

## Processo de morte/morrer: condições intervenientes para o gerenciamento do cuidado de enfermagem

*The process of dying/death: intervening conditions to the nursing care management*  
*Proceso de muerte/morir: condiciones intervinientes para el manejo del cuidado de enfermería*

**Roberta Teixeira Prado<sup>1</sup>, Josete Luzia Leite<sup>1</sup>, Ítalo Rodolfo Silva<sup>1</sup>,  
Laura Johanson da Silva<sup>1</sup>, Edna Aparecida Barbosa de Castro<sup>II</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Juiz de Fora-MG, Brasil.

### Como citar este artigo:

Prado RT, Leite JL, Silva IR, Silva LJ, Castro EAB. The process of dying/death: intervening conditions to the nursing care management. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(4):2005-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0173>

Submissão: 07-04-2017

Aprovação: 23-05-2017

### RESUMO

**Objetivo:** Desvelar os fatores que influenciam o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante da morte e do morrer de adultos hospitalizados em unidades de internação médico-cirúrgicas. **Método:** Adotou-se a *Grounded Theory*, com o aporte teórico do Pensamento Complexo. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, no período de maio de 2015 a janeiro de 2016, com três grupos amostrais, totalizando 41 participantes: enfermeiros, técnicos de enfermagem e membros da equipe multidisciplinar. A análise dos dados seguiu as etapas de codificação aberta, axial e seletiva. **Resultados:** A categoria “Apontando interfaces do gerenciamento do cuidado aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias” e suas respectivas subcategorias apresentam as complexas interações estabelecidas pelo enfermeiro frente o gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Considerações finais:** Condições de âmbito subjetivo, educacional, sociocultural e institucional influenciam as interações do enfermeiro, gerando ordem/desordem no gerenciamento do cuidado.

**Descritores:** Enfermagem; Ciência; Gerência em Saúde; Morte; Atitude Frente à Morte.

### ABSTRACT

**Objective:** To exhibit the factors that influence the Nursing care management in the face of death and the process of dying/death of hospitalized adults in the medical-surgical units for hospitalization. **Method:** The Grounded Theory was applied with the theoretical support of the Complex Thinking Theory. Data have been collected through semi-structured interviews from May, 2015 to January, 2016 with three sample groups totaling 41 participants: nurses, assistant nurses and members of multidisciplinary group. Data analysis followed the steps of open coding, axial coding and selective coding. **Results:** The category “Pointing out the interfaces of care management to patients in process of death/dying and their families” and its respective subcategories show the complex interactions established by the nurse due to the Nursing care management. **Final considerations:** Subjective, educational, sociocultural and institutional conditions influence the nurse interactions, causing order/disorder on care management.

**Descriptors:** Nursing; Sciences; Health Management; Death; Attitude in the Face of Death.

### RESUMEN

**Objetivo:** Desvelar los factores que influyen en el manejo del cuidado de enfermería ante la muerte y el morir de adultos hospitalizados en unidades de internación médico-quirúrgico. **Método:** Se adoptó la *Grounded Theory*, con el aporte teórico del Pensamiento Complejo. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semi-estructuradas, en el período de mayo de 2015 a enero de 2016, con tres grupos de muestra, totalizando 41 participantes: enfermeros, técnicos en enfermería y miembros del equipo multidisciplinario. El análisis de los datos siguió las etapas de codificación abierta, axial y selectiva. **Resultados:** La categoría “Apuntando interfaces del manejo del cuidado a los pacientes en proceso de muerte/morir y a sus familias” y sus respectivas subcategorías presentan las complejas interacciones establecidas por el enfermero frente al manejo del cuidado de

enfermería. **Consideraciones Finales:** Las condiciones de ámbito subjetivo, educativo, sociocultural e institucional influyen en las interacciones del enfermero, generando orden/desorden en el manejo del cuidado.

**Descriptores:** Enfermería; Ciencia; Gerencia en Salud; Muerte; Actitud Frente la Muerte.

AUTOR CORRESPONDENTE Roberta Teixeira Prado E-mail: enfbeta@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O cuidado, seja de saúde, seja de enfermagem, é complexo, uma vez que é dinâmico, multifacetado, envolvendo diferentes pessoas (profissionais, pacientes, familiares/comunidade) que estabelecem inter-retro-ações. Ocorre entre e com pessoas em diversas situações de saúde, cenários e contextos distintos, com sujeitos que têm diferentes representações. As práticas de cuidado em saúde centradas no ser humano produzem serviços por meio do cuidado. Também mostram-se tanto como processo quanto como um produto do trabalho, em que as relações e associações que se dão entre os sujeitos e objetos do cuidado sejam continuamente reconhecidas e pensadas em sua complexidade<sup>(1)</sup>.

O pensamento complexo propõe religar as dimensões do homem e da vida, buscando reconhecer as micro e macro questões envolvidas nessa relação. Ao se investir na compreensão do gerenciamento do cuidado segundo as concepções da complexidade, o olhar se volta para a perspectiva das práticas de saúde histórica e socialmente construídas, reconhecendo as incertezas, desordens, contradições e tensões no contexto de vida e trabalho<sup>(2,3)</sup>.

A vida humana é complexa e o lidar com a sua terminalidade também o é. Nas culturas ocidentais, ressaltando-se a realidade brasileira, o significado da morte passou por diversas transformações. Cada sociedade apresenta sua própria cultura, com crenças, ritos e hábitos que proporcionam às pessoas significados diferentes para a terminalidade e morte, bem como mecanismos para seu enfrentamento<sup>(4,5)</sup>. O DATASUS/MS, banco de dados oficial do país, registrou em 2014, um total de 823.827 óbitos nos hospitais<sup>(5)</sup>.

Diante disso, destaca-se a necessidade de ressignificar o cuidado no contexto hospitalar, diante da morte e do morrer, a partir da reorientação das práticas para as necessidades dos sujeitos envolvidos, por meio de ações gerenciais, assistenciais e educativas que valorizem o pensar e o agir dos profissionais de saúde que atuam nesse processo. Dentre estes, destacam-se os enfermeiros que ocupam-se com a gerência dos cuidados de enfermagem nas diferentes unidades de um hospital.

A gerência do cuidado em unidades de internação médico-cirúrgicas de adultos mostra-se como um desafio ao enfermeiro, pois requer o trabalho com uma equipe, em que cada um tem um enfoque, com um pensar e um fazer diferentes. Nessas unidades, internam-se pessoas com diferentes patologias, com múltiplas necessidades de cuidado, que demandam diferentes tipos de tecnologias e exigem de cada profissional preparo para lidar com os imprevistos, com as contradições e incertezas no contínuo de sua prática de cuidar. São características que tornam, por natureza, essas unidades assistenciais complexas, permitindo-nos, portanto, buscar compreender os fatores que influenciam o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante da morte e do morrer que nelas ocorrem, por meio da teoria da complexidade.

Morin, ao defender o seu pensamento sobre a complexidade, destacou que a degradação e a ordem fazem parte da vida, assim como a morte, cooperando-se, 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<sup>(2,6)</sup>. A relação entre indivíduo-sociedade e espécie é dialógica, de modo que o complementar pode tornar-se antagônico. Esses termos são meios e fins uns dos outros, explicitando, assim, que a compreensão do outro envolve a necessidade de apreender, ao mesmo tempo, sua identidade e sua diferença em relação a nós mesmos<sup>(6-7)</sup>.

Segundo esse pensamento, o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante da morte e do morrer pode ser compreendido como um processo que envolve, continuamente, ordem, desordem e organização, em uma dinâmica antagônica e complementar, sendo que os erros, a imprevisibilidade e as incertezas contribuem para a reorganização<sup>(8)</sup>.

Nesse sentido, questiona-se: quais são as condições intervenientes ao gerenciamento do cuidado do enfermeiro junto a adultos internados em unidades médico-cirúrgicas e que vivenciam o processo de morte/morrer? Como essas condições influenciam as interações do enfermeiro no processo de cuidar? Pressupõe-se que as respostas para tais questões não possuem uma relação linear de causa e efeito, pois envolve fenômenos complexos<sup>(8)</sup>.

## OBJETIVO

Compreender os fatores intervenientes no gerenciamento do cuidado de enfermagem junto a adulto em processo de morte/morrer durante uma internação em unidades médico-cirúrgicas.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro<sup>(9)</sup> em 29 de abril de 2015. Para a garantia do anonimato, os nomes foram substituídos pelas iniciais da profissão, seguido do número da respectiva entrevista: E (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem), P (psicólogo), AS (assistente social) e M (médico).

### Desenho, local do estudo e período

Esta pesquisa, caracterizada como exploratória e de abordagem qualitativa, tem como referencial teórico a Teoria da Complexidade, na perspectiva de Edgar Morin, e como referencial metodológico a *Grounded Theory*, que no Brasil recebe a tradução de Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Trata-se de método desenvolvido a partir de um conjunto de recursos analíticos que, sistematicamente conduzidos, podem gerar uma matriz teórica explicativa do fenômeno investigado<sup>(8,10-11)</sup>.

A instituição, cenário desta pesquisa, é um hospital geral, público, localizado na Zona da Mata Mineira, que realiza atendimento ambulatorial, de reabilitação física, internação e cirurgia em diversas especialidades. Trata-se de uma instituição de referência na macrorregião sudeste de Minas Gerais, desenvolvendo atividades de assistência, pesquisa e ensino.

### Coleta e organização dos dados

Adotou-se a entrevista semiestruturada como técnica para coleta de dados em todos os grupos. As entrevistas foram realizadas em salas escolhidas pelos participantes, no cenário de estudo, entre maio de 2015 a janeiro de 2016, e gravadas em meio digital.

### População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão

Foram selecionados 41 participantes da pesquisa, que conformaram três grupos amostrais. O primeiro foi composto por 18 enfermeiros assistenciais, o segundo por 12 técnicos de enfermagem e o terceiro por 11 membros da equipe multidisciplinar, constituída por três psicólogos, três assistentes sociais e cinco médicos assistentes.

Destaca-se que, em conformidade com a TFD, a delimitação desses grupos ocorreu no decurso da coleta e análise dos dados, realizadas concomitantemente, que sinalizaram, assim, quais outros atores sociais seriam necessários à investigação, conformando novos grupos para a explicação do fenômeno. Por meio de memorandos teóricos, ao longo de toda a pesquisa, pôde-se levantar hipóteses que revelaram quais outros contextos (espaciais ou participantes) o fenômeno de morte/morrer mostrava-se enraizado/fundamentado, conforme propõe o método<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, a delimitação do primeiro grupo se deu a partir do entendimento de que o enfermeiro é o responsável pelo gerenciamento do cuidado de enfermagem. Foram selecionados enfermeiros que desenvolvessem assistência à saúde no contexto hospitalar nos setores de internação médico-cirúrgica de adultos. Considerando as especificidades dos cenários de cuidados, buscou-se uma perspectiva transversal para observar as diferentes experiências do processo de morte/morrer que poderiam influenciar o campo de significados dos participantes da pesquisa.

Com o auxílio dos memorandos, durante o processo investigativo, os dados levantaram a hipótese de que para compreender as questões seria necessário entender a multidimensionalidade nele imbuída. Isso implicou a necessidade de consubstanciar os dados a partir da perspectiva de outros atores que influenciavam diretamente o gerenciamento do cuidado de enfermagem no processo de morte/morrer.

A coleta foi finalizada ao atingir a saturação teórica, a saber: quando as categorias apresentaram densidade explicativa capaz de responder as questões da pesquisa. Incluíram-se profissionais com atuação em unidades de internação médico-cirúrgica da instituição que tinham tempo de experiência igual ou superior a dois anos. Excluíram-se os que estavam afastados do serviço por quaisquer motivos e aqueles que não atuavam na assistência direta.

### Análise dos dados

A análise dos dados seguiu as etapas propostas pela TFD: codificações aberta, axial e seletiva. Na codificação aberta, conhecida como microanálise, os dados foram analisados linha a linha, definindo-se os códigos preliminares. Em seguida, foram

reunidos, por semelhanças e diferenças, a partir da elaboração dos códigos conceituais. Na codificação axial, os dados foram reagrupados a fim de se obter uma explicação mais clara sobre as questões, para relacionar as subcategorias às suas categorias, assim como desenvolver as propriedades e dimensões das categorias<sup>(8)</sup>. Na codificação seletiva, as subcategorias e categorias encontradas foram contrastadas e analisadas continuamente com o objetivo de integrá-las e refiná-las, buscando identificar a categoria central.

Adotou-se o modelo paradigmático para conectar as categorias, obtendo-se a compreensão sobre o fenômeno investigado. Esse esquema possibilita coerência explicativa entre as dimensões que sustentam o fenômeno pesquisado. Sua estrutura se dá a partir dos seguintes componentes: fenômeno, condições causais, condições intervenientes, contexto, estratégias de ação/interação e consequências<sup>(8)</sup>.

## RESULTADOS

As condições intervenientes ao gerenciamento do cuidado de enfermagem, diante do processo de morte e morrer, são compreendidas a partir do seguinte modelo teórico: “Vislumbrando o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer”. A observação se dá por meio de duas categorias: “Apontando interfaces do gerenciamento do cuidado aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias” e “Destacando os aspectos do processo comunicacional diante do processo de morte/morrer”.

São condições intervenientes, na TFD, aquelas que mitigam ou alteram o impacto das condições causais nos fenômenos<sup>(10)</sup>. Tanto as interfaces do gerenciamento quanto os aspectos relacionados à comunicação revelam as múltiplas interfaces diante do morrer e da morte de pessoas internadas que exercem influências no gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Este artigo apresenta a categoria “Apontando interfaces do gerenciamento do cuidado aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias”, que se constituiu por seis subcategorias. Na primeira subcategoria, “Encontrando facilidades e dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer”, analisou-se o julgamento crítico dos enfermeiros com ênfase nas facilidades e dificuldades encontradas no curso do gerenciamento do cuidado.

Dentre as primeiras dificuldades relatadas para o gerenciamento do cuidado, identificaram-se as falhas na comunicação entre os médicos, pacientes e familiares, bem como a presença na enfermaria de outros pacientes internados em leitos próximos daqueles em terminalidade.

*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)*

Somaram-se a essas falhas, como interferências negativas ao contexto do gerenciamento do cuidado, a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem e a falta de integração da equipe multidisciplinar.

*[...] a enfermagem, ela é muito sobrecarregada. Então, é difícil para eles, às vezes, terem uma abordagem com o paciente ou com a família sobre a morte. (MA 2)*

Além desses fatores abordados, a mudança constante no quadro de profissionais da equipe de enfermagem, expressa pelos participantes como “rotatividade”, também foi mencionada tanto em relação aos técnicos de enfermagem quanto aos enfermeiros, acarretando impactos na assistência.

*E outra coisa que eu acho que o gerenciamento está muito precário é quanto o funcionário não ser 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)*

No âmbito das facilidades, destacaram-se os registros de informações no prontuário sobre o prognóstico dos pacientes, quais os cuidados que deviam ser ou não adotados, a conversa que o MA teve com os familiares e com o paciente que vivenciava a terminalidade da vida. Foram ampliadas as possibilidades de diálogo na equipe, em especial, entre o enfermeiro e o médico plantonista que assiste o paciente, embora nem sempre ocorressem.

*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)*

A possibilidade do enfermeiro solicitar o parecer específico de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar da instituição potencializou o gerenciamento do cuidado ao paciente em processo de morte/morrer.

*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. (EA 16)*

Apreende-se, com isso, que o processo de gerenciamento do cuidado pela enfermagem está relacionado ao critério médico para diagnóstico e prognóstico e da comunicação com as famílias dos pacientes. Assim, os registros, ou a sua falta, nos prontuários interferiam e modificavam o processo de gerenciamento do cuidado.

*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)*

Por outro lado, os participantes identificaram que um empecilho para os profissionais procederem aos registros relacionados ao cuidado direto trata-se da “existência de muita burocracia” na instituição. O elevado número de protocolos técnicos, demandados pela instituição, ocupava tempo e afastava o enfermeiro do cuidado direto aos pacientes e familiares.

*Acho que aqui tem protocolo, tem papel para tanta coisa. (EA 14)*

### Quadro 1 – Facilidades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer

Facilidades
<ul style="list-style-type: none"><li>» quando ocorre comunicação efetiva entre médicos, pacientes e suas famílias;</li><li>» quando os médicos registram as (inter) ações que tiveram com pacientes e suas famílias nos prontuários;</li><li>» viabilidade de solicitação de parecer à equipe multidisciplinar na instituição.</li></ul>

### Quadro 2 – Dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer

Dificuldades
<ul style="list-style-type: none"><li>» falhas na comunicação dos médicos com pacientes e familiares, especialmente na comunicação de diagnóstico, prognóstico e definição de condutas;</li><li>» visita de familiares que não conhecem a situação do paciente;</li><li>» presença de outros pacientes próximo dos pacientes em terminalidade na enfermaria, especialmente se estiverem lúcidos;</li><li>» sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem;</li><li>» falta de integração da equipe multidisciplinar;</li><li>» excesso de atividades burocráticas para enfermeiros;</li><li>» rotatividade dos profissionais de enfermagem em algumas enfermarias.</li></ul>

Na subcategoria “Coexistindo ordem e desordem no gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer”, são expostos aspectos que foram percebidos pelos participantes como melhorias alcançadas ou fragilidades gerenciais.

As melhorias apontadas pelos participantes foram pouco citadas nas entrevistas. Foi feita alusão, também, a existência de um movimento institucional para a criação de um protocolo assistencial aos pacientes com indicação de cuidados paliativos.

*Eu creio que a instituição está sim procurando ver isso [implementação de cuidados paliativos], mas acho que o trâmite é bem complicado. (EA 8)*

Na subcategoria “Encontrando dificuldades para realizar cuidados paliativos”, os participantes apresentaram fatores intervenientes na implementação de cuidados paliativos (CP), elencando algumas dificuldades encontradas pelos profissionais.

*Tem melhorado, mas eu acho que ainda pode melhorar muito, principalmente para o paciente paliativo [...] tanto a equipe médica como a equipe de enfermagem meio que negligenciam o cuidado desse paciente ‘que não tem nada o que fazer’ [...]. (EA 3)*

Uma das principais dificuldades associadas à implementação de CP tinha relação com os médicos.

*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 CP. A não compreensão e/ou aceitação pela família, da terminalidade vivenciada pela pessoa que lhe é significativa, pode gerar entraves à implementação desses cuidados, de modo que os familiares precisavam ser preparados para lidar com tais questões. Quando identificada a dificuldade da família em entender um diagnóstico de terminalidade e indicação de CP, é fundamental que o cuidado também se volte para ela, não focando a atenção e os cuidados apenas ao paciente que se encontra em processo de morte/morrer.

*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)*

A inexistência de um protocolo institucional que orientasse os profissionais para as tomadas de decisões acerca dos cuidados a serem ou não realizados configurou-se como um fator interveniente ao gerenciamento do cuidado. Os participantes atuavam de modo assistemático, porém, acreditavam que por meio de suas ações teriam respaldo para as abordagens necessárias, considerando-se as implicações técnico-científicas, éticas e legais envolvidas no processo de cuidar de pacientes que vivenciam a terminalidade.

*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)*

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 para o Banco de Olhos ou Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, bem como a viabilidade de conversar sobre a possibilidade de doação de córneas para fins de transplantes com a família foram apontadas.

*Avisar o Banco de Olhos para possível transplante. (EA 6)*

Os participantes reconheceram a necessidade de entender os aspectos legais e seus impactos na assistência aos pacientes e familiares, no desempenho das atividades dos trabalhadores, 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)*

Além disso, considerou-se que montar um grupo na instituição para tratar das questões do processo de morte/morrer deveria estar avalizado pelas questões jurídica/legal e ética, pela questão ética de Conselhos da profissão.

*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. 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 os assistisse mantivesse uma comunicação aberta e respeitasse suas vontades, considerando, certamente, os aspectos legais envolvidos.

*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. (MA 4)*

Há uma rotina específica relacionada à declaração de óbito (DO), que deve ser preenchida pelo médico. Porém, o enfermeiro gere esse processo, envolvendo recursos de informação e comunicação. A enfermagem orienta e direciona os familiares dos pacientes até o serviço de internação hospitalar para que apresentem um documento com foto que identifique o paciente, a fim de que seja providenciada a DO. Reconheceram que essa declaração é um documento gratuito de relevante representatividade legal, precisando ser preenchida corretamente, sem imprecisões, erros ou rasuras, e que o acesso a esses impressos deveria ser controlado.

*Porque esses são documentos de controle. (EA 16)*

Pode acontecer do paciente internado não ter uma referência familiar, sendo esta uma questão apontada pelas AS, além da menção aos procedimentos necessários diante dessa situação. Após esgotarem-se as possibilidades de localizar uma referência familiar do paciente, a AS informava a direção hospitalar, que conversava com a prefeitura, delegacia e Instituto Médico Legal (IML) para viabilizar o enterro desse paciente, respeitando os termos descritos na lei.

Ao identificar que a família não possuía condições para arcar com os gastos do funeral, o profissional do Serviço Social a encaminhava para a obtenção de benefício de auxílio público de assistência social. Todavia, os participantes consideraram que não era comum as famílias dos pacientes que iam a óbito na instituição solicitarem auxílio, bem como pontuaram a demanda muitos procedimentos burocráticos nesse processo, o que desanimava os familiares.

*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)*

A subcategoria “Apresentando questões relacionadas à cultura, religião/espiritualidade e formação profissional” apresenta outros pontos intervenientes no processo de morte/morrer. A busca de interfaces com a religião e/ou espiritualidade conforta as pessoas, sendo isso apontado em algumas falas.

*De repente, ouvir uma necessidade do paciente que seja espiritual, que seja [...]. (TE 3)*

*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 [...] (TE 12)*

A influência da cultura na (re) ação das pessoas ao processo de morte/morrer foi um assunto recorrente. Os participantes acreditavam que a cultura direciona a forma como as pessoas encaram a terminalidade e a morte e mencionaram diferenças percebidas entre as distintas culturas.

*Porque 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)*

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 das pessoas em lidar com o processo de morte/morrer.

*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 que orientava as práticas de cuidado ainda persiste. Os participantes reportaram que a instituição em que se encontra o processo de gerenciamento do cuidado sofre a influência desse modelo no qual o médico, o hospital e as ações curativas estão situados no centro da assistência.

*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)*

Um apontamento diz respeito à formação dos profissionais de saúde para lidar com o processo de morte/morrer. Identificou-se que a equipe de enfermagem tinha carência de conhecimento para lidar com o processo de morte/morrer, especialmente em assuntos que não fossem ligados a técnicas e procedimentos.

*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. (EA 14)*

Outro apontamento tem a ver questões sociais e econômicas associadas à existência do paciente.

*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)*

Questões afetivas também foram citadas como intervenientes no processo de morte/morrer. A terminalidade da vida e a morte

geralmente carregam muitas emoções e isso impacta nas (re) ações das pessoas envolvidas. Às vezes, existiam até mesmo conflitos entre os membros da família.

*Então eu acho que isso gera muita coisa, fantasia, questão afetiva para essa equipe. (P 1)*

*E quando a família tem conflitos dentro dela? O que a gente faz? Porque é um outro caso, também. (MA 4)*

No lidar cotidiano da enfermagem que gerencia esse processo, uma questão levantada foi que, possivelmente, o paciente quisesse rever alguma pessoa quando estava internado e, assim, resolver algumas pendências antes de morrer.

*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)*

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. São elencadas falhas institucionais que os participantes apontavam como influenciadores das ações dos profissionais diante do processo de morte/morrer e como uma tendência da instituição de valorizar muito o aspecto técnico da assistência.

*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)*

*Eu acho que existe uma tendência da instituição, nesses processos de acreditação e tal, valorizar muito o aspecto técnico da assistência. (P 2)*

Considerou-se que a gestão da instituição pode facilitar as melhorias desejadas pelos profissionais na assistência realizada aos pacientes 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)*

Alguns participantes acreditavam que a escala de trabalho de determinados profissionais não atendia as demandas do 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. (EA 16)*

A falta, às vezes, de recursos materiais para a assistência, assim como a estrutura física da unidade hospitalar e a necessidade de definição de protocolos assistenciais relacionados ao processo de morte/morrer, inclusive diretrizes que orientassem os profissionais sobre a implementação de CP, foram apontadas como interveniências no gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte/morrer.

*Porque nem sempre a gente tem o material adequado. Então, às vezes, acontece a falta de material no setor. (TE 11)*

*Nem sempre esse paciente tem atendimento de psicólogo adequado, com privacidade também. A gente tem enfermarias em conjunto. (EA 14)*

*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. (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 3 – 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, às vezes, de impresso de declaração de óbito na instituição;
- » 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.

## DISCUSSÃO

Os participantes relataram encontrar facilidades e dificuldades para o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer. Nesse sentido, 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, como em qualquer outro contexto do cuidado<sup>(12)</sup>.

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 por escrito pelo enfermeiro à equipe multidisciplinar na instituição. Por outro lado, as dificuldades citadas foram mais expressivas e estão relacionadas às falhas na interação dos médicos com pacientes e familiares, especialmente em alguns casos: na comunicação de diagnóstico, prognóstico e definição de condutas; nas visitas de familiares que não conhecem a situação do paciente; na presença de outros pacientes próximo dos pacientes em terminalidade na enfermaria, principalmente se estiverem lúcidos; na sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem; na falta de integração da equipe multidisciplinar; no excesso de atividades burocráticas para enfermeiros; e na rotatividade dos profissionais de enfermagem em algumas enfermarias<sup>(12-13)</sup>.

Coexistem ordem e desordem no gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente no processo de morte/morrer, sendo citadas fragilidades percebidas. Como melhoria, foi apontado um movimento institucional para criação de um protocolo assistencial para pacientes com indicação de CP. No tocante às deficiências, foram ressaltadas 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.

Apontou-se que a não compreensão e/ou aceitação da terminalidade do ente querido pela família gera entraves à implementação de CP. Além disso, ressaltou-se que a comunicação do médico com a família e 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 essa implementação. Além disso, acredita-se que a negação da terminalidade e morte pelos profissionais dificulta o reconhecimento da indicação de CP de determinados pacientes<sup>(14-15)</sup>.

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, da avaliação da possibilidade de abordar família para conversar sobre doação de córneas, de abordagem dos aspectos legais que podem gerar impactos na assistência aos pacientes e familiares no desempenho das atividades dos trabalhadores, na instituição e até no encaminhamento do corpo após a morte<sup>(14)</sup>.

Além disso, foi destacada 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. Afirmou-se que as práticas de cuidado devem respeitar os preceitos éticos e legais, bem como 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.

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<sup>(15-17)</sup>. As culturas direcionam a forma como as pessoas encaram a terminalidade e a morte, um tabu em nossa sociedade<sup>(2,6)</sup>. Reconhece-se que o modelo biomédico e hospitalocêntrico persiste ditando as práticas de cuidado, mas há movimentos de mudança, como a filosofia paliativista. Além disso, a formação dos profissionais sofre interferências da cultura e a perpetua, inibindo a consolidação de novas práticas<sup>(15,18-19)</sup>.

Um caminho para a instituição de novas práticas de cuidado envolve a interdisciplinaridade e a mudança de cultura, em que o cuidar seja prioridade, e não o curar, e que cada ser seja reconhecido como único, tendo suas necessidades (re) conhecidas e respeitadas<sup>(13)</sup>.

Foram apontados elementos institucionais que influenciam nas ações dos profissionais diante do processo de morte/morrer: 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<sup>(20)</sup>.

Diante disso, defende-se que o pensamento reducionista, simplificador e fragmentário, que foi iniciado com Descartes, embora seja muito utilizado, já não corresponde às demandas apresentadas. 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 uniausalidade, 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<sup>(2,8,13)</sup>.

### Limitações do estudo

Um limite deste estudo pode ser apontado pelo fato de ter sido realizado em apenas um local, em momento e cenário historicamente datados, em um contexto cultural particular. Além disso, focalizou especificamente o gerenciamento do cuidado no processo de morte/morrer de adultos. Desse modo, fazem-se necessárias mais pesquisas na área, em diferentes cenários e com foco para a morte de crianças e adolescentes, por exemplo. A relação entre religiosidade/espiritualidade e o processo de morte/morrer também configura-se como fenômeno a ser compreendido no contexto do gerenciamento do cuidado de enfermagem.

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Propõe-se que o enfermeiro conheça e compreenda as condições de âmbito subjetivo, educacional, sociocultural e

institucional que influenciam suas interações. Assim, pode ser um sujeito reflexivo e crítico diante da sua atuação, que gerencia o cuidado de enfermagem com um pensamento e olhar reintegrador do todo, com vistas à singularidade das partes e à interação entre elas, pensando no processo como organismo vivo, dinâmico, com incertezas e contradições.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da investigação reafirmam que as interações diante do processo de morte/morrer e entre profissionais-família-pacientes é permeada por ordens e desordens. A gerência do cuidado em unidades de internação médico-cirúrgicas adulto mostra ser um desafio aos enfermeiros, pois envolve trabalho com equipe multiprofissional, na qual cada um tem um olhar e um fazer diferente. Nessas unidades, são atendidos pacientes com diversas patologias e com múltiplas necessidades de cuidado, de modo que os profissionais lidam com imprevistos, contradições, incertezas diante da prestação do cuidados. Portanto, a gerência 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.

Alguns fatores 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 nesse gerenciamento. Além disso, os profissionais encontram dificuldades para a implementação de CP. Os participantes mencionaram alguns aspectos envolvidos no processo de morte/morrer, tais como: sociais, éticos e legais; questões relacionadas à cultura, religião/espiritualidade; e formação profissional. Ademais, apontaram elementos institucionais que influenciam nas ações dos profissionais diante desse processo.

---

### REFERÊNCIAS

1. Santos SSC, Hammerschmidt KSA. [Complexity and the reconnection of interdisciplinary knowledge: contribution of Edgar Morin's thoughts]. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012[cited 2017 Apr 07];65(4):561-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a02v65n4.pdf> Portuguese.
2. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 15. ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2011.
3. Erdmann AL, Mello ALSF, Andrade SR, Drago LC. Organization of care practices in the health network. O Braz J Nurs[Internet]. 2011[cited 2016 Jun 06];10(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3220.1>
4. Rodrigues JC. Tabu da morte. 21a ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS: informações de saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
6. Morin E. A Via para o futuro da humanidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2013.
7. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5. ed. Lisboa (PT): Instituto Piaget; 2008.
8. Strauss AL, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, edição de 13 junho de 2013.
10. Santos JLG, Erdmann AL, Sousa FGMDL, Lanzoni GMDM, Melo ALSFD, Leite JL. Methodological perspectives in the use of grounded



- theory in nursing and health research. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2016[cited 2017 May 15];20(3):20(3):e20160056. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en\\_1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf)
11. Costa MCMDR, Koerich C, Ribeiro JC, Meirelles BHS, Melo ALSF. [Nursing care in view of complex thinking: integrative literature review]. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2015[cited 2016 Jun 10];19(1):180-7. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-26974> Portuguese.
  12. Senna MH, Drago LC, Kirchner AR, Santos JLG, Erdmann AL, Andrade SR. Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. *Rev Rene* [Internet]. 2014[cited 2016 Jun 10];15(2):196-205. Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200003>
  13. Caveião C, Hey AP, Montezeli JH. Administração em enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento complexo. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2013[cited 2016 Jun 16];3(1):79-85. Available from: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7176/pdf>
  14. Barbosa AMGC, Massaroni L. Living with death and dying. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 18];10(2):457-63. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6964>
  15. Prado RT, Dias SM, Castro EAB. Skills and abilities for nursing practice in eye banks. *Rev Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2014[cited 2017 Oct 02];23(1):47-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/0104-0707-tce-23-01-00047.pdf>
  16. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. 9a ed. São Paulo (SP): Editora Martins Fontes, 2011.
  17. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Batista PSS, Batista JBV, Oliveira AMM. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016[cited 2016 Jun 15];69(3):554-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>
  18. Backes DS, Marinho M, Costenaro RS, Nunes S, Rupolo I. [Rethinking the to be a nurse teacher in the perspective of the complex thought]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010[cited 2016 Jun 15];63(3):421-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a12v63n3.pdf> Portuguese.
  19. World Health Organization- WHO. Definition of Palliative Care[Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 06]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
  20. Baggio MA, Erdmann AL, Dal Sasso GTM. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2010[cited 2017 Feb 15];19(2):378-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21.pdf>
-