexidade da vida humana já é uma coisa imensa. Outra coisa é lidar com o gerenciamento. E eu não sei, é muito difícil gerenciar e assistir com qualidade, da forma que a gente gostaria. Enfermeiro quer sempre fazer tudo direitinho, a gente quer fazer tudo direitinho, o melhor possível. A gente quer ver o outro da forma mais integral possível e o outro aspecto do cuidar do outro que é o outro morrendo. Então, já é mais um fator. E aí eu vejo um trabalho gigantesco, numa forma, numa bravura sua de conseguir interpretar isso tudo e tentar buscar isso nos outros também. Porque é muito difícil. E agora? Como é? Como eu compreendo cuidar, gerenciar a pessoa morrendo? Então, eu acho que vai ficar uma coisa muito bacana e muito desafiador porque até a gente tem que compreender ainda. A gente tem que nos compreender para compreender o outro para depois tentar melhorar o cuidado do outro que está morrendo. E aí esse outro tem a família, esse outro tem um Deus que ele acredita, são muitas coisas, são muitas coisas (V 1)

Interessante o tema. Ele é relevante, atual. Eu acho que isso só veio reforçar. Porque é nosso dia a dia, nossa prática, para saber lidar com isso [...] Excelente a forma de apresentação, de colocação sua, da sua pesquisa (V 8)

Eu acho que, para a gente na prática, como ele (outro validador) falou, a gente consegue ver ponto a ponto tudo o que a gente faz e englobou tudo, tudo que é da nossa prática. Ele está aqui envolvendo enfermeiro e outros profissionais, o técnico, todo o passo a passo. Não está um passo a passo mas ele engloba tudo. Então, para mim eu vejo que é muito bom ver isso porque vai fundamentar a nossa prática. Acho que vai poder ajudar a gente a nortejar, a gente ter conhecimento (V 2)

Diante do exposto, pode-se dizer que a teoria formal “Vislumbrando o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer” é uma teoria fundamentada porque foi construída a partir de dados empíricos, coletados e analisados sistematicamente através do processo de pesquisa e traz importantes contribuições para compreender o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer, considerando a dinâmica e a complexidade inerentes a este processo.

A presente teoria sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer é uma teoria muito útil para os profissionais de enfermagem e saúde que atuam unidades de internação de adultos (“enfermarias”), como também para os profissionais de enfermagem e saúde que atuam em outros ambientes de cuidado, inclusive fora do hospital.

Além disso, o presente estudo também poderá servir de subsídio para a construção de diferentes teorias sobre outros temas e cenários e contribuir de forma significativa na orientação de estudos e trabalhos que abordem o gerenciamento de cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer.

A proposta da matriz foi aceita pelos avaliadores, que a julgaram com capacidade de abstração, representando o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer. Entretanto, tem-se a consciência da possibilidade

de incompletude da construção teórica, representada nas falhas e lacunas que a integração da teoria pode apresentar. Diante disso, reafirma-se o compromisso da contínua busca de uma melhor elaboração da teoria, fazendo revisões permanentes e aprimorando sua análise, reforçando o desejo de validar o quarto critério, que é o Controle, assim que possível na próxima investigação.

Capítulo VIII

Vento No Litoral (Dado Villa Lobos e Renato Russo)

De tarde quero descansar,
 Chegar até a praia e ver
 Se o vento ainda está forte
 Vai ser bom subir nas pedras
 Sei que faço isso pra esquecer
 Eu deixo a onda me acertar
 E o vento vai levando tudo embora

Agora está tão longe ver,
 A linha do horizonte me distraí
 Dos nossos planos é que tenho mais saudade
 Quando olhávamos juntos na mesma direção

Aonde está você agora
 Além de aqui,
 Dentro de mim?

Agimos certo sem querer
 Foi só o tempo que errou
 Vai ser difícil eu sem você
 Porque você está comigo o tempo todo
 E quando eu vejo o mar
 Existe algo que diz
 Que a vida continua
 E se entregar
 É uma bobagem

Já que você não está aqui
 O que posso fazer é cuidar de mim
 Quero ser feliz ao menos
 Lembra que o plano era ficarmos bem?
 Yey, yey, yey, yey, yey

- Olha só o que eu achei:
 Cavalos-marinhos

Sei que faço isso pra esquecer
 Eu deixo a onda me acertar
 E o vento vai levando tudo embora.

CAPÍTULO VIII

DIALOGANDO COM OS AUTORES

Este capítulo apresenta uma discussão a partir dos resultados apresentados, estabelecendo um diálogo com outros pesquisadores acerca do fenômeno apresentado neste estudo.

8.1- DIALOGANDO COM OS AUTORES ACERCA DO PROCESSO DE MORTE/MORRER

Ao longo dessa pesquisa inúmeras reflexões foram feitas sobre a vida, a morte e acerca do gerenciamento do cuidado aos pacientes e seus familiares diante da terminalidade e da morte.

A ciência tem contribuído para inúmeros avanços nos conhecimentos, porém, quanto mais se conhece, menos se compreende o ser humano. O próprio indivíduo é uno e múltiplo, sua unidade não se conforma apenas numa base genética, fisiológica mas, também, a partir da noção de sujeito, com sua intersubjetividade. Ao mesmo tempo, o indivíduo contém a multiplicidade em si, com sonhos, impulsos, enfim, um cosmo insondável, com inúmeras potencialidades (MORIN, 2012).

Existe uma profunda dificuldade em compreender a unidade presente no múltiplo e a multiplicidade existente no uno. Desse modo, é preciso reconhecer as diversidades dos indivíduos no seu interior, entre eles e a diversidade de culturas. Conforme Morin (2012, p.66) destaca: “o tesouro da humanidade está na diversidade criadora, mas a fonte da sua criatividade está na unidade geradora”.

Ademais, é preciso reconhecer que o conhecimento envolve riscos de erros e ilusões e que ele é limitado. O homem é limitado e seu conhecimento também o é. Somos seres únicos e múltiplos, com pensamentos e olhares diferentes, que não necessariamente são antagônicos. Portanto, há que se inserir os conhecimentos e visões parciais e locais no complexo e geral sem, contudo, esquecer que o global está presente no parcial e local, buscando as relações mútuas, as inter-retro-ações (MORIN, 2013).

Desse modo, precisamos de um pensamento que tente reunir e articular os diversos componentes da complexidade humana- biológicos, culturais, sociais, individuais, históricos, econômicos, físicos, psíquicos (MORIN, 2012).

Um dos grandes desafios ligados ao desenvolvimento das sociedades é a tecnociência, que é a associação íntima entre ciência e técnica. Morin (2013), destaca que ela produz conhecimento e, também, ignorância e cegueira. Os desenvolvimentos disciplinares das ciências trouxeram a superespecialização, compartimentação e fragmentação do saber e das práticas, afastando os indivíduos de um ponto de vista mais abrangente.

O olhar compartimentado rejeita como erro ou ilusão tudo o que lhe contradiz ou demonstra ser incompreensível. Desse modo, a especialização promove o desenvolvimento de conhecimentos mas tende a separar os conhecimentos que deveriam ser religados, ignorando as conexões e complexidades envolvidas. Isso ocorre em todas as áreas, não sendo diferente no hospital (Morin, 2013).

Muitas vezes o indivíduo é visto e tratado como paciente, sendo ignorado como pessoa que é. Os profissionais, muitas vezes, ignoram as múltiplas dimensões do homem e focam no organismo físico, ignorando as forças da mente e as interconexões do humano (MORIN, 2013).

No hospital a compartimentalização, a hiperespecialização e a rigidez hierárquica estão muito presentes, o que traz muitas falhas. Neste ambiente, o ser humano, não raro, é rebaixado ao estado de paciente, de extrema passividade. Soma-se a isso, a sobrecarga de trabalho de muitos profissionais. A respeito disso, Morin (2013, p. 232) destaca: “Se existe um lugar de humanidade, ele é o hospital. E se existe um lugar de desumanidade, também é o hospital”.

Conforme reconhecido na pesquisa, o hospital é um microcosmo do que acontece na sociedade e, assim como nela, dentro do hospital coexistem ordem e desordem, a organização formal e a informal. Do mesmo modo, como um ponto no holograma, o ser humano é uma parte do cosmo, mas também o cosmo está nos humanos, como já pontuava Morin (2012).

A realidade informal nem sempre é determinada e, tampouco, percebida pelos gestores, mas ela revela as verdadeiras necessidades e problemas das pessoas que ali estão. Há graus variáveis de auto-organização, coexistindo fenômenos que simultaneamente são antagônicos e complementares, que ao mesmo tempo mantêm sua continuidade e geram transformações (MARIOTTI, 2010; MORIN, 2013).

Morin (1997) fala sobre a autoorganização presente na máquina viva, onde suas moléculas degradam muito rapidamente e cujas células morrem e se renovam mostrando que há um elo entre desorganização (entropia) e organização,

reorganização (neguentropia). Este elo entre vida e morte é bem mais estreito do que se pode imaginar e a entropia contribui para a organização que tende a destruir, ocorrendo trocas, de modo que o sistema é auto-eco-organizador, tendo sua individualidade ligada a relações com o meio ambiente e eles são interdependentes. Pontua que a reorganização ocorre de forma permanente nas ordens biológica e sociológica, visto que uma célula se encontra em autoprodução constante a partir da morte das células, assim como a sociedade se encontra em autoprodução permanente a partir da morte dos seus indivíduos (MORIN, 1997; MORIN, 2013).

A reorganização permanente dos componentes moleculares e celulares é fonte permanente de renovação da vida, pois a todo tempo o ser humano rejuvenesce, envelhece e, de certa forma, morre, assim como a sociedade se reorganiza a partir das desordens e conflitos, gerando, assim, uma vitalidade (MORIN, 1997; MORIN, 2011).

Sendo assim, a degradação e a ordem fazem parte da vida, a morte faz parte da vida e cooperam, de certa forma, para manter a organização do universo. A vida funciona com a desordem, desenvolvendo tolerância, combate e proveito, numa relação que simultaneamente é antagônica, competitiva e complementar. (MORIN, 2011; MORIN, 1997).

Apesar de se conviver o tempo todo com a incerteza da vida e se ter a certeza da morte, esta é negada, afastada e escondida em muitas culturas (MORIN, 2011; MORIN, 1997). Quanto mais avançamos na ciência, parece que mais nega-se a morte. Utilizam-se eufemismos para evitar dizer que a pessoa morreu, afastam-se as crianças e sustentam-se discussões sobre dizer ou não a verdade aos pacientes (KUBLER-ROSS, 2011).

As ciências do homem negligenciam a morte e contentam-se em reconhecê-lo pela ferramenta (*homo faber*), pelo cérebro (*homo sapiens*), pela linguagem (*homo loquax*). Assim como os demais seres vivos os humanos estão sujeitos à morte, porém, ao contrário dos demais, nega a morte através das suas crenças numa prolongação da vida (MORIN, 1997).

No livro *O Homem e a Morte* o autor destaca que as duas concepções primeiras e universais da morte na humanidade vão se firmar em torno do cosmomorfismo, ou seja, integração cósmica onde o indivíduo se insere e se firma (por exemplo: morte - renascimento e morte como repouso) e a outra concepção em torno da sobrevivência do duplo, a morte antropomorfisa totalmente o homem e sua individualidade se firma além da morte. Estas concepções são dialéticas no sentido que afastam a

individualidade da destruição/aniquilamento ao mesmo tempo que permite ficar mais ligada ao mundo (MORIN, 1997).

Portanto, a morte suscita rituais, cultos, filosofias, dentre outros e ela não é só negada, mas ultrapassada na sobrevivência do duplo, superada por um novo nascimento e vencida pela ressurreição (MORIN, 2012).

Morin (2012) pontua que a atitude humana em relação à morte supõe uma consciência racional e um trauma proveniente desta consciência e, daí, surgem mitos de uma vida além da morte para aliviar o trauma que a morte gera. De modo que a morte como ideia de aniquilamento provoca desolação nos seres humanos que, aí, reconhecem sua mortalidade e, também, gera angústia e uma dor insondável quando se deparam com a morte de entes queridos.

Morin defende que a velhice e a morte “naturais” não são “naturais” nem “normais” considerando a amortalidade biológica e o funcionamento do organismo que se reorganiza permanentemente, mas em outro sentido, elas são “normais” e “naturais” porque são universais e nenhum mortal consegue escapar delas. Ele vai além, ao dizer que os caminhos da ciência se dirigem para a morte, visto que todos os métodos lutam contra a velhice, as enfermidades, contra a morte “feia”. Sendo assim, pode-se conhecer a morte através do envelhecimento, de modo que a velhice já consite na morte (MORIN, 1997).

Morin (2012, p. 47- O Método 5) afirma sobre a morte:

Aqui se exprime, de modo paradoxal, o complexo de continuidade e de ruptura com nossos enraizamentos, pois a morte é o nosso destino cósmico, físico, biológico, animal. E, ao mesmo tempo, é a nossa ruptura psicológica, mitológica e metafísica radical com esse destino.

Ao mesmo tempo, a morte permanece um grande mistério para o homem, que age ignorando-a ou contemplando-a. Ao olhar para a morte o homem vê sua imagem e seu próprio mito. De modo que Morin (1997) indica que para compreender a morte é preciso examinar a atitude do homem em relação a ela.

Há que se considerar que a identidade pessoal define-se, antes de tudo, pelas referências que temos dos nossos ascendentes, da nossa história e se constrói numa troca permanente com o mundo. A relação entre indivíduo-sociedade e espécie é dialógica, de modo que o complementar pode tornar-se antagônico. Estes termos são meios e fins uns dos outros (MORIN, 1997; MORIN, 2012).

Existe uma diversidade incontável no planeta e, diante disso, surgem diferentes culturas. As múltiplas culturas surgem em função dos mitos, ritos, tabus, artes, enfim,

de tudo que contribui para as concepções de mundo. Por exemplo, observam-se diferentes crenças como a vida após a morte, o renascimento e a ressurreição, assim como diferentes ritos de morte, a exemplo da cremação, enterro e mumificação (MORIN, 2012).

Cada cultura traz para os seus formas de compreender e (re) agir diante da morte, sendo que a natureza e a cultura mostram ser engrenagens de continuidade e descontinuidade (MORIN, 1997). A expressão da cultura envolve a utilização de signos e símbolos. Morin (2012), explica que o signo indica objetivamente a natureza do que designa. Já o símbolo, comporta uma relação com o que simboliza e envolve afetividade e mística. Desse modo, ele pode veicular a afetividade humana.

Morin aponta que uma palavra pode ser apenas signo ou pode ser, também, símbolo e afirma que este ultrapassa a linguagem podendo se destacar dentro de qualquer sinal ou objeto, visto que o símbolo é a coisa abstrata que carrega toda a riqueza que simboliza (MORIN, 1997; MORIN, 2012).

Desta forma, a compreensão do outro envolve apreender ao mesmo tempo sua identidade e sua diferença em relação a nós mesmos (MORIN, 2013). Freud (1976, p. 19) dicorre sobre o significado da morte dizendo: “a própria morte não é apenas um estado, mas um símbolo complexo, cujo significado irá variar de uma pessoa para outra, de uma cultura para outra”.

Uma coisa é pensar na certeza da morte para todos os homens e é uma coisa bem diferente pensar nela em caráter individual, especialmente quando é uma pessoa familiar ou muito estimada, em especial quando significa pensar na própria morte (RODRIGUES, 2011).

O mesmo autor aponta a importância de se estudar os ritos para compreender uma sociedade e cita que a morte de um indivíduo é uma ocasião onde o grupo se reproduz nos planos cultural, simbólico, psicológico, ideológico e nas estruturas econômicas, afirma: “o essencial dos símbolos funerários é que eles são eminentemente equívocos e ambíguos, contendo em si precisamente essa dialética do lógico e do absurdo, do permanecer e do partir” (RODRIGUES, 2011, p. 46).

A morte de uma pessoa representa não apenas uma morte isolada, mas todas as relações que aquela pessoa mantinha visto que a sociedade é um sistema de comunicação e o homem, um ser de relação (RODRIGUES, 2011).

Até o século XIII a morte ocorria no quarto do doente e era calma para ele e para as outras pessoas. Ele morria em paz consigo, com as outras pessoas e com Deus. A

partir deste período o medo da morte se apropriou dos homens e a a morte se tornou um evento temível (RODRIGUES, 2011).

A institucionalização da morte surgiu com o nascimento do hospital no final do século XVIII. Naquela época ele era destinado à assistência dos menos afortunados e não do doente que precisava se curar. O hospital exercia a função de acolher os pobres e os indivíduos que representavam perigo à sociedade. Trazer a morte para dentro do hospital foi descrita por Foucault (1984), como uma forma de controlar as doenças e disciplinar os corpos.

Antigamente o médico não assumia a luta contra a morte e sempre esclarecia o paciente sobre a proximidade da sua morte. Ao final do século XVIII o interesse do médico se transfere do doente para a doença e os hospitais sem transformam em locais para estudos e cura. Associado a isso está a mudança na cultura das sociedades em que muitos se recusavam a morrer. A morte começou a se transformar em tabu (RODRIGUES, 2011).

A partir do século XVIII e, sobretudo, no século XIX, por omissão do indivíduo, os familiares que se ocupam da sua morte. Também, o médico se apropriou de um novo papel- prolongar a vida dos doentes e cada vez menos falar em morte (RODRIGUES, 2011).

Do século XV até o início do século XVII o indivíduo tinha uma relação muito pessoal com a morte, resolvia suas coisas, redigia seu testamento. A partir do século XVII estas responsabilidades passaram a ser divididas com a família até que no século XIX passam a ser realizadas apenas por esta, atingindo o apogeu no início do século XX (RODRIGUES, 2011).

Urbain (1978) e Rodrigues (2011) destacam que a morte que antes era vista como parte da vida, a partir do século XIX passa a ser considerada um acontecimento detestável, embora fascinante, que mudava o andamento da vida. Algumas condições são citadas para explicação desta concepção: 1) o desenvolvimento da noção de indivíduo e a transformação da alma no principal elemento da vida humana, no Ocidente; 2) as transformações ligadas ao imaginário religioso e na concepção de vida eterna (diminuição do rigor da confissão e julgamento do moribundo, promoção do morto à condição de belo); 3) crenças na separação do homem da natureza, separação entre corpo e alma e corporeidade da morte; 4) localização das práticas funerárias e sua apropriação pela família, medicina e poder judiciário e 5) surgimento do cemitério moderno.

Nas últimas décadas do século XX os pensamentos, sentimentos e práticas funerárias sofreram profundas transformações, começando a ser vista com aparente indiferença. O século XX modificou as práticas de modo que a expressão de dor foi abandonada e o luto foi escondido, “privatizado”. Acredita-se que esta ocultação da morte pode ocorrer devido a dois fenômenos: a sociedade ocidental nega a morte, não suportando seus rituais e, ao mesmo tempo, existe uma coerção social na cultura ocidental para negá-la (URBAIN, 1978; RODRIGUES, 2011).

A morte continua sendo um acontecimento pavoroso, um medo universal, mas o que mudou é a forma das pessoas conviver e lidar com a morte, com o morrer e com os moribundos (KUBLER-ROSS, 2011).

Se for permitido aos pacientes que terminem seus dias no ambiente familiar e com as pessoas próximas, será requerido dele menos adaptação. Também, estar nestas circunstâncias com crianças próximas possibilita que estas participem das conversas e dos temores, demonstrando que elas não estão sozinhas diante da dor, podendo oferecer carinho e conforto e compartilhar a responsabilidade e o luto (KUBLER-ROSS, 2011).

Kubler-Ross (2011) destaca que quando morre alguém próximo e isso é escondido da criança, ela percebe algo de errado e tende a aumentar a desconfiança nos adultos, podendo desenvolver um pesar monstruoso e um trauma. Além disso, dependendo do que ouve pode guardar uma mágoa contra Deus e desenvolver transtornos mentais.

Além disso, a autora mencionou que o paciente gravemente enfermo, geralmente, é tratado como alguém sem direito de opinar, tendo, na maioria das vezes, outras pessoas decidindo sobre sua vida, sobre o seu morrer. Esquece-se de que ele continua sendo um ser humano, com sentimentos, desejos, opiniões e direitos. Ela aponta que as necessidades das pessoas em terminalidade não mudaram ao longo dos séculos, mas o que mudou foi a aptidão das pessoas em satisfazê-las. E vai além, ao dizer que se começarmos admitindo a possibilidade da nossa própria morte, poderemos concretizar muitas coisas, em especial o bem estar dos pacientes e de nossas famílias (KUBLER-ROSS, 2011).

A consciência da morte do outro evoca a própria morte e esta consciência faz parte da adaptação do homem ao mundo ao estimular o autoconhecimento e a autocrítica (RODRIGUES, 2011). Reflexões suscitadas sobre a terminalidade da vida e

morte podem nos guiar à compreensão destes fenômenos e ter impactos tanto na vida pessoal quanto no exercício profissional.

A respeito da (re) ação dos médicos diante do diagnóstico de uma doença grave em pacientes, Kubler-Ross (2011) defende que a questão a ser levantada não diz respeito a se deveriam ou não contar ao paciente, mas, sim, como dividiriam aquilo com o paciente. Ela reconhece que muitos encaram o diagnóstico de uma doença grave com uma sentença de morte e citou o caso de um diagnóstico de câncer. Muitos, realmente, associam um tumor maligno com a sentença de morte. Contudo, ela destaca que a informação deve ser dividida com o paciente, não o relacionando, necessariamente, à morte iminente. A autora é a favor de falar sobre a morte e o morrer com os pacientes desde que ele queira e destaca que isso pode servir de reflexão sobre a vida e sobre a morte, possibilitando um amadurecimento.

O médico deve demonstrar para o paciente e sua família que trarão juntos essa batalha, que eles não serão abandonados e que fará todo o possível para aliviar o sofrimento quando não puder intervir para prolongar sua vida, jamais tirando todas as esperanças do paciente. Obviamente que a (re) ação do paciente não depende exclusivamente da forma que (não) recebe a informação sobre seu diagnóstico e prognóstico, mas isso influi muito nos seus pensamentos, sentimentos e atitudes (KUBLER-ROSS, 2011).

A autora escreveu que nem sempre afirmava explicitamente ao paciente que ele tinha uma doença em fase terminal. Mencionou que antes de qualquer outra coisa tentava descobrir suas necessidades, suas forças, fraquezas e sondar suas (re) ações.

Kubler-Ross (2011) chama a atenção para a necessidade dos profissionais de saúde encararem a morte com serenidade para serem capazes de ajudar os pacientes e seus familiares.

O tempo de vida humana não diz muito sobre a vida do indivíduo, pois muitas pessoas vivem para sobreviver ao invés de sobreviverem para viver. Viver deve ter a finalidade de realizar-se, ser feliz, gozar da plenitude da vida. O sentido de viver é único para cada indivíduo e carrega uma pluralidade de fins e, também, de meios. Sendo assim, pode haver conflitos de finalidades e de meios para viver. Morin (2012) aponta que, às vezes, se esquece da trindade indivíduo- sociedade-espécie e vive-se ou força-se outros a viver por motivações egoístas, desconsiderando que o sobreviver para viver significa viver poeticamente. De modo que o caminho da morte deve conduzir o homem

às profundezas da vida, assim como o caminho da vida, conduzir às profundezas da morte.

É importante os enfermeiros planejarem e implementarem cuidados de enfermagem considerando as necessidades dos pacientes, familiares/pessoas queridas pelo paciente nas práticas assistenciais. É essencial ser receptivo, sensível, empático, respeitoso ético diante dos pacientes em terminalidade e seus familiares. Deve-se dar mais atenção aos pacientes, observar e ouvir suas demandas, suas angústias, suas histórias, segurar suas mãos (KUBLER-ROSS, 2011).

Antes de cuidar do outro que está morrendo, é preciso cuidar de quem cuida. Assim como refletir sobre os valores individuais e coletivos diante da morte para poder lidar com ela. Além disso, cabe ressaltar que a reflexão sobre a morte deveria fazer parte dos programas educacionais, inclusive realizar-se a partir da infância. Esta lacuna ocorre, até mesmo, na formação dos profissionais de saúde, que encontram-se despreparados para lidar com a terminalidade da vida e com a morte (HENNEZEL & LELOUP, 2012; SANTOS et al., 2009).

A morte é um tabu em nossa sociedade ocidental e isso reflete na educação e na atitude dos profissionais perante a terminalidade e a morte. Observa-se, muitas vezes, um despreparo técnico, educacional e existencial dos enfermeiros na abordagem de questões relacionadas ao morrer e à morte (SANTOS et al., 2009; KUBLER-ROSS, 2011).

Os profissionais de saúde sofrem com as questões relativas à morte. Deve-se ter em mente que, antes de qualquer coisa, eles são humanos. Além disso, a maioria não foi preparada pela sociedade e pela formação profissional para lidar com isso. Tampouco, as instituições de saúde abordam estas questões essenciais com os trabalhadores (HENNEZEL & LELOUP, 2012).

Um excelente trabalho que representou uma avanço no conhecimento acerca da morte/morrer e que pode auxiliar bastante os profissionais a lidar com a morte e o morrer foi realizado por Kubler-Ross (2011) com pacientes com doenças avançadas e sem possibilidade de cura. Os estágios do luto diante do conhecimento de uma doença terminal foram estudados de forma intensiva por Kubler-Ross (2011), que descreveu as reações dos pacientes- como eles se sentiam, agiam e pensavam ao longo do processo de elaboração de seu próprio luto e, diante disso, teorizou na sua obra *Sobre a Morte e o Morrer* cinco estágios que foram generalizados para qualquer experiência de perda

ou de luto: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Apresentar-se - á um breve resumos destes estágios:

O primeiro estágio envolve a negação e o isolamento. Esta reação é notória tanto nos pacientes que recebem diretamente a notícia de uma doença (mesmo que no começo do seu desenvolvimento) quanto naqueles a quem não é dita a “verdade” sobre o estado de saúde e nos que constataam isso mais tarde.

Muitos profissionais adiam a conversa com os pacientes sobre seus diagnósticos e prognósticos e este adiamento não beneficia o paciente. Pelo contrário, pode aumentar seu isolamento e sua dor. Além disso, ele serve para colocar os profissionais na defensiva (KUBLER-ROSS, 2011).

A negação é, geralmente, uma defesa temporária, sendo substituída por uma aceitação parcial, na maioria dos casos. Em suas pesquisas e práticas laborais, Kubler-Ross (2011), constatou que muitos pacientes fingiam melhora para os entes queridos que não suportavam a ideia da sua morte e, ainda, eram exigentes em relação à escolha de pessoas (familiares ou não) a quem se confiavam, o que pode explicar, talvez, a discrepância de opiniões acerca da necessidade do paciente saber do seu diagnóstico e do prognóstico de terminalidade.

O segundo estágio é a raiva. O paciente substitui a negação por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento. Questiona-se “Por que eu?”. A raiva vai ser projetada nas pessoas e no ambiente ao seu redor, em especial nos familiares e nos profissionais do hospital, sendo muito comum, direcionar a raiva para profissionais da equipe de enfermagem. Kubler-Ross (2011) relata que os familiares e enfermeiros, muitas vezes, reagem pessoalmente a esta raiva e retribuem com uma raiva maior, o que alimenta o comportamento do paciente. Diante disso, evitam contato com os pacientes, diminuem as visitas e entram em atritos desnecessários. A autora indica que é importante todos enfrentarem o medo da morte e compreenderem nas suas próprias defesas para que saibam cuidar dos pacientes, até mesmo, quando ele externizar sua raiva e compreender que isso o alivia. Também, a autora fala da importância de aprender a ouvir o paciente.

O terceiro estágio é a barganha. Kubler-Ross (2011) menciona que este estágio é menos conhecido. Neste estágio os pacientes tentam negociar com Deus, numa tentativa de adiamento, através de um bom comportamento (como por exemplo: dedicar sua vida a Deus, parar de fumar), podem estabelecer uma “meta” auto imposta (exemplo: o casamento do filho, a formatura do filho). A maioria das barganhas são

feitas geralmente em segredo, com Deus, ou ditas nas entrelinhas a uma pessoa de confiança.

O quarto estágio é a depressão. Os pacientes desenvolvem um sentimento de grande perda, sendo que esta pode apresentar diferentes facetas. Kubler-Ross (2011) destaca em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer* que o paciente pode apresentar uma depressão reativa (diante das mudanças que ocorrem na sua vida em decorrência da doença) e pode apresentar uma depressão preparatória, quando ele pensa nas perdas iminentes, destacando que estas depressões são de natureza diferente e devem ser tratadas de forma distintas.

No pesar preparatório o paciente se retrai. Neste estágio praticamente não há necessidade de palavras, sendo que se deve exprimir o cuidado, o carinho pela presença, pelo toque. É importante permitir que o paciente exteriorize seu pesar, visto que isso facilita a aceitação da situação. Se os profissionais de saúde compreenderem isso, serão de ajuda para o paciente e diminuirão as angústias e ansiedades dos familiares (KUBLER-ROSS, 2011).

O quinto estágio é a aceitação, em que o paciente não sente raiva, medo ou depressão em relação ao seu futuro. Nesta fase, provavelmente, o paciente estará cansado e fraco e sentirá uma necessidade de cochilar a intervalos curtos, sendo diferente da necessidade de dormir que apresenta durante o estágio da depressão. A necessidade de sono do paciente vai aumentando progressivamente e isso não é sinônimo de um desânimo de resignação, falta de esperança ou, por outro lado, não significa felicidade. A aceitação é quase um abandono dos sentimentos e a conformação com a morte e o paciente demonstra decaixia, que significa desinteresse, apatia (KUBLER-ROSS, 2011).

Nessa fase a família precisa de muita compreensão e apoio pois, geralmente, o paciente na proximidade da morte encontra aceitação e paz, diminuindo seu interesse. Neste estágio o paciente fala pouco, não deseja receber muitas visitas. As conversas passam a ser, na maioria das vezes, não verbais. Importante destacar que a presença dos entes queridos próximos pode transmitir a garantia de que estarão juntos até o fim, o que ajuda o paciente (KUBLER-ROSS, 2011).

A autora ressalta que alguns pacientes lutam até o fim, se agarram à esperança, sendo impossível atingir o quinto estágio, a aceitação. Ainda, alguns familiares e profissionais consideram que estes pacientes sejam fortes e o encorajam a lutar pela vida até o fim, demonstrando que aceitar a morte seria uma covardia, uma decepção,

não ajudando o paciente a enfrentar sua terminalidade e a morte próxima, assim como os entes queridos (KUBLER-ROSS, 2011).

As (re) ações da família contribuem bastante para as (re) ações dos pacientes diante da terminalidade e precisam ser tomadas providências buscando o acolhimento da família e seu conforto físico e mental diante da hospitalização e terminalidade de um ente querido. Kubler-Ross (2011) indica que deveriam ter salas nos hospitais, onde os familiares pudessem conversar, alimentar, conversar, compartilhar os sentimentos e, talvez, até se consolarem. Além disso, destaca que os profissionais deveriam visitar estas famílias, colocando-se à disposição para esclarecer e ajudar a solucionar os problemas.

As reações emocionais dos familiares dos pacientes em terminalidade são as mesmas referentes aos pacientes, sendo muito importante os profissionais os ajudarem a extravasar estas emoções antes da morte do ente querido. Se assim for, os familiares sentirão mais reconfortados e conflitos desnecessários serão evitados, de modo que as interações de pacientes, familiares e profissionais serão mais tranquilas para todos (KUBLER-ROSS, 2011).

Algo que se destaca diante da (possibilidade de) morte é a espiritualidade e isso foi percebido, também, nesta pesquisa. A espiritualidade ultrapassa a questão da religião e é um recurso usado para amenizar as angústias da equipe diante do processo de morte/morrer e também, usado pelos pacientes e entes queridos para lidar com as questões suscitadas (BARBOSA & MASSARONI, 2016; HENZEZEL & LELOUP, 2012).

Outro apontamento da pesquisa tem relação com uma filosofia que tem ganhado cada vez mais destaque, que é a dos cuidados paliativos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990, atualizado em 2002, cuidados paliativos consistem na assistência multidisciplinar visando a melhor qualidade de vida possível para o paciente e seus familiares, diante de doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Desse modo, a palição é um cuidado de conforto e proteção para os pacientes e familiares (WHO, 2012).

O conceito de cuidados paliativos teve origem no movimento moderno de *hospice*, originado por Cicely Saunders e colaboradores na Inglaterra. Em 1967, ela fundou o *St. Christopher's Hospice*, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao

paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico. De modo que os elementos fundamentais do cuidado envolvem o controle efetivo da dor e dos sintomas e o cuidado total, que abarca as dimensões psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes e de seus familiares (CERVELIN & KRUSE, 2015; SAPORETTI, 2009).

Contudo, como identificado nesta pesquisa e, também, apontado por diversos autores, existem alguns obstáculos à implementação de cuidados paliativos, como a deficiência na formação dos profissionais de saúde, política governamental que precisa ser fortalecida e disseminada, dentre outros (DE MELO & CAPONERO, 2009; YOU et al., 2015).

Hoje se busca medicalizar a morte, adiá-la, de forma a prolongar artificialmente a vida (RODRIGUES, 2011). O reconhecimento da certeza da morte não precisa ser uma resignação do porvir. Mesmo diante da aproximação da morte os seres humanos precisam lutar contra a dor e a solidão. Kubler-Ross (2011, p. 12) aponta que há várias razões para evitar encarar a morte e destaca que uma das mais importantes é o fato de que a morte, nos dias atuais, é triste sob diversos aspectos, especialmente porque “é muito solitário, muito mecânico e desumando”.

Certamente, a boa morte envolve o indivíduo pensar nela e se preparar para ela durante sua vida e não deixar isso para o momento da morte, de modo que o bem viver significa pensar na morte, conforme afirma Ariès (1975). Além disso, Morin (2013) pontua que a ética exige que façamos tudo que estiver ao alcance para evitar a solidão e a dor do outro diante da morte, destacando que há necessidade de ressuscitar os rituais e cerimônias da morte, assim como acompanhar os moribundos deve ser uma missão humanista.

Por fim, destaca que a reforma da vida só pode existir se for acompanhada por uma reforma da morte, uma é a face da outra. O problema da vida se concentra onde se firma, também, o da morte e do envelhecimento. A esperança de reformar a morte envolve integrá-la, de certo modo, à vida (considerar a relação indivíduo/espécie). De modo que a reforma da morte envolve promover o desenvolvimento do homem e a reforma da morte seja a reforma da vida, assim como reformar a vida, significa reformar a morte (MORIN, 1997; MORIN, 2013).

8.2- DIALOGANDO COM OS AUTORES ACERCA DO GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM

O cuidado, seja de enfermagem ou de saúde, é complexo, uma vez que é dinâmico, multifacetado, envolve diferentes pessoas (profissionais, pacientes, familiares/comunidade) que estabelecem inter-retro-ações. O cuidado se dá entre/com pessoas em diversas situações de saúde, cenários e contextos distintos e, por sua vez, pessoas que têm diferentes representações (SILVEIRA et al., 2015; SILVA & LEITE, 2015).

As práticas de cuidado em saúde centradas no ser humano produzem serviços por meio do cuidado. Este, por sua vez, mostra ser processo e produto do trabalho, de modo que é preciso compreender o sistema de cuidados em saúde como algo multifacetado e complexo, onde as relações e associações sejam reconhecidas e pensadas em sua complexidade.

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 (ERDMANN et al., 2015; MORIN, 2011; ERDMANN et al., 2011).

A gerência do cuidado em unidades de internação médico-cirúrgicas adulto mostra ser um desafio aos enfermeiros, pois envolve um trabalho com uma equipe multiprofissional, onde cada um tem um olhar e um fazer diferente; nestas unidades são atendidos pacientes com diversas patologias e com múltiplas necessidades de cuidado, de modo que lidam com imprevistos, contradições, incertezas diante da prestação do cuidados. Conforme identificado nesta pesquisa e apontado por outros autores, soma-se à complexidade do gerenciamento de enfermagem nestas unidades, a sobrecarga de trabalho e a alta rotatividade da equipe (LANZONI et al., 2015; MOURA, 2013).

Cabe ressaltar que o processo de trabalho do enfermeiro é composto por diferentes processos desenvolvidos de maneira a englobar o assistir, administrar/gerenciar, ensinar, pesquisar e participar politicamente (SANNA, 2007). A autora utiliza o conceito proposto por Marx (1994) sobre processo de trabalho, onde defende-se que seja a transformação de um objeto determinado em um produto

determinado, por meio da intervenção humana por meio de instrumentos com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano.

Estes Processos de Trabalho em Enfermagem demonstram que o trabalho da enfermagem é complexo e multifacetado, considerando suas ações e relações e, por sua vez, requerer um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais.

No entanto, o que se observa, geralmente, é uma dissociação destes processos, em especial uma dicotomia entre o assistir e o administrar/gerenciar. Esta dissociação entre gerência e cuidado pode estar relacionada à influência histórica no modelo gerencial utilizado pelos enfermeiros que, na maioria das vezes, está fundado na Teoria Geral da Administração que se propõe ao alcance dos objetivos organizacionais por meio do planejamento, organização, direção e controle dos esforços realizados na instituição. Nesta ótica racional, de fundamento taylorista e fayolista, de administração clássica, o foco do trabalho se volta para a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, rígida hierarquia, racionalização da estrutura administrativa, impessoalidade nas relações interpessoais, foco nas rotinas e procedimentos e a produção em massa. Esta concepção de gerência volta-se, principalmente, para os interesses institucionais, deixando, muitas vezes, os trabalhadores alienados (LANZON et al., 2015; LIMA et al., 2016; FELLI & PEDUZZI, 2014; CHIAVENATO, 2014; SENNA et al., 2014).

Um outro modelo tradicional de gerência é o modelo histórico-social que tem como foco as práticas sociais e busca responder as contradições e tensões no cotidiano laboral, buscando satisfação das suas necessidades e autonomia dos sujeitos sociais (ERDMANN, BACKES, MINUZZI, 2008).

O desenvolvimento do trabalho da enfermagem destaca o enfermeiro como um dos responsáveis pelas questões administrativas nas instituições de saúde, o que contribui para que ele se afaste da assistência direta aos pacientes. Defende-se que os Processos de Trabalho em Enfermagem são complementares e interdependentes e que o assistir e o gerenciar estão estreitamente relacionados, um contribuindo para o outro, de modo que não deve haver fragmentação do processo de trabalho, com separação das tarefas gerenciais, consideradas indiretas, daquelas relacionadas à assistência direta ao paciente (LANZON et al., 2015, SENNA et al., 2014; LIMA et al., 2014).

Desse modo, o administrar/gerenciar é um subprocesso que alicerça diversas outras práticas dos enfermeiros, inclusive o cuidado propriamente dito, requerendo destes visões e ações que busquem reintegrar o todo, reconhecendo as partes e a inter-ação destas. Sendo assim, a gerência do cuidado de enfermagem é um processo dinâmico, situacional e sistêmico, que integra ações de cuidado direto e indireto (SENNA et al., 2014; CAVEIÃO, HEY, MONTEZELI, 2013; LANZON et al., 2015; CHRISTOVAM, PORTO, OLIVEIRA, 2012).

Na ação gerencial do cuidado, os enfermeiros, como líderes da equipe de enfermagem, são pessoas essenciais na organização de um trabalho coletivo que busca a promoção do cuidado. Eles precisam dimensionar o pessoal de enfermagem, recrutar e selecionar pessoas, gerenciar os materiais, custos, recursos físicos e ambientais, riscos, realizar educação permanente dos profissionais de enfermagem, gerenciar o cuidado de enfermagem, supervisionar, avaliar o desempenho da equipe, relacionar-se com demais profissionais de saúde buscando potencializar as ações e inter-retro-ações, realizando cuidados aos pacientes, familiares e, inclusive, aos profissionais da equipe de saúde (SIQUEIRA, MEDEIROS, ZAMBERLAN, 2015; PEDUZZI; FELLI, 2014).

Portanto, a gerência do cuidado de enfermagem envolve inter-retro-ações entre seres humanos complexos e que vivenciam um cuidado complexo diante da constituição que têm a partir de suas formações e das relações desenvolvidas.

Desse modo, a complexidade da prática gerencial do enfermeiro envolve diversas ações, onde o cuidar, o gerenciar, o ensinar, o pesquisar e o agir politicamente são articulados na múltiplas ações e relações que estes profissionais têm, não só buscando um melhor cuidado aos pacientes e familiares dentro do hospital, mas pensando na sua relação com o meio, com a sociedade (SENNA et al., 2014).

Foi possível identificar nas falas dos participantes a participação dos enfermeiros na organização das condições estruturais para a realização do cuidado, com previsão e provisão de materiais, equipamentos e pessoas. Também, destacaram-se falas dos participantes a educação em saúde para os profissionais de enfermagem, pacientes e familiares e apontou-se o empenho dos enfermeiros para o desenvolvimento de relações interpessoais entre os integrantes da equipe de enfermagem, os profissionais da equipe multidisciplinar, pacientes e seus familiares (SENNA et al., 2014; SANTOS et al., 2013).

No entanto, identificou-se nas entrevistas que os enfermeiros encontram dificuldade em articular essas duas vertentes do seu processo de trabalho (assistir e o administrar/gerenciar), com supervalorização das atividades administrativas em detrimento do cuidado direto aos pacientes e familiares diante da terminalidade e da morte.

Estudos apontam que os enfermeiros tendem a priorizar as atividades gerenciais no cotidiano laboral e isso foi identificado também nesta pesquisa, embora identificou-se o anseio de muitos enfermeiros de estarem mais articulados na assistência aos pacientes (LIMA et al., 2016; LIMA et al., 2014; SENNA et al., 2014; BORGES & SILVA, 2013).

Para além dos modelos tradicionais, o cuidado de enfermagem compreendido à luz da complexidade mostra ser uma prática capaz de conectar e contextualizar as múltiplas dimensões do homem e da saúde, a partir do reconhecimento das características globais e locais envolvidas, competente para lidar com a dinamicidade das relações e interações e integrar ordem/desordem (ERDMANN, BACKES, MINUZZI, 2008).

Gerenciar em enfermagem requer não só competência técnica, mas o olhar que reintegre o todo, considerando a singularidade das partes e a interação entre elas. Requer que o enfermeiro pense no processo como organismo vivo, dinâmico, com incertezas e contradições e supere a visão reducionista de pensar apenas em ação administrativa, eximindo-se do assistir, do educar, do pesquisar e do agir politicamente, a partir de sensibilidade, ética e busca de conhecimentos e melhores práticas juntamente com as pessoas que estão relacionadas a este processo (ERDMANN, BACKES, MINUZZI, 2008; MORIN, 2010).

Os profissionais que enfocam o cuidado como essência demonstram responsabilidade de ser, presença e uma percepção que ultrapassa o conhecimento teórico visto que abarca a percepção da realidade de um paciente/ família, com suas aflições, fragilidades, potencialidades. Isso envolve a responsabilidade ética do cuidado. Também, as percepções e as interações com outros são fundamentais para a realização de um cuidado humanizado, que (re) conheça e respeite as singularidades do ser humano (SILVEIRA et al., 2015).

O enfermeiro precisa envolver-se afetivamente com o cuidado, comprometer-se moralmente e, também, exercer sua autoridade como membro da equipe multidisciplinar, buscando o cuidado. Porém, o que se observa, muitas vezes, é que

eles estão mais atrelados às questões administrativas como previsão de materias, pessoal de enfermagem, dimensionamento da equipe, organização do ambiente de trabalho, dentre outras atividades, preterindo o processo de enfermagem e a proximidade com os pacientes/familiares/comunidade (SILVEIRA et al., 2015).

SILVEIRA e colaboradores (2015) destacam que “o diálogo e a reunião podem ser uma possibilidade de construção coletiva para organizar o processo de trabalho” (p 31). Além disso, destaca a necessidade de construção de conhecimentos para a enfermagem a fim de desenvolvê-la como ciência e contribuir para o fortalecimento das ações de cuidado. Sendo assim, os enfermeiros precisam buscar garantir condições de trabalho favoráveis, com conseqüente harmonia e satisfação da equipe e, para isso, precisam (re) conhecer as desordens que acontecem e propor alternativas de soluções que atendam as necessidades e desejos das pessoas envolvidas (LANZONI et al., 2015).

O pensamento reducionista, simplificador e fragmentário que foi iniciado com Descartes, embora seja muito utilizado, já não corresponde às demandas apresentadas, de forma que o pensamento complexo busca contextualizar, globalizar, sem deixar de lado o singular, vendo que as partes estão no todo e que, também, o todo está nas partes, que o homem faz parte do mundo e que este faz parte do homem. Esse pensamento considera as interfaces dos fenômenos, a incerteza, a contradição, buscando compreender a relação dialógica existente entre forças que são antagônicas e, ao mesmo, tempo, concorrentes e complementares. 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 (CAVEIÃO, HEY, MONTEZELI, 2013; MORIN, 2011; MORIN, 2008).

Pensar na enfermagem de forma complexa é vê-la trabalhando como um sistema de cuidado, reconhecendo a auto organização desse sistema, entremeado pela autonomia, interdependência, inter-retro-ações entre os seres humanos envolvidos no cuidar. De forma que ela lida com a dinamicidade, com a incerteza, o imprevisto, conflitos e, ao mesmo tempo, o sistema de cuidados se auto organiza a partir destas inter-retro-ações, integrando, ao mesmo tempo, ordem-desordem-organização no cotidiano de trabalho e potencializando as semelhanças e as diferenças pessoais, profissionais e organizacionais visando uma melhor integração com o meio social (CAVEIÃO, HEY, MONTEZELI, 2013; LIMA et al., 2016, ERDMANN, 2007).

Para dar conta de lidar com a complexidade envolvida no gerenciamento do cuidado de enfermagem, o enfermeiro precisa ampliar seu olhar e ser um sujeito reflexivo e crítico diante da sua atuação. Isso deve ocorrer de forma permanente, e o compromisso com a formação deste profissional deve ser o foco da graduação. É preciso que a formação profissional contextualize a ação do enfermeiro e sua inserção no mundo, assim como das pessoas com os quais ele interage. É preciso romper com a dicotomia entre assistir e gerenciar, precisa ser desenvolvida a competência gerencial no aluno e o agir socio-político precisa ser estimulado e (re) pensado (ERDMANN, BACKES, MINUZZI, 2008; CAVEIÃO, HEY, MONTEZELI, 2013; BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (2001), destacam que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Daí, nota-se como as competências gerenciais devem ser buscadas na formação deste profissional por serem tão necessárias no seu cotidiano de trabalho (BRASIL, 2001).

Capítulo IX

Epitáfio (Sérgio Britto)

Devia ter amado mais
 Ter chorado mais
 Ter visto o sol nascer
 Devia ter arriscado mais e até errado mais
 Ter feito o que eu queria fazer
 Queria ter aceitado as pessoas como elas são
 Cada um sabe a alegria e a dor que traz no coração

O acaso vai me proteger
 Enquanto eu andar distraído
 O acaso vai me proteger
 Enquanto eu andar...

Devia ter complicado menos, trabalhado menos
 Ter visto o sol se pôr
 Devia ter me importado menos com problemas pequenos
 Ter morrido de amor
 Queria ter aceitado a vida como ela é
 A cada um cabe alegrias e a tristeza que vier

O acaso vai me proteger
 Enquanto eu andar distraído
 O acaso vai me proteger
 Enquanto eu andar...

Devia ter complicado menos, trabalhado menos
 Ter visto o sol se pôr.

CAPÍTULO IX

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar a morte e o morrer foi um desafio, especialmente quando me propus a discutir o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante desse processo. No entanto, considera-se que os objetivos da pesquisa foram atendidos, uma vez que, através dos depoimentos e do processo analítico foi possível identificar os significados atribuídos pelos enfermeiros à morte e ao processo de morrer; compreender os significados atribuídos pelo enfermeiro ao gerenciamento de seus cuidados diante do processo de morrer e da morte; discutir as percepções dos enfermeiros acerca da morte e do processo de morrer e as relações/implicações com o gerenciamento do cuidado de enfermagem à luz do Pensamento Complexo; levantar inter-retro-ações dos enfermeiros com a equipe multidisciplinar diante do processo de morte/morrer; construir uma matriz teórica explicativa acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morrer e da morte e validar esta matriz em termos de representatividade e abrangência dos conceitos.

Através das etapas de análise e codificação foi possível a emergência do fenômeno central desta pesquisa **VISLUMBRANDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER**. A nomeação desse fenômeno foi possível a partir dos movimentos analíticos guiados pelo referencial teórico do Pensamento Complexo e pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados.

O Pensamento Complexo possibilitou ampliar o olhar a respeito do homem e da vida e possibilitou compreender o gerenciamento a partir da perspectiva as práticas de saúde histórica e socialmente construídas, de modo que ele é algo complexo, dinâmico e multifacetado.

Foi possível compreender a atuação dos enfermeiros e de outros integrantes da equipe multidisciplinar diante da terminalidade e morte de pacientes em unidades de internação de adultos, considerando a dinamicidade das relações e interações, demonstrando que a vida é permeada por incertezas, imprevistos e desordens, mas que, ao mesmo tempo, a humanidade é capaz de se reinventar, reorganizar e desenvolver.

A trajetória metodológica, impressa pela TFD, possibilitou a construção de uma matriz teórica que se propõe como uma explicação possível para o processo de base

do fenômeno acima descrito. Vale ressaltar que a matriz apresentada nesta tese não é a única verdadeira, uma vez que a realidade é constantemente mutável e dinâmica e os homens têm diferentes percepções, como demonstrado neste estudo. Sendo assim, os referenciais teórico e metodológico utilizados neste estudo demonstraram ser flexíveis e possibilitaram a construção de uma matriz teórica explicativa sobre o fenômeno investigado.

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 do 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 opiniões e comportamentos diante do processo de morte/morrer de um paciente na enfermaria. Além disso, os profissionais de saúde consideram a complexidade da vida humana, a coexistência da ordem/desordem e a necessidade de estimular o pensamento complexo, têm múltiplos olhares e saberes sobre o processo de morte/morrer e consideram a certeza da morte e a incerteza da vida.

O contexto do fenômeno apresenta a atuação dos enfermeiros diante do processo de morte/morrer, as (re) ações dos profissionais e familiares diante da terminalidade e morte de um paciente, assim como apresenta considerações sobre a percepção da terminalidade pelos próprios pacientes e suas atitudes frente a isso. Traz apontamentos para a situação de sofrimento relacionada à terminalidade e à morte, onde pacientes, familiares e profissionais, muitas vezes, padecem diante deste processo.

Algumas condições alteram o impacto das condições causais sobre o fenômeno. Identificou-se neste estudo que os enfermeiros encontram facilidades e dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer, que coexistem ordem e desordem neste gerenciamento. Também, os profissionais encontram dificuldades para a implementação de cuidados paliativos. Os participantes do estudo mencionaram aspectos envolvidos no processo de morte/morrer, como: aspectos sociais, éticos e legais, questões relacionadas à cultura, religião/espiritualidade e formação profissional. Ademais, apontaram elementos institucionais que influenciam nas ações dos profissionais diante do processo de morte/morrer.

O processo comunicacional diante do processo de morte/morrer foi bastante abordado nas falas dos participantes e apontaram aspectos que envolvem a comunicação entre os profissionais, entre estes e a família do paciente, a comunicação com o paciente diante da terminalidade e destacou-se o (des) conhecimento do diagnóstico e prognóstico.

Distintas estratégias de ação/interação são adotadas pelos diferentes sujeitos diante do processo de morte/morrer. Foram identificadas estratégias de ação/interação junto aos pacientes em processo de morte/morrer e à sua família, o desenvolvimento de estratégias para o gerenciamento do cuidado de enfermagem, apontadas as ações dos profissionais da equipe multidisciplinar diante do processo de morte/morrer, a utilização de distintos signos e significados diante da morte e a negação da terminalidade da vida mostrou ser uma estratégia usada por muitas pessoas.

Por fim, a pesquisa revelou as respostas apresentadas diante das estratégias adotadas, em especial, que são identificadas pelos participantes potencialidades na instituição que foi cenário deste estudo e vislumbrados caminhos para melhoria do cuidado diante do processo de morte/morrer, com destaque para a implementação de cuidados paliativos como um dos caminhos para a realização de um cuidado adequado para muitos pacientes em terminalidade.

Deve-se ressaltar que, como toda a pesquisa, esta apresenta algumas importantes limitações que podem ser minimizadas em trabalhos futuros. Aponta-se como limites desse estudo o fato de ter sido realizado em apenas um local, em momento e cenário historicamente datados, em um contexto cultural particular. Deste modo, fazem-se necessárias mais pesquisas nesta área, em diferentes cenários.

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 em ambiente intra e extra hospitalar e pesquisas sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer de pacientes pediátricos. Também, sugere-se a ampliação da discussão do conceito e prática de gerência do cuidado ao longo da formação acadêmica do enfermeiro e a

utilização de referenciais que abarquem a complexidade da vida e da prática dos enfermeiros.

A realização desta pesquisa tem contribuições potenciais para mudanças no cenário e nos profissionais de enfermagem e saúde envolvidos no cuidado aos pacientes e familiares diante da terminalidade e morte. De modo que busca atender uma demanda social e contribuir para inovações tecnológicas no que tange às práticas de gerenciamento do cuidado diante do processo de morte/morrer.

Acredita-se ser importante (re) pensar na atuação da enfermagem diante deste processo, com o intuito de conhecer a realidade e ter impactos tecnológicos, podendo contribuir para melhorias nas práticas de cuidado. Também, esta pesquisa tem potencial para relevância na academia por contribuir para núcleos de ensino e pesquisa sobre o processo de morte/morrer e abordar a perspectiva da gerência do cuidado e poderá apontar novos caminhos para o desenvolvimento de outras pesquisas.

Também, este estudo tem potencial para fornecer subsídios para o ensino de enfermagem e de outras ciências na temática abordada, contribuindo para o (re) pensar e o agir de docentes e discentes e, conseqüentemente, a formação de profissionais com conhecimentos, habilidades e comportamentos que contemplem a complexidade inerente à vida e ao homem.

Como plano de disseminação dos resultados desta pesquisa pretende-se a participação em eventos científicos e publicação de artigos científicos, além de retorno dos resultados à instituição investigada.

Por fim, cabe a mim dizer que este caminho de investigação contribuiu de maneira expressiva para minha formação pessoal e profissional e espero que este estudo possa contribuir para o (re) pensar e um (re) fazer diante da terminalidade e da morte, enfim, da vida!

REFERÊNCIAS

AARESTRUP, C.; TAVARES, C. M. D. M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 228-234, jan./mar. 2008.

ABREU, Carolina Becker Bueno de; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ethical issues related to patient preferences in palliative care. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 299-308, ago. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222011>.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

AZEREDO, N. S. G.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, p. 37-43, 2011.

ARIÈS, P. **Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du moyen âge à nos jours**. Paris, Seuil, 1975.

BARBERO GUTIÉRREZ, J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. **An Sist Sanit Navar**. 2006;29(3):19-27

BARBOSA, A.M.G.C.; MASSARONI, L. Living with death and dying. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n. 2, 2016.

BARROS, M.E.; GOMES, R.S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 641-658, 2011.

BERNARDINO, E.; FELLI, V.E.A.; PERES, A.M. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2010.

BEUTER, M.; NAT, A. Expressões lúdicas no cuidado hospitalar sob a ótica de enfermeiras. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 3, p. 567-74, 2010.

BILOTTI, P. Signo, significante e significado. Goianésia. 2013. Disponível em: <http://uegsemiotica.blogspot.com.br/2013/03/signo-significante-e-significado.html>. Acesso em : 22 abr. 2016

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: perspective and method.** Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1969.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 9. ed. Petrópolis:Vozes, 2003.

BOFF, L. **Tempo de transcendência: o ser humano como um prometo infinito.** Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

BORGES, M.C.L.A, SILVA, L.M.S. (Dis)connections between management and care in a surgical intensive care unit. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (online). [Internet]** v.5, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2069> Acesso em 2016 ago 20

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. Óbitos por Ocorrência segundo Região Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> >. Acesso em: 03 set 2016

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001 nov 9. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer n. 1.133, de 01 de outubro de 2001. Nos termos do art. 2º da Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, o Ministro de Estado da Educação HOMOLOGA o Parecer nº 1.133/2001, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, favorável à aprovação dos projetos de resolução referentes às propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição, conforme consta do Processo nº 23001.000245/2001-11. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2001. Seção 1E, p.131.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília – DF, 2008.

BRISCHILIARI, A. et al. Conceitos de cuidado elaborados por enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os polos da prática metodológica**. 5ª edição. Rio de Janeiro (RJ): Francisco Alves Editora, 1991.

CASSIANI, S. H. D. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, p. 75-88, 1996. ISSN 0104-1169.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. **Gerenciamento de Recursos Materiais**. In: KURCGANT, P. (Coord.) Gerenciamento em Enfermagem. 2ª edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2014. p.155-167

CAVEDON, N. R. Modos de enfrentamento da morte violenta: a atuação dos servidores do departamento de criminalística do Instituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul. **Revista de administração Mackenzie**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 75-104, jul./ago. 2011.

CAVEIÃO, C.; HEY, A.P.; MONTEZELI, J.H. Administração em enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento complexo. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, 2013.

CERVELIN, A.F.; KRUSE, M.H.L. Spirituality and Religiosity in Palliative Care: proposing a good death Aline Fantin Cervelin , **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 9 (Suplemento 3), 2015.

CHARON, J. M. **Symbolic Interactionism: an introduction an interpretation, an integration**. 3. Englewood Cliffs: Prentice- Hall, 1996.

CHRISTOVAM, B.P., PORTO, I.S, OLIVEIRA, D.C. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. **Rev. esc. enferm. USP [Internet]**. v. 46, n.3, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300028>. Acesso em: 16 ago 2016.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 214-217, mar./abr. 2005.

COELHO, M.J. Maneiras de cuidar em enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2006 nov-dez; 59 (6): 745-51.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral de administração**. 9. ed. Barueri: Manole; 2014.

CHRISTOVAM, B. P. **Gerência do cuidado de enfermagem: a construção de um conceito**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. 286p.

DA SILVA, J.C. et al. A percepção do formando de enfermagem sobre a função gerencial do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 abr/jun;14(2): 296-303.

DE MELO, A. G. C; CAPONERO, R. **Cuidados Paliativos- Abordagem contínua e integral**. In F. S. Santos (Ed.), Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu; 2009.

DOS SANTOS, M.A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, 2013.

ERDMANN AL, BACKES, D.S, MINUZZI, H. Care management in nursing under the complexity view. **Online Braz J Nurs [Internet]**. 2008 [cited 2016 Apr 15] Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1033>

ERDMANN, A.L. et al. **A Organização das Práticas de Cuidado em Saúde: melhores práticas, complexidade e políticas públicas**. In Sousa, F.G.M; Backes, D.S. (org), Cuidado em Enfermagem e Saúde: diversidades e complexidades. Florianópolis: Papa-Livro, 2015.

ERDMANN, A.L., et al. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paul Enferm**.v.20, n.2, 2007.

ERDMANN, A.L. et al. Organization of care practices in the health network. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 10, n. 1, may 2011. ISSN 1676-4285. Available at: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3220.1>>. Date accessed: 31 aug. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113220>.

ESPÍRITO SANTO, F.H, PORTO, I.S. **Cuidado de Enfermagem: saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário hospitalar**. 2006. 314 (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FALLOWFIELD, L.J., JENKINS, V.A., BEVERIDGE, H.A. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. **Palliat Med**. 2002;16(4):297-303

FAQUIM, J.P.S. A produção do cuidado sob o enfoque da colaboração interprofissional. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 4, n. 1, p. 1-2, 2013.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Paulina Kurgant (Org) **Gerenciamento em Enfermagem**. 2ª edição. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2014.

FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J., TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FREUD, S. **Para além do princípio de prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1976 p. 19.

FURUKAWA, P.O.; CUNHA, I.C.K.O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm**, v. 63, n. 6, p. 1061-1066, 2010.

GIRARDON- PERLINI, N. M. O. **Cuidando Para Manter o Mundo da Família Amparado: a experiência da família rural frente ao câncer**. 2009. 220 (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GLASER, B.; ANSELM, S. **The Discovery of Grounded Theory**. New York: Aldene de Gruyter, 1967.

HAAS, J.S.; LEITE, M.T. A Equipe de Enfermagem Frente a Pacientes sem Perspectiva Terapêutica. **Revista Contexto & Saúde**, v. 2, n. 04, p. 45-61, 2013.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9ª ed. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2011.

KURCGANT, P; **Gerenciamento em enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

HENNEZEL M, LELOUP JY. **A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade**. 11º ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.

LANZONI, G. M. M. et al. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 17, n.2, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.29570>. Acesso em 30 mar 2016.

LIMA, R.S. et al. Gerenciar unidade de internação hospitalar: o que pensam os enfermeiros?. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, 2016.

LIMA, R.S. et al. Difficulties and facilities of nursing management in a hospital through nurse's perspective. **Rev. enferm. UFPE on line. [Internet]** 2014; v.8, n. 12 Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/6648> Acesso em 2016 mar 16.

OLIVEIRA, S.G. et al. A formação do enfermeiro frente às necessidades emergentes da terminalidade do indivíduo. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 97-102, 2011.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BERTOLINO, K. C. O. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1077-1080, Nov./dez. 2010.

MARIOTTI, H. **Pensando diferente – para lidar com a complexidade, com a incerteza, com a ilusão**. São Paulo (SP): Atlas, 2010.

MARX, K. **O Capital**. 14ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand; 1994.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma e reformar o pensamento**. 18ª edição. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand, 2010 a.

_____. **Ciência com consciência**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010b.

_____. **O pensar complexo– Edgar Morin e a crise da modernidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

_____. **O problema Epistemológico da Complexidade**. Publicações Europa-América, Portugal. 3 ed. 2003 .

_____. **O Método 5: a humanidade da humanidade**. 5 ed. Porto Alegre, Sulina, 2012.

_____. **A Via para o futuro da humanidade**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2013.

_____. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

_____. **Introdução ao Pensamento Complexo**. 4ª.ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

_____. **O Método 3: o conhecimento do conhecimento**. 3 ed. Porto Alegre. Sulina, 2008.

MOURA, G.M.S.S et al. Expectations of the nursing staff in relationship to leadership. **Acta Paul Enferm [Internet]**. v. 26, n. 2, 2013. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200015> Acess: 30 mai 2016

PRADO, E.V.; STEIN, A.V.; PEREIRA, R. A compreensão da história da Enfermagem a partir dos métodos ativos de ensino/aprendizagem da Faculdade AGES. **Revista de Educação Popular**, v. 11, n. 2, 2013.

PRADO, R. T. **Banco de Tecidos Oculares Humanos: atuação dos enfermeiros**. 2013. 155 (Mestrado). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

PROCHNOW, A.G. et al. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 542-50, 2007.

RODRIGUES, J.C. **Tabu da morte**. 2ª ed. Editora FIOCRUZ, 2006.

SANNA, M.C. Os Processos de Trabalho em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n.2, 2007.

SANTOS, F.S. (edit) **Cuidados Paliativos- Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer**. São Paulo: Atheneu; 2009.

SANTOS, F. S. et al. **A arte de morrer – visões plurais: volume 2**. Bragança Paulista, SP: Comenius, 2009.

SANTOS, J. L. G. et al . Prácticas de enfermeros en la gerencia del cuidado en enfermería y salud: revisión integradora. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, Apr. 2013 .

SANTOS, J. L. D.; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 272-276, 2011.

SANTOS, J.L.G et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm. [Internet]** n. 66, v. 2, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016> Acesso em 2016 jul 16.

SAPORETTI, L.A. **Espiritualidade em Cuidados Paliativos**. In F. S. Santos (Ed.), **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu; 2009.

SENN, M. H. et al. Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. **Rev Rene**. v. 15, n. 2, 2014.

SILVA, I.R. **Gerenciando cuidados de enfermagem diante da complexidade da adolescência no contexto das DST/AIDS**. Ítalo Rodolfo Silva [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. 282p. 2012

SILVA, I.R.; LEITE, J. L. **Conexões do Cuidado: a enfermagem diante da complexidade da adolescência no contexto das DST/AIDS**. In Sousa, F.G.M; Backes, D.S. (org), Cuidado em Enfermagem e Saúde: diversidades e complexidades. Florianópolis: Papa-Livro, 2015.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, mar. 2008.

SILVEIRA et al. **Diversidades e Complexidades no Cuidado de Enfermagem e de Saúde**. In Sousa, F.G.M; Backes, D.S. (org), Cuidado em Enfermagem e Saúde: diversidades e complexidades. Florianópolis: Papa-Livro, 2015.

SIQUEIRA, H.C.H, MEDEIROS, A.C., ZAMBERLAN, C. **Configuração da Gestão do Cuidado de Enfermagem na UTI: enfoque ecossistêmico com base nas políticas públicas**. In Sousa, F.G.M; Backes, D.S. (org), Cuidado em Enfermagem e Saúde: diversidades e complexidades. Florianópolis: Papa-Livro, 2015.

SOARES, R.J.O., ZEITOUNE, R.C.G. O Cuidado e suas Dimensões: subsídios para o cuidar de si de docentes de Enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.** online 2012. jan/mar. (Ed. Supl.):41-44.

STERN, P. N. **Grounded Theory Methodology its uses and processes**. Images. 12: 20-23 p. 1980.

STRAUSS, A. L; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª edição. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008.

TAROZZI, M. **O que é grounded theory?** Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

TEIXEIRA, A.T. **Aspectos Jurídicos da Morte e do Morrer**. In: Cuidados Paliativos- Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo: Atheneu; 2009.

URBAIN, J. D. **La Soeiété de Conservation: étude sémiologique des cimetières d'Occident**. Paris: Payot, 1978.

VAGHETTI, H.H. et al. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta Paul Enferm**, v. 24, p. 87-93, 2011.

VARGAS, D. D. Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 404-410, 2010.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes; 2004.

WALDOW, V.R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da Enfermagem**. Petrópolis: Vozes; 2008.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, p. 19-25, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who Definition of Palliative Care** [Internet]. 2012. Disponível em : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em 22 fev 2016.

YOU, J.J. et al. Barriers to Goals of Care Discussions With Seriously Ill Hospitalized Patients and Their Families- A Multicenter Survey of Clinicians. **JAMA Intern Med**. v.175, n. 4, 2015.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. **Entrevista Reflexiva e Grounded Theory: estratégias metodológicas para compreensão da resiliência em famílias**. Interamerican Journal of Psychology. Porto Alegre: Sociedad Interamericana de Psicologia. 39: 431-438 p. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntário a participar da pesquisa “GERENCIANDO CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER”. Nossos objetivos neste estudo são: Identificar os significados atribuídos pelos enfermeiros à morte e ao processo de morrer; Analisar como a família vivencia a trajetória de adoecimento e a morte de um de seus integrantes; Compreender os significados atribuídos pelo enfermeiro ao gerenciamento de seus cuidados diante do processo de morrer e da morte; Discutir a concepção dos enfermeiros e familiares acerca da morte e do processo de morrer à luz do Pensamento Complexo; Construir uma matriz teórica explicativa acerca da assistência de enfermagem diante do processo de morrer e da morte e validar esta matriz em termos de representatividade e abrangência dos conceitos. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a existência de preocupações com o desenvolvimento de cuidados humanísticos aos pacientes e sua família, diante do processo de morrer e morte. A pesquisa emerge de um desejo de apresentar, num formato científico, um modelo teórico que traduza os esforços que vêm sendo travados na gerência e na assistência de enfermagem para a realização de cuidados e quais os entraves que os enfermeiros encontram para a realização do cuidado demandado. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: realizaremos uma entrevista aberta que será gravada em equipamento Mp4, objetivando-se total fidelidade aos depoimentos. Em seguida, os depoimentos serão transcritos na íntegra. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo que apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Se houver dano de qualquer tipo (físico, mental, emocional e/ou espiritual), este será de responsabilidade da pesquisadora, que deverá encaminhar os participantes para os serviços disponíveis. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____, fui informado dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

Pesquisadora

Participante da Pesquisa

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Dados da Pesquisadora:

Roberta Teixeira Prado Endereço: Rua Coronel Cristóvan de Andrade, 50/302. Centro. Juiz de Fora – MG
CEP: 36062-440 – TELEFONE: (32) 9934-4282 e-mail: enfbeta@yahoo.com.br

Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ- Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova
Rio de Janeiro – RJ CEP 20211-110 Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 e-mail: cepeeahesfa@gmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa FHEMIG - Alameda Álvaro Celso, 100, Sala 205, Bairro Santa Efigênia – Belo Horizonte - Minas Gerais. CEP: 30150-260 Telefone: (31) 3239-9642 / 3239-9650 e-mail: comissao.etica@fhemig.mg.gov.br

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA-
ENFERMEIROS**

Data da entrevista: ___/___/____ Início: _____ Término: _____

Local: _____

Caracterização do entrevistado:

Pseudônimo: _____ Idade: _____ Gênero: () F () M

Situação conjugal: casado () solteiro () divorciado () viúvo () união consensual ()

Possui filhos: sim () não () Quantos: _____

Número de anos estudados: _____

Titulação: Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Outro: _____

Tempo de formação: _____

Possui mais de um vínculo empregatício:

() Apenas um () dois vínculos () outros _____

Tempo de atuação na área hospitalar: _____

Tempo de atuação no Hospital Regional João Penido: _____

Cargo/função () Chefia () Assistência () Chefia/Assistência.

Há quanto tempo? _____

Setor de atuação: _____

Escala: () diarista () plantonista () outra _____

Questões para entrevista:

1. Como você percebe o gerenciamento do cuidado de enfermagem no processo de morte/morrer?
2. Como você realiza o gerenciamento do cuidado a pacientes e familiares no processo de morte/morrer?

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA- TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Data da entrevista: ___/___/___ Início: _____ Término: _____

Local: _____

Caracterização do entrevistado:

Pseudônimo: _____ Idade: _____ Gênero: () F () M

Situação conjugal: casado () solteiro () divorciado () viúvo () união consensual ()

Possui filhos: sim () não () Quantos: _____

Número de anos estudados: _____

Titulação: Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem () Graduação ()

Especialização () Mestrado () Doutorado () Outro: _____

Tempo de formação: _____

Possui mais de um vínculo empregatício:

() Apenas um () dois vínculos () outros _____

Tempo de atuação na área hospitalar: _____

Tempo de atuação neste hospital: _____

Setor de atuação: _____

Escala: () diarista () plantonista () outra _____

Questões para entrevista:

1. Como você percebe o gerenciamento do cuidado de enfermagem no processo de morte/morrer nas enfermarias deste hospital?
2. Como o enfermeiro no seu setor gerencia o cuidado a pacientes e familiares no processo de morte/morrer?
3. Como você considera que deve ser o cuidado no processo de morte/morrer aos pacientes e familiares?

APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA- PSICÓLOGOS

Data da entrevista: ___/___/____ Início: _____ Término: _____

Local: _____

Caracterização do entrevistado:

Pseudônimo: _____ Idade: _____ Gênero: () F () M

Situação conjugal: casado () solteiro () divorciado () viúvo () união consensual ()

Possui filhos: sim () não () Quantos: _____

Número de anos estudados: _____

Titulação: Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Outro: _____

Tempo de formação: _____

Possui mais de um vínculo empregatício:

() Apenas um () dois vínculos () outros _____

Tempo de atuação na área hospitalar: _____

Tempo de atuação neste hospital: _____

Cargo/função () Chefia () Assistência () Chefia/Assistência ()

Outro: _____

Há quanto tempo? _____

Setor de atuação: _____

Escala: () diarista () plantonista () outra _____

Questões para entrevista:

1. Como você percebe o gerenciamento do cuidado de enfermagem no processo de morte/morrer?
2. Como a psicologia atua diante dos pacientes em processo de morte/morrer nas enfermarias e de seus familiares?
3. Como você assiste pacientes e familiares no processo de morte/morrer nas enfermarias?
4. Como é a atuação da equipe multidisciplinar diante dos pacientes em processo de morte/morrer nas enfermarias e de seus familiares?
5. Como você lida com a morte?
6. Em sua opinião o que poderia ser melhor na prática de Enfermagem diante da morte e do morrer?
7. Em sua opinião o que poderia ser melhor na prática da Psicologia diante da morte e do morrer?
8. Em sua opinião o que a instituição poderia realizar (ou continuar realizando) para favorecer a assistência aos pacientes, familiares e profissionais diante do processo de morte/morrer?

**APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA- ASSISTENTES
SOCIAIS**

Data da entrevista: ___/___/____ Início: _____ Término: _____

Local: _____

Caracterização do entrevistado:

Pseudônimo: _____ Idade: _____ Gênero: () F () M

Situação conjugal: casado () solteiro () divorciado () viúvo () união consensual ()

Possui filhos: sim () não () Quantos: _____

Número de anos estudados: _____

Titulação: Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Outro: _____

Tempo de formação: _____

Possui mais de um vínculo empregatício:

() Apenas um () dois vínculos () outros _____

Tempo de atuação na área hospitalar: _____

Tempo de atuação neste hospital: _____

Cargo/função () Chefia () Assistência () Chefia/Assistência ()

Outro: _____

Há quanto tempo? _____

Setor de atuação: _____

Escala: () diarista () plantonista () outra _____

Questões para entrevista:

1. Como você percebe o gerenciamento do cuidado de enfermagem no processo de morte/morrer?
2. Como o serviço social atua diante dos pacientes em processo de morte/morrer nas enfermarias e de seus familiares?
3. Como você assiste pacientes e familiares no processo de morte/morrer nas enfermarias?
4. Como é a atuação da equipe multidisciplinar diante dos pacientes em processo de morte/morrer nas enfermarias e de seus familiares?
5. Como você lida com a morte?
6. Em sua opinião o que poderia ser melhor na prática de Enfermagem diante da morte e do morrer?
7. Em sua opinião o que poderia ser melhor na prática do Serviço Social diante da morte e do morrer?
8. Em sua opinião o que a instituição poderia realizar (ou continuar realizando) para favorecer a assistência aos pacientes processo de morte/morrer e a seus familiares?

APÊNDICE F- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA- MÉDICOS

Data da entrevista: ___/___/____ Início: _____ Término: _____

Local: _____

Caracterização do entrevistado:

Pseudônimo: _____ Idade: _____ Gênero: () F () M

Situação conjugal: casado () solteiro () divorciado () viúvo () união consensual ()

Possui filhos: sim () não () Quantos: _____

Número de anos estudados: _____

Titulação: Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Outro: _____

Tempo de formação: _____

Possui mais de um vínculo empregatício:

() Apenas um () dois vínculos () outros _____ Atende consultório: sim () não ()

Tempo de atuação na área hospitalar: _____

Tempo de atuação neste hospital: _____

Cargo/função () Chefia () Assistência () Chefia/Assistência ()

Outro: _____

Há quanto tempo? _____

Setor de atuação: _____

Escala: () diarista () plantonista () outra _____

Questões para entrevista:

1. Como você percebe o gerenciamento do cuidado de enfermagem no processo de morte/morrer?
2. Como os médicos atuam diante dos pacientes em processo de morte/morrer nas enfermarias e de seus familiares?
3. Como você assiste pacientes e familiares no processo de morte/morrer nas enfermarias?
4. Como é a atuação da equipe multidisciplinar diante dos pacientes em processo de morte/morrer nas enfermarias e de seus familiares?
5. Como você lida com a morte?
6. Em sua opinião o que poderia ser melhor no gerenciamento do cuidado de Enfermagem diante da morte e do morrer?
7. Em sua opinião o que poderia ser melhor na prática da medicina diante da morte e do morrer?
8. Em sua opinião o que a instituição poderia realizar (ou continuar realizando) para favorecer a assistência aos pacientes processo de morte/morrer e a seus familiares?

APÊNDICE G- INSTRUMENTO DE REGISTRO DE DADOS- MEMORANDOS

 <p>EEAN/UFRJ Doutorado em Enfermagem</p>	Instrumento de registro de dados - pesquisa “GERENCIANDO CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER” de Roberta Teixeira Prado		Página: _____
	Tipo de registro: <input type="checkbox"/> Notas de observação de campo <input type="checkbox"/> Diário de experiência de pesquisa <input type="checkbox"/> Diagramas <input type="checkbox"/> Memorando com notas de codificação <input type="checkbox"/> Memorando com notas teóricas <input type="checkbox"/> Memorando com notas operacionais		Nº de linhas: _____ Data: _____
	Código da entrevista/observação/documento: _____		Local: _____
	Em caso de nota teórica ou operacional ela foi derivada de alguma nota de codificação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____	Categoria: _____ _____ Subcategoria: _____ _____	

Assinatura: _____

APÊNDICE H– Carta Convite para Validação

CARTA CONVITE

Ilma(o) Enfermeiro(a)

É com grande satisfação que o (a) convido para participar do processo de validação da matriz teórica que aborda o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer. Esta matriz contempla parte do processo de pesquisa de minha Tese de Doutorado que tem o título provisório: **VISLUMBRANDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, sob orientação da prof.^a Dra. Joséte Luzia Leite.

A conformação da matriz se deu a partir do uso da Teoria Fundamenta nos Dados (TFD) como referencial metodológico e da Ciência da Complexidade como referencial teórico.

A matriz em questão emergiu de cinco grupos amostrais: enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e médicos assistentes.

Enquanto fenômeno complexo, estrutura-se a partir de suas condições causais (fatores que desencadeiam o fenômeno), condições intervenientes (fatores que influenciam o fenômeno, alterando, positiva ou negativamente), condições contextuais (contexto) (conjuntos específicos de condições que cruzam dimensionalmente neste momento e local e que condicionam a ação/interação); estratégias de ação/interação (formas como indivíduos ou grupos lidam com situações com as quais se deparam) e consequências (possíveis respostas diante das estratégias adotadas).

O processo de validação consiste na análise da matriz que será entregue e, mediante instrumento de análise, que poderá refutar ou aprovar/confirmar a matriz e será iniciado após assinatura do Termo de Consentimento que será entregue e elucidado.

Estou disponível para quaisquer esclarecimentos e desde já, agradeço sua colaboração.

Atenciosamente;

Roberta Teixeira Prado

Endereço eletrônico: enfbeta@yahoo.com.br

Celular: (32) 98401-2811



APÊNDICE I– Roteiro de Validação

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Doutoranda: Roberta Teixeira Prado

Orientadora: Prof^a Dr^a Joséte Luzia Leite

Primeiro momento:

- Elucidação dos objetivos do encontro, agradecendo a presença de todos.
- Explicação do processo de validação
- Solicitar assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Segundo momento:

- Caracterização do grupo validador através do preenchimento do formulário a seguir:

Sexo: ()F ()M Idade: _____

Tempo de formação: _____ anos.

Área de especialização: _____

Maior titulação: _____

Vínculos empregatícios: () Apenas um () dois vínculos () outros

Tempo de experiência hospitalar: _____ anos.

Experiência profissional: _____

Setor de atuação: _____

Terceiro momento:

- Apresentação da pesquisa, com ênfase em alguns aspectos (objeto de estudo, justificativa, questões norteadoras, objetivos, referenciais teórico metodológicos).
- Apresentação em Power-point e distribuição de material impresso com as categorias, subcategorias, fenômeno central e modelo paradigmático emergidos.

Quarto momento:

- Solicitação ao grupo de validação que expresse sua compreensão a respeito das categorias, fenômeno central e modelo paradigmático emergidos, tecendo considerações sobre a sua construção.
- Discussão em grupo e parecer individual para a validação levando-se em consideração as seguintes questões norteadoras: (O participante poderá expressar suas opiniões verbalmente e/ou mediante anotações no material impresso).

Critério de Ajuste

- No que tange a Matriz Teórica apresentada, de que forma ela se ajusta à sua realidade contextual – no que diz respeito ao processo de conexões entre o gerenciamento do cuidado de enfermagem e o processo de morte/morrer?
- O modelo paradigmático integra de forma pertinente os fenômenos que compõem o processo de gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer de pacientes?

- ❖ Totalmente, parcialmente ou não se ajusta. Justifique, por favor.

Critério de Compreensão

- As nomeações das categorias representam bem os fenômenos relacionados ao gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer de pacientes?
- O fenômeno central, da forma como está nomeado, revela com fidedignidade a complexidade do gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer de pacientes?
- Os diagramas conseguem traduzir visualmente as relações entre os fenômenos? Eles são representativos da realidade discutida?
- ❖ Totalmente, parcialmente ou não se ajusta. Justifique, por favor.

Critério de Generalização Teórica

- A partir da sua realidade contextual, é possível considerar que a Matriz Teórica alcança capacidade de abstração capaz de explicar o fenômeno e tem poder de generalização (pode ser aplicada a outras realidades)?
- ❖ Totalmente, parcialmente ou não se ajusta. Justifique, por favor.

- Quais possíveis contribuições vislumbra que a matriz teórica apresenta para a Enfermagem/área da saúde?

Quinto momento:

- Agradecimentos e abertura para sugestões e opiniões.

APÊNDICE J– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (validação)

Eu, Roberta Teixeira Prado, enfermeira, estou desenvolvendo uma pesquisa como tese de doutorado em enfermagem com o título provisório **VISLUMBRANDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER**. Esta pesquisa, sob orientação da Prof^a Dr^a Joséte Luzia Leite, recebeu a apreciação favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em 29 de abril de 2015 (CAAE 41743414.9.0000.5238). Destaca-se que a pesquisa, em seus resultados parciais, já sofreu processo de qualificação, sendo a mesma aprovada. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que tem como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados e, como referencial teórico, a Ciência da Complexidade. Um dos objetivos desta pesquisa é a construção de uma matriz teórica explicativa acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer.

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar do grupo de validação da matriz teórica desta tese, no qual enfermeiros estão sendo consultados quanto à pertinência da interpretação dos resultados desta pesquisa em termos de relações com a prática e de refinamento da análise. Sua participação nesta pesquisa refere-se à cessão de seu parecer escrito e/ou oral, com gravação de voz, em local agendado previamente, conforme sua disponibilidade, sendo preferencialmente em grupo. O processo de validação inclui o preenchimento de um formulário de perfil profissional e a exposição/discussão das contribuições quanto à tese em questão. Mediante seu aceite voluntário asseguramos as seguintes questões éticas:

- Caráter sigiloso das respostas e contribuições, sendo os participantes identificados por pseudônimos ou códigos.
- Utilização das informações colhidas por meio de gravação de voz e anotações apenas para fins científicos.
- Garantia de receber informações sobre o estudo, esclarecimento e orientação com relação a qualquer dúvida.
- Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados, em eventos e/ou revistas científicas.
- A participação é voluntária e a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar o seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição proponente da pesquisa.
- Ausência de gastos financeiros de sua parte, pois os mesmos serão custeados pela pesquisadora, assim como ausência de qualquer compensação financeira pela participação.
- Os riscos relacionados com a sua participação são mínimos, podendo ocorrer no âmbito das emoções, já que não se pode prever o efeito das perguntas, apesar destas não terem um formato compatível com alguma forma de constrangimento.
- Os benefícios relacionados com a sua participação estão relacionados, especialmente, à possibilidade de contribuir no desenvolvimento de conhecimento científico para a área de enfermagem, sobretudo, no que diz respeito ao gerenciamento do cuidado aos pacientes em processo de morte/morrer.

Sua participação e o preenchimento deste documento são fundamentais para a realização desta pesquisa. Agradecemos antecipadamente sua atenção.

Pesquisadora: Roberta Teixeira Prado

Contato: tel.: (0XX32) 98401-2811 – e-mail: enfbeta@yahoo.com.br

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Eu, _____, CPF _____,

concordo voluntariamente em participar do grupo de validação da pesquisa descrita nas condições do termo acima. Autorizo que minhas anotações e meus depoimentos sejam gravados e utilizados, para fins de estudo e divulgação de seus respectivos resultados no meio acadêmico (eventos e/ou publicações), tendo garantido meu anonimato.

Data: _____

Assinatura do(a) participante

ANEXOS

AUTORIZAÇÃO

Eu.....,abaixo assinado, responsável pela(o)....., autorizo a realização do estudo GERENCIANDO CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER, a ser conduzido pela pesquisadora abaixo relacionada. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Juiz de Fora,..... dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Pesquisadora: Roberta Teixeira Prado

AUTORIZAÇÃO

Eu.....,abaixo assinado, responsável pela(o)....., autorizo a realização do estudo GERENCIANDO CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER, a ser conduzido pela pesquisadora abaixo relacionada. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Juiz de Fora,..... dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável departamento de enfermagem

Pesquisadora: Roberta Teixeira Prado

Plataforma Brasil MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: GERENCIANDO CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE	2. Número de Participantes da Pesquisa: 30
3. Área Temática:	
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde	

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome: Roberta Teixeira Prado			
6. CPF: 055.351.796-12	7. Endereço (Rua, n.º): CORONEL CRISTOVAM DE ANDRADE CENTRO 50 apto 302 JUIZ DE FORA MINAS GERAIS 36062440		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (32) 3214-9770	10. Outro Telefone:	11. Email: enfbeta@yahoo.com.br
12. Cargo: <i>Enfermeira</i>			

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 14 / 11 / 14

Roberta Teixeira Prado
Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

13. Nome: Escola de Enfermagem Anna Nery	14. CNPJ: 33.663.683/0002-05	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (21) 1293-8148	17. Outro Telefone:	

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: *Carla Bezia França Araújo* CPF: 866.250.557-00

Cargo/Função: Vice-diretora

Data: 14 / 11 / 14

Carla Bezia França Araújo
Prof.ª Dr.ª Carla Bezia França Araújo
Vice-Diretora da EAN/UF RJ
SIAPE: 0363774

PATROCINADOR PRINCIPAL

Não se aplica.



DIGEPE – Gerência de Ensino e Pesquisa
Núcleo de Apoio ao Pesquisador – (31) 3239-9545 / 3239-9556

PARECER TÉCNICO 137/2014

SIPRO: 00032115 2271 2014
De: DIGEPE / Gerência de Ensino e Pesquisa / Núcleo de Apoio ao Pesquisador
Para: NEP / HRJP
Data: Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2014.

SIGED



00033490 2271 2014

Anote abaixo o número do SiPRO

Projeto de Pesquisa "Gerenciando cuidados de enfermagem diante do processo de morte/morrer"
Unidade: HRJP
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Roberta Teixeira Prado

Ilma. Coordenadora do NEP.

O projeto foi apresentado em uma cópia impressa e uma em CD-ROM; *Check-list* preenchido e assinado; Folha de Rosto preenchida e assinada pelo pesquisador responsável e tendo a escola de enfermagem Anna Nery como instituição principal. A pesquisadora principal é servidora da Fhemig.

Trata-se de projeto apresentado ao programa de pós-graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

São apresentados cinco objetivos na página 6 sem distinção entre principal e secundários. O primeiro é "identificar os significados atribuídos pelos enfermeiros à morte e ao processo de morrer".

A pesquisadora classifica o estudo como "Teoria Fundamentada nos Dados" e cita que é uma abordagem qualitativa onde os dados podem ser originados de entrevistas, observações, documentos, publicações ou da combinação de técnicas e que a análise ocorre concomitantemente à coleta, pelo método comparativo constante.

Após aprovação no CEP Fhemig será realizada uma apresentação da pesquisa aos enfermeiros da Instituição. Os profissionais que se interessarem e dispuserem a participar da pesquisa mediante a assinatura do TCLE agendarão a entrevista semi-estruturada para a coleta de dados. O encerramento das entrevistas será feito após saturação teórica.

Apresentados cronograma, orçamento sem ônus para Fhemig e referências-bibliográficas.

Não há risco institucional.

Não há potencial de patente e por isso não precisa tramitar pelo NIT.

Este projeto foi aprovado pela Gerência de Ensino e Pesquisa quanto aos aspectos técnicos, de inovação tecnológica e de risco estratégico e recomendo sua realização na Rede FHEMIG.

Não foi localizado o currículo Lattes da pesquisadora principal. Sugiro que o mesmo seja providenciado.

Por envolver seres humanos, este projeto deverá ser encaminhado ao CEP / FHEMIG pela Plataforma Brasil: a) à página 5, fazer o *upload* da Folha de rosto assinada pelo pesquisador e pela FHEMIG; b) em seguida fazer o *upload* dos documentos *Check-list* assinado, este parecer, TCLE (se for esse o caso) e o projeto de pesquisa completo (.pdf ou .doc) contendo todos os instrumentos de coleta de dados e a lista de pesquisadores com o link dos respectivos currículos Lattes; c) à página 6, enviar o projeto para o CEP.

Atenciosamente,

Marcelo Militão Abrantes
FHEMIG/DIGEPE/Gerência de Ensino e Pesquisa/Núcleo de Apoio ao Pesquisador
Contatos: (31)3239-9545 e marcelo.abrantes@fhemig.mg.gov.br

CIP - Catalogação na Publicação

P896v PRADO, ROBERTA TEIXEIRA
VISLUMBRANDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE/MORRER /
ROBERTA TEIXEIRA PRADO. -- Rio de Janeiro, 2016.
317 f.

Orientador: JOSÉTE LUZIA LEITE.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. ENFERMAGEM. 2. GERENCIAMENTO. 3. MORTE. I.
LUZIA LEITE, JOSÉTE , orient. II. Título.