



**TANIA CRISTINA SCHÄFER VASQUES**

**INTER-RELAÇÕES NO PROCESSO DE MORTE E MORRER EM AMBIENTE  
HOSPITALAR**

**RIO GRANDE**

**2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**  
**INTER-RELAÇÕES NO PROCESSO DE MORTE E MORRER EM AMBIENTE**  
**HOSPITALAR**

**TANIA CRISTINA SCHÄFER VASQUES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Ética Educação e Saúde.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup>. Valéria Lerch Lunardi**  
**Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup>. Rosemary Silva da Silveira**

**RIO GRANDE**

**2016**

Ficha catalográfica

V335i Vasques, Tania Cristina Schäfer.  
Inter-relações no processo de morte e morrer em ambiente  
hospitalar / Tania Cristina Schäfer Vasques. – 2016.  
145 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande –  
FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS,  
2016.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Valéria Lerch Lunardi.  
Coorientadora: Dr<sup>a</sup>. Rosemary Silva da Silveira.

1. Morte 2. Paciente terminal 3. Enfermagem 4. Família  
5. Inter-relação I. Lunardi, Valéria Lerch II. Silveira, Rosemary Silva da  
III. Título.


CDU 616-083

Catálogo na Fonte: Bibliotecário Me. João Paulo Borges da Silveira CRB 10/2130

TANIA CRISTINA SCHÄFER VASQUES

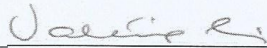
**INTER-RELAÇÕES NO PROCESSO DE MORTE E MORRER EM AMBIENTE HOSPITALAR**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 21 de dezembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.




\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA



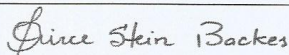
\_\_\_\_\_  
Dra. Valéria Lerch Lunardi – Presidente (FURG)



\_\_\_\_\_  
Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira – Membro Interno (FURG)



\_\_\_\_\_  
Dra. Liziani Iturriet Avila – Membro Interno (FURG)



\_\_\_\_\_  
Dra. Dirce Stein Backes – Membro Externo (UNIFRA)



\_\_\_\_\_  
Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho - Suplente Interno (FURG)



\_\_\_\_\_  
Dra. Grazielle de Lima Dalmolin - Suplente Externo (UFMS)

## AGRADECIMENTOS

E chegou o momento de AGRADECER...

A **Deus** por ter me concedido força e coragem para galgar mais este caminho em minha trajetória de vida. Só tenho a agradecer por tanta bondade e, principalmente, por ter colocado em minha vida a presença de pessoas maravilhosas, às quais dedico nesse trabalho, um pouco dessa conquista, pois vocês me ajudaram a construir mais esse sonho. Irei citar aqui, alguns nomes, porém, se por ventura, me esquecer de alguém, receba MEU MUITO OBRIGADA em seu coração, também. Desejo e peço a Deus que ilumine e guie os passos de cada um na sua estrada da vida. E nunca se esqueçam... Deus em momento algum nos abandona!

Ao meu **Esposo Cleiton**, pela dedicação, amizade e empenho me fortalecendo muitas vezes, quando estava cansada das viagens na semana, me apoiando e incentivando a cada vez mais levantar e seguir em frente! Sou grata por isso e muito mais! Te Amo!

Ao meu Amado e abençoado **filho Heitor**, razão de tudo em minha vida! Minha maior fonte de inspiração e garra para ir adiante. A mãe TE AMA muito!

A minha cunhada/Filha **Camila**, por todo apoio e ajuda cuidando tão carinhosamente meu amor maior, meu Heitor! Por ser amiga e companheira! Te Amo muito Filhota!

A minha mãe querida e amada **Neiva**, por suportar tantas ausências, sempre tentando me desviar de mais preocupações, a fim de conseguir finalizar meu sonho. Te Amo, Mãe!

Aos meus **irmãos, cunhadas e sobrinhos**, peço desculpas por tanto distanciamento físico, mas sempre estão em meu coração! Amo Vocês!!!

Aos Queridos Irmãos e Irmãs da **Comunidade Esperança**, obrigada pelas orações e incentivos! Saibam que todos foram essenciais na minha caminhada! Gratidão!

A minha Querida Tia e segunda mãe, **Elizabeth...Avá!** Obrigada pelo apoio, amizade e carinho que tens comigo! Que Deus abençoe esse teu coração lindo e iluminado!!!

As minhas queridas **Amigas, Vanessa Ribeiro, Liziani Avila, Aline Pintanel, Cleci Enderle, Fabiane Weiss, Priscila Arruda, Karen Carvalho, Gisele Kowalski**, que se tornaram fundamentais na minha trajetória de vida, me apoiando, ouvindo minhas angústias, receios e, a todo o momento, fortalecendo meu caminhar. Obrigada por não terem medido esforços para me ajudarem e estarem me amparando quando eu mais precisava! Valeu o carinho, a amizade, o incentivo, as risadas e até mesmo os puxões de orelha, dos quais me fizeram crescer tanto pessoal, quanto profissionalmente, também. Enfim... por acreditarem em mim e me fazerem acreditar também!!! Contem sempre comigo!!!

Aos meus **colegas de doutorado**, obrigada pelas conversas, compartilhamentos e crescimentos! Vocês foram essenciais, também na minha jornada.

À minha orientadora, **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria Lerch Lunardi**, que me acolheu carinhosamente ao longo desses quase dez anos de parceria, entre a graduação e a finalização do doutorado, representa para mim muito mais que somente orientadora. És um modelo de profissional, que sempre batalha por aquilo que pensa e acredita, com muita competência e brilhantismo. Admiro-lhe muito, como profissional e como pessoa! Sou muito grata, como tantas vezes lhe falei, por sua paciência, carinho e atenção! Mesmo longe, estava sempre disponível para o que necessitasse... Nunca me deixou sem resposta e sozinha! Enfim, lhe considero uma grande Amiga e um ser humano incrível! Acreditastes em meu potencial, mesmo quando eu mesma não acreditava... Sempre procurou me ajudar e tranquilizar diante de minhas angústias e inquietações, me motivando e me fazendo entender que tudo iria dar certo! Imensamente Grata, de coração! E que Deus ilumine sempre sua vida!

A minha coorientadora **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosemary Silva da Silveira**, por todo carinho, amizade e incentivo! Sou grata por seres essa pessoa querida, especial e humana!! Deus abençoe muito sua vida!

Aos membros da banca, professores, Doutores **Dirce Stein Backes, Liziani Iturriet Avila, Adriane Maria Netto de Oliveira, Grazielle de Lima Dalmolin e Wilson Danilo Lunardi Filho**. Sou imensamente agradecida pela disponibilidade, competência e comprometimento que tiveram para a efetivação da presente Tese. Obrigada pelas valiosas contribuições!

À **Universidade Federal do Rio Grande (FURG)**, por me acolher durante toda minha formação profissional e pessoal.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG**, pela oportunidade de minha qualificação profissional, sempre disponíveis e atenciosos.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG**, por possibilitar e construir o meu caminhar intelectual e profissional, a partir das suas contribuições e instigações. Gratidão!

Aos **participantes desta pesquisa**, que concederam parte de suas experiências e do seu tempo para participar nessa tese. Sou imensamente agradecida pela acolhida e amizades eternas e preciosas que conquistei nesse período da fase de coleta dos dados da pesquisa. A cada **Trabalhador da equipe de enfermagem**, obrigada pela disponibilidade e ensinamentos preciosos. Aos **familiares/ cuidadores**, agradeço por me deixarem adentrar um pouco na realidade de vocês e trocado experiências maravilhosas! Espero ter sido um conforto e amparo à vocês, assim como foram, com certeza, para mim! Saibam que sempre terão um lugar especial em meu coração!

**E, por fim...Agradeço imensamente a todos que embora não tenham sido citados contribuíram para a construção e efetivação dessa tese.**



## *Não Tenho Medo da Morte*

*Não tenho medo da morte  
Mas sim medo de morrer  
Qual seria a diferença  
Você há de perguntar  
É que a morte já é depois  
que eu deixar de respirar  
Morrer ainda é aqui  
Na vida, no sol, no ar  
Ainda pode haver dor  
Ou vontade de mijar*

*A morte já é depois  
Já não haverá ninguém  
Como eu aqui agora  
Pensando sobre o além  
Já não haverá o além  
O além já será então  
Não terei pé, nem cabeça  
Nem fígado, nem pulmão  
Como poderei ter medo*

*Se não terei coração?*

*Não tenho medo da morte  
Mas medo de morrer, sim  
A morte é depois de mim  
Mas quem vai morrer sou eu  
O derradeiro ato meu  
E eu terei de estar presente  
Assim como um presidente  
Dando posse ao sucessor*

*Terei que morrer vivendo  
Sabendo que já me vou*

*Então nesse instante sim  
Sofrerei quem sabe um choque  
Um piripaque, ou um baque  
Um calafrio ou um toque  
Coisas naturais da vida  
Como comer, caminhar  
Morrer de morte matada  
Morrer de morte morrida  
Quem sabe eu sinta saudade  
Como em qualquer despedida.  
(Caetano Veloso, Gilberto Gil)*



## RESUMO

VASQUES, Tania Cristina Schäfer. **Inter-relações no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar**. 2016. 147p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

No processo de morte e morrer, a comunicação dialógica pode tornar-se elemento de interligação e compreensão dessa fase do ciclo da vida. Objetivou-se compreender como ocorrem as inter-relações entre a tríade: trabalhadores da equipe de enfermagem, familiares/cuidadores e indivíduos no seu processo de morte e morrer em ambiente hospitalar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, metodologicamente, inspirada no caminho proposto por Leininger. Como referencial teórico, optou-se pelo pensamento complexo de Edgar Morin. O processo de coleta dos dados ocorreu de março a junho de 2016, em uma Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário, no sul do Brasil. Os informantes gerais da pesquisa totalizaram 47 trabalhadores da equipe de enfermagem e 24 familiares/cuidadores de indivíduos em processo de morte e morrer. Desses, 18 trabalhadores da equipe de enfermagem e 15 familiares/cuidadores constituíram-se em informantes-chave, os quais, foram entrevistados, além de participarem das fases de observação. Foram incluídos como informantes-chave aqueles que durante as observações demonstraram maior sensibilidade ou ausência de sensibilidade para tornar menos sofrido o processo de morte e morrer. O total de participantes foi determinado pela repetição/saturação dos dados (LEININGER, 1991, p 43). Realizaram-se quatro fases de observação (não participante; pouca participação, mais observação; mais participação e menos observação; e, observação reflexiva), uma fase de entrevista (realizadas individualmente e as questões foram geradas a partir das observações realizadas, resgatadas na entrevista. Estas foram gravadas e tiveram duração de 40-75 minutos) e quatro fases de análise simultânea. Os resultados foram apresentados no formato de três artigos científicos: “Relação dialógica complexa no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar”; “Inter-relações no processo de morte e morrer no hospital: olhar do familiar/cuidador”; “(Re)pensando inter-relações complexas do cuidado no processo de morte e morrer: ótica da equipe de enfermagem”. Considera-se que essas inter-relações, quando embasadas no diálogo, na formação de vínculos e na confiança, poderão contribuir para reduzir o distanciamento, a ruptura e o sofrimento de quem vivencia o processo de finitude, com a possibilidade de ressignificação dos sentimentos pela tríade. Tais discussões poderão gerar reflexões importantes tanto para os trabalhadores da equipe de enfermagem, quanto aos familiares/cuidadores, no que tange o cuidado e as inter-relações nessa fase do ciclo vital.

**Descritores:** Morte. Paciente terminal. Enfermagem. Família. Inter-relação.

## ABSTRACT

VASQUES, Tania Cristina Schäfer. **Interrelations in the process of death and dying in a hospital environment**. 2016. 147p. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing. Post-Graduation Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

In the process of death and dying, dialogic communication can become an element of interconnection and understanding of this stage of life cycle. The objective was to understand how the interrelations occur among the triad: nursing staff, family/caregivers and individuals in their death and dying process in a hospital environment. It is a qualitative research, methodologically inspired by the path proposed by Leininger. As a theoretical reference, we opted for the complex thinking of Edgar Morin. The data collection process occurred from March to June 2016, in a Medical Clinic Unit of a University Hospital, in southern Brazil. All the informants of the research were 47 from nursing staff and 24 from family/caregivers of individuals in death and dying process. Out of these, 18 people from nursing staff and 15 from family/caregivers were key informants, who were interviewed and also participated in the observation phases. Key informants were chosen from those who, during the observations, showed greater sensitivity or lack of sensitivity to make less painful the death and dying process. The total number of participants was determined by data repetition/saturation (LEININGER, 1991, p 43). There were four phases of observation (non-participant; little participation, more observation; more participation and less observation and reflexive observation), an interview phase (individually performed and the questions were created from the observations made, taken from the interview. These were recorded and lasted 40-75 minutes) and four phases of simultaneous analysis. The results were presented in the format of three scientific articles: "Complex dialogical relationship in the death and dying process in a hospital environment"; "Interrelations in the death and dying process in a hospital: look of the family/caregiver"; "(Re)thinking complex interrelations of care in the death and dying process: perspective of the nursing team". It is considered that these interrelations, when based on dialogue, formation of bonds and confidence, may contribute to reduce the detachment, rupture and suffering of those who experience the process of finitude, with the possibility of re-signification of the feelings by the triad. Such discussions may create important reflections both for the nursing staff and for the family/caregivers regarding care and interrelations in this stage of life cycle.

**Keywords:** Death. Terminal patient. Nursing. Family. Interrelation.

## RESUMEN

VASQUES, Tania Cristina Schäfer. **Interrelaciones en el proceso de la muerte y morir en el hospital**. 2016. 147h. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal do Rio Grande, Rio Grande.

En el proceso de la muerte y el morir, la comunicación dialógica puede convertirse en elemento de interconexión y la comprensión de esta fase del ciclo de vida. Este estudio tuvo como objetivo comprender cómo se producen las interrelaciones entre la tríada: trabajadores del equipo de enfermería, familiares/cuidadores y los individuos en el proceso de la muerte y el morir en el hospital. Se trata de una investigación cualitativa, metodológicamente inspirado por el camino propuesto por Leininger. Como marco teórico, optamos por el pensamiento complejo de Edgar Morin. El proceso de recolección de datos se llevó a cabo entre marzo y junio de 2016, en una unidad de clínica médica de un hospital universitario en el sur de Brasil. Los informantes en general de la pesquisa fueran 47 trabajadores del equipo de enfermería y 24 familiares/cuidadores de las personas en el proceso de la muerte y el morir. De éstos, 18 trabajadores de enfermería y 15 familiares / cuidadores se establecieron en informantes clave que fueron entrevistados, así como la participación en las etapas de observación. Se incluyeron como informantes clave aquellos que durante las observaciones mostraron la sensibilidad o la falta de sensibilidad a hacer menos experimentado el proceso de la muerte y el morir. El número total de participantes fue determinado por la repetición/saturación de datos (LEININGER, 1991, p 43). Hubo cuatro fases de observación (no participante; poca participación, más observación, más participación y menos de observación, y la observación reflexiva), una fase de entrevista (hechas de forma individual y las preguntas fueran generadas a partir de observaciones realizadas, redimido en la entrevista. Estos fueron grabados y duraron 40-75 minutos) y cuatro etapas de análisis simultáneo. Los resultados se presentan en formato de tres artículos científicos "relación de diálogo en el complejo proceso de la muerte y el morir en el hospital"; "Inter-relaciones en el proceso de la muerte y mueren en el hospital: mirar del familiar/cuidador"; "(Re) pensar las interrelaciones complejas del cuidar en el proceso de la muerte y el morir: perspectiva del equipo de enfermería." Se considera que estas interrelaciones cuando se basadas el diálogo, la formación de enlaces y la confianza, pueden ayudar a reducir la brecha, la interrupción y el sufrimiento de aquellos que experimentan el proceso de finitud, con la posibilidad de reformulación de los sentimientos por la tríade.

**Descriptores:** Muerte. Enfermo terminal. Enfermería. Familia. Interrelación.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Representação esquemática do modelo teórico Complexo da pesquisa.....	58
---	----

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>24</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
<b>3 PROCESSO DE MORTE E MORRER Á LUZ DA COMPLEXIDADE DE EDGAR MORIN .....</b>	<b>25</b>
3.1 BUSCANDO ENTENDER O PENSAMENTO COMPLEXO DE EDGAR MORIN.....	25
3.2 MORRER TRADICIONAL E MORRER CONTEMPORÂNEO: ENTENDENDO A TRAJETÓRIA DO PROCESSO COMPLEXO.....	34
3.2.1 O morrer tradicional na Idade Média e Moderna .....	36
3.2.2 O morrer na Contemporaneidade: busca pela boa morte por meio dos Cuidados Paliativos.....	38
3.3 SIGNIFICADOS DO PROCESSO DE MORTE E MORRER PARA O INDIVÍDUO ENFERMO, SEU FAMILIAR CUIDADOR E A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UMA INTER-RELAÇÃO COMPLEXA.....	42
3.3.1 O morrer na perspectiva do indivíduo enfermo como uma ruptura da simbiose da vida.....	43
3.3.2 Impacto na vida do familiar/cuidador que vivencia o processo de finitude e suas implicações .....	49
3.3.3 Conhecimento e preparação da Equipe de Enfermagem diante do cuidado no processo de morte e morrer.....	53
3.3.4 Enfrentamento/afastamento da enfermagem equipe de enfermagem frente ao cuidado do indivíduo enfermo e seu familiar/ cuidador: a importância das inter-relações/ interconexões entre as partes.....	55
<b>4 CAMINHO METODOLOGICO .....</b>	<b>59</b>
4.1 ESCOLHA DO CAMINHO METODOLÓGICO .....	59
4.1.1 Tipo de Estudo.....	59
4.1.2 Local do Estudo.....	61
4.1.3 Informantes do Estudo.....	63
4.1.4 Coleta de Dados.....	64
4.1.4.1 Observação.....	64
4.1.4.2 Entrevista.....	66
4.1.5 Análise dos Dados.....	68
4.1.6 Aspectos Éticos.....	69

<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	71
5.1 ARTIGO 1 “RELAÇÃO DIALÓGICA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER EM AMBIENTE HOSPITALAR”.....	72
5.2 ARTIGO 2 “INTER-RELAÇÃO NO PROCESSO DE MORTE E MORRER NO HOSPITAL: OLHAR DO FAMILIAR/CUIDADOR”.....	87
5.3 ARTIGO 3 “(RE)PENSANDO AS INTER-RELAÇÕES COMPLEXAS DO CUIDADO NO PROCESSO DE MORTE E MORRER: ÓTICA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM”.....	102
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	122
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	125
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Trabalhadores da Equipe de Enfermagem.....	137
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os familiares cuidadores.....	138
APÊNDICE C - Guia de Observação.....	139
APÊNDICE D - Guia de Entrevista Gravada para os Trabalhadores da Equipe de Enfermagem.....	140
APÊNDICE E - Guia de Entrevista Gravada para os familiares/ cuidadores.....	141
APÊNDICE F - Autorização para a Realização do Estudo do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem.....	142
APÊNDICE G - Autorização para a Realização do Estudo à Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.....	143
APÊNDICE H- Declaração de Autorização para a Realização do Estudo - Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.....	144
ANEXO I – Parecer do comitê de Ética em Pesquisa (CEPAS-FURG).....	145

## APRESENTAÇÃO

Em minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional, tive oportunidade de vivenciar e presenciar o sofrimento relacionado à terminalidade da vida, sensibilizando-me diante da fragilidade humana. Ainda antes de decidir cursar enfermagem, já tive situações de perdas na família, acompanhando familiares hospitalizados, onde presenciei e, de certo modo, até senti um pouco a dor do outro e seu sofrimento nesse processo.

Entretanto, meu interesse acerca de assuntos ligados à temática complexa da morte e morrer envolvendo todos os aspectos do indivíduo, físico, psicológico, social e espiritual, emergiu com mais afinco, a partir do quinto semestre de minha graduação em enfermagem realizada na Universidade Federal do Rio Grande-FURG(2007). O assunto me instigou, a partir da disciplina de **pesquisa na enfermagem**, em que foi proposto para o trabalho final que realizássemos um texto cujo tema fosse de nosso interesse.

Em decorrência disso, busquei quem trabalhava com essa temática, na época, e, então, ingressei no grupo de pesquisa: Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NEPES) que aborda as questões éticas envolvendo o cuidado em saúde. Conversei com uma das líderes do grupo, naquele momento, a qual me auxiliou no estudo da disciplina e posteriormente, se tornaria minha orientadora na construção do trabalho de conclusão do curso (TCC). Realizamos uma revisão sistemática sobre os cuidados paliativos (CP) no Brasil, encontrando diversas lacunas no conhecimento tanto dos profissionais de saúde, quanto da população em geral, além da pouca abrangência dessa temática no país.

No mesmo ano de minha conclusão da graduação ( 2009), prestei a prova para o mestrado em enfermagem, ingressando em 2010, no intuito de aprofundar os conhecimentos acerca do tema CP, no Brasil. O enfoque de minha dissertação foi conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem atuantes na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr, que atendiam pacientes fora da possibilidade de cura acerca da utilização dos CP no seu cotidiano profissional, uma vez que não se tinha, e ainda não tem, um serviço em CP( VASQUES, 2012). Assim, constatei que realmente a maioria desses trabalhadores de enfermagem desconheciam o que eram os CP e sua filosofia, confirmando achados do estudo anterior da revisão de literatura.

Com a conclusão do mestrado, permaneceram minhas inquietações com os resultados da pesquisa, em como um cuidado tão importante para o ser humano como os CP e as questões de morte e morrer, bem como cuidar nessa fase da vida, ainda era pouco discutido na teoria e na prática. São muitas dúvidas, medos e inseguranças que perpassam na mente do

indivíduo, da família que comumente sofre também e do profissional de saúde, em especial de enfermagem, por estarem mais próximos desses indivíduos em ambiente hospitalar, propiciando a formação de vínculos com os mesmos, e, comumente não sabem lidar com essa temática.

Assim, acreditamos que a percepção de cada um acerca do processo de morte e morrer é singular, bem como culturalmente desenvolvida no ser humano. Identificamos lacunas existentes na literatura, referentes às inter-relações entre a tríade indivíduo, familiar e equipe de enfermagem, com os silêncios sofridos, os ocultamentos da verdade, além do aparente despreparo desses trabalhadores para atuar nessa fase tão complexa da vida.

Assim, ao ingressar no doutorado em enfermagem, em 2014, optei por construir a presente tese, no sentido de compreender como ocorrem as inter-relações entre a tríade: Trabalhadores da Equipe de Enfermagem(EE), familiares/cuidadores(FC) e indivíduos em seu processo de morte e morrer em ambiente hospitalar, na perspectiva da complexidade de Edgar Morin.

A escolha pelo referencial filosófico de Edgar Morin decorreu, especialmente, pelo entendimento de que o processo de morte e morrer comumente é um processo permeado pela incompletude, que requer interconexão entre os envolvidos no processo de cuidar/ cuidado. A compreensão do todo, do disjunto, do inseparável, faz com que as inter-relações, os diálogos sejam importantes nessas relações no processo de finitude.

Assim, na **Introdução da tese**, apresento a temática das inter-relações no processo de morte e morrer, no contexto brasileiro, buscando estabelecer correlações à luz do pensamento complexo de Edgar Morin. Também, são evidenciadas a questão de pesquisa, a tese proposta e os objetivos do estudo.

No **Referencial teórico**, trago a opção pelo pensamento da complexidade proposto por Edgar Morin. Nesse contexto, a revisão de literatura foi organizada, por meio do capítulo: “Processo de morte e morrer à luz da complexidade de Edgar Morin”, que se subdivide, interligado em três subcapítulos: ‘Buscando entender o pensamento complexo de Edgar Morin’; ‘O morrer tradicional e o morrer contemporâneo: entendendo a trajetória do processo complexo’; ‘Significados do processo de morte e morrer para o indivíduo na finitude da vida, seu FC e os trabalhadores da EE em uma inter-relação complexa’.

No **Caminho Metodológico**, descrevo as opções metodológicas adotadas: o tipo de pesquisa, as técnicas de coleta e de análise dos dados, as questões éticas, dentre outras.

Os **Resultados e discussão** são apresentados no formato de três artigos, correspondendo aos três objetivos da tese: “Relação dialógica complexa no processo de morte



e morrer em ambiente hospitalar”, “Inter-relações no processo de morte e morrer no hospital: olhar do familiar/cuidador”, “(Re)pensando inter-relações complexas do cuidado no processo de morte e morrer: ótica da equipe de enfermagem”.

E por fim, nas **Considerações finais**, apresento uma síntese da tese, destacando seus principais achados e limitações. Finalizo o presente estudo, com a confirmação da tese proposta, de que as inter-relações da tríade indivíduos no processo de morte e morrer, seus FC e os trabalhadores da EE, quando baseadas no diálogo, no vínculo e na confiança, evitam o distanciamento e o sofrimento solitário, possibilitando a prestação de cuidados humanizados, além de resignificar os sentimentos que podem aflorar nessa fase da vida.

## 1 INTRODUÇÃO

*Junte o que está completo e o que não está, o que concorda e o que discorda, o que está em harmonia e o que está em desarmonia.*  
*Heráclito*

O processo de morte e morrer, comumente, gera sentimentos ambíguos nos indivíduos, despertando medo, curiosidade, silêncio, dor e, muitas vezes, alívio, por não ser visível mais o sofrimento do outro. Historicamente, a morte era visualizada como algo natural e parte do ciclo da vida. Atualmente, é compreendida como um fato distante, como se a morte não fizesse parte desse ciclo da vida, buscando-se a qualquer custo, seu afastamento da vida cotidiana (SILVA; ISSI; MOTTA, 2011; OLIVEIRA et al., 2012). A morte não é mais considerada uma fase do ciclo vital, algo intrínseco ao ser humano, mas sim na maioria das vezes, como um acontecimento traumático, triste, cercado de incertezas e acontecimentos imprevisíveis, durante sua trajetória. Pode provocar sentimentos de perda tanto para o indivíduo na finitude quanto para sua família que com ele sofre nesse processo (SILVA JUNIOR; SANTOS; MOURA, 2011).

Partindo do exposto, ainda hoje, a morte é tratada como tabu, em que pouco se dialoga sobre ela e suas implicações na vida do indivíduo no seu processo de morte e morrer e seu familiar/cuidador (FC) (CAPUTO, 2008; CUSTÓDIO, 2010; SIQUEIRA, 2013; SANTOS; SIMÕES; LIMA, 2014; DUARTE; ALMEIDA; POPIM, 2015). Enquanto o nascer é algo que, na maioria das vezes, é lindo e revitalizante para todos no entorno, o morrer ainda é percebido como algo a ser escondido, ocasionando tristeza e dor. Por isso, comumente, é ocultado, negado ou combatido a qualquer custo, excluído do processo de viver do indivíduo, mesmo a morte sendo um evento natural e esperado em algum momento da vida (TRENCH; ROSA, 2011).

Salienta-se que a compreensão do processo de morte e morrer para o indivíduo ocorre a partir da construção histórica e social com intervenções no meio e nas relações que se formam com outros indivíduos (PAIVA; SALIMENA., 2016). Esses sentimentos de perda, Morin denomina como, em que o morrer é sentido de forma individual e mais acentuado quando o indivíduo é próximo e querido, tornando-se impensável e mais perturbador (MORIN, 1997).

Em decorrência disso, faz-se necessário desmistificar a ideia de que não existe “mais nada a ser feito” com o indivíduo em seu processo de morte e morrer, mas antes tornar a vida que lhe resta o mais confortável e digna possível, substituindo-se pela convicção de que o

cuidado pode ser realizado até seu fim, por meio de cuidados paliativos, estendendo-se, a seus FC e, também, no seu processo de luto, por meio de uma interação possível e focada nas necessidades dos indivíduos enfermos e seus FC (GIROND; WATERKEMPER, 2006; FIGUEREDO; MARTINS, 2009; CASSORLA, 2009). Tal cuidado visa trazer uma compreensão da morte como parte do processo de vida, a qual não apressa nem adia sua chegada. Busca atender ao indivíduo na sua totalidade/globalidade (física, psicológica, social e espiritual), proporcionando-lhe melhor qualidade de vida e a seu familiar, bem como apoio e orientação na elaboração do luto (ARAUJO; SILVA, 2006; SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

É nessa perspectiva que a sociedade em geral constrói formas de enfrentamento diante do fim da vida e uma delas é a tentativa de impedir que a mesma ocorra (MENOSSI; ZORZO; LIMA, 2012). Assim, o processo de morte e morrer é considerado uma construção social e para se conhecer os significados atribuídos a essa construção na finitude, segundo Silva e Kruse (2009) mostra-se necessário visualizar o todo desse indivíduo: aspectos sociais, históricos e culturais.

Diante disso, é importante ressaltar que dados estatísticos da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são responsáveis por 63% dos óbitos, destacando-se o câncer como a principal causa de morte em todo o mundo. Devido a essa elevada taxa, as DCNTs podem ser consideradas um sério problema de saúde pública. Estima-se que, em 2030, haverá 21 milhões de novos casos de câncer, o que significa um salto no número de pessoas que possivelmente necessitarão de cuidados especializados. Dentre os dez países estimados para haver esse aumento, os localizados na Europa, Oceania e Américas, constituem os primeiros nesse ranking (WHO, 2014).

No Brasil, segundo dados de 2012, as DCNTs são responsáveis por aproximadamente 74% das mortes. Assim, tal estimativa apresenta-se como um desafio para os gestores de saúde brasileiros, pois configuram forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, podendo ocasionar uma maior probabilidade de morte prematura ou seu prolongamento sofrido, devido ao seu manejo inadequado, com efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e, também, para a sociedade em geral (WHO, 2014).

Essas doenças são resultados de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável. Por se tratarem de doenças multifatoriais, possivelmente evitáveis, que se desenvolvem geralmente pela adoção de um estilo de vida, muitas vezes desregrado, no momento da terminalidade, o indivíduo pode

experienciar sentimentos de culpa/remorso por estar vivenciando seu processo de morte, não dialogando acerca de seus receios e preocupações (MS, 2011).

Dessa forma, pode-se perceber certa ruptura nos relacionamentos e nas inter-relações, em que a comunicação se torna deficiente, devido a não aceitação do processo de morte e morrer por parte dos FC e mesmo pelos trabalhadores da equipe de enfermagem (EE) (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009; SOUSA et al., 2009) Comumente, inexistente o diálogo franco, efetivo e aberto entre todos os envolvidos no processo em ambiente hospitalar (BORGES; MENDES, 2012; OLIVEIRA et al., 2012).

Morin (1997) explicita que o pensar na morte pode causar sentimentos de horror no indivíduo, acarretando perturbações de toda ordem na sua vida. Esse horror pode ser expresso de duas formas pelos indivíduos que vivenciam esse processo de morte e morrer: ruidoso e silencioso. Ruidoso quando ocorre a iminência da perda, geralmente com choro, dor e sofrimento, em que todos veem tais manifestações e dele participam, de certa forma. Silencioso, quando vivenciado internamente, sem diálogos ou interações com o outro, muitas vezes corroendo secretamente o interior desses indivíduos, que se fecham em si, sofrendo silenciosamente esse processo de finitude.

Estudo com cinco profissionais da saúde (um nutricionista, duas enfermeiras e dois médicos), ratificou que ainda existe a busca pela cura a qualquer custo, por meio de um cuidado fragmentado, isolado, e que os trabalhadores não sabem como lidar com os indivíduos no seu processo de morte e morrer e seus FC. Esses trabalhadores do estudo expressaram, também, a importância do preparo para as questões de finitude de vida desde sua formação acadêmica, pois foi no exercício de suas práticas que se depararam com o enfrentamento da morte, reconhecendo-se desqualificados para tal, o que gerou entraves no estabelecimento de uma relação efetiva entre trabalhadores, indivíduos enfermos e seus FC (BORGES; MENDES, 2012).

Possivelmente, pela dificuldade de discutir e lidar com o processo de morte e morrer, a necessidade do indivíduo em situação de terminalidade de processar esses sentimentos de culpa sequer é percebida pelos trabalhadores da EE e FC (QUINTANA et al., 2006; BRASIL, 2010; MEDEIROS; LUSTOSA, 2011). Essa dificuldade pode ocasionar falhas tanto do trabalhador quanto do FC em perceberem a necessidade do indivíduo em processar essa culpa/remorso, diante do seu adoecimento contribuindo para o agravamento do seu sentimento de tristeza, solidão e isolamento no seu processo de morte e morrer, com conseqüente baixa na sua qualidade de vida (BRASIL, 2010; MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

Ainda, por não existirem recomendações orientando os trabalhadores de saúde na direção do diagnóstico de terminalidade e de como cuidar nessa fase, podem ocorrer decisões isoladas e particulares na instituição, de acordo com a percepção de cada um diante da finitude da vida. Geralmente, a equipe médica é quem toma as decisões, não havendo discussões com os trabalhadores da EE, bem como com os próprios atores do processo de finitude: o indivíduo enfermo e seu FC (PRIMO; GARRAFA, 2010). O exercício da autonomia faz com que os indivíduos possam se organizar frente a uma doença incurável, com seus FC. Ao mesmo tempo, essa autonomia depende do meio em que esses indivíduos se encontram, os tipos de relações que se estabelecem e a abertura para exercer a dinâmica dos diálogos em um processo ininterrupto e circular (MORIN, 2014).

Quando o FC é ativo, participativo e presente no cuidado no hospital, torna-se o principal elo do indivíduo enfermo com os trabalhadores da EE, pois, geralmente, é esse cuidador que busca satisfazer as necessidades de seu familiar enfermo. Salienta-se que a família é o primeiro contato de interação e socialização do indivíduo e, nessa inter-relação, é que se formam os laços que, possivelmente, irão perdurar ao longo da vida. Quando uma doença se instaura no seio de uma família, todo o conjunto comumente sofre (NUNES, 2010).

Nesse contexto, inter-relacionar-se no cuidado no processo de morte e morrer torna-se algo complexo e uma necessidade de saúde pública (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009; CARDOSO et al., 2013). São constantes modificações e ampliações na área da saúde, quanto ao seu conceito e entendimento, com a proposição de novas diretrizes acerca do tema pela OMS. Assim, saúde deixou de ser considerada somente ausência de doença, mas um bem estar físico, psíquico, social e espiritual (OMS, 2002). A dimensão espiritual foi incluída como parte desse processo, pois visa à integralidade humana, buscando atender necessidades existenciais manifestadas pelo indivíduo, durante toda sua vida, inclusive na sua terminalidade.

Reitera-se que, diante do não saber cuidar de indivíduos enfermos e seus FC no seu processo de morte e morrer, muitas vezes, o trabalhador da EE passa a ter que aprender no decorrer de sua prática clínica. Tal atitude faz com que esses trabalhadores desenvolvam aparentes ausências de sensibilidade frente ao cuidar no processo de morte e morrer, desumanizando sua assistência. Nesse sentido, a humanização no cuidado pode ser pensada e refletida a partir da ótica da organização das ações dos trabalhadores da EE, no intuito de resgatarem a dignidade e totalidade dos indivíduos a serem cuidados.

A desumanização da assistência ao paciente parece, por vezes, assumir proporções de naturalidade e, até mesmo, de normalidade em ambientes reconhecidos como de cuidado, o

que requer direcionar uma atenção especial para a humanização, desde o processo de formação do trabalhador (RIOS, 2009; SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011; ÁVILA et al., 2013). Desta forma, faz-se necessário refletir acerca de uma reeducação quanto à humanização do cuidar com qualidade, em que se promova a conscientização e sensibilização dos profissionais sob um olhar da integralidade no cuidar (CAMARGO, 2012).

Articular o enfoque dado ao conceito de saúde pela OMS à evolução dos cuidados aos indivíduos enfermos possibilita aos trabalhadores da EE focarem nas suas dimensões positivas, buscando um bem-estar global, mesmo frente a uma doença incurável. Nessa situação, o cuidado deve priorizar a atenção à saúde que norteie o sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e não mais práticas de proteção e promoção da saúde ou de recuperação da saúde (FERREIRA, 2012; ARRIEIRA, 2015).

Quando se fala das inter-relações entre a tríade, indivíduo enfermo, seu FC e os trabalhadores da EE, no processo de morte e morrer no hospital, o cuidar e o dialogar em uma fase tão delicada e complexa da vida, como o processo de terminalidade, torna-se ainda mais relevante. O modo de cuidar é cultural, portanto, é comumente influenciado pelas percepções, concepções, crenças e valores, e mesmo cultura do cuidador, seja ele o familiar, ou mesmo o trabalhador, acerca da morte e morrer e da própria terminalidade. Geralmente, trabalhadores da EE vivenciam diferentes sentimentos envolvidos nessa fase, como de medo, angústia e frustração, repercutindo diretamente na sua relação com o indivíduo e seu FC (OLIVEIRA et al., 2012).

Dessa forma, essa inter-relação necessita ser fundamentada em valores humanísticos, além do conhecimento científico (FERREIRA, 2012; CUNHA; ZAGONEL, 2008). Por isso, quem cuida (FC ou trabalhadores da EE) também necessita de cuidado e atenção perante esses sentimentos, visto que suas ações serão norteadas por esses sentimentos. Nesse entorno, cuidar tende a estar relacionado a uma atitude de desvelo, preocupação e de atenção com o outro, em que na maioria das vezes a tendência é que aconteça o envolvimento, o relacionamento afetivo entre as partes, pois:

cuidar é mais que um ato singular; é modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo de ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com as coisas e as pessoas (ZOBOLI, 2003, p. 22).

Considera-se que a enfermagem é a profissão que melhor oportuniza a efetivação do cuidado. No entanto, essa prática não é exclusiva dessa categoria, mas são esses trabalhadores que mais convivem no decorrer do dia a dia com indivíduos enfermos e seus FC em ambiente

hospitalar, sendo mais propensos à formação de vínculos e inter-relações (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011; PUNTILLO; MACADAM, 2006). Só é possível haver entendimento e criação desses vínculos, por meio de uma escuta ativa e diálogos abertos e sinceros, a fim de conhecer o mundo do outro, pois, sem a comunicação verbal e não verbal dificulta e, as vezes, até mesmo inexistente a possibilidade de formação de vínculo e o estabelecimento de inter-relações saudáveis (LUCA; ANDRADE; SORRENTINO, 2012).

Porém, como já referido, os diálogos referentes à terminalidade e à morte são escassos nas relações da equipe com o indivíduo enfermo e com a família na realidade brasileira (TESTON et al., 2013), identificando-se certas rupturas nas relações, resultando em possível falha de comprometimento emocional e no distanciamento de situações que promovem diferentes sofrimentos e medos, como no caso da sua própria morte ou na morte do outro, como espelho da sua própria (FERNANDES; IGLESIAS; AVELLAR, 2009; SOUSA; CARPIGIANI, 2010; GUIMARÃES; LIPP, 2011). A inexistência do diálogo na comunicação entre as partes envolvidas no processo de morte e morrer, como quando a morte é encoberta ou escondida por meio de discursos do tipo: “está tudo bem”, “logo você irá melhorar”, alimentam certa hipocrisia e a ilusão da cura, corroborando com tal ruptura (HENNEZEL, 2006). Esse diálogo configura uma forma de escape do mundo real para um mundo imaginário, transfigurando o sofrimento e o mal, tornando suportável o insuportável da iminência da morte (MORIN, 2012).

Com isso, a situação da finitude da vida, muitas vezes, intensifica o desconforto e descontentamento nos trabalhadores da EE, contribuindo para que se afastem cada vez mais, se comuniquem cada vez menos e os diálogos se contradigam quanto às condutas, perante a equipe multidisciplinar (SILVA; QUINTANA; NIETSCHE, 2012). Dessa forma, os autores acima citados, realizaram um estudo com enfermeiros e médicos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, no Sul do Brasil, perceberam que os esclarecimentos acerca dos diálogos entre a equipe de cuidado e o familiar acerca do prognóstico do indivíduo enfermo não eram claros e compreensíveis, caracterizando-se como ambíguos ou incertos, do tipo “pode ser que seu pai não melhore...” ou “a situação está complicada”, o que permitia diferentes interpretações por parte dos familiares. Foi constatado, também, que a interação da própria equipe, quanto às questões de sofrimento relacionadas ao processo de morte e morrer relacionadas a eles próprios, não eram discutidas (SILVA; QUINTANA; NIETSCHE, 2012).

Em outro estudo realizado com 13 enfermeiras de UTI, no Reino Unido, as participantes relataram que os médicos aparentemente não aceitavam a finitude e, portanto, não discutiam com as enfermeiras as condutas a serem realizadas com os indivíduos enfermos

e FC, bem como não procuravam saber suas vontades nessa fase. Por sua vez, essas enfermeiras relataram que buscavam dialogar com esses indivíduos e seus FC a fim de saber seus desejos e esclarecer como esse processo de finitude iria acontecer (LONG-SUTEHALL et al, 2011).

Nesse sentido, observa-se certa ruptura emocional e dialógica, quando se fala em morte e morrer. Percebe-se um afastamento, por não saberem como adentrar nessa fase, na maioria das vezes, sofrido, sem interação e vínculo entre os atores envolvidos no cuidar do processo de finitude. Cada um vivencia o processo da morte singularmente. Geralmente, FC, indivíduo enfermo, e trabalhador da EE não costumam dialogar sobre esse assunto em ambiente hospitalar, tornando o silêncio um aparente desconector, afastando as partes envolvidas que, nesse momento, deveriam estar unidas, interligadas e interconectadas. Assim, aparentemente, não há um relacionamento baseado no vínculo e na confiança, ocorrendo o distanciamento e o sofrimento solitário.

Assim, buscando-se compreender as questões que envolvem o processo de morte e morrer em ambiente hospitalar, voltado a um contexto brasileiro, emergiu a seguinte **questão de pesquisa**: Como ocorrem as inter-relações entre a tríade: trabalhadores da EE, FC e indivíduos no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar?

Esse estudo justifica-se pela compreensão de que as questões ligadas às inter-relações no processo de morte e morrer, entre a tríade, são assuntos considerados encobertos, e ocultos, ficando no esquecimento do processo de cuidar. No entanto, todos passarão por este momento, é a última “participação do indivíduo nessa vida terrena”, e, portanto, precisa ser refletida e vivida com a melhor qualidade de vida e interligação entre os atores envolvidos nesse processo, da descoberta da doença incurável à elaboração do luto.

Alicerçada nesse contexto, apresenta-se a seguinte **TESE**:

**As inter-relações da tríade, trabalhadores da EE, FC e indivíduos no processo de morte e morrer, quando baseadas no diálogo, no vínculo e na confiança, evitam o distanciamento e o sofrimento solitário, possibilitando a prestação de cuidados humanizados.**



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender como ocorrem as inter-relações entre a tríade: trabalhadores da EE, FC e indivíduos no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer como ocorre a relação dialógica entre os trabalhadores da EE, FC e indivíduo enfermo, no processo de morte e morrer em ambiente de cuidado.
- Conhecer como o FC percebe sua inter-relação com os trabalhadores da EE e seu familiar enfermo, no processo de morte e morrer.
- Compreender como os trabalhadores da EE se percebem na inter-relação complexa de cuidado ao indivíduo enfermo e seu FC no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar.

### 3 PROCESSO DE MORTE E MORRER À LUZ DA COMPLEXIDADE DE EDGAR MORIN

*Conhecer o humano é, antes de mais nada, situá-lo no universo, e não separá-lo dele [...], todo conhecimento deve contextualizar seu objeto, para ser pertinente. 'Quem somos?' é inseparável de 'Onde estamos?', 'De onde viemos?', 'Para onde vamos?' (Morin, 2000a, p. 47).*

Na busca de melhor compreender e sustentar a pergunta de pesquisa proposta neste trabalho optou-se pelo pensamento complexo proposto por Edgar Morin, como referencial teórico. Morin compreende os conceitos sem considerá-los concluídos, valorizando a circularidade da ordem e da desordem das inter-relações entre os indivíduos, bem como o processo dialógico do uno e do diverso ou do estável e da mudança, visualizando, a partir da singularidade de cada um e das possíveis interações, relações, interligações entre as partes envolvidas (MORIN, 2014).

Dessa forma, pode-se conhecer e ampliar os estudos, a fim de organizar ações complexas em direção a um cuidado sistêmico e condizente com as necessidades individuais das partes, envolvendo as relações e inter-relações entre o indivíduo em seu processo de morte e morrer, o FC e os trabalhadores da EE, com o todo complexo que compreende as discussões acerca do processo de morte e morrer.

Portanto, optou-se por organizar didaticamente essa revisão em três subcapítulos: Buscando entender o pensamento complexo de Edgar Morin; O morrer tradicional e o morrer contemporâneo: entendendo a trajetória do processo complexo; Significados do processo de morte e morrer para o indivíduo na finitude da vida, seu FC e os trabalhadores da EE em uma inter-relação complexa. Assim, por se tratar de um tema complexo, contraditório e complementar, esses subcapítulos, apresentados a seguir, necessitaram estar unidos e disjuntos na tentativa de compreender a multidimensionalidade que os envolve, buscando/mantendo a relação dos saberes envolvidos.

#### 3.1 BUSCANDO ENTENDER O PENSAMENTO COMPLEXO DE EDGAR MORIN

Edgar Morin, filósofo, sociólogo e epistemólogo, nasceu em Paris em 1921, em uma família de nacionalidade italiana, de descendência judeu-espanhola, tendo, aos nove anos, vivenciado a morte de sua mãe, vítima de um ataque cardíaco. Essa perda instalou a morte em seu ser como dor, angústia e tristeza, passando a cultivar a saudade e a esperança,

constituindo-se em um acontecimento marcante em sua vida (PETRAGLIA, 2010). Em todas as suas obras, é possível perceber o quanto ele foi marcado pela morte de sua mãe, pois alguns de seus escritos têm como pano de fundo um sentimento de amargor, de perda e da presença da morte, em constante diálogo. Por isso, para iniciar a reflexão sobre a complexidade e o pensamento complexo que subsidia essa pesquisa, torna-se imprescindível conhecer um pouco da vida e obra desse autor, o qual sistematizou tais ideias, uma vez que suas teorizações estão imbricadas no seu viver. Conforme Petraglia (2010), em razão de sua vasta obra, sempre, invariavelmente complexa, que caracteriza todo o seu trabalho e pensamento, é um desafio falar de Morin.

Com um espírito inquieto, em sua adolescência, se embebia da ideologia, assim como buscava fervorosamente o saber e a cultura através de múltiplos caminhos, tanto pelo lado do romantismo quanto pelo racionalismo. Na juventude, quando começou a cursar faculdade, passou a interessar-se pelo Comunismo, ficando impressionado com a guerra, o que fez se dedicar com afinco à área da Economia Política, naquele momento uma área em voga. Seu projeto pessoal era promover a humanização do processo econômico através da política. Nesse percurso, começou a se envolver com as Ciências Sociais, estudando, simultaneamente, os cursos de História, Geografia e Direito, além de frequentar disciplinas de Ciências Políticas, Sociologia e Filosofia (PASSOS, 2010).

O próximo período da vida de Morin foi ligado à guerra, quando começou a desenvolver suas reflexões por meio da escrita, sendo justamente na confluência de sua vida pessoal com sua vida acadêmica que se encontra o cerne do seu pensamento. Para ele, a vida intelectual é inseparável da vida de experiências. Uma vida em permanente movimento, cheia de paradoxos e recomeços, entrecortada por ciclos de travessias de desertos e oásis (PASSOS, 2010).

Nessa imbricada relação, Morin inicia sua trajetória de escritor, sendo autor de mais de trinta livros, entre eles, “Cabeça bem feita” (1999-2014); “Introdução ao pensamento complexo” (2005-2015), “Ciência com consciência” (1982-2010), “Os sete saberes necessários para a educação do futuro” (2000) e a obra “O Método”, produzida entre os anos de 1978 a 2004 (MORIN, 2014). Em sua autobiografia intitulada “Meus demônios” (MORIN, 2000b), designa de ‘demônios’ os diferentes momentos de sua vida intelectual, explicitados como as reorganizações sucessivas de sua maneira de pensar, as quais ele chama de “reorganizações genéticas”. Nelas, Morin apresenta três grandes momentos em seu pensamento, muito útil à reflexão, para entender a importância de se assumir o movimento, tanto no viver quanto no elaborar conhecimentos. O **primeiro “demônio”** de Morin, isto é, o

primeiro núcleo organizador/ investigador se formou a partir da influência hegeliana e marxista (PASSOS, 2010).

Nesse período, Morin concentrava-se na **lógica dialética**, isto é, na perspectiva da integração das verdades isoladas, das contradições e da dúvida, expressando, então, seu desejo de ultrapassá-las em sínteses. A partir daí, seu pensamento era dominado por um ideal de totalidade, tendo como núcleo paradigmático a busca da integração da dialética hegeliana e a antropologia de Marx em sua concepção de humanidade (PASSOS, 2010).

No **segundo momento, ou “demônio”**, de Morin, sua reorganização genética destaca uma ruptura com algumas de suas ideias, evidenciando nove relevantes temas nessa mudança: 1) O deslocamento da totalidade, que agora se apresenta inacabada. Sua aspiração passou a ser em prol de um saber global e não mais total; 2) A insuperabilidade das contradições, pois a racionalidade do conhecimento não elimina ou supera as contradições, mas admite sua irreduzibilidade; 3) A reativação da dúvida no pensamento interrogativo; ao invés de certezas, problematizações; 4) O abandono das astúcias da razão e a consolidação de uma ética de resistência contra as barbáries de seu tempo; 5) A configuração de uma antropologia mais complexa, sendo o ser humano percebido em sua multidimensionalidade, isto é, o homem passa a ser definido pela técnica, pela razão, pelo imaginário e pela afetividade. (PASSOS, 2010).

Com isso, Morin passa a considerar os mitos e o imaginário como parte intrínseca da realidade, considerada semi-imaginária; 6) A consciência planetária, apreendendo a interdependência entre os organismos vivos; 7) O diagnóstico da civilização sob a ótica da complexidade; 8) O avanço em relação ao pensamento de Marx que, para ele, é datado e, portanto, limitado, chegando a afirmar que “[...] Marx não é mais que uma estrela em uma constelação em gestação [...]” (MORIN, 2000b, p.197) e, por fim, 9) A conquista da autonomia e o repensar político.

No terceiro **“demônio”** da vida de Morin, a complexidade se estabeleceu sobre a totalidade, o que pode ser evidenciado pelo tetragrama dialógico: ordem/desordem/interações/organizações. Morin ainda buscou a ecologia para ampliar sua reflexão sobre a complexidade da vida e o pensamento complexo. Segundo ele, a ecologia, como um campo novo nas ciências biológicas - o das relações entre os seres vivos e os meios onde vivem - é responsável por descobrir, no meio ambiente, a riqueza de um universo. Tal ciência compreende, portanto, a unidade de dupla textura oriunda da conjunção de um “biótopo” (o meio geofísico) e de uma “biocenose” (o conjunto das interações entre os seres vivos de todas as espécies que povoam o biótopo). Nesse sentido, Morin (2015a) salienta:

Na sua base, efetivamente, a ecologia não é apenas a ciência das determinações e influências físicas oriundas do biótopo; não é somente a ciência das interações entre os diversos e inumeráveis seres vivos que constituem a biocenose; é a ciência das interações combinatórias/organizadoras entre os componentes físicos e vivos dos ecossistemas (p. 33).

Morin (2013) fala da dimensão ecológica que constitui a terceira dimensão organizacional da vida, conhecida até então somente sob duas dimensões, espécie (reprodução) e indivíduo (organismo), sendo o meio apenas considerado um “envelope exterior”. A partir de estudos da Biologia e da Ecologia, Morin toma emprestado o conceito de eco-organização a fim de ampliar ainda mais sua Teoria da Complexidade. Assim, ao destacar que vida e morte são interdependentes e co-necessárias à continuidade do movimento da vida, ressalta que, como fundamento da auto-organização, o caráter paradoxal dessa relação mostra que a ordem das coisas vivas não é simples, nem diz respeito à lógica aplicada a todas as coisas mecânicas, mas, sim, postula uma lógica da complexidade.

Nessa direção, ele acrescenta o prefixo eco ao seu tetragrama, que passa, então, a ser eco-tetragrama, e, desse modo,

Na medida em que contribuem para a reorganização, logo para a eco organização, as desordens não fazem retroceder a ordem. Ao contrário, precisa-se de muita ordem para suportar tais desordens. De fato [...] todas as atividades eco-organizadas articulam-se na ordem cíclica – cotidiana, sazonal, anual – do sistema solar e apoia nas imposições, regularidade, regulações geofísicas. A eco-organização não apenas absorve a ordem física: produz um suplemento de ordem – a ordem ecológica – que lhe permite comportar, tolerar e utilizar uma enorme quantidade, variedade, intensidade de desordens. A reorganização permanente é, ao mesmo tempo, reprodução permanente de ordem. E, [...] o crescimento da complexidade implica proporcionalmente aumento de ordem, de desordem e de organização. Assim, é a partir do ‘tetragrama’ ordem/interação/desordem/organização que se pode conceber plenamente a complexidade da eco-organização (MORIN, 2015a, p. 50).

Com isso, a Teoria da Complexidade é o próprio exercício do eco-tetragrama apresentado, sempre em aberto, em um permanente refazer, o que faz com que o Paradigma da Complexidade se caracterize de forma bem distinta dos pressupostos da Modernidade. Dessa forma, a postura de indagação contínua de Morin é a mola propulsora às reflexões que vem elaborando sobre a provisoriade das "verdades" e das "conclusões", com a consciência de que o conhecimento nunca é total, mas multidimensional e eco-organizável, disponibilizando-se a elaborar um conhecimento, inacabado e inacabável, que busque religar os saberes da vida.

Para tanto, as interações tornam-se importantes, pois são consideradas ações recíprocas, que modificam a natureza de elementos, corpos, objetos, fenômenos em presença ou em fluência. Nesse sentido, ao pensar nos encontros aleatórios ou não entre os indivíduos

envolvidos no processo de morte e morrer no ambiente hospitalar por meio das inter-relações (associações, ligações, combinações, comunicações), quando efetivas, podendo proporcionar convivências harmoniosas e formadoras de vínculo (WAGNER et al., 2009).

Percebe-se que Morin trouxe, com suas obras, o modelo científico da modernidade, passando a ser reconhecido como o pioneiro e um dos principais teóricos do paradigma emergente da ciência na virada do século XX para o XXI: o pensamento complexo (PETRAGLIA, 2010). É considerado, atualmente, um dos principais pensadores contemporâneos e um dos principais teóricos da complexidade.

Desde a década de 1960, Morin passa a dedicar-se ao estudo da complexidade, termo que apropriou de estudos da cibernética, tornando-se um pensador crítico, reflexivo e produtivo (PETRAGLIA, 2010). Para Morin, a complexidade não pode ser concebida a partir de uma solução para os problemas, mas, antes, surgindo como dificuldade, desafio, incerteza, além de uma motivação para o pensar (MORIN, 2013). Dessa forma, a complexidade é compreendida como um tipo de pensamento que não separa, mas une e busca relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana. Para explicar a complexidade, Morin (2013) se utiliza da proposição de que somos seres humanos ao mesmo tempo físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais e que a complexidade é tentar conceber a articulação, a identidade e a diferença de todos esses aspectos.

Para tanto, Morin destaca que é necessário um tipo de pensamento complexo, em que as sociedades e saberes diversos reconheçam a insuficiência de se pensar nesse todo de modo simplificador, sem visualizar o todo nas partes individuais e, assim, não podendo enxergar o todo, com suas fragilidades e necessidades. Nesse entorno, ao contrário, do pensamento simplificador que separa esses diferentes aspectos, ou unifica-os por uma redução mutilante, o pensamento complexo não pretende oferecer todas as informações sobre um fenômeno estudado, mas respeitar suas diversas dimensões, buscando uma construção multidimensional, que exalta o pensamento complexo em detrimento do pensamento simplista, disjunto e reducionista (MORIN, 2013; PETRÁGLIA, 2010).

Com base nisso, o trabalhador da EE precisa ser instigado a visualizar, de forma ampla, acurada e reflexiva, a realidade que o cerca, para poder compreender a dimensão do cuidado ao indivíduo em seu processo de morte e morrer e seu FC na sua complexidade. A atitude crítica e reflexiva deve ser estimulada, considerando a inter-relação e interação do cuidado no seu ambiente de relações, na circularidade que se constitui, favorecendo as trocas entre os seres envolvidos, aproximando a compreensão acerca das relações, interações e

associações estabelecidas entre os indivíduos, no meio que se encontra, na sua realidade e consigo mesmo, a fim de resignificar esse processo sofrido (BAGGIO et al., 2010).

Assim, faz-se necessário compreender o termo latino *complexus*, em seu sentido original, que significa o que é tecido junto. Existe complexidade quando elementos heterogêneos, que constituem o todo, são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, e entre o todo e as partes. É preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que une e distingue (MORIN, 2015b). Dessa forma, ao dialogar com os elementos que compõem o todo, geram-se conexões e interações conflitantes como: ordem/desordem, certeza/incerteza ou mesmo um encontro entre ideias diferentes, favorecendo a reunião dos conhecimentos e saberes, possibilitando dessa forma o diálogo com as diversas dimensões que constituem os fenômenos e objetos (MORIN, 2013).

Portanto, para Morin (2014), a teoria da complexidade leva o indivíduo a um pensamento em conjunto, ressaltando o abandono da concepção linear da causalidade, abrindo, dessa forma, o caminho para compreender os problemas humanos. Permite, ainda, a captura da multidimensionalidade da realidade, o reconhecimento do jogo das interações, retroações e o enfrentamento das complexidades, de forma a não reconhecer a realidade compartimentada, mas no todo, por meio das suas inter-relações.

Em suas obras, apresenta um novo enfoque reflexivo, em que vai do reducionismo ao holismo, indo ao encontro do multidimensional das realidades e conduzindo à ideia de que a unidimensionalidade é linear, reduzida e pontual. Dessa forma, o autor reconhece que todo conhecimento é incompleto e por isso necessita ser constantemente analisado e refletido (MORIN, 2000a). Portanto, a complexidade não deve ser considerada uma palavra-solução, mas, sim, uma palavra-problema, devido às inquietações e incertezas que gera.

Enfim, vale ressaltar que a complexidade, atualmente, não é algo novo; constantemente, o indivíduo enfrenta o pensamento complexo, tentando reduzi-lo ou traduzi-lo. Exemplo disso é que grandes pensadores sempre fizeram descobertas de complexidade, como a lei da gravidade, o fato da lua não cair na terra, o movimento dos mares. Assim, toda filosofia pode ser considerada expressão de uma complexidade em que essas complexidades se formam e se encerram constantemente (MORIN, 2014).

Compreender que a vida é complexa, caracterizando-se como um movimento ininterrupto de possibilidades de inter-relações entre as partes que a compõem, demonstra a impossibilidade de se ter uma visão completa dos fatos. Portanto, o que é passível de ser captado é justamente o movimento de interligação e, conforme Morin (2015b, p 68) é possível

dizer que “no fim das contas tudo é solidário. Se você tem o senso de complexidade, você tem o senso da solidariedade. Além disso, você tem o senso do caráter multidimensional de toda realidade”.

Desse modo, por não considerar a complexidade da realidade, a Modernidade se baseou em ciências disjuntivas, como se existissem também realidades separadas, por exemplo, uma realidade física de um lado, uma realidade psicológica de outro, e assim sucessivamente, com uma realidade demográfica, econômica, política, estando todas isoladas, como ilhas, sem nenhuma interligação entre si.

No entanto, conforme destaca Morin (2012), acredita-se que essas categorias criadas pela Modernidade sejam realidades, mas se esquecem que em qualquer fenômeno do campo econômico encontram-se também as necessidades e os desejos humanos. Atrás do dinheiro, há todo um mundo de paixões, há a psicologia humana. Com isso, quando mostra que a dimensão econômica contém as outras dimensões, não sendo possível compreender nenhuma realidade de modo unidimensional, Morin abala a cientificidade Moderna. Assim, a complexidade lança o desafio de que é imprescindível outro modo de sentir, pensar e agir nesse mundo complexo.

Nesse ínterim, Morin (2014) trata da reforma do pensamento, o qual exige que se visualize o contexto e o complexo, gerando um pensamento que liga e enfrenta a incerteza. Esse pensamento, para o autor, substituirá o linear e unidirecional, por causalidade em círculo e multi referencial, em que o diálogo será o caminho para se conceber noções ao mesmo tempo complementares e antagônicas. Com isso, ocorrerá uma complementação do conhecimento integrado das partes em um todo, pelo reconhecimento da integração do todo no interior das partes, ligando, assim, a explicação à compreensão em todos os fenômenos humanos.

Dessa maneira, Morin considera, como base desse pensamento complexo, alguns princípios ou operadores da complexidade, buscando articular a noção de circuito tetralógico ou tetragrama, ligando o que estava separado, religando o que a análise desagrega e contextualizando quando o reducionismo separa, a partir da transdisciplinaridade e da compreensão contextualizada dos fenômenos: o sistêmico ou organizacional, o holográfico, o do circuito retroativo, o do circuito recursivo, o da autonomia/dependência, o dialógico e o da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento (MORIN, 2014).

*O Princípio sistêmico ou organizacional* é responsável por ligar o conhecimento das partes ao conhecimento do todo. Apresenta a ideia sistêmica, como oposta à ideia reducionista, pela compreensão que “o todo é mais do que a soma das partes”. Assim,



considera-se que a organização de um todo pode produzir qualidades ou propriedades novas/emergentes. Portanto, o todo pode ser visualizado como menor que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto (MORIN, 2014).

O princípio holográfico recebe essa denominação devido a imagem física do holograma, cujos relevos, cor e presença em seus pontos incluem as informações do conjunto e, no conjunto, as informações das partes. Exemplo disso é que cada célula é uma parte de um todo – o organismo global, mas também o todo está na parte. Compreende-se, assim, que a sociedade está presente em cada indivíduo, como uma totalidade, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas (MORIN, 2014).

O princípio do circuito retroativo propõe a ideia de ruptura do princípio da causalidade linear, permitindo o conhecimento de processos auto-reguladores, em que a causa age sobre o efeito, assim como o efeito sobre a causa. A homeostasia de um organismo vivo é um conjunto de processos auto-reguladores com inúmeras retroações. Em sua forma negativa, o círculo de retroação (ou *feedback*) permite reduzir o desvio e, assim, estabilizar um sistema. Em sua forma positiva, o *feedback* é um mecanismo amplificador, por exemplo: a violência de um protagonista provoca uma reação violenta, que, por sua vez, provoca uma reação mais violenta ainda. Dessa forma, evidencia-se que são incontáveis as retroações nos fenômenos econômicos, sociais, políticos ou psicológicos, sejam elas inflacionárias ou estabilizadoras (MORIN, 2014).

O princípio do circuito recursivo ultrapassa a noção de regulação e apresenta a noção de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos são produtores e os efeitos causadores daquilo que os produz. Assim, os indivíduos são os produtos de um sistema de reprodução, mas esse sistema não pode se reproduzir se não houver os produtores. Exemplificando esse princípio, pode-se considerar que a sociedade é produzida nas interações entre os indivíduos e essas interligações, interconexões, formando um todo organizador que retroage sobre os mesmos para produzi-los como indivíduos humanos, fornecendo-lhes a linguagem e cultura (MORIN, 2014).

O Princípio da autonomia/dependência (auto-organização) defende que os seres vivos são seres auto-organizadores, que se autoproduzem constantemente, dessa forma, dispendem energia para manter sua autonomia. Assim, sua autonomia apresenta-se inseparável de sua dependência, pois possuem a necessidade de retirar energia, informação e organização de seu meio ambiente. Os seres humanos desenvolvem a autonomia na dependência de sua cultura; a sociedade, por sua vez, se desenvolve na dependência de seu meio geológico. Por isso, os indivíduos e a sociedade são concebidos como auto-eco-organizadores. Essas características

se apresentam, ao mesmo tempo, como complementares e antagônicas- morte e vida (MORIN, 2014).

O princípio dialógico une dois princípios ou noções que deveriam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade; uma ilustração disso é a fórmula de Heráclito “viver de morte, morrer de vida”. Deve-se conceber uma dialógica ordem/desordem/organização, desde o nascimento do universo por meio de encontros aleatórios das mais diversas formas. Assim, evidencia-se que a dialógica entre a ordem, a desordem e a organização, ocorre por meio de inúmeras inter-retroações, estando constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano (MORIN, 2014).

Desse modo, a compreensão das noções contraditórias, que permitem conhecer um mesmo fenômeno complexo, é possível pela contextualização dialógica. Para melhor compreender, o exemplo: o indivíduo (parte) desaparece quando se consideram a espécie e a sociedade (todo); e a espécie e a sociedade (todo) desaparecem quando se considera o indivíduo (parte). Dessa forma, o pensamento deve assumir dialogicamente os dois termos, que tendem a se excluir um ao outro (MORIN, 2014).

Na perspectiva do pensamento complexo, o morrer é algo impensável, inimigo mortal do indivíduo. Assim, a finitude da vida coloca o indivíduo a pensar na consciência de si, relacionado à consciência do tempo, fazendo com que queira viver esse tempo, e, com isso, busque formas de enfrentamento da morte. A singularidade no modo de viver o tempo e enfrentar a morte, em muitas situações, pode não estar em sintonia com o cuidado oferecido pelos trabalhadores da EE e equipe médica (MORIN, 1997; MORIN, 2012). Nessa direção, a dialógica entre a ordem, a desordem e a organização, por meio de inúmeras inter-retroações, está constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano (MORIN; LE MOIGNE, 2000).

O princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas, ou seja, qualquer conhecimento necessita ser dinamicamente repensado (MORIN, 2014).

Dessa forma, por meio dos princípios anteriormente explanados e as noções de ordem, desordem, interação e organização já discutidos, é que um dos eixos do pensamento complexo se compõe: o circuito tetralógico ou tetragrama, o qual pressupõe que esses elementos que o compõem precisam ser concebidos de maneira conjunta, simultaneamente complementar, concorrente e antagônica (MORIN, 2013).

A partir dos princípios de Morin e da singularização da realidade, por meio de inter-relações dos indivíduos e o ambiente que se encontram, em uma visão complexa do processo de morte e morrer, considera-se inviável pensar nos indivíduos enfermo, seu FC e a EE, sem considerá-los parte de um sistema e o sistema como parte de cada um. Faz-se necessário, nesse contexto, pensar nessa tríade que vivencia o processo de morte e morrer como parte de um todo, ou seja, no indivíduo com sua singularidade e percepção, a família como unidade complexa, que não se reduz à soma de seus integrantes e a EE que, devido as suas crenças e valores, observa e lida com o processo de terminalidade de formas particulares. Assim, segundo Morin (2014, p. 94), ao citar Bleise Pascal, “considera-se impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, assim como o todo sem conhecer particularmente, as partes”.

### 3.2 MORRER TRADICIONAL E MORRER CONTEMPORÂNEO: ENTENDENDO A TRAJETÓRIA DO PROCESSO COMPLEXO

*“A morte apresenta muitos rostos, sendo percebida de diversos modos conforme as diversas épocas e culturas.”  
(J. H. Barros de Oliveira 1998, p. 182).*

Em uma reflexão acerca do conceito de morte e morrer, faz-se necessário entender que o mesmo é sempre relativo, complexo e sofre mudanças influenciadas pelo contexto situacional, social e cultural em que o indivíduo enfermo e seu FC estão inseridos. Salienta-se que, conforme a época e ambiente cultural, as crenças e as percepções acerca desse processo vão se modificando, precisando ser conhecidas, no intuito de entender como esse processo é visualizado na atualidade (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

O conceito de morte geralmente é construído desde a infância de acordo com a cultura, sociedade, religião e educação familiar recebida. No entanto, o indivíduo, tentando desvendar essa curiosidade, se apegua a uma teoria com a qual mais se identifica, por meio da religião, filosofia, mitologia ou história. Com os avanços da ciência, o homem desafia e tenta lidar com a morte, procurando levar vantagem, utilizando-se de conhecimentos tecnológicos, invenções e artifícios que a ciência e a medicina proporcionam. Porém, sabe que sua passagem neste mundo é inexoravelmente transitória. A morte se revela a todo instante e em várias circunstâncias (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Dessa forma, falar da morte e morrer suscita, em cada indivíduo, sentimentos internos e particulares, seja de vivências com a morte de um ente querido, ou por trabalhar no

cotidiano em meio a perdas constantes. Muitos constroem barreiras de proteção em torno de si, fazendo com que a morte seja algo a não se pensar, nem abordar, mas, sim, de agir mecanicamente para não se lembrar da sua própria finitude, como forma de suporte ao próprio processo de morte. Acredita-se que o medo da morte possa ser minimizado, dependendo da maturidade psicológica, do envolvimento religioso e filosófico e também do nível de consciência e aceitação da própria finitude e terminalidade, tornando o indivíduo possivelmente mais capaz de lidar com o processo do morrer e o momento terminal (SILVA, 2010).

Em meio a esse processo de aceitar ou aprender a lidar com a sua morte e morrer ou do outro, é que as inter-relações se tornam complexas e muitas vezes prejudicadas, uma vez que não há o escutar e nem o dialogar de forma clara e sincera sobre o que fazer diante de algo singular e complexo como o processo de morrer (TESTON et al, 2013). Muitas vezes, são silêncios solitários de imaginação do que está por vir, no caso do indivíduo fora da possibilidade de cura; de como irá cuidar, no caso do FC; e de como abordar esse assunto, no caso dos profissionais de saúde (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

Nesse contexto, destacam-se os trabalhadores das EE, pois estarão mais próximos de todo esse vivenciar da família e do indivíduo enfermo; por isso, esses profissionais precisam estar fortalecidos e qualificados acerca das questões de finitude para apoiar, auxiliar e disponíveis ao diálogo, tanto com o paciente quanto com o familiar (BADKE et al., 2014).

Morin, em uma visão complexa do morrer, ressalta o permanente risco da morte, o qual envolve todos os aspectos das atividades humanas. Engloba as diversas participações do indivíduo, não apenas na sociedade ou no meio em que está inserido, mas também em tudo o que o homem participa como seu trabalho, seus valores e suas ações (MORIN, 1997).

Refletir sobre a morte é trazer o complexo para o diálogo e a interação entre as partes envolvidas no processo (MORIN, 2014). É compreender melhor como o caminhar do processo de morte e morrer ocorreu, bem como eram vistos, pela sociedade em geral, os ritos, a forma de pensar e de lidar com essa temática desde a antiguidade até os tempos atuais.

Na tentativa de possibilitar um olhar ampliado para o processo de inter-relação entre os indivíduos com doença incurável, seus FC e os trabalhadores da EE, como fenômeno complexo e multidimensional, faz-se necessária uma teorização sobre o morrer tradicional: idade média e moderna; O morrer na contemporaneidade: busca pela boa morte por meio dos cuidados paliativos.

### 3.2.1 O morrer tradicional: Idade Média e Moderna

Na Idade Média, entre os séculos XI - XV, a morte era denominada como *domada*, sendo considerada uma fase, um episódio a ser vivenciado. Era vista como um fenômeno que fazia parte do cotidiano, visualizada com simplicidade, normal e justa, em que todos estavam presentes nos momentos que a precediam, inclusive as crianças. Dessa forma, o doente poderia resolver suas pendências, preparando-se para esse momento. Sabia-se dela e se vivia em função desse conhecimento, que era experienciado na comunidade (ÁRIES, 2003; SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

No entanto, nos séculos XVI, XVII e XVIII, a morte passou a ser visualizada de forma diferente, quando o indivíduo começa a pensar mais na morte do outro; ocorrem mudanças nas concepções de família, as quais se tornaram mais unidas afetivamente. Assim, a perda era sentida e a morte enfrentada como inimiga, com a retirada desse ente querido do convívio familiar (ARIES, 1981).

Ainda, no século XIX, verificava-se que a morte continuava causando forte impacto, considerada como uma ruptura do afeto e união entre os familiares, gerando tristeza e melancolia aos que ficavam enlutados. Na continuidade, a morte é tratada como algo a ser escondido e não discutido, com os enlutados vivenciando um processo mais discreto, com certa ânsia para que o corpo fosse sepultado o mais rápido possível, para que aquele momento da morte fosse vivenciado rapidamente (ÁRIES, 2003; SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Nesse contexto, em meados do século XX, um novo paradigma passou a se formar na sociedade, em que o processo de morte e morrer sofreu certa ruptura, ocorrendo com maior frequência em ambiente hospitalar, em substituição ao ambiente domiciliar e em comunidade. Passa a ser um processo e não mais um momento vivenciado, como ocorria anteriormente (MORITZ et al., 2009).

Os indivíduos, então, com um diagnóstico sem possibilidade de cura, frequentemente, passam a ser “esquecidos” no sistema de saúde, já que o foco da medicina era a cura. Geralmente, eram enviados para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), inconscientes, invadidos por tubos, cercados por aparelhos e sem o direito de decidirem, quando possível, sobre sua morte ou de saberem que o fim estaria próximo, não participando das decisões referentes à sua vida, doença e morte (FONTOURA; ROSA, 2013).

Culturalmente, a morte passou a ser algo temido, traiçoeiro e não mais como um fenômeno natural, vivenciado como uma transição necessária da vida (HENNEZEL;

LELOUP, 2000). A finitude do indivíduo deixou a casa, lugar dos hábitos da vida cotidiana, para ocupar os hospitais, lugar da razão e da técnica. Com o passar do tempo, o indivíduo foi sendo privado de sua liberdade e do seu direito de saber sobre sua morte, a fim de se preparar para esse momento, tornando-se aquele que não deve saber da sua realidade (HENNEZEL; LELOUP, 2000).

Não foi somente o envolvimento da família que mudou a maneira de ver e viver esse processo de morte (HENNEZEL; LELOUP, 2000). Antigamente, a morte era uma tragédia, muitas vezes cômica, na qual se representava o papel daquele que ia morrer. Hoje, é uma comédia muitas vezes dramática em que se representa o papel daquele que não sabe que vai morrer (ARIÈS, 2003).

Acrescido a isso, geralmente, os indivíduos, nessa situação de hospitalização, passam a vivenciar o processo de morrer solitários e sem a presença de um familiar ao seu lado, cercados por aparelhos e pessoas estranhas, além de um medo profundo e inexplicado (ÁRIES, 2003; SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011). Desse modo, esse *modelo de morte* pode ser denominado de morte *moderna*, caracterizado por um intenso processo de despersonalização dos internados nos hospitais, bem como pelo crescente poder médico nas decisões do que fazer com o indivíduo doente, além da sua desumanização com relação aos seus familiares (MENEZES, 2003).

Devido a essa modificação nas concepções de morte e morrer, juntamente com o crescente avanço científico e aumento da expectativa de vida, a tendência é ocorrer na sociedade cada vez mais uma maior esperança e luta para postergar a morte. Por conseguinte, emerge o aparente afastamento do indivíduo de discussões acerca do tema morte e morrer, pois o fim não pode ser aceito. Os modos de vida que acompanham esse progresso carregam consigo uma angústia infinita diante da morte, em que os costumes e concepções vão em direção ao individualismo, algo que na Idade Média não ocorria, pois seus mortos eram sepultados nos arredores de suas casas e igrejas (RODRIGUES, 2006).

Quando informado de sua terminalidade, é comum que o indivíduo manifeste um instinto de proteção, algo inerente ao ser humano, em que reage na forma de fuga da situação ou de imobilização diante desse processo. Tal reação, geralmente, ocorre de forma inconsciente ou instintiva, no intuito de manter a espécie, nesse caso, igualando-se ao reino animal (MORIN, 1997). No entanto, diferentemente dos animais, os indivíduos possuem consciência de sua finitude e essa é individual e inexorável. Assim, a morte pode ser considerada uma perda dessa individualidade e de tudo que ele adquiriu até o momento, não sendo aceita por quem pensa como um ser individual, considerando a essência mais

irredutível de si (RODRIGUES, 2006). Portanto, todos sabem que irão vivenciar o processo de morrer, no entanto cada um vai tratar a morte de forma singular e muito intrínseca, de acordo com seus valores, crenças e cultura de cada indivíduo e sua sociedade (FONTOURA; ROSA, 2013).

Desse modo, a morte moderna pode ser interpretada como a diluição da individualidade, o desaparecimento dos indivíduos na espécie, como a ruptura de uma simbiose. Nessa direção, a individualidade humana se mostra de forma lúcida perante a morte, ficando traumáticamente afetada por ela, bem como buscando negá-la, elaborando o mito da imortalidade (MORIN, 1997). Com isso, percebe-se que o homem moderno, comumente, vive seus dias de uma forma como se jamais fosse morrer, e, assim, a morte se torna algo distante, fora de seus olhos e mente (HERMES; LAMARCA, 2013).

O afastamento ou aparente esquecimento dessa última fase da vida pode estar acontecendo não só devido aos avanços da tecnologia, dos estudos genéticos, e da biomedicina, em prol da luta constante pela cura das diversas doenças, mas também pela busca incansável do corpo perfeito, do excesso de atividades físicas e da corrida pela manutenção da juventude. Tudo isso faz com que esses indivíduos tenham a percepção de que a vida se prolonga e a morte se distancia (HERMES; LAMARCA, 2013).

### 3.2.2 O morrer na contemporaneidade: busca pela boa morte por meio dos cuidados paliativos

Na contemporaneidade, essa realidade, de modo muito lento, mas progressivo, vem se modificando. A finitude da vida parece estar sendo melhor compreendida, por várias regiões em todo o país, bem como os limites da cura (DARONCO et al., 2014). Parece ocorrer uma mudança no alvo das intervenções, por parte de alguns trabalhadores, que buscam investir na qualidade de vida e na dignidade dos indivíduos acometidos por doença incurável em um momento tão único vivenciado por eles e seus familiares (SEKI; GALHEIGO, 2010).

Já existem discussões, ainda discretas, entre as diversas categorias profissionais na busca de posicionar-se com uma nova forma de pensar no contexto da morte e do morrer (KOVÁCS, 2010; HERMES; LAMARCA, 2013). Existem os que defendem a ideia de que, para ter uma boa morte, esse indivíduo precisa ser assistido até seus últimos momentos de vida, buscando minimizar, tanto quanto possível, sua dor e desconforto, com a possibilidade do suporte emocional e espiritual aos seus familiares também (MENEZES, 2003; HERMES; LAMARCA, 2013).

Dessa forma, verifica-se que, internacionalmente, as pioneiras nessa temática foram as escritoras Kübler-Ross e Dame Cicely Saunders, abordando a morte humanizada; escrevem sobre os cuidados aos indivíduos e seus familiares, vivenciando o processo de morte e morrer, de modo a acolhê-los no sofrimento. Kübler-Ross propõe, então, o desenvolvimento da tanatologia<sup>1</sup> como área de estudo, mostrando que a morte é significativa na existência e, para tanto, precisa ser vista com respeito, humildade, sem tentar escondê-la ou banalizá-la (KOVACS, 2014).

Na atualidade, em países como Inglaterra e Estados Unidos (LEES et al., 2014), a produção de conhecimento acerca da morte é mais numerosa e com avanços significativos na comunidade científica, além de ser vista culturalmente de forma diferente, sendo mais aceitável o processo de finitude. No entanto, apesar de um crescente interesse acerca da temática morte no decorrer dos últimos anos, no Brasil, esses estudos precisam ser mais discutidos e refletidos, pois ainda são incipientes no país (SANTOS; JESUS; PORTELLA, 2013; LIMA; KOVÁCS, 2011).

Faz-se necessário afirmar a importância do enfrentamento do processo de morte e morrer, bem como da qualidade de vida, tanto do indivíduo fora da possibilidade de cura, como de seu FC e mesmo do profissional envolvido nos seus cuidados (LE MOS; SANTANA, 2011; SANTANA et al., 2015). Salienta-se que muitos estudos nacionais abordam dilemas no processo da morte e do morrer, (SORATTO; SILVESTRINI, 2010; ALMEIDA, 2013) sendo os principais pioneiros nessa área Maria Helena Franco (1994, 2002, 2005, 2008), Maria Júlia Kovács (1992, 2003, 2008, 2013, 2014), Wilma Torres (1983, 1999), Gabriela Casellato (2005), Ingrid Eslinger (2004), Valéria Tinoco (2003, 2007), Luciana Mazorra (2001), Evaldo D'Assunção (2011), dentre outros, igualmente importantes, que vão se tornando conhecidos por suas publicações científicas (KOVÁCS, 2008; LEMOS; SANTANA, 2011).

No entanto, precisa-se ir além dos processos de dilemas e dificuldades acerca da morte e do morrer, para buscar na essência do indivíduo e na sua totalidade/ globalidade, seus relacionamentos, inter- relações suas crenças e seus valores, dialogando e se sensibilizando acerca do processo de morrer, de modo a compreender que pode existir ainda vida, no fim da vida, com qualidade (CELICH et al., 2010). Diversos autores trabalham a temática da morte com qualidade, abordando como importante a atuação nos cuidados paliativos (CP) (FERNANDES et al, 2013; HERMES; LAMARCA, 2013), no alívio da dor e desconforto

---

<sup>1</sup> Tanatologia é a ciência que estuda os processos emocionais e psicológicos que envolvem as reações à perda, o luto e a morte (ESCUDEIRO, 2008).



(MARENGO; FLAVIO; SILVA, 2009; DREHER, 2009) e na comunicação, envolvendo as inter-relações entre as partes no processo dialógico (ARAUJO; SILVA, 2012; VENEGAS; ALVARADO, 2010).

Dessa forma, muitos são os aspectos relacionados ao processo de morte e morrer, que estão sendo trabalhados nas inter-relações entre indivíduos enfermos e seus FC, bem como da EE. Trabalhar com essa temática torna-se uma inovação do conhecimento, visto que aparentemente os profissionais não sabem ao certo como cuidar e dialogar com o indivíduo sem possibilidade de cura, aliás, muitas vezes, nem o diagnóstico de terminalidade é confirmado; por sua vez, o indivíduo enfermo encontra-se perdido e também não sabe o que esperar (MOTA et al., 2011). Geralmente, o diagnóstico de terminalidade é objeto de conversa nos *rounds* médicos, porém comumente não se escuta a voz do indivíduo enfermo ou de seu FC nesse processo (BERTOLINO, 2009).

Bushatsky (2010), ao olhar para essa questão complexa, visualizando o profissional nessa inter-relação com indivíduo no seu processo de morte e morrer e seu FC, destaca como necessário pensar como ocorrem os diálogos entre as partes envolvidas no processo? O que realmente o indivíduo enfermo e seu FC desejam nessa situação vivenciada; como ocorrem as interconexões nas discussões cotidianas entre indivíduo, EE e FC? Existe uma relação de cumplicidade e confiança?

Esses são questionamentos a serem refletidos para que os relacionamentos entre os envolvidos no processo possam ocorrer, e a EE que está mais próxima desses indivíduos, possa constituir-se em uma ponte com os demais profissionais da equipe de cuidado, intercedendo para a realização dos desejos dos indivíduos e seus familiares, atuando como defensores dos seus direitos.

Nessa direção, tais discussões acerca da morte na contemporaneidade precisam ocorrer da forma mais natural possível. Assim como no parto em que a mulher se prepara para dar a luz, o homem, diante da morte, também o precisa fazer, apoiado, o máximo possível, por seus familiares e amigos bem como pela equipe de cuidado, se sentindo acolhido e cuidado. O FC será de grande importância em todo o processo de finitude e também necessitará ser cuidado pela equipe (SILVA et al., 2015). A boa morte envolve algumas características, como morte sem dor, que seja de acordo com as vontades do paciente, em ambiente domiciliar, de preferência, em harmonia e sem sofrimentos. (FLORIANI; SCHRAMM, 2008; MENEZES, 2003).

Assim, para que esse indivíduo possa viver o mais ativamente possível seus últimos momentos de vida, com dignidade, tendo suas vontades atendidas, é importante que não seja

abandonado, mas escutado e reconfortado nas suas angústias, na certeza de que continuará sendo assistido, sem prolongamento de seu sofrimento, sem a utilização de cuidados considerados fúteis, extremamente invasivos e dolorosos (JUNIOR; ELTINK, 2011). Segundo a OMS, em uma definição revisada, os CP constituem uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requerem identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2014).

Salienta-se que a filosofia desse cuidado não é recente, seu começo ocorreu em meados de 1960, na Inglaterra, por Dame Cecily Saunders que, ao fundar em Londres o *St. Christopher Hospice*, descreveu a filosofia do cuidar dos indivíduos terminais com diagnóstico de doença incurável. Saunders tornou-se uma das pioneiras no cuidado desses indivíduos, considerando que o sofrimento vivenciado pelo doente terminal era composto por quatro elementos, que compunham a denominada “dor total”: dor física, dor psicológica (emocional), dor social e dor espiritual (MARTA; HANNA; SILVA, 2010).

Assim, os cuidadores ao atuarem em todas essas dimensões, podem aliviar o padecimento e confortar os indivíduos enfermos e seus FC, a fim de se tentar obter ganho em qualidade de vida. Saunders era totalmente contra todas as práticas fúteis tecnologizadas dos cuidados da saúde em que se empregavam tratamentos caros e invasivos para os indivíduos sem possibilidade de cura (MARTA; HANNA; SILVA, 2010).

Quanto às diretrizes acerca desses cuidados, salienta-se que não há protocolos, mas sim princípios norteadores. Assim, a OMS, em 2002, recomenda nove princípios a serem adotados em CP: 1º) Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; 2º) Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida; 3º) Não acelerar, nem adiar a morte; 4º) Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; 5º) Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; 6º) Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto de seus familiares; 7º) Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; 8º) Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; 9º) Iniciar o mais precocemente possível os CP, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida. Assim, incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Dessa forma, é preconizado que os CP sejam pensados em conjunto com a equipe do cuidado para a cura, por meio da interdisciplinaridade, a fim de proporcionar um cuidado globalizado aos indivíduos enfermos e seu FC. Salienta-se que, atualmente, são considerados tanto um direito do indivíduo, quanto um dever dos trabalhadores, oferecerem tais cuidados (RODRIGUES, 2009).

A sociedade precisa, também, ser incluída e mobilizada a refletir sobre tal cuidado, bem como acerca de outras questões necessárias e implícitas ao fim da vida. É importante educar sobre CP, desmistificando a ideia de que “não há mais nada a se fazer pelo indivíduo enfermo”, mas, sim, que “muito pode ser feito” para o bem estar de quem está sofrendo e de quem vive os momentos finais (RODRIGUES, 2009).

### 3.3 SIGNIFICADOS DO PROCESSO DE MORTE E MORRER PARA O INDIVÍDUO ENFERMO, SEU FC E A EE EM UMA INTER-RELAÇÃO COMPLEXA

O estudo da morte precisa ser considerado o mesmo que estudar a história de vida do homem. Tem-se apenas a percepção do que ela seja, mas não a certeza, de fato, do que esperar, qual será o seu desfecho, e isso é que causa o medo e a insegurança de falar ou cogitar vivenciar essa fase, inevitável para todos. Poderá ocorrer de forma leve e tranquila, ou triste e sofrida. Isso dependerá de como o indivíduo e todos ao redor percebem esse processo de finitude. Assim, a reflexão sobre a morte é também sobre a própria vida e não se pode analisar o sentido da vida sem se ver frente ao problema do sentido da morte, pois esta é parte da vida.

O ser humano muitas vezes esquece que é um ser animal e, portanto, precisa se submeter à natureza e aceitar que é mortal e que a morte e a vida coexistem. Dessa forma, pela sua natureza animal, ele está inserido no ciclo da vida e da morte. Morrer é necessário para a manutenção e aprimoramento da espécie; morre-se para que outros possam nascer. É fundamental entender e aceitar a finitude da vida, não como um obstáculo, mas como um catalisador, um estímulo para viver, senão mais, então que seja melhor e intensamente, apreciando cada segundo (MUNIZ, 2006).

No que se refere ao momento da descoberta, verifica-se que os indivíduos passam por momentos de reflexão, muitas vezes dialogadas consigo mesmo, ou simplesmente solitários em um mundo de novidades, não tão boas, quando são sabedores de sua doença. Quando não sabedores do seu diagnóstico, geralmente, outros (familiares ou a própria equipe de cuidado)

decidem o que “é melhor” para sua vida, nessa fase, deixando sua autonomia, em querer ou não algo, negligenciada.

Dessa forma, nesse subcapítulo, se abordará as percepções, os sentimentos, as crenças, os valores e como os indivíduos fora da possibilidade de cura, seus FC e a EE lidam com o processo de morte e morrer em um ambiente hospitalar. Assim, esse subcapítulo se subdividirá em quatro partes, formando o todo da tríade: O morrer na perspectiva do indivíduo como uma ruptura da simbiose da vida; Impacto na vida da família que vivencia todo o processo de finitude e suas implicações; O Conhecimento e a preparação da EE diante do cuidado no processo de morte e morrer; e Enfrentamento/ afastamento da EE frente ao cuidado do indivíduo fora da possibilidade de cura e seu FC: a importância das inter-relações/ interconexão entre as partes.

### 3.3.1 O morrer na perspectiva do indivíduo enfermo como uma ruptura da simbiose da vida

O processo da doença é experienciado de forma singular e subjetiva, considerando a individualidade de cada um em uma sociedade (CZERSNIA, 2003), em que fronteiras entre o biológico, o cultural e o social não são estáticas e fixas. As doenças e o processo de morte serão percebidos por determinada sociedade a partir da situação da vida atual, em que cada indivíduo carrega em si seus conceitos, medos, vivências particulares e a cultura da sociedade, assim como determinada sociedade possui seus dogmas e conceitos que advém de cada um desses indivíduos formadores dessa sociedade (MORIN, 1997). Então, torna-se um processo dinâmico e retroativo, modificando-se o modo de ver a morte conforme o passar do tempo e as experiências de vida desses indivíduos na sociedade.

As representações das doenças, muitas vezes, constituem-se através de um ‘juízo moral’ do indivíduo sobre si mesmo, uma avaliação moral da sua conduta durante sua trajetória de vida até o momento do episódio, ocorrendo o repensar de suas vidas, como uma retrospectiva que culminou naquele resultado de finitude. O momento do reencontro do indivíduo em si mesmo pode ocasionar, na maioria das vezes, depressão e sentimentos de culpa, pelas ações não pensadas que o levaram a tal situação (SILVA; SEFFNER, 2015).

Diante de tal descoberta, geralmente, os indivíduos acometidos pela doença, (e frequentemente, se olhado com atenção, os familiares também) irão vivenciar cinco fases no decorrer de seu processo de morte e morrer, que a pesquisadora Kübler-Ross (2008) descreve como: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação, além da esperança.

Kübler-Ross (2008) observou também que os indivíduos fora da possibilidade de cura mudam de sentimentos várias vezes nesta fase da vida, descrevendo atitudes e reações emocionais, suscitadas pela aproximação da morte, fato este que deve estar perceptível à EE e à família, conduzindo, assim, as ações de ambos, não tomando para si a raiva que emerge nesse momento. Acredita-se que tanto o paciente quanto a família podem passar pelas fases do processo de morte e morrer em tempo concomitante ou não. A fase da negação geralmente ocorre com mais frequência no começo da descoberta do diagnóstico do que no final do processo (KLUBER-ROSS, 2008).

Faz-se necessário atender esse indivíduo na sua essência, enxergá-lo e, ao mesmo tempo, auxiliá-lo a visualizar a possibilidade de viver o mais intensamente o tempo que lhe resta. Mostra-se relevante estar ao seu lado nesse momento em que diversas angústias perpassam sua mente e a de seus FC, pois geralmente se sentem sozinhos no seu sofrimento. Ocorre um afastamento geral, inclusive, dos trabalhadores da EE, a qual precisaria estar mais próxima nesse momento, auxiliando-os a se adaptar a sua realidade, frente à (in) adaptação do processo de morrer (MORIN, 1997).

Todo esse processo de inadaptação foi descrito em cinco fases por Kubler-Ross (2008); apresentadas a seguir:

- *Fase da negação*: É quando o indivíduo ou o familiar recebem o diagnóstico e negam a realidade da doença. Expressões como: “Não, não pode ser verdade” “Será que não trocaram os exames”? São típicas desta fase. Esse comportamento é temporário, sendo substituído por uma aceitação parcial aparente, em que pode se verificar os comportamentos acerca da adaptação, estratégias que utilizam para o enfrentamento das dificuldades com tal descoberta.

Para um melhor diálogo e para conhecer as necessidades do indivíduo enfermo e FC, faz-se relevante ficar ao seu lado, ouvir, retornar mais vezes, mesmo que o indivíduo não tenha vontade de falar no primeiro ou no segundo encontro, podendo desenvolver-se um sentimento de confiança pelo fato de se encontrar ali alguém solícito, disponível e que aparentemente se importa com ele.

Essa negação muitas vezes não é percebida claramente. Alguns indivíduos conversam sobre a realidade e, de repente, demonstram incapacidade de encarar a situação, fechando-se em si. Contradizem-se, frequentemente, no que diz respeito à morte dos outros e à sua própria morte no que tange à aceitação (KUBLER- ROSS, 2008).

- *Fase Revolta ou Raiva*: O indivíduo admite estar com a doença, porém o sentimento de revolta permanece mais forte do que nunca. Ocorre quando o indivíduo não é capaz de

manter a fase da negação; daí esse sentimento é substituído pela raiva, revolta, inveja, ressentimento e frustração. Seus questionamentos ficam em torno das perguntas “por que eu?”; “Por que isto acontece comigo”? Suas atitudes passam a ser de raiva, e geralmente se voltam contra os familiares, os médicos e a equipe de saúde que o atende e assiste e, até mesmo, contra Deus.

Na maioria das vezes, a EE se torna alvo constante da raiva desses indivíduos e seus FC, pelo fato de estar mais próxima. No entanto, sabe-se também que se os trabalhadores conseguirem constituir-se como uma equipe e trabalhar unida e for capaz de assistir esses indivíduos, fornecendo um cuidado humanizado ao escutá-lo em suas angústias e frustrações, esse profissional começará a ganhar sua confiança e, assim, o cuidado se tornará mais efetivo e humanizado na sua totalidade.

Faz-se necessário, portanto, que os trabalhadores da EE reconheçam a origem da raiva do indivíduo não a retribuindo ou a levando para o lado pessoal. Dessa forma, o profissional não deve alimentar essa forma hostil de cuidado, mas, antes, buscar compreendê-lo e guia-lo nessa fase ímpar em sua vida, buscando qualidade de vida para si e para sua família.

- *Fase Barganha ou “negociação”*: O indivíduo procura superar seu mal através de promessas, tais como: “Sim, eu”, “mas se eu melhorar vou fazer muitas caridades”. A partir desse momento, surgem promessas, orações, obras de caridade, peregrinações, em busca do resgate da saúde perdida. Entretanto, ao perceberem que tais negociações não produziram resultados, esses indivíduos vivenciam uma fase tão difícil, quanto as anteriores, a depressão. Percebe-se que a maioria das negociações é feita com Deus, em segredo, e por vezes, confessada apenas para um orientador espiritual, ou capelão e, ainda, de modo disfarçado, entre linhas (BETTIOL, 2010).

- *Fase depressão*: A depressão surge quando o indivíduo já não consegue mais negar sua doença e sua situação. Começa a tomar consciência de sua debilidade, percebendo suas implicações. Aparece, então, um sentimento de grande perda. É o sofrimento e a dor psíquica de quem percebe a realidade como ela é realmente, e a constatação de que se nasce e morre sozinho.

Observa-se aqui que a fase da depressão apresenta um quadro clínico mais típico e característico: desânimo, desinteresse, apatia, tristeza e choro. Verifica-se que o indivíduo demonstra grande desinteresse em receber visitas e acompanhar fatos. Sente vontade de se isolar e ficar em silêncio, levando-o a uma interiorização do eu.

O indivíduo passa a relembrar de sua vida, os momentos de fracasso, de culpa e também de aproveitamentos e alegrias. Mostra-se relevante auxiliá-lo a satisfazer suas ânsias

e desejos, bem como estar ao seu lado, podendo contribuir para que ele recupere os valores perdidos. Percebe-se que o indivíduo se encontra em um abismo profundo e a comunicação, muitas vezes, não é efetiva e não há mais lugar para o sofrimento, pois a tristeza torna-se insuportável. Assim, faz-se necessário que os diálogos versem no intuito de levar a sensação de paz a esse indivíduo e buscar saber o que ele realmente quer nesse momento.

- *Fase aceitação*: Nessa última etapa, o indivíduo, aparentemente, já superou as outras fases e passa a aceitar o processo de terminalidade, e tudo que sobrevém com essa aceitação. Salienta-se que a aceitação não é sinônimo de passividade, pelo contrário, é uma atitude ativa, tomada pelo indivíduo fora da possibilidade de cura, que passou a ter uma compreensão de sua vida e que sabe ter chegado o seu momento de partir.

Apesar dessa aceitação, o indivíduo na terminalidade sofre e o seu sofrimento é vivenciado pelos trabalhadores da EE, também, trazendo o medo, evidenciado como um espelho da fragilidade, vulnerabilidade e mortalidade. Tal espelho reflete essa fragilidade da condição humana que não se quer lembrar. Muitos indivíduos enfermos ainda tentam se agarrar a um fio de esperança que lhes resta, mas quando percebem que não parece haver mais recuperação, param de lutar e com o fim da luta, vem o fim da vida (KLUBER-ROSS, 2008).

Portanto, conhecer e saber reconhecer tais fases nesses indivíduos é importante para saber como agir e esperar em sua abordagem. Os trabalhadores da EE e o FC precisam se inter-relacionar com esse indivíduo e ter a sensibilidade e sabedoria de não lhes incentivar esperanças falsas, no entanto, a esperança não deve ser retirada totalmente. Parece algo contrário e, ao mesmo tempo, complementar, pois se faz necessário fortalecer a esperança para que ele viva o máximo possível com dignidade e qualidade de vida nesse final da vida. Dar-lhes esperança do que é possível na sua realidade. Sabe-se que a qualidade de vida é percebida por cada um, na sua individualidade, podendo variar de acordo com suas vivências em cada fase da vida (CELICH et al., 2010).

Ainda, no que tange a estar ciente ou não do diagnóstico de finitude, quando o próprio indivíduo não sabe a verdade, porque o seu familiar não quer que ele sofra com a notícia, ou mesmo porque o profissional não lhe fala a verdade (MORITZ, 2007), ele pode ficar tolhido de exercer sua autonomia em relação às escolhas que quer nesse momento. Muitas vezes, ele já sabe, internamente, do desfecho, mas não o aceita, ou não o aborda por não querer magoar e fazer sofrer seus familiares, que estão ao seu entorno.

Assim, os diálogos precisam vir imbricados com o respeito à autonomia do indivíduo, visto que é relevante discutir as decisões em torno de sua vida e morte, as quais necessitarão ser tomadas, e, portanto, ele precisa opinar, também, quando possível. Assim, se confere, ao

indivíduo, a capacidade de decidir, por ele próprio, o que é bom, agradável, proporcionando-lhe o bem estar e a dignidade que lhe é devida nesse momento (MORAIS, 2010).

Essa autonomia remete à dignidade do indivíduo, como ser humano, capaz de escolher o rumo que quer tomar. Por isso, envolve a capacidade do indivíduo de se autodeterminar, realizando suas escolhas morais relevantes e assumindo a responsabilidade dessas decisões tomadas, a fim de desenvolver livremente sua própria vontade. Por trás da ideia de autonomia, está um sujeito moral capaz de se autodeterminar, traçar planos de vida e realizá-los, principalmente, se auxiliado por um profissional acerca desse direito que possui (MARTEL, 2010).

Sabe-se que existem pedidos e decisões que podem afetar a vida de terceiros e, por sua vez, não serão respeitadas na sua totalidade. No entanto, quando as decisões se referem a escolhas sobre a própria vida ou mesmo existenciais como religião, casamento, ocupações e morte, não se podem tirar dos indivíduos esse direito, correndo o risco de violar sua dignidade e, conseqüentemente, sua qualidade de vida nessa finitude (MARTEL, 2010) A autonomia ou a autodeterminação é compreendida, então, como um direito de ser informado, decidir e escolher; todo ser humano adulto, consciente e ponderado, o possui, ou seus representantes legais, como é o caso de crianças e indivíduos psicologicamente incapacitados (MORAIS, 2010).

Para tanto, não basta garantir a liberdade de escolha, mas antes proporcionar as condições necessárias para o exercício dessa autodeterminação. Aqui, os trabalhadores da EE são fundamentais, pois poderão direcionar e clarear para o indivíduo e seus familiares tais direitos, contribuindo em sua decisão sobre o que realmente é importante no contexto complexo do processo de morte e morrer (MARTEL, 2010).

Quando ocorre a possibilidade de um diálogo sincero, aberto e orientado pelos trabalhadores da EE, acerca das vontades relacionadas à vida e ao processo de morte, tem-se no campo da bioética o chamado “consentimento informado”. Esse repousa sobre a autonomia dos indivíduos que se manifestam na escolha do profissional de saúde que realizará o seu cuidado, na aceitação ou rejeição das medidas terapêuticas propostas, dentre outras decisões (COGO; LUNARDI, 2015).

É importante que os profissionais de saúde ou mesmo o FC, não imponham sua vontade, influenciando as decisões tomadas por esses indivíduos. Essa influência é controlada por meio de um diálogo esclarecido prestado ao indivíduo quanto ao seu diagnóstico, às terapias indicadas, ao prognóstico, aos efeitos colaterais, de forma que o seu consentimento seja baseado em informações inteligíveis (MORAIS, 2010).



Para garantir tal liberdade de escolha, faz-se necessário que haja o dever de informar a real situação ao indivíduo e seu FC, sendo que a natureza e a extensão dessa obrigação dependerão do contexto em que esse indivíduo e seu familiar estão inseridos. Portanto, esse dever do profissional em fornecer informação será o de simplesmente não ocultar determinados fatos, ou, então, munir os indivíduos com dados claros, completos, verídicos e compreensíveis ao seu entendimento, oferecendo caminhos e possibilidades que possam seguir, a partir do diagnóstico (ROCHA, 2011).

Salienta-se que a complexidade das discussões, que envolvem agir em direção ao cumprimento desses direitos humanos, transcende o puro ato de compreender os conceitos, envolvendo uma reflexão sobre as ações e as consequências dessas práticas. Assim, as decisões acerca da luta pela vida ou a morte induzida, o sofrimento ou o alívio da dor são situações que propiciam muitas discussões, exigindo decisões difíceis e que podem ser interpretadas de diferentes formas. Por isso, precisam de espaços para que possam ser julgadas, pensadas e dialogadas, sempre que possível em conjunto- indivíduo enfermo, FC e trabalhadores da EE, na busca de um bem individualizado e ético (JUNGES et al., 2010).

Em casos de sofrimento intenso, mal manejados e solitários, muitas vezes, ocorre a vontade do indivíduo de escolher a morte, enquanto ainda estão lúcidos. Exemplos desse fato são discutidos em jornais, revistas e em obras cinematográfica, sob o nome de eutanásia, ou seja, abreviação da vida com a intenção de não sofrer mais, oportunizando uma morte suave frente a situação intolerável e incapacitante (SAIORON et al., 2014). Tal vontade explícita aparece em filmes, como “As Invasões Bárbaras”, “Mar adentro”, “Menina de Ouro” e “o Escafandro e a Borboleta” (MARTEL, 2010).

São obras que trazem a reflexão da temática morte em uma visão internacional, acerca das escolhas possíveis ao indivíduo em situação de sofrimento profundo, sendo que, no Brasil, a forma de lidar com essa temática ainda é considerá-la como externa ao ser humano, e complexa em sua essência, pois os diálogos entre indivíduos, FC e trabalhadores da EE não se interconectam; cada um vivencia a sua própria solidão. Existe um muro imaginário que separa a vida da morte, não a considerando como parte da vida. É um sentimento de separação, de perda e de esquecimento. A espécie extinta, a “sua” espécie, sua vida, sua família, seus negócios, seus bens, enfim, tudo relacionado ao todo de sua individualidade, o não querer “desaparecer” no nada, no cosmos, não querer ser esquecido (MORIN, 1997).

### 3.3.2 Impacto na vida do FC que vivencia o processo de finitude e suas implicações

O morrer pode ser considerado um fato social, no qual não será acometido apenas o indivíduo que se descobre doente terminal, mas adentra também no âmbito familiar e do profissional que irá cuidar na terminalidade da vida. Pode-se dizer que tormentos, dúvidas e sofrimentos para o indivíduo acometido da enfermidade cessarão em um tempo determinado, enquanto que o período de incertezas, medo e angústia dos seus FC podem estar recém no seu início (SIQUEIRA, 2013).

Quando ocorre o diagnóstico de uma doença incurável, e o indivíduo é sabedor do mesmo, o que geralmente deseja é ser cuidado e ouvido nessa fase complexa que vivencia. Os FC serão de grande importância nesse momento, pois se tornarão o seu principal apoio, principalmente, aquele que assumir a incumbência de tornar-se seu cuidador principal. No entanto, nesse momento, o FC entra em conflito também, precisando se reorganizar psicologicamente e socialmente e, muitas vezes, financeiramente para estar ao lado do seu ente querido e também aceitar a doença terminal no seio de sua família, adaptando-se ao todo complexo dessa descoberta (SOUZA; GOMES, 2012).

Quando se descobre uma doença fora da possibilidade de cura de um familiar, o choque é grande e toda a unidade familiar se mobiliza em direção àquele indivíduo. Nem sempre há a presença física dessas pessoas, mas pensamentos, orações e ligações são constantes nesse período. Comumente, quem vai à frente e fica como cuidador principal é a mulher- mãe, filha ou esposa. Confirmando tal afirmativa, observou-se em estudo com 17 cuidadores familiares, que 11 eram do sexo feminino (SILVA et al., 2012).

Há as questões relacionadas, também, à renda familiar, pois geralmente o indivíduo que adoece é o provedor do lar e, ao estar incapacitado de exercer suas funções, a família precisa se estruturar de outra forma a fim de manter-se. Outro fato comum é o FC parar de trabalhar para se dedicar ao cuidado do indivíduo doente que, ao falecer, deixa um vazio na vida desse cuidador, que precisa se reorganizar não apenas psicologicamente, vivenciando seu luto, mas, muitas vezes, financeiramente, pois precisa voltar ao mercado de trabalho.

Assim, o FC também precisa ser cuidado, atendido e ouvido em seus sofrimentos diante do cuidado de seu indivíduo enfermo. Os sentimentos mais comuns observados nesses FC podem estar relacionados ao choque, ao desespero, ao susto, à revolta e à angústia diante do diagnóstico da doença, responsáveis por gerar um tumulto na sua vida e família (VIEIRA; MARCON, 2008).

Lidar com seu ente querido que foi diagnosticado com uma doença incurável, e com tempo de vida limitado, se torna um fardo, muitas vezes, deveras pesado e difícil de assimilar, principalmente, se esse cuidador decide não dizer a verdade para o seu familiar enfermo acerca de seu prognóstico. Salienta-se que o contexto, também, precisa ser observado, pois “cada um sabe o que quer saber”, e nessa situação de fim de vida, o diálogo e o estar ao lado do indivíduo tornam-se fundamentais.

Buscar descobrir o que gostariam de saber sobre seu prognóstico, sem tentar “adivinhar” o que é melhor para ele nessa fase de sua vida é primordial. Para isso, esse familiar precisa estar atento e disponível a ouvir e entender os desabafos que certamente virão, compreendendo que a raiva não é direcionada a ele, procurando manter-se fortalecido para não adoecer também.

Devido a essa omissão da verdade, ou a diálogos vazios e incertos, esse tempo do indivíduo pode tornar-se um período da vida marcada de ilusões, em que o FC esconde as notícias ruins ao máximo; por sua vez, a comunicação torna-se superficial e solitária de ambas as partes, desconectando a família que precisaria estar mais unida nessa fase. Ainda, conviver cotidianamente com o sofrimento do indivíduo que tem uma doença sem possibilidade de cura traz apreensão e medo nos familiares/ cuidadores que, geralmente, não sabem como agir em situações de urgências (SOUZA; GOMES, 2012).

Dessa forma, é comum esse FC preferir que seu ente querido seja cuidado em uma instituição, pois existem muitas barreiras que dificultam o cuidado no domicílio, comumente, modificando completamente a dinâmica familiar. Nesse momento, os FC precisam se (re) estruturar como família, ocorrendo mudanças e inversões de papéis a fim de realizarem os cuidados ao indivíduo doente (OLIVEIRA et al, 2012).

Assim, uma grande parcela desses cuidadores tem dificuldade para prestar-lhes os cuidados necessários, além de viverem, constantemente, visualizando a pessoa querida em sofrimento, sem recursos financeiros, por vezes, para ajudá-los. Quando os indivíduos enfermos têm o quadro agravado e necessitam de hospitalização, seus FC enfrentam, frequentemente, escassez de leitos para o internamento, falta de recursos para aquisição de medicamentos, carência de informações sobre a maneira de como realizar esses cuidados no domicílio (FONTOURA; ROSA, 2013).

A escolha do local para o cuidado no processo de morte e morrer dependerá tanto do doente quanto da família, bem como do acesso aos serviços de saúde. Verifica-se que as discussões acerca do melhor local para ocorrer o processo de morte e morrer é controversa. Uma grande proporção dos indivíduos doentes prefere vivenciar esse processo em casa, com

seus objetos pessoais e rodeado de amor e carinho de quem ele quer bem. Em contrapartida, os FC optam, geralmente, pelo hospital como espaço mais adequado para o cuidado, mesmo considerando que o domicílio potencializa a qualidade de vida.

Dessa forma, consideram que, no hospital, seus entes queridos estarão sendo melhor assistidos, quanto a medicamentos ou outras intercorrências que venham a surgir quando o fim está chegando. Tang *et al.*, (2005) descreveram o cuidado nos últimos meses de vida de indivíduos que morreram, na sequência de uma doença crônica progressiva em uma população geral de pacientes na Holanda, constatando que os FC sentem uma extrema exigência física e emocional, envolvendo o processo de cuidar na terminalidade em ambiente hospitalar. Essas distintas escolhas entre os indivíduos e FC acerca de onde estar nos momentos finais da vida trazem importantes considerações, demonstrando que tais decisões frente à terminalidade da vida não são eventos isolados, mas dependem da dinâmica e entrosamento familiar.

Frequentemente, esses familiares se sentem perdidos, sem saber o que fazer diante do sofrimento vivenciado com o indivíduo em seu processo de morte e morrer, por isso buscam esconder suas emoções, a fim de amenizar o peso da situação. No entanto, o próprio indivíduo enfermo pode interpretar, de forma errônea, essa atitude, ao considerar que seu FC possa estar mentindo para ele e, assim, passa a não acreditar em tudo que dele ouve, prejudicando suas inter-relações.

Quando em dúvida pelo seu diagnóstico, geralmente, não confrontam seu FC com essas questões, por receio que o mesmo sofra ainda mais ao abordar o tema, ou simplesmente preferem guardar a esperança de que ainda possa existir a cura (FERRÃO, 2008). Salienta-se que o medo da morte é uma resposta racional do ser humano, que está presente constantemente no decorrer do processo de finitude (PENSON *et al.*, 2005).

Nesse ínterim, a formação de vínculos na família é importante, pois dessa forma esses se fortalecem mutuamente, proporcionando uma melhor qualidade de vida a todos os envolvidos. Portanto, frente a esse fato, possivelmente mais fortalecidos, os FC podem ficar receptivos a se instrumentalizar para o cuidado ao seu ente querido. Assim, diante de uma família esclarecida, segura e apoiada, passam a construir subsídios a fim de superar as dificuldades com maior clareza ao longo da progressão da doença, além de proporcionar um apoio mais específico e direcionado ao indivíduo, promovendo a dialogicidade e interligação entre os envolvidos (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Os familiares, por diversos momentos, ao visualizarem seu ente querido em sofrimentos e lutas, podem apresentar comportamentos de difícil aceitação da doença,

manifestando-se como o “luto antecipado”, quando o paciente pode-se apresentar sem expectativas para cura e desesperançado no cuidado (VIERO et al., 2012). Esse fato, muitas vezes, pode gerar o afastamento e a rejeição do FC em estar ao lado no cuidado, podendo ser uma forma de se proteger de todo o sofrimento vivenciado (FONTOURA; ROSA, 2013). Por isso, possivelmente, optam pela escolha do cuidado no hospital, pois a responsabilidade do cuidado não fica somente para esse familiar, mas é dividida com os trabalhadores da EE do hospital.

Assim, sentimentos de culpa, derrota e estresse se tornam mais amenos e suportáveis. Tais comportamentos podem ocorrer, então, devido à sobrecarga a que os familiares estão submetidos, cuidando do indivíduo enfermo, de decisões importantes e de sua própria vida também. Por vezes, o fardo é pesado e sofrido igualmente.

### 3.3.3 Conhecimento e preparação da EE diante do cuidado no processo de morte e morrer

A discussão acerca da morte ainda é um tabu nas unidades onde a mesma está presente, tornando-se motivo de reflexão. Traz medo e angústia ao se pensar na terminalidade e fragilidade da vida, principalmente, quando os indivíduos não procuram a essência e a religação nas relações. Por isso, o trabalhador precisa considerar seu próprio entendimento e preparo para viver sua morte e a dos outros com sensibilidade humana (MONDRAGÓN-SANCHES, 2015).

Os trabalhadores da EE, por ser a categoria profissional que mais convive com o indivíduo hospitalizado e seu FC, tem a oportunidade de conhecer o sentido existencial do adoecimento, demandas e desejos por práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como necessidades frente ao processo de morrer e a morte (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015). Assim, precisam se munir de conhecimentos acerca dos princípios éticos e bioéticos da profissão, além da humanização no atendimento durante esse processo. Em vista disso, faz-se necessário que esses profissionais trabalhem em prol da humanidade, respeitando a dignidade e o direito do indivíduo. (BORGES; MENDES, 2012).

No entanto, observou-se em estudo realizado por Sousa et al. (2009), com 10 enfermeiras, acerca da sua vivência com pacientes com câncer, no que se refere à morte que, apesar da convivência da enfermeira em seu dia-a-dia com essa realidade e por estarem um tempo maior com esses indivíduos, sempre são compartilhados os mesmos conceitos e sentimentos manifestados por muitos: a caracterização da morte como perda, dor, passagem para vida eterna e o fim. Ainda, nesse estudo, foi enfatizado que essas enfermeiras sofrem

mais quando a morte ocorre naquele indivíduo que permaneceu mais tempo hospitalizado ou retornou várias vezes para intervenção na unidade, pois, conseqüentemente, forma-se um vínculo maior, com inter-relações mais efetivas.

Tal situação faz com que, frequentemente, esses profissionais busquem formas de proteção a fim de não sofrerem a cada perda de um indivíduo sob seus cuidados, destacando-se a pouca permanência com os internados na unidade, o diálogo superficial e a fuga com o argumento de que a demanda é grande, não existindo tempo para estar mais perto do indivíduo e seu FC, bem como a adoção de respostas evasivas e de pouca profundidade. Salienta-se que esses subterfúgios, por vezes, são percebidos ou não pelo trabalhador da EE (FONTOURA; ROSA, 2013).

Ao observarem-se comportamentos e cuidados efetuados por esses profissionais para os indivíduos em finitude de vida, observa-se que essa relação parece constituir-se em um fardo, envolta por cenas de sofrimento, medo da morte e sensação de ansiedade. A morte do outro deixa à mercê conflitos internos, com situações existenciais que geram sentimentos de falha, de culpa, por não cuidar adequadamente para a cura, além de, muitas vezes, se verem incapazes de realizar o trabalho, devido à demanda excessiva ou por se sentirem penalizados com a situação (FONTOURA; ROSA, 2013).

Os trabalhadores da EE podem agir em favor desses indivíduos e seus FC quando compreende e aceita a terminalidade da vida, sendo um cuidador proativo, ao desenvolver possibilidades para o indivíduo fora de possibilidade de cura compreender sua doença. Com esse conhecimento, o indivíduo enfermo poderá lidar mais racionalmente com as intercorrências que irão surgir com a progressão da doença, facilitando, assim, uma melhor aceitação na abordagem de cuidado no seu processo de morte (FONTOURA; ROSA, 2013).

Há casos em que atitudes negativas frente ao cuidado nessa fase da vida são causadas pela associação à dor e ao sofrimento; ou porque a morte aconteceu cedo demais, deixando pendências desfeitas ou não resolvidas; ou mesmo pela dor que poderia resultar em outros indivíduos se o diagnóstico fosse revelado claramente ou discutido. (FONTOURA; ROSA, 2013)

Desse modo, faz-se relevante que os trabalhadores da EE, no cuidado dos indivíduos em processo de finitude, elabore, internamente, questionamentos e soluções para o enfrentamento de conflitos no cuidado a esses indivíduos e seus familiares. Esses trabalhadores, como qualquer outro ser humano, um ser multidimensional, constituído por dimensões sociais, culturais, psíquicas e espirituais, vivenciam da mesma forma o sofrimento em relação a essa temática. Portanto, tais dimensões não podem ser desconsideradas ou

desarticuladas do seu processo de cuidar do outro, uma vez que sua percepção e experiência com a morte e o morrer poderão interferir na assistência prestada por esses trabalhadores, não sendo efetiva e adequada ao indivíduo e seu FC nessa fase da vida (KOVÁCS, 2014).

Assim, o cuidado prestado por esses trabalhadores passa a ocorrer de forma técnica e mecanizada, seguindo protocolos da instituição a que pertencem, colocando uma espécie de barreira entre eles e o indivíduo a ser cuidado e seu FC, respondendo apenas o necessário, sem atendê-los de forma humanizada, ficando neutros em todo processo (KOVÁCS, 2014). É fato que, no hospital, a morte está presente e é uma realidade, porém escondida e pouco dialogada entre os profissionais da saúde em geral.

Os trabalhadores da EE vivenciam, no cotidiano, a experiência do morrer, da morte e do sofrimento dos indivíduos sob seus cuidados, mas pouco se discute sobre o processo de cuidar na terminalidade da vida nesses locais, bem como pouco instrumentalizado e discutido acerca do processo de morte e morrer durante a formação acadêmica (FONTOURA; ROSA, 2013).

Salienta-se que os sentimentos de medo, insegurança, em muitos momentos, se tornam uma lacuna no ensino, que não prepara o profissional para a dura rotina dos hospitais, local em que se convive constantemente com o sofrimento. Ainda, observa-se que os trabalhadores da EE não se sentem capazes de dialogar com o indivíduo e seus FC, nessa fase de finitude, bem como despreparados para assisti-los, a fim de auxiliar na satisfação de suas necessidades nessa fase da vida (MACHADO; LEITE, 2006; SOUSA et al., 2009).

Sabe-se que, no período de formação acadêmica e em cursos técnicos de enfermagem, a abordagem do tema morte e morrer é limitada à explicação técnica, gerando dúvidas frente à preparação do futuro enfermeiro e técnicos de enfermagem, em lidar com o processo de morte do indivíduo em finitude de vida e seu FC (KOVÁCS, 2008).

Ocorre uma carência de conhecimento sobre a temática, levando a uma lacuna do ensino proporcionado aos trabalhadores da EE, colocando-os frente à assistência prestada somente com o saber técnico, sem visualizar o saber humano e sensível. Dessa forma, com esse aparente despreparo, evidencia-se uma falta de discussão e reflexão sobre o tema, bem como a adoção de atitudes defensivas que impedem o profissional de enfrentar a morte de modo natural, como parte da vida (SANSÓ et al., 2015).

É importante, também, ser preservada a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem, atentando-se para uma formação específica no processo de morte e morrer, para o seu autocuidado, bem como para estar consciente da limitação de sua existência, sabendo lidar com competência e humanização nesse processo de final de vida. (SANSÓ et al., 2015).

Para tanto, a educação, como área de produção de saberes e práticas pedagógicas relacionadas aos modos pelos quais se ensina e se aprende, torna-se uma ferramenta importante para os trabalhadores da EE nesse contexto, no sentido de se fortalecer e fortalecer o outro. Essa educação produz e detecta processos de ensino-aprendizagem relacionados à vida, à saúde, à doença, à morte, à cultura, à sociedade, aos modos de ser individual e coletivamente (CECCIM, 2008). Por meio da educação, seres humanos têm a oportunidade de se transformar e ser transformados em sujeitos de uma cultura (MEYER, 2012), a cultura da saúde.

Assim, a educação tornou-se um elemento constitutivo da atuação profissional na área da saúde (CECCIM, 2008; MERHY, 1998). Dessa forma, os trabalhadores da EE pode se utilizar desse processo educativo para atuar em prol de indivíduos enfermos, não somente para o restabelecimento da saúde, mas agindo e atuando no sentido de proporcionar qualidade de vida aos indivíduos, aos FC e a si própria.

Sabe-se que esses profissionais vivenciam grandes desafios no seu cotidiano de trabalho; são ocasiões de equilíbrio e de desequilíbrio ao enfrentar o cuidado, durante o processo de morte e morrer, de indivíduos de diversas faixas etárias - jovens, crianças e idosos - que trazem, consigo, uma variada gama de sentimentos e enfrentamentos frente a esses cuidados (BORGES; MENDES, 2012). Por isso, a importância de uma qualificação adequada para a realidade desses profissionais, bem como da educação continuada, para haver diálogo constante acerca dessa temática no ambiente de trabalho, podendo minimizar a angústia, o sofrimento e as dúvidas que aparecem em cada cuidado realizado em indivíduos fora da possibilidade de cura.

### 3.3.4 Enfrentamento/ afastamento dos trabalhadores da EE frente ao cuidado do indivíduo enfermo e seu FC: importância das inter-relações/ interconexão entre as partes

O enfrentamento e/ou afastamento desse profissional ocorrerá a partir de como ele visualiza, existencialmente, o processo da morte. Por vezes, ver-se diante de um indivíduo morrendo lhe acarreta desconforto e angústia, gerados pela visualização de sua própria morte futura, como já discutida anteriormente (BORGES; MENDES, 2012).

É necessário que haja discussão interdisciplinar acerca dos processos de morte e morrer, a fim do profissional entender que é um processo de vida e que precisa ser encarado como tal. Não se pode fugir dela, mas sim buscar compreendê-la e viver com o máximo de qualidade de vida até o fim. Aceitar que a vida tem um fim e que, quando não há mais cura, o



suporte da qualidade de vida precisa ser trabalhado com esses pacientes, compreendendo os benefícios do seu encaminhamento para os CP.

O comunicar-se tem um papel importante em toda relação, proporcionando uma efetiva inter-relação entre a tríade indivíduo em seu processo de morte e morrer, FC e trabalhadores da EE. É por meio dessa comunicação que se compreende e se é compreendido e, quando possível, deixar o indivíduo enfermo expressar suas vontades e sentimentos. A comunicação torna-se um meio de integração e (re)ligação entre as partes envolvidas no processo de morte e morrer.

Observa-se que muitos conflitos são gerados a partir de atitudes não compreendidas ou mesmo de uma reação inesperada de quem recebe a informação. Tais conflitos podem ser melhor administrados se a comunicação efetiva ocorresse. Salienta-se que, na enfermagem, esse ato de se comunicar, seja na forma escrita, falada, nas expressões faciais, na audição e no tato, usados de forma consciente ou não, se tornam imprescindíveis ao lidar com as relações humanas, a fim de fazer-se entender corretamente, sendo considerado um instrumento de cuidado relevante e fundamental. Assim, não se pode esquecer que as mensagens são compreendidas não apenas no que se fala, mas também nos comportamentos (SILVA, 2008).

A comunicação é intrínseca ao comportamento humano e permeia todas as suas ações no desempenho de diversas funções. Dessa maneira, não se pode considerar uma comunicação ou diálogo totalmente objetivo, uma vez que ocorre entre indivíduos com características únicas e diversas, cada qual com suas experiências, cultura, valores, interesses e expectativas. Cada um percebe as mensagens, segundo sua própria percepção. (SILVA, 2008).

Na enfermagem, a comunicação representa uma estratégia de grande importância para a realização de cuidados humanizados e em concordância com as reais necessidades dos indivíduos, principalmente em fim de vida e em CP; quando subsidiada por uma relação de atitude, cooperação, sentimento, sensibilidade e troca, esse instrumento é um importante impulsionador da relação entre o trabalhador da EE, o indivíduo enfermo e o seu FC (CARAPINHEIRO, 1998).

Dialogar acerca da espiritualidade individual nessa fase da vida, geralmente, pode ser algo positivo e auxiliar em um melhor enfrentamento desse tema complexo. Portanto, ao se considerar os aspectos da bioética na preparação dos trabalhadores da EE, pode se acreditar que a espiritualidade pode ser uma grande aliada no trabalho desses trabalhadores. (BORGES; MENDES, 2012).

Nesse contexto, então, o ato de se comunicar vai muito além de palavras e conteúdos, mas antes contempla a escuta atenta, o olhar e a atitude. Pode ser usada de forma terapêutica eficiente para indivíduos que dele necessitem, sobretudo os que se apresentam em fase terminal (RODRIGUES, 2006).

Para um cuidado humanizado e integral, a comunicação/ diálogo franco e aberto são fundamentais, sendo possível realizar o acolhimento, de forma empática, buscando atender as necessidades tanto do indivíduo enfermo, como do seu FC. Assim, os trabalhadores da EE pode atuar sanando dúvidas referentes ao tratamento e diagnóstico, permitindo a participação dos indivíduos nas decisões e cuidados quanto ao tratamento, bem como possibilitando o desenvolvimento da paz e tranquilidade nesse momento sofrido, auxiliando-os a obter um tratamento digno (RODRIGUES, 2009).

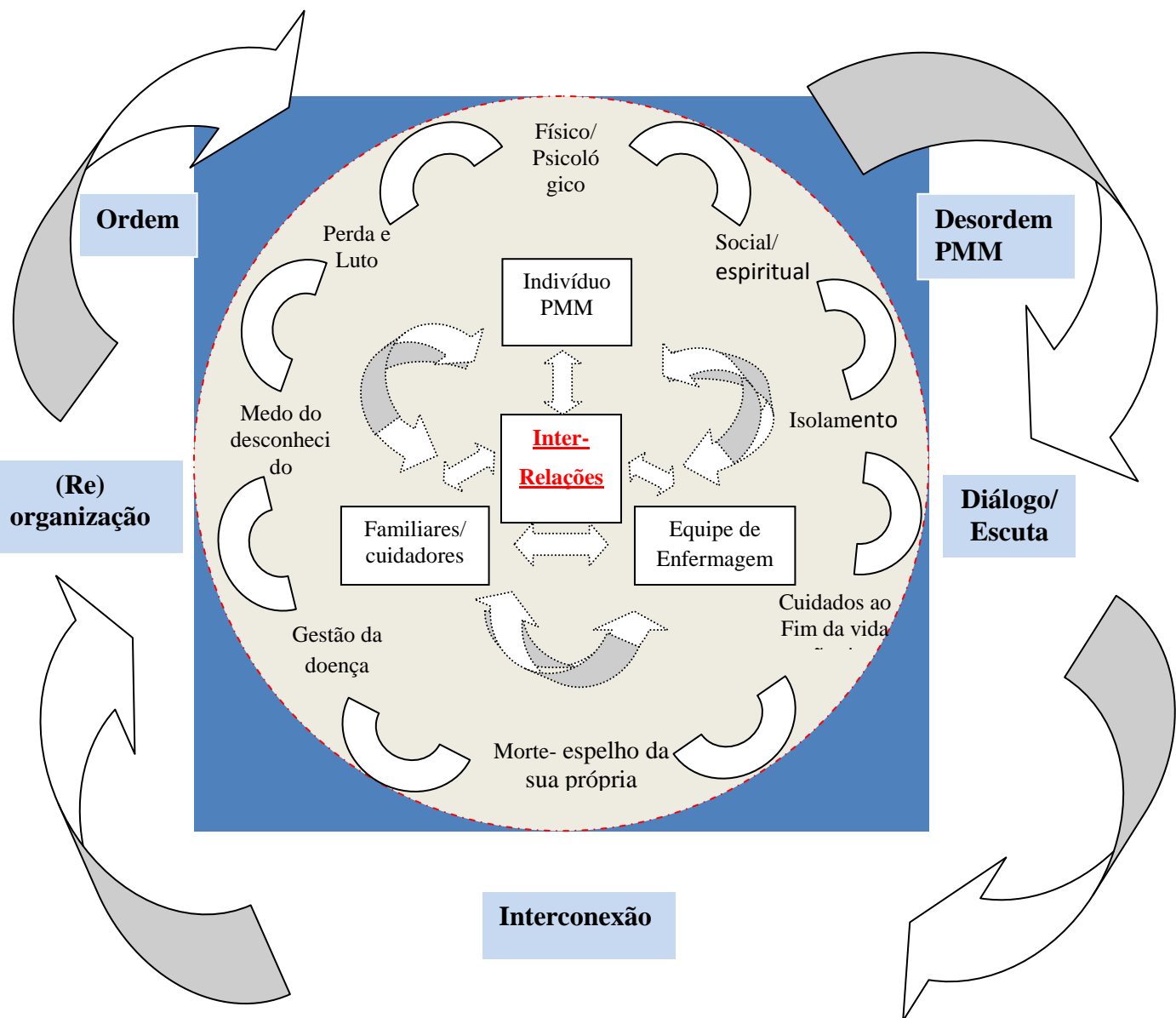
Por fim, a comunicação torna-se essencial para ocorrer a intermediação entre as relações humanas complexas, onde cada um tem um mundo de significações e percepções do todo que o cerca. Dessa forma, possibilita o desenvolvimento da consolidação da autonomia, diante da sua individualidade. Essa comunicação também se constitui em ferramenta diagnóstica e terapêutica, capaz de identificar demandas assistenciais no intuito de acolher terapêuticamente, construindo e fortalecendo vínculos entre os trabalhadores da EE, os indivíduos na finitude de vida e seus FC (RODRIGUES, 2009).

Nesse sentido, por meio da valorização de um diálogo sincero, afetivo e a criação de vínculo com esses indivíduos enfermos e seu FC, trabalhadores da EE podem exercer seu fazer, defendendo a atenção as suas necessidades, anseios e sofrimentos no processo de finitude vivido. Para advogar, o trabalhador necessita reconhecer-se como um advogado do indivíduo enfermo e seu FC, para assim visualizar possibilidades de ações que possam beneficiar aqueles que estão sob seu cuidado. A percepção desse profissional de ver-se como autor na advocacia (VAARTIO et al., 2008; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2015), bem como as ações a serem percebidas, podem ser complexas, pois tais ações não são fixas ou estáticas, vindo a depender de características particulares de indivíduos, organizações, relações, situações clínicas e ambientes de atuação (SIMMONDS, 2008).

Esses profissionais, ao se perceberem como advogados dos pacientes, na perspectiva holística de cuidar do outro, automaticamente passarão a agir em favor desses indivíduos que poderão se sentir mais amparados e com maior autonomia sobre si. Ao exercer tal advocacia, trabalhadores da EE precisam estar atenta a buscar certos cuidados específicos, tais como: cuidado seguro, melhor qualidade de vida ao indivíduo enfermo e a família, autonomia e

satisfação do indivíduo e dignidade de vida, a fim de proporcionar-lhes maior conforto e minimização do sofrimento (THACKER, 2008).

**Figura1:** Representação esquemática do modelo teórico Complexo da pesquisa.



## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

*“A teoria não é nada sem o método [...] teoria e método são os dois componentes indispensáveis do conhecimento complexo. O método é a atividade pensante do sujeito.” (MORIN, 2010, p. 337).*

### 4.1 DELINEANDO O CAMINHO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o caminho metodológico do processo de pesquisa, elaborado com vistas ao alcance dos objetivos propostos para esse estudo, compreendendo os seguintes itens: tipo e local de estudo, informantes do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e aspectos éticos.

#### 4.1.1 Tipo de Estudo

O presente estudo foi desenvolvido a partir da seguinte questão de pesquisa: **Como ocorrem as inter-relações entre a tríade: trabalhadores da EE, o FC e o indivíduo enfermo no processo de morte e morrer, em ambiente hospitalar?** No intuito de responder a essa questão, foi realizada uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa.

Tal abordagem se preocupa com a compreensão dos seres humanos e as relações entre si e o ambiente. Tem por base os conhecimentos construídos que emergem da renovação do olhar lançado sobre as vivências dos seres humanos. É um instrumento que propicia a melhor compreensão do contexto social, cultural, político, histórico dos cenários, nos quais as experiências pessoais ocorrem, com a possibilidade de descobrir significados a partir da compreensão e interpretação de um dado contexto (POLIT; BECK, 2011). Ainda, a pesquisa qualitativa objetiva, ao seu final, a compreensão e reconstrução de conhecimentos existentes sobre temas investigados (MORAES; GALIAZZI, 2011).

O caráter exploratório visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a desenvolver, esclarecer, modificar conceitos e ideias para estudos posteriores, tornando-o mais explícito. Já o caráter descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos, por meio da precisão dos detalhes (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2008).

Diante do interesse em abordar essa questão, buscou-se, então, **compreender como ocorrem as inter-relações entre a tríade: trabalhadores da EE, FC e indivíduo enfermo no processo de morte e morrer, em ambiente hospitalar.** A escolha em realizar esse estudo

junto aos trabalhadores da EE, o FC e o indivíduo enfermo em seu processo de morte e morrer no ambiente da Unidade de Clínica Médica(UCM), exigiu percorrer uma caminhada de inserção e imersão nesse campo de estudo. Possibilitou estar com cada um deles, atentando para o processo inter-relacional entre essa tríade, de sua ocorrência, ou não, podendo compartilhar aflições, incertezas, anseios, sofrimentos e, também, vitórias nesse contexto hospitalar.

Para que isso fosse possível, optou-se pelo referencial teórico da complexidade de Edgar Morin, o qual guiou a pesquisadora em suas reflexões e ações, a fim de articular as incertezas e desordens, nas inter-relações no processo de morte e morrer. Assim, buscou-se recriar novos meios de compreensão do fenômeno estudado.

Dessa forma, esse referencial possibilitou, ainda, pensar nos conceitos sem considerá-los concluídos, de modo a compreender que a multidimensionalidade desses fenômenos faz-se a partir da singularidade e das possíveis interações, relações e associações existentes entre os indivíduos (MORIN, 2013). Assim, para Morin (2010, p.335), *“uma teoria não é o conhecimento; ela permite o conhecimento. Uma teoria não é uma chegada; é a possibilidade de uma partida. Uma teoria não é uma solução; é a possibilidade de tratar de um problema”*.

Nesse sentido, dentre os tipos de abordagem qualitativa existentes, buscou-se, metodologicamente, inspiração no caminho proposto por Madelaine Leininger<sup>2</sup>, na enfermagem. Como já referido, considera-se que o foco do presente trabalho são as inter-relações no processo de morte e morrer entre a tríade, a fim de propiciar um cuidado integral e efetivo a todos envolvidos. Dessa forma, inspirada na etnoenfermagem, optou-se por realizar técnicas de observação e entrevista, as quais ocorreram de forma simultânea e imbricada, a fim de obter uma maior fidedignidade de como ocorrem essas inter-relações nessa fase impar na vida dos indivíduos. Acrescenta-se, ainda, que o ser humano é um ser cultural, que tende a se adaptar ao meio, às suas percepções e necessidades (GRACIA, 2010). Pode-se dizer que, conforme a época e a vida de cada um, essas interações podem ser vistas de formas diferentes, complexas e interdependentes entre os indivíduos envolvidos.

---

<sup>2</sup> A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), proposta por Madeleine Leininger, pressupõe que a visão de mundo dos indivíduos, bem como suas estruturas sociais e cultura, influenciam de maneira significativa suas percepções de saúde ou doença (HENCKEMAIER *et al.*, 2014). Leininger( 1985b), reconhece na etnoenfermagem, um método importante para a obtenção de fatos, sentimentos, percepção de mundo sobre determinada vivência, bem como outros dados que permitam a compreensão de situações e sentimentos reais, verdadeiros e modos de vida no seu cotidiano.

#### 4.1.2 Local do Estudo

Essa pesquisa ocorreu no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU-FURG), mais especificamente na UCM. O HU-FURG é vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e tem por finalidade servir à implementação de Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como, promover e incentivar o desenvolvimento de programas de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde. O HU tem como objetivo a integração do ensino com a assistência em saúde (FURG, 2013).

Desde o ano de 2011, passou a atender os pacientes exclusivamente pelo SUS, contando com recursos oriundos do Programa e Reestruturação dos Hospitais Universitários – REHUF, destinados à infraestrutura de equipamentos de alta tecnologia e obras, com o propósito de proporcionar à população um atendimento de melhor qualidade. Desde 2015, está vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Atualmente, conta com 208 leitos e disponibiliza, além de internações de pacientes, também, consultas ambulatoriais de diversas especialidades (FURG, 2013).

Na condição de hospital geral, mantém atendimento em Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica e Clínica Cirúrgica. Possui, também, Serviço de Pronto Atendimento, Unidade de Terapia Intensiva (Neonatal e Geral) e Centro de Materiais e Esterilização (CME). Dispõe, ainda, de serviços ambulatoriais: Hospital-Dia AIDS, Hospital-Dia Doenças Crônicas, Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE), Centro Integrado de Diabetes (CID), Centro Regional Integrado do Trauma Ortopédico, Centro Regional Integrado de Diagnóstico e Tratamento em Gastroenterologia, Centro de Atendimento de Doenças Renais (Diálise e Hemodiálise), Centro Regional Integrado de Tratamento e Reabilitação Pulmonar, Centro de Imagens e Laboratório de Análises Clínicas e Carga Viral, dentre outros (FURG, 2013).

Em meio a todos os Centros de atendimento e as Unidades supracitadas, escolheu-se, para esse estudo, a UCM por ser o espaço onde ocorre o maior número de internações e interações de indivíduos com diagnóstico de terminalidade de vida, que podem estar acompanhados por seus FC. Destaca-se o fato da pesquisadora já ter realizado pesquisas anteriores com a EE nessa unidade, momento este que começaram a surgir as inquietações para a realização desse estudo, o que facilitou sua inserção novamente no campo (VASQUES et al., 2013). Salienta-se que o fato da pesquisadora ter um conhecimento prévio das características do campo de pesquisa e dos trabalhadores, favorece a pesquisa na perspectiva

da etnoenfermagem, desde que a mesma não possua visões predeterminadas sobre os dados (LEININGER, 1985b; ROSA, 2001).

A UCM é constituída de 49 leitos, sendo dois destinados a isolamento, sete para pacientes com diagnóstico de Aids e os demais leitos estão distribuídos em oito enfermarias com cinco leitos em cada uma, atendendo as seguintes especialidades: pneumologia, neurologia, hematologia, cardiologia e nefro-urologia.

A Unidade possui posto de enfermagem, sala de estoque de materiais, expurgo, sala de descanso de trabalhadores e sala de prescrição. Essa unidade destina-se a pacientes que necessitam de tratamento clínico, com as mais variadas patologias, predominantemente com diagnóstico de doenças crônicas, com diferentes graus de dependência de cuidados de enfermagem.

#### 4.1.3 Informantes do Estudo

Os autores do estudo foram denominados de **informantes**. Na proposta de Leininger (1985), tem-se os **informantes gerais**, escolhidos espontaneamente, conforme sua aceitação e que participaram na fase da observação, cujas ideias contribuíram para estimular a reflexão da pesquisadora acerca da temática do estudo; e os informantes-chave, aqueles com maior potencial para revelar informações consistentes sobre a questão a ser estudada, selecionados pela pesquisadora, dentre os informantes gerais. As informações dos informantes-chave e gerais ajudaram a identificar a diversidade e universalidade de ideias sobre o fenômeno estudado (LEININGER, 1985a).

Assim, os informantes do estudo constituíram-se em trabalhadores da EE e FC de indivíduos em processo de morte e morrer. A opção pelos profissionais da EE como informantes dessa pesquisa, excluindo-se as demais categorias, decorreu do entendimento de que são esses trabalhadores que melhor oportunizam a efetivação e continuidade do cuidado, apesar do reconhecimento de que essa prática não é exclusiva da enfermagem.

Salienta-se que esses trabalhadores, no entanto, são os que mais convivem no decorrer do dia com indivíduos enfermos no seu processo de morte e morrer e seus FC em ambiente hospitalar, sendo possivelmente mais propensos à formação de vínculos e inter-relações entre os mesmos (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011; PUNTILLO; MACADAM, 2006).

Diante disso, os informantes-chave foram escolhidos a partir de alguns critérios, a partir das observações dos informantes gerais:

- **EE**: no mínimo, dois profissionais de cada categoria profissional da enfermagem de todos os turnos de trabalho. Escolheram-se os profissionais mediante sua aparente

manifestação de sensibilidade ou ausência de sensibilidade para tornar menos sofrido o processo de morte e morrer dos indivíduos e seu FC; profissionais que estabeleceram, ou não, inter-relações fundamentadas no diálogo e no vínculo de confiança com os indivíduos em processo de morte e morrer e seus familiares/ cuidadores.

- **FC:** dentre todos os FC, somente foram informantes-chave os cuidadores principais do indivíduo enfermo; FC que demonstraram sensibilidade ou ausência de sensibilidade para tornar menos sofrido o processo de morte e morrer do enfermo; FC que estabeleceram, ou não, inter-relações fundamentadas no diálogo e no vínculo de confiança com os enfermos em processo de morte e morrer.

Dessa forma, foram definidos os informantes gerais que participaram dessa pesquisa: 47 trabalhadores da EE (toda a equipe nos turnos manhã, tarde, noite I e noite II), dos quais 18 foram informantes – chave; e 24 FC dos indivíduos em processo de morte e morrer, maiores de 18 anos, dos quais 15 foram os informantes - chave. Salienta-se que o total de participantes foi determinado pela repetição/saturação dos dados, ou seja, quando a coleta obteve “tudo o que pode ser conhecido ou compreendido por um fenômeno sob estudo” (LEININGER, 1991, p 43).

As entrevistas com os informantes-chave da EE ocorreram durante o expediente, ou imediatamente após o término do plantão, no próprio ambiente de trabalho. Com os FC, optou-se por realizar as entrevistas fora do ambiente hospitalar, no intuito de lhes proporcionar uma maior privacidade e conforto. Portanto, agendou-se, previamente, com os informantes a data e horário, realizando-se individualmente as entrevistas em uma sala da área acadêmica do hospital universitário. Os informantes-chave selecionados foram identificados no estudo, em suas falas, pelas letras EE (Equipe de Enfermagem) e FC (Familiar/Cuidador), seguidas de números arábicos de ordem crescente, conforme ocorreram as entrevistas.

Dentre os informantes-chave da EE, 5 foram enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e 2 auxiliar de enfermagem. Suas idades variaram entre 26 e 52 anos, com tempo de serviço na unidade entre 6 meses a 5 anos e alguns realizam dupla jornada de trabalho ou frequentam curso universitário à noite. Quanto à religião, 7 informaram seguir a doutrina espírita. Salienta-se que a maioria referiu já ter cuidado de indivíduos em seu processo de morte e morrer, inter-relacionando-se com seus familiares em outros ambientes de trabalho.

Dos informantes-chave FC, 3 eram filhas e 2 filhos; 2 enteadas; 1 neta; 1 sobrinha e 1 sobrinho; 1 irmã; 1 nora; 1 ex-esposa e 1 esposa; 1 cuidadora informal não familiar. Suas idades variaram de 20 a 67 anos. Em relação a sua escolaridade, 6 não finalizaram o ensino fundamental; 6 completaram o segundo grau; 2 tem superior incompleto e 1 completou um



curso superior. De acordo com a preferência religiosa, 8 expressou não ter religião, mas acreditam em Deus.

#### 4.1.4 Coleta dos Dados

A implementação desse estudo iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS-FURG), mediante parecer N° 16/2016(ANEXO I), tendo sido realizada de março a Junho de 2016. Inicialmente, foi realizada uma conversa informal em cada turno, com os profissionais da EE e FC de indivíduos em processo de morte e morrer, que estavam internados no momento da realização da coleta. Explicitou-se o objetivo da pesquisa, assegurando o cumprimento dos aspectos éticos envolvidos como o direito à privacidade, a obtenção de sua permissão para o uso do gravador digital, a garantia do sigilo e do anonimato das suas informações.

Foi solicitada a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tanto para a EE (APÊNDICE A), quanto para os FC (APÊNDICE B), por escrito, em duas vias. O TCLE foi assinado pela pesquisadora responsável e pelo (a) participante, solicitando seu consentimento para a divulgação desses dados de forma anônima. Uma cópia foi entregue ao participante e outra ficou com a pesquisadora.

A realização da coleta de dados, como já referido, inspirou-se na proposta da etnoenfermagem, a qual engloba a observação e a entrevista. As observações foram realizadas de março a maio de 2016 , perfazendo um total de 172 h de observação. O período de permanência da pesquisadora no campo, variou entre 4h e 8h diárias de observação. As entrevistas foram realizadas de abril a junho de 2016.

##### 4.1.4. 1 Observações (APÊNDICE C)

Na fase de observação, procurou-se visualizar as inter-relações entre os profissionais da EE, FC e indivíduos em processo de morte e morrer, procurando estar atenta ao modo como os participantes se relacionavam uns com os outros; aos diálogos que estabeleciam; à formação ou não de vínculos de afeto e confiança; às ações e condutas envolvendo o cuidado no ambiente hospitalar; às formas dos trabalhadores da EE desencadearem o processo de cuidado com o FC e com indivíduos em processo de morte e morrer, dentre outros aspectos.

**Primeira fase** – Nesse primeiro momento, conforme propõe Leininger, (1985) fez-se importante observar e ouvir os participantes, buscando uma visão geral, para um melhor detalhamento de todo o contexto observado. Tornou-se essencial realizar uma observação detalhada e documentada, a fim de não haver influência da pesquisadora nos dados obtidos.

Nessa fase, a pesquisadora se inseriu no campo, atenta, ouvindo e observando a dinâmica da unidade, como ocorreram as inter-relações entre os trabalhadores da EE, os FC e o indivíduo em seu processo de morte e morrer. A pesquisadora transitou pela unidade, procurando ter uma visão do todo, entretanto, sem participar dessa dinâmica. Percebeu-se que a presença da pesquisadora gerou, de início, olhares curiosos e desconfiados, por parte dos trabalhadores da EE, sobre qual seria o seu papel no local, mesmo que já tenha sido feito o contato antes de começar a coleta e explicado o objetivo e metodologia do estudo.

No entanto, esse foi o momento da aproximação e, aos poucos, a pesquisadora foi se inserindo mais no campo e no contexto das interações. Já com a maioria dos FC e indivíduos enfermos, percebeu-se certa necessidade, por sua parte, de atenção, escuta e diálogo. Durante as observações, foram registrados os aspectos mais relevantes no diário de campo, e, posteriormente, a pesquisadora afastava-se do contexto para complementar tais registros.

*Segunda fase:* aqui, a observação continuou sendo o foco, porém a pesquisadora já começou a participar de algumas interações. Gradativamente, aproximou-se dos informantes gerais durante as ações em que o cuidado estava sendo realizado, visualizando as inter-relações estabelecidas, a partir dessas ações. No entanto, ainda priorizou-se a observação, participando pouco das discussões, mas estando atenta às expressões, gestos, diálogos, respostas verbais e não verbais, bem como às reações dos indivíduos (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Por diversos momentos, percebeu-se que alguns trabalhadores agiam de forma mais reservada e medindo as palavras quando estavam na presença da pesquisadora. Quando isso ocorria, a mesma esperava um melhor momento e se aproximava, interagindo com a equipe a fim de mostrar o enfoque da pesquisa, que não era de controlar seu serviço, mas de compreender as interações no processo de morte e morrer na unidade.

Outros, no entanto, faziam questão de falar e, na maioria das vezes, criticar determinadas situações. Nesses momentos, buscou-se ouvi-los e tentar se colocar no seu lugar, no intuito de pensar como poderiam reverter determinada situação. A pesquisadora ficou a disposição para escutar, dialogar e auxiliar, quando possível, de forma mais discreta, nos cuidados aos indivíduos internados, aproveitando tais oportunidades para priorizar e observar as interações entre os participantes.

Nessa fase, foi possível, também, conhecer mais de perto a EE, formando vínculos, e interligações com esses e os FC que poderiam fazer parte do estudo. Os FC mostraram-se mais acessíveis. Percebeu-se certa necessidade de atenção, sendo que, por diversas vezes, esses FC choravam, desabafando com a pesquisadora. A partir daqui, a pesquisadora passou a

interagir mais ativamente na unidade, tanto junto à EE, quanto com os FC e o indivíduo enfermo.

**Terceira fase:** nessa fase, a pesquisadora tornou-se uma participante mais ativa nas interações e discussões entre a tríade; a observação passou a não ser a única prioridade, pois se tornou difícil observar atentamente, enquanto se está envolvida nas interações e atividades na unidade (LEININGER, 1985b). No entanto, foram nesses momentos que se pode verificar como ocorriam essas interações entre os participantes, seus sentimentos e significados atribuídos ao lidar com o processo de morte e morrer no ambiente hospitalar. Tal envolvimento possibilitou fortalecer os vínculos e a relação de confiança

Em diversos momentos, a pesquisadora pode presenciar os rounds à beira do leito do indivíduo enfermo e junto a seu FC. Após a saída da equipe médica, a pesquisadora conversava com o FC, percebendo que muitos não entendiam o que lhes era dito, mas mostravam-se envergonhados de perguntar novamente, ficando num mar de incertezas. Procurou-se descrever e documentar as observações evidenciadas, detalhando-as para, em seguida, serem analisadas e interpretadas. Nessa fase, foram identificados os informantes-chave, iniciando-se as entrevistas, a partir das observações realizadas com cada informante.

**Quarta fase:** a pesquisadora realizou observações reflexivas, resgatando os dados já obtidos até o momento, analisando as informações encontradas. Foi necessário estar atenta à influência do pesquisador, de modo a obter ideias mais isentas e honestas possíveis. A pesquisadora precisou estar sensível para saber ouvir e observar nessa fase. A partir das anotações escritas no **diário de campo**, procurou-se analisar o comportamento global dos informantes, tais como: condutas, gestos, mímicas, mudanças no tom da voz, sorrisos, modos de agir; percepções de como os indivíduos interagem: o que é dito ou não dito, o que é feito, ou não, frente às situações, suas reações frente às ações de outros; a expressão de sentimentos, impressões e reflexões.

#### 4.1.4.2 Entrevistas (APÊNDICE D e E).

A partir da terceira etapa do período de observação, utilizou-se, também, a entrevista, a qual permitiu tratar de assuntos pessoais e aprofundar levantamentos realizados nas observações, possibilitando correções, esclarecimentos, garantindo a segurança e fidedignidade dos dados (LEININGER, 1985b).

Salienta-se que a entrevista “carrega em si uma intimidade única que é compartilhada entre o entrevistador e o respondente” (SORRELL; REDMOND, 1995 p. 1118). Acrescenta-se, ainda, que certas informações que mexem com as emoções e sentimentos dos indivíduos

não puderam ser discutidas mediante a aplicação de um questionário, pois muitas vezes foram acompanhadas de fortes emoções, e com isso poderia não se ter um apoio ou cuidado necessário nesse momento.

Foi relevante a pesquisadora favorecer esse momento de intimidade, planejando previamente e de modo individual cada entrevista, estabelecendo um ambiente de confiança e harmonia. Assim, também, como forma de manter a atenção do participante, a pesquisadora buscou estratégia, como: movimentar a cabeça em sinal de compreensão, olhar atentamente, promover uma maior aproximação com o indivíduo, bem como favorecendo seu interesse no contexto da entrevista (SORREL; REDMOND, 1995).

Cabe ressaltar que a maneira como os indivíduos falaram sobre suas vidas foi bastante significativa e expressiva; a linguagem verbal e não verbal que utilizaram revelou o mundo que vivenciavam, e a forma como veem as pessoas e os fatos ao seu redor (GILLIGAN, 1982). Dessa forma, é fato que a forma de se expressarem, se portarem, diante da entrevista constituiu conteúdo a ser observado nessa etapa/fase da entrevista (SILVEIRA et al., 2009).

Cabe destacar que, para melhor obter os dados da pesquisa, optou-se pela entrevista semiestruturada, na qual as questões foram elaboradas para obter conhecimento acerca do que foi percebido nas observações, mediante o detalhamento do relato de vivências e contextos específicos e gerais dos informantes. Assim, a entrevista possibilitou interpretar ações e significados, além de aproximar ideias sobre os comportamentos e as respostas obtidas nas observações (LEININGER, 1985b).

Foi importante, primeiramente, que a pesquisadora pensasse como reestruturar as questões, pois apesar dos questionamentos iniciais, no decorrer das observações, surgiram algumas novas perguntas, que serviram para melhor apreender as percepções e significados atribuídos pelos informantes. Dessa forma, as informações obtidas anteriormente nas observações, puderam ser validadas com os informantes-chave, no momento da entrevista (SILVEIRA et al., 2009). As entrevistas tiveram duração, em média, de 40 a 75min.

Salienta-se que, no decorrer das observações, houve alguns óbitos de indivíduos que estavam internados na unidade. Apesar desses óbitos, foi necessário contatar alguns FC, de modo a resgatar sua participação como informantes-chave. Considera-se ter alcançado um retorno muito bom, pois os FC pareciam precisar de atenção; muitos agradeceram à pesquisadora por poderem desabafar e conversar sobre sua dor. Foi possível, ainda, conhecer como ocorreu o processo de reorganização desses FC na fase do luto.

#### 4.1.5 Análise dos Dados

Inspirada na proposta de Leininger (1991), a pesquisadora analisou os dados coletados a partir de quatro fases de observação e uma de entrevista, utilizando-se critérios de pesquisas qualitativas (LEINIGER, 1991). O processo de análise incluiu o que foi observado pela pesquisadora e o que foi expresso pelos informantes nas entrevistas, bem como, a compreensão obtida pela pesquisadora. Em todo o processo de coleta e análise dos dados, buscou-se o norte a partir das concepções teóricas da complexidade de Edgar Morin, para compreensão das inter-relações, das rupturas ou interligações, das conexões, ou não, no processo de morte e morrer na UCM. A análise ocorreu concomitantemente à fase de coleta dos dados, contemplando-se essas quatro fases (SILVEIRA et al., 2009). Salienta-se que, apesar dessa divisão, tais fases não foram estanques; inter-relacionaram-se num movimento de ida e vinda de modo imbricado. Assim, o processo de análise pode ser explicado em quatro fases:

**Primeira fase:** ocorreu simultaneamente à coleta das informações, durante a observação não participante e participante, e a documentação dos dados brutos, utilizando-se dos registros realizados no diário de campo. Nesta fase, foram analisados os dados relacionados aos informantes gerais, a partir das suas inter-relações implementadas, identificando-se possíveis significados atribuídos por eles no processo de morte e morrer. Assim, com a organização dos dados e as interpretações da pesquisadora, foi possível identificar os indivíduos que poderiam fazer parte do estudo como informantes-chave, ou seja, aqueles escolhidos dentre os informantes gerais, trabalhadores da EE e FC, que atenderam os critérios de inclusão (SILVEIRA et al., 2009).

**Segunda fase:** Os dados foram estudados para descobrir diferenças e semelhanças frente ao modo como os participantes do estudo expressavam suas ações, visões de mundo, significados e valores nas suas inter-relações no processo de morte e morrer vivenciado na UCM. Dessa forma, a partir dos significados e dos comportamentos, atitudes e diálogos predominantes nas inter-relações, bem como das interpretações e valores atribuídos pela pesquisadora, os dados foram classificados em subcategorias. Posteriormente, foram caracterizados os componentes das categorias da análise.

Utilizou-se um roteiro de entrevista, abordando questões mais gerais e, também, com situações específicas a cada informante-chave, de acordo com as observações previamente realizadas. Assim, cada trabalhador da EE e o FC selecionado para a entrevista foi questionado, a partir das observações de suas inter-relações nesse ambiente da unidade. Os

entrevistados foram estimulados a expressar suas percepções, vivências, valores e sentimentos frente à finitude da vida (SILVEIRA et al., 2009).

Ainda, cada informante chave foi instigado e estimulado a responder sobre questões que envolviam as inter-relações complexas existentes entre a tríade no ambiente da UCM: Como vinham interagindo com o indivíduo enfermo? Vivenciavam dificuldades e facilidades na interação no processo de morte e morrer dentro do hospital? Como são suas inter-relações com os FC? Com os trabalhadores da EE? Como veem o seu próprio processo de morte e morrer, os diálogos, atitudes e ações frente essa temática?

**Terceira fase:** Ocorreu após a realização das entrevistas. Essa fase caracterizou-se pela identificação de comportamentos e ações, além da análise contextual dos dados obtidos nas entrevistas, comparando-os e organizando-os, concomitantemente, com as subcategorias anteriores. Nesse sentido, foi possível descobrir as repetições de comportamentos e significados estruturais, evidenciando-se as temáticas mais significativas, dentre as que foram abordadas, de modo a resgatá-las e aprofundá-las, com os informantes.

A validação dos dados ocorreu mediante a apresentação das interpretações, componentes ou subcategorias para os informantes-chave, discutindo-se e refletindo-se sobre os achados. Nesse processo, alguns informantes contribuíram com informações complementares, enriquecendo ainda mais o estudo.

A validação, permitiu, também, evidenciar os comportamentos recorrentes e a consistência e credibilidade das informações, compondo-se, assim, as categorias (SILVEIRA et al., 2009).

**Quarta fase:** Nesse momento, foi possível construir a síntese dos dados, abstração das categorias e formulações teóricas referentes ao tema. Essa fase exigiu, da pesquisadora, síntese de pensamento, abstração e descoberta de temáticas relevantes, com análise criativa de dados das fases anteriores. Procedeu-se à reflexão dos achados, comparando-os com a literatura, com possíveis formulações teóricas e recomendações, sem a pretensão de esgotar a temática. (SILVEIRA et al., 2009).

#### 4.1.6 Aspectos Éticos

Foram respeitados os aspectos éticos conforme as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Inicialmente, foi solicitada a autorização do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (APÊNDICE F), a permissão da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (APÊNDICE G), para conceder ciência da

realização desta pesquisa. Nesses documentos, foram especificados o objetivo, a metodologia, os riscos e os benefícios dessa pesquisa de modo breve, resguardando todos os envolvidos na pesquisa com compromisso com a ética.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS – FURG) a fim de apresentar a proposta de pesquisa e obter a aprovação para o seu desenvolvimento (ANEXO I). Assumiu-se o compromisso de cumprir com o rigor científico de uma pesquisa qualitativa, respeitando os preceitos éticos previstos por Leininger, na etnoenfermagem, em todas as etapas do estudo, para que seus resultados possam ser publicados com credibilidade.

Os critérios de inclusão para os informantes-chave restringiram-se a:

- Profissional de enfermagem: ser trabalhador da enfermagem da UCM, estar atuando com indivíduos fora de possibilidade de cura, ter experiência de, no mínimo, três meses de atuação na UCM.

- FC: ter mais de 18 anos, ser o cuidador principal (o cuidador que permanece mais tempo responsável pelo cuidado); saber o diagnóstico de terminalidade.

Excluíram-se dessa pesquisa os profissionais com contrato de prestação de serviços ou recibo de pagamento de autônomo (RPA); que estivessem em férias ou em licença saúde no momento da coleta dos dados e que não aderissem à proposta da pesquisa. Em relação aos FC, foram excluídos os cuidadores eventuais, ou seja, os que permaneceram menos tempo dedicados ao cuidado no hospital e aqueles que não aceitaram à proposta do estudo.

Assumiu-se o compromisso de desenvolver a pesquisa, conduzindo-a conforme os parâmetros éticos e legais, utilizando os dados obtidos exclusivamente para os fins previstos no protocolo e comprometendo-se a publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.

Os dados das entrevistas foram registrados através de gravador digital, armazenados em CDs e, juntamente com os TCLE, serão guardados por cinco anos para que se assegure a validade do estudo, tendo ficado sob a confiança da pesquisadora responsável durante o processo de coleta e análise dos dados. Após, foram arquivados em caixa lacradas e guardadas no NEPES sob a supervisão da pesquisadora responsável pelo estudo. Assumiu-se o compromisso com a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A fim de responder a questão de pesquisa, alcançar o objetivo e defender a tese proposta, procedeu-se à releitura dos dados sob o olhar complexo de Edgar Morin, juntamente com outros autores pertinentes que contribuíram para a pesquisadora atingir o propósito da presente tese. Assim, os resultados e as posteriores discussões deste estudo são apresentados no formato de três artigos. O primeiro sob o título “Relação dialógica complexa no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar”, correspondendo ao primeiro objetivo dessa tese. O segundo, “Inter-relações no processo de morte e morrer no hospital: olhar do familiar/cuidador”, correspondendo ao segundo objetivo da tese e o terceiro: “(Re)pensando inter-relações complexas do cuidado no processo de morte e morrer: ótica da equipe de enfermagem”. Salienta-se que os artigos estão elaborados nas normas dos respectivos periódicos que serão enviados: o primeiro para a Revista Latino Americana de Enfermagem (RLAE), o segundo para a Revista Avances em Enfermería, e o terceiro para a Revista Gaúcha de Enfermagem(RGE).



## 5.1 ARTIGO 1

### RELAÇÃO DIALÓGICA COMPLEXA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER EM AMBIENTE HOSPITALAR<sup>3</sup>

Tania Cristina Schäfer Vasques<sup>4</sup>; Valéria Lerch Lunardi<sup>5</sup>; Rosemary Silva da Silveira<sup>6</sup>

#### RESUMO

Objetivo: conhecer como ocorre a relação dialógica entre os trabalhadores da equipe de enfermagem, familiares cuidadores e indivíduos no processo de morte e morrer em ambiente de cuidado. Método: Estudo qualitativo, inspirado na etnoenfermagem de Leininger, realizado por meio de observações e entrevistas, no período de março a junho de 2016. Participaram, como informantes gerais, 47 trabalhadores da equipe de enfermagem e 24 familiares/cuidadores. Desses, foram selecionados 18 trabalhadores da equipe de enfermagem e 15 familiares/cuidadores, como informantes-chave, com maior potencial para revelar informações consistentes sobre a temática, sendo objeto da entrevista. Resultados: Delimitaram-se as categorias: - Inter-relações no ambiente hospitalar: o olhar sobre o processo de morte e morrer do outro e de si, com a ruptura dos diálogos, resistência e incertezas em reconhecer o processo de morte e morrer do indivíduo; e, estratégias recursivas para um repensar relacionado ao processo de morte e morrer, focando empatia, solidariedade e resistência ao diálogo ou comunicação entre as partes.

---

<sup>3</sup> Artigo submetido para a **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/rlae/pinstruc.htm>

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Rio Grande, Brasil. E-mail: [taniacristina9@yahoo.com.br](mailto:taniacristina9@yahoo.com.br)

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Brasil. E-mail: [vlunardi@terra.com.br](mailto:vlunardi@terra.com.br)

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. E-mail: [anacarol@mikrus.com.br](mailto:anacarol@mikrus.com.br)

Conclusão: Reitera-se a importância da capacitação da equipe de enfermagem para assumir o cuidado aos seres que vivenciam o processo de morte e morrer como uma necessidade não apenas organizacional, mas ética.

**Descritores:** Morte; paciente terminal; enfermagem; inter-relação, família.

**Descriptors:** Death; terminal patient; nursing; Interrelated family

**Descriptores:** la muerte; paciente terminal; enfermería; interrelación, familia

### **Introdução**

A morte não é mais considerada uma fase da vida, algo intrínseco ao ser humano, mas sim um acontecimento traumático, triste, provocando sentimento de perda tanto para o indivíduo em processo de morte e morrer, quanto para sua família.<sup>1</sup> Comumente, inexistente o diálogo franco, efetivo e aberto entre todos os envolvidos que vivenciam o processo de morte e morrer: familiares/cuidadores (FC), trabalhadores da equipe de enfermagem (EE) e o próprio indivíduo enfermo.<sup>2-3</sup>

Assim, identificam-se rupturas nas relações, possíveis falhas de comprometimento emocional e distanciamento de situações que promovem diferentes sofrimentos como o medo de sua própria morte ou da morte do outro, como espelho da sua própria.<sup>4-6</sup> A ausência do diálogo e de sinceridade na comunicação entre as partes envolvidas no processo de morte e morrer, ou seja, quando a morte é encoberta ou escondida por meio de discursos como: “está tudo bem”, “logo você irá melhorar”, alimentam certa hipocrisia e ilusão da cura, corroborando com tal ruptura.<sup>7</sup>

A vida e a morte não deveriam ser pensadas de modo separado e excluyente, assim como ordem e desordem não devem ser pensadas separadamente, mas como um par que, na sua relação dialógica, produz infinitas configurações e modificações do real, sua reorganização.<sup>8</sup> O princípio dialógico de Morin une dois princípios que aparentemente

deveriam se excluir reciprocamente, indissociáveis em uma mesma realidade; prevê a complementaridade antagônica que caracteriza a coexistência complementar do que é inconciliável. Uma ilustração disso é a fórmula de Heráclito: “viver de morte, morrer de vida”.<sup>9</sup>

Deve-se conceber uma dialógica ordem/desordem/organização, desde o nascimento do universo por encontros aleatórios das diversas formas.<sup>10</sup> Dessa forma, entende-se dialógica como uma unidade complexa entre duas lógicas, entidades ou substâncias complementares, concorrentes e antagônicas que se alimentam, se completam, mas também se opõem e combatem.<sup>8</sup>

Nesse sentido, um estudo com profissionais da saúde ratificou a existência da busca incansável pela cura, por meio de um cuidado fragmentado e isolado. A importância do preparo profissional para atuar na finitude da vida, desde sua formação acadêmica, é destacada. No decorrer do exercício profissional, depararam-se com o enfrentamento da morte, reconhecendo-se desqualificados para tal, provocando entraves nas relações entre si, com os indivíduos enfermos e seus FC.<sup>2</sup>

Ainda, pela usual inexistência de orientação profissional nas instituições para como cuidar nessa fase da vida, podem ocorrer decisões isoladas e particulares, de acordo com a percepção de cada um diante da finitude da vida. Geralmente, a equipe médica decide, sem prévia discussão com os trabalhadores da EE e os próprios atores do processo de finitude: o indivíduo e seu FC.<sup>11</sup>

A família é o primeiro contato de interação e socialização do indivíduo, com laços que irão perdurar ao longo da vida. Quando uma doença se instaura, todo o conjunto familiar sofre juntamente. Considera-se o FC como o principal elo do indivíduo enfermo com a equipe de saúde e, especificamente, com a EE, pois é ele que busca satisfazer as necessidades de seu

ente querido.<sup>12</sup> No entanto, desconhece-se como as relações entre os trabalhadores da EE, o indivíduo em seu processo de morte e morrer e seus FC vem sendo empreendidas.

Assim, têm-se como objetivo: **Conhecer como ocorre a relação dialógica entre os trabalhadores da EE, FC e indivíduo no processo de morte e morrer em ambiente de cuidado.**

### **Metodologia**

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, metodologicamente, inspirado no caminho proposto por Leininger,<sup>13</sup> a etnoenfermagem, utilizando-se, como suporte teórico, a complexidade de Morin. Realizaram-se técnicas de observação, entrevista e análise dos dados, de forma simultânea e imbricada. A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Universitário do interior do Rio Grande do Sul, mais especificamente na sua Unidade de Clínica Médica (UCM), no período de março à junho de 2016.

Após o convite, explicitação do objetivo e metodologia do estudo e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 47 trabalhadores da EE e 24 FC de indivíduos em processo de morte e morrer, foram os informantes gerais da pesquisa, definidos espontaneamente, conforme a aceitação e adesão ao estudo.<sup>13</sup>

A opção pelos trabalhadores da EE como informantes decorreu do entendimento de que são os que melhor oportunizam a efetivação e continuidade do cuidado, apesar do reconhecimento dessa prática não ser exclusiva da enfermagem. Desses participantes, 18 trabalhadores da EE e 15 FC constituíram-se em informantes-chave, conforme preconiza Leininger (1985a), são os participantes com maior potencial para revelar informações consistentes sobre a temática, sendo objeto da entrevista.

A definição desses participantes ocorreu na terceira fase da observação. Como critério de inclusão dos informantes-chave, a pesquisadora, escolheu a partir da identificação da sua sensibilidade ou ausência de sensibilidade para tornar menos sofrido o processo de morte e

morrer. Especificamente, para a EE, selecionaram-se, no mínimo, dois profissionais de cada categoria de todos os turnos de trabalho e para os FC, somente cuidadores principais do indivíduo enfermo. O total de participantes foi determinado pela repetição/saturação dos dados.<sup>14</sup>

A coleta de dados iniciou pela observação das inter-relações entre os trabalhadores da EE, FC e indivíduos em processo de morte e morrer, atentando aos diálogos construídos; à formação ou não de vínculos de afeto e confiança; às ações e condutas de cuidado da EE e dos FC, dentre outros. Ao final de cada período de observação, a pesquisadora anotava as observações relevantes em um diário de campo. Foram computadas 172 h de observação, salientando que a pesquisadora teve um contato prévio com os informantes do estudo, a fim de explicitar os objetivos da pesquisa e como ocorreriam, já obtendo o consentimento Livre e Esclarecido dos mesmos.

Realizaram-se quatro fases de observação (não participante; pouca participação, com o enfoque na observação; mais participação e menos observação; e, reflexiva), uma fase de entrevista (realizadas individualmente e as questões foram geradas a partir das observações realizadas, resgatadas na entrevista. Estas foram gravadas e tiveram duração de 40-75 minutos) e quatro fases de análise simultânea (após a primeira e segunda fase da observação-analisado os informantes gerais, a partir de suas inter-relações com o FC e seu indivíduo em processo de morte e morrer e os diários de campo, já sinalizando os possíveis informantes-chave; a segunda fase de análise ocorre após a terceira observação, em que por meio dos critérios de inclusão, os informantes –chave foram escolhidos para realizarem a entrevista e a classificação das subcategorias.

Ocorreu após a entrevista- identificação de comportamentos e ações, além da análise contextual; e, síntese dos dados, abstração das categorias e formulações teóricas referentes ao

tema).<sup>14</sup> Assim, o processo de análise incluiu o que foi observado pela pesquisadora e o que foi expresso pelos informantes nas entrevistas.<sup>15</sup>

Salienta-se que a validação dos dados ocorreu mediante a apresentação das interpretações, componentes ou subcategorias para os informantes-chave, discutindo-se e refletindo-se sobre os achados. Nesse processo, alguns informantes contribuíram com informações complementares, enriquecendo ainda mais o estudo. Tal validação permitiu também evidenciar a consistência e veracidade das informações, compondo-se, assim, as categorias do estudo.<sup>15</sup>

O processo de coleta dos dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS), mediante o parecer 16/2016.

## **Resultados**

A partir do processo de análise, geraram-se constructos teóricos que conduziram à delimitação das categorias: Inter-relações no ambiente hospitalar: o olhar sobre o processo de morte e morrer do outro e de si e Estratégias recursivas para um repensar relacionado ao processo de morte e morrer.

### **INTER-RELAÇÕES NO AMBIENTE HOSPITALAR: O OLHAR SOBRE O PROCESSO DE MORTE E MORRER DO OUTRO E DE SI**

A presente categoria aborda as dinâmicas em direção às certezas e incertezas geradas nas inter-relações da tríade no processo de morte e morrer no ambiente hospitalar, discutindo-se rupturas nos diálogos e resistências/incertezas em aceitar a terminalidade da vida.

#### **Ruptura dos diálogos: o silêncio sofrido**

Ao abordar as questões de morte e morrer, um tema dialógico, complexo e multidimensional, várias interpretações surgem devido às incertezas e, muitas vezes, ao medo do desconhecido. São sentimentos de perda, de deixar coisas para trás, a própria humanidade do ser. É a certeza de uma incerteza que paira na mente/imaginário do indivíduo, pois agora

se tem vida, a que todos conhecem e construíram, e depois, o que virá? Incertezas, obscuridade e, muitas vezes, a esperança de que algo melhor virá depois da morte.

Faz-se necessário discutir e inter-relacionar a si e ao outro nesse processo de finitude no ambiente hospitalar. Os trabalhadores da EE manifestaram dificuldades em responder aos questionamentos dos pacientes e de FC. Entendem que essa não seja sua atribuição e temem possíveis repercussões distorcidas. *Porque na realidade são eles (médicos) que têm que informar. Não é a gente, a gente não tem que estar informando para que serve, por que está sendo feito aquilo ali. São eles! e isso acontece muito, com 99% dos pacientes (EE4) Se o familiar pergunta, para não dar problema, porque às vezes tu fala uma coisa e eles interpretam outra, e também por vezes usam como diagnóstico, eu digo pra eles falarem com o médico(EE13) Por vezes pergunto algo com relação a doença dele para elas(EE) e elas se esquivam, pedem para eu conversar com meu médico(FC8)*

Na ótica dos trabalhadores da EE, existe um distanciamento/ruptura nos diálogos entre o indivíduo e seu FC com o médico responsável pelo seu tratamento, possivelmente pelo modo como o trabalho desses profissionais está organizado: *Eu acho que se o médico José começou o teu tratamento, então o médico José termina o tratamento. Não, mas, daí, o José começa e a Maria pega no meio e vem a Lucia e termina o tratamento. Além disso, perguntam muito quem é seu médico: 'Ah é um barbudo, ah é um assim é um assado, de manhã veio um e agora de tarde veio outro'(EE5) Por vezes fico confusa e com medo, porque troca muito os estudantes e residentes, né? e o médico mesmo, vem uma vez no dia e depois a gente não encontra mais e os estudantes(residentes) não é tudo que sabem responder ( FC2)*

A ausência de uma rotina de comunicação entre a equipe médica e os FC; desorganizações familiares na comunicação entre si, especialmente no que se refere ao prognóstico, se refletem na ruptura dos diálogos: *Eu acho que os familiares precisariam ser mais esclarecidos, terem um horário para conversar com a equipe médica. Eles (médicos) não vem num horário determinado e o acompanhante, muitas vezes, não está naquele momento que ele vem, daí eles (os FC) comentam... 'mas ele falou com a minha irmã e eu queria saber...' Fala com a irmã né?, a tua irmã tem que te passar ou então tu tens que estar ali 24h(EE16)*

### **Resistência/incerteza de reconhecer o processo de morte e morrer**

Os trabalhadores da EE e os FC manifestaram dificuldades em aceitar a terminalidade da vida e, conseqüentemente, de dialogar e interagir no processo de morte e morrer, reconhecendo incertezas, das equipes médica e de enfermagem, quanto ao momento adequado para considerar o paciente como terminal: *Às vezes, os médicos fazem um milhão de exames e não descobrem o diagnóstico(EE5). Dificuldade de bater o martelo e aceitar que é terminal: paliativo só quando está vendo mesmo que o paciente é terminal e quando já está inconsciente, geralmente, já não se conversa mais(EE6) A gente tem esse pensamento, esse olhar, quando é leigo. Que vai ficar bom, mas hoje que sou da área da saúde, sei que ela (a mãe) não iria ficar boa, independente de ir pra UTI ou não, o final iria morrer. Não ia mudar, por ela ter ido para a UTI; Mas a gente achava que ia ser melhor (EE13) E a doutora disse ‘ah, isso aí (CA maligno) a gente ainda não sabe’. Então quer dizer, se eu deixasse dizer desde o início que era Ca o do meu irmão, já tinham matado ele, por uma coisa que não tinham certeza e os exames continuam (FC7)*

Também, a revelação, ou não, do diagnóstico de terminalidade e o modo de fazê-lo podem dificultar o processo inter-relacional entre os indivíduos e a aceitação do processo de terminalidade: *Não queria dizer o diagnóstico para ele, daí elas(residentes) me acuaram, queriam dizer para ele. Eu tenho certeza que se ele soubesse que iria morrer, viveria só sofrendo, chorando, não ia querer a ajuda de mais ninguém e eu sou da opinião que se tu já estás com uma doença ruim, já está para baixo, aí vem alguém e te empurra para o fundo do poço (FC7) Nada como acontece aqui, de tu chegar e despejar em cima do paciente e da família tudo ao mesmo tempo e quando vê vira um tumulto assim(EE15) Aí ele (médico) falou assim, bem na minha cara: ‘Porque o caso dela é grave e a gente vai tentar fazer tudo pra reverter, mas só que as possibilidades são mínimas’, bem assim ele me disse! Depois a médica teve lá e falou mais gentil comigo (FC11) Muita coisa não poderia ser comentado perto dela como eu vejo que as pessoas chegam ali perto e perguntam: é mesmo câncer que ela tem?.poxa, ela ainda tá ouvindo,está ali(FC3)*

Foram identificados dois perfis de FC: os que parecem aceitar a situação de finitude - mais presentes, possibilitando diálogo, proximidade, interação; e os que apresentam dificuldades - mais ausentes, com manifestações de revolta e exigência de cura: *O residente conversou comigo explicou toda a situação dela e eu já vinha me preparando, desde o ano passado a gente já sabia que o problema dela estava avançado, uma hora ia chegar o fim mesmo e eu desde lá pedi ao médico, ‘eu só não quero sofrimento, não quero Unidade de tratamento Intensivo (UTI)’ (FC12) Quando o FC não aceita o*



*que está acontecendo e não quer que a pessoa morra, exige da equipe que salve seu ente querido. Essa relação é mais dificultada, pois eles culpam muito a EE, se tornam muito solicitantes e inconformados (EE12)*

## **ESTRATÉGIAS RECURSIVAS PARA UM REPENSAR RELACIONADO AO PROCESSO DE MORTE E MORRER EM AMBIENTE HOSPITALAR**

Nessa categoria, buscou-se apresentar estratégias recursivas dos trabalhadores da EE e dos FC de como lidar com a dor, frente às certezas e incertezas na inter-relação que existe no processo de morte e morrer no ambiente hospitalar.

Dentre as estratégias adotadas, algumas parecem contribuir para o alívio de quem vivencia o processo de morte e morrer: a solidariedade, a descontração, a empatia, o ânimo, a religiosidade e a instrumentalização para o cuidado: *A gente chega, se apresenta e explica que qualquer coisa que precisar pode te procurar e que de tal hora a tal hora tu é responsável por aquele familiar, o paciente que tá ali. Então isso aí já dá um certo conforto para eles, se sentem mais protegidos(EE1) As pessoas dizem: 'Ai tu é tão boazinha enfermeira!' E eu digo:é só tu te colocar no lugar do outro (EE5) A gente tenta interagir com eles, aliviar um pouco a situação, distrair eles, conversando, e às vezes até um ombro para chorar, faz parte(EE2) Em alguns momentos o atendimento foi muito bom, tinha 1 ou 2 que ele adorava, quando chegavam lá conversavam, descontraíam e ele brincava também com elas, no momento de lucidez(FC6) A pessoa que crê em Deus, tem fé, ela aceita o sofrimento melhor, ela encara com mais realidade (FC9) Sempre digo pra eles se manter com fé, se ele tem uma religião, se, falo muito também que eles não precisam sentir dor (EE17) A técnica me disse: 'eu vou te ensinar por que assim vai ficar mais fácil pra ti cuidar dela, vai ficar melhor, tu não vai ficar doente também'(FC10)*

Em contrapartida, dentre as estratégias adotadas que, aparentemente, parecem dificultar o enfrentamento do processo de morte e morrer, destaca-se o afastamento dos indivíduos em situação de terminalidade e a negação da terminalidade, por parte dos FC: *Não sabemos como interagir, adentrar nesse momento da vida, acabamos nos afastando e priorizando (dando atenção) os pacientes que tem cura (EE12) Tu só fica no ah é, ah é, tu vai falar o que? Até porque não é o papel da gente dar o diagnóstico, né? mas tu tem que ficar meio que indiferente, porque tu vai falar o que? Tu sabe que o cara não vai levantar mais! A gente pede para eles anotarem as perguntas, aí quando o médico vir aqui*

*ela pergunta tudo (EE4) Procuo não me envolver com paciente terminal, fico mais distante, não gosto muito, mas não tenho dificuldade de lidar com eles (EE11) Eu sempre digo que eu não entendo, que eu não sei, que eles conversem com o médico (EE15) Mas ele não está como aqueles outros do quarto, quase morrendo, internou só para fazer a cirurgia no quadril (FC2).*

## **Discussão**

A morte está presente durante a vida, podendo ser identificada em grande parte quando se busca pela transcendência e sentido na superação da finitude humana diante do mistério da vida. O processo de morte e morrer, mesmo fazendo parte do desenvolvimento humano, sempre despertou sentimento de medo. Ainda, podem ocorrer tentativas de encobrir esse processo, fragmentando-o, quando, na verdade, deveria ocorrer a ligação em toda essa dinâmica.<sup>3</sup>

Reitera-se que os trabalhadores da EE relutam em dialogar com os indivíduos enfermos e seus FC sobre seu diagnóstico, por receio de compreensão errônea. No entanto, é preciso utilizar uma avaliação crítica de toda situação; esses trabalhadores precisam observar e conhecer as fases do processo de morte e morrer, para verificar a existência da negação.<sup>16</sup>

Quanto às rotinas estabelecidas para as informações/notícias médicas para os FC, bem como a comunicação dos FC com o restante da família, constata-se que o todo do indivíduo enfermo e seu familiar precisam ser considerados, a fim de se atingir uma dimensão sistêmica. A equipe médica precisa, primeiramente, avaliar o contexto de vida e familiar do indivíduo enfermo, bem como as capacidades cognitivas e emocionais desses FC que recebem tais notícias. Ainda, o modo como uma notícia vai ser comunicada, levando em conta as interações interpessoais e o ambiente hostil e complexo do hospital, deve ser mais valorizado.<sup>17</sup>

Percebeu-se a dificuldade das equipes (médica e de enfermagem) quanto ao momento de considerar o indivíduo como terminal. A luta parece ser para manter a vida. O indivíduo em seu processo de morte e morrer, de forma geral, tem esperança de cura e de continuidade

da sua vida. Nesse contexto, a permanência no hospital significa a esperança da cura e a não aceitação da sua finitude.<sup>18</sup>

Outra dificuldade identificada na presente pesquisa, refere-se à revelação, ou não, do diagnóstico de terminalidade ao indivíduo enfermo e seu FC, o que influencia a realidade complexa que os indivíduos enfermos e seu FC vivenciam no espaço hospitalar. Podem ocorrer rupturas/solidões ou mesmo a ligação e interconexão, com a descoberta, ou não, do diagnóstico, tanto com os FC, como com toda a equipe de cuidado. Sabe-se que tal revelação sobre a finitude da vida é um momento impactante, tanto a esse indivíduo quanto a sua família.

Morin explicita que a autonomia poderá manifestar-se, dependendo do ambiente em que o indivíduo está inserido, seja ele biológico, cultural ou social.<sup>9</sup> O indivíduo, quando hospitalizado, torna-se mais vulnerável e os FC tendem a assumir as rédeas da sua vida, a fim de se auto-organizarem como família, apoiando-se frente à finitude.

Para tanto, o modo como o trabalhador revela o diagnóstico também influenciará dialogicamente, positiva ou negativamente, a vida do FC e do indivíduo enfermo. Esse profissional precisa compreender a realidade do indivíduo e seu familiar, sua reorganização diante dessa fase da vida em que o medo, a angústia e desordens os acometem.<sup>11</sup>

Dependendo de como o FC entende e aceita a finitude da vida de seu ente querido, poderá possibilitar a aproximação, o diálogo e a interação com os trabalhadores da EE. Salienta-se que aceitar o processo de finitude é algo complexo, porém quando esse entendimento é alcançado, ocorre uma racionalização do sofrimento, resultando na busca por enfrentamentos nesse processo de morte e morrer.<sup>16</sup>

Por outro lado, quando os FC negam a finitude da vida, demonstram reações distintas como negação, reserva, fechando-se ao diálogo. Assim, podem ocorrer rupturas e

desentendimentos nas inter-relações com as equipes de cuidado, em especial os trabalhadores da EE, pois estão mais próximos nos cuidados contínuos.<sup>19</sup>

Diante do processo inter-relacional dos indivíduos envolvidos no cuidar e ser cuidado, nessa fase da vida, os trabalhadores da EE e os FC, precisam encontrar estratégias para lidar e interagir nesse momento da vida do outro, protegendo-se e simultaneamente reduzindo seu sofrimento e o do outro. Assim, ao se pensar em estratégias recursivas, remete-se ao princípio recursivo, ou da recursão organizacional, entendendo-se que a vivência complexa é tanto produto como produtora de sua existência.<sup>9</sup>

No que tange às estratégias adotadas pelos trabalhadores da EE e dos FC, que contribuem para o alívio do sofrimento de quem vivencia o processo de morte e morrer, é primordial englobar a intersubjetividade, como percebido nesse estudo. Fica clara a importância da empatia, da compreensão de cada momento vivido pelo indivíduo na iminência da sua morte.<sup>20</sup>

A crença religiosa, também evidenciada nos dados, traduz uma fonte de força e de conforto. A fé pode representar uma chance de melhora no quadro clínico dos indivíduos enfermos em regime de cuidados na terminalidade. Por meio da religiosidade, é possível facilitar a aceitação e o enfrentamento no tocante do processo de adoecimento e morte.<sup>21</sup>

A complexidade do cuidado de quem vivencia o processo de morte e morrer leva a hesitação dos trabalhadores em atendê-los ou incluí-los em uma rede de comunicação e diálogos. O envolvimento dos familiares e a dedicação dos trabalhadores em manter uma interlocução efetiva refletem-se na melhoria do suporte às necessidades daqueles que vivem o curso da finitude.<sup>22</sup>

### **Considerações Finais**

Conclui-se, quanto às *inter-relações* no ambiente hospitalar que há ruptura do diálogo no decorrer do processo de morte e morrer, seja por dificuldades dos trabalhadores de

enfermagem, seja pelo modo como o trabalho médico está organizado, ou então nas relações complexas dos FC e indivíduos enfermos que vivenciam essa fase nesse ambiente. O complexo processo que envolve a finitude da vida repercute na desorganização familiar, refletindo-se na ruptura de diálogos acerca da situação vivida.

Verificou-se importante resistência e incertezas no reconhecimento do processo de morte e morrer. Os trabalhadores da EE e os FC exibem dificuldades de aceitação da terminalidade e para implementação de diálogos nas interações. Desvelar a situação crítica é um dos maiores obstáculos para as equipes. Persiste a luta pela manutenção da vida e a expectativa de reabilitação, mesmo frente a evidências de um prognóstico sombrio.

Como recursos estratégicos no processo de morte e morrer no espaço intra-hospitalar, evidenciaram-se comportamentos de solidariedade, descontração e empatia perante os FC e os indivíduos enfermos, assim como a instrumentalização para o cuidado e o estímulo à religiosidade. A opção dos profissionais das equipes pelo afastamento e pela indiferença frente ao sofrimento do indivíduo enfermo e de seu FC constituem-se em uma estratégia para evitar o próprio sofrimento, apesar dessa atitude poder ser considerada como de descuido para com o outro.

Assim, reitera-se a importância da capacitação, preparo e atualização da equipe de enfermagem para assumir o cuidado dos seres que vivenciam o processo de morte e morrer como uma necessidade não apenas organizacional, mas ética.

## **Referências**

1. Menossi MJ, Zorzo JCC, Lima RAG. A dialógica vida/morte no cuidado do adolescente com câncer. *Rev. Latino-am Enferm* 2012; 20(1): 126-34.
2. Borges MS, Mendes N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev. bras. Enferm* 2012; 65(2): 324-31.
3. Oliveira SG, Quintana AM, Denardin-Budó ML, Moraes NA, Lüdtkke MF, Cassel PA. Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(3): 104-10.

4. Fernandes PV, Iglesias A, Avellar LZ. O técnico de enfermagem diante da morte: concepções de morte para técnicos de enfermagem em oncologia e suas implicações na rotina de trabalho e na vida cotidiana. *Psicologia: Teoria e Prática* 2009; 11(1): 142-52.
5. Souza KC, Carpigiani B. Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. *Psicologia: Teoria e Prática* 2010; 12(1): 97-108.
6. Guimaraes CA, Lipp MEN. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos. *Psicologia: teoria e prática* 2011; 13(2): 50-62.
7. Hennezel M, Leloup JY. *A arte de morrer*. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.
8. Morin E. *Método 5: a humanidade da humanidade*. 4ª. Ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. 309p.
9. Morin E. *A Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014. 128p
10. Morin E. *Ciência com consciência*. 14ª.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 344p.
11. Primo WQSP, Garrafa V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(4): 397-402.
12. Nunes MGS. *Assistência paliativa em oncologia na perspectiva do familiar: contribuições da enfermagem*. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.
13. Leininger M. *Etnography and Ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis*. Orlando: Grune & Stratton; 1985.
14. Leininger M. *Culture Care Diversity and Universality: a Theory of Nursing*. Nova York: National League for Nursing Press, 1991.
15. Silveira RS, Martins CR, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. *Rev Bras Enferm* 2009 ; 62(3): 442-6.
16. Capello EMCS, Velosa MVM, Salotti SRA, Guimarães HCQCP. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. *J Health Sci Inst* 2012 30(3):235-40.
17. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(3):411-8
18. Kübler-ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes. 1981.
19. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Morais NA, Garcia RP, Sartor SF, Braga DD. Internação domiciliar na terminalidade: escolhas terapêuticas e medidas de conforto no olhar do cuidador. *J Nurs Health*. 2013;3(2):221-32

20.Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Spies J, Silva LAA, Beuter M. O morrer e a morte de idosos hospitalizados na ótica de profissionais de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*. 2013; 12(3):558-65.

21.Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abrão FMS, Batista PSS, Oliveira RC. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. *Esc. Anna Nery* 2016; 20(1): 176-182.

22.*Lima RS, Costa Junior JA. O processo de morte e morrer na visão do enfermeiro. Revista Ciência e Saberes* 2015; 1(1): 25-30.

## 5.2 ARTIGO 2

**INTER-RELAÇÕES NO PROCESSO DE MORTE E MORRER NO HOSPITAL:  
OLHAR DO FAMILIAR/CUIDADOR<sup>7</sup>****INTER-RELATIONSHIPS IN THE DEATH AND DYING PROCESS IN THE  
HOSPITAL: FAMILY / CAREGIVER'S LOOK****INTERRELACIÓN EN EL PROCESO DE LA MUERTE Y MORIR EN EL  
HOSPITAL: ASPECTO FAMILIAR / CUIDADOR**

Tania Cristina Schäfer Vasques<sup>8</sup>; Valéria Lerch Lunardi<sup>9</sup>; Rosemary Silva da Silveira<sup>10</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** conhecer como o familiar cuidador (FC) percebe sua inter-relação com trabalhadores da equipe de enfermagem (EE) e seu familiar enfermo, no processo de morte e morrer. **Método:** pesquisa qualitativa, metodologicamente, inspirada em Leininger, utilizando-se, teoricamente, Morin, desenvolvida em Hospital Universitário no sul do Brasil. Participaram 47 trabalhadores da EE e 24 FC de indivíduos em processo de morte e morrer, como informantes gerais e, desses, 15 FC como informantes-chave. Realizaram-se técnicas de observação, entrevista e análise dos dados, de forma simultânea e imbricada, no período de março a junho de 2016. **Resultados:** Delimitaram-se de duas categorias: Fragilidades percebidas pelos familiares cuidadores nas suas inter-relações com a EE e o indivíduo em seu processo de morte e morrer, enfocando rupturas na relação entre os indivíduos em seu processo de morte e morrer, FC e com trabalhadores da EE; e Potencialidades no processo inter-relacional do familiar/cuidador com o indivíduo enfermo e com trabalhadores da EE,

---

<sup>7</sup> Artigo a ser encaminhado para a Revista Avances en Enfermería. Normas disponíveis em: <http://www.revistas.unal.edu.co/>

<sup>8</sup> Enfermeira. Mestre. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Rio Grande, Brasil. E-mail: [taniacristina9@yahoo.com.br](mailto:taniacristina9@yahoo.com.br)

<sup>9</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Brasil. E-mail: [vlunardi@terra.com.br](mailto:vlunardi@terra.com.br)

<sup>10</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Brasil. E-mail: [anacarol@mikrus.com.br](mailto:anacarol@mikrus.com.br)



abordando recursivamente potencialidades dos FC se fortalecerem no cuidado ao indivíduo enfermo, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida. **Conclusão:** incertezas e contradições favorecem ruptura de diálogos quanto ao processo de morte e morrer, quando comumente ocorre autorreorganização do núcleo familiar.

**Palavras-chave:** Morte; Paciente terminal; Enfermagem; Inter-relação; Família

## ABSTRACT

**Objective:** to know how the family caregiver (CF) perceives their interrelation with nursing staff (EE) and their sick family member, in the process of death and dying. Method: qualitative research, methodologically, inspired by Leininger, using, theoretically, Morin, developed in University Hospital in southern Brazil. 47 EE and 24 HR workers from individuals in the process of dying and dying participated as general informants, and of these, 15 were key informants. The techniques of observation, interview and analysis of the data were carried out simultaneously and overlapped in the period from March to June 2016.

**Results:** There were two categories: Fragilities perceived by family caregivers in their interrelationships with EE And the individual in its process of death and dying, focusing on ruptures in the relationship between individuals in their process of dying and dying, CF and with EE workers; And Potentials in the inter-relational process of the family / caregiver with the sick individual and with EE workers, recursively approaching the potentialities of the CF to strengthen in the care of the sick individual, providing him with a better quality of life.

**Conclusion:** uncertainties and contradictions favor the rupture of dialogues regarding the process of death and dying, when there is a common self-reorganization of the family nucleus.

**Keywords:** Death; Terminal patient; Nursing; Interrelation; Family

## RESUMEN

**Objetivo:** conocer cómo el cuidador familiar (FC) perciben su relación con los trabajadores del personal de enfermería (EE) y su familia en crisis en el proceso de la muerte y el morir.

**Método:** La investigación cualitativa, metodológicamente inspirado por Leininger, utilizando teóricamente Morin, desarrollado en el Hospital de la Universidad del sur de Brasil. Participado 47 empleados de EE y 24 FC de individuos en el proceso de la muerte y el morir, como informantes generales y de ellos, 15 FC como informantes clave. Había técnicas de observación, entrevistas y análisis de datos simultáneamente y forma imbricada, de marzo a junio de 2016. **Resultados:** Se delimita en dos categorías: las debilidades percibidas por los cuidadores familiares en sus interrelaciones con EE y el individuo en el proceso de la muerte

y el morir, centrándose en las interrupciones en la relación entre los individuos en el proceso de la muerte y el morir, FC y trabajadores de EE; y potenciales en el proceso de interrelacional de la familia / cuidador a la persona enferma y trabajadores EE, que abordan de forma recursiva potencial de la FC se fortalecen en el cuidado de la persona enferma, que le proporciona una mejor calidad de vida. **Conclusión:** Las incertidumbres y contradicciones favorecen los diálogos de última hora sobre la muerte y el proceso de la muerte, como ocurre comúnmente autorreorganizaçãõ el núcleo familiar.

**Palabras clave:** Muerte; paciente terminal; enfermería; interrelación; familia

## INTRODUÇÃO

O processo de morte e morrer pode ser considerado um fenômeno multifacetado, processado de forma distinta e única em cada civilização. O morrer pode ser considerado um processo existencial, com o despertar de temores nos seres humanos, evidenciados pela dificuldade em lidar com a finitude, de si e do outro (1).

A revelação de um diagnóstico de doença incurável à família representa enorme impacto, requerendo, comumente, sua reorganização física, psíquica, social e financeira(2) . Ao vivenciar o processo de morte e morrer, os indivíduos precisam de um olhar integral, religado e multidimensional. É imprescindível que o enfermo seja cuidado com dignidade e atenção, bem como seu FC também precisa ser considerado no cuidado, podendo se constituir em importante elo entre o indivíduo enfermo e os trabalhadores da EE(2).

Comumente, não é abertamente discutido o sofrimento vivenciado e o modo como cada indivíduo, enfermo e FC, enfrenta as situações de perda envolvidas no processo de morte e morrer, A busca da cura é priorizada a qualquer custo, evitando-se, de todas as formas, falar da morte. Dessa forma, esse estudo justifica-se pela usual ruptura das relações no processo de morte e morrer, no ambiente hospitalar, objetivando: conhecer como o FC percebe sua inter-relação com os trabalhadores da EE e seu familiar enfermo, no processo de morte e morrer.

## REFERENCIAL TEÓRICO

A complexidade não pode ser concebida a partir de uma solução para os problemas, mas, antes, surgindo como dificuldade, desafio, incerteza, além de direcionar para uma motivação para a reflexão(3). Dessa forma, a complexidade é compreendida como um tipo de pensamento que não separa, mas une e busca relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana. Somos seres humanos, ao mesmo tempo, físicos, biológicos,

sociais, culturais, psíquicos e espirituais e a complexidade é tentar conceber a articulação, a identidade e a diferença de todos esses aspectos (3).

Nessa direção, há complexidade ao lidar e discutir o processo de morte e morrer em ambiente hospitalar, bem como na dificuldade em auxiliar indivíduos enfermos a processar diferentes sentimentos que surgem com a finitude, como culpa, vergonha, medo, que por vezes, sequer são percebidas pelos trabalhadores da EE e FC(4-5;2), contribuindo para o agravamento do processo de tristeza, solidão e isolamento do indivíduo enfermo, com conseqüente baixa na sua qualidade de vida no seu processo de morte e morrer(4-5).

Morin compreende os conceitos sem considerá-los concluídos, valorizando a circularidade da ordem e da desordem das inter-relações entre os indivíduos, bem como o processo dialógico do uno e do diverso ou do estável e da mudança, visualizando, a partir da singularidade de cada um e das possíveis interações, relações, interligações entre as partes envolvidas(6) .

Geralmente, o modo como os indivíduos reagem ao processo de finitude do outro, advém, além das suas crenças e valores, também de experiências previamente vivenciadas com a perda de um ente querido. Dessa forma, o morrer precisa ser compreendido como uma fase da vida e não como um episódio sofrido que precisa ser esquecido, mas antes, aceito e vivenciado de forma mais harmoniosa(7).

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, metodologicamente, inspirado em Leininger<sup>11</sup>, utilizando-se, teoricamente, a complexidade de Morin. A pesquisa foi realizada de março a junho de 2016 na Unidade de Clínica Médica (UCM) de um Hospital Universitário no Sul do Brasil(8).

Antes de iniciar as observações a pesquisadora foi na unidade da realização do estudo, identificou os possíveis informantes gerais, convidando-os individualmente, explicando a finalidade e objetivos do estudo, solicitando sua assinatura do termo de consentimento Livre e Esclarecido(TCLE), quando aceitavam fazer parte do estudo. Portanto, participaram 47 trabalhadores da EE e 24 FC de indivíduos em processo de morte e morrer, como informantes gerais, atentando-se ao modo como os FC se relacionavam com a EE e o indivíduo enfermo. Foram selecionados 15 FC como informantes-chave para responderem a entrevista(8). Os

---

<sup>4</sup> Leininger (1985) reconhece na etnoenfermagem um método importante para a obtenção de fatos, sentimentos, percepção de mundo sobre determinada vivência, bem como outros dados que permitam a compreensão de situações e sentimentos reais, verdadeiros e modos de vida no seu cotidiano.

informantes-chave foram escolhidos a partir dos critérios de manifestação de sensibilidade ou ausência de sensibilidade para tornar menos sofrido o processo de morte e morrer, e serem cuidadores principais do indivíduo enfermo.

Realizaram-se quatro fases de observação, computando 172h (não participante; pouca participação, com o enfoque na observação; mais participação e menos observação; e, observação reflexiva), uma fase de entrevista (realizadas individualmente e as questões foram geradas, também, a partir das observações realizadas, resgatadas e aprofundadas na entrevista. Estas foram gravadas e tiveram duração de 40-75 minutos) e quatro fases de análise simultânea (após a primeira e segunda fase da observação- analisado os informantes gerais, a partir de suas inter-relações com o FC e seu indivíduo em processo de morte e morrer e os diários de campo, já sinalizando os possíveis informantes-chave; a segunda fase de análise ocorre após a terceira observação, em que por meio do critério de inclusão supracitado, os informantes-chave foram escolhidos para realizarem a entrevista; a quarta fase, ocorreu depois da entrevista- identificação de comportamentos e ações, além da análise contextual; e, síntese dos dados, abstração das categorias e formulações teóricas referentes ao tema).

Salienta-se que a coleta dos dados iniciou após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS), mediante o parecer 16/2016, respeitadas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (9).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **FRAGILIDADES PERCEBIDAS PELO FC NAS SUAS INTER-RELAÇÕES COM OS TRABALHADORES DA EE E O INDIVÍDUO EM SEU PROCESSO DE MORTE E MORRER**

O processo de morte e morrer, por vezes, desencadeia rupturas, fragilidades como a dúvida e a desordem, fazendo com que o FC busque formas de enfrentamento dessas incertezas, no intuito de proporcionar melhor conforto e bem estar nessa fase da vida.

Percebe-se que muitos dos indivíduos enfermos parecem fechar-se em si, afastando-se de um diálogo aberto e possível com seu FC:

*Registro de diário de campo: “nessa tarde percebi que o paciente dormia enquanto sua FC tentava conversar sobre seu estado de consciência e de saúde, tentou interagir perguntando como ele estava sentindo-se naquela tarde. Percebi que ele olhava com os olhos quase fechados, sem vontade de*

*interagir, mesmo com sua condição clínica permitindo tal conversa. Entendi essa atitude como fuga, uma maneira de escapar do enfrentamento daquele momento de terminalidade. Parecia querer sair dali. Para a FC, a interpretação desse momento restringiu-se ao efeito da pesada medicação, que o deixava sonolento”.(RDC)*

*Em nenhum momento ele falou pra nós que ele tinha a doença, que ele tinha hepatite, ele falava da cirrose só [...] talvez por vergonha, de como ele pegou [...] ele se fechava e não falava FC6*

Morin (7) propõe que se busque compreender a contradição e o imprevisível vividos. Tais fragilidades, por vezes, afastam o FC do indivíduo que vivencia a finitude, dessa incerteza. No entanto, deve-se pensar nessas incertezas como princípio norteador da humanidade e não, simplesmente, afastar-se dessa realidade, do processo de morte e morrer do convívio e dos olhos dos indivíduos (7).

Os indivíduos em seu processo de morte e morrer podem evitar diálogos que abordem a causa do adoecimento, por vergonha, receio e aversão, preferindo não relembrar situações vividas previamente relacionadas a sua situação, optando pelos isolamento social(10-11).

Os indivíduos em processo de morte e morrer podem manifestar irritabilidade, dificultando interações com FC:

*A princípio ele faz o que peço, apesar de teimoso [...] às vezes fica meio confuso e às vezes ele xinga FC1*

*Ele é bem difícil de lidar. É agressivo mesmo aqui na cama, chuta, xinga, não consigo ser próximo FC4*

*Tem horas que ele está mais agressivo sem eu ter feito nada, não sei se é da doença ou se é dele mesmo, está manheiro FC8.*

Vivenciar esse momento de sofrimento, perdas diversas, a própria individualidade, remete ao pensamento complexo, para enfrentamento da incerteza e da contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes, entre si mesmos. Por complexo, entende-se a união entre a unidade e a multiplicidade, do que foi tecido junto, isto é, o FC, um ser diferente, constitutivo de um todo, de um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo com o indivíduo em seu processo de finitude e seu contexto familiar e de cuidados, as partes e o todo, o todo e as partes e as partes entre si (12).

Kübler-Ross (13), nomeou cinco fases que os indivíduos no processo de morte e morrer vivenciam: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, considerados como mecanismos de defesa, com durações variáveis, sequenciais ou simultâneos, que os auxiliam

no enfrentamento de situações difíceis. Os depoimentos supracitados aludem ao segundo estágio, à raiva, no qual o indivíduo passa da negação da doença para revolta, rebeldia e ressentimento.

Os indivíduos enfermos podem expressar sua raiva e frustração em todas as direções, como evidenciado no estudo, tornando mais difícil sua relação tanto com os FC quanto com os trabalhadores da EE. Essa realidade exige dos FC a busca do conhecimento de como interagir como o indivíduo doente, frente ao processo de morte e morrer, não mais de forma isolada e desconectada do todo, mas a partir das complexas relações com o meio, ao qual o indivíduo enfermo pertence(7) .

O FC procura de alguma forma, reorganizar-se em toda essa desordem que a doença incurável acarreta aos indivíduos:

*Tem acompanhante que às vezes se obceca tanto em fazer com que aquela pessoa que está ali fique boa, que ela acaba se esquecendo dela mesma. Ela se esquece até mesmo de tomar banho, de se alimentar FC3*

*A mãe está ficando mais esgotada, cansada de cuidar FC2*

O FC sofre ao vivenciar a angústia e sofrimento do indivíduo enfermo; essa circularidade retroativa pode ocasionar efeitos sobre sua saúde emocional e física (11). Comumente, os FC reafirmam sua necessidade de paciência enquanto cuidam, durante a internação hospitalar, pontuando a dificuldade de manter-se controlados durante esse processo(14).

Segundo os informantes-chave do presente estudo, a exaustão e sofrimento pelo cuidado de um familiar enfermo na terminalidade culminam com o desejo de vê-lo descansar, procurando simultaneamente eximir-se da culpa frente a esse desejo:

*É doída a perda, mas a gente já pedia para que Deus tivesse misericórdia dela porque ela estava sofrendo muito e como a gente sempre fez tudo, aquele sentimento de remorso eu não tenho FC12*

A morte, mesmo dolorosa, passa a ser uma promessa de alívio, de libertação e conforto para ambas as partes (15), contrapondo e complementando sentimentos, de uma forma complexa (14).

A culpa é um sentimento recorrente para quem cuida de um indivíduo em processo de morte e morrer, pois a dor psíquica fica imensa, quando começa a visualizar nitidamente o início do fim. A fase de aceitação da finitude de seu ente querido é o estágio em que o FC se aquieta e se isola; a vontade de lutar vai cessando gradualmente e a necessidade de descanso sobrepõe-se a essa luta (17)(SANTANA; PESSINI; DE SÁ, 2015).

A aceitação da morte do familiar significa não mais temer ou se angustiar intensamente ao se inter-relacionar com esses indivíduos diante da perda inevitável. É o aprendizado do desinvestimento afetivo, para elaborar o desligamento e a futura separação, propiciando maior harmonia consigo mesmo (2)..

Ainda em relação às fragilidades nas inter-relações no processo de morte e morrer, FC, quando questionados sobre suas interações com a EE, denunciaram a ausência e afastamento, por parte da maioria dos trabalhadores da EE em relação aos indivíduos enfermos:

*Interação com o paciente eu não vi. Perguntavam se ele estava com dor, perguntavam para mim, ou para outro familiar que estava lá, interação com ele zero [...] e a enfermagem foi o que a gente não viu, estavam sempre correndo, então restava a nós dar esse conforto um ao outro, do jeito que a gente podia dar FC6*

*Ele passou a noite com sede. Eu digo 'mas mano, não tem como tu gritar alguém?' ele respondeu: 'Não tinha mais medicação, mana, aí elas (EE) não aparecem, e eles (outros pacientes) aqui são todos sozinhos, não tem como sair', e ele está parálítico, ele não tem como sair de uma cama e chamar FC7*

*Eles chegam: 'agora já venho e faço'. Sabe? Parece que estão ali obrigados, são duas ou três da equipe que são assim FC10*

Esse afastamento dos trabalhadores pode ser uma estratégia para evitar o sofrimento de ver o espelho da sua própria finitude, assim como decorrência do despreparo/ falta de discussão e reflexão dos profissionais de saúde perante o processo de morte e morrer, ocasionando comumente a fuga observada (16).

Trabalhadores da EE receiam interagir com o indivíduo enfermo e seu FC, por não saberem o que lhes dizer nesse momento sofrido, passando a mobilizar sentimentos de tristeza, pesar e impotência frente ao processo de morte e morrer (17). Mediante observações, percebeu-se a angústia dos trabalhadores diante do sofrimento do indivíduo nos seus últimos momentos de vida; percebeu-se também o cansaço e sofrimento de FC, uns desejando o descanso do enfermo, outros lutando por sua vida. Nesse contexto, o trabalhador da EE afastava-se cada vez mais do indivíduo enfermo e do FC. Aliado a esse fato, a dinâmica acelerada da unidade contribui para essa ruptura nas relações no hospital (18-19).

Afastar-se dos indivíduos no seu processo de morte e morrer implica não valorizar presença, olhar, toque, empatia, influenciando percepções dos indivíduos enfermos e seus FC acerca dessas interligações complexas de cuidado no ambiente hospitalar (19).

Percebeu-se ainda, manifestações de angústia e culpa dos FC em decorrência de desejos não atendidos do seu ente querido:

*Eu fiquei com pesar de não dar o café para o homem (o indivíduo enfermo). Ficou aquele registro[...]aquela culpa na cabeça [...] ele me pediu. Por que eu não comprei o café e não dei? FC9*

*Em seguida que ela morreu, eu tinha uma revolta grande por que eu não queria que ela sofresse e ela sofreu, esse era o meu problema[...] um pouco culpa por não ter conseguido evitar isso FC12*

No enfrentamento do processo de morte e morrer, o FC também apresenta carências, sofrendo diante do sofrimento de seu ente querido, com dúvidas e incertezas quanto a como agir com seu familiar enfermo. Os indivíduos enfermos em situação terminal podem apresentar desejos, relacionados a experimentação de sabores, cheiros, ver ou ouvir pessoas queridas, cabendo ao FC negociar possibilidades de seu atendimento. Comumente, FC podem sentir - se culpados por não satisfazer as vontades e não acatar exigências primordiais para esses indivíduos (15).

Nas observações realizadas, foi possível constatar que os FC também querem ser cuidados e orientados em como proceder frente ao caos em que suas vidas se tornaram com a descoberta da terminalidade. Percebeu-se também que os diálogos relacionados ao processo de morte e morrer eram sussurrados e abordados com expressão de pesar entre a maioria dos FC.

Nesse sentido, a partir de Morin uma possível resposta para todo esse sofrimento, é uma participação viva, com amor e solidariedade, extraindo do paradoxo vida-morte uma articulação profunda entre a reforma da vida como o eixo que nos remete a todo o arco complexo de outras reformas necessárias: da ética, da educação, da sociedade, concebidas em circuito recursivo(20). Esse paradoxo exige uma aposta tanto na reforma do pensamento quanto na elaboração de uma ética de resistência que conta com as forças de religação, em que a morte tende a resistir à morte, e dessa forma passa a incorporar a vida. As faces complementares da finalidade ética, identificadas por Morin como resistência à crueldade e à realização da vida humana, conduzem ao amor como alternativa para a angústia e resposta para nesse processo de morte e morrer(21) .

## **POTENCIALIDADES NO PROCESSO INTER-RELACIONAL DO FC COM O INDIVÍDUO ENFERMO E OS TRABALHADORES DA EE**

Tais potencialidades foram analisadas por meio de retroações, em uma ruptura da ideia de linearidade de causa e efeito. Assim como a causa age sobre o efeito, o efeito age sobre a



causa, possibilitando que os FC se fortaleçam diante das fragilidades vivenciadas nas inter-relações, por meio da auto-organização.

A aparente sensibilidade/empatia dos FC para perceber e atender necessidades e desejos dos indivíduos enfermos foi entendida como uma potencialidade no processo inter-relacional do FC com o indivíduo enfermo:

*Ele pegou e disse 'Mas não é pra deixar contar nada, coitadinho do vô (o outro paciente do quarto), senão ele vai desandar, porque se fosse comigo eu não queria que me contassem'. Então deu, pra mim a minha vitória foi ganha*  
FC7

*Faço tudo que posso para ela aqui, não tem essa de não poder, se ela está indo embora(morrendo) porque não fazer sua vontade? Quando não estou ela pergunta por mim* FC3

Dessa forma, o FC tende a ter dúvidas de como proceder no cuidado e atendimento dos desejos de seu familiar enfermo. Entretanto, percebeu-se que quanto maiores os vínculos entre esse FC e o indivíduo enfermo, maiores as possibilidades de dúvidas, medos e anseios serem sanadas, possibilitando proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida.

Também, os FC demonstraram sentimentos positivos na manutenção de seus papéis de cuidadores. Sentem-se importantes e responsáveis por satisfazer necessidades de um ser em sua terminalidade, julgando vitorioso seu processo de cuidar quando conseguem reduzir seu sofrimento (22).

Em muitos depoimentos, os FC sinalizaram potencialidades retroativas frente às interações possíveis no processo de morte e morrer de seu ente querido, destacando sentimentos de amparo e segurança, ao poderem compartilhar cuidados ao indivíduo enfermo com trabalhadores da EE, bem como o fortalecimento de suas redes de apoio:

*Ah tem umas (técnicas) da noite, também que deixavam ele direitinho como manda o figurino [...] chegava no outro dia e ele limpinho, isso me confortava, saber que ele estava cuidado* FC9

*Com o pessoal do quarto tenho um bom relacionamento tento interagir com eles, ajudar quando posso e sei que posso contar também* FC1

*Não cuido só da minha tia, mas converso e aprendo junto com os outros que estão no quarto* FC3

O significado do cuidado de enfermagem para os FC de indivíduos no seu processo de morte e morrer está ancorado na presença física desses trabalhadores, instrumento de intervenção relevante, cujas ações podem ser muitas ou nenhuma, dependendo das demandas

dos indivíduos enfermos e suas famílias. O cuidado de enfermagem consiste em realizar esforços individuais e coletivos de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar o indivíduo e o seu bem-estar. O modo como procedimentos técnicos são realizados é importante, na concepção familiar(23).

Além dos depoimentos, observaram-se manifestações dos FC de resistência à alta hospitalar, pela confiança de que, no ambiente hospitalar, seu familiar enfermo poderia receber a analgesia necessária para evitar sofrimento por dor. Também, percebeu-se manifestações mútuas de solidariedade entre FC, numa expressão de construção de redes de apoio com os demais FC presentes nesse ambiente. A rede de apoio constitui-se em um processo de interação entre pessoas ou grupos, que mediante contato sistemático estabelecem vínculos de amizade e de informação, recebendo apoio material, emocional, afetivo, contribuindo para o bem-estar recíproco, construindo fatores positivos na prevenção e manutenção da saúde (24).

A reaproximação do FC com seu familiar enfermo, a partir do diagnóstico da doença e da consequente internação hospitalar, constitui-se em outra potencialidade identificada pelos FC:

*A nossa relação sempre foi um pouco distante... então hoje isso também pesa pra ele estar aqui dentro, porque aí ele tem que falar das coisas dele e aí a gente vai ter que se envolver com as coisas dele né? Então, tu vai acostumando com a presença aos poucos... ele já tá sentindo falta de mim quando não venho*  
FC13

*A relação que a gente tinha com ele, foi nesses dias mais uma reaproximação e o momento que ele queria um entendimento para partir em paz[...]de se desculpar[...] chorou bastante, de arrependimento, de remorso, porque poderia ter sido tudo diferente* FC6

A família tem um papel importante diante de um diagnóstico de terminalidade da vida, seus membros oferecem suporte, tendem a se reaproximar, fortalecendo suas relações; desavenças podem ser resolvidas, repensadas, resgatando-se o afeto e vínculos que já poderiam ter se perdido.

Nesse enfrentamento, pode ocorrer a reorganização do núcleo familiar, resultante da ligação dos indivíduos que constituem o sistema, confirmando sua interdependência; se define uma relação de compromisso com normas, valores e objetivos comuns, produzindo e mantendo a singularidade e a identidade de cada um nesse meio. Assim, o processo de morte e morrer pode ser pensado como um evento que tende a desorganizar todo o núcleo familiar,

em que seus indivíduos precisam pensar não apenas em organização, mas antes, em uma auto-reorganização(25).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A complexidade envolvida nas inter-relações dos FC com a EE e o indivíduo enfermo no seu processo de morte e morrer no hospital direciona para a necessidade de ouvir e reconhecer que o FC, elo entre os trabalhadores da EE e o indivíduo enfermo, também é uma unidade de cuidado, a ser considerado nas inter-relações no ambiente hospitalar.

Nesse sentido, os FC demonstraram a importância de investir em potencialidades para o enfrentamento do processo de morte e morrer, em que ocorre tanto seu desgaste físico como mental. Para tanto, buscam formas de se autorreorganizarem, proporcionando um melhor conforto aos indivíduos enfermos nesse processo de morte e morrer, reaproximando-se, procurando atender seus desejos, sendo empáticos e disponíveis nas relações.

Assim, o pensar multidimensionalmente no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar torna-se urgente, pois esse tema é antagônico e complementar, necessitando de um olhar para todo o contexto de vida do indivíduo na terminalidade, bem como de seu FC. Por essa razão, uma das limitações do estudo consistiu de não ter sido possível a inclusão dos indivíduos em seu processo de morte e morrer, no ambiente hospitalar, a partir de sua percepção dessa fase da vida. Assim, recomenda-se, como desdobramentos para estudos futuros, incorporar esses indivíduos no seu processo de morte e morrer, a fim de buscar entender esse processo na visão dos próprios indivíduos enfermos.

## **REFERÊNCIAS**

- 1 SALIMENA, A.M.O.; FERREIRA, G.C.; MELO, M.C.S. Sentimentos da equipe de enfermagem cirúrgica diante da morte. *Arq Ciênc Saúde*. 2015; 22(1):75-78.
- 2 MEDEIROS, L.A.; LUSTOSA, M.A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v.14, n.2, p.203-227, 2011.
- 3 MORIN, E. *Método 1: A natureza da natureza*. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2013. 479p.

- 4 QUINTANA, A.;KEGLER, P.; SANTOS, M.F.; LIMA, L.D. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, v.16, n.35, p. 415-425, 2006.
- 5 BRASIL. Instituto Nacional de Câncer . Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde* / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. – Rio de Janeiro: INCA, 2010. 206p
- 6 MORIN,E. *A Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014. 128p
- 7 MOTA, M. S., GOMES, G. C., COELHO, M. F., FILHO, W. D. L., & SOUSA, L. D. (2011). Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1),129-135.
- 8 LEININGER, M. *Etnography and Ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis*. Orlando: Grune & Stratton; 1985b.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
- 10 RIBEIRO, J.P. et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais Nursing care in oncology hospitalized patients: diagnosis and interventions related to psychosocial and psychospiritual needs. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 8, n. 4, p. 5136-5142, 2016
- 11 SCHULZ R. Research priorities in geriatric palliative care: informal caregiving. *J Palliat Med*. 2013; 16:1008-12
- 12 MORIN, E. *Método 2: a vida da vida*. 5ª ed.Porto Alegre: Sulina, 2015a, 527p.
- 13 KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes,2008

14 OLIVEIRA, A.P. P.; CALDANA, R.H.L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 21, n. 3, p. 675-85, 2012. Disponível em: . Acesso em: 07 ago. 2013.

15 SANTANA J.C.B.; PESSINI L.; DE SÁ A.C. Desejos dos pacientes em situação de terminalidade: uma reflexão bioética. *Enfermagem Revista*, v. 18, n. 1, p. 28-50, 2015.

16 FREITAS, T.L.L.DE; BANAZESKI, A.C.; EISELE, A.;DE SOUZA, E.N.; BITENCOURT, J.V. DE O.V.;SOUZA, S.S. DE. O olhar da Enfermagem diante do Processo de Morte e Morrer de pacientes críticos: Uma revisão integrativa. *Enfermería Global* Nº 41 Enero 2016.

17 VASQUES, TCS.; LUNARDI, V.L.; SILVA, P.A.DA; CARVALHO, K.K.DE; LUNARDI FILHO, W.D.; BARROS, E.J.L. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca do cuidado ao paciente em terminalidade no ambiente hospitalar. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(3).

18 JANTSCH LB, NEVES ET, ARRUÉ AM, PIESZAK GM, GHELLER B. Palliative care in pediatric oncology: nursing contributions. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2012 [cited 2012 Sept 20];6(7):1703-13.

19 TESTON, E.F.; CECILIO, H.P.M.; MARQUES, C.D.C.; MONTESCHIO, L.S.F. SALES C.A.; MARCON, S.S. Communication towards the terminality process: integrative review. *Rev Enferm UFPE on line.*, Recife, 7(1):803-12, mar., 2013.

20 MORIN, E. No cerne da crise planetária. In: BAUDRILLARD, J.; MORIN, E. *A violência do mundo*. Rio de Janeiro: Anima, 2004.

21 \_\_\_\_\_. *O método 6: ética*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

22 KIM. S.Y. Determinants of a hopeful attitude among family caregivers in a palliative care setting. [Gen Hosp Psychiatry](#). 2014 Mar-Apr;36(2):165-71.

23 LIMA, M.P.de O.; DE OLIVEIRA, M.C.X. Significados do cuidado de enfermagem para familiares de pacientes em tratamento paliativo. *Rev Rene*. 2015 jul-ago; 16(4):593-602.

24 SANCHEZ, KOL; FERREIRA, NMLA; DUPAS, G.;; COSTA, D.B. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2):290-9.

25 MORIN E. *Ciência com consciência*. 14<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

### 5.3 ARTIGO 3

#### **(RE)PENSANDO INTER-RELAÇÕES COMPLEXAS DO CUIDADO NO PROCESSO DE MORTE E MORRER: ÓTICA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM<sup>12</sup>**

Tania Cristina Schäfer Vasques<sup>13</sup>; Valéria Lerch Lunardi<sup>14</sup>; Rosemary Silva da Silveira<sup>15</sup>

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Compreender como os trabalhadores da equipe de enfermagem (EE) se percebem na inter-relação complexa no cuidado ao indivíduo enfermo e seu familiar/cuidador (FC) no processo de morte/morrer. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, metodologicamente, inspirada em Leininger, desenvolvida em Hospital Universitário no sul do Rio Grande do Sul. Participaram 24 FC de indivíduos em processo de morte e morrer e 47 trabalhadores da EE, como informantes gerais e desses, 18 trabalhadores da EE, como informantes-chave. Realizadas observações e entrevistas semiestruturadas, de março a junho de 2016, submetendo-se os dados à análise compreensiva do referencial teórico da complexidade. **Resultados:** Emergiram duas categorias: “Obstáculos da equipe de enfermagem para a efetivação de inter-relações conectadas”, enfocando sobrecarga de trabalho, descuido dos pacientes, despreparo do trabalhador e falta de apoio institucional; e “Complexidade das relações no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar”, relacionada à competência sobre a participação da família no cuidado e à atenção as suas necessidades, como a importância do

---

<sup>12</sup> Artigo a encaminhado para a Revista Gaúcha de Enfermagem. Normas disponíveis em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/submissions#authorGuidelines>

<sup>13</sup> Enfermeira. Mestre. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Rio Grande, Brasil. E-mail: [taniacristina9@yahoo.com.br](mailto:taniacristina9@yahoo.com.br)

<sup>14</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Brasil. E-mail: [vlunardi@terra.com.br](mailto:vlunardi@terra.com.br)

<sup>15</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Brasil. E-mail: [anacarol@mikrus.com.br](mailto:anacarol@mikrus.com.br)

reconhecimento e valorização do trabalhador, dentre outras. **Conclusão:** Os resultados poderão favorecer a reflexão dos trabalhadores da EE, com um repensar acerca do processo complexo do cuidado na finitude da vida, podendo ressignificá-lo.

**Palavras-chave:** Morte; paciente terminal; enfermagem; inter-relação, família.

### ***ABSTRACT***

**Objective:** To understand how the nursing team (EE) workers perceive themselves in the complex interrelationship in the care of the sick individual and his family / caregiver (CF) in the death / dying process. **Methods:** A qualitative and methodological study based on Leininger, developed in a University Hospital in the south of Rio Grande do Sul. Twenty-four HR of individuals in the process of death and dying participated and 47 EE workers, as general informants, 18 EE workers , As key informants. Observations and semi-structured interviews were carried out from March to June 2016, submitting the data to the comprehensive analysis of the theoretical framework of complexity. **Results:** Two categories emerged: "Obstacles of the nursing team for the realization of connected interrelations", focusing on work overload, carelessness of the patients, lack of worker preparation and lack of institutional support ;, and "Complexity of relationships in the death process And dying in a hospital environment, "related to the competence about family participation in care and attention to their needs, such as the importance of worker recognition and valorization, among others. **Conclusion:** The results may favor the reflection of the EE workers, with a rethinking about the complex process of care in the finitude of life, and can re-signify it.

**KEYWORDS:** Death; terminal patient; nursing; Interrelation, family.

**TITLE: (RE) THINKING COMPLEX INTER-RELATIONSHIPS OF THE CARE IN THE DEATH AND DYING PROCESS: OPTICAL OF THE NURSING TEAM**

### ***RESUMEN***



**Objetivo:** Para entender cómo los trabajadores del personal de enfermería (EE) se perciben en la compleja interrelación en el cuidado de la persona enferma y su familia / cuidador (FC) en el proceso de la muerte / morir. . **Métodos:** Investigación cualitativa, metodológicamente inspirados por Leininger, desarrollado en el Hospital Universitario en el sur de Rio Grande do Sul participaron 24 FC de individuos en el proceso de la muerte y el morir y 47 trabajadores EE como informantes generales y de ellos, 18 trabajadores EE como informantes clave. observaciones formuladas y las entrevistas semiestructuradas, de marzo a junio de 2016, la presentación de los datos para el análisis exhaustivo del marco teórico de la complejidad. **Resultados:** surgido dos categorías: "Obstáculos personal de enfermería para la realización de las interrelaciones conectados", centrándose en la carga de trabajo, por descuido de los pacientes, la falta de preparación trabajadores y la falta de apoyo institucional; y "complejidad de las relaciones en el proceso de la muerte y mueren en el hospital ", en relación con la competencia de la participación de la familia en el cuidado y atención a sus necesidades, la importancia del reconocimiento y apreciación del trabajador, entre otros. **Conclusión:** Los resultados pueden animar a los trabajadores de reflexión EE, con un re-pensar en el cuidado del complejo proceso de la finitud de la vida, que ofrece un nuevo significado que puede.

**PALABRAS-CLAVE:** Muerte; paciente terminal; enfermería; familia interrelación.

**TÍTULO: (RE) PENSANDO ATENCIÓN COMPLEJA RELACIÓN EN EL PROCESO DE MUERTE Y EL MORIR: PERSPECTIVA DE EQUIPO DE ENFERMERÍA**

## **INTRODUÇÃO**

Nos últimos tempos, as doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, HIV e demência, dentre outras, tem aumentado significativamente, na medida em que a população vem envelhecendo<sup>(1)</sup>. Seu tratamento, comumente, exige tolerância tanto dos indivíduos enfermos como das famílias que vivenciam esse processo, muitas vezes, acompanhado de

sofrimento e de sentença de morte. Salienta-se que uma patologia incurável se torna causadora de um grande desgaste físico e mental para todos os envolvidos neste contexto, (indivíduo enfermo, família e trabalhadores), podendo dificultar sua interação<sup>(2)</sup>.

Quando os profissionais de saúde cuidam de enfermos no processo de morte e morrer, em ambiente hospitalar, as interações também podem se mostrar dificultosas e sofridas. Comumente se sentem responsáveis pela manutenção da vida desses indivíduos, encarando a morte como uma derrota profissional<sup>(3)</sup>. Assim, pode ocorrer a manifestação de sentimentos de angústia, frustração e impotência, tornando-se extremamente dolorosas as interações com os indivíduos e seus familiares/cuidadores (FC)<sup>(3; 4)</sup>. Salienta-se que, no ambiente hospitalar, geralmente, prioriza-se a cura dos indivíduos e o evento do processo de morte e morrer pode se tornar desmotivador e sem significado aos trabalhadores<sup>(4)</sup>.

Dentre os profissionais da equipe de saúde, no hospital, a equipe de enfermagem (EE) caracteriza-se por sua permanência e continuidade na prestação de cuidados ao indivíduo enfermo e suas famílias, comumente, vivenciando sua dor e sofrimento no processo de morte e morrer. Portanto, são os trabalhadores da EE que geralmente presenciam e acompanham esse momento da finitude, cuja revolta e frustração de indivíduos enfermos e FC pode se voltar contra esses trabalhadores<sup>(5;6)</sup>.

Os trabalhadores da EE, apesar de sua identidade com ações de cuidado, nem sempre estão preparados física e emocionalmente para lidar com os indivíduos que vivenciam esse processo e seus FC, podendo não saber o que falar ou o que fazer nessa fase da vida, retraindo-se, gerando sofrimento a si mesmos. Contraditoriamente, priorizam inter-relações com aqueles que têm possibilidade de cura, em uma tendência de fuga e negação, afastando-se desse enfrentamento com o processo de morte e morrer. Dessa forma, repudiam possíveis conexões que poderiam se formar nessa fase, possivelmente em decorrência da angústia gerada pela consciência da sua própria morte<sup>(7-8)</sup>.

Assim, evidencia-se que o indivíduo não está programado, nem preparado para enfrentar o cuidar no processo de morte e morrer, uma vez que é um fenômeno que contribui para uma maior consciência de si mesmo e da sua finitude <sup>(9)</sup>. Salienta-se que com as vivências difíceis enfrentadas no dia a dia, ao cuidar de indivíduos no processo de morte e morrer, pode surgir uma infinidade de sentimentos e reações de ordem física e emocional que irão afetar suas inter-relações, tanto com o restante da equipe, quanto com os indivíduos e seus familiares no ambiente hospitalar <sup>(10-11)</sup>.

Nesse contexto, frente a possíveis dificuldades dos trabalhadores da EE em se inter-relacionar com o indivíduo enfermo e FC no processo de morte e morrer no ambiente hospitalar, o presente estudo tem como objetivo: Compreender como a EE se percebe na interação complexa de cuidado ao indivíduo enfermo e seu FC no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, inspirado em no caminho metodológico, proposto por Leininger<sup>16</sup> utilizando-se a complexidade de Morin. A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Universitário do interior do Rio Grande do Sul, mais especificamente na sua Unidade de Clínica Médica (UCM) <sup>(12)</sup>.

A partir de Leininger<sup>(12)</sup>, o estudo teve, como informantes gerais, 24 FC de indivíduos em processo de morte e morrer e 47 trabalhadores da EE, que participaram da fase de observação. A opção pelos trabalhadores da EE como informantes decorreu do entendimento de que são os profissionais que melhor oportunizam a efetivação e continuidade do cuidado.

---

<sup>16</sup> Leininger<sup>(12)</sup>, reconhece na etnoenfermagem, um método importante para a obtenção de fatos, sentimentos, percepção de mundo sobre determinada vivência, bem como outros dados que permitam a compreensão de situações e sentimentos reais, verdadeiros e modos de vida no seu cotidiano.

Dentre os trabalhadores da EE, 18 foram selecionados como informantes-chave, ou seja, aqueles com maior potencial para revelar informações consistentes, mediante entrevistas semiestruturadas, a partir de alguns critérios: manifestação de sensibilidade ou ausência de sensibilidade para tornar menos sofrido o processo de morte e morrer. Foram selecionados, no mínimo, dois profissionais da EE de cada categoria de todos os turnos de trabalho. O total de participantes foi determinado pela repetição/saturação dos dados <sup>(13)</sup>.

Os dados foram colhidos de março a junho de 2016, mediante observação das inter-relações entre os trabalhadores da EE, FC e indivíduos em processo de morte e morrer, atentando aos diálogos construídos; à formação ou não de vínculos de afeto e confiança; às ações e condutas de cuidado da EE e dos FC, dentre outros.

Realizaram-se quatro fases de observação (não participante, participante, mais participação e menos observação, e reflexiva), uma fase de entrevista para aprofundar aspectos observados quanto à inter-relação de cuidado do trabalhador da EE com o indivíduo enfermo e seu FC no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar; e quatro fases de análise simultânea (durante a coleta de dados, classificação, análise contextual e síntese) <sup>(13)</sup>. Assim, o processo de análise incluiu o que foi observado pela pesquisadora e o que foi expresso pelos informantes nas entrevistas, bem como, a compreensão obtida pela pesquisadora <sup>(14)</sup>.

O processo de coleta dos dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS), mediante o parecer 16/2016. Respeitou-se as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde <sup>(15)</sup>.

## **RESULTADOS**

Dos 18 informantes-chave da EE, 5 eram enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e 2 auxiliar de enfermagem; suas idades variaram entre 26 e 52 anos, com tempo de serviço na

unidade entre 6 meses a 5 anos; alguns realizam dupla jornada de trabalho ou frequentam curso universitário à noite; a maioria informou seguir a doutrina espírita.

O método utilizado possibilitou gerar constructos teóricos que conduziram à delimitação das categorias: Inter-relação conectada no cuidado no processo de morte e morrer: obstáculos da equipe de enfermagem e Complexidade das relações no cuidado no processo de morte e morrer: conflitos dos trabalhadores.

### **INTER-RELAÇÃO CONECTADA NO CUIDADO NO PROCESSO DE MORTE E MORRER: OBSTÁCULOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

O ambiente hospitalar, por reunir um número significativo de indivíduos que necessitam de atenção e cuidado, precisa ser um local de acolhimento, de conexão entre os sujeitos, proporcionando o alívio de dores físicas e emocionais. Os indivíduos necessitam ser vistos na sua totalidade, no seu contexto de vida, conectados/interligados por trabalhadores que os assistem, sendo também amparados nesse processo. Dessa forma, a presente categoria aborda os obstáculos que o trabalhador da EE visualiza, quando se percebe na inter-relação complexa com o indivíduo enfermo e seu FC: sobrecarga de trabalho na unidade bem como sua falta de continuidade no cuidado, prejudicando as interações; e o despreparo para cuidar de indivíduos no processo de morte e morrer, acarretando uma aparente desensibilização no cuidado no processo de finitude de vida.

A maioria dos trabalhadores da EE demonstrou que sua sobrecarga de trabalho na unidade, bem como a constatação da falta de continuidade no cuidado prestado ao indivíduo enfermo, cuidado esse de responsabilidade da enfermagem, parecem dificultar a dinâmica de funcionamento da unidade, prejudicando suas interações na equipe e com os indivíduos enfermos e seus FC:

*Quando tem muitos pacientes acamados que necessitam de mim e que eu não consigo vencer, porque é um técnico para quatro, cinco, seis acamados, isso me deixa doente! porque eu vou pra casa com sensação de que meu dever não foi cumprido, que eu vim só mecanicamente e trabalhei(EE18)*

*Enquanto nós tivermos essa realidade em que tem um enfermeiro para 45-47 pacientes e tem que dar conta de múltiplas demandas, difícil formar vínculos e dar atenção, porque o tempo é curto, corrido e com muitas responsabilidades (EE12)*

*Tu chega para teu plantão e, as vezes, tem um acesso perdido porque não cuidaram, o soro, está com data de mais de 24h e não passou nem 100ml, sem acesso e daí tu vê que aquilo ali é falta de cuidado, tu não vê uma continuidade do que tu fez ontem (EE13)*

*Já aconteceu de saberes que vai pegar a enfermaria do fulano, do turno anterior, e tu dizer: 'estou ralada hoje', porque ficas com as tuas responsabilidades do turno e mais o que o outro deixou, é esse tipo de comentário(EE15)*

A partir de uma aparente desordem organizacional observada, a sobrecarga de trabalho da EE parece desencadear entraves e contradições que podem afetar o cuidado global dos indivíduos internados, bem como suas inter-relações, principalmente no processo de morte e morrer. Assim, as relações entre os indivíduos em ambiente hospitalar sofrem com constantes interferências e o quantitativo do pessoal de enfermagem, comumente, encontra-se menor do que o preconizado, comprometendo tanto um atendimento de qualidade quanto a interconexão das relações. Esse baixo quantitativo ocorre devido a afastamentos por atestados médicos ou licenças, contratações insuficientes, dentre outros, fazendo com que trabalhadores da EE assumam responsabilidades que ultrapassam suas capacidades físicas e psicológicas <sup>(16)</sup>

Ainda, com tal sobrecarga, o trabalhador da EE, comumente, como constatado na pesquisa, tem a sensação de que suas atribuições não estão sendo cumpridas de modo adequado, cobrando-se por não suprirem as necessidades do indivíduo enfermo. Tais cobranças repercutem na saúde do trabalhador, bem como no seu esgotamento físico e mental<sup>(17)</sup>. Assim, a sobrecarga de trabalho contribui para desconstruir relações que deveriam ser interligadas, tornando-se difícil a criação de elos de confiança e relacionais, no intuito de prestar uma assistência digna no processo de morte e morrer <sup>(18)</sup>.

Nesse sentido, as instituições hospitalares, por sua configuração complexa, que envolve aspectos sistêmicos e também intraorganizacionais, escolha de metas, recursos disponíveis, formas de contratação de pessoal e remuneração, bem como a característica dos atendimentos a que os trabalhadores estarão expostos no cotidiano, devem ser analisados de

modo global e integrado, a fim de abarcar o bem estar de todos os envolvidos nesse ambiente de cuidado <sup>(19)</sup>.

Faz-se relevante que os gestores dos recursos humanos e coordenação de enfermagem tenham conhecimento da real situação de trabalho que a equipe de enfermagem vivencia nas diversas unidades hospitalares. Por meio dessa interação, gestor e coordenador de enfermagem, pode ser possível identificar sobrecargas de trabalho, procurando estratégias de enfrentamento, de modo a preservar a saúde mental do trabalhador que estará respaldado e cuidado, podendo proporcionar, assim, um cuidado digno e humanizado aos indivíduos em seu processo de morte e morrer <sup>(19)</sup>.

Ainda, diante da sobrecarga de trabalho, a falta de continuidade do cuidado ao indivíduo enfermo, em decorrência da sua não realização por trabalhadores, em alguns turnos, contribui para que alguns trabalhadores se reconheçam como mais responsáveis e mais sobrecarregados do que outros de turnos diferentes. Tais insatisfações e caos existentes no ambiente de trabalho podem ocasionar desânimo e falta de vontade em realizar as atribuições do dia a dia laboral, acarretando e intensificando rupturas nas inter-relações no ambiente hospitalar.

Frente a tais discontinuidades e rupturas nas ações de cuidado, conseqüentemente, o indivíduo enfermo e seu FC podem ficar desassistidos física e emocionalmente, principalmente quando vivenciam o processo da finitude. Portanto, faz-se imprescindível um olhar sistêmico, em que o todo precisa ser visualizado nas partes e as partes no todo, a fim de que essa complexa junção se torne complementar, agregando ao invés de dispersar. Assim, o todo institucional necessita olhar as partes constituídas pelos indivíduos que compõem a instituição <sup>(20)</sup>. A rotatividade e a falta de entrosamento de toda a equipe e entre os turnos de trabalho, afastam os trabalhadores da formação dos vínculos, conseqüentemente, fragilizando

as relações de confiança no ambiente hospitalar, podendo levá-los a um maior desgaste físico e emocional<sup>(21)</sup>.

Os trabalhadores da EE reconhecem, também, seu despreparo para cuidar de indivíduos no processo de morte e morrer, o que pode contribuir para sua aparente (des) sensibilização:

*O sofrimento (causado pela morte do paciente) é mais relacionado a nossa incapacidade de cuidar do que o fato da pessoa estar morrendo[...]a gente não sabe como adentrar nesses momentos[...]para nós acaba sendo mais uma demanda (EE12)*

*Alguma coisa era importante vir de fora assim, um suporte ou mesmo uma capacitação, uma coisa até para a gente lidar melhor com isso(EE15)*

*Quando eu comecei a atuar fiquei um pouco chocada ao cuidar desses pacientes, mas depois, com o convívio do dia a dia, tu acaba te acostumando (EE8)*

O preparo do trabalhador para interagir e cuidar do indivíduo no seu processo de finitude e de seu FC tem sido praticamente negligenciado desde a sua formação, levando-o a fazer essa aprendizagem no seu dia a dia; como nessa pesquisa, muitos parecem se (des)sensibilizar frente à necessidade de cuidado do indivíduo na finitude<sup>(22)</sup>. Enfatiza-se a busca pelo tratamento em prol da cura, não preparando esses trabalhadores para cuidar na finitude, o que pode favorecer o afastamento do trabalhador, o que é percebido, frequentemente, como manifestação de negligência na assistência.

Reitera-se que o processo de morte e morrer ainda é comumente negada na sociedade atual. Mesmo estando constantemente presente no ambiente hospitalar, a tendência é que os profissionais da saúde tentem negá-la, sem enfrentá-la realmente. Assim, tal enfrentamento das situações de morte, sem o devido preparo/reflexão, pode levar gradativamente esse trabalhador a sua desensibilização, favorecendo atitudes mecanizadas ao lidar com os indivíduos em seu processo de morte e morrer, bem como com seu FC que comumente sofre junto<sup>(23)</sup>.



O indivíduo, no entanto, precisa ser visto em sua totalidade, em seu contexto de vida e de morte, pois o processo de morte e morrer também é integrante da vida. Comumente, as grades curriculares contemplam questões relacionadas à vida, à cura e ao tratamento, sem uma suficiente reflexão sobre o significado da finitude da vida, e de como interrelacionar-se nas situações de sofrimento<sup>(24)</sup>. Nesse sentido, o preparo e a reflexão dos trabalhadores da EE acerca do processo de morte e morrer precisam ser discutidos a partir de referenciais capazes de ampliar o pensamento, tornando-o complexo e multidimensional, ao invés de linear e fragmentado, considerando as influências internas e externas do indivíduo <sup>(20)</sup>.

Frente à percepção de que não consegue interagir nessas situações de sofrimento, que não consegue lidar com toda a carga que lhe é imposta, podem ocorrer depressões, desmotivações e, até mesmo, sentimentos de desistência da profissão, diante de tais dificuldades<sup>(23)</sup>. Percebeu-se no estudo em questão, que o trabalhador da EE se sente cuidando de todos e que, apesar de fragilizado, precisa continuar trabalhando, mesmo que automaticamente.

Assim, a falta de apoio institucional foi também salientada como uma dificuldade para efetivar as inter-relações no ambiente hospitalar:

*O funcionário tem que ter um psicólogo, o funcionário tem que ter um acompanhamento, para nós sabermos lidar com certas circunstâncias como a morte que é tão difícil (EE5)*

*Não tens aquele tempo de sentar e conversar, nem psicologicamente tu estás preparado para essas discussões de morte e morrer (EE1)*

O apoio psicológico aos trabalhadores poderia favorecer o enfrentamento das situações estressantes e adversas que surgem no cotidiano das inter-relações, contribuindo na elaboração do sofrimento em situações difíceis como a assistência no processo de morte e morrer <sup>(25)</sup>.

No ambiente hospitalar, os psicólogos podem atuar tanto no contexto familiar, quanto junto aos trabalhadores da EE, contribuindo para minimizar e ressignificar o processo de sofrimento diante do cuidar de indivíduos na finitude. Mediante o uso de técnicas, são capazes

de proporcionar a aproximação e religação no convívio e cuidado a esses indivíduos e seus FC, promovendo um ambiente adequado de escuta e diálogo, facilitando o desenvolvimento da autonomia organizacional do indivíduo enfermo e seu FC, bem como contribuindo com os trabalhadores para um melhor enfrentamento nas inter-relações com os envolvidos nesse ambiente, preservando sua saúde mental e emocional<sup>(26)</sup>.

### **COMPLEXIDADE DAS RELAÇÕES NO CUIDADO NO PROCESSO DE MORTE E MORRER: CONFLITOS DOS TRABALHADORES DA EE**

Essa categoria aborda a complexidade das relações no cuidado no processo de morte e morrer, envolvendo os conflitos dos trabalhadores da EE, que fragilizam as inter-relações no processo de morte e morrer, como conflitos com os FC relacionados à competência quanto à realização dos cuidados no indivíduo enfermo; conflitos quanto ao cumprimento das atribuições; conflitos com a equipe médica quanto a valorização e reconhecimento do trabalhador da EE.

Dessa forma, verifica-se que alguns trabalhadores da EE consideram que os FC poderiam ser mais participativos e atuantes nos cuidados aos seus indivíduos enfermos no ambiente hospitalar. Contraditoriamente, reconhecem que esses FC precisariam ter maior respeito e atenção às suas solicitações por parte da própria EE:

*Para mim cuidador dentro do hospital deveria prestar todo o cuidado a partir da higiene desse paciente, até de mudança de decúbito. Se não consegue virar direito, chama a gente para ajudar, mas a maioria deles não faz isso, muitos ficam ali, só sentados[...] ou tem 3 pessoas junto da paciente e ficam pedindo para ti trocar a fralda, poxa! é a tua mãe que tá ali[...]isso incomoda (EE4)*

*O familiar também às vezes fica no hospital, querendo que a gente faça as coisas para o paciente, que eles poderiam fazer (EE16)*

*A atenção tem que existir por que é isso que eles esperam da gente, eles comentam “fulano tu fala e não tá nem aí, não é o pai dele, não um familiar dele precisando...” eles se queixam bastante, as vezes, é só uma fralda que tu tem que trocar (EE15)*

*Às vezes, eles chegam correndo pedindo para irem lá no paciente, e o colega não vai, isso me angustia, me da vontade de ir, só que muitas vezes se tu vai, tu vai arrumar mais uma indisposição com o teu colega ou o teu colega vai fazer de conta que não vai ouvir as outra vezes que o familiar vai chamar e tu vai sempre ...ai tu atende todos os teus e mais os do colega (EE7)*

A hospitalização de um ente querido, geralmente, ocasiona mudanças no cotidiano da família, gerando sentimentos de angústia e ansiedade diante de uma doença incurável, aliados à insegurança frente à internação<sup>(27)</sup>. Assim, discute-se a complexidade do cuidar em um ambiente contraditório, o hospital, em que os indivíduos visualizam esse ambiente como a aproximação do evento da morte ou simultaneamente fomentam a esperança da cura, por meio de tecnologias.

Por meio das observações realizadas no presente trabalho, foi possível verificar que os FC, ao interagirem no ambiente hospitalar, quando cuidam do indivíduo enfermo, muitas vezes, mostram-se receosos, até mesmo, de tocar no indivíduo enfermo, temendo feri-lo, contagiar-se com sua doença, por não lhe ser íntimo, ou, ainda, por considerar que a prestação de cuidado no hospital, compete aos trabalhadores da EE. Assim, faz-se necessário que os trabalhadores da EE interajam e esclareçam a importância de adaptação para enfrentar tal situação, já que provavelmente precisarão cuidar do seu familiar doente em casa<sup>(28)</sup>.

O estar em ambiente hospitalar, apesar de cansativo, comumente parece trazer maior segurança e conforto ao FC, pois, desse modo, não será cuidador sozinho, com todas as responsabilidades decorrentes, fato ratificado nas observações do presente estudo. Os trabalhadores da EE discutiram também a questão do respeito e atenção a esses FC que, muitas vezes, podem se sentir deslocados em um meio hospitalar estranho e sofrido. Portanto, alguns participantes do estudo manifestaram a importância em atender os FC, quando solicitados, visualizando esse indivíduo integrado, interconectado e ligado a esse meio estressante e hostil.

O cuidar nesse ambiente complexo implica em estabelecer relações entre os indivíduos envolvidos, em que os trabalhadores da EE precisam analisar como vem procedendo o cuidado e o ser que vem recebendo esse cuidado. Cada indivíduo é único com suas

fragilidades e potencialidades a serem consideradas nesse contexto de cuidado. As inter-relações tornam-se ainda mais complexas nesse ambiente diverso e multifacetado do hospital, quando os trabalhadores da EE não conseguem visualizar a necessidade do outro, negligenciando, por vezes, as queixas e solicitações dos FC<sup>(29)</sup>, como referido pelos próprios trabalhadores entrevistados.

A presença física mediante a atuação desses trabalhadores junto aos indivíduos sofridos pode fortalecer e ressignificar essa fase da vida, proporcionando-lhes segurança e conforto. Dar atenção e se fazer presente nesse cuidado humano, torna-se fundamental e imprescindível para a valorização do que o indivíduo enfermo e seu FC desejam ou tem interesse nesse momento de finitude<sup>(30)</sup>.

Trabalhadores manifestaram indignação pelo fato de alguns colegas não valorizarem as solicitações dos indivíduos enfermos e seus FC, por vezes, não considerando suas necessidades de atenção e presença, importantes na finitude e na reorganização de todo esse processo. O fazer técnico precisa convergir nas ações de cuidado e na forma como esse cuidado ocorrerá, ou seja, entender o cuidado como integral e baseado na relação com o outro, sendo muitas vezes antagônicas e complementares essas interações<sup>(30)</sup>.

Trabalhadores da EE manifestaram vivenciar conflitos decorrentes da aparente falta de reconhecimento e valorização por parte da equipe médica, com repercussões na inter-relação complexa no cuidado ao indivíduo enfermo e seu FC:

*A enfermagem perante a medicina[...] o que a gente fala, eles não absorvem sabe?! Não dão atenção, se está prescrito um laxativo, faz! Pô estou falando que o paciente já evacuou[...] o médico não tem confiança na enfermagem! Eu ou o enfermeiro falar, é indiferente para eles, e dependendo do enfermeiro do setor também não temos respaldo, nem mesmo da nossa chefia imediata[...] tenho muitos planos de abandonar a área da saúde e esse é um dos grandes motivos (EE5)*

*Aconteceu de eu estar na enfermagem e o residente estar e eu passar para ele: 'olha o paciente tá hiperglicêmico, tá tanto o que eu faço?' E a pessoa não me responder[...] ele me ignorou e foi lá conversar com a enfermeira (EE15)*

Atitudes e ações reducionistas e lineares, na própria equipe e por parte da equipe médica, foram evidenciadas pelos trabalhadores da EE, com aparentes falhas/rupturas nos diálogos, desconexão e desvalorização, o que parece contribuir para sua desmotivação e afastamento do cuidado direto ao indivíduo enfermo e ao FC no processo de morte e morrer no hospital.

Considera-se que é preciso valorizar e cultivar a habilidade da comunicação perante um trabalho multiprofissional, a fim de transpor dificuldades e limitações encontradas no trabalho em equipe no ambiente hospitalar. Uma comunicação efetiva e com respeito entre os indivíduos que lidam com o sofrimento do outro, podem contribuir para a qualidade do cuidado prestado, bem como para o fortalecimento pessoal do trabalhador inserido nesse meio, o qual se sente como parte de todo o processo de assistir <sup>(31)</sup>.

Em um comportamento social, a interação entre os indivíduos e o ambiente dependerá das retroalimentações das próprias interações e diálogos nesse contexto. A partir de Morin<sup>(20)</sup>, é possível afirmar que o trabalhador da EE precisa agir como um protagonista nessas interações, contribuindo para o processo de auto-regulação no ambiente de cuidado<sup>(20)</sup>.

Percebe-se que a relação entre os trabalhadores da EE e da equipe médica por vezes é desconectada, em que o saber médico se sobrepõe ao saber dos trabalhadores da EE, podendo causar desmotivação, por não serem suficientemente considerados como parte da equipe hospitalar. Assim, sua visibilidade e reconhecimento mostram-se fragilizados, afetando, também, a confiança do indivíduo enfermo e seu FC em relação ao trabalhador da EE.

Ademais, com tais comportamentos, abre-se uma lacuna entre o trabalhador da EE e o indivíduo enfermo e seu FC, comprometendo a criação de vínculos para o desenvolvimento de uma assistência adequada no fim da vida. Ressalta-se que a comunicação entre os

trabalhadores é de extrema importância para que as inter-relações possam se formar no ambiente hospitalar<sup>(32)</sup>.

Destarte, quando o trabalhador da EE se sente reconhecido e parte importante na equipe de cuidado, desenvolve o seu fazer com maior comprometimento e satisfação, pois o local de trabalho passa a ser identificado como um ambiente de reconhecimento e de valorização do seu trabalho. Considera-se que, com essa satisfação, os trabalhadores poderão se motivar a desenvolver um cuidado relacional com o indivíduo enfermo e seu FC, com maior qualidade<sup>(33)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao analisar como os trabalhadores da EE se percebem na inter-relação complexa no cuidado ao indivíduo enfermo e seu FC no processo de morte e morrer, evidenciaram-se obstáculos e a complexidade presente nessas relações.

Os obstáculos para a efetivação de inter-relações conectadas relacionam-se, primordialmente, à sobrecarga de trabalho, descuidados dos pacientes, pela descontinuidade do trabalho, despreparo do trabalhador para o cuidado nesse processo, desensibilização e falta de apoio institucional. A complexidade das relações no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar relaciona-se: a conflitos com os FC, quanto à competência na realização de cuidados ao indivíduo enfermo, assim como quanto à maior atenção às necessidades desses FC; com a equipe médica, relacionados ao reconhecimento e valorização dos trabalhadores da EE, dentre outras, com implicações nas inter-relações no cuidado ao indivíduo enfermo e seu FC.

Considera-se que os resultados do estudo poderão favorecer a reflexão dos trabalhadores da EE acerca de suas inter-relações com os indivíduos em processo de morte e

morrer e seu FC, com um repensar acerca do processo complexo do cuidado na finitude da vida.

Considera-se se interessante e recomendável, dar-se continuidade a esta pesquisa através de estudos que revelem como trabalhadores da EE, em diferentes realidades do país, vivenciam as inter-relações complexas no enfrentamento do processo de finitude.

Destaca-se, como principal limitação deste estudo, a não captação dos indivíduos enfermos em seu processo de morte e morrer, pelo fato de ainda não aceitarem o processo da finitude, calando-se e não demonstrando abertura para o diálogo nessa direção. Ainda, o estudo aponta como lacuna a necessidade de compreender como esses indivíduos vivenciam a sua inter-relação com os trabalhadores da EE e o seu FC no ambiente hospitalar, a fim de complementar a investigação sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

- 1 OMS. Relatório Mundial sobre envelhecimento e saúde. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/> Acesso em: maio 2016
- 2 SANTIN, G.; KLAFKE, T.E. A família e o cuidado em saúde mental. Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, jun. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 03 nov. 2016.
- 3 DOMINGUES, G.R. et al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 02-24, jan. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092013000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 03 nov. 2016.)
- 4 KOVÁCS, M.J. Educadores e a morte. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP. Volume 16, Número 1, Janeiro/Junho de 2012: 71-81.
- 5 FISCHER, J.M.K. et al. *Manual de Tanatologia*. Curitiba: Conselho Regional de Psicologia do Paraná, 2007. 57 p.
- 6 MEDEIROS, Luciana Antonieta; LUSTOSA, Maria Alice. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227, dez. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 dez. 2016.

- 7 BORGES, T.R.C. O enfrentamento da equipe de enfermagem no processo de morte e morrer do paciente. 50p. Curso de Pós-Graduação (Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência). Criciúma, Santa Catarina, 2011.
- 8 ALBERTONI LI, SANTOS JR R, CURY PM, PEREIRA PSF, MIYAZAKI MCOS. Análise qualitativa do impacto da morte sobre os estudantes de medicina da faculdade de medicina de São José do Rio Preto. Arq Ciênc Saúde. 2013;20(2):49-52.
- 9 MORIN, E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- 10 KLUSER, S.R.; TERRA, M.G.; NOAL, H.C.; LICCHINE, A.J.B. Vivência de uma equipe de enfermagem acerca dos cuidados aos pacientes com câncer. Rev Rene. 2011; 12(1): 166-72.
- 11 SALIMENA, A.M.O.; FERREIRA, G.C.; MELO, M.C.S. Sentimentos da equipe de enfermagem cirúrgica diante da morte. Arq Ciênc Saúde. 2015; 22(1):75-78.
- 12 LEININGER, M. Ethnography and Ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis. Orlando: Grune & Stratton; 1985.
- 13 \_\_\_\_\_. Culture Care Diversity and Universality: a Theory of Nursing. Nova York: National League for Nursing Press, 1991.
- 14 SILVEIRA RS, FUNCK CR, LUNARDI VL, SILVEIRA JT, AVILA LI, FILHO WDL, VIDAL DAS. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. Enferm Foco (Brasília). 2012;3(2):93-96
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 466/2012*. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
- 16 CATALAN, V. M. A organização do trabalho, prazer e sofrimento da enfermagem: estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar. 2012. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- 17 SANTOS, J. L. G.; PROCHNOW, A. G.; SILVA, D. C. et al. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 97-103, 2013.
- 18 REZENDE, M.C.C.; NETO, J.L. Processos de subjetivação na experiência de uma equipe de enfermagem em oncologia. Rev. Psicol. Saúde [Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Nov 25]; 5(1): 40-48. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2013000100007&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100007&lng=pt).
- 19 NOVARETTI MCZ, SANTOS EV, QUITÉRIO LM, DAUD-GALLOTTI RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. Rev Bras Enferm. 2014 set-out;67(5):692-9.



20 MORIN, E. A Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014. 128p

21 GARCIA, A. B.; DELLAROZA, M. S. G.; HADDAD, M. C. L. et al. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 153-59, 2012.

22 ROSA, D.S.S.; COUTO, S.A. O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. Revista Enfermagem Contemporânea.v.4,n.1(2015).

23 DUARTE, A.; ALMEIDA, D.V.de; POPIM, R.C. Death within the medical undergraduate routine: students' views. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, n. 55, p. 1207-1219, 2015.

24 ALVES,E.A.T.D.;COGO,A.L.P. Percepção de Estudantes de enfermagem Sobre o Processo de aprendizagem em ambiente hospitalar. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 novembro 28]; 35 (1): 102-109. Disponível a partir de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472014000100102&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100102&lng=en).<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42870>

25 HOHENDORFF, J. V.; MELO, W. V. Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. *Estudo pesquisa e psicologia*, 2009; 9(2), 480-492.

26 CARVALHO, J.S.; MARTINS, A. M. A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. Rev. SBPH [Internet]. 2015 Dez [citado 2016 Nov 26]; 18( 2): 129-142. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582015000200009&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000200009&lng=pt).

27 FREITAS,KS; MENEZES, I.G.; MUSSI, F.C. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 896-894, dez. 2012

28 OLIVEIRA, S.G.; QUINTANA, A.M.; BURDO, M.DE L. D.; KRUSE, M.H.L.; GARCIA, R.P.; WÜNSCH, S. Representações sociais do cuidado de doentes terminais no domicílio: o olhar do cuidador familiar. Aquichán [Internet]. 2016 July [cited 2016 Nov 27]; 16( 3 ): 359-369. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972016000300007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000300007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.7>.

29 DIAS, M.V.; BACKES, D.S.; BARLEM, E.L.D.; BACKES, M.T.S.; LUNARDI, V.L.; SOUZA, M.H.T.DE. Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: percepções à luz do pensamento complexo. Rev Gaúcha Enferm. 2014 dez;35(4):79-85.

30 LIMA, M.P.de O.; OLIVEIRA, M.C.X.de. Significados do cuidado de enfermagem para familiares de pacientes em tratamento paliativo. 2015.

31 CARDOSO, D. H.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I. C. O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. Rev. texto contexto, v. 22, n. 4, p. 1134-1141. Disponível em: . Acesso em:

32 AVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 34, n. 3, p. 102-109, 2013.

33 SILVEIRA, R.S.; FUNCK, C.R.; LUNARDI, V.L.; SILVEIRA, J.T.; AVILA, L.I.; LUNARDI FILHO, W.D.; VIDAL, D.A.S. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. Enferm Foco (Brasília). 2012;3(2):93-96

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados e discussões deste estudo foram apresentados em três categorias, no formato de 3 artigos, possibilitando responder sobre como ocorrem as inter-relações entre os indivíduos fora da possibilidade de cura, seus FC e a EE no processo de morte morrer em ambiente hospitalar. Cada uma das categorias visou contemplar o objetivo geral e os diferentes objetivos específicos dessa tese.

O aprofundamento teórico realizado para a construção do presente estudo indicava, desde o princípio, que a compreensão do processo de morte e morrer é diferente para cada indivíduo e que ocorre a partir das suas construções históricas e sociais. De forma geral, durante o processo de fim de vida, edificam-se formas de enfrentamento e, certamente, uma das formas mais utilizadas é a tentativa de impedir que a morte ocorra ou mesmo fazer de conta que o fim não existe. Esses sentimentos de medo, de incertezas e vontade de fugir da morte podem fazer com que as relações fiquem mais superficiais, ao passo que ninguém quer abordar o assunto. Dessa forma, pode-se perceber certa ruptura nas inter-relações, em que a comunicação se torna deficiente ou mesmo inexistente, pelo fato da não aceitação do processo de morte e morrer por parte dos FC, dos trabalhadores e mesmo por parte do próprio indivíduo em finitude.

Como desfecho da primeira categoria intitulada “**Relação dialógica complexa no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar**”, discutiu-se sobre como ocorre a relação dialógica entre a EE, FC e indivíduo no processo de morte e morrer em ambiente de cuidado. Para cercar essa temática foram contemplados dois diferentes eixos, quais sejam: as inter-relações no ambiente hospitalar a partir do olhar sobre o processo de morte e morrer do outro e de si, abordando as dinâmicas em direção às certezas e incertezas geradas nas relações da tríade, FC, EE e indivíduo em processo de morte e morrer, discutindo-se as rupturas nos diálogos e as resistências/incertezas em aceitar a terminalidade da vida; e um segundo eixo: as estratégias recursivas para um repensar relacionado ao processo de morte e morrer em ambiente hospitalar em que se discutiram as diferentes formas recursivas de lidar com a dor, com o sofrimento, e com as frustrações nesse momento tão difícil.

Na segunda categoria desse estudo, intitulada “**Inter-relações no processo de morte e morrer no hospital: olhar do familiar/cuidador**”, discutiram-se acerca de como os FC percebem suas inter-relações com os trabalhadores da EE e seu familiar enfermo, no processo de morte e morrer, abarcando as fragilidades percebidas pelo FC nas suas inter-relações com a

EE e o indivíduo em seu processo de morte e morrer, e também, as potencialidades no processo inter-relacional do FC com o indivíduo enfermo e a EE.

Dessa segunda categoria, destaca-se a necessidade de ouvir e reconhecer que o FC pode ser um elo entre os trabalhadores da EE e o indivíduo enfermo. Diante da terminalidade, muitos indivíduos tendem a afastar-se de assuntos referentes à morte, tornando-se mais isolados, sem abertura a diálogos, distanciando-se ainda mais do convívio no seu contexto social. O pensar multidimensional acerca do processo de morte e morrer em ambiente hospitalar é urgente, pois esse tema é antagônico e complementar, necessitando de um olhar para todo o contexto de vida do indivíduo na terminalidade.

Na terceira categoria **“(Re)pensando inter-relações complexas do cuidado no processo de morte e morrer: ótica da equipe de enfermagem”**, discutiram-se sobre como os trabalhadores da EE se percebem na inter-relação complexa no cuidado ao indivíduo enfermo e seu FC no processo de morte/morrer, contemplando discussões sobre os possíveis obstáculos da EE para a efetivação de inter-relações conectadas, enfocando-se a sobrecarga de trabalho, os descuidados dos pacientes, o despreparo do trabalhador e a falta de apoio institucional. Ainda, nessa categoria, contemplam-se discussões sobre a complexidade das relações no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar, destacando-se acerca da competência quanto ao cuidado do indivíduo enfermo quando da internação hospitalar, diante da presença do FC nesse ambiente, bem como de maior atenção às necessidades desses familiares, reconhecimento e valorização dos trabalhadores de enfermagem e sua repercussão para a inter-relação com o indivíduo enfermo e FC, dentre outras.

Destaca-se, como principal limitação deste estudo, a não captação dos indivíduos em seu processo de morte e morrer, especialmente, pelo fato de não aceitarem o processo da finitude, comumente, calando-se, sem demonstrar abertura para o diálogo nessa direção. Ainda, o estudo aponta como possibilidade para novas investigações, compreender como esses indivíduos vivenciam a sua inter-relação com os trabalhadores da EE e o seu FC no ambiente hospitalar, a fim de complementar a investigação sobre o tema. Ressalta-se ainda, que o estudo poderá proporcionar uma reflexão tanto aos trabalhadores da EE, ressignificando seu fazer diário, pensando no seu bem estar e no do outro, quanto dos FC que tiveram a oportunidade de avaliar sua inter-relação com seu indivíduo enfermo no ambiente hospitalar, visualizando as relações como um todo.

Nesse sentido, com as respostas a cada objetivo, pode-se confirmar a tese de que: As inter-relações da tríade indivíduos no processo de morte e morrer, seus FC e os trabalhadores da EE, quando baseadas no diálogo, no vínculo e na confiança, evitam o distanciamento e o

sofrimento solitário, possibilitando a prestação de cuidados humanizados, além de resignificar os sentimentos que podem aflorar nessa fase da vida.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L.F. Terminalidade humana na UTI: reflexões sobre a formação e ética diante da finitude. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v.12, n.3, p. 147-153, 2013.
- ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto contexto-enferm*, v.21, n.1, p. 121-129, 2012.
- ARIÈS, P. *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média*. Lisboa: Teorema; 1981.
- ARIÈS, P. *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003. 312p.
- ARRIEIRA, I.C.de O. *Integralidade em cuidados paliativos : enfoque no sentido espiritual*. 166 f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2015.
- AVELLAR, L. Z. A pesquisa em psicologia clínica: reflexões a partir da leitura da obra de Winnicott. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 2, n. 1, p. 11-17, 2009.
- AVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 3, p. 102-109, 2013.
- BADKE, M. R. ; HILDEBRANDT, L. M. ; BANDEIRA, D. ; COGO, S. B. . A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis , v. 23, p. 400-407, 2014.
- BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L.; SASSO, G.T. MARCON D. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 2, p. 378-385, June 2010 .
- BARROS DE OLIVEIRA, J. H. Optimismo: Teoria e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, v.2, n.2, p.295-308, 1998.
- BERTOLINO, K.C.O. *Representações sociais de médicos e enfermeiros sobre distanásia em UTI*. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, linha de pesquisa Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, 2009.
- BETTIOL, Luciane Costa. Reações e sentimentos da equipe de enfermagem diante do processo de morte e morrer do paciente na UTI. 59 f. TCC (Graduação em Enfermagem). UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2010.
- BORGES, M. da S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 65, n. 2, p. 324-331, 2012.
- BONINI, B.B. *Ser enfermeiro negro na perspectiva da transculturalidade do cuidado* Dissertação (Mestrado enfermagem). São Paulo (SP): USP, Escola de Enfermagem; 2010.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer . Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde* / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. – Rio de Janeiro: INCA, 2010. 206p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 466/2012*. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BUSHATSKY, M. *Pacientes fora de possibilidade terapêutica: percepções de cuidadores, estudantes e profissionais de saúde diante da finitude e de cuidados paliativos* . Recife : O Autor, 2010. 111 p.

CAMARGO, P. Humanização no Cuidar: Uma Proposta de Desenvolvimento de Equipe. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos* , v.3, n.4, p. 19-30, 2012.

CARDOSO, D.H. ; MUNIZ, R.M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I.C.de O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013 .

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento; 1998.

CASSORLA, R. A. Negação e outras defesas frente a morte. In F.SANTANA (org.), *Cuidados Paliativos discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009, p.59-76.

CASELLATO, G. (Org.). *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade*. Campinas, SP: Livro Pleno, 2005.

CAPUTO, R. F. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. *Revista multidisciplinar da UNESP*. Saber acadêmico - n ° 06 - Dez. 2008/ ISSN 1980-5950.

CECCIM,R.B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface*, v. 13, n. 1, p. 531-42, 2009.

CELICH, K.L.S.; CREUTZBERG, M.; GOLDIM, J.R.; IRÊNIO, G.I. Aging with quality of life: the perception of elderly people participating in social groups. *Rev. Min. Enferm*; v.14, n.2, p.226-232, 2010.

COGO, S.B; LUNARDI, V.L. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.*, v.68, n.3, p.524-534, 2015.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. de S. Morte: uma visão psicossocial. *Estudo de Psicologia*, Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006.

CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. *Acta Paul. Enferm.*, v.21, n.3, p. 412-419, 2008.

CUSTÓDIO, M.R. de M. O processo de morte e morrer no enfoque dos acadêmicos de enfermagem. *Encontro: Revista de Psicologia*, v.13, n.18, p.127-142, 2010.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, p.39-53, 2003.

DARONCO, V.F.; ROSANELLI, C.L.S.P.; LORO, M.M.; KOLANKIEWICZ, A.C.B. Cuidados paliativos: percepções da enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, v.13, n. 4, p.657-664, 2014.

D'ASSUMPÇÃO, E.A. *Sobre o Viver e o Morrer*. Manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam. 2ª ed. ampliada. Petrópolis: Vozes, 2011, 247 p.

DESLAURIERS JP, KÉRISIT M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART J, DESLAURIERS JP, GROULX LH, LAPERRIÈRE A, MAYER R, PIRES A. *A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 127-153.

DREHER, S. Sobre a dignidade humana no processo do morrer. *R.cient./FAP*, v.4, n.2, p.84-106, 2009.

DUARTE, A.C.; ALMEIDA, D.V.de; POPIM, R.C. Death within the medical undergraduate routine: students' views. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.19, n. 55, p. 1207-1219, 2015.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE (EAPC). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care.*, v.16, n.6, p.278-89, 2009.

ESCUDEIRO, A. *Tanatologia: conceitos - relatos – reflexões*. Fortaleza: LTDA. 2008.

FERNANDES, M.A.; EVANGELISTA, C.B.; PLATEL, I.C.S.; AGRA, G.; LOPES, M.S.; RODRIGUES, F.A. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.9, p.2589-2596, 2013.

FERNANDES, P. V.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. O técnico de enfermagem diante da morte: concepções de morte para técnicos de enfermagem em oncologia e suas implicações na rotina de trabalho e na vida cotidiana. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 11, n.1, p.142-152, 2009.

FERREIRA, F.O. *A percepção dos profissionais de saúde do Inca sobre os cuidados no fim de vida de crianças com câncer*. 95p.dissertação (mestrado em Ciências na área de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva). 2012.

FERRÃO, C. Aspectos psíquicos do paciente com câncer. Artigo do Núcleo de Estudos e Temas em Psicologia, NETPSI, 2008.



FIGUEIREDO, M.H. de J.S.; MARTINS, M.M.F.P.da S. Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Rev. Escola enferm. USP*, v.43, n.3, p.615-621, 2009.

FONTOURA, E.G; ROSA, D.O.S. Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. *Index Enferm*, v.22, n.1-2, p. 25-29, 2013.

FLORIANI, C.A; SCHRAMM, F.R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Cien Saude Colet*, v.13,n.Supl. 2, p.2123-2132, 2008.

GAVIDIA, V. *Salud, educación y calidad de vida: De cómo las concepciones del profesorado inciden en la salud*. Santa Fe de Bogotá: Magisterio; 1998.

GILLIGAN, C. *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, Massachusetts and London: Harvard. University Press, 1982.

GIROND, J.B.R.; WATERKEMPER, R. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e interrelações. *Cogitare enferm.*, v.11, n.3, p. 258-263, 2006.

GRACIA, D. *Pensar a bioética: metas e desafios*. São Paulo: Loyola; 2010.

GUTIERREZ, B.A.O.; CIAMPONE, M.H.T. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta Paul. Enferm.*, v.19, n.4, p.456-461, 2006.

GUIMARÃES, C.A.; LIPP, M.E.N. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos. *Psicologia: teoria e prática*, v.13,n.2, p. 50-62, 2011. Recuperado em 03 de novembro de 2015 de <http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/viewFile/2908/2976>

HENCKEMAIER, L.; SIEWERT, J.S.; TONNERA, L.C.J.; ALVAREZ, A.M.; MEIRELLES, B.H.S.; NITSCHKE, R.G. Cuidado transcultural de Leininger na perspectiva dos programas de pós-graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Ciência e Saúde*, v. 7, n. 2, p. 85-91, 2014.

HENNEZEL, M.; LELOUP, J. Y. *A arte de morrer*. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

HENNEZEL, M. A morte no centro da vida. In: HENNEZEL, M. *Morrer de olhos abertos*. Portugal: Casa das Letras, 2006.

HERMES, H.; LAMARCA, I. C. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18,n.9, p.2577-2588, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2009. Retirado em 11/06/2011, de [http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=5](http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5).

[ [Links](#) ]

JUNGES, J. R.; CREMONESE, C.; OLIVEIRA, E. A.; SOUZA, L. L.; BACKES, V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Revista Bioética*, v.18, n.2, p.275-288, 2010.

JUNIOR, L.; ELTINK, C. F. A Visão do Graduando de Enfermagem Perante a Morte do Paciente. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, v. 29, n. 3, p. 176-182, 2011.

KOVÁCS, MJ. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In M. M. J. Carvalho (Org.), *Psicooncologia no Brasil: Resgatando o viver*. São Paulo: Summus. 1998, p. 159-185.

\_\_\_\_\_. *Educação para a morte: Desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

\_\_\_\_\_. *Contribuições de Elizabeth Kübler-Ross nos estudos sobre a morte e o morrer*. In D. Incontri & F. S. Santos (Orgs.), *A arte de morrer: Visões plurais*. São Paulo: Comenius, 2007. p. 207-216.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 458-468, 2008.

\_\_\_\_\_. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*, v.34, n.4, p.420-429, 2010.

\_\_\_\_\_. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. Bioét.*[online], v.22, n.1,p. 94-104, 2014.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes,2008

LEES, C.; MAYLAND,C.; WEST, A.; GERMAINE, A. Quality of end-of-life care for those who die at home: views and experiences of bereaved relatives and carers. *International Journal of Palliative Nursing*, v. 20, n. 2, p. 63-67, 2014.

LEININGER, M. *Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade*. In: *SIBRATEN,1, Anais... 1<sup>o</sup> Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem*. Florianópolis, UFSC, p. 255-288, 1985a.

\_\_\_\_\_. *Etnography and Ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis*. Orlando: Grune & Stratton; 1985b.

\_\_\_\_\_. Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing know ledge. *Journal of Transcultural Nursing*, Memphis, v. 1, n. 2, p. 40-51, 1990.

\_\_\_\_\_. *Culture Care Diversity and Universality: a Theory of Nursing*. Nova York: National League for Nursing Press,1991.

\_\_\_\_\_. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: LEININGER, M.; MCFARLAND, M. R. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2<sup>a</sup> ed. Boston (US): Jones and Bartlett Publishers, Inc.; 2006. p.1-41.

LEMOS A.M. SANTANA, N.S. Cuidados paliativos: o olhar de uma graduanda de enfermagem. *Rev Enferm UNISA*, v.12, n.1, p. 52-57, 2011.

LIMA, V. R.; KOVÁCS, M. J. Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação à criança. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.31, n.3, p.390-405, 2011.

LONG-SUTEHALL, T.; WILLIS, H.; PALMER, R.; UGBOMA, D.; ADDINGTON-HALL, J. ; COOMBS, M. Negotiated dying: A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units. *International Journal of Nursing Studies.*, v.48, n.s/n, p.1466-1474, 2011.

LUCA, A.Q.de; ANDRADE, D.F.de ; SORRENTINO, M. O diálogo como objeto de pesquisa na educação ambiental. *Educ. Real.* [online], v.37, n.2, p. 589-606, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v20n4/1516-7313-ciedu-20-04-0817.pdf>. Acesso em: 20 dez.2015.

MACHADO, W.C. A.; LEITE, J.L. *Eros & Thanatos: a morte sob a ótica da enfermagem*. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2006. 206 p.

MARENGO, M.O.; FLÁVIO, D.A.; SILVA, R.H.A.da. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Revista Medicina, Ribeirão Preto*, v. 42, n. 3, p. 350-357, 2009.

MARTA, G.N.; HANNA, A.S.; SILVA, J.L.F. Cuidados paliativos e ortotanásia. *Diagn. Trat.*, v.5, n.2, p.58-60, 2010.

MARTEL, L.C.V. 475pg. *Direitos fundamentais indisponíveis – os limites e os padrões do consentimento para a autolimitação do direito fundamental a vida*. (Doutorado em Direito Público) Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Pós-Graduação em Direito. 2010.

MEDEIROS, L.A.; LUSTOSA, M.A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v.14, n.2, p.203-227, 2011.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. IN: CAMPOS, R.C. et al. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

MENEZES, R.A. Tecnologia e "Morte Natural": o morrer na contemporaneidade. *Physis*, v.13, n.2, p.367-385, 2003.

MENDES, J.A.; LUSTOSA, M.A.; ANDRADE, M.C.M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 2009.

MENOSSE, M.J.; ZORZO, J.C.C.; LIMA, R.A.G. A dialógica vida/morte no cuidado do adolescente com câncer, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 126-134, 2012.

MEYER, D.E.E. Abordagens pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In MEYER, D.E.E.; PARAÍSO, M.A. (org.). *Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação*. Belo Horizonte: Mazza Edições, v. 1, p. 47-62, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE(MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011

MONDRAGÓN-SÁNCHEZ, E.J.; CORDERO, E.A.T.; ESPINOZA, M.L.M.; LANDEROS-OLVERA, E.A. Comparação do nível de medo da morte entre estudantes e profissionais de enfermagem no México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.23, n.2, p.323-328, 2015.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. *Análise textual discursiva*. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2011. 224p.

MORAIS, I.M. de. Autonomia pessoal e morte. *Revista Bioética*, v.18, n.2, p. 289 – 309, 2010.

MORIN, E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

\_\_\_\_\_. Os Sete Saberes necessário à Educação do Futuro. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000a.

\_\_\_\_\_. *Meus demônios*. São Paulo: Bertrand Brasil; 2000b.

\_\_\_\_\_. *Ciência com consciência*. 14<sup>a</sup>.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 344p.

\_\_\_\_\_. *Método 1: A natureza da natureza*. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Sulina, 2013. 479p.

\_\_\_\_\_. *Método 2: a vida da vida*. 5<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Sulina, 2015a, 527p.

\_\_\_\_\_. *Método 5: a humanidade da humanidade*. 4<sup>a</sup>. Ed. Porto Alegre: Sulina, 2012, 309p.

\_\_\_\_\_. *A Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 17<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014. 128p

\_\_\_\_\_. *Introdução ao pensamento complexo*. 5<sup>a</sup> .ed. Porto Alegre: Sulina, 2015b,120p.

MORITZ, R. D. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 485-489, out./nov. 2007.

MORITZ,R.D; MACHADO, F.O.; HEERDT, M.; ROSSO,B.; BEDUSCHI, G. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. *Rev Bras Ter Intensiva*, v.21, n.2, p.141-147, 2009.

MOTA, M.S.; GOMES, G.C.; COELHO, M.F.; LUNARDI FILHO, W.D.; SOUZA, L. Reações e sentimentos de profissionais de enfermagem frente a morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha de enfermagem*, v.1, n.32, p.129-135, 2011.

MONTICELLI M, BOEHS AE, GUESSER JC, GEHRMANN T, MARTINS M, MANFRINI GC. Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. *Texto & Contexto Enferm*, v.19, n.2, p.220-228, 2010.

MUNIZ, P.H. O estudo da morte e suas representações socioculturais, simbólicas e espaciais. *Revista Varia Scientia*, v. 06, n. 12, p. 159-169, 2006.

NUNES, M. G. S. *Assistência paliativa em oncologia na perspectiva do familiar: contribuições da enfermagem*. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.

OLIVEIRA, S.G.; QUINTANA, A.M.; DENARDIN-BUDÓ, M.L.; MORAES, N.A.; LÜDTKE, M.F.; CASSEL, P.A. Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. *Rev Gaúcha Enferm.*, v.33, n.3, p.104-110, 2012.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*, 2ª Ed. Genebra: WHO, 2002.

PAIVA, A do CP Coelho; DE OLIVEIRA SALIMENA, Anna Maria. O olhar da mulher sobre os cuidados de enfermagem ao vivenciar o câncer de mama. **HU Revista**, v. 42, n. 1, 2016.

PASSOS, S.M.A. As inter-relações com a(s) diferença(s) no tecido escolar: os sentidos da diversidade. 159p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, 2010.

PENSON, R. T. ; PARTRIDGE, R.A.; SHAH, M.A.; GIAN SIRACUSA, D.; CHABNER, B.A.; LYNCH-JUNIOR, T.J., Fear of death. *The Oncologist*, v.10, n..s/n, p. 160-169, 2005.

PETRAGLIA, I. Edgar Morin: *A Educação e a complexidade do ser e do saber*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 126p

PRIMO WQSP, GARRAFA V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. *Rev Assoc Med Bras*. Brasília, 2010, n. 56, supl. 4, p. 397-402.

POLIT, D.; BECK, C.T. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUNTILLO, K. A; MCADAM, J. L. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Critical Care Medicine*, v.34, n.11 Suppl, p.332-340, 2006.

QUINTANA, A.;KEGLER, P.; SANTOS, M.F.; LIMA, L.D. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, v.16, n.35, p. 415-425, 2006.

RIOS, I.C. Caminhos da humanização na saúde : prática e reflexão. São Paulo : Áurea Editora, 2009.

ROCHA, R.da S. Autonomia privada e direitos da personalidade. Ver. SJRJ, Rio de Janeiro, v.18, n.30., p.145-158, 2011.

RODRIGUES, J.C. *Tabu da morte*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz;2006.

RODRIGUES, M.V. de C. *Desvelando o sentido do cuidado de enfermagem: vivências do ser com câncer*. 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ROSA, G.N. *Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência*. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

ROSA, G.N.; LUCENA, A. de F.; CROSSETTI, M.da G.O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, v. 24, n. 01, p. 14-22, 2003.

SAIORON, I.; SILVEIRA, A.C. S. da; LEÃO, L. T.; GONÇALVES, N.G.da C.; SILVEIRA, R. S.da; LUNARDI, V. L.; "Eutanásia: Conflitos e Valores na Sua Regulamentação". In: *Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde* . Blucher Medical Proceedings, v.1, n.2, p. 271, São Paulo: Blucher, 2014.

SANSÓ, N.; GALIANA, L.; OLIVER, A.; PASCUAL, A.; SINCLAIR, S.; BENITO, E. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage.*, v.50, n.2, p.200-207, 2015.

SANTANA, J.C.B.; CALDEIRA, C.L.G.; MARTINS, F.P.L.; ANDRADE, J.D.; SILVA, C.C.D. Vivências do cuidar de pacientes na terminalidade da vida: percepção de um grupo de acadêmicos de enfermagem. *Enfermagem Revista*, v.18, n. 2, p.29-41, 2015.

SANTOS, L.M.M.; SIMÕES, I.A.R.; LIMA, R.S. Sentimentos dos acadêmicos de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória Revista eletrônica gestão & saúde, V.05, N. 04, p.2486-2497, 2014.

SANTOS, Y.S.; JESUS, L.C.; PORTELLA, S.D.C. A enfermagem e a abordagem da morte infantil: um estudo de trabalhos qualis A .*Revista Enfermagem Contemporânea.*, v.2, n.1,p.112-131, 2013.

SEKI, N.H.; GALHEIGO, S. M. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 273-284, 2010.

SILVA, M.J.P.da. Comunicação tem remédio. 6ª Ed. Editora Gente: São Paulo, 2008.133p.

SILVA, K.S.S.; RIBEIRO, R.G.; KRUSE, M.H.L. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? *Rev Bras Enferm*, v.62, n.3, p. 451-456, 2009.

SILVA, K.S.; KRUSE, M.H.L. As sementes dos cuidados paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.30, n.2, p. 183-189, 2009.

SILVA, M.F.da. Doação de órgãos: sim e não. 2010. 87 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. 2010.

SILVA, R.S.DA; CAMPOS, A.E.R.; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, v.45, n.3, p.738-744, 2011.

SILVA, K.C.O.; QUINTANA, A.M.; NIETSCHKE, E.A. Perspectiva de Médicos e Enfermeiros. *Esc Anna Nery*, v.16, n.s/n, p. 697-703, 2012.

SILVA, A.G.; SILVA, A.S.A.; SOUZA, I.C.P.; MACHADO, M.A.F.; SAMPAIO, M.E.; SOUZA, N.O. DE; ANDRADE, S.R.; MOREIRA, L.R.; VIANA, M.B. DE O. Perfil de cuidadores familiares no ambiente hospitalar e a rede de suporte para assistência domiciliar. *Rev. Enfermagem Revista.*, v. 15, n 01, 2012.

SILVA, A.F.; ISSI, H.B.; MOTTA, M.DA G.C.DA. A família da criança oncológica em cuidados paliativos: o olhar da equipe de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, v.10, n.4, p.820-827, 2012.

SILVA, A.D.da; SEFFNER, F. Educação em saúde: o que se ensina e o que se aprende? Representações de saúde e doença para homens idosos em situação de adoecimento. *Textura*, v.s/v, n.33, p.51-74, 2015.

SILVA, V.X.P.da; RAMOS, R.de S.; MARIZ, R.G.de A.; OLIVEIRA, O. V.da S.; NUNES, L.M.P.; SANTOS, E.I.dos; GOMES, A.M.T. As representações sociais de enfermeiros de clínica médica sobre cuidados paliativos oncológicos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v.14, n. supl 1, p. 42-49, 2015.

SILVA, R.S.; PEREIRA, Á.; MUSSI, F.C. Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care *Esc Anna Nery*, v.19, n.1, p. p.40-46, 2015.

SILVEIRA, R.S; MARTINS, C.R.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. *Rev Bras Enferm*, v.62, n.3, p. 442-6, 2009.

SILVEIRA, M.H.; CIAMPONE, M.H.T.; GUTIERREZ, B.A.O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 1, p. 07-16, 2014.

SIQUEIRA, J.C. As acepções do verbete “morte” em dicionários de língua. *Filol lingüíst. port.*, São Paulo, v.15, n.2, p. 429-445, 2013.

SIMMONDS, A.H. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. *Nurs Ethics*, v.15, n.3, p.360-370, 2008.

SORATTO, M.; SILVESTRINI, F. Dilemas éticos da equipe de enfermagem frente a ordem de não ressuscitar. *Revista Bioethikos*. V.4, n.4, p. 431-436, 2010.

SORREL, J.M. e REDMOND, G.M. Interviewws in qualitative nursing research: differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. *Journal Advanced Nursing*, v. 21, n. 06, p. 1117-1122, 1995.

SOUZA, M. G. G.; GOMES, A. M. T. Sentimentos compartilhados por familiares de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: um estudo de representações sociais, *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 149-154, 2012.

SOUSA, D.M.; SOARES, E. de O.; COSTA, K.M.de S.; PACÍFICO, A.L. de C.;PARENTE, A. da C. M. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm*, v.18, n.1, p. 41-47, 2009.

SOUSA, K. C.; CARPIGIANI, B. Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. *Psicologia: Teoria e Prática*, v.12, n.1, p. 97-108, 2010.

SOUZA, G. G. A. de. Idosos hospitalizados e em cuidados paliativos oncológicos: possibilidades de fazer, ser e tornar-se na finitude. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2014.

TESTON, E.F.; CECILIO, P.M.C.; MARQUES, C.D.C.; MONTESCHIO, L.S.F.; SALES, C.A.; MARCON, S.S. A comunicação diante do processo de terminalidade: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UPE on line.*, v.7, n.1,p. 803-812, 2013.

THACKER, K.S. Nurses' advocacy behaviors in end-oflife nursing care. *Nurs Ethics*, v.15, n.2, p.174–185, 2008.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G.; LUNARDI, V.L.; BARLEM, E.L.D.; SILVEIRA, R.S.DA; DALMOLIN, G. DE L.; RAMOS, A.M. Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 669-676, 2015.

TRENCH, B.; ROSA, T. E.C. *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. 290p.

VAARTIO H, LEINO-KILPI H, SUOMINEN T, PUUKKA P. Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. *Nurs Ethics.*, v.16, n.3, p. 340-362, 2009.

VASQUES, T.C.S. (2012). Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos e de sua implementação. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Disponível em ;

VASQUES, T.C.S.; LUNARDI, V.L.; SILVEIRA, R.S.DA.; GOMES, G.C.; LUNARDI FILHO, W.D. ; PINTANEL, A.C. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da implementação dos cuidados paliativos. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.16-22, 2013.

VENEGAS, M. E.; ALVARADO, O. S. Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer. *Revista. Latino-Americana de Enfermagem*, v.18, n.4, p.04-08, 2010.



VIEIRA, M.C.U.; MARCON, S.S. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. *Rev Esc Enferm USP*, v. 42, n. 4, p. 752-60, 2008.

VIERO, M.D. BACKES, D.S.; ILHA, S.; NICOLA, G. D.O.; VIDAL, D.A.S. ; MENDES, D.; PIEKAK, D.R.; GAUTÉRIO, D.P. *O Processo de Morte e Morrer na Prática de Enfermagem: Um Relato de Experiência*. II Jornada internacional de Enfermagem UNIFRA, 2012. Disponível em: .  
<http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/trabalhos/3978.pdf> Acesso em: 29 set. 2015.

WAGNER, L. R.; THOFEHRN, M. B.; AMESTOY, S. C.; PORTO, A. R.; ARRIEIRA, I. C. O. Relações interpessoais no trabalho: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. v.14, n.1, p.107-113, jan-mar. 2009. Disponível em: . Acesso em: 28 out. 2016

WORLD Health Organization: Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014. Acesso em: 20 set de 2015. Disponível em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1)

ZOBOLI, E.L.C.P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2003; 38 (1): 21-7.

**APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Eu \_\_\_\_\_

Profissional de Enfermagem, informo que fui esclarecido de forma detalhada a respeito da natureza do projeto de pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção e aceito participar do projeto de pesquisa intitulado “**As inter-relações no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar**”, de autoria da doutoranda **Tania Cristina Schäfer Vasques**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob orientação da **Profª Drª Valéria Lerch Lunardi**. Este estudo tem como objetivo geral: Compreender como ocorrem as inter-relações entre os indivíduos fora da possibilidade de cura, seus FC e a EE no processo de morte morrer em ambiente hospitalar.

Declaro que fui igualmente esclarecido (a): da garantia de requerer esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo; da garantia de que não haverá riscos físicos e, que no caso de ocorrer constrangimentos decorrentes de algum questionamento, poderá ser solicitado o acompanhamento do **serviço de psicologia da Pró-Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (PROGEP)**; da liberdade de participar ou retirar meu consentimento, sem penalidade alguma; de permitir o uso de gravador digital, com a garantia do sigilo e anonimato assegurando-me a privacidade individual e coletiva, quanto aos dados confidenciais envolvidos no estudo, assegurando a privacidade e a utilização dos dados exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa; da garantia do retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo; assegurando-me as condições de acompanhamento; da garantia de obter esclarecimento de quaisquer dúvidas durante a realização do estudo, do retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo e, tão logo se finde; da garantia de que serão mantidos os preceitos Éticos e Legais em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Tania Cristina Schäfer Vasques  
Doutoranda em Enfermagem  
Pesquisadora responsável  
Telefone: (53) 3237 4602

\_\_\_\_\_  
Valéria Lerch Lunardi  
Pesquisadora  
Telefone: (53) 3237 4602

- Contato com pesquisador responsável pelo trabalho: [taniacristina9@yahoo.com.br](mailto:taniacristina9@yahoo.com.br)
- Contato com Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS): [cepas@furg.br](mailto:cepas@furg.br)

**APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA OS FAMILIARES/ CUIDADORES**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Eu \_\_\_\_\_ FC,  
informo que fui esclarecido de forma detalhada a respeito da natureza do projeto de pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção e aceito participar do projeto de pesquisa intitulado “**As inter-relações no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar**”, de autoria da doutoranda **Tania Cristina Schäfer Vasques**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob orientação da **Profª Drª Valéria Lerch Lunardi**. Este estudo tem como objetivo geral: Compreender como ocorrem as inter-relações entre os indivíduos fora da possibilidade de cura, seus FC e a equipe de enfermagem no processo de morte morrer em ambiente hospitalar.

Declaro que fui igualmente esclarecido (a): da garantia de requerer esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo; da garantia de que não haverá riscos físicos e, que no caso de ocorrer constrangimentos decorrentes de algum questionamento, poderá ser solicitado o acompanhamento psicológico junto ao **serviço de psicologia do HU-FURG** ; da liberdade de participar ou retirar meu consentimento, sem penalidade alguma; de permitir o uso de gravador digital, com a garantia do sigilo e anonimato assegurando-me a privacidade individual e coletiva, quanto aos dados confidenciais envolvidos no estudo, assegurando a privacidade e a utilização dos dados exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa; da garantia do retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo; assegurando-me as condições de acompanhamento; da garantia de obter esclarecimento de quaisquer dúvidas durante a realização do estudo, do retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo e, tão logo se finde; da garantia de que serão mantidos os preceitos Éticos e Legais em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Tania Cristina Schäfer Vasques  
Doutoranda em Enfermagem  
Pesquisadora responsável  
Telefone: (53) 3237 4602

\_\_\_\_\_  
Valéria Lerch Lunardi  
Pesquisadora  
Telefone: (53) 3237 4602

- Contato com pesquisador responsável pelo trabalho: [taniacristina9@yahoo.com.br](mailto:taniacristina9@yahoo.com.br)
- Contato com Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS): [cepas@furg.br](mailto:cepas@furg.br)

## APÊNDICE C: GUIA DE OBSERVAÇÃO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO EM ENFERMAGEM

1. Como os participantes se relacionam uns com os outros?
2. De que modo os participantes desse estudo estabelecem aos diálogos? Qual o conteúdo dos diálogos?
3. Os indivíduos estabelecem vínculos de afeto e confiança?
4. Como as necessidades de cuidado tem sido manifestas pelos indivíduos doentes, familiares /cuidadores e trabalhadores de enfermagem e percebidas pelos trabalhadores de enfermagem e pelos familiares/ cuidadores?
5. Como a EE desencadeia o processo de cuidado com o indivíduo fora da possibilidade de cura e seu familiar /cuidador?

## **APÊNDICE D: GUIA DE ENTREVISTA GRAVADA PARA O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**



### **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

1. Como você percebe sua interação com os indivíduos fora da possibilidade de cura?
2. Você vivencia dificuldades nessa interação com o indivíduo fora da possibilidade de cura? Deseja falar sobre isso? Em caso afirmativo, como você tem enfrentado tais dificuldades?
3. Ao interagir com os indivíduos fora da possibilidade de cura, você identifica facilidades nesse processo? Deseja falar sobre isso?
4. Como você percebe sua interação com FC dos indivíduos fora da possibilidade de cura?
5. Você vivencia dificuldades na interação com FC? Deseja falar sobre isso? Em caso afirmativo, como você tem enfrentado tais dificuldades?
6. Ao interagir com FC dos indivíduos fora da possibilidade de cura, você identifica facilidades nesse processo? Deseja falar sobre isso?
7. Você percebe se o indivíduo doente vem sendo cuidado adequadamente nessa etapa de sua vida? Gostaria de falar sobre isso?
8. Você percebe se o familiar cuidador vem sendo cuidado adequadamente nessa etapa de sua vida? Gostaria de falar sobre isso?
9. Você considera que o indivíduo doente gostaria de ser cuidado diferentemente do modo como vem sendo cuidado?
10. Você considera que o familiar cuidador gostaria de ser cuidado diferentemente do modo como vem sendo cuidado?

\* Salienta-se que a entrevista apresentará este guia geral, porém haverá questões específicas para cada um dos informantes-chave, as quais serão elaboradas de acordo com observações pontuais em particular. Assim, cada participante será entrevistado a partir das observações de suas inter-relações, sendo estimulado a expressar suas percepções.

## **APÊNDICE E: GUIA DE ENTREVISTA GRAVADA PARA O FAMILIAR/ CUIDADOR**



### **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

1. Como você vem interagindo com seu familiar enfermo?
2. Como você vem interagindo com os profissionais que prestam cuidados ao seu familiar enfermo?
3. Você identifica dificuldades nessa interação? Gostaria de falar sobre isso?
4. Você enfrenta facilidades nessa interação? Gostaria de falar sobre isso?
5. De que modo você identifica as necessidades de cuidado do seu familiar? Você costuma percebê-las ou necessita ser previamente orientado por um profissional?
6. Você percebe que seu familiar vem sendo cuidado adequadamente nessa etapa de sua vida? Gostaria de falar sobre isso?
7. Você considera que seu familiar gostaria de ser cuidado diferentemente do modo como vem sendo cuidado?

\* Salienta-se que a entrevista apresentará este guia geral, porém haverá questões específicas para cada um dos informantes-chave, as quais serão elaboradas de acordo com observações pontuais em particular. Assim, cada participante será entrevistado a partir das observações de suas inter-relações, sendo estimulado a expressar suas percepções.

**APÊNDICE F: AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DO COMITÊ  
DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Deise Aquino  
Presidente do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem  
Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: “**As inter-relações no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar**”, com os acadêmicos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG.

O objetivo geral do estudo é: Compreender como ocorrem as inter-relações entre os indivíduos fora da possibilidade de cura, seus FC e a equipe de enfermagem no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar. A pesquisa tem como referencial Teórico Edgar Morin com a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Valéria Lerch Lunardi.

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Tania Cristina Schäfer Vasques  
Doutoranda em Enfermagem  
Pesquisadora Responsável

---

Valéria Lerch Lunardi  
Pesquisadora

Ciente.  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

De acordo.

---

Deise Aquino  
Presidente do Comitê de Ética e Pesquisa  
da Escola de Enfermagem

**APÊNDICE G – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Ilmo(a) Sr.(a)  
Profª. Drª. Susi Lauz  
Gerente de Ensino e Pesquisa.  
HU/FURG - EBSEH.

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: “**As inter-relações no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar**”. Este estudo tem como objetivo “Compreender como ocorrem as inter-relações entre os indivíduos fora da possibilidade de cura, seus FC e a equipe de enfermagem no processo de morte morrer em ambiente hospitalar”. O estudo tem abordagem qualitativa a partir de Polit e Beck, 2011.

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

---

Tania Cristina Schäfer Vasques  
Doutoranda em Enfermagem  
Pesquisadora Responsável

---

Valéria Lerch Lunardi  
Pesquisadora

De acordo

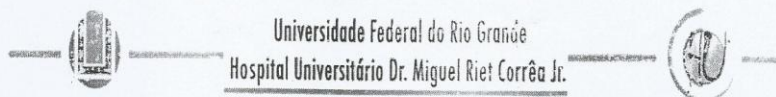
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Profª. Drª. Susi Lauz  
Gerente de Ensino e Pesquisa do HU-FURG



**APÊNDICE H: DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO  
ESTUDO - GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.**



Universidade Federal do Rio Grande  
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, que tomei ciência e avaliei o projeto de pesquisa intitulado: **“As inter-relações no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar”**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Atenciosamente,

Rio Grande, 28 de janeiro 2016.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Geani Farias Machado Fernandes', is written over a horizontal line.

GEANI FARIAS MACHADO FERNANDES  
GERENTE DE ENSINO E PESQUISA EM EXERCÍCIO

**ANEXO I- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
(CEPAS-FURG)**



**CEPAS/FURG**  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER Nº 16/2016**

**CEPAS 07/2016**

CAAE: 52938816.7.0000.5324  
Processo: 23116.000435/2016-28

**Título da Pesquisa:** As inter-relações no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar.

**Pesquisador Responsável:** Tania Cristina Schäfer Vasques

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 13/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto **“As inter-relações no processo de morte e morrer em ambiente hospitalar.”**

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **final** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 31/12/2016.

Rio Grande, RS, 10 de março de 2016.

Profª. Eli Sinnott Silva

**Coordenadora do CEPAS/FURG**