

## ENFERMAGEM CUIDANDO DE PACIENTE ADULTO E FAMÍLIA NO PROCESSO DE MORTE EM SALA DE EMERGÊNCIA<sup>1</sup>

Luciana Yoshie Tome\*

Regina Célia Popim\*\*

Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua\*\*\*

---

### RESUMO

O estudo teve como objetivo compreender a experiência dos profissionais de enfermagem no cuidado a pacientes adultos e respectivas famílias que vivenciam o processo de morte em sala de emergência. Foram analisadas narrativas de doze profissionais de enfermagem, dos quais oito eram auxiliares/técnicos e quatro eram enfermeiros de um pronto-socorro de um hospital universitário de alta complexidade. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, os dados foram analisados segundo a proposta de análise de conteúdo de Bardin. Como resultado, emergiu o tema o processo de luto do familiar, com duas categorias: "A alteridade como abertura" e "O sofrimento como limite". Quando a subjetividade revelada sob o princípio da alteridade permeava as ações dos sujeitos, as práticas de enfermagem eram voltadas às necessidades dos pacientes e de seus familiares; mas o sofrimento como limite impediu que os profissionais oferecessem o cuidado, mesmo quando percebido como necessário.

**Palavras-chave:** Relações Familiares. Morte. Enfermagem em Emergência. Pesquisa Qualitativa.

---

### INTRODUÇÃO

A sociedade moderna atinge uma fase histórica em que o homem acredita ter poder para controlar a vida e a morte. A morte passa a ser negada com intensidade e entendida como fracasso da ciência e dos homens em curar. Essa concepção de "morte interdita" contrapõe-se ao conceito de "morte domada", que ocorria nas casas, compartilhada e vivida pela família e pela comunidade. A morte fica institucionalizada nos hospitais, à procura dos adventos da medicina moderna, rechaçando qualquer possibilidade do fim da existência. O hospital ocupa o lugar onde o morrer fica escondido dos olhos de quem continua vivo, pois presenciar a morte torna-se um evento insuportável<sup>(1)</sup>.

Com a tendência capitalista de produção, o hospital também traz em sua organização de trabalho a hierarquização das relações segundo uma lógica de poder historicamente baseada numa racionalidade científica que valoriza a técnica. Assim, abandonando-se a tradição institucional da caridade e centralizando-se o

saber, a pesquisa e o ensino médico, entre o final do século XVIII e início do XIX teve início uma tendência de valorização e prestígio do profissional médico, e os cuidados de higiene, alimentação e conforto dos enfermos tornaram-se algo de importância secundária dentro desse contexto. Também o *corpus* da pesquisa sobre a produção de conhecimento, como mostraram os discursos dos enfermeiros sobre o processo de morte, mostra a trajetória da morte como silenciada e ocultada, bem como a resistência à morte e a multiplicidade de facetas relacionadas à morte e aos cuidados paliativos como mudança de paradigma. Nesta perspectiva ainda persiste a estrutura institucional médico-hegemônica e centrada na técnica, conferindo ao processo de trabalho em saúde finalidades por vezes diferentes do que seria o atendimento à pessoa e sua família em suas dimensões humanas, com o cuidado oferecido de forma ampliada<sup>(2,3)</sup>.

Na atual conformação da produção em saúde, a dimensão cuidadora está ainda centrada nos saberes disciplinares e em certa ordem profissional como embasamento para os atos de saúde. Esta dimensão cuidadora, definida como

---

1 Artigo originado da dissertação de mestrado em Enfermagem "A morte em situação de emergência: a dimensão cuidadora dos profissionais de enfermagem" 2010. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), 2010.

\* Enfermeira. Mestre em enfermagem. Servidora da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas de Botucatu da UNESP. Email: tomesyoshie@hotmail.com

\*\* Enfermeira. Doutora. Docente da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP. Email: rpopim@fmb.unesp.br

\*\*\* Enfermeira. Doutora. Docente da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP. Email: mqueiroz@fmb.unesp.br

um encontro de subjetividades para a elaboração de um projeto terapêutico pode ficar sufocada em favor da dimensão profissional específica, originada desde a graduação. Verificam-se lacunas na proposição de elementos reflexivos que poderiam contribuir para a apreensão e elaboração de competências, os quais deveriam ser desenvolvidos como atributos necessários para o futuro profissional<sup>(4)</sup>.

Nesta realidade ocorre o contato do profissional da saúde com a morte, e então sentimentos e pensamentos sobre a própria finitude podem levar à negação do fenômeno, transformando a experiência em fonte de grande sofrimento. O processo de trabalho tem como foco as ações procedimentais, deixando o desejo e o aspecto humano do paciente e sua família num plano secundário de atenção<sup>(5)</sup>.

Com isto, enfatiza-se a dinâmica peculiar de trabalho nos setores de urgência e emergência, com grande demanda de atendimento, estrutura física limitada, profissionais sobrecarregados e uma população exigente, o que reflete os anseios da sociedade moderna diante dos recursos conquistados pela medicina. Aqui o tempo ganha uma dimensão diferente, como o grande limitador do pensar e do sentir em relação ao cuidado, que inclui as questões concernentes à morte e ao morrer<sup>(6,7)</sup>.

A vivência mal elaborada pelos profissionais de enfermagem poderá ter implicações no ambiente de trabalho. Diante de uma cultura que prioriza a destreza técnica e o cuidado com o corpo biológico, pode-se ter um dificultador durante o processo de cuidar da pessoa e sua família neste momento tão importante<sup>(8)</sup>. Isto justifica a necessidade de estudos como este, nessa área da prática profissional, em que processos reflexivos podem proporcionar a aproximação e proposição do cuidado requerido pela pessoa e sua família.

Neste contexto, o presente estudo se propõe como objetivo compreender a experiência dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente adulto e sua família que vivenciam o processo de morte em uma sala de emergência.

## METODOLOGIA

O estudo é de natureza qualitativa, modelo

que possibilita a compreensão e a reflexão sobre as questões abordadas, e foi realizado no Serviço Técnico de Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu. Este serviço é terciário e de referência e integrado ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS-VI), que compreende 68 municípios do Interior Paulista.

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, sendo aprovado mediante o Parecer n.º 537/8 CEP- FMB - UNESP.

Os dados foram colhidos após a aprovação do estudo, entre dezembro de 2008 e março de 2009. Fizeram parte do estudo doze profissionais da área de enfermagem, representados por quatro auxiliares de enfermagem, quatro técnicos e quatro enfermeiros que atuam no Setor de Urgência e Emergência de Adultos do Pronto-Socorro. Esse número de sujeitos e sua distribuição não foram intencionais nem preestabelecidos, mas determinados pela representatividade e pela saturação dos dados.

A questão norteadora proposta foi: “Conte-me sua experiência com relação à morte e o cuidado com a família nesse processo”.

Após a transcrição das entrevistas, utilizou-se a leitura flutuante, efetuada várias vezes, para estabelecer maior familiaridade com o material coletado. De acordo com a proposta de Análise de Conteúdo de Bardin<sup>(9)</sup>, foram recortadas as unidades de registro, o que permitiu descobrir os núcleos de sentido para o objetivo analítico escolhido. Realizaram-se as seguintes etapas, propostas pelo método: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; e inferências e interpretação - o que permitiu a análise temática<sup>(9)</sup>, com o tema “O processo de luto familiar” com duas categorias: A alteridade como abertura e O sofrimento como limite.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram organizados e analisados a partir dos depoimentos dos doze sujeitos, entre os quais se fazia presente o familiar. Diante do sofrimento presenciado, os profissionais de enfermagem aproximavam-se ou afastavam-se dessa condição. Assim, o tema central foi intitulado o processo de luto do familiar, com as categorias: A alteridade como abertura e O sofrimento como limite, para compreender o que

leva à produção do cuidado nesse âmbito. O contato com a dor e a perda de um familiar que experiencia a morte de um ente querido no ambiente hospitalar podem gerar conflitos de sentimentos que orientam o cuidado do profissional em torno dessa pessoa enlutada. Passa-se a apresentar as representações da primeira categoria.

### A alteridade como abertura

O exercício da alteridade e da empatia permite a compreensão do outro e de si mesmo numa relação em que as subjetividades envolvidas transformam-se e dão novos significados para as suas existências no mundo<sup>(10)</sup>.

Os dados foram analisados com base nesses preceitos e permitiram identificar os sentimentos dos sujeitos diante do sofrimento da família que perde um ente querido nas salas de emergência, conforme as falas:

A gente se coloca no lugar, porque sabe que poderia ser um familiar da gente e como a gente ia se sentir, entende? Eu sempre me emociono, eu sempre fico muito triste quando vem a família. (E1)

Presenciar a perda vivida pelo outro pode suscitar nas pessoas sentimentos de compaixão e solidariedade, inclusive a possibilidade de as próprias perdas serem lembradas e vivenciadas nesse enlutamento. Neste contexto, o contato com a família pode tornar-se grande fonte de sofrimento para o profissional da saúde. A perda, por se tratar de uma representação de morte mais concreta, evoca sentimentos mais fortes em quem a vive e em quem a assiste<sup>(5)</sup>.

A vivência das próprias perdas, sejam estas concretas ou simbólicas, pode facilitar a abertura da subjetividade do profissional de enfermagem ao sofrimento do outro. A fala abaixo demonstra claramente a identificação dos sujeitos com os familiares, e nela as relações de empatia despertam a compreensão da dor gerada pela perda experimentada pelo outro:

Se você se colocar no lugar deles, você vê que é difícil. Nossa! Isso é cruel. Uma pessoa não está, naquele momento, conseguindo ver que a pessoa morreu, né? Ela acha que está ali. Então isso abala: de não tomar o conhecimento da morte ali, no momento, o não aceitar... Você sabe que amanhã ou depois, né, vai cair a ficha, mas a

situação de não cair a ficha na pessoa e você ver ela ali... (E12)

O luto pela perda de pessoas queridas suscita uma vivência permeada de dor, tristeza e medo. A maneira como essas pessoas encaram esse evento depende do estágio de desenvolvimento em que elas se encontrem, dos seus fatores constitucionais e de suas experiências de vida. O processo de luto ocorre em fases ou estágios, porém sem um limite temporal definido, pois isto depende da situação em que ocorreu a morte e dos mecanismos peculiares de seu enfrentamento<sup>(11,12)</sup>.

No tocante a situações que envolvem separações abruptas e inesperadas, como os casos de acidentes automobilísticos e de suicídio, a perda pode provocar a desorganização, paralisação e impotência da família, dificultando o processo de elaboração do luto de forma consciente. Essas circunstâncias geram sentimentos como melancolia, impotência e culpa<sup>(13)</sup>. Já nas situações que envolvem um período longo de cuidados, como nos casos de doenças graves e progressivamente limitantes, pode ocorrer o processo de luto antecipatório, muitas vezes permeado pela degeneração física e psíquica. A separação iniciada precocemente pela perda de uma companhia em atividades corriqueiras pode gerar sentimentos ambíguos, por exemplo, o desejo da morte, como alívio tanto para quem cuida como para aquele que é cuidado, e a culpa por esse mesmo desejo e pela crença de que a atenção e os esforços despendidos não tenham sido suficientes para evitar a morte<sup>(5)</sup>. A fala a seguir exemplifica essa percepção:

Quando se tem a história de doença, é um pouco mais fácil de trabalhar, porque a pessoa já tem um certo preparo, já está sabendo que vai acontecer aquilo. O doente, ele está doente, mas a família também talvez, esteja, no momento, muito mais doente do que o próprio doente. Principalmente, quando o paciente é terminal... A família fica naquela agonia... (E11)

Importante ressaltar que, no contexto do estudo, a fase de luto enfatizada aqui é a fase do choque, quando se toma conhecimento da perda. É o momento em que predominam reações de impotência pelo ocorrido, certa anestesia da pessoa e até ataques de pânico e raiva, sempre envoltos de muita tensão<sup>(5,12,13)</sup>.

Quanto às reações e sentimentos diante da morte, o luto, a espiritualidade e a religiosidade são compreendidos como importantes elementos que influenciam a elaboração dessa vivência<sup>(13)</sup>:

E tem muito a ver assim, muita coisa assim, que, às vezes, a gente crê. É o lado da religião, de cada pessoa... Como ela vai reagir, porque a gente não sabe quais são os princípios dela, o que ela tem de base, de família, como essa pessoa está preparada para encarar a morte. (E8)

A espiritualidade/religiosidade é um elemento fundamental na construção do próprio sujeito e tem o importante papel de ajudar a compreender o sentido do adoecimento, além de trazer significado para o sofrimento, quando há sentimentos como cansaço, esgotamento, angústia e revolta em relação às perdas e separações ou diante da aproximação da morte<sup>(13,14)</sup>.

Além das circunstâncias que envolvem a morte e o enlutado, o relacionamento que este mantinha com o morto também influencia o processo de luto. Os últimos momentos vividos constroem uma imagem muito marcante no familiar, que, desejando evitar a visão do morrer, delega ao hospital a árdua tarefa desse cuidado<sup>(12,14)</sup>. Isso suscita sentimentos diversos nos profissionais de saúde, oscilando entre a compreensão e a indignação:

Às vezes a própria família traz o paciente para morrer aqui... Ela trouxe aquele pai dela ali, ela mandou sedar e foi embora simplesmente... Eu acho que ela deveria ter ficado ali, até esperar assim a hora da morte, pelo menos... Parece que ela já estava esperando, mas ela foi embora! [tom de indignação] (E7)

Ao falar dessa dificuldade que o familiar enfrenta diante da terminalidade de um ente querido, fica aparente que por vezes ele não consegue encarar a morte o tempo todo. A família interrompe essas interações de forma contínua e sente necessidade de rejeitar ou fugir dessa realidade, deixando para encará-la quando sua presença for imprescindível<sup>(12)</sup>.

Não obstante, é preciso que, mesmo perante a dura realidade das horas próximas à morte, que o familiar esteja ao lado do paciente, para esclarecer eventuais mal-entendidos e resolver situações que tenham ficado em aberto, em fim, para despedir-se. A possibilidade de viver esses momentos influi de maneira

importante sobre a elaboração da perda<sup>(5,15)</sup>. Segue o depoimento que revela isto:

Eu acho, que nesse momento é muito importante a família estar do lado do paciente, né, porque é um sofrimento, né. É bastante difícil. Não é fácil, não... Você convive com a família do doente, porque é o horário de visita. Às vezes, ele quer ver o doente que está grave... (E11)

Quando o princípio da alteridade é considerado, as ações de enfermagem passam a atender as demandas dos familiares e há também a satisfação do profissional no processo de trabalho:

Particularmente, dependendo do caso, eu deixo dar uma olhadinha se é um paciente que está muito mal, está em fase terminal. Se não tiver problema para ninguém, eu deixo dar uma olhada, converso na medida do possível, explico... Porque uma palavra sempre é boa assim, nessas horas... Às vezes eu coloco o doente numa sala para ele, para a família ficar junto... (E11)

Em geral, estar ao lado, ouvir, compartilhar e permitir a despedida não são cuidados estabelecidos em normas e rotinas adotadas pelas instituições de saúde. São espaços de atuação no processo de trabalho que vão além do que é posto, do que é marcado pela hierarquia, possibilitando ao enfermeiro um poder traduzido em ações direcionadas ao paciente e seus familiares. Estas atitudes exigem uma intencionalidade e um envolvimento que despertam de uma relação entre sujeitos em que deve imperar, no ambiente hospitalar, o compromisso e a responsabilidade perante as necessidades do outro<sup>(16,17)</sup>.

Estar ao lado do familiar e deixar aflorarem os sentimentos que eclodem diante da perda, para acolher o outro na sua dor e permitir que o familiar possa falar, chorar ou gritar, se necessário, é uma importantes estratégia para o cuidar<sup>(5,10)</sup>.

No que tange às necessidades do familiar, há relato de uma situação em que ocorre o sentimento de proteção da imagem de um corpo violentado pela morte inesperada. A ansiedade gerada pelo sofrimento e pelo desespero do outro levou à busca de outros recursos, além do cuidado relacional: a medicalização da dor.

... à hora em que o serviço de retirada do corpo veio para buscar, a gente até assim, tomou o cuidado de tirar a mãe antes, levá-la para uma

salinha, tentar dar um calmante, medicá-la, e tirar o pai dali... Porque a gente fez o que pôde... A gente querendo poupar a família, né. (E8)

A dor e o sofrimento diante da separação e da perda são reações naturais e estão presentes em todas as formas de luto. Na tentativa de diminuir a própria ansiedade com a medicalização da dor, o profissional de saúde pode suprimir uma das formas de o familiar vivenciar a perda na sua autenticidade, com a expressão dos sentimentos que envolvem esse fenômeno, o que pode resultar na elaboração de um luto potencialmente patológico.

Nesse contexto, os sentimentos que permeiam o processo de luto representam o conflito entre a dimensão cuidadora e a dimensão profissional específica. Deseja-se confortar e acolher o desespero, a revolta e a proposição da anestesia, porém é necessário distinguir essas atitudes por meio de um olhar mais cuidadoso e refletir sobre os limites entre o normal e o patológico, pois neste último caso os sentimentos angustiados deixam de ser legítimas manifestações humanas para se tornarem questões médicas<sup>(5,12)</sup>.

Ao se procurar entender como operam entre si todas as formas de cuidado e como se dá sua construção, foram identificadas, além da abertura à subjetividade do outro, as próprias vivências de luto dos profissionais investigados, tidas como elementos importantes nesse processo:

Quando eu posso falar, eu acho que faz a diferença sim... Porque para mim fez diferença na hora, sabe. Então acho que faz diferença você escutar alguma coisa, mesmo que seja um consolo assim... Faz bem se você explicar "Ah, isso aqui serve para isso, isso aqui serve para isso." (E2)

Na discussão da vivência pessoal do profissional fica explícita a importância de considerar o seu próprio processo de perda. Essa dor não precisa ser paralisante, mas deve levar a refletir e cuidar. O profissional de saúde que não viveu perdas poderá não compreender a dor do outro<sup>(5)</sup>.

Diante dos dados apresentados e discutidos a partir dos autores na área, fica claro que a produção do cuidado está intimamente relacionada à subjetividade dos profissionais que a produzem. A identificação e a comoção pelo sofrimento do familiar enlutado, bem como as

próprias vivências de perdas, mostraram-se decisivas para o conhecimento da dimensão cuidadora dos sujeitos investigados.

Enfrentar a imagem da dor vivida por um ser humano muito semelhante e próximo à sua essência permitiu que o princípio da alteridade guiasse as atitudes dos profissionais de enfermagem deste estudo, mas ainda assim ficou revelado que há espaço para os sentimentos de impotência e limitação, conforme se passa a apresentar.

### O sofrimento como limite

O contato com o sofrimento do familiar que perde uma pessoa importante gera uma ansiedade que resulta em uma gama de atitudes. Ao entender essa situação como algo doloroso demais para suportar, os sujeitos do presente estudo manifestaram as suas dificuldades em oferecer o cuidado, mesmo reconhecendo-o como necessário.

Eu sou uma pessoa que evito o familiar, para falar bem a verdade, porque eu acho que... sempre tem alguma pessoa que chora por ele. Então é complicado, né? Nessa hora, você não tem o que falar para a família! (E3)

É duro de ver, de você ver a família chorando e não poder fazer nada! Porque não tem o que fazer, dependendo do paciente... No meu caso, eu não me envolvo. Eu evito... (E4)

Quando os sentimentos de impotência não encontram espaço para manifestação e reflexão, o cuidado produzido pode perder a sua dimensão cuidadora. O profissional de saúde, ao tentar abafar as próprias angústias, não permite a aceitação de suas peculiares limitações, o que pode dificultar o contato com o familiar. Neste caso, evitar e afastar a imagem do sofrimento humano torna-se um frágil, porém importante mecanismo de enfrentamento desses profissionais<sup>(6, 13,14,16)</sup>.

Essas situações, em que a ansiedade e o sofrimento foram potencializados por identificações inconscientes, demonstraram a dificuldade dos sujeitos em lidar com os próprios limites. Ao negar a sua condição humana, permitiram que a própria dor paralisasse as ações desejadas, intensificando os sentimentos de impotência:

Porque comecei a chorar... Estar na situação de dar a mensagem para a família ou você estar junto

com o médico, ele estar dando e você lá, ali... acabei chorando junto, entendeu, e tipo tendo que engolir o choro, não querendo assim, chorar, mas não conseguindo... Então, não tem aquele espaço de ar para conseguir me recompor para conseguir falar com a família... Desestabilizar, ficar com aquele sentimento, com aquela angústia, ficar aquele aperto, ou ter que sair na hora. (E12)

A atitude de acompanhar o momento em que a notícia da morte é dada e de oferecer apoio ao familiar pode ser entendida como a exposição dos limites e da impotência do profissional de saúde. Essas vivências dolorosas, associadas às situações em que a morte resulta de causas abruptas e inexplicáveis, podem aumentar ainda mais a distância entre o enlutado e a equipe que prestou o atendimento ao paciente, agora morto<sup>(8,11)</sup>.

No contexto deste estudo, a notícia da morte é permeada pela imprevisibilidade de reações do familiar. Os sujeitos expuseram suas angústias nessas situações ao referirem-se aos procedimentos legais para a constatação e registro da morte:

Porque tem esse negócio da necrópsia também, que é um assunto complicado de se falar com a família. (E2)

E daí, tem também uma coisa muito, que mexe com a família, que você tem que mandar esses casos para o IML... E até você explicar que é lei, que você não tem outra maneira e tudo... É um trauma para a família... Muito difícil. (E11)

Diante das dificuldades apresentadas pelos sujeitos, suas próprias vivências de perda também agiram como limitadores para o contato com a família, o que potencializa os sentimentos de impotência:

Quando chega, a gente libera o familiar para olhar, né. Aí, eles começam a chorar e eu fico, eu sou manteiga, eu choro, choro junto então. É dessa parte que eu não gosto... Eu já passei por isso, eu sei como é difícil... Eu não tenho palavras para consolar ninguém. (E10)

Viver situações em que foram estabelecidas relações estereotipadas e impessoais, principalmente com os familiares, pode levar os profissionais de saúde à compreensão do cuidado ao enlutado como um conjunto de ações sem fundamento e extremamente desnecessárias, pois a importância de pensar sobre o acolhimento do familiar reside no princípio de se

evitar a reprodução dessas atitudes cordiais, sem intencionalidade e compromisso<sup>(2,5,14)</sup>.

Ao desvalorizar o cuidado ao enlutado por considerar esse cuidado como fonte de grande sofrimento, os profissionais de enfermagem abrem espaço para práticas fragmentadas, permitindo-se delegar a outros a árdua tarefa de acolher a família<sup>(5)</sup>:

As pessoas fogem. É isso que eu vejo. Ninguém tem coragem de chegar e encarar, para dar um apoio. É mais fácil a gente levar para o Serviço Social do que encarar... (E5)

O despreparo percebido pelo enfermeiro e pela equipe de enfermagem tem também como origem a falta de investimento nessa temática durante a graduação, conforme os resultados do estudo de revisão realizado em artigos produzidos durante os cinco anos<sup>(18)</sup>.

Então, delegar o acolhimento ao assistente social constitui-se como uma das formas de evitar o sofrimento gerado pelo contato com o familiar. Esse profissional, por estar distante do processo de cuidar, também não estabelecerá vínculos com a pessoa viva e seus familiares, e no momento da morte tratará apenas das formalidades, estabelecendo ações protocolares.

No contexto do acolhimento do familiar enlutado, o profissional de enfermagem pode deparar-se com questionamentos sobre a importância do seu papel nesse processo. Dessa maneira, foi apresentada a questão da falta de espaços para a discussão e para as trocas de conhecimentos que envolvem a morte e o luto:

A enfermagem, eu acho que tem que estar sendo mais preparada para conversar... Porque a gente aprende de tudo, mas só que chega aqui, você vai encaixando, né... Ensinar coisas novas... Às vezes, você já até aprendeu, mas ninguém nem lembra mais que tem que dar um apoio total para a família do paciente. (E7)

A organização do processo de trabalho da equipe em situação de urgência e emergência tem também como intervenientes as condições internas dos recursos humanos e externas do ambiente físico<sup>(13,14,19,20)</sup>.

Discutir a morte em todos os seus aspectos e promover a interdisciplinaridade em torno do tema, além de transformar o cuidado, permite a elaboração de mecanismos de enfrentamento mais efetivos e menos dolorosos. Refletir sobre a morte é pensar sobre a vida e seus limites

humanos, o que pode levar à descoberta de uma dimensão cuidadora que, muitas vezes, fica sufocada diante do medo e da ansiedade dos profissionais de enfermagem.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo propôs-se a ampliar o conhecimento sobre o tema da morte na ótica dos profissionais de enfermagem que atuam em setores de urgência e emergência. O contato com os dados possibilitou a construção do tema analítico “O processo de luto do familiar”, composto por duas categorias: “A alteridade como abertura” e “O sofrimento com limite”. Esta análise permitiu, diante da dor do familiar, que os sujeitos fossem levados a refletir sobre a própria condição humana. Ao fazerem isso, a aceitação dos limites e da impotência diante da morte abriu caminhos para a construção de

modos de efetuar a dimensão cuidadora.

Quando a subjetividade revelada sob o princípio da alteridade permeava as ações dos sujeitos, as práticas de enfermagem eram voltadas para as necessidades dos pacientes e de seus familiares; mas o sofrimento como limite impediu os profissionais de oferecer o cuidado, mesmo quando este era percebido como necessário.

Diante dos resultados obtidos pela investigação, considera-se que, para construir uma dimensão cuidadora que alcance todos os aspectos inerentes ao fenômeno da morte e do morrer, é de extrema importância primeiramente considerar a subjetividade dos profissionais que a produzem. Para tanto, criar espaços formais para a discussão sobre a questão de acolher o sofrimento gerado pelo processo de trabalho em urgência e emergência é uma das contribuições que o estudo propiciou.

---

## NURSING CARE TO ADULT PATIENTS AND THEIR FAMILIES DURING THE DYING PROCESS IN THE EMERGENCY ROOM

### ABSTRACT

The purpose of the study was to understand the experience of nursing professionals on the care provided to adult patients and relatives who experience the dying process in an emergency room. Statements of 12 nursing professionals, being 8 technicians and 4 registered nurses of the emergency room of a high-complexity university hospital were analyzed. Data was collected by means of semi-structured interviews and evaluated according to Bardin's content analysis. As a result, the theme entitled the relative's mourning process emerged with two categories: alterity as an opening and suffering as a limit. when subjectivity, which was revealed under the principle of alterity, permeated the subjects' actions, the nursing practices were targeted at the patients and their relative's needs, but suffering as a limit imposed distancing by the professionals during care provision, even when it was perceived as necessary

**Keywords:** Family Relations. Death. Emergency Nursing. Qualitative Research.

---

## ENFERMERÍA CUIDANDO DE PACIENTE ADULTO Y FAMILIA EN EL PROCESO DE MUERTE EN LA SALA DE URGENCIAS

### RESUMEN

el estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia de los profesionales de enfermería en el cuidado a los pacientes adultos y sus familiares que viven el proceso de muerte en sala de urgencias. fueron analizadas narrativas de doce profesionales de enfermería, de los cuales ocho eran auxiliares/técnicos y cuatro enfermeros de una sala de urgencias de un hospital universitario de alta complejidad. la recolección de datos ocurrió por medio de entrevistas semiestructuradas, los datos fueron analizados según la propuesta de análisis de contenido de bardin. como resultado, emergió un tema “el proceso de luto del familiar”, con dos categorías: “la alteridad como apertura” y “el sufrimiento como límite”. cuando la subjetividad revelada bajo el principio de la alteridad sobrepasaban las acciones de los sujetos, las prácticas de enfermería se concentraban a las necesidades de los pacientes y de sus familiares; pero el sufrimiento como límite impidió que los profesionales ofrecieran el cuidado, mismo cuando percibido como necesario.

**Palabras clave:** Relaciones Familiares. Muerte. Enfermería en Emergencia. Investigación Cualitativa.

---

## REFERÊNCIAS

- Ariès P. História da morte no Ocidente. Reed. Lisboa; Teorema; 2011.
- Silva, K S da, Ribeiro RG, Kruse MHL. Discursos de enfermeiras sobre a morte e morrer: vontade ou verdade? Rev Bras Enferm. 2009 maio-jun; 62(3):451-6.

3. Ferreira J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*. 2005 set-dez;14(3):111-8.
4. Bernieri J, Hildes A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. *Texto Contexto Enferm*. 2007 jan-mar;16(1):86-96.
5. Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
6. Costa ALRC, Marziale MHP. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. *Rev Bras Enferm*. 2006 mai-jun; 59(3):337-43.
7. Chan GK. Trajectories of approachin Death in the Emergency Department : Clinician Narratives of Patient transition to the End of Life. *J Pain Sympt Manage*. 2011 May; 42(6): 864-81.
8. Tome LY. A morte em situação de urgência e emergência: a dimensão cuidadora dos profissionais da saúde. 2010. [dissertação de mestrado]. Botucatu (SP): Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho – UNESP; 2010.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2010.
10. Vieira EM, Freire JC. Alteridade e psicologia humanista: uma leitura ética da abordagem centrada na pessoa. *Estud Psicol*. 2006 out-dez;23(4):425-32.
11. Salomé GM, Cavali A, Espósito VHC. Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009 set-out; 62 (5):681-6.
12. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
13. Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi Filho WD, Sousa LD. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaucha Enferm*. 2011 mar; 32(1):129-35.
14. Salomé GM, Martins MFMS, Espósito VHC. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Rev Bras Enferm*. 2009 nov-dez; 62(6):856-62.
15. Sales CA, Silva VA da, Caliope P, Marcon SS. A musica na terminalidade humana: concepções dos familiares. *Rev Esc Enf USP*. 2011; 45(2): 138-45.
16. Carvalho LSF, Matos RC da S, Souza NVD de O, Ferreira RED de S. Motivos de afastamento por licenas de saude dos trabalhadores de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*. 2010 jan-mar; 9(1):60-6.
17. Carapineiro, G. Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento; 2005.
18. Santos JL dos, Bueno SMV. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):272-6.
19. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009 abr-jun;18(2):266-72.
20. Bailey, C. Murphy R Porock, D. Trajectories of end-of-life care in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2011 apr; 57(4): 362-9.

---

**Endereço para correspondência:** LucianaYoshie Tome. Rua: Daniel Zacarias, 803 Jardim Paraíso, CEP: 18610-280, Botucatu, São Paulo.

**Data de recebimento:** 25/10/2011

**Data de aprovação:** 15/11/2011