



**MATHEUS VIERO DIAS**

**PROCESSO DE MORTE-MORRER NA PERSPECTIVA DO PENSAMENTO  
COMPLEXO: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO DE CUIDADO PARA A  
ENFERMAGEM**

**RIO GRANDE**

**2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**PROCESSO DE MORTE-MORRER NA PERSPECTIVA DO PENSAMENTO**  
**COMPLEXO: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO DE CUIDADO PARA A**  
**ENFERMAGEM**

**MATHEUS VIERO DIAS**

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

**Orientador:** Dr. Edison Luiz Devos Barlem

**RIO GRANDE**

**2018**

## Ficha Catalográfica

D541p Dias, Matheus Viero.  
Processo de morte-morrer na perspectiva do pensamento complexo: construção de um modelo teórico de cuidado para a enfermagem / Matheus Viero Dias. – 2018.  
146 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2018.

Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem.

1. Enfermagem 2. Morte 3. Atitude Frente à Morte  
4. Dinâmica não Linear I. Barlem, Edison Luiz Devos II. Título.

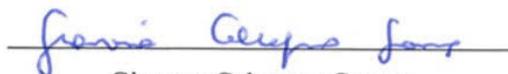
CDU 616-083

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

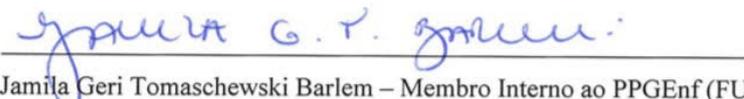
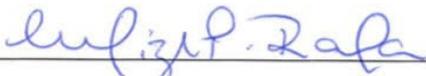
MATHEUS VIERO DIAS

PROCESSO DE MORTE-MORRER NA PERSPECTIVA DO PENSAMENTO  
COMPLEXO: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO DE CUIDADO  
PARA A ENFERMAGEM

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 14 de Setembro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Giovana Calcagno Gomes  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dr. Edison Luiz Devos Barlem – Presidente (PPGenf/FURG)
 Dr. Silomar Ilha – Membro Externo (UFN)
 Dr.ª Jamila Geri Tomaszewski Barlem – Membro Interno ao PPGEnf (FURG)
 Dr.ª Janaína Sena Castanheira – Membro Externo ao PPGEnf/FURG (EEnf/FURG)
 Dr.ª Laureлизe Pereira Rocha – Suplente Interno ao PPGEnf (FURG)
 Dr.ª Silvana Bastos Cogo – Suplente Externo (UFSM)

*Dedico esta tese a todos os seres humanos, complexos por natureza, que fazem dos “nãos” da vida o seu sim para (sobre)viver...*

## *RECONHECIMENTOS*

Ao término de mais uma etapa de meu percurso pessoal e acadêmico, chega o momento de reconhecer e agradecer aos que contribuíram, direta e/ou indiretamente, para a realização de mais esse sonho. Durante todos estes anos, pude contar com vocês para seguir em frente! Uma profunda reflexão me permite (re)lembrar cada momento que compartilhamos com muito carinho e respeito. Diversas foram as vezes que não pude me fazer inteiramente presente, mas vocês nunca perceberam isso como um problema! Hoje, conjuntamente, colhemos mais esse fruto. Vocês são partes de um todo que me faz complexo! Cada reconhecimento possui a minha mais profunda sinceridade.

### **O meu profundo agradecimento e reconhecimento...**

- *ao meu Deus:*  
o qual proporciona as mais diversas experiências nesse processo de viver e morrer, mostrando-me que cada obstáculo me faz mais forte para os novos desafios que busco;
- *à enfermagem:*  
por me proporcionar as melhores experiências frente às necessidades de uma população que anseia por melhorias. Muitos são os anos que compartilhamos o sonho de cuidar;
- *à minha mãe Maria Cristina:*  
por ser minha maior referência de comprometimento e competência profissional na enfermagem;
- *ao meu irmão Samuel:*  
eu cresci muito te observando... Parabéns pelo homem que tu és!
- *à minha cunhada Andréia:*  
por cuidar tão bem do meu irmão durante minha ausência;

- *ao meu orientador Dr Edison Barlem:*

por confiar em mim e acreditar no meu potencial. Por ter me acolhido, amparado e estimulado durante todos estes anos. Por nunca ter me deixado desistir e sempre me fazendo rir das piores situações. Por ter compartilhado o teu conhecimento e me deixado tão livre na escrita desta tese. Amadureci muito com cada momento que tivemos, das aulas às orientações. Obrigado pela paciência, pelo carinho e pela competência;
- *à Dr<sup>a</sup> Dirce Stein Backes:*

pessoa que me inseriu na vida acadêmica e na pesquisa. Minha orientadora de graduação e mestrado, sempre incentivando a ir atrás dos meus objetivos. Por ser esta pessoa tão incrível e comprometida com a ciência. Levo teus ensinamentos junto comigo;
- *à Universidade Franciscana (UFN), Curso de Graduação em Enfermagem da UFN e Corpo Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFN:*

pelas oportunidades, inspirações e ensinamentos oferecidos. Se hoje concluo mais esta etapa, é sinal de que tive os melhores mestres;
- *à Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e aos Docentes do Curso de Doutorado em Enfermagem:*

agradeço pela oportunidade de ter participado desse curso de Doutorado em Enfermagem. Cada (con)vivência em sala de aula foi de extremo crescimento. Obrigado por cada conceito discutido durante as disciplinas!
- *aos funcionários da biblioteca, laboratórios, higienização, secretarias e seguranças da Área Acadêmica Prof. Newton Azevedo- campus da saúde- FURG:*

por proporcionarem as melhores condições para os estudos. Todos são parte fundamental da minha caminhada;

- *à Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande:*

pela oportunidade da primeira experiência profissional como enfermeiro assistencial. Esta escola que me acolheu e abriu tantas portas, contribuindo para minha trajetória profissional.
- *aos enfermeiros Daiane, Maicon e Tiago:*

parceiros incríveis que compartilharam as noites de plantão comigo. Se eu pude concluir as disciplinas teóricas do doutorado, foi com o apoio e dedicação de vocês... Sou imensamente grato! Jamais esquecerei o que fizeram por mim;
- *à Dr<sup>a</sup> Laurelize Pereira Rocha:*

Por aceitar o cargo de minha supervisora no estágio de docência e participar como minha banca. Nossas tardes foram repletas de alegria, conhecimento e respeito. Agradeço a parceria e a oportunidade;
- *às doutoras Jamila Barlem e Janaina Castanheira:*

por aceitarem integrar a banca de avaliação dessa tese. Cada membro foi escolhido pela competência, ética e respeito que possuem. Obrigado por acreditarem, compreenderem e estimularem este estudo, contribuindo com melhorias fundamentais e significativas no processo de construção do mesmo;
- *aos colegas da turma de Doutorado em Enfermagem de 2014:*

por cada momento que passamos juntos. Esse processo não foi fácil, mas soubemos contornar as diferenças e lutar por uma ciência fortificada e coesa;
- *à Alice, Sabrina, Dandara, Jana, Lauren, Maurício, Camila e Shaiane:*

meus queridos amigos de infância... Obrigado por compreenderem a minha ausência e sonharem com o doutorado junto comigo. Vocês foram fundamentais para que essa caminhada fosse concluída! Nos tornamos adultos e estamos colhendo os frutos, tudo sem esquecer das crianças que um dia fomos. Amo vocês;

- *à minha irmã Juliana Copetti, tia Neca e tio Alonso:*

por me acolherem como parte da família durante todos esses anos! Por sonharem com minhas conquistas juntamente comigo. Por compreenderem a minha ausência e jamais me deixarem desistir deste sonho.
- *ao amigo Dr Silomar Ilha:*

por compartilhar parte da graduação, mestrado e doutorado comigo! Pelos anos de amizade, convivência e troca de conhecimento. Foi incrível a oportunidade de ter esta tese avaliada e contribuída por ti. Pessoa ética, complexa e multidimensional que tanto me inspira...
- *às minhas queridas amigas e enfermeiras Camila Vieira, Esther Corrêa e Treicy Borges:*

família que a enfermagem me trouxe... Cada um seguiu brilhantemente seu caminho, mas nunca esquecendo de como fomos felizes em nossa convivência diária. A distância geográfica não diminui meu carinho, respeito e admiração por vocês. Por sempre acreditarem em mim e em quão longe eu poderia chegar. Saudade de vocês, de nós... Amor, ao nosso jeito, mas sempre amor!
- *à amiga Silvana Possani:*

por sempre me apoiar, amparar e me respeitar sob qualquer circunstância... Por estar sempre ao meu lado dando força para suportar tudo! Fico muito feliz vendo o teu crescimento!
- *à minha amiga Dr<sup>a</sup> Diéssica Piexak:*

por dividir a casa, os sentimentos e me acolher sempre que necessário. Espírito de luz que me faz tão bem! Sem teu apoio esta tese jamais teria sido concluída... Obrigado por todas as vezes que não me desamparou e por sempre me incentivar a ser uma pessoa melhor.

- *aos enfermeiros Arlen Saraiva, Camila Ilha, Cristine da Rocha, Graziela Almeida, Michele Gössling e Priscila Almeida:*

por permitirem meu crescimento pessoal e profissional. Todos estes anos de convivência foram valiosos! Aprendi muito com cada um de vocês... Todas as risadas, angústias e estresses foram fundamentais para que nos transformássemos de colegas em uma forte equipe de enfermeiros, construindo uma amizade sincera fora do ambiente hospitalar! Profissionais que me fazem acreditar que caminhamos para uma enfermagem totalmente necessária! Carrego-os para sempre comigo;

- *às enfermeiras Denise Legemann e Jéssica Thiesen:*

exemplos de competência, experiência e amor... Amizade que se formou rapidamente e se mostra tão necessária! Obrigado por todos os puxões de orelha, por me aceitarem louco como sou! Aprendo diariamente com vocês... Serão sempre necessárias na minha vida! Esta conquista tem o empurrão de vocês!

- *à enfermeira Camila Simões:*

por ser essa profissional exemplar, justa, competente e necessária! Obrigado por toda a ajuda nos plantões, por atender minhas ligações na madrugada, por compartilhar todo teu conhecimento e pelas infinitas aulas. Por não ser apenas uma colega, mas por ter se tornado uma amiga fundamental! Minha família em Porto Alegre. Por abrir mão de uma noite tranquila de sono para me fazer companhia no hospital. Por chegar de madrugada em minha casa só para dizer que eu não estou louco o suficiente para desistir, por largar tudo e ficar ao meu lado, por não me julgar, por nunca deixar eu me sentir menos que humano... Por cada noite de festa, conversa, estudo, apoio e puxão de orelha! Me faltam palavras para explicar o quanto tu significas para mim, ainda bem que tu entendes isso!

**Keala Settle**  
**- This Is Me -**  
**(Justin Paul/Benj Pasek/Greg Wells/Adam Gubman)**

I'm not a stranger to the dark  
Hide away, they say  
'Cause we don't want your broken parts  
I've learned to be ashamed of all my scars  
Run away, they say  
No one will love you as you are

But I won't let them break me down to dust  
I know that there's a place for us  
For we are glorious

When the sharpest words wanna cut me down  
I'm gonna send a flood, gonna drown them out  
I am brave, I am bruised  
I am who I'm meant to be, this is me  
Look out 'cause here I come  
And I'm marching on to the beat I drum  
I'm not scared to be seen  
I make no apologies, this is me

Another round of bullets hits my skin  
Well, fire away 'cause today, I won't let the shame sink in  
We are bursting through the barricades  
And reach above the sun (we are warriors)  
Yeah, that's what we'll become

Won't let them break me down to dust  
I know that there's a place for us  
For we are glorious

When the sharpest words wanna cut me down  
Gonna send a flood, gonna drown them out  
I am brave, I am bruised  
I am who I'm meant to be, this is me  
Look out 'cause here I come  
And I'm marching on to the beat I drum  
I'm not scared to be seen  
I make no apologies  
This is me

And I know that I deserve your love  
There's nothing I'm not worthy of  
When the sharpest words wanna cut me down  
I'm gonna send a flood, gonna drown them out  
This is brave, this is bruised  
This is who I'm meant to be, this is me

Look out 'cause here I come  
(look out 'cause here I come)  
And I'm marching on to the beat I drum  
(marching on, marching, marching on)  
I'm not scared to be seen  
I make no apologies  
This is me

*“Eu penso na morte todos os dias, ela é minha amiga. Eu acredito que o importante da vida é nascer e morrer. (...) Eu tenho a impressão que a morte deve ser o grande orgasmo da vida e eu me preparo para ela. (...) A morte gosta de todos nós, então, quando ela chegar, eu estarei pronta...”*

*Elke Maravilha*

## RESUMO

DIAS, Matheus Viero. **Processo de morte-morrer na perspectiva do pensamento complexo: construção de um modelo teórico de cuidado para a enfermagem.** 2018. 146 folhas. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A inquestionável evolução tecnológica na área da saúde não modificou a essência do cuidado de enfermagem, que se manteve focado nos procedimentos técnicos voltados para o zelo ao corpo e prolongamento da vida a partir da cura, afastando o óbito do desvelo. A morte, quando considerada uma ruptura do processo de viver, reflete a necessidade de manutenção da vida a todo custo, e compreende-se, dessa maneira, a obrigação de se romper a forma cartesiana, fragmentada e redutora de pensar os fenômenos que se apresentam durante o processo de morte e morrer. Frente a isso, urge a necessidade de reflexão mediante referenciais filosóficos que possibilitem a ampliação e (re)ligação dos contextos da vida em toda sua amplitude, dentre eles, o pensamento complexo proposto por Edgar Morin mostra-se relevante ao proporcionar um novo olhar para o cuidado de enfermagem. Nesse contexto, a morte e o processo de morte-morrer constituem-se como processos dialógicos e ao mesmo tempo convergentes, sendo considerados parte integrante do ciclo vital. Este estudo, que possuiu como objetivo geral (re)significar a compreensão da morte e do processo de morte-morrer à luz do pensamento complexo; apresentou como objetivos específicos: analisar as evidências científicas para o melhor cuidado de enfermagem frente ao processo de morte-morrer; analisar as atitudes frente ao processo de morte-morrer nas produções científicas da enfermagem, à luz do pensamento complexo e desenvolver um modelo teórico de cuidado de enfermagem acerca da morte e do processo de morte-morrer na perspectiva do pensamento complexo. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados *Web of science*, *Scopus Preview*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*. Como critérios de inclusão, adotaram-se artigos derivados de pesquisa com seres humanos, de derivação qualitativa e/ou quantitativa publicados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol no recorte temporal 2013-2018, que possuíssem o resumo e estivessem disponíveis integral e gratuitamente na versão *online*. Foram considerados critérios de exclusão: artigos científicos duplicados, validações de escalas, os que não contemplem a temática central do estudo e que não abordem o cuidado de enfermagem, presentes apenas na literatura cinza, teses, dissertações e/ou trabalhos publicados em anais, editoriais e resumos. Dos 274 estudos emergidos inicialmente, selecionou-se, após o refinamento, 18 artigos que compõem o *corpus* deste estudo. Foi possível evidenciar, a partir da análise textual discursiva, que a morte ainda é (re)conhecida como um fator estressante, fonte de medo, angústia e afastamento profissional, ou seja, fenômenos fragmentados e reducionistas. Como os profissionais da enfermagem reproduzem o modelo cartesiano biomédico de formação, ainda presente nos cursos, essas evidências apontam para a necessidade de se criar espaços de diálogos e reflexões complexas acerca da morte e do processo de morte-morrer, sem desconsiderar a necessidade do (re)conhecimento dos paradigmas aptos a oportunizar mudanças. Sendo assim, a criação de um modelo teórico de cuidado para a enfermagem possibilitou a compreensão dos fenômenos que ainda se mostram em latência. Nesse contexto, foi possível ampliar os conhecimentos previamente enraizados, possibilitando discutir a morte e o processo de morte-morrer em um contexto social, não unicamente conectado em um cenário que envolva uma patologia. Mais uma vez foi possível identificar a necessidade

emergente de ampliar os fenômenos a fim de que o cuidado de enfermagem possa atingir áreas até então banalizadas e refutadas.

**Descritores:** Enfermagem. Morte. Atitude frente à morte. Dinâmica não linear.

## ABSTRACT

DIAS, Matheus Viero. **Death-dying process in the perspective of complex thinking: construction of a theoretical model of care for nursing**. 2018. 146 pages. Thesis (Doctorate in Nursing) – Nursing School. Postgraduate Nursing Program, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, Brazil.

The unquestionable technological evolution in the health area did not change the essence of nursing care, which remained focused on the technical procedures aimed at the care of the body and prolongation of life from the cure, putting the death away from the exposure. Death, when considered a rupture of the process of living, reflects the need to maintain life at all costs, and it is understandable, in this way, the obligation to break the Cartesian method, which is fragmented and reductive way of thinking about the phenomena that arise during the process of death and dying. Faced with this, urge the necessity of reflecting through philosophical references that allow the expansion and (re)connection of the contexts of life in all its amplitude, among them, the complex thinking proposed by Edgar Morin is relevant in providing a new look for the nursing care. In this context, death and the death-dying process constitute as dialogical processes and at the same time convergent, being considered an integral part of the life cycle. This study, which has as its general objective (re)signifying the understanding of death and the process of death-dying in the light of complex thinking; presented these specific objectives: analyze the scientific evidence for the best nursing care with the death-dying process; examine the attitudes towards the death-dying process in the scientific materials of nursing in the light of complex thinking and to develop a theoretical model of nursing care about death and the death-dying process in the perspective of complex thinking. A systematic review of the literature was performed on the Web of science, Scopus Preview, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). As criteria of inclusion were adopted articles derived from researches with human being, qualitative and/or quantitative research, published in the Portuguese, English and/or Spanish languages in the 2013-2018 time-cut, which had the abstract and were available in full and free of charge in the online version. Exclusion criteria were: duplicate scientific articles, validations of scales, those that do not contemplate the central theme of the study and do not address nursing care, presented only in the gray literature, theses, dissertations and/or works published in annals, editorials and summaries. Of the 274 studies initially emerged, 18 articles were selected after the refinement, which compose the corpus of this study. It was possible to evidence, from the discursive textual analysis, that death is still recognize as a stressing factor, source of fear, distress and professional withdrawal, that is, fragmented and reductionist phenomena. As it is still present in the courses, nursing professionals reproduce the biomedical Cartesian model of training. This evidence points to the need to create spaces for dialogues and complex reflections about death and the death-dying process, without disregarding the need for knowledge of the paradigms capable to provide changes. Thus, the creation of a theoretical model of care for nursing enabled the understanding of the phenomena that are still in latency. In this context, it was possible to expand the previously rooted knowledge, discuss death and the death-dying process in a social context, not only connected in a scenario that involves a disease. Once again, it was possible to identify the emerging need to expand the phenomena so that nursing care can reach vulgarized and rejected areas. **Descriptors:** Nursing. Death. Attitude to death. Nonlinear dynamics.

## RESUMEN

DIAS, Matheus Viero. **Proceso de muerte-morir en la perspectiva del pensamiento complejo: construcción de un modelo teórico de cuidado para la enfermería.** 2018. 146 páginas. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande, Brasil

La incuestionable evolución tecnológica en el área de la salud no cambió la esencia del cuidado de enfermería, que se mantuvo enfocado en los procedimientos técnicos volcados para el celo al cuerpo y la prolongación de la vida apartir de la cura, alejando el fallecimiento del desvelo. La muerte cuando considerada una ruptura del proceso de vivir, refleja la necesidad de manutención de la vida a todo costo, y se entiende de esa manera, la obligación de romperse la forma cartesiana, fragmentada y reducible de pensar los fenômenos que se presentan durante el proceso de muerte y morir. Frente a eso, urge se la necesidad de reflexionar mediante referencias filosóficas que vengan a posibilitar la apliación y (re)ligación de los contextos de la vida en toda su aplitud, entre ellos, el pensamiento complejo propuesto por Edgar Morin se muestra relevante al proporcionar una nueva mirada para el cuidado de enfermería. En este contexto, la muerte y el proceso de muerte-morir se constituyen como procesos dialógicos y al mismo tiempo convergentes, siendo considerados parte integrante del ciclo vital. En este estudio, que tiene como objetivo general (re)significar la comprensión de la muerte y del proceso de muerte-morir, analizar las actitudes frente al proceso de muerte-morir en las producciones científicas de enfermería, a la luz del pensamiento complejo y desarrollar un modelo teórico de cuidado de enfermería acerca de la muerte y del proceso muerte-morir en la perspectiva del pensamiento complejo. Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos Web of Scense, Scopus Preview, Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Como criterios de inclusión, se han adoptado artículos derivados de encuestas con seres humanos, de derivación cualitativa publicados em los idiomas portugués, inglés y/o español recorte temporal 2013-2018, que tuvieran el resumen y estuvieran disponibles integral y gratuitamente em la versión online. Fueron considerados criterios de exclusión: artículos científicos duplicados, validaciones de escalas, los que no contemplan la temática central del estudio y que no abarquen el cuidado de enfermería, presentes apenas en la literatura gris, tesis, disertaciones y/o trabajos publicados em anales, editoriales y resúmenes. De los 274 estudios surgidos inicialmente, se han seleccionado, después del refinamineto, 18 artículos que componen el corpus de este estudio. Fue posible evidenciarse, apartir del análisis textual discursivo, que la muerte aún es (re)conocida como un factor estresante, fuente de miedo, angustia y alejamiento profesional, o sea, fenômenos fragmentados y de reducción. Como los profesionales en enfermería reproducen el modelo cartesiano biomédico de formación todavia presente en los cursos, esas evidencias apuntan para la necesidad de crearse espacios de diálogos y relaciones complejas acerca de la muerte y del proceso muerte-morir, sin desconsiderar la necesidad del (re)conocimiento de los paradigmas aptos a oportunizar cambios. Así, la creación de un modelo teórico de cuidado para la enfermería ha posibilitado la comprensión de los fenômenos que todavia se muestran latentes. En este contexto, fue posible ampliar los conocimientos previamente arraigados, haciendo posible discutir la muerte-morir em un contexto social, no únicamente conectado en un escenario que envuere una patología. Una vez más fue posible identificar la necesidad emergente de ampliar los

fenómenos para que el cuidado en enfermería pueda abarcar áreas hasta entonces trivializadas y rechazadas.

**Descriptores:** Enfermería. Muerte. Actitude frente a la muerte. Dinámicas no lineales.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Níveis de evidência de acordo com o sistema GRADE .....	49
<b>Figura 2-</b> Graduação dos níveis de evidência de acordo com o sistema GRADE .....	50
<b>Figura 3-</b> Fluxograma de seleção dos artigos .....	57

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Terminologias utilizadas em cada base de dados .....	46
<b>Tabela 2-</b> Definições das terminologias em cada sistema de classificação.....	47
<b>Tabela 3-</b> Estratégia de busca a partir das terminologias .....	48
<b>Tabela 4-</b> Estudos emergidos após a busca inicial em cada base de dados.....	52
<b>Tabela 5-</b> Estudos integralmente disponíveis <i>online</i> .....	53
<b>Tabela 6-</b> Levantamento de estudos repetidos .....	54
<b>Tabela 7-</b> Estudos mantidos em cada base de dados, após exclusão dos repetidos .....	55
<b>Tabela 8-</b> Artigos selecionados após leitura integral dos manuscritos.....	56

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Estratégia PICO adotada nos estudos quantitativos .....	51
<b>Quadro 2-</b> Estratégia PICOT adotada nos estudos qualitativos .....	51
<b>Quadro 3-</b> Síntese e identificação dos artigos que compõem essa revisão sistemática da literatura .....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AC** - Análise de conteúdo

**AD** - Análise de discurso

**ATD** - Análise Textual Discursiva

**CAPE**S - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**CINAHL** - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

**CORPUS** - Conjunto de documentos

**DeCS** - Descritores em Ciências da Saúde

**EEnf** - Escola de Enfermagem

**FURG** - Universidade Federal do Rio Grande

**GRADE** - *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

**LILACS** - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

**MEDLINE** - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

**MeSH** - *Medical Subject Headings*

**PICO** - Acrônimo para perguntas de pesquisa em Pesquisas Sistemáticas da Literatura de métodos quantitativos

**PICOT** - Acrônimo para perguntas de pesquisa em Pesquisas Sistemáticas da Literatura de métodos qualitativos

**PPGEnf** - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**PRISMA** - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

**RSL** - Revisão Sistemática da Literatura

**SciELO** - *Scientific Electronic Library Online*

## SUMÁRIO

<b>1. PROCESSO DE MORTE E MORRER: A FRAGMENTAÇÃO DO FENÔMENO VITAL</b> .....	24
Justificativa .....	27
Problema de pesquisa .....	27
Questões norteadoras .....	27
Tese .....	28
<b>2. OBJETIVOS PROPOSTOS</b> .....	29
2.1. Objetivo Geral .....	29
2.2. Objetivos Específicos .....	29
<b>3. ARCABOUÇO TEÓRICO-FILOSÓFICO</b> .....	30
3.1. Pensamento complexo: proposta de referencial filosófico para ampliação dos fenômenos .....	32
3.2. Processo de morte-morrer: (re)ligação dos saberes fragmentados em uma perspectiva complexa .....	35
3.3. A enfermagem frente à morte e o processo de morte-morrer: o pensamento complexo como forma de ampliação do processo de formação, face ao fenômeno vital .....	38
<b>4. DELINEAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	43
4.1. Característica do estudo .....	43
4.2. Estratégia de busca .....	45
4.3. Análise dos dados .....	65
4.3.1. Análise textual discursiva .....	65
4.4. Protocolos de desenvolvimento .....	67
4.5. Preceitos éticos .....	68
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	69
5.1. ARTIGO I- Cuidado de enfermagem no processo de morte-morrer sob a ótica do pensamento complexo: revisão sistemática da literatura .....	70
5.2. ARTIGO II- Desvelando as atitudes adotadas por enfermeiros frente ao processo de morte-morrer: revisão sistemática da literatura .....	90
5.3. ARTIGO III- Morte e processo de morte-morrer: modelo teórico complexo para cuidado de enfermagem .....	108
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	126

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	128
<b>APÊNDICES</b> .....	133
<b>APÊNDICE I-</b> Fluxograma explicativo da seleção dos artigos baseado no modelo PRISMA .....	134
<b>APÊNDICE II-</b> Modelo teórico complexo de cuidado de enfermagem .....	135
<b>ANEXOS</b> .....	136
<b>ANEXO I-</b> <i>Check-list</i> desenvolvido pelo grupo PRISMA e associados .....	137
<b>ANEXO II-</b> Busca realizada na <i>Web of Science</i> .....	139
<b>ANEXO III-</b> Busca realizada na <i>Scopus</i> .....	140
<b>ANEXO IV-</b> Busca realizada na <i>Scientific Electronic Library Online (SciELO)</i> .....	141
<b>ANEXO V-</b> Busca realizada na <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)</i> .....	142
<b>ANEXO VI-</b> Busca realizada na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) .....	143
<b>ANEXO VII-</b> Busca realizada na <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)</i> .....	144

## 1. PROCESSO DE MORTE E MORRER: A FRAGMENTAÇÃO DO FENÔMENO VITAL

A constante e intensa evolução técnico-científica na área da saúde tem contribuído nos processos referentes ao cuidado humano. Porém, as ações e pensamentos demonstram, por vezes, estar em desencontro com tal evolução. Ainda que as tecnologias de cuidado, cada vez mais complexas, refinadas e de fácil manuseio, possibilitem uma assistência técnica condizente com o processo evolutivo, às vezes refletem em ações biomédicas, fragmentadas e mecanicistas. Assim, ressalta-se que a formação dos profissionais da saúde encontra-se, em alguns contextos, advinda de ações técnicas, pois mesmo que eles tenham conhecimento sobre as necessidades do paciente e da família, focam, prioritária e pontualmente, em realizar da melhor maneira possível os procedimentos técnicos<sup>1</sup> (ALENCAR et al., 2017).

A partir da evolução tecnológica, o entendimento de prolongamento da vida se instaura e abre margem para o profissional da saúde se afastar, cada vez mais, do processo de morte-morrer<sup>2</sup>, negando-o como parte integrante do ciclo vital. No entanto, não se descarta o conhecimento de que se avançou o suficiente, para permitir um processo de morte mais pacífico para muitos que outrora teriam morrido em terrível agonia (ELIAS, 2001). Todavia, o saber tecnocrático não possui a capacidade de compreender aquilo que é vivo, antropológico e social, a não ser segundo a lógica simplificadora das máquinas artificiais (MORIN, 2012, p.72)

O enfermeiro é o profissional responsável pelo processo de cuidado e, por isso, ele necessita buscar se fazer onipresente na assistência integral de qualquer ser humano que necessite de seus cuidados, desde antes mesmo do nascimento, até no cuidado ao corpo e a atuação junto dos familiares após a morte. Entretanto, o cuidado frente ao processo de morte-morrer ainda se constitui em desafio para os enfermeiros, uma vez que a educação prioritariamente visualiza a morte e seu processo como derrota profissional (CARVALHO et al., 2017).

---

<sup>1</sup> De acordo com Morin (2011a), os conhecimentos fragmentados servem apenas para usos técnicos, não alimentando um pensamento capaz de considerar a situação humana.

<sup>2</sup> Entende-se que a morte e o morrer são processos dialógicos, não evento isolados e fragmentados. Ambos acontecem de forma progressiva, simultaneamente com a vida. O processo de morrer, aqui, é compreendido pelos fenômenos que ocorrem no curso da vida, ao passo que o processo de morte é compreendido como o evento em que vida e morte confrontam-se veemente. Nesse caso, ao final desse processo, o ser humano deixa o estado de vivo. Assim, a consciência da morte não se limita ao momento e ao acontecimento da morte, vai além da pontualidade (MORIN, 2007).

Mesmo (cons)ciente do ciclo vital enquanto processo, alguns enfermeiros ainda demonstram estar fragilmente preparados para compreender a morte e o processo de morte-morrer, enquanto parte integrante da vida, encarando-o apenas como uma ruptura de viver, ou seja, não compreendem a vida, a morte e o morrer como processos (inter)conectados na existência humana, mas apenas como eventos isolados, desconsiderando, no entanto, que são fenômenos complexos, incertos e singulares (DIAS et al., 2014).

Esse pensamento disjunto e fragmentador<sup>3</sup> pode acarretar consequências pontuais como sofrimento, exaustão e sentimento de fracasso. A morte e o processo de morte-morrer, apesar de inscritos e postos na natureza humana, atingem de maneira muito singular cada ser e o enfrentamento varia em função de inúmeros fatores tais como: características de quem está morrendo, situação em que ocorre a morte do enlutado e das (inter)relações construídas a partir da (con)vivência (MONTEIRO; MAGALHÃES; MACHADO, 2017).

O processo de morte-morrer, assim como a morte propriamente dita, constituem fenômenos da vida (ROSEMBARQUE; SILVA, 2017), ou seja, viver e morrer apresentam-se como processos mistos, ao passo que morte e vida se apresentam, ao mesmo tempo, como eventos convergentes.

Vida e morte convertem-se uma na outra, trabalham constantemente uma pela outra, até que a morte física e biológica se sobressaia à matéria (MORIN, 2005). Assim, morte e vida podem ser interpretadas a partir do princípio dialógico, uma vez que são consideradas como eventos disjuntos e antagônicos, em que a morte necessita ser sempre combatida; porém, vida e morte encontram-se próximas e são fenômenos complementares (CARVALHO et. al., 2016).

Historicamente, até os anos 1970, a morte era considerada um extremo tabu, e as publicações acerca da temática possuíam um rigoroso controle de propagação (MORIN, 2013). Atualmente, os meios de divulgações formais e informais abordam a morte de uma forma um pouco mais explícita, porém ainda é debatida de forma fragmentada e cartesiana. Assim, questiona-se a sua qualidade e o quanto os receptores dessas informações estão confortáveis em consumir e absorver tal temática.

Sendo assim, o enfermeiro pode buscar afastar-se do enfrentamento da morte e do processo de morte-morrer, utilizando-se dessa ação como sugestiva para um mecanismo de defesa, ou seja, se não realiza um pensamento crítico acerca da temática, o afastamento de sua

---

<sup>3</sup> Um paradigma simplificador vê o uno, ou o múltiplo, mas não consegue ver que o uno pode ser ao mesmo tempo múltiplo; ou o princípio da simplicidade separa o que está ligado (disjunção), ou unifica o que é diverso (redução) (MORIN, 2011b).

ocorrência parece fazer mais sentido, corroborando para o processo fragmentador e cíclico acerca do fenômeno. Frente aos conceitos e valores fragmentadores impregnados na sociedade, torna-se um obstáculo abordar o assunto morte, visto que ele está ligado à incapacidade das pessoas de conseguirem incorporar este assunto ao seu cotidiano (TAMADA et. al., 2017).

No transcorrer do tempo, a visão sobre a morte, bem como do processo de morte-morrer e suas causas sofreram modificações. Porém, entende-se que a evolução foi pequena, no que diz respeito ao seu enfrentamento, ao passo que as ciências da saúde progredem, diminuindo as taxas de mortalidade e prolongando a expectativa de vida. A morte passou a ser um tema socialmente interdito, silenciado e, por diversas vezes, negado e/ou distanciado (MORIN, 2012; COSTA et. al., 2017). No entanto, diferente da fuga e do adiamento, o enfrentamento da morte é uma postura necessária para a superação ou elaboração de uma perda importante (GONÇALVES; BITTAR, 2016).

Nesse contexto, os falecimentos, em um passado próximo, ocorriam quase que inteiramente no ambiente domiciliar, enquanto que atualmente a sua maioria ocorre no cenário hospitalar, ou seja, a morte foi retirada do convívio social e fechada em um quarto frio, que não faz parte da realidade prévia de quem vivenciou a morte e o processo de morte-morrer, sob a condição de ser retardada tanto quanto possível e a qualquer custo.

Antes dos funerais, o corpo morto é encaminhado à funerária, onde ocorre o processo de preparação do mesmo, deixando-o com um semblante atenuado e minimizando a aparência fúnebre, como se ostentasse uma máscara. No entanto, isso não minora a dor dos familiares, apenas camufla os sinais exteriores da morte e, nesse contexto, ela aparentemente permanece invencível, sob negação, embora se questione se seria realmente necessário vencê-la? (MORIN, 2013).

Não obstante, independente do ambiente domiciliar ou hospitalar, é primordial que o enfermeiro, no que tange ao processo de morte-morrer, encontre-se disponível aos que vivenciam e/ou acompanham esses processos, apto a oferecer suporte e fazer-se presente, assumindo um posicionamento acolhedor, que possibilite aprimorar aptidões (NUNES; SANTOS, 2017). Porém, percebe-se, no contexto (sócio)cultural, que os profissionais percorrem seu processo de formação, embasados em pensamentos pontuais, lineares e mecanicistas. Durante a formação em enfermagem, a abordagem da temática morte e seus processos pode limitar-se, muitas vezes, ao caráter cartesiano do cuidado tecnicista, com enfoque na manutenção da vida, podendo gerar, assim, incertezas quanto ao preparo dos

futuros enfermeiros em lidar com o processo de morte-morrer das pessoas sob seus cuidados (ALENCAR et. al., 2017).

Este foco fragmentado de ensino-aprendizagem ainda é uma realidade percebida em parte dos cursos de enfermagem. Mesmo havendo a abordagem do bem-estar como um todo, foca-se acerca do prolongamento da vida, mesmo que careçam da compreensão do significado propriamente dito sobre o que é a “vida” e, também, a “morte” (KÜBLER-ROSS, 2008). Sendo assim, a mesma consciência que nega, reconhece a morte. Ela nega-a enquanto aniquilamento, mas a reconhece como fato (MORIN, 1997, p. 26), isto é, há o pensamento da ocorrência da morte como fenômeno universal e inerente à vida. Entretanto, afasta-se essa ideia na práxis do enfermeiro, no intuito de distanciar-se física e emocionalmente do processo, negando até a sua própria morte.

Destarte, este estudo **justifica-se** devido à percepção da necessidade de abordagens diferenciadas acerca da compreensão da morte e do processo de morte-morrer, enquanto fenômenos existenciais complexos, visando ao preenchimento das lacunas que permeiam o conhecimento fragmentado e reducionista<sup>4</sup> existente, a partir de referenciais ampliados. Uma nova perspectiva de abordagem da temática central deste estudo, fundamentada em um referencial teórico, filosófico e metodológico, capaz de transcender o modelo cartesiano, pode gerar uma nova compreensão, oportunizando que outros pesquisadores busquem cada vez mais a quebra do paradigma da morte e do processo de morte-morrer, enquanto evento isolado do viver humano, constituindo-se aqui o **problema de pesquisa**.

Frente ao exposto, emergem as seguintes **questões norteadoras** deste estudo:

- Quais as evidências científicas existentes na produção da enfermagem acerca da morte e do processo de morte-morrer?
- Quais as atitudes adotadas por enfermeiros frente ao processo de morte-morrer nas produções científicas?
- É possível desenvolver um modelo teórico de cuidado de enfermagem complexo, com vistas a ampliar e horizontalizar o cuidado frente à morte e ao processo de morte-morrer?

---

<sup>4</sup> Aquela que dissocia os contextos e que não é capaz de compreender as multidirecionalidades dos fenômenos existentes.

A partir disso, buscar-se-á defender a **tese** deste estudo: a (re)significação do fenômeno da morte, na perspectiva do pensamento complexo, permite desenvolver um modelo teórico capaz de ampliar e horizontalizar o cuidado de enfermagem frente ao processo de morte-morrer.

## **2. OBJETIVOS PROPOSTOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

(Re)Significar a compreensão da morte e do processo de morte-morrer à luz do pensamento complexo.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar as evidências científicas para o melhor cuidado de enfermagem frente ao processo de morte-morrer;
- Analisar as atitudes frente ao processo de morte-morrer nas produções científicas da enfermagem, à luz do pensamento complexo;
- Desenvolver um modelo teórico de cuidado de enfermagem acerca da morte e do processo de morte-morrer na perspectiva do pensamento complexo.

### 3. ARCABOUÇO TEÓRICO-FILOSÓFICO

A fim de propor uma nova ótica acerca da temática morte e do processo de morte-morrer, faz-se necessário, no âmbito da enfermagem, adentrar cada vez mais em referenciais filosóficos ampliados, capazes de proporcionar as reais compreensões dos fenômenos. Dentre eles, optou-se pelo pensamento complexo<sup>5</sup>, proposto nas ideias e estudos de Edgar Morin<sup>6</sup>, uma vez que ele instiga a quebra dos paradigmas instaurados, preconizados pelo pensamento aniquilador e cíclico.

Essa proposta de perceber os fenômenos possibilita enxergar o mundo em seus diversos contextos, descartando o processo de ruptura sistêmica e permitindo que o novo possa emergir em sua forma mais pura e ampliada possível. Pensar de maneira complexa é compreender que os fenômenos se apresentam de maneira circular, horizontal e transcendente. A compreensão das ideias será atingida a partir da análise de todas as partes que compõem um todo, não descartando a ideia de que o todo serve, também, para a compreensão das partes envolvidas.

Entendendo que o conhecimento dos fatos isolados é um processo insuficiente, faz-se necessário situá-los em um contexto ampliado e conjunto, para que adquiram sentido (MORIN, 2011c). Nesse caso, o pensamento mutilador não possui a capacidade de atingir um grau ampliado de entendimento, uma vez que não se encontra apto a se inserir em um contexto que abarque a complexidade necessária dos fenômenos.

O pensamento complexo não só insere um acontecimento em seu contexto, mas também estimula a percepção de como esse contexto o modifica, ou o explica de outra maneira (MORIN, 2011a). Sendo assim, percepções unidimensionais originam conhecimentos parcelados e disjuntos, fragmentados em um cenário que dificulta sua compreensão. A complexidade, então, está presente, quando elementos divergentes se

---

<sup>5</sup> Aquele que une, substitui a causalidade linear e unidirecional por uma circular e multirreferencial, apto a perceber ao mesmo tempo elementos complementares e antagonistas, objetivando o conhecimento integrado das partes em um todo, pelo reconhecimento da integração do todo no interior das partes (MORIN, 2011a).

<sup>6</sup> Pseudônimo de Edgar Nahoun, nascido em Paris no dia 8 de julho de 1921. Formado em direito, história e geografia, também se aprofundou em antropologia, sociologia e filosofia. Judeu, filho de imigrantes, buscava resposta às suas dúvidas e angústias referentes à vida, ao futuro e à sua pátria. Após a morte de sua mãe, aos nove anos foca-se em estudos no intuito de transformar a tristeza em alegria de dias melhores. Passa a defender os múltiplos aspectos do humano, como ser complexo que é. É Doutor *Honoris Causa* por diversas universidades, dentre elas da Itália, Suíça, Bélgica, Bolívia, México, Canadá e Portugal. No Brasil, recebeu a mesma titulação por universidades do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Rio Grande do Norte. Dessa forma, Morin, ao longo de sua trajetória, apresenta-nos a incerteza como princípio norteador da humanidade, atribuindo à ciência e a toda ação política esta prerrogativa, buscando compreender a contradição e o imprevisível a partir das conexões existentes (PETRAGLIA, 2010).

mostram como processos inseparáveis e constitutivos de um todo, permitindo a união entre a unidade e a multiplicidade (MORIN, 2011c).

Complexo<sup>7</sup>, na perspectiva de Edgar Morin, não possui relação com “difícil”, mas sim com uma forma que transcende a singularidade dos fatos, possibilitando compreender profundamente todas as dimensões constituintes de um fenômeno em evidência. Assim, o pensamento complexo é aquele capaz de considerar todas as influências interna e externamente recebidas (PETRAGLIA, 2010).

Nesse contexto, (re)pensar a morte sob uma ótica complexa, na enfermagem, leva à compressão de que ela não se constitui apenas como um evento de ruptura, isolado, fechado, de padrão biológico, mas sim como uma parte constituinte de um todo, conhecido como ciclo vital, necessário para o ser. Nessa perspectiva, compreende-se a morte como um processo complexo que permeia a vida, culminando em seu maior evento humano.

Inserindo-a nesse contexto, sua compreensão possibilita minimizar determinados sentimentos, tais como medo e fracasso. Então, sabendo-se que todos os dias, biologicamente, o corpo humano lida com a morte celular, a fim de originar novas células constituintes do corpo, por qual razão que apenas a morte em um contexto sistêmico completo nos causa desconforto e pavor? Se for possível a compreensão de que o que determina a relação das pessoas com a morte não é simplesmente o processo biológico, mas a ideia em constante evolução e específica do estágio da civilização, o transtorno sociológico da morte aparece mais claramente (ELIAS, 2001).

Frente ao exposto, a partir da compreensão da complexidade que envolve a morte e o processo de morte-morrer em um fenômeno complexo, esse capítulo foi subdividido em partes constitutivas de um todo, a fim de proporcionar uma compreensão ampliada acerca dos fenômenos propostos: pensamento complexo: proposta de referencial filosófico para ampliação dos fenômenos; processo de morte-morrer: (re)ligação dos saberes fragmentados em uma perspectiva complexa; a enfermagem frente à morte e ao processo de morte-morrer: o pensamento complexo como forma de ampliação do processo de formação, face ao fenômeno vital.

---

<sup>7</sup> Do latim *Complexus*, aquilo que é tecido junto. Que permite a compreensão dos fenômenos de forma horizontal, dinâmica, sistêmica e circular, compreendendo a união entre a unidade e a multiplicidade, pensando da separação à ligação, da ligação à separação (MORIN, 2011a). É quando elementos diferentes se apresentam inseparáveis constitutivos de um todo e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto (MORIN, 2011c). A um primeiro olhar, a complexidade é um tecido de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas, num segundo momento, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico (MORIN, 2011b)

### 3.1. PENSAMENTO COMPLEXO: PROPOSTA DE REFERENCIAL FILOSÓFICO PARA AMPLIAÇÃO DOS FENÔMENOS

O pensamento simplista, fragmentador e reducionista não supre a necessidade de compreensão dos fenômenos que permeiam o ser humano, como dito anteriormente. A subtração do (re)conhecimento dos fenômenos complexos, a supervalorização dos saberes dispersos e parciais, produzindo fontes de erro, confirma que o problema do pensamento linear é o do conhecimento como um todo (MORIN, 2015).

O pensamento simplificador é incapaz de conceber a conjunção do uno e do múltiplo; ou ele unifica abstratamente ao anular a diversidade, ou, ao contrário, justapõe a diversidade sem conceber a unidade (MORIN, 2011b), isto é, ele apresenta a capacidade de perceber apenas um viés, excluindo outras formas de compreensão e proporcionando um pensamento reducionista, fechado e rígido.

Nesse contexto, faz-se necessário ampliar os métodos que permitam perceber as relações mútuas e as influências recíprocas entre partes e todo em um mundo complexo (MORIN, 2015). Para tanto, o pensamento não fragmentado, na busca incessante de nós mesmos, a partir da nossa própria subjetividade, na relação com tudo e todos que nos rodeiam, mostra-se como fenômeno fundamental para a compreensão do ser (PETRAGLIA, 2010).

O cerne do pensamento complexo é distinguir – não separar – ensinando a estar consciente de que qualquer decisão e qualquer escolha constituem um desafio (PETRAGLIA, 2010; MORIN, 2015). É necessário perceber o uno e o diverso como noções, não apenas antagonistas ou concorrentes, mas também complementares (MORIN, 2008). Nesse sentido, percebem-se as (inter)conexões presentes dos fenômenos que, até então, apresentavam-se fragmentados e unidirecionados.

Morin expõe, então, a necessidade de se substituir um pensamento que isola e separa, por um pensamento que distingue e une. Para tanto, é indispensável ressaltar que uma “cabeça bem-cheia” apenas acumula o saber parcelado, empilhando-o desorganizadamente sem sentido. Já uma “cabeça bem-feita” dispõe ao mesmo tempo de uma aptidão geral para colocar e abordar fenômenos em que os princípios organizadores permitem (re)ligar os saberes lhes fornecendo sentido (MORIN, 2011a).

Nesse ínterim, Morin apresenta a incerteza como princípio norteador da humanidade complexa, em que o termo vem do latim *complexus*, abrangente de diversos elementos, ou

várias partes, apresentando ligações entre si, sendo tecido em conjunto (PETRAGLIA, 2010; MORIN, 2011c). Assim, o modo de pensamento ou de conhecimento fragmentado, compartimentado, monodisciplinado e quantificador conduz a uma inteligência cega, parcelada e simplista (MORIN, 2015), ou seja, o conhecimento que não é inserido em seu contexto passa a fazer sentido apenas em um cenário disjuncto e incompleto.

Nesse caso, o pensamento complexo, então, não está reduzido e comparado à complicação, mas sim a um amplo entendimento de (inter)relações que ocorrem em diferentes contextos, isto é, compreende-se cada parte a fim de se compreender o todo, da mesma forma que o todo será compreendido a partir da visão de cada uma das partes componentes de um fenômeno observado. Assim, compreende-se a complexidade como uma palavra-problema e não uma palavra-solução (MORIN, 2011b).

Nesse contexto, para se atingir a complexidade e o pensamento complexo, Morin (2011a, p. 93-97) expõe sete princípios complementares e interdependentes norteadores, os quais são descritos a seguir:

- I- **Princípio sistêmico ou organizacional:** liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, segundo o elo indicado por Pascal<sup>8</sup>. A ideia sistêmica, oposta à ideia reducionista, é que “o todo é mais do que a soma das partes”. Do átomo à estrela, da bactéria ao homem e à sociedade, a organização de um todo produz qualidades ou propriedades novas, em relação às partes consideradas isoladamente: as emergências. Assim também, a organização do ser vivo produz qualidades desconhecidas no que se refere aos seus constituintes físico-químicos. Acrescentemos que o todo é, igualmente, menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto.
- II- **Princípio holográfico<sup>9</sup>:** põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Assim, cada célula é uma parte de um todo – o organismo global –, mas também o todo está na parte: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente em cada indivíduo, como todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas.
- III- **O princípio do circuito retroativo<sup>10</sup>:** permite o conhecimento dos processos autorreguladores. Ele rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa, como no sistema de aquecimento, em que o termostato regula o andamento do aquecedor. Esse

---

<sup>8</sup> “Considero impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tanto quanto conhecer o todo sem conhecer, particularmente, as partes” (Morin, 2011a).

<sup>9</sup> Inspirado no holograma, em que cada ponto contém a quase totalidade da informação do objeto que ele representa (Morin, 2011a).

<sup>10</sup> Introduzido por Norbert Wiener, matemático estadunidense conhecido como o fundador da cibernética (Morin, 2011a).

mecanismo de regulação permite, aqui, a autonomia térmica de um apartamento em relação ao frio externo. De modo mais complexo, “a homeostasia” de um organismo vivo é um conjunto de processos reguladores baseados em múltiplas 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. Inflacionárias ou estabilizadoras, são incontáveis as retroações nos fenômenos econômicos, sociais, políticos ou psicológicos.

- IV- O princípio do circuito recursivo:** ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são, eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz. Assim, nós, indivíduos, somos os produtos de um sistema de reprodução que vem do início dos tempos, mas esse sistema não pode se reproduzir se nós mesmos não nos tornarmos produtores com o acasalamento. Os indivíduos humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linguagem e a cultura.
- V- Princípio da autonomia/dependência (auto-organização):** os seres vivos são seres auto organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, despendem energia para manter sua autonomia. Como têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu meio ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência; é por isso que precisam ser concebidos como seres auto-eco-organizadores. O princípio de auto-eco-organização vale especificamente, é óbvio, para os humanos – que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura – e para as sociedades – que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico. Um aspecto-chave da auto-eco-organização viva é que ela se regenera permanentemente a partir da morte de suas células, segundo a fórmula de Heráclito, “viver de morte, morrer de vida”; e as ideias antagônicas de morte e vida são, ao mesmo tempo, complementares e antagônicas.
- VI- O princípio dialógico:** acaba justamente de ser ilustrado pela fórmula de Heráclito. Ele une dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. Deve-se conceber uma dialógica ordem/desordem/organização, desde o nascimento do Universo a partir de uma agitação calorífica (desordem) em que, em certas condições (encontros aleatórios), princípios de ordem vão permitir a constituição de núcleos, átomos, galáxias e estrelas. Sob as mais diversas formas, a dialógica entre a ordem, a desordem e a organização, via inúmeras inter-retroações, está constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano. A dialógica permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias, para conceber um mesmo fenômeno complexo. Niels Bohr, por exemplo, reconheceu a necessidade de conceber partículas físicas como corpúsculos e como ondas, ao mesmo tempo. De um certo ponto de vista, os indivíduos, à medida que desaparecem, são como corpúsculos autônomos; de um outro ponto de vista – dentro das duas continuidades que são a espécie e a sociedade – o indivíduo desaparece, quando se consideram a espécie e a sociedade; e a espécie e a sociedade desaparecem quando se considera o indivíduo. O pensamento deve assumir dialogicamente os dois termos, que tendem a se excluir um ao outro.

**VII- O princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento:** esse princípio 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.

Nesse contexto, Morin defende a não fragmentação do mundo, das ciências, dos fenômenos, da vida e da morte. A complexidade contempla a tarefa de (re)ligar o que se perdeu e/ou se fragmentou, abarcando um conhecimento amplo, multidimensional. Essa forma de pensamento leva em consideração todas as influências, internas e externas, a fim de situar cada parte em seu contexto, refletindo em um todo que não aceita mais o pensamento simplista. Nesse caso, as incertezas e os riscos não são apenas o que caracterizam o vazio e as lacunas do conhecimento; são os seus estimulantes, favorecendo o desenvolvimento ampliado da inteligência (MORIN, 2005).

Ressalta-se, novamente, que a palavra complexidade simboliza a incerteza, o caos, a agitação, a incapacidade de se manifestar de maneira simples. O pensamento complexo, então, surge quando o pensamento simplificador falha, trazendo consigo ordem, clareza e distinção, recusando as consequências mutiladoras e redutoras (COPELLI et. al., 2016). Pensamento complexo, então, é o que visa ultrapassar a confusão, o embaraço e a dificuldade de pensar com o auxílio de um pensamento organizador que separa e que (re)religa (MORIN, 2015).

Frente a isso, a forma ampliada de (re)pensar aborda os acontecimentos/entendimentos de uma maneira complexa, circular e horizontal, em que o real entendimento de um determinado fenômeno será alcançado a partir da análise de todas as partes envolvidas, bem como da análise do todo constitutivo. Nesse contexto, poderão ser atingidas compreensões até então não percebidas, propondo-se novas perspectivas a abordagens que eram percebidas de forma antagônicas.

### 3.2. PROCESSO DE MORTE-MORRER: (RE)LIGAÇÃO DOS SABERES FRAGMENTADOS EM UMA PERSPECTIVA COMPLEXA

Como ressaltado, os saberes fragmentados apresentam-se como incapazes de compreender os fenômenos apresentados atualmente. Esse processo mutilador e deficitário faz os seres humanos caminhar rumo à falha, determinada pela simplificação dos processos

múltiplos. Percebe-se, então, que a dificuldade encontrada pelo pensamento complexo é justamente enfrentar a confusão, a incerteza e a contradição e, ao mesmo tempo, conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes em si mesmo (PETRAGLIA, 2010).

O universo é repleto de ordem (repetições, constâncias invariáveis), desordem (irregularidade, acaso, imprevisibilidade) e organização (nova ordem, complexidade, religação)<sup>11</sup> (COPELLI et. al., 2016), ou seja, nada se apresenta de forma estática, rígida, imutável. Porém, o pensamento reducionista e cartesiano não percebe a ampliação dos acontecimentos, focando apenas em uma parte que não está inserida em um todo. Compreender o humano não é afastá-lo do universo, mas situá-lo no contexto, uma vez que o conhecimento só é pertinente, quando (inter)conectado ao seu objeto (MORIN, 2011a).

Para o pensamento complexo, é inconcebível eliminar aquilo que se apresenta como incerto, uma vez que não é possível conhecer com perfeita precisão todas as interações de um sistema (MORIN, 2015). Nesse ínterim, são justamente a incerteza e a ambiguidade que favorecem o desenvolvimento da inteligência de forma ampliada e horizontal (MORIN, 2005).

Assim, perceber que a certeza absoluta é um fator reducionista em um contexto complexo, permite-nos ampliar o foco de cuidado do enfermeiro. Viver é enfrentar incessantemente a incerteza que se apresenta, inclusive diante da única certeza compreendida pelo ser humano, que é a morte, a qual não se sabe quando ocorrerá, uma vez que a imprevisibilidade reside no próprio cerne do determinismo (MORIN, 2015).

Vida e morte apresentam-se como fenômenos ao mesmo tempo divergentes e complementares, assim como ordem, desordem e organização. As forças de vida e as forças de morte não somente se chocam, mas às cegas se lapidam mutuamente (MORIN, 2012, p. 72); porém, em um universo de ordem plena, não há inovação, criação e evolução. Da mesma forma, a desordem total não possibilita a estabilidade, para se construir uma organização (COPELLI et. al., 2016).

Ou seja, na intensa ordem, ou desorganização dos fenômenos, a compreensão da morte e do processo de morte-morrer não atinge a máxima, enquanto fenômeno integrante do ciclo vital, mas sim como evento de ruptura. No entanto, o ser humano nos é revelado em sua

---

<sup>11</sup> Para Morin (2008), a complexidade da relação ordem-desordem-organização surge, pois, quando se constata empiricamente que fenômenos desordenados são necessários em certas condições, em certos casos, para a produção de fenômenos organizados, os quais contribuem para o crescimento da ordem, onde se remetem um ao outro e formam uma espécie de circuito em movimento. Assim, para que haja organização, é preciso interações: para que haja interações é preciso encontros, para que haja encontros é preciso desordem (MORIN, 2008).

complexidade: ser, ao mesmo tempo, totalmente biológico e totalmente cultural (MORIN, 2011a).

A biologia demonstra que a vida luta contra a morte, utilizando-se dela, uma vez que todo ser policelular vive da morte de suas células, substituídas por novas, regenerando-se (MORIN, 2013). Nesse contexto, a morte apresenta-se como um fenômeno humano total; o maior fenômeno capaz de distinguir o ser vivo da máquina e o homem dos outros seres (MORIN, 1997). No entanto, não é a morte propriamente dita, mas sim o conhecimento dela que cria problemas e expectativas para os seres humanos (ELIAS, 2001).

O problema sociocultural da morte e do processo de morte-morrer é de difícil manejo e compreensão, uma vez que o ser humano apresenta dificuldade de se identificar com ela. Isto é, nega e se afasta do processo de morte-morrer, como forma de evitar a sua própria morte. Porém, a reforma da vida só pode ser acompanhada por uma reforma da morte, em que a vida é a verdade mais profunda da reforma (MORIN, 2013). Ao estar consciente de sua fundamental importância no desenvolvimento de atividades que proporcionem conforto e bem-estar aos pacientes que vivenciam o processo de morrer, os enfermeiros confrontam-se entre o cuidar de forma humanizada e suas próprias convicções socioculturais, que abarcam o medo e a angústia (ALENCAR et. al., 2017).

Para tanto, a reforma do pensamento (aquela que permite a ampliação dos saberes parcelados) não tem como objetivo fazer com que nossas capacidades analíticas ou separatistas sejam anuladas totalmente, mas acrescentar a elas um pensamento que religa (MORIN, 2015). Isso possibilita a percepção de que a ordem e a desordem encontram-se em constantes movimentos interligados, a fim de proporcionar uma nova ordem de compreensão complexa.

A ordem, desordem e a potencialidade organizadora necessitam ser pensadas conjuntamente, ao mesmo tempo, em seus caracteres antagônicos bem conhecidos e seus caracteres complementares desconhecidos, remetendo um ao outro, formando uma espécie de circuito em movimento (MORIN, 2008). Nesse caso, compreender de forma complexa e ampliada que ordem (vida) e a desordem (morte) constituem-se espiralmente em um processo de (re)organização (processo vital) e proporciona ao enfermeiro um entendimento até então redutor e separatista, que não permitia a (inter)conexão acerca dos fenômenos.

A constatação de que a morte é inevitável está encoberta pelo empenho de adiá-la com a ajuda da medicina, na esperança de que isso talvez funcione (ELIAS, 2001). No entanto, percebe-se que a morte se apresenta mais forte que a vida na irreversibilidade, ao passo que a

vida, situada em seu contexto, é mais forte do que a morte na recorrência (MORIN, 2005), isto é, vida e morte ocorrem de maneira conjunta, apresentando-se como processos ao mesmo tempo distintos e complementares.

Sendo assim, as interações entre ordem e desordem, vida e morte são ações recíprocas que modificam o comportamento ou a natureza de elementos, em que para que haja organização são necessárias interações, para que haja interações é preciso encontrar, que por sua vez necessitam de desordem (agitação, turbulência) (MORIN, 2008). Em um circuito ininterrupto, conhecer implica separar para analisar e religar, para sintetizar ou complexificar, situando o saber em seu contexto (MORIN, 2015).

A morte não é inimiga da vida, mas sim do indivíduo-sujeito, apresentando-se como o cataclismo absoluto no processo de desordem (MORIN, 2005). Sob essa ótica, compreende-se que o medo do enfermeiro, que cuida da pessoa no processo de morte e de morrer, pode estar atrelado ao fato do mesmo perder o controle sobre si, fazendo-se prudente pensar na morte e no morrer antes que tenha que se defrontar com eles na vida (GLASER; STRAUSS, 2009; KÜBLER-ROSS, 2008).

Sendo assim, compreender que ordem e desordem, bem como morte e vida não se apresentam como fenômenos estáticos e separados, pode proporcionar ao enfermeiro a (inter)relação que permeia os fenômenos complexos de seu cuidado. Com isso, a prática de enfermagem ganha uma nova roupagem, um novo sentido e uma nova compreensão. O enfermeiro passa a utilizar a morte do outro como espelho para (re)pensar a sua própria morte, amenizando os sinais de medo e angústia, pela compreensão da mesma, como parte integrante do todo que é o ciclo vital. Para tanto, a desordem gera fatores que possibilitam emergir uma nova ordem, de caráter singular, ampliado e complexo.

### 3.3. A ENFERMAGEM FRENTE À MORTE E O PROCESSO DE MORTE-MORRER: O PENSAMENTO COMPLEXO COMO FORMA DE AMPLIAÇÃO DO PROCESSO DE FORMAÇÃO, FACE AO FENÔMENO VITAL

Ampliar os fenômenos, situando-os em contextos que abarquem o pensamento complexo, como fio condutor, remete a abandonar a zona de conforto que o pensamento reducionista proporciona. O enfermeiro, profissional responsável por gerenciar a equipe multidisciplinar de saúde, devido a sua capacidade de (re)organização, apresenta-se como

profissional central do cuidado humano. Em decorrência disso, sua atuação mostra-se presente nos diversos contextos/cenários. Porém, faz-se necessário que se permeie por um paradigma que permita o conhecimento complexo dos fenômenos que se apresentam no processo de cuidar.

No que tange à enfermagem, que vivencia o processo de morte-morrer, isso significa proporcionar um cuidado apto a compreender as necessidades do outro, bem como adentrar em uma autoanálise que reflita sua própria morte, compreendendo-a como integrante do ciclo vital. O pensamento complexo, então, permite um cuidado articulado, apto a proporcionar a interação entre os indivíduos e a realidade, entre os próprios profissionais, entre os sistemas de apoio, à medida que rejeita o pensamento redutor, disjuntivo e simplificador (COPELLI et. al., 2016).

(Re)Conhecer de forma complexa as necessidades humanas é uma tarefa indispensável, visto que para o enfermeiro poder cuidar do ser como um todo, valorizando-o em sua singularidade, necessita estar ciente da realidade dos fenômenos vivenciados pelo mesmo. Assim, o gerenciamento do cuidado em enfermagem é um fenômeno que impacta diretamente na promoção da qualidade assistencial e nas melhores condições de trabalho para os profissionais (COPELLI et. al, 2016).

A fim de que seja alcançado o cuidado, o enfermeiro não pode atentar somente aos aspectos patológicos, mas sim na pessoa enquanto ser integral, em rede, complexo e interativo. No entanto, reportando-se à morte, a ciência prioriza erroneamente a busca da saúde e da cura cartesianamente, compreendendo-a como falha e derrota (CARVALHO et. al., 2017). Isso, porque a morte humana comporta uma consciência da morte como um buraco negro onde se aniquila o indivíduo (MORIN, 2007).

Sendo assim, o cuidado de enfermagem não pode tornar-se mecanicista, fragmentado e linear, uma vez que essas ações simplificadoras não permitem um cuidado qualificado, apto a atender as (multi)dimensões da necessidade humana (DIAS et al., 2017), ou seja, o saber parcelado, não inserido em seu contexto, mostra-se como fonte de erro do conhecimento, acarretando falhas no cuidado de enfermagem. Entende-se que as vivências do enfermeiro permeiam situações conflitantes em sua prática, expondo-os a sentimentos negativos, que geram danos emocionais e profissionais, induzindo-o ao afastamento direto do paciente, ou até mesmo ao abandono dos deveres profissionais (ALENCAR et. al., 2017). Assim, situar o cuidado de enfermagem, enquanto processo complexo, mostra-se como fundamental, para que se proporcione a (re)ligação dos fenômenos.

Uma das estratégias, então, para se atingir esse cuidado ampliado, é adentrar no pensamento complexo, aproximando-se dele, uma vez que isso permite o entendimento das interconexões existentes. A partir dele, o enfermeiro pode compreender o ser humano, ao mesmo tempo como singular e multidimensional, dotado de necessidades interligadas que até então não eram percebidas e atendidas, em detrimento do pensamento mutilador (MORIN, 2015). Assim, frente ao entendimento ampliado das situações, o cuidado de enfermagem pode abranger um olhar, na tríade morte-morrer-existência, apto a desenvolver suas atividades sem que haja banalização e aversão à assistência.

A morte do outro, em suma, é uma lembrança da sua própria, sendo que acompanhar quem morre abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a ideia de sua própria morte (ELIAS, 2001). Sendo assim, o enfermeiro que se ancora no pensamento vertical, fechado e de ruptura, afasta-se tanto do processo de morte-morrer quanto daquele que necessita de seus cuidados, no intuito de negar sua ocorrência. Nessa perspectiva redutora, somente uma súbita e assustadora interrupção da vida é passível de compreensão (KÜBLER-ROSS, 1998)

Abranger a complexidade significa, nessa direção, atingir a binocularidade mental e abandonar o pensamento caolho, com o pensamento complexo conduzindo à outra maneira de agir, à outra maneira de ser e compreender a morte e seus processos (MORIN, 2010). A complexidade, aqui, não permite ser compreendida como sinônimo de complicação. O que é complicado pode se reduzir a um princípio simples, como um emaranhado, ou um nó cego (MORIN, 2008). A complexidade, então, apresenta-se como uma proposta de perceber os fenômenos de maneira (inter)conectada em um todo, a partir de uma análise em movimento de suas partes.

Frente a isso, a negação da morte e a obstinação terapêutica por parte dos profissionais parecem ser reflexo dos valores sociais, exemplificados pela valorização da saúde, fortalecendo a inquestionabilidade de tratamentos de cura em pacientes em processo de morrer e de morte (CARVALHO et. al., 2016). O ser humano, em seu inconsciente, acredita ser imortal; assim, é quase inconcebível reconhecer que também terá que vivenciar a morte (KÜBLER-ROSS, 2008).

Tenta-se ajudar quem morre, acima de tudo, aliviando sua dor e cuidando, na medida do possível, de seu conforto físico, refletindo na ideia de que não se deixou de respeitá-los enquanto seres humanos. Entretanto, isso se apresenta – e fundamenta o processo de morte-

morrer – como evento mecânico, solitário e impessoal (ELIAS, 2001; KÜBLER-ROSS, 2008).

Ainda com a evolução humana, o processo de formação do enfermeiro apresenta-se, mesmo que sob enfoque generalista, como uma ação pontual. Preconiza-se a saúde e a cura a partir de processos reprodutores, mecânicos e fragmentados, não estimulando o pensar ampliado. Esse, por sua vez, seria o diferencial esperado na prática de cuidado do enfermeiro, uma vez que os fenômenos que envolvem a morte e o processo de morte-morrer receberiam uma nova forma de compreensão, refletindo em uma qualidade do cuidado. Uma forte estratégia, então, para (trans)formar a atual realidade, seria substituir o pensamento reducionista por um pensamento complexo, capaz de considerar todos os aspectos que o compõem (PETRAGLIA, 2010).

Durante a formação, os futuros enfermeiros experienciam, algumas vezes, a atuação junto aos pacientes que estão morrendo. No entanto, a ênfase é na técnica necessária ao cuidado, não na compreensão da morte e do processo de morte-morrer em si (GLASER; STRAUSS, 2007). Portanto, convém fazer a convergência de diversos ensinamentos e mobilizar diversas ciências e disciplinas, a fim de ensinar a enfrentar a incerteza que cerca a temática (MORIN, 2011a), ou seja, acredita-se que uma reforma no ensino, associado às estruturas ampliadas de cuidado, pode proporcionar a ruptura do paradigma redutor que envolve a morte e o processo de morte-morrer. Todavia, não somente a criação de uma disciplina específica, que aborde a temática, resolveria o problema, mas talvez a abordagem como um todo que permeia o processo de formação.

A supremacia de um conhecimento, fragmentado em disciplinas, com frequência é ineficiente para efetivar a ligação entre as partes e as totalidades e precisa ceder lugar a um modo de conhecimento capaz de conceber os objetos em seus contextos, em seus complexos, em seus conjuntos (MORIN, 2015). No caso da morte e do processo de morte-morrer, discutir esse fenômeno, na formação em enfermagem à luz do pensamento complexo, significa aprofundar-se na temática; contudo, é necessária a percepção de todos os fatores que compõem o processo de forma horizontal e ampliada. (PETRAGLIA, 2010).

Em uma perspectiva complexa, a morte, compreendida como uma etapa da vida, requer uma formação profissional capaz de problematizar e romper com a reprodução de conhecimentos, sentimentos, valores e práticas que, predominantemente, ainda a representam negativamente (CARVALHO et. al., 2016). Os processos educativos precisam focar não em

cabeças cheias, mas em cabeças bem-feitas, ou seja, as que desenvolvem uma aptidão geral para situar e abordar os problemas do mundo (CARVALHO et. al., 2017).

Sendo assim, o acúmulo de ideias não permite a organização e ampliação do saber, ocasionando a aversão de abordar a temática da morte e o processo de morte-morrer, bem como originando ações e efeitos redutores e cíclicos no processo de formação do enfermeiro. A morte, entendida como um fenômeno complexo dos vivos, necessita de uma abordagem também complexa, ampliada e em movimento. Entre os seres que morrem no planeta Terra, a morte constitui um problema só para os humanos, pois apenas eles estão cientes de que pode ocorrer a qualquer momento e, por isso, tomam precauções especiais para proteger-se contra a ameaça da aniquilação (ELIAS, 2001).

Ressalta-se que as ciências foram responsáveis pela compreensão de muitas certezas, mas, já no decorrer do século XX, revelaram, igualmente, inumeráveis domínios de incertezas necessárias ao processo evolutivo do ser humano (MORIN, 2015). Com isso, entende-se que o propósito da existência é o crescimento, a ampliação (KÜBLER-ROSS, 1998). No entanto, faz-se necessário que o enfermeiro evolua de forma ampliada, embasado em referenciais que permitam a compreensão do mundo e dos fenômenos, enquanto sistemas ordenados, passíveis de desordem e (re)organização. Com isso, o cuidado de enfermagem atingirá áreas até então não alcançadas pelo pensamento cartesiano e reducionista.

Pode-se tentar evitar a ideia da morte, afastando-a tanto quanto possível, assumindo uma crença inabalável na própria imortalidade (ELIAS, 2001). Porém, faz-se necessário (re)pensar que após a morte do paciente ser fisiologicamente constatada, no interior das cenas de cuidar, que geralmente retratam os esforços da equipe de saúde para manter a vida, os únicos protagonistas que permanecem ao lado do leito são os profissionais de enfermagem e o corpo morto (ROSEMBARQUE; SILVA, 2017). Nesse caso, tanto anterior quanto posteriormente à morte, as ações de cuidado podem se configurar em processos mecânicos, frios e rígidos. Isso se justifica, também, pela falta ou pouca abordagem da temática morte e do processo de morte-morrer no processo de formação, que está inserida em um contexto redutor.

Frente a isso, o modelo biomédico de estruturação dos cursos de graduação em enfermagem ainda se mostra em evidência, devido ao perfil do profissional, distribuído pelas mais diversas áreas de atuação. Esse modelo unidimensionaliza o conhecimento, ao absolutizar a dimensão do curar, sugerindo que o cuidado parece estar centrado no corpo doente; e não, no indivíduo (CARVALHO et. al., 2017).

## 4. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Conforme Morin (2010), um método se caracteriza como a atividade reflexiva do sujeito, sem desconsiderar que uma teoria não é suficiente sem um método, pois ambos são componentes indissociáveis do conhecimento complexo. Sendo assim, neste capítulo, expor-se-á o método utilizado como norteador para o desenvolvimento deste estudo.

### 4.1. CARACTERÍSTICA DO ESTUDO

Estudo bibliográfico, exploratório-descritivo, do tipo revisão sistemática da literatura (RSL), que objetiva a (re)significação da morte e do processo de morte-morrer à luz do pensamento complexo, emergente nos estudos de Edgar Morin. A RSL caracteriza-se como uma pesquisa científica crítica, a qual coloca um problema de pesquisa em um determinado contexto, ou resume dados existentes em estudos primários, de forma rigorosa e sistemática (POLIT; BECK, 2011; BRUM; ZUGE, 2016).

Caracteriza-se como exploratório, uma vez que busca desvendar as lacunas do conhecimento já existente, a fim de propor uma nova ótica, até então fragmentada e redutora. Por sua vez, o caráter descritivo busca mostrar as características do fenômeno investigado (APPOLINÁRIO, 2012). Ressalta-se a importância das pesquisas bibliográficas, devido ao fato de as mesmas possibilitarem a atualização profissional e pessoal, proporcionando um cuidado pautado nas necessidades individuais e/ou coletivas do sujeito (BRUM; ZUGE, 2016).

Nesse contexto, a RSL não pode ser desenvolvida de forma mecânica, uma vez que objetiva identificar, avaliar e sintetizar sistematicamente os resultados de estudos anteriores. Necessita, então, ser abrangente, completa e embasada em estudos pertinentes e atuais. Esse tipo de pesquisa possui um norte rigorosamente regido por normas na sua elaboração, objetivando reduzir a possibilidade de viés e garantindo sua reprodutibilidade (NUNES et. al., 2018).

Assim, para o desenvolvimento desta RSL, foi seguido o protocolo proposto pelo *Centre for Reviews and Dissemination* da *University of York*, em que se preconiza a identificação da necessidade e preparação do protocolo de revisão, a localização dos estudos na literatura, a seleção dos estudos, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos

selecionados, a extração dos dados, a síntese dos dados e a elaboração do relatório final, bem como recomendações à comunidade científica (CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 2009).

Uma RSL é um tipo de investigação científica que busca reunir dados relevantes já existentes, a fim de gerar uma revisão crítica e ampliada da literatura. Ela responde a uma pergunta específica, utilizando a literatura tida como mais disponível e com o maior grau de evidência no momento (CALDEIRA et. al., 2018). Para isso, parte-se primeiramente de uma boa definição de objetivo e questão de pesquisa, para que a busca dos estudos apreenda corretamente a ideia inicial proposta.

De uma forma geral, uma boa revisão precisa focar uma questão claramente definida e usar métodos apropriados e critérios específicos para selecionar, ou rejeitar os estudos encontrados, bem como o processo de avaliar a qualidade do estudo; necessita extrair e sintetizar os dados e ser imparcial e reprodutível (CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 2009), ou seja, é fundamental em uma RSL que todo o processo sistemático seja pré-especificado, objetivo, claro e transparente, a fim de que se possa reproduzir o estudo, focando em achados semelhantes, a partir de um mesmo fenômeno, objetivando tanto a qualidade e confiabilidade do estudo quanto a orientação da tomada de decisões.

Outra característica fundamental de uma revisão sistemática é poder demonstrar as lacunas do conhecimento, visando a elencar falhas, incompletudes e controvérsias (CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 2009). A partir disso, pode-se, então, sugerir e orientar pesquisas posteriores, no intuito de ampliar os fenômenos sob investigação.

Nesse sentido, uma revisão precisa estar baseada na melhor evidência de qualidade disponível e ser formalmente avaliada, pois isso terá impacto na confiabilidade dos resultados e, portanto, nas conclusões emergidas (CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 2009). Para atender rigorosamente os critérios de escolha da melhor evidência disponível, baseou-se a busca dos estudos a partir do *check-list* desenvolvido pelo grupo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) e associados (MOHER et. al., 2009) (ANEXO I).

## 4.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca dos dados para estudos foi realizada no mês de setembro de 2018, sistematicamente em seis bases de dados eletrônicas, as quais abrangem uma cobertura mundial. Tais bases de dados possuem reconhecimento nacional e internacional, além de integrarem um corpo científico altamente qualificado nas mais diversas áreas do conhecimento.

Optou-se por realizar a busca na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Web of Science*, na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scopus Preview* (Elsevier) e na *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). As mesmas foram acessadas a partir do periódico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o *login* da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), o qual possibilita um acesso ampliado às publicações.

Os termos utilizados em cada base de dados, para a localização das publicações, foram obtidos a partir dos sistemas de classificações de terminologias para indexação, utilizados em cada base pesquisada. Sendo assim, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), considerando os idiomas português, inglês e espanhol, e as terminologias de acordo com o *Medical Subject Headings* (MeSH terms), conforme exposto na tabela 1.

**Tabela 1:** Terminologias utilizadas em cada base de dados:

<b>Base pesquisada</b>	<b>DeCS</b>	<b>MeSH terms</b>
	<b>- Morte</b>	<b>- Death</b>
	<b>- Atitude frente à morte</b>	<b>- Attitude to death</b>
	<b>- Enfermagem</b>	<b>- Nursing</b>
<i>Web of Science</i>	-	<b>X</b>
<i>Scopus</i>	-	<b>X</b>
SciELO	<b>X</b>	-
MEDLINE	-	<b>X</b>
LILACS	<b>X</b>	-
CINAHL	-	<b>X</b>

Fonte: Desenvolvida pelo autor, 2018.

Como cada sistema de classificação disponibiliza a definição de suas terminologias, ao utilizar-se da técnica de busca avançada em ambas os sistemas, chegou-se ao entendimento de que as terminologias “morte”, “atitude frente à morte” e “enfermagem” (DeCS), bem como “*death*”, “*attitude to death*” e “*nursing*” (MeSH) contemplavam o estudo. As mesmas estão dispostas na tabela 2.

**Tabela 2:** Definições das terminologias em cada sistema de classificação:

<b>Terminologia</b>	<b>Definição</b>
<i>DeCS</i>	
Morte	Cessação irreversível de todas as funções corpóreas, manifestada por ausência de respiração espontânea e perda total das funções cardiovascular e cerebral.
Atitude frente à morte	Resposta conceitual de uma pessoa aos vários aspectos da morte, que são baseados na experiência psicossocial e cultural do indivíduo.
Enfermagem	Campo da enfermagem voltado para a promoção, manutenção e restauração da saúde.
<i>MeSH terms</i>	
<i>Death</i>	<i>Irreversible cessation of all bodily functions, manifested by absence of spontaneous breathing and total loss of cardiovascular and cerebral functions.</i>
<i>Attitude to death</i>	<i>Conceptual response of the person to the various aspects of death, which are based on individual psychosocial and cultural experience.</i>
<i>Nursing</i>	<i>The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.</i>

Fonte: Desenvolvida pelo autor a partir das definições disponíveis nos sites <<http://decs.bvs.br/>> e <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>>, 2018.

A fim de contemplar os objetivos propostos, os descritores foram combinados a partir da ideia booleana (*AND*, *OR*), no intuito de se obter um conjunto sistemático e preciso de resultados que corroboram com o presente estudo. A tabela 3 elucida o exposto.

**Tabela 3:** Estratégia de busca a partir das terminologias:

Sistema de classificação	Estratégia adotada
DeCS	“morte” <i>AND</i> “atitude frente à morte” <i>AND</i> “enfermagem” <i>AND</i> “2013” <i>OR</i> “2014” <i>OR</i> “2015” <i>OR</i> “2016” <i>OR</i> “2017” <i>OR</i> “2018”
MeSH <i>terms</i>	“ <i>death</i> ” <i>AND</i> “ <i>attitude to death</i> ” <i>AND</i> “ <i>nursing</i> ” <i>AND</i> “2013” <i>OR</i> “2014” <i>OR</i> “2015” <i>OR</i> “2016” <i>OR</i> “2017” <i>OR</i> “2018”

Fonte: Desenvolvida pelo autor, 2018.

Como critérios de inclusão, foram adotados artigos, derivados de pesquisa com seres humanos, de abordagem qualitativa e/ou quantitativa, publicados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol, no recorte temporal 2013-2018, que possuíssem resumo e estivessem disponíveis integral e gratuitamente na versão *online*. Estipulou-se o referido recorte temporal de publicação, no intuito de que as produções mais recentes compusessem o corpus deste estudo.

Como critérios de exclusão, foram considerados: artigos científicos duplicados; validações de escalas, os que não contemplem a temática central do estudo e que não abordassem o cuidado de enfermagem, presentes apenas na literatura cinza; teses, dissertações e/ou trabalhos publicados em anais; editoriais e resumos.

No intuito de analisar as combinações obtidas, a partir dos descritores selecionados, a busca foi formulada, considerando a estratégia metodológica do sistema GRADE (*Grading of*

*Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), que evidencia a forma de avaliação da qualidade da evidência e da força de recomendação para diretrizes clínicas, revisões sistemáticas e avaliações de tecnologias em saúde (BRASIL, 2014).

O GRADE visa a um sistema universal, transparente e sensível, para graduar a qualidade das evidências e a força de recomendações, sendo nivelado como alto, moderado, baixo e muito baixo (Figuras 1 e 2), sendo o ponto de partida para o delineamento do estudo (BRASIL, 2014). Como o GRADE caracteriza-se como um instrumento abrangente, no processo de avaliação das evidências, compreendendo diversos fatores em sua análise, o foco de avaliação não é apenas no delineamento, como em outros sistemas de avaliação de evidências (BRASIL, 2014).

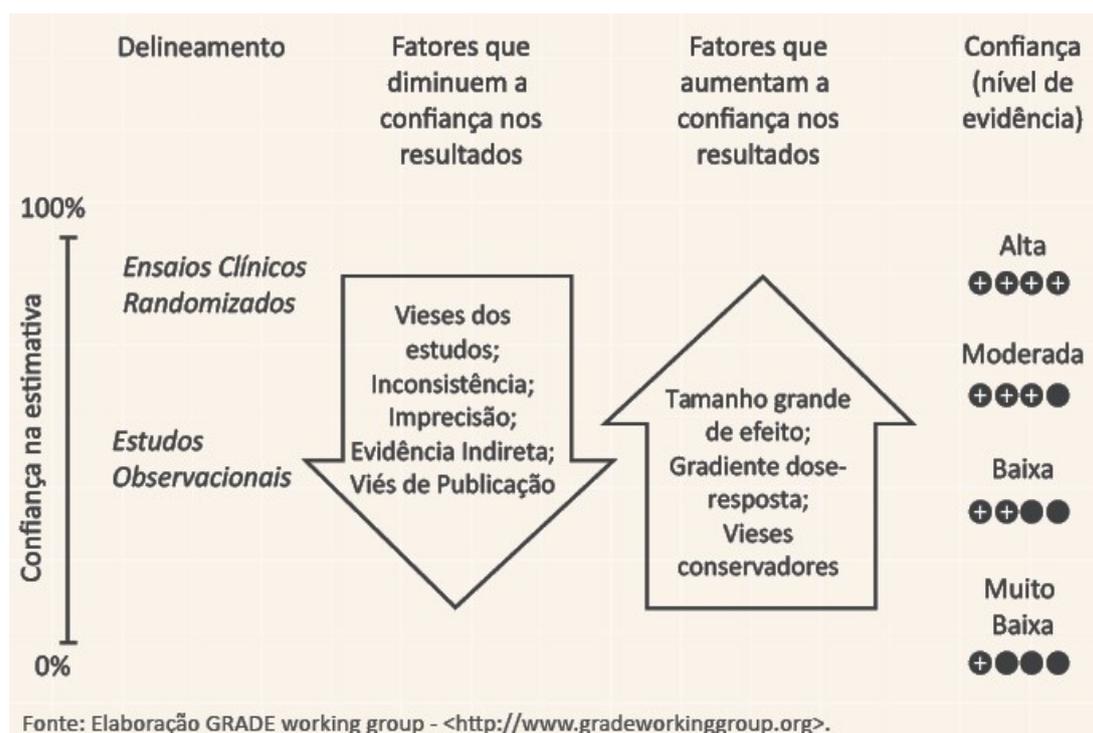
**Figura 1-** Níveis de evidência de acordo com o sistema GRADE:

Nível	Definição	Implicações	Fonte de informação
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.	- Ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. - Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.	- Ensaios clínicos com limitações leves**. - Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito.	- Ensaios clínicos com limitações moderadas**. - Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle.
Muito Baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.	- Ensaios clínicos com limitações graves**. - Estudos observacionais comparativos presença de limitações**. - Estudos observacionais não comparados***. - Opinião de especialistas.

Fonte: Elaboração GRADE working group - <<http://www.gradeworkinggroup.org>>  
 \*Estudos de coorte sem limitações metodológicas, com achados consistentes apresentando tamanho de efeito grande e/ou gradiente dose resposta.  
 \*\*Limitações: vieses no delineamento do estudo, inconsistência nos resultados, desfechos substitutos ou validade externa comprometida.  
 \*\*\*Séries e relatos de casos.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas:** Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. 72 p.

**Figura 2-** Graduação dos níveis de evidência de acordo com o sistema GRADE:



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas:** Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. 72 p.

A avaliação pelo sistema GRADE indica a necessidade de especificações claras e coesas. Desse modo, a questão de pesquisa necessita ser estruturada, considerando os domínios do acrônimo PICO e PICOT, em que cada letra representa um componente da questão: P – paciente; I – intervenção; C – comparação; O – desfecho (*outcome*) e T – tempo (BRASIL, 2014). As estratégias adotadas nesse estudo estão expostas nos quadros 1 e 2 a seguir.

**Quadro 1:** Estratégia PICO adotada nos estudos quantitativos:

Acrônimo PICO	Estratégia adotada
População	Equipe de enfermagem
Intervenção	Cuidado ampliado
Comparação	Cuidado pontual e fragmentado
<i>Outcome</i>	Melhor cuidado na atitude frente à morte

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

**Quadro 2:** Estratégia PICOT adotada nos estudos qualitativos:

Acrônimo PICOT	Estratégia adotada
População	Equipe de enfermagem
Intervenção	Não há
Comparação	Cuidado pontual e fragmentado
<i>Outcome</i>	Melhor cuidado na atitude frente à morte
Tempo	2013-2018

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Após a delimitação de todos os passos supracitados, iniciou-se a busca dos estudos nas bases de dados (ANEXOS II, III, IV, V, VI e VII). Após a inserção dos descritores, em cada base de dados, obteve-se o número total de estudos, emergidos na primeira busca. Os mesmos são descritos na tabela 4.

**Tabela 4:** Estudos emergidos após a busca inicial em cada base de dados:

<b>Base pesquisada</b>	<b>Número de estudos emergidos</b>
<i>Web of Science</i>	04
<i>Scopus</i>	29
SciELO	13
MEDLINE	87
LILACS	31
CINAHL	110
<b>Total</b>	<b>274</b>

Fonte: Desenvolvida pelo autor, 2018.

Após esta etapa, realizou-se a busca dos estudos que se encontravam disponíveis integralmente na forma *online*. No entanto, com exceção da *Scopus* e SciELO, as demais bases não disponibilizavam os estudos em sua totalidade. A tabela 5 demonstra os estudos recuperados em cada base de dados.

**Tabela 5:** Estudos integralmente disponíveis *online*:

<b>Base pesquisada</b>	<b>Número de estudos disponíveis integralmente</b>
<i>Web of Science</i>	02
<i>Scopus</i>	29
SciELO	13
MEDLINE	86
LILACS	25
CINAHL	94
<b>Total</b>	<b>249</b>

Fonte: Desenvolvida pelo autor, 2018.

Após encontrados os estudos integralmente disponíveis, realizou-se o cruzamento entre todas as bases de dados pesquisadas, a fim de ter uma visão dos estudos repetidos. Os mesmos foram identificados e mantidos apenas em uma das bases. A tabela 6 demonstra o cruzamento dos achados.

**Tabela 6:** Levantamento de estudos repetidos:

<b>Associação das bases de dados</b>	<b>Repetições ocorridas</b>
<i>Web of Science x Scopus</i>	1
<i>Web of Science x SciELO</i>	1
<i>Web of Science x MEDLINE</i>	Não apresentou
<i>Web of Science x LILACS</i>	Não apresentou
<i>Web of Science x CINAHL</i>	Não apresentou
<i>Scopus x SciELO</i>	Não apresentou
<i>Scopus x MEDLINE</i>	5
<i>Scopus x LILACS</i>	Não apresentou
<i>Scopus x CINAHL</i>	Não apresentou
<i>SciELO x MEDLINE</i>	3
<i>SciELO x LILACS</i>	3
<i>SciELO x CINAHL</i>	Não apresentou
<i>MEDLINE x LILACS</i>	11
<i>MEDLINE x CINAHL</i>	2
<i>LILACS x CINAHAL</i>	Não apresentou
<b>Total</b>	<b>26 repetições</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Após o levantamento dos estudos emergidos, foi realizada a exclusão dos estudos repetidos, mantendo apenas o que se apresentou primeiro em cada base. A tabela 7 demonstra o total de estudos que foram mantidos nesta fase da pesquisa.

**Tabela 7:** Estudos mantidos em cada base de dados, após exclusão dos repetidos:

<b>Base pesquisada</b>	<b>Número de estudos</b>
<i>Web of Science</i>	02
<i>Scopus</i>	28
SciELO	12
MEDLINE	78
LILACS	14
CINAHL	92
<b>Total</b>	<b>226</b>

Fonte: Desenvolvida pelo autor, 2018.

Do total de 226 artigos, foi realizado inicialmente a leitura dos títulos e resumos, a fim de que o contato inicial permitisse fazer o refinamento dos estudos não pertinentes, a partir dos critérios de inclusão e exclusão anteriormente citados. Ressalta-se o levantamento de uma grande quantidade de editoriais, resumos, pesquisas bibliográficas e reflexões, que emergiram a partir da busca. Após a leitura dos resumos, procedeu-se a leitura integral dos estudos, a fim de que os artigos científicos que contemplassem os critérios de inclusão fossem captados para essa RSL. Na tabela 8, fica a exposição de cada base de dados, com o respectivo número de artigos que compõem o corpus dessa RSL.

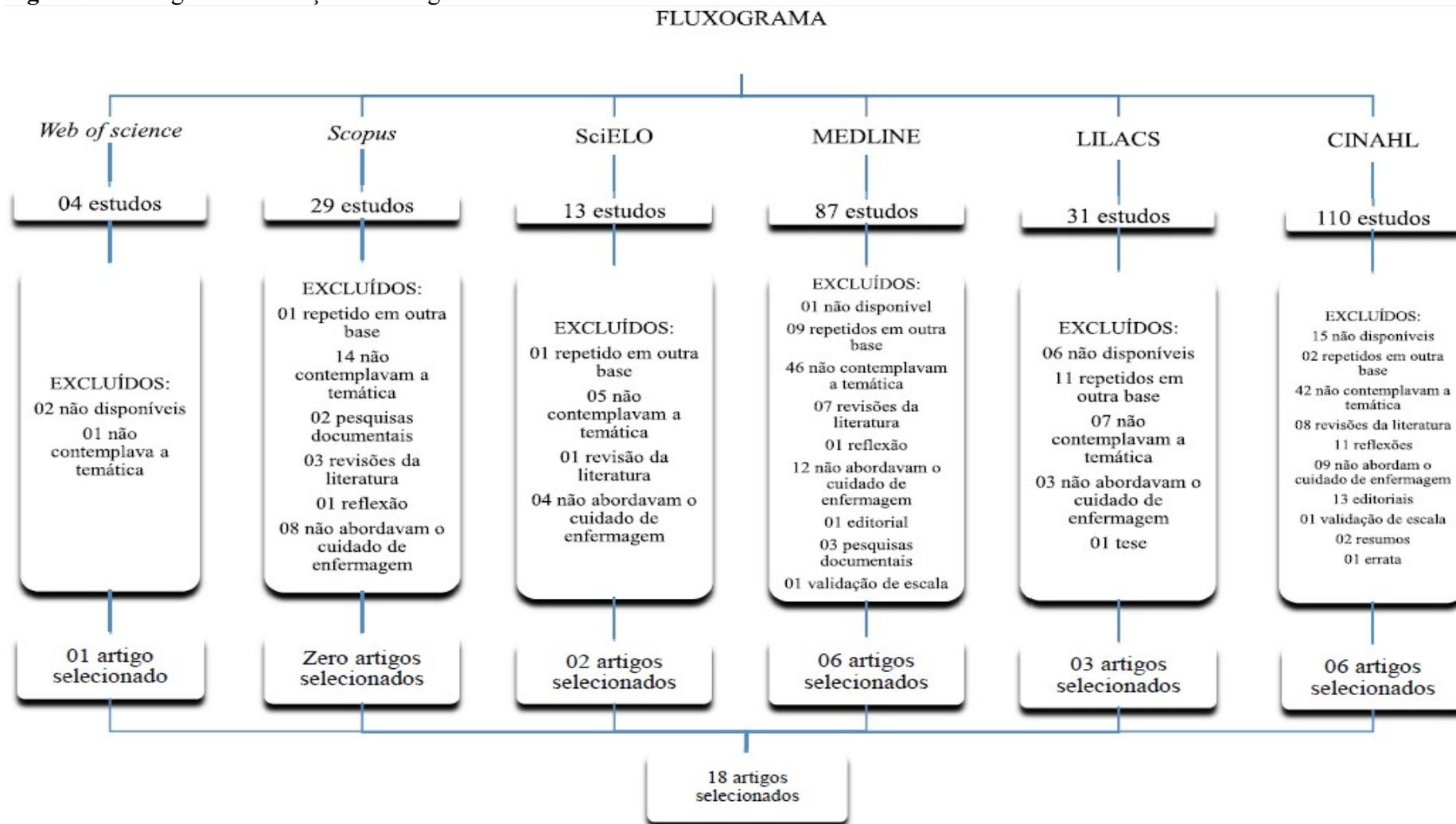
**Tabela 8:** Artigos selecionados após leitura integral dos manuscritos:

<b>Base pesquisada</b>	<b>Número de estudos</b>
<i>Web of Science</i>	01
<i>Scopus</i>	Zero
SciELO	02
MEDLINE	06
LILACS	03
CINAHL	06
<b>Total</b>	<b>18</b>

*Fonte:* Desenvolvida pelo autor, 2018.

A fim de proporcionar uma visão ampliada e clara, acerca do refinamento dos estudos emergidos, a figura 3 apresenta o fluxograma que demonstra o caminho até a seleção final dos artigos científicos, em cada base de dados pesquisadas e utilizadas nessa RSL. Nele consta detalhadamente a quantidade de estudos não disponíveis, as repetições, os estudos que não contemplavam a temática, os estudos que não abordavam o cuidado de enfermagem e as diferentes metodologias adotadas nos estudos.

Figura 3: Fluxograma de seleção dos artigos:



Fonte: Desenvolvida pelo autor, 2018.

A fim de que os artigos que compõem esta revisão sistemática fossem discernidos nos resultados e discussões, os mesmos foram identificados por um algoritmo romano conforme exposto no quadro 3. Tal quadro permite a organização sistemática dos estudos, bem como uma visão geral dos mesmos.

**Quadro 3:** Síntese e identificação dos artigos que compõem essa Revisão Sistemática da Literatura.

IDENTIFICAÇÃO	BASE DE DADOS	TÍTULO	PARTICIPANTES / PAÍS/ANO	OBJETIVO DO ESTUDO	MÉTODO	NÍVEL DA EVIDÊNCIA	FORÇA DE RECOMENDAÇÃO
I	Web of science	<i>Supporting in grief and burnout of the nursing team from pediatric units in Chilean hospitals</i>	153 profissionais de enfermagem. Chile 2015	Conhecer os níveis da Síndrome de Burnout e a percepção do apoio ao luto, em equipes de enfermagem oncológica e terapia intensiva pediátrica, em hospitais públicos do Chile.	Estudo descritivo transversal.	Moderado	Forte
II	SciELO	Angústias psicológicas, vivenciadas por enfermeiros no trabalho com pacientes em processo de morte: estudo clínico-qualitativo	06 enfermeiros de unidade hemato-oncológica. Brasil. 2018.	Conhecer as angústias vivenciadas pelos enfermeiros, no trabalho com pacientes em risco, ou em processo de morte, em uma unidade hemato-oncológica.	Estudo clínico-qualitativo.	Baixo	Fraco
III	SciELO	Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte-morrer e, às suas famílias	18 enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem, 3 psicólogos, 3 assistentes sociais e 4 médicos. Brasil. 2018.	Compreender, na perspectiva da complexidade, as condições que influenciam as interações dos profissionais de saúde, diante da morte e do morrer de pacientes adultos hospitalizados e das suas famílias.	Estudo exploratório e qualitativo.	Moderado	Forte

<b>IV</b>	MEDLINE	Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients	65 estudantes de enfermagem. Chile. 2014.	Descrever as experiências vivenciadas por estudantes de enfermagem do terceiro e quarto ano, frente ao primeiro atendimento com um paciente terminal.	Estudo descritivo e qualitativo, com análise de conteúdo.	Moderado	Forte
<b>V</b>	MEDLINE	Living with dying in the pediatric intensive care unit: a nursing perspective	12 enfermeiros de UTIP. Estados Unidos da América. 2016.	Descrever e interpretar a essência das experiências de enfermeiros, em unidades de terapia intensiva pediátrica que prestam cuidados paliativos a crianças com doenças potencialmente fatais e às famílias das crianças.	Estudo descritivo-interpretativo, baseado na fenomenologia hermenêutica.	Baixo	Fraco
<b>VI</b>	MEDLINE	Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia	08 enfermeiros de uma unidade oncológica pediátrica. Brasil. 2013.	Identificar o significado e as intervenções de enfermeiros que atuam em oncologia pediátrica, na promoção de morte digna da criança.	Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa de pesquisa narrativa.	Moderado	Fraco

<b>VII</b>	MEDLINE	Nurses versus physicians' knowledge, attitude, and performance on care for the family members of dying patients	110 enfermeiros de diversas unidades e 110 médicos especialistas em medicina. Irã. 2016.	Explorar e comparar o conhecimento, atitude e desempenho dos enfermeiros e médicos aos familiares de pacientes que estão morrendo.	Estudo descritivo, de amostragem por conveniência, utilizando questionário validado.	Moderado	Forte
<b>VIII</b>	MEDLINE	Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function	23 enfermeiros. Colômbia. 2015.	Descrever as funções de cuidado de enfermeiros, com pacientes, durante o processo de morrer.	Estudo qualitativo de abordagem etnográfica.	Baixo	Fraco
<b>IX</b>	MEDLINE	Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying	32 familiares de 17 pacientes de UTI. Estados Unidos da América. 2014.	Explorar como os familiares de pacientes internados em UTI, com alto risco de morrer, respondem às estratégias de comunicação de enfermagem.	Estudo descritivo-qualitativo, prospectivo.	Moderado	Forte

<b>X</b>	LILACS	Criança com câncer, em processo de morrer, e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem	01 enfermeira, 04 técnicas de enfermagem e 01 auxiliar de enfermagem. Brasil. 2015.	Descrever as especificidades do cuidado de enfermagem a criança com câncer em processo de morrer e sua família e analisar a atuação da equipe de enfermagem frente a criança com câncer em processo de morrer e sua família.	Estudo descritivo, qualitativo	Baixo	Fraco
<b>XI</b>	LILACS	Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família	09 enfermeiros de clínica médica, 06 estudantes de enfermagem e 03 docentes do curso de graduação em enfermagem. Brasil. 2017.	Compreender as ações e interações, suscitadas por enfermeiros, no cuidado ao paciente e família em processo de morte e morrer.	Estudo qualitativo, apoiado na teoria fundamentada dos dados	Moderado	Forte
<b>XII</b>	LILACS	Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal	10 enfermeiros de unidade oncológica. Brasil. 2017.	Identificar os sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal.	Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa.	Baixo	Fraco

<b>XIII</b>	CINAHL	Aproximando-se dos “ossos do ofício”: percepção de graduandos de enfermagem sobre morte e morrer	09 estudantes de enfermagem. Brasil. 2015.	Analisar a percepção dos graduandos de enfermagem, acerca do processo de morrer e morte.	Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa.	Baixo	Fraco
<b>XIV</b>	CINAHL	Chinese oncology nurses’ experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study	28 enfermeiros. China. 2014.	Elucidar a experiência dos enfermeiros de oncologia chinesa, em cuidar de pacientes com câncer que estão morrendo.	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa.	Baixo	Forte
<b>XV</b>	CINAHL	Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students’ descriptive experiences	17 estudantes de enfermagem. Suécia. 2014.	Descrever as experiências dos estudantes de enfermagem do primeiro ano, ao testemunhar a morte, e fornecer cuidados de final de vida.	Estudo longitudinal	Moderado	Forte
<b>XVI</b>	CINAHL	Emergency and palliative care nurses’ levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey	28 enfermeiros emergencistas e 28 enfermeiros de cuidados paliativos. Austrália. 2013.	Investigar as atitudes dos enfermeiros de emergência e cuidados paliativos, em relação à morte e ao morrer.	Estudo misto, incluindo questionário e entrevista.	Moderado	Forte

<b>XVII</b>	CINAHL	Nurses' experiences before the death at the neonatal intensive care unit	06 enfermeiras de UTI neonatal. Brasil. 2013.	Conhecer as vivências de enfermeiras, quanto ao processo de morte/morrer da criança internada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com análise de conteúdo	Baixo	Fraco
<b>XVIII</b>	CINAHL	Nurses' professional autonomy and attitudes toward caring for dying patients in South-East Iran	10 enfermeiros de oncologia e 145 enfermeiros de UTI. Irã. 2014.	Examinar a correlação entre a autonomia profissional de enfermeiros de oncologia e unidade de terapia intensiva (UTI), no sudeste do Irã, e suas atitudes em relação ao atendimento de pacientes que estão morrendo.	Estudo quantitativo a partir do preenchimento de formulários.	Moderado	Forte

Fonte: Desenvolvido pelo autor, 2018.

### 4.3. ANÁLISE DOS DADOS

#### 4.3.1. Análise textual discursiva

Como técnica de análise dos dados, optou-se pela Análise Textual Discursiva (ATD), uma vez que ela possibilita tanto a compreensão ampliada dos fenômenos sob investigação na literatura quanto a elaboração de um modelo teórico complexo de cuidado. A ATD pode ser entendida como um processo de desordem/desconstrução e ordem/reconstrução do material lido, constituído por um conjunto de documentos denominado “corpus”, essencialmente de produções textuais (MORAES; GALIAZZI, 2011).

De acordo com Moraes e Galiazzi (2011), os textos que compõem o “corpus” da análise, além dos que podem ser produzidos especialmente para a pesquisa, podem ser também documentos já existentes previamente, tais como: publicações de relatórios, atas e artigos científicos, entre outros.

Uma vez que a ATD pressupõe ser “impossível ver sem teoria; impossível ler e interpretar sem ela” (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 15), serão utilizados os conceitos propostos por Edgar Morin, como referencial filosófico para este estudo. Essa conexão é possível e justificada, uma vez que ambas as propostas transcendem o pensamento linear e reducionista, proporcionando a emergência do novo, a partir da ordem-desordem-(re)organização das ideias, conceitos e fenômenos. Se há princípio organizador, é em virtude dos encontros aleatórios e ampliados da ordem com a desordem (MORIN, 2008).

Metodologicamente, a ATD é uma modalidade de investigação que se distancia dos extremos, tanto da análise de conteúdo (AC) quanto de algumas modalidades de análise de discurso (AD), localizando-se entre eles. A AC investe tanto na descrição como em interpretação; já na AD, o importante é interpretar e produzir a crítica, sem a exigência da valorização de um momento descritivo (MORAES; GALIAZZI, 2011). A ATD, então, corresponde a uma metodologia de análise de dados e informações qualitativas, a fim de produzir novas compreensões, acerca dos fenômenos e discursos, representando um movimento interpretativo, de caráter hermenêutico (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Nesse contexto, a ATD tende principalmente para a (re)construção teórica de significados, a partir das perspectivas de uma diversidade de participantes envolvidos, compreendendo social e culturalmente as nuances dos fenômenos que investiga (MORAES; GALIAZZI, 2011). Realizar ATD, então, é fazer parte do constante movimento das verdades,

dos pensamentos e ideias, pois ela confere ao pesquisador ampla liberdade de se expressar e criar, não permitindo nada fixo, estático e/ou previamente definido (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Nesse ínterim, a ATD aponta para o exercício de (trans)formação direta dos envolvidos. No mesmo processo de construção e explicitação de novas compreensões, eles vão se (trans)formando, constituindo-se sujeito, enquanto pesquisador (MORAES; GALIAZZI, 2011). Como a ATD atua com os significados emergidos, a partir do “corpus”, os múltiplos significados serão confiados a partir dos conhecimentos, intenções e teorias prévias do pesquisador. Assim, a ATD é apresentada como processo auto-organizado e emergente, fundamentada no poder criativo de sistemas complexos e caóticos, com base nos conhecimentos tácitos do pesquisador, sempre em consonância com os objetivos da sua pesquisa (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Frente a isso, Moraes e Galiuzzi (2011) expõem os 4 ciclos de análise explicitados abaixo, que compõem a realização e desenvolvimento técnico de uma ATD, ressaltando-se que os processos não são fechados em suas unidades, mas sim permeáveis em todo o processo:

1. **Ciclo de desmontagem dos textos: desconstrução e unitarização** - Consiste no recorte dos textos, destacando seus elementos constituintes, focando nos detalhes neles contidos. A partir dessa desordem e fragmentação momentânea, objetiva-se perceber os sentidos dos textos, em diferentes limites de seus pormenores. Faz-se necessário, por parte do pesquisador, grande envolvimento e imersão nos materiais analisados, a fim de proporcionar condições para a emergência das partes que irão compor um novo todo, a partir da constante relação entre leitura e interpretação. É necessário trazer significantes que exigem do pesquisador a (re)construção de significados, a partir de suas teorias e pontos de vista. Os textos ordenados passam por um processo de desordem/desorganização, para que cada elemento gere uma nova (re)organização, a qual resulta em novas compreensões, acerca dos fenômenos investigados.
2. **Ciclo de estabelecimento de relações: o processo de categorização** - Nesse ciclo, constroem-se relações a partir de combinações, aglutinações e classificações, formando conjuntos, a partir dos elementos, e resultando sistemas de categorias. É o processo constante de comparação entre as unidades, gerando agrupamento e categorização dos semelhantes, os quais serão nomeados, definidos e construídos gradativamente, à medida que forem analisados, originando, assim, os elementos de organização do metatexto que se pretende escrever. Podem surgir, baseando-se no método dedutivo, ou pelo método indutivo, em que se produzem as categorias, a partir das unidades de análise construídas desde o “corpus”, caminhando da parte para o todo, resultando categorias emergentes e trazendo consigo a subjetividade, o diálogo e a abertura para o novo. Nessa fase, então, produz-se uma nova ordem, uma compreensão ampliada, um metatexto.

3. **Ciclo de captação do novo emergente: expressando as compreensões atingidas** - a partir do desmembrar das partes e compreensão dos fenômenos, nos dois ciclos anteriores, compreende-se uma visão emergida e renovada para o todo. O metatexto, resultante desse processo, representa um esforço de explicitar a compreensão, que se apresenta como produto de uma nova combinação dos elementos construídos. Alguns textos terão cunho interpretativo, propondo um afastamento maior do material original, num sentido de abstração e teorização ampliada, clara e profunda. É nesse momento que se apresentam concretamente as categorias emergidas e construídas, fundamentando-as em interlocuções densas, oportunizando ao leitor uma imagem fiel dos fenômenos descritos.
  
4. **Ciclo de auto-organização: um processo de aprendizagem viva** - O ciclo final trata de um processo emergente de compreensão, que teve início na primeira fase da análise, com um movimento de desconstrução do “corpus”, seguindo ao final do processo analítico, em que se desenvolveu um processo intuitivo auto-organizado de reconstrução das ideias e fenômenos, com emergência de novas compreensões, que foram comunicadas e validadas sob a forma escrita. Possibilita, assim, a formação de novas estruturas e modelos teóricos de compreensão dos fenômenos sob investigação.

Frente ao exposto, entende-se que a repetição possa, talvez, ser atingida, quando a introdução de novas informações na análise, já não produz modificações nos resultados. No entanto, cada fase que o pesquisador vivencia, somado à sua bagagem teórica, pode produzir uma nova maneira de interpretar cada elemento emergido pela pesquisa. Nesse contexto, toda ATD corresponde a um processo reiterativo de escrita em que se atingem, gradativamente, produções mais qualificadas (MORAES; GALIAZZI, 2011).

#### 4.4. PROTOCOLOS DE DESENVOLVIMENTO

Como já exposto anteriormente, para o desenvolvimento do protocolo e das etapas desta pesquisa, foram utilizadas as propostas do *Centre for Reviews and Dissemination* da *University of York* (CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 2009), além das recomendações do *Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis* (PRISMA) (MOHER *et al.*, 2015).

#### 4.5. PRECEITOS ÉTICOS

Tratando-se de uma pesquisa sistemática da literatura, não houve necessidade de autorização de um comitê de ética específico, uma vez que não foram realizadas atividades com seres humanos. Porém, ressalta-se que toda pesquisa publicada é fruto do estudo de um determinado autor. Sendo assim, foram seguidos rigorosamente os preceitos da Lei n. 9.610/98, que propõe preservar e respeitar fidedignamente os autores, descrevendo-os e citando-os (BRASIL, 1998).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões dos dados obtidos nesta tese serão apresentados no formato de três artigos científicos. Os mesmos encontram-se elaborados e formatados de acordo com as normas específicas de cada revista escolhida.

O primeiro artigo, intitulado “**CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE MORTE-MORRER SOB A ÓTICA DO PENSAMENTO COMPLEXO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**” será encaminhado para a *Online Brazilian Journal of Nursing* (OBJN), com indexação “B1” no Qualis Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Tal artigo tem como objetivo analisar as evidências científicas para o melhor cuidado de enfermagem frente ao processo de morte-morrer. As normas para a submissão do artigo podem ser encontradas e conferidas no site <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/about/submissions#onlineSubmissions>.

O segundo artigo, intitulado “**DESVELANDO AS ATITUDES ADOTADAS POR ENFERMEIROS FRENTE AO PROCESSO DE MORTE-MORRER: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**” será encaminhado para a Revista Enfermagem (UERJ), com indexação “B1” no Qualis Periódicos da CAPES. Tal artigo tem como objetivo analisar as atitudes frente ao processo de morte-morrer nas produções científicas da enfermagem, à luz do pensamento complexo. As normas para a submissão do artigo podem ser encontradas e conferidas no site <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>.

O terceiro artigo, intitulado “**MORTE E PROCESSO DE MORTE-MORRER: MODELO TEÓRICO COMPLEXO PARA CUIDADO DE ENFERMAGEM**” será encaminhado para a Revista Brasileira de Enfermagem (ReBEn), com indexação “A2” no Qualis Periódicos da CAPES. Tal artigo tem como objetivo desenvolver um modelo teórico de cuidado de enfermagem acerca da morte e do processo de morte-morrer na perspectiva do pensamento complexo. As normas para a submissão do artigo podem ser encontradas e conferidas no site <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>.

## **Cuidado de enfermagem no processo de morte-morrer sob a ótica do pensamento complexo: revisão sistemática da literatura**

### **RESUMO**

**Objetivo:** analisar as evidências científicas para o melhor cuidado de enfermagem frente ao processo de morte-morrer. **Método:** Revisão sistemática da literatura que utilizou como forma de análise a análise textual discursiva fundamentada no pensamento complexo. Realizou-se a busca em setembro 2018 nas bases de dados web of science, scopus, scielo, medline, lilacs e cinahl, por meio da estratégia PICO e GRADE. **Resultados:** selecionou-se 18 artigos, os quais abordavam o cuidado de enfermagem frente a morte e ao processo de morte-morrer em diferentes cenários. Ainda percebe-se que sentimentos como culpa e frustração permeiam a atuação profissional, unidimensionalizando o cuidado **Discussão:** o cuidado de enfermagem ainda é percebido como processo fragmentado no tangente da temática central, carecendo de discussões fundamentadas em referenciais que ampliem os fenômenos.

**Descritores:** Morte; Cuidado de Enfermagem; Dinâmica Não Linear.

### **INTRODUÇÃO**

A constante e intensa evolução técnico-científica na área da saúde tem contribuído nos processos referentes ao cuidado humano. Porém, as ações e pensamentos demonstram, por vezes, estar em desencontro com tal evolução. Ainda que as tecnologias de cuidado, cada vez mais complexas, refinadas e de fácil manuseio, possibilitem uma assistência técnica condizente com o processo evolutivo, às vezes refletem ações biomédicas, fragmentadas e mecanicistas. Assim, ressalta-se que a formação dos profissionais da saúde encontra-se, em alguns contextos, advinda de ações técnicas, pois mesmo que eles tenham conhecimento sobre as necessidades do paciente e da família, focam, prioritária e pontualmente, em realizar da melhor maneira possível os procedimentos técnicos<sup>(1)</sup>.

A partir dessa evolução, o entendimento de prolongamento da vida se instaura e abre margem para o profissional da saúde se afastar, cada vez mais, do processo de morte-morrer, negando-o como parte integrante do ciclo vital. Ou seja, entende-se que a morte e o morrer são processos dialógicos, não eventos isolados e fragmentados. Ambos acontecem de forma progressiva, simultaneamente com a vida. Todavia, o saber tecnocrático não possui a capacidade de compreender aquilo que é vivo, antropológico e social, a não ser segundo a lógica simplificadora das máquinas artificiais<sup>(2)</sup>. Entretanto, o cuidado frente ao processo de morte-morrer ainda se constitui em desafio para os enfermeiros, uma vez que a educação prioritariamente visualiza a morte e seu processo como derrota profissional<sup>(3)</sup>.

Mesmo (cons)ciente do ciclo vital enquanto processo, alguns enfermeiros ainda demonstram estar fragilmente preparados para compreender a morte e o processo de morte-morrer, enquanto parte integrante da vida, encarando-o apenas como uma ruptura de viver, ou seja, não compreendem a vida, a morte e o morrer como processos (inter)conectados na existência humana, mas apenas como eventos isolados, desconsiderando, no entanto, que são fenômenos complexos, incertos e singulares<sup>(4)</sup>.

Nesse contexto, defende-se a não fragmentação do mundo, das ciências, dos fenômenos, da vida e da morte. A complexidade contempla a tarefa de (re)ligar o que se perdeu e/ou se fragmentou, abarcando um conhecimento amplo, multidimensional. Essa forma de pensamento leva em consideração todas as influências, internas e externas, a fim de situar cada parte em seu contexto, refletindo em um todo que não aceita o pensamento simplista. Nesse caso, as incertezas e os riscos não são apenas o que caracterizam o vazio e as lacunas do conhecimento; são seus estimulantes, favorecendo o desenvolvimento ampliado da inteligência<sup>(5)</sup>.

Assim, perceber que a certeza absoluta é um fator reducionista em um contexto complexo, permite-nos ampliar o foco de cuidado do enfermeiro. Viver é enfrentar incessantemente a incerteza que se apresenta, inclusive diante da única certeza

compreendida pelo ser humano, que é a morte, a qual não se sabe quando ocorrerá, uma vez que a imprevisibilidade reside no próprio cerne do determinismo<sup>(6)</sup>.

Ao estar consciente de sua fundamental importância no desenvolvimento de atividades que proporcionem conforto e bem-estar aos pacientes que vivenciam o processo de morrer, os enfermeiros confrontam-se entre o cuidar de forma humanizada e suas próprias convicções socioculturais, que abarcam o medo e a angústia<sup>(1)</sup>.

Sob essa ótica, compreende-se que o medo do enfermeiro, que cuida da pessoa no processo de morte e de morrer, pode estar atrelado ao fato do mesmo perder o controle sobre si, fazendo-se prudente pensar na morte e no morrer antes que tenha que se defrontar com eles na vida<sup>(7-8)</sup>. Assim, o presente estudo objetivou analisar as evidências científicas para o melhor cuidado de enfermagem frente ao processo de morte-morrer.

## **MÉTODO**

Estudo bibliográfico, do tipo revisão sistemática da literatura (RSL), qual coloca um problema de pesquisa em um determinado contexto ou resume dados existentes em estudos primários de forma rigorosa e sistemática<sup>(9-10)</sup>. Fundamentou-se na seguinte pergunta norteadora “quais as evidências científicas existentes na produção da enfermagem acerca da morte e do processo de morte-morrer?”. Como fio condutor, adotou-se o pensamento complexo proposto nos estudos de Edgar Morin.

Para o desenvolvimento desta revisão, então, foi seguido o protocolo proposto pelo Centre for Reviews and Dissemination da University of York onde se preconiza a identificação da necessidade e preparação do protocolo de revisão, a localização dos estudos na literatura, a seleção dos estudos, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados, a extração dos dados, a síntese dos dados e a elaboração do relatório final bem como recomendações à comunidade científica<sup>(11)</sup>. Da mesma forma, adotaram-se as recomendações do Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis (PRISMA)<sup>(12)</sup>.

Realizou-se a busca em setembro de 2018 nas bases de dados Web of Science, Scopus, SciELO, MEDLINE, LILACS e CINAHL a partir do periódico CAPES, com o login universitário a fim de ampliar o acesso aos estudos. Utilizaram-se os termos "death", "attitude to death" e "nursing" do Medical Subject Headings (MESH terms) e "morte", "atitude frente à morte" e "enfermagem" dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), mediados pelos operadores booleanos AND e OR. Ressalta-se que a busca foi desenvolvida independentemente por uma mestranda e um doutorando. As divergências foram discutidas e avaliadas juntamente com a terceira opinião de um doutor.

Como critérios de inclusão, adotou-se: artigos derivados de pesquisa com seres humanos, de abordagem qualitativa e/ou quantitativa, publicados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol no recorte temporal 2013-2018; que possuíssem resumo e estivessem disponíveis integral e gratuitamente na versão online. Foram considerados critérios de exclusão: artigos científicos duplicados; validações de escalas; que não contemplem a temática central do estudo; que não abordassem o cuidado de enfermagem; presentes apenas na literatura cinza; teses, dissertações e/ou trabalhos publicados em anais; editoriais; resumos.

As referências obtidas foram inicialmente avaliadas a partir do resumo e título conforme critérios supracitados, realizando a exclusão manualmente e a triagem para a leitura integral dos artigos. Após o refinamento final, os artigos foram sistematicamente organizados e sintetizados em um instrumento criado pelos autores para melhor visualização dos achados. O mesmo continha o número de identificação, a base de dados, título, participantes, país, ano de publicação, objetivo do estudo, método, nível de evidência e força de recomendação (Quadro 1).

No intuito de analisar as combinações obtidas a partir dos descritores selecionados, a busca foi formulada considerando a estratégia metodológica do sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) que evidencia a forma de avaliação da qualidade da evidência e da força de recomendação para diretrizes clínicas, revisões sistemáticas e avaliações de tecnologias em saúde<sup>(13)</sup>. O nível de

evidência representa a confiança na informação, a partir do delineamento metodológico do estudo, utilizada em apoio a uma determinada recomendação<sup>(13)</sup>. Já a força de recomendação é compreendida como a ênfase para que se adote ou rejeite uma determinada conduta, considerando potenciais vantagens e desvantagens<sup>(13)</sup>. Ambos os critérios permitem o (re)conhecimento de um estudo enquanto norteador para a melhor evidência científica disponível.

Como técnica de análise adotou-se a análise textual discursiva (ATD), a qual pode ser entendida como um processo de desordem/desconstrução e ordem/reconstrução do material lido, constituído por um conjunto de documentos denominado "corpus", essencialmente de produções textuais<sup>(14)</sup>.

Uma vez que a ATD pressupõe ser "impossível ver sem teoria; impossível ler e interpretar sem ela"<sup>(14)</sup>, utilizaram-se os conceitos propostos por Edgar Morin como referencial filosófico para este estudo. Essa conexão é possível e justificada uma vez que ambas as propostas transcendem o pensamento linear e reducionista, proporcionando a emergência do novo a partir da ordem-desordem-(re)organização das ideias, conceitos e fenômenos.

Tratando-se de uma revisão sistemática da literatura, não houve necessidade de autorização de um comitê de ética, uma vez que não foram realizadas atividades com seres humanos. Sendo assim, seguiu-se rigorosamente os preceitos da Lei 9.610/98, qual propõe preservar e respeitar fidedignamente os autores, descrevendo-os e citando-os<sup>(15)</sup>.

## Quadro1

**Quadro 1:** Síntese e identificação dos artigos que compõem essa RSL. Rio Grande, RS, Brasil, 2018.

IDENTIFICAÇÃO	BASE DE DADOS	TÍTULO	PARTICIPANTES / PAÍS/ANO	OBJETIVO DO ESTUDO	MÉTODO	NÍVEL DA EVIDÊNCIA	FORÇA DE RECOMENDAÇÃO
<b>I</b> <sup>(16)</sup>	Web of science	<i>Supporting in grief and burnout of the nursing team from pediatric units in Chilean hospitals</i>	153 profissionais de enfermagem. Chile 2015	Conhecer os níveis da Síndrome de Burnout e a percepção do apoio ao luto, em equipes de enfermagem oncológica e terapia intensiva pediátrica, em hospitais públicos do Chile.	Estudo descritivo transversal.	Moderado	Forte
<b>II</b> <sup>(17)</sup>	SciELO	Angústias psicológicas, vivenciadas por enfermeiros no trabalho com pacientes em processo de morte: estudo clínico-qualitativo	06 enfermeiros de unidade hemato-oncológica. Brasil. 2018.	Conhecer as angústias vivenciadas pelos enfermeiros, no trabalho com pacientes em risco, ou em processo de morte, em uma unidade hemato-oncológica.	Estudo clínico-qualitativo.	Baixo	Fraco
<b>III</b> <sup>(18)</sup>	SciELO	Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte-morrer e, às suas famílias	18 enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem, 3 psicólogos, 3 assistentes sociais e 4 médicos. Brasil. 2018.	Compreender, na perspectiva da complexidade, as condições que influenciam as interações dos profissionais de saúde, diante da morte e do morrer de pacientes adultos hospitalizados e das suas famílias.	Estudo exploratório e qualitativo.	Moderado	Forte

<b>IV</b> <sup>(19)</sup>	MEDLINE	Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients	65 estudantes de enfermagem. Chile. 2014.	Descrever as experiências vivenciadas por estudantes de enfermagem do terceiro e quarto ano, frente ao primeiro atendimento com um paciente terminal.	Estudo descritivo e qualitativo, com análise de conteúdo.	Moderado	Forte
<b>V</b> <sup>(20)</sup>	MEDLINE	Living with dying in the pediatric intensive care unit: a nursing perspective	12 enfermeiros de UTIP. Estados Unidos da América. 2016.	Descrever e interpretar a essência das experiências de enfermeiros, em unidades de terapia intensiva pediátrica que prestam cuidados paliativos a crianças com doenças potencialmente fatais e às famílias das crianças.	Estudo descritivo-interpretativo, baseado na fenomenologia hermenêutica.	Baixo	Fraco
<b>VI</b> <sup>(21)</sup>	MEDLINE	Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia	08 enfermeiros de uma unidade oncológica pediátrica. Brasil. 2013.	Identificar o significado e as intervenções de enfermeiros que atuam em oncologia pediátrica, na promoção de morte digna da criança.	Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa de pesquisa narrativa.	Moderado	Fraco
<b>VII</b> <sup>(22)</sup>	MEDLINE	Nurses versus physicians' knowledge, attitude, and performance on care for the family members of dying patients	110 enfermeiros de diversas unidades e 110 médicos especialistas em medicina. Irã. 2016.	Explorar e comparar o conhecimento, atitude e desempenho dos enfermeiros e médicos aos familiares de pacientes que estão morrendo.	Estudo descritivo, de amostragem por conveniência, utilizando questionário validado.	Moderado	Forte

<b>VIII</b> <sup>(23)</sup>	MEDLINE	Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function	23 enfermeiros. Colômbia. 2015.	Descrever as funções de cuidado de enfermeiros, com pacientes, durante o processo de morrer.	Estudo qualitativo de abordagem etnográfica.	Baixo	Fraco
<b>IX</b> <sup>(24)</sup>	MEDLINE	Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying	32 familiares de 17 pacientes de UTI. Estados Unidos da América. 2014.	Explorar como os familiares de pacientes internados em UTI, com alto risco de morrer, respondem às estratégias de comunicação de enfermagem.	Estudo descritivo-qualitativo, prospectivo.	Moderado	Forte
<b>X</b> <sup>(25)</sup>	LILACS	Criança com câncer, em processo de morrer, e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem	01 enfermeira, 04 técnicas de enfermagem e 01 auxiliar de enfermagem. Brasil. 2015.	Descrever as especificidades do cuidado de enfermagem a criança com câncer em processo de morrer e sua família e analisar a atuação da equipe de enfermagem frente a criança com câncer em processo de morrer e sua família.	Estudo descritivo, qualitativo	Baixo	Fraco
<b>XI</b> <sup>(26)</sup>	LILACS	Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família	09 enfermeiros de clínica médica, 06 estudantes de enfermagem e 03 docentes do curso de graduação em enfermagem. Brasil. 2017.	Compreender as ações e interações, suscitadas por enfermeiros, no cuidado ao paciente e família em processo de morte e morrer.	Estudo qualitativo, apoiado na teoria fundamentada dos dados	Moderado	Forte

<b>XII</b> <sup>(27)</sup>	LILACS	Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal	10 enfermeiros de unidade oncológica. Brasil. 2017.	Identificar os sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal.	Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa.	Baixo	Fraco
<b>XIII</b> <sup>(28)</sup>	CINAHL	Aproximando-se dos "ossos do ofício": percepção de graduandos de enfermagem sobre morte e morrer	09 estudantes de enfermagem. Brasil. 2015.	Analisar a percepção dos graduandos de enfermagem, acerca do processo de morrer e morte.	Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa.	Baixo	Fraco
<b>XIV</b> <sup>(29)</sup>	CINAHL	Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study	28 enfermeiros. China. 2014.	Elucidar a experiência dos enfermeiros de oncologia chinesa, em cuidar de pacientes com câncer que estão morrendo.	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa.	Baixo	Forte
<b>XV</b> <sup>(30)</sup>	CINAHL	Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences	17 estudantes de enfermagem. Suécia. 2014.	Descrever as experiências dos estudantes de enfermagem do primeiro ano, ao testemunhar a morte, e fornecer cuidados de final de vida.	Estudo longitudinal	Moderado	Forte

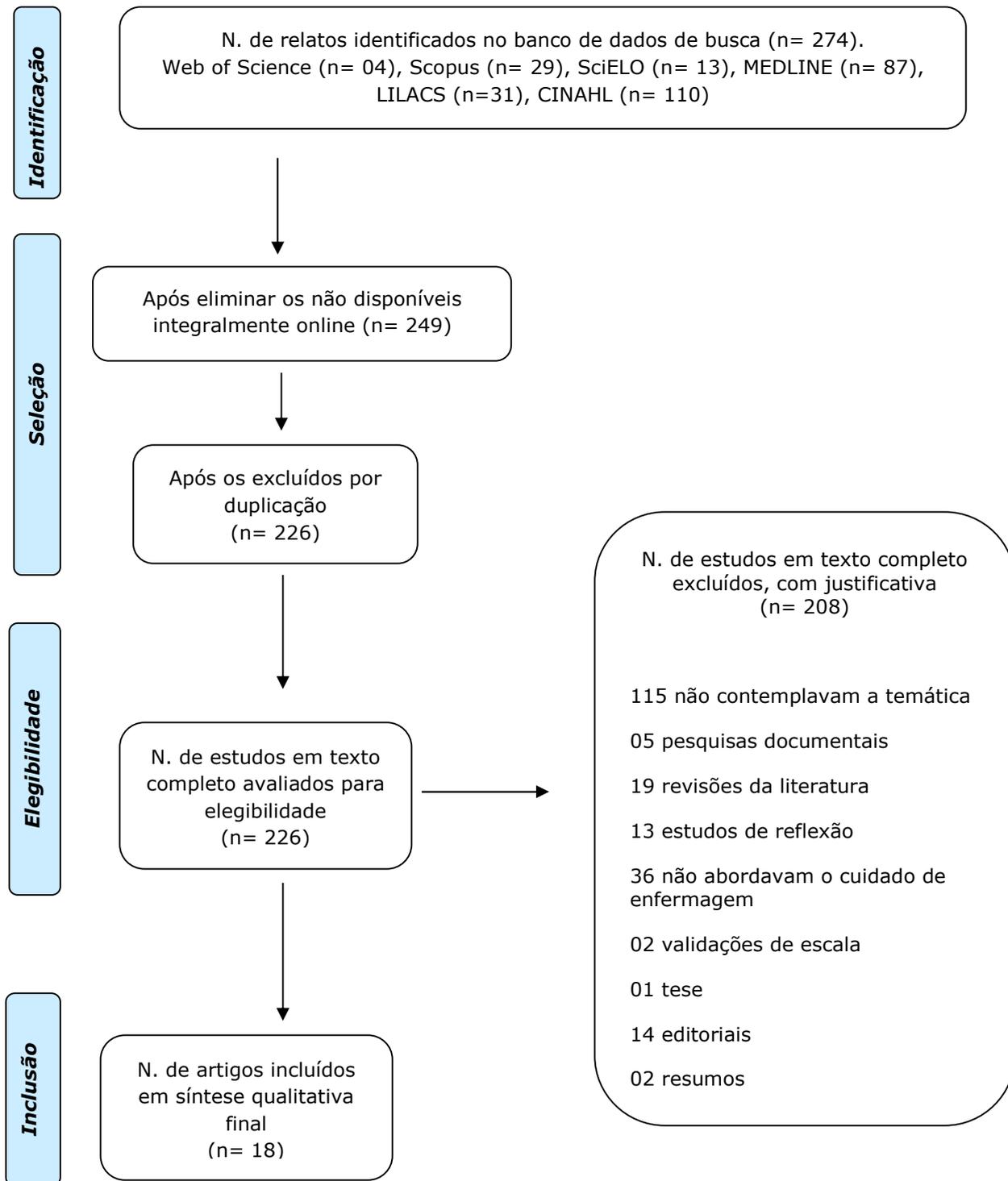
<b>XVI</b> <sup>(31)</sup>	CINAHL	Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey	28 enfermeiros emergencistas e 28 enfermeiros de cuidados paliativos. Austrália. 2013.	Investigar as atitudes dos enfermeiros de emergência e cuidados paliativos, em relação à morte e ao morrer.	Estudo misto, incluindo questionário e entrevista.	Moderado	Forte
<b>XVII</b> <sup>(32)</sup>	CINAHL	Nurses' experiences before the death at the neonatal intensive care unit	06 enfermeiras de UTI neonatal. Brasil. 2013.	Conhecer as vivências de enfermeiras, quanto ao processo de morte/morrer da criança internada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com análise de conteúdo	Baixo	Fraco
<b>XVIII</b> <sup>(33)</sup>	CINAHL	Nurses' professional autonomy and attitudes toward caring for dying patients in South-East Iran	10 enfermeiros de oncologia e 145 enfermeiros de UTI. Irã. 2014.	Examinar a correlação entre a autonomia profissional de enfermeiros de oncologia e unidade de terapia intensiva (UTI), no sudeste do Irã, e suas atitudes em relação ao atendimento de pacientes que estão morrendo.	Estudo quantitativo a partir do preenchimento de formulários.	Moderado	Forte

Fonte: Desenvolvido pelos autores, 2018.

## **RESULTADOS**

Dos 274 estudos emergidos nas bases de dados, foram selecionados 18 artigos para essa RSL, os quais apresentam a seguinte distribuição: Web of Science (5,5%), SciELO (11,1%), MEDLINE (33,3%), LILACS (16,6%) e CINAHL (33,3%). Não houve seleção de estudos na base de dados Scopus. **A figura 1** expõe o fluxograma de seleção.

**Figura 1:** Fluxograma explicativo da seleção dos artigos. Rio Grande, RS, Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

De acordo com o ano de publicação os mesmos estão dispostos entre 2013 (16,6%), 2014 (27,7%), 2015 (22,2%), 2016 (11,1%), 2017 (11,1%) e 2018 (11,1%). Em relação ao nível de evidência recomendados pelo sistema GRADE, 10 estudos encontram-se em nível moderado (55,5%) e 08 em nível baixo (44,4%). Quanto à força de recomendação destaca-se que 10 artigos (55,5%) se apresentam como forte e 08 (44,4%) como fracos.

Referente aos países de origem onde os estudos foram desenvolvidos, destaca-se Austrália (01), Brasil (08), Chile (2), China (01), Colômbia (01), Estados Unidos da América (02), Irã (02) e Suécia (01). No tangente dos participantes dos estudos selecionados, estão divididos entre estudantes de enfermagem, docentes de enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, médicos e familiares de pacientes, criando-se associações entre os participantes.

Nessa perspectiva, é possível uma visão ampliada acerca de como o fenômeno morte e o processo de morte-morrer apresentam-se nas diferentes perspectivas. Isso ocorre devido à abrangência de diversas visões (partes) de um fenômeno complexo (todo) em comum. No entanto, ressalta-se que mesmo os estudos possuindo origens em diferentes realidades, podem, muitas vezes, abordar a temática central similarmente, evidenciando-se que frustração, afastamento, medo e angústia ainda permeiam fortemente o cuidado de enfermagem.

## **DISCUSSÃO**

O pensamento simplificador é incapaz de conceber a conjunção do uno e do múltiplo; ou ele unifica abstratamente ao anular a diversidade, ou, ao contrário, justapõe a diversidade sem conceber a unidade<sup>(34)</sup>, isto é, ele apresenta a capacidade de perceber apenas um viés, excluindo outras formas de compreensão e proporcionando um pensamento reducionista, fechado e rígido. Entendendo-se que o conhecimento

separador e desconexo não fomenta o saber, faz-se necessário, então, que os mesmos sejam percebidos sob um contexto ampliado e complexo a fim de que adquiram sentido<sup>(35)</sup>.

Nesse sentido, um olhar fragmentado e reducionista pode acarretar na diminuição da qualidade do cuidado ofertado. Assim, cabe ao enfermeiro perceber que as diversas necessidades dos pacientes e familiares sob seus cuidados são o foco de atenção necessário que pode possibilitar o entendimento das necessidades de cada ser.

Sabendo-se que o cuidado é o ato que norteia e dá sentido ao enfermeiro e que a partir dele pacientes e familiares que vivenciam a morte e o processo de morte-morrer são integrados em uma rede de atenção no intuito de proporcionar os melhores desfechos, faz-se necessário a compreensão do cuidado sob uma perspectiva ampliada, atentando para a forma como ele se apresenta em diversas realidades. Nesse sentido, o cuidado linear e descontextualizado não possui espaço pertinente, uma vez que as ações de enfermagem almejam ampliar-se, contemplando o indivíduo como um todo, em que se visualizam as suas relações e interações sistêmicas<sup>(36)</sup>.

Dstaca-se que dos 18 artigos que compõem o corpus deste estudo, apenas um<sup>(18)</sup> utilizou-se de um referencial filosófico no intuito de ampliar as percepções que envolvem as interações dos profissionais da saúde frente à morte e ao processo de morte-morrer. Dois artigos<sup>(17-18)</sup> relatam que os participantes da pesquisa ainda se apresentam focados no cuidado frente ao alívio dos sintomas, compreendendo que o cuidado de enfermagem frente à morte inicia-se apenas no corpo sem vida.

Outro artigo<sup>(16)</sup> expõe a relação do sentimento de cuidado de enfermagem menos efetivo quando o paciente evolui à óbito, demonstrando uma atuação de forma fragmentada nas necessidades do corpo, como alívio da dor. Frente ao exposto, ressalta-se que as percepções de cuidado de enfermagem ainda se demonstram fragmentadas. Não há a compreensão do ser como complexo, ampliado e sistêmico, corroborando para o entendimento da morte enquanto ruptura do processo de viver. Nesse contexto, o cuidado frente à morte e ao processo de morte-morrer ainda é incipiente, permeado pelo

desafio, uma vez que o processo de formação dos enfermeiros ainda foca na priorização da vida e da cura<sup>(3)</sup>.

Compreender a morte e o processo de morte-morrer de forma ampliada possibilita a visão de que morte e vida são processos dialógicos, complementares e convergentes<sup>(37)</sup>. Nesse ínterim, faz-se extremamente importante elucidar que vida e morte convertem-se uma na outra, trabalhando consonantemente uma pela outra<sup>(5)</sup>.

Sob outra perspectiva, dois artigos<sup>(19,21)</sup> expõem que para alguns participantes o cuidado de enfermagem frente ao processo de morte-morrer é um ato enriquecedor, tanto para a vida profissional quanto para a pessoal, uma vez que estimula reflexões que possibilitam a compreensão da necessidade de um cuidado ampliado, multidirecional, não apenas físico. Diverge-se, porém, dos achados nos artigos<sup>(20,22)</sup> onde há um forte despreparo dos participantes em acompanhar a família após a morte de um de seus membros, gerando sentimento de culpa e impotência uma vez que nenhuma de suas ações parece aliviar o sofrimento dos envolvidos. Tal evento, no entanto, pode estar relacionado com o fato de que os profissionais da enfermagem mantêm seu entendimento de que a família se apresenta como um adicional e facilitador do cuidado ao paciente, mas não como sistema complexo que também necessita de cuidado<sup>(38)</sup>.

O cuidado de enfermagem frente à morte e ao processo de morte-morrer, por vezes, é compreendido como ato que gera angústia, tristeza, sofrimento, frustração, raiva, podendo ocasionar afastamento como mecanismo de defesa, conforme fortemente exposto em seis artigos<sup>(16-17,19,25,28,32)</sup>. Isso advém da ideia de que o cuidado de enfermagem necessita suprir necessidades físicas e técnicas que promovam a cura. No entanto, é necessário que o cuidado de enfermagem adquira novas formas de existir frente a realidade complexa dos fenômenos que se apresentam.

O pensamento complexo, então, permite que não somente se insira um acontecimento em seu contexto, mas se estimule a percepção de como esse contexto o modifica ou explica-o sob outra perspectiva<sup>(34)</sup>. Nesse caso, compreende a morte e o processo de morte-morrer como partes integrantes do ciclo vital, onde o cuidado de enfermagem

necessita permear pela compreensão do pensamento complexo, a fim de que se desenvolva o melhor cuidado para cada paciente e familiar que acompanha e vivencia essa fase.

## **CONCLUSÃO**

Foram achados diversos estudos que abordam a temática morte e o processo de morte-morrer. No entanto, percebe-se a necessidade de aumentar-se o rigor metodológico dos mesmos, bem como estimular a utilização de referenciais que proporcionem a ampliação dos fenômenos. Ressalta-se a necessidade de que o cuidado de enfermagem fragmentado perca gradativamente espaço para a perspectiva sistêmica e complexa. No entanto, essa RSL aponta a existência de diversos estudos sob uma óptica fragmentadora.

Sentimentos como angústia e fracasso são registrados nas evidências. Adentrar em referenciais capazes de ampliar os fenômenos, pode ser uma estratégia que minimize tais sentimentos. No entanto, evidenciou-se que todos os estudos abordam a morte em um contexto patológico, não sob uma perspectiva social.

## **REFERÊNCIAS**

1. Alencar DC, Carvalho AT, Macedo RL, Amorim AMNE, Martins AKL, Gouveia MTO. Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase. Rev Fun Care (Online)[internet]. 2017 [cited 2018 october 20] 9(4). Available from:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5725/pdf> DOI:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4>.
2. Morin E. Para onde vai o mundo? 3ªed. Petrópolis(RJ):Vozes, 2012. 72p.
3. Carvalho KK, Lunardi VL, Silva PA, Vasques TCS, Amestoy SC. Educational process in palliative care and the thought reform. Investigación y Educación en Enfermería (Online)[Internet]. 2017 [cited 2018 october 20] 35(1). Available from:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105250003003> DOI:<http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a03>
4. Dias MV, Backes DS, Barlem ELD, Backes MTS, Lunardi VL, Souza MHT. Nursing undergraduate education in relation to the death-dying process: perceptions in light of the

- complex thinking. Rev Gaúcha Enferm. (Online)[Internet] 2014 [cited 2018 october 20] 35(4). Available from:<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/1983-1447-rgenf-35-04-00079.pdf> DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45177>
5. Morin E. O método II: a vida da vida. Porto Alegre(RS):Sulina, 2005. 527p.
  6. Morin E. Ensinar a viver: manifesto para mudar a educação. Porto Alegre(RS):Sulina, 2015. 183p.
  7. Glaser BG, Strauss AL. Awareness of dying. Reprint. Chicaco:Aldine Pub.Co. Eighth printing. 2009. 305p.
  8. Kübler-ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9ª ed. São Paulo(SP):Editora WMF Martins Fontes, 2008. 296p.
  9. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ªed. Porto Alegre(RS):Artmed, 2011. 669p.
  10. Brum CN, Zuge SS. Revisão sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na enfermagem. In: Lacerda MR, Costenaro, RGS.(Org). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre(RS):Moriá. p.77-95.
  11. Centre for reviews and dissemination. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. University of York. [Internet] 2009 [cited 2018 october 20]. Available from:<https://www.york.ac.uk/crd/guidance/>
  12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. (Online)[Internet] 2009 [cited 2018 october 20] 6(7). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072> DOI:10.1371/journal.pmed.1000097
  13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE– Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília(DF):Ministério da Saúde, 2014. 72 p. Available from:[http://conitec.gov.br/images/Artigos\\_Publicacoes/Diretrizes/GRADE.pdf](http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/GRADE.pdf).
  14. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. 2ªed. rev. Ijuí(RS):Ed. Unijuí, 2011. 224p.
  15. Brasil. Ministério da Justiça. Legislação sobre direitos autorais. (Online) [Internet] 1998. Available from:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm)
  16. Vega PP, Rodriguez RG, Galdamez NS, Molina CF, Orellana JS, Villanueva AS. et al. Supporting in grief and burnout of the nursing team from pediatric units in Chilean hospitals. Rev Esc Enferm USP. (Online)[Internet] 2015 [cited 2018 october 20] 51(e03289). Available from:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-S1980-220X2017004303289.pdf> DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017004303289> [included in the review]
  17. Bastos RA, Quintana AM, Carnevale F. Psychological Distress Experienced by Nurses who Work with Patients in Death Process: A Clinical-Qualitative Study. Trends Psychol. (Online)[Internet] 2018 [cited 2018 october 20] 26(2). Available from:

[http://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n2/en\\_2358-1883-tpsy-26-02-0795.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n2/en_2358-1883-tpsy-26-02-0795.pdf) DOI: 10.9788/TP2018.2-10En [included in the review]

18. Prado RT, Leite JL, Castro EAB, Silva LJ, Silva IR. Uncovering care for patients in the death/dying process and their families. *Rev Gaúcha Enferm.* (Online)[Internet] 2018 [cited 2018 october 20] 39(e2017- 0011). Available

from:[http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v39/en\\_1983-1447-rgeenf-39-e2017-0111.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v39/en_1983-1447-rgeenf-39-e2017-0111.pdf)

DOI:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>. [included in the review]

19. Muñoz-pino IP. Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients. *Invest Educ Enferm.* (Online)[Internet] 2014 [cited 2018 october 20] 32(1). Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229907> DOI:

10.1590/S0120-53072014000100010 [included in the review]

20. Stayer D, Lockhart JS. Living with dying in the pediatric intensive care unit: a nursing perspective. *American journal of critical care.* (Online)[Internet] 2016 [cited 2018 october 20] 21(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27369034>

DOI:10.4037/ajcc2016251 [included in the review]

21. Souza LF, Misko MD, Silva L, Poles K, Santos MR, Bousso RS. Dignified death for children: perceptions of nurses from an oncology unit. *Rev Esc Enferm USP.* (Online)[Internet] 2013 [cited 2018 october 20] 47(1). Available

from:<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/52849/56751> DOI:10.1590/S0080-

62342013000100004 [included in the review]

22. Abdollahimohammad A, Firouzkouhi M, Amrollahimishvan F, Alimohammadi N. Nurses versus physicians' knowledge, attitude, and performance on care for the family members of dying patients. *Korean J Med Educ.* (Online)[Internet] 2016 [cited 2018 october 20] 28(1). Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26838571>

DOI: 10.3946/kjme.2016.12 [included in the review]

23. Betancur MAL. Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function. *Invest Educ Enferm.* (Online)[Internet] 2015 [cited 2018 october 20] 33(2). Available

from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26535850> DOI:10.1590/S0120-

53072015000200012 [included in the review]

24. Adams JA, Anderson RA, Docherty SL, Tulsy JA, Steinhauser KE, Bailey Jr DE. Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart Lung.* (Online)[Internet] 2014 [cited 2018 october 20] 43(5). Available

from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24655938>

DOI:10.1016/j.hrtlng.2014.02.001 [included in the review]

25. Carmo AS, Oliveira ICS. Criança com câncer em processo de morrer e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia.* (Online)[Internet] 2015 [cited 2018 october 20] 61(2). Available

from:[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf)

[included in the review]

26. Salum MEG, Kahl C, Cunha KS, Koerich C, Santos TO, Erdmann AL. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. *Rev Rene.* (Online)[Internet] 2017 [cited 2018 october 20] 18(4). Available

from:<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20280>

DOI:10.15253/rev%20rene.v18i4.20280 [included in the review]

27. Alencar DC, Carvalho AT, Macedo RL, Amorim AMNE, Martins AKL, Gouveia MTO. Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase. *Rev Fun Care (Online)[Internet]* 2017 [cited 2018 october 20] 9(4). Available from:<http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754110018.pdf> DOI:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4> [included in the review]
28. Cordeiro EA, Ferreira MA, Melo CF. Approaching of "hazards of the profession": nursing undergraduate perception on death and dying. *Rev enferm UFPE on line. (Online)[Internet]* 2015 [cited 2018 october 20] 9(6). Available from:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10582> DOI:10.5205/1981-8963-v9i6a10582p8228-8234-2015 [included in the review]
29. Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens RG. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies. (Online)[Internet]* 2015 [cited 2018 october 20] 52. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25445033> DOI:10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009 [included in the review]
30. Ek K, Westin L, Prah C, Osterlind J, Strang S, Bergh I, et al. Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences. *International Journal of Palliative Nursing. (Online)[Internet]* 2014 [cited 2018 october 20] 20(10). Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25350217> DOI:10.12968/ijpn.2014.20.10.509 [included in the review]
31. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal. (Online)[Internet]* 2013 [cited 2018 october 20] 16. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24199900> DOI:10.1016/j.aenj.2013.08.001 [included in the review]
32. Diel PKV, Gomes GC, Xavier DM, Salvador MS, Oliveira SM. Nurses' experiences before the death at the neonatal intensive care unit. *J Nurs UFPE on line. (Online)[Internet]* 2013 [cited 2018 october 20] 7(4). Available from:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11583> DOI:10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201302 [included in the review]
33. Iranmanesh S, Razban F, Nejad AT, Ghazanfari Z. Nurses' professional autonomy and attitudes toward caring for dying patients in South-East Iran. *International Journal of Palliative Nursing. (Online)[Internet]* 2014 [cited 2018 october 20] 20(6). Available from:[https://www.researchgate.net/publication/264093185\\_Nurses'\\_professional\\_autonomy\\_and\\_attitudes\\_toward\\_caring\\_for\\_dying\\_patients\\_in\\_South-East\\_Iran](https://www.researchgate.net/publication/264093185_Nurses'_professional_autonomy_and_attitudes_toward_caring_for_dying_patients_in_South-East_Iran) DOI:10.12968/ijpn.2014.20.6.294 [included in the review]
34. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 4ªed. Porto Alegre(RS):Sulina, 2011. 120p.
35. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 2ªed.rev. São Paulo, Cortez:Brasília(DF):UNESCO, 2011. 102p.
36. Piexak DR, Ilha S, Tomaschewski-Barlem JG, Backes DS. Cuidado de enfermagem na perspectiva da teoria da complexidade: Algumas reflexões. *Cadernos de saúde pública. (Online)[Internet]* 2014 [cited 2018 october 20] 4(2). Available from:[http://institucional.fasa.edu.br/assets/arquivos/files/0%20\(5\).pdf](http://institucional.fasa.edu.br/assets/arquivos/files/0%20(5).pdf)

37. Carvalho KK, Lunardi VL, Silva PA, Vasques TCS, Amestoy SC. (Lack of)Care in terminality, paliative care and the necessary reform of thought. Rev enferm UFPE on line. (Online)[Internet] 2016 [cited 2018 october 20] 10(7). Aavailable from:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11333/13033> DOI: 10.5205/reuol.9106-80230-1-SM1007201651

38. Dias MV, Backes DS, Silva MRS, Vidal DAS, Santos SSC, Ilha S. Nursing care to the family experiencing the process of death and dying: reflective analysis. Rev enferm UFPE on line. (Online)[Internet] 2015 [cited 2018 october 20] 9(9). Aavailable from:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10730/11828> DOI:10.5205/reuol.7874-68950-4-SM.0909201518

## 5.2. ARTIGO II

### **Desvelando as atitudes adotadas por enfermeiros frente ao processo de morte-morrer: revisão sistemática da literatura**

Unveiling the attitudes adopted by nurses regarding the death-dying process: a systematic review of the literature

Desvelando las actitudes adoptadas por enfermeros frente al proceso de muerte-morir: revisión sistemática de la literatura

**Título abreviado:** Atitudes dos enfermeiros frente à morte-morrer

Matheus Viero Dias<sup>12</sup>, Edison Luiz Devos Barlem<sup>13</sup>

Dias MV, Barlem ELD

---

<sup>12</sup> Enfermeiro. Doutor em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGENF/FURG). Porto Alegre, Brasil. E-mail: enf.matheusviero@gmail.com

<sup>13</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do PPGENF/FURG. Diretor da Escola de Enfermagem da FURG. Bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq. Rio Grande, Brasil. E-mail: ebarlem@gmail.com

## **Desvelando as atitudes adotadas pela enfermagem frente ao processo de morte-morrer: revisão sistemática da literatura**

Unveiling the attitudes adopted by nurses regarding the death-dying process: a systematic review of the literature

Desvelando las actitudes adoptadas por enfermeros frente al proceso de muerte-morir: revisión sistemática de la literatura

### **RESUMO**

**Objetivo:** analisar as atitudes frente ao processo de morte-morrer nas produções científicas da enfermagem, à luz do pensamento complexo. **Metodologia:** revisão sistemática da literatura entre os anos 2013 e 2018, cuja coleta realizou-se em setembro de 2018 na *Web of Science*, Scopus, SciELO, MEDLINE, LILACS e CINAHL por meio das estratégias PICO e GRADE. Para análise dos dados utilizou-se a análise textual discursiva fundamentada no referencial teórico-filosófico de Edgar Morin. De 274 estudos emergidos, selecionaram-se 18 artigos. **Resultados:** compreendeu-se de que forma enfermeiros compreendem, vivenciam, e agem frente à morte e ao processo de morte-morrer, destacando-se que a principal atitude ainda é o afastamento e a mecanização do cuidado. **Conclusão:** ressalta-se a dificuldade de discutir a temática sem o envolvimento de uma situação de perda insuperável, fragmentando o entendimento e as ações. Faz-se necessário adentrar-se em referenciais capazes de ampliar os fenômenos previamente enraizados e de mudar a compreensão profissional frente a morte.

**Descritores:** Morte; atitude frente à morte; enfermagem; dinâmica não linear.

### **ABSTRACT**

**Objectives:** to analyze attitudes towards the death-dying process in the scientific productions of nursing, in the light of complex thinking. **Methodology:** systematic review of the literature between the years 2013 and 2018, whose collection was made in September of 2018 in the Web of Science, Scopus, SciELO, MEDLINE, LILACS and CINAHL through the PICO and GRADE strategies. For the analysis of the data we used the discursive textual analysis based on the theoretical-philosophical reference of Edgar Morin. From 274 studies emerged, 18 articles were selected. **Results:** it was understood how nurses understand, live, and act in the face of death and the death-dying process, emphasizing that the main attitude is still the distance and mechanization of care. **Conclusion:** the difficulty of discussing the issue is highlighted without the involvement of an unsurpassed loss situation, fragmenting

understanding and actions. It is necessary to enter into referentials capable of amplifying previously rooted phenomena and of changing professional understanding towards death.

**Keywords:** Death; attitude to death; nursing; nonlinear dynamics.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar las actitudes frente al proceso de muerte-morir en las producciones científicas de la enfermería, a la luz del pensamiento complejo. **Metodología:** revisión sistemática de la literatura entre los años 2013 y 2018, cuya recolección se realizó en septiembre de 2018 en la Web de Science, Scopus, SciELO, MEDLINE, LILACS y CINAHL a través de las estrategias PICO y GRADE. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis textual discursivo fundamentado en el referencial teórico-filosófico de Edgar Morin. De 274 estudios emergidos, se seleccionaron 18 artículos. **Resultados:** se comprendió de qué forma enfermeros comprenden, vivencian, y actúan frente a la muerte y al proceso de muerte-morir, destacándose que la principal actitud sigue siendo el alejamiento y la mecanización del cuidado. **Conclusión:** se resalta la dificultad de discutir la temática sin la implicación de una situación de pérdida insuperable, fragmentando el entendimiento y las acciones. Se hace necesario adentrarse en referenciales capaces de ampliar los fenómenos previamente enraizados y de cambiar la comprensión profesional frente a la muerte.

**Palabras clave:** Muerte; actitud frente a la muerte; enfermeira; dinâmicas no lineales.

## INTRODUÇÃO

O enfermeiro apresenta-se como o profissional responsável pelo processo de cuidado, buscando fazer-se onipresente na assistência integral de qualquer ser humano que necessite de seus cuidados, desde antes mesmo do nascimento, até no cuidado ao corpo e a atuação junto dos familiares após a morte. Compreende-se que a morte e o processo de morte-morrer, apesar de inscritos e postos na natureza humana, atingem de maneira muito singular cada ser, verificando-se que o enfrentamento pessoal varia em função de inúmeros fatores tais como: características de quem está morrendo, do enlutado, da situação em que ocorre a morte e das (inter)relações construídas a partir da (con)vivência<sup>1</sup>.

O processo de morte-morrer, assim como a morte propriamente dita, constituem fenômenos da vida<sup>2</sup>, ou seja, viver e morrer apresentam-se como processos mistos, ao passo que morte e vida se apresentam, ao mesmo tempo, como eventos convergentes. Ambas se convertem uma na outra, trabalham constantemente uma pela outra, até que a morte física e biológica se

sobressaia à materialidade<sup>3</sup>. Assim, morte e vida podem ser interpretadas a partir do princípio dialógico, uma vez que são consideradas como eventos disjuntos e antagônicos, em que a morte necessita ser sempre combatida; porém, vida e morte encontram-se próximas e são fenômenos complementares<sup>4</sup>.

Historicamente, até os anos 1970, a morte era considerada um extremo tabu e as publicações acerca da temática possuíam um rigoroso controle de propagação<sup>5</sup>. Atualmente, os meios de divulgações formais e informais abordam a morte de uma forma um pouco mais explícita, porém ainda é debatida de maneira fragmentada e cartesiana. Assim, questiona-se a sua qualidade e o quanto os receptores dessas informações estão confortáveis em consumir e absorver tal temática, refletindo nas atitudes adotadas quanto ao enfrentamento da morte.

O enfermeiro pode buscar afastar-se do enfrentamento da morte e do processo de morte-morrer, utilizando-se dessa atitude como sugestiva para um mecanismo de defesa, ou seja, caso não realize um pensamento crítico acerca da temática, o afastamento de sua ocorrência parece fazer mais sentido, corroborando para o processo fragmentador e cíclico acerca das atitudes frente ao fenômeno. Face aos conceitos e valores fragmentadores impregnados na sociedade, torna-se um obstáculo abordar o assunto morte, visto que ele está ligado à incapacidade das pessoas de conseguirem incorporar este assunto ao seu cotidiano<sup>6</sup>.

No transcorrer do tempo, a visão sobre a morte, bem como do processo de morte-morrer e suas causas sofreram modificações. Porém, entende-se que a evolução foi pequena, no que diz respeito ao seu enfrentamento, ao passo que as ciências da saúde progridem, diminuindo as taxas de mortalidade e prolongando a expectativa de vida. A morte passou a ser um tema socialmente interdito, silenciado e, por diversas vezes, negado e/ou distanciado<sup>7-8</sup>. No entanto, diferente da fuga e do adiamento, uma atitude de enfrentamento da morte é uma postura necessária para a superação ou elaboração de uma perda importante<sup>9</sup>.

Nesse contexto, os falecimentos, em um passado próximo, ocorriam quase que inteiramente no ambiente domiciliar, enquanto que atualmente a sua maioria ocorre no cenário hospitalar, ou seja, a morte foi retirada do convívio social e fechada em um quarto frio, que não faz parte da realidade prévia de quem vivenciou a morte e o processo de morte-morrer, sob a condição de ser retardada tanto quanto possível e a qualquer custo. Não obstante, independente do ambiente domiciliar ou hospitalar, é primordial que o enfermeiro, no que tange ao processo de morte-morrer, encontre-se disponível aos que vivenciam e/ou acompanham esses processos, apto a oferecer suporte e fazer-se presente, assumindo uma atitude acolhedora, que possibilite aprimorar aptidões<sup>10</sup>.

O problema sociocultural da morte e do processo de morte-morrer é de difícil manejo e compreensão, uma vez que o ser humano apresenta dificuldade de se identificar com ela, bem como enfrentá-la. Isto é, nega e afasta-se do processo de morte-morrer, como forma de evitar a sua própria morte. Porém, a reforma da vida só pode ser acompanhada por uma reforma da morte, em que a vida é a verdade mais profunda da reforma<sup>5</sup>.

Nesse caso, faz-se necessário compreender de forma complexa e ampliada que ordem (vida) e a desordem (morte) constituem-se espiralmente em um processo de (re)organização (processo vital). No que tange ao enfermeiro, que vivencia o processo de morte-morrer, isso significa proporcionar um enfrentamento/cuidado apto a compreender as necessidades do outro, bem como adentrar em uma autoanálise que reflita sua própria morte, compreendendo-a como integrante do ciclo vital. Sob essa perspectiva, objetivou-se analisar as atitudes frente ao processo de morte-morrer nas produções científicas da enfermagem, à luz do pensamento complexo.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa caracterizada como revisão sistemática da literatura (RSL). Uma RSL é um tipo de investigação científica que busca reunir sistematicamente dados relevantes já existentes, a fim de gerar uma revisão crítica e ampliada da literatura, respondendo uma pergunta específica, utilizando a literatura tida como mais disponível e com o maior grau de evidência no momento<sup>11</sup>. Para isso, parte-se primeiramente de uma boa definição de objetivo e questão de pesquisa, para que a busca dos estudos apreenda corretamente a ideia inicial proposta. Assim, buscou-se responder o seguinte questionamento: “quais as atitudes adotadas por enfermeiros frente ao processo de morte-morrer nas produções científicas?”.

Norteou-se o desenvolvimento desta RSL a partir do protocolo proposto pelo *Centre for Reviews and Dissemination* da *University of York*, qual preconiza a identificação da necessidade e preparação do protocolo de revisão, a localização dos estudos na literatura, a seleção e avaliação da qualidade metodológica dos mesmos, a extração dos dados, a síntese dos dados e a elaboração do relatório final bem como recomendações à comunidade científica<sup>12</sup>. Da mesma forma, adotaram-se as recomendações do *Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis* (PRISMA)<sup>13</sup>.

De uma maneira abrangente, uma boa revisão necessita enfocar uma questão claramente definida, usar métodos apropriados e critérios específicos para selecionar, ou rejeitar os

estudos encontrados, bem como o processo de avaliar a qualidade do estudo; necessita extrair e sintetizar os dados e ser imparcial e reprodutível<sup>12</sup>.

Assim, realizou-se a busca no mês de setembro de 2018 nas bases de dados *Web of Science*, *Scopus*, *SciELO*, *MEDLINE*, *LILACS* e *CINAHL* a partir do periódico CAPES sob o login institucional, a fim de ampliar o acesso aos estudos. Utilizaram-se os termos “*death*”, “*attitude to death*” e “*nursing*” do *Medical Subject Headings (MESH terms)* e “morte”, “atitude frente à morte” e “enfermagem” dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), mediados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*. A fim de garantir a qualidade e sistematização da busca, a mesma foi realizada independentemente por uma mestranda e um doutorando. As divergências foram discutidas e avaliadas juntamente com a terceira opinião de um doutor.

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos derivados de pesquisa com seres humanos, de abordagem qualitativa e/ou quantitativa, publicados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol no recorte temporal 2013-2018, que possuíssem resumo e estivessem disponíveis integral e gratuitamente na versão online. Estipulou-se como critérios de exclusão: artigos científicos duplicados; validações de escalas; os que não contemplam a temática central do estudo; que não abordassem o cuidado de enfermagem; presentes apenas na literatura cinza; teses, dissertações e/ou trabalhos publicados em anais; editoriais; resumos.

Ressalta-se que a busca foi formulada considerando a estratégia metodológica PICO, bem como o sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) que evidencia a forma de avaliação da qualidade da evidência e da força de recomendação para diretrizes clínicas, revisões sistemáticas e avaliações de tecnologias em saúde<sup>14</sup>. O nível de evidência representa a confiança na informação, a partir do delineamento metodológico do estudo, já a força de recomendação é compreendida como a ênfase para que se adote ou rejeite uma determinada conduta, considerando potenciais vantagens e desvantagens<sup>14</sup>. Estes critérios primam o (re)conhecimento de um estudo enquanto norteador para a melhor evidência científica disponível.

Os estudos iniciais emergidos foram avaliados a partir do resumo e título conforme critérios supracitados, realizando a exclusão manualmente e a triagem para a leitura integral dos artigos. Após o refinamento final, os artigos foram sistematicamente organizados e sintetizados em um instrumento criado pelos autores contendo: identificação do artigo, base de dados, título, participantes/país/ano, objetivo do estudo, método, nível da evidência e força de recomendação.

Quanto a análise dos dados, adotou-se a análise textual discursiva (ATD), a qual pode ser entendida como um processo de desordem/desconstrução e ordem/reconstrução do material lido, constituído por um conjunto de documentos denominado “corpus”, essencialmente de produções textuais<sup>15</sup>. Essa forma de análise pressupõe ser “impossível ver sem teoria; impossível ler e interpretar sem ela”<sup>15</sup>. Nesse caso, utilizaram-se os conceitos propostos por Edgar Morin como referencial teórico-filosófico condutor para este estudo. Essa associação mostra-se possível, pertinente e justificada uma vez que ambas as propostas transcendem o pensamento linear e fragmentador, proporcionando a emergência do novo a partir da ordem-desordem-(re)organização das ideias, conceitos e fenômenos.

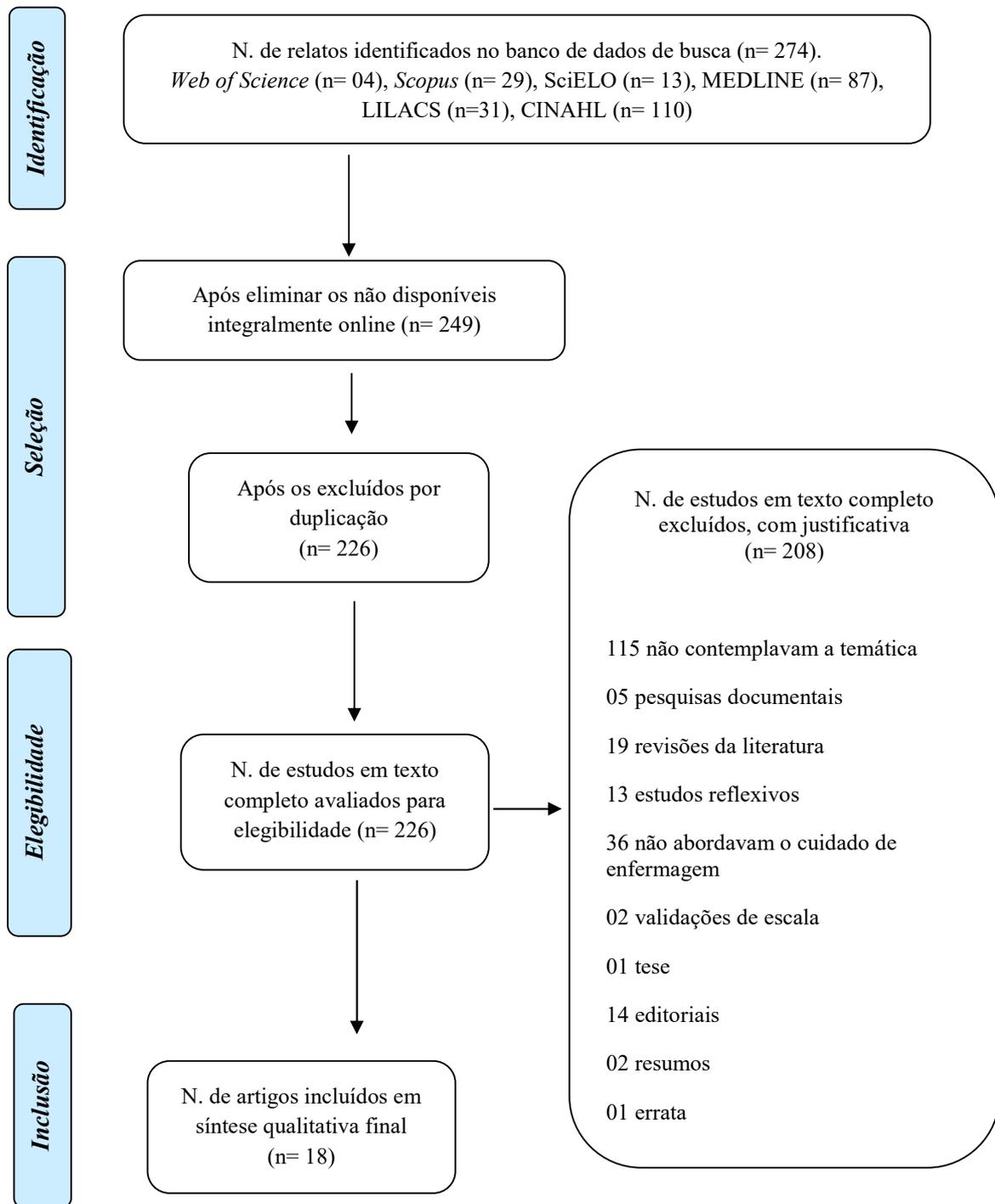
Como esta pesquisa não apresenta intervenções com seres humanos, não houve necessidade de autorização de um comitê de ética. Sendo assim, seguiu-se rigorosamente os preceitos da Lei 9.610/98, qual propõe preservar e respeitar fidedignamente os autores, descrevendo-os e citando-os<sup>16</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De 274 estudos emergidos inicialmente, selecionaram-se a partir dos critérios de inclusão e exclusão um total de 18 artigos. Com o refinamento, não houve seleção de artigos na base de dados *Scopus*. Dentre os que compõem o corpus deste estudo, mensura-se *Web of Science* (5,5%), SciELO (11,1%), MEDLINE (33,3%), LILACS (16,6%) e CINAHL (33,3%). Quanto a disposição do recorte temporal, evidencia-se 2013 (16,6%), 2014 (27,7%), 2015 (22,2%), 2016 (11,1%), 2017 (11,1%) e 2018 (11,1%). O fluxograma da seleção dos artigos é elucidado na figura 1.

**Inserir Figura 1**

**Figura 1:** Fluxograma explicativo da seleção dos artigos. Rio Grande, RS, Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado pelos autores baseado no modelo PRISMA, 2018.

No tangente do nível de evidência recomendados pelo sistema GRADE, 10 estudos foram classificados com nível moderado (55,5%) e 08 com nível baixo (44,4%). No entanto, quanto à força de recomendação destaca-se que 10 artigos (55,5%) apresentam-se como fortes e 08 (44,4%) como fracos.

Quanto aos participantes dos estudos primários, destaca-se que os mesmos estão associados e divididos entre: estudantes de enfermagem, docentes de enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, médicos e familiares de pacientes que estavam ou já haviam passado pelo processo de morte-morrer. Esta diversidade possibilita uma compreensão sistêmica e ampliada acerca das atitudes dos enfermeiros frente ao fenômeno da morte e do processo de morte-morrer. Entendendo-se que o conhecimento separador e desconexo não fomenta o saber, faz-se necessário, então, que os mesmos sejam percebidos sob um contexto ampliado e complexo a fim de que adquiram sentido<sup>17</sup>.

A valorização da cura sob uma perspectiva mecanicista e fundamentada na técnica é um fator que permeia o saber fragmentado que compõe o cuidado de enfermagem, refletindo em atitudes que não (re)conhecem os fenômenos complexos que compõem a morte e o processo de morte-morrer. Nesse enfoque, o prolongamento da vida necessita ser mantido a fim de que se evite a perda para a morte. Um dos estudos<sup>18</sup> evidencia que as atitudes dos enfermeiros evoluíram significativamente no caráter técnico do que no âmbito do cuidado. Assim, o enfermeiro age de maneira mecânica e cartesiana no intuito de afastar-se da morte, negando-a como parte do ciclo vital.

O saber tecnocrático não possui a compreensão do que é vivo, sob uma perspectiva antropológica e social, a não ser por uma lógica e perspectiva simplificadora<sup>7</sup>. Isso está posto em um estudo<sup>19</sup>, quando expõe que somente a técnica, pautada em aspectos biológicos, não supre as necessidades do ser humano.

Entende-se que as atitudes dos enfermeiros frente à morte e ao processo de morte-morrer ainda são frutos de um pensamento simplificador e fragmentado. Nesse sentido, adotam posturas de negação e/ou afastamento a fim de evitar o enfrentamento do fenômeno. Sendo assim, o cuidado de enfermagem ampliado pode gerar a compreensão que envolve o cuidar do outro, inserindo-o num contexto, valorizando singularidade e pluralidade, na tentativa de alcançar atitudes com vistas aptas a atender as necessidades emergentes<sup>20</sup>.

A morte, compreendida como ruptura do processo de viver e não como parte integrante do ciclo vital, gera um desgaste emocional nos enfermeiros. Por consequência de tal sentimento, um estudo<sup>21</sup> afirma a diminuição no rendimento profissional. Corroborando para a compreensão de que a morte não faz parte da vida<sup>22</sup>, no entanto, morte e o processo de morte-morrer apresentam-se como fenômenos complexos, incertos e singulares, integrantes do ciclo vital<sup>23</sup>.

Outro estudo<sup>24</sup> ressalta que o cuidar frente à morte e o processo de morte-morrer não é apenas pautado no conhecimento, mas também em atitudes adotadas pelos enfermeiros, as quais influenciam na qualidade do mesmo. Esse achado corrobora com outros estudos<sup>25-26</sup>, onde expõem que o comprometimento com um cuidado de enfermagem adequado está diretamente relacionado com a atitude prévia adotada pelo enfermeiro. Ou seja, as atitudes fragmentadas refletem o despreparo, medo e insegurança do enfermeiro em atuar junto com pacientes e familiares que vivenciam o processo.

A maneira como o enfermeiro percebe-se frente a esse fenômeno, produz uma série de ações e sentimentos, gerando atitudes que nortearão o seu plano de ação. A partir disso, as atitudes adotadas pelos profissionais influenciam na maneira como a família percebe a morte e o processo de morte-morrer, apoiando-se nos mesmos a fim de serem guiados nas decisões que permeiam o fenômeno<sup>27-28</sup>.

Isso vai ao encontro dos estudos<sup>19,24,28-33</sup> que abordam a morte do paciente como momento de reflexão da morte do próprio enfermeiro, a partir das vivências e culturas prévias, refletindo no cuidado ao outro e na atitude frente ao processo, sendo passível de embate a diferença entre o que a família acredita ser o correto e aquilo que o enfermeiro julga. Ou seja, o entendimento prévio do enfermeiro refletirá em uma determinada atitude. Caso essa seja pautada em um modelo fragmentador, agirá da mesma forma, contribuindo para o distanciamento e negação da morte, bem como desacordos assistenciais com os familiares.

Outra característica das atitudes adotadas pelo enfermeiro frente à morte está relacionada ao vínculo apresentado na tríade profissional-familiar-paciente. Faz-se necessário atitudes que demonstrem confiança, a fim de que familiares e pacientes sintam-se seguros, amparados e confortáveis a receber o cuidado<sup>28</sup>. No entanto, por parte de alguns profissionais, esse envolvimento pode ser compreendido como uma atitude negativa, uma vez que gera apego, abrindo margem para sofrimento<sup>19,22,34</sup>.

Sob uma perspectiva complexa, observar o vínculo desenvolvido na tríade profissional-familiar-paciente requer do enfermeiro a compreensão de que ele não reduz-se a uma ação pontual, mas traduz-se nas atitudes, interações e conexões imediatas, por parte de familiares e pacientes, e a longo prazo, por parte dos profissionais<sup>35</sup>. Nesse caso, faz-se necessário compreender o ser humano como ser complexo e multidimensional, ao mesmo tempo que singular, a fim de que as atitudes dos enfermeiros sirvam de apoio e conforto a familiares e pacientes, e não como forma de distanciamento dos mesmos.

Nesse contexto, torna-se mais fácil compreender que mesmo a partir do vínculo estabelecido, a morte e o processo de morte-morrer podem ter os sentimentos de fracasso e angústia minimizados, uma vez que as atitudes e ações dos enfermeiros podem abranger as multidireções do indivíduo e sua família. Para tanto, mostra-se emergente a necessidade de se ampliar as maneiras que permitem perceber as relações mútuas e as influências recíprocas entre partes e todo em um mundo complexo<sup>36</sup>.

Por outro lado, um artigo<sup>29</sup> expõe que os medos e anseios que permeiam o cuidado frente à morte e o processo de morte-morrer diminuem ao passo que o enfermeiro interage com quem vivencia e acompanha esses fenômenos, sugerindo o vínculo como possibilidade de cuidado complexo. É essencial que o enfermeiro assuma uma postura apta a oferecer apoio e fazer-se verdadeiramente presente e notável, possibilitando acolhimento e o aprimoramento de aptidões<sup>10</sup>. Ou seja, adotar uma postura reducionista no intuito de afastar-se da morte mostra-se como uma atitude paradoxal às reais necessidades dos pacientes/familiares. Nesse caso, o enfermeiro vivenciar a morte e o processo de morte-morrer, sob uma perspectiva complexa, pode gerar diminuição do medo e angústias, refletindo em atitudes positivas no próprio profissional, acarretando na qualificação do cuidado.

Outro aspecto que caracteriza as atitudes do enfermeiro frente à morte e ao processo de morte-morrer é o fato de os mesmos sentirem-se despreparados para vivenciar tal fenômeno. A formação do enfermeiro carece tanto de abordagens metodológicas que contemplem a complexidade do ser humano, quanto da apreensão da morte enquanto processo existencial. Isso apresenta-se nos estudos emergidos<sup>30,37</sup>. Ressalta-se então, a necessidade de se convergir os diversos ensinamentos, mobilizando as ciências a fim de possibilitar o ensino do enfrentamento da incerteza<sup>38</sup>, qual permeia as atitudes dos enfermeiros frente à morte e o processo de morte-morrer.

Compreendendo que vida e morte são fenômenos amplos e complexos que transpassam a existência humana, faz-se necessário, então, ressaltar que a morte converge um processo natural frente ao ciclo da vida. No entanto, a morte é ao mesmo tempo uma rotina e um fator de surpresa para o enfermeiro, uma vez que sabe-se da possibilidade de cuidar frente a esse processo, mas se assume uma atitude aversiva a ele, negando-o<sup>24-25</sup>.

Sendo assim, o cuidado de enfermagem não pode tornar-se mecanicista, fragmentado e linear, uma vez que essas atitudes simplificadoras não permitem um cuidado qualificado, apto a atender as (multi)dimensões da necessidade humana<sup>39</sup>, ou seja, o saber parcelado, não inserido em seu contexto, mostra-se como fonte de erro do conhecimento, acarretando

atitudes fragmentadas por parte dos enfermeiros. Entende-se que as vivências permeiam situações conflitantes em sua prática, expondo-os a sentimentos negativos, que geram danos emocionais e profissionais, induzindo-o ao afastamento direto do paciente, da morte, dos familiares ou até mesmo ao abandono dos deveres profissionais<sup>40</sup>.

Frente ao exposto, entende-se que mesmo possuindo conhecimento da morte e do processo de morte-morrer humano como fenômeno presente na práxis do enfermeiro, ainda mostra-se necessário que permeie-se uma nova forma de compreensão dos acontecimentos no intuito de romper paradigmas instaurados, reproduzidos em atitudes deficitárias. Essa abertura para a possibilidade do novo pode proporcionar compreensões ampliadas, quais podem diminuir o sofrimento e qualificar o cuidado a partir da atitude benéfica frente a morte e o processo de morte-morrer.

## **CONCLUSÃO**

Mesmo com o caráter evolutivo, o enfermeiro ainda apresenta atitudes negativas e fragmentadas no tangente da morte e do processo de morte-morrer, uma vez que nega e afasta-se desse fenômeno no intuito de preservar-se. Assim, essa revisão sistemática possibilitou reunir evidências que demonstram a emergente necessidade de se adentrar em referenciais capazes de (trans)formar a realidade enraizada, transcendendo a forma como o enfermeiro age e compreende a morte e o processo de morte-morrer.

Evidencia-se aqui a ausência de estudos que apreendam a morte fora de um cenário patológico, sob uma perspectiva ampliada e social, possibilitando que o enfermeiro desenvolva atitudes de caráter positivo e emancipatório no tangente da temática central deste estudo.

## **REFERÊNCIAS**

1. Monteiro MC, Magalhães AS, Machado RN. Death on Stage in the ICU: Family Facing Terminal Condition. *Temas em Psicologia*. (Online) [Internet] 2017 [cited 2018 october 26] 25(3). Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n3/en\\_v25n3a17.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n3/en_v25n3a17.pdf) DOI: 10.9788/TP2017.3-17En

2. Rosembarque JOC, Silva PS. Death: reflections for nursing care in the hospital space. *Rev enferm UFPE on line*. (Online) [Internet] 2017 [cited 2018 october 26] 11(10). Available

from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234497/27703> DOI: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201720

3. Morin E. O método II: a vida da vida. Porto Alegre (RS):Sulina, 2005. 527p.

4. Carvalho KK, Lunardi VL, Silva PA, Vasques TCS, Amestoy SC. (Lack of)Care in terminality, paliative care and the necessary reform of thought. Rev enferm UFPE on line. (Online) [Internet] 2016 [cited 2018 october 26] 10(7). Avaliable from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11333/13033> DOI: 10.5205/reuol.9106-80230-1-SM1007201651

5. Morin E. A via para o futuro da humanidade. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2013. 392p.

6. Tamada JKT, Dalaneze AS, Bonini LMM, Melo TRC. Medical reports about the experience of the dying process and the death of his/her patients. Revista dc (Online) [Internet] 2017 [cited 2018 october 26] 96(2). Available from: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/121660> DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v96i2p81-87

7. Morin E. Para onde vai o mundo? 3ªed. Petrópolis (RJ):Vozes, 2012. 72p.

8. Costa MCM, Melo CF, Baião DC, Cavalcante AKS. Communication of a new message: the diagnosis of cancer in the perspective of patients and professionals. Rev enferm UFPE on line. (Online) [Internet] 2017 [cited 2018 october 26] 11(8). Avaliable from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110186/22068> DOI: 10.5205/reuol.11135-99435-1-ED.1108sup201704

9. Gonçalves CG, Bittar CML. Estratégias de enfrentamento no luto. Mudanças – Psicologia da Saúde. (Online) [Internet] 2016 [cited 2018 october 26] 24(1). Avaliable from: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6017> DOI: 10.15603/2176-1019/mud.v24n1p39-44

10. Nunes ECDA, Santos AA. Challenges of nursing teaching-learning to care for human dying - professors' perceptions. Esc Anna Nery. (Online) [Internet] 2017 [cited 2018 october 26] 21(4). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0091.pdf> DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0091
11. Caldeira ALG, Souza DLB, Bedaque HP. Estudos qualitativos em saúde, In: Bedaque HP, Bezerra ELM. (Org). Descomplicando MBE: uma abordagem prática da medicina baseada em evidências. – Natal (RN): Editora Caule de Papiro, 2018. 310p. p. 53-61.
12. Centre for reviews and dissemination. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. University of York. [Internet] 2009 [cited 2018 october 26]. Available from: <https://www.york.ac.uk/crd/guidance/>
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. (Online) [Internet] 2009 [cited 2018 october 26] 6(7). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072> DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE–Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília (DF):Ministério da Saúde, 2014. 72 p. Available from: [http://conitec.gov.br/images/Artigos\\_Publicacoes/Diretrizes/GRADE.pdf](http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/GRADE.pdf).
15. Moraes R, Galiuzzi MC. Análise textual discursiva. 2ªed. rev. Ijuí (RS): Ed. Unijuí, 2011. 224p.
16. Brasil. Ministério da Justiça. Legislação sobre direitos autorais. (Online) [Internet] 1998. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm)
17. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ªed.rev. São Paulo, Cortez: Brasília (DF): UNESCO, 2011. 102p.

18. Salum MEG, Kahl C, Cunha KS, Koerich C, Santos TO, Erdmann AL. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. *Rev Rene*. (Online) [Internet] 2017 [cited 2018 october 26] 18(4). Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20280> DOI: 10.15253/rev%20rene.v18i4.20280
19. Souza LF, Misko MD, Silva L, Poles K, Santos MR, Bousso RS. Dignified death for children: perceptions of nurses from an oncology unit. *Rev Esc Enferm USP*. (Online) [Internet] 2013 [cited 2018 october 26] 47(1). Available from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/52849/56751> DOI: 10.1590/S0080-62342013000100004
20. Piexak DR, Backes DS, Backes MS, Tomaszewski-Barlem JG, Barlem ELD, Gautério DP. Divergences and convergences between nurses' care and other professionals' care. *Revista Cubana de Enfermería*. (Online) [Internet] 2017 [cited 2018 october 26] 33(1). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/416/229>
21. Vega PP, Rodriguez RG, Galdamez NS, Molina CF, Orellana JS, Villanueva AS. et al. Supporting in grief and burnout of the nursing team from pediatric units in Chilean hospitals. *Rev Esc Enferm USP*. (Online) [Internet] 2015 [cited 2018 october 26] 51(e03289). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-S1980-220X2017004303289.pdf> DOI: 10.1590/S1980-220X2017004303289
22. Bastos RA, Quintana AM, Carnevale F. Psychological Distress Experienced by Nurses who Work with Patients in Death Process: A Clinical-Qualitative Study. *Trends Psychol*. (Online) [Internet] 2018 [cited 2018 october 26] 26(2). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n2/en\\_2358-1883-tpsy-26-02-0795.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n2/en_2358-1883-tpsy-26-02-0795.pdf) DOI: 10.9788/TP2018.2-10En
23. Dias MV, Backes DS, Barlem ELD, Backes MTS, Lunardi VL, Souza MHT. Nursing undergraduate education in relation to the death-dying process: perceptions in light of the complex thinking. *Rev Gaúcha Enferm*. (Online) [Internet] 2014 [cited 2018 october 26] 35(4). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/1983-1447-rgenf-35-04-00079.pdf> DOI: 10.1590/1983-1447.2014.04.45177

24. Cordeiro EA, Ferreira MA, Melo CF. Approaching of “hazards of the profession”: nursing undergraduate perception on death and dying. *Rev enferm UFPE on line*. (Online) [Internet] 2015 [cited 2018 october 26] 9(6). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10582> DOI: 10.5205/1981-8963-v9i6a10582p8228-8234-2015
25. Ek K, Westin L, Pahl C, Osterlind J, Strang S, Bergh I, et al. Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students’ descriptive experiences. *International Journal of Palliative Nursing*. (Online) [Internet] 2014 [cited 2018 october 26] 20(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25350217> DOI: 10.12968/ijpn.2014.20.10.509
26. Iranmanesh S, Razban F, Nejad AT, Ghazanfari Z. Nurses’ professional autonomy and attitudes toward caring for dying patients in South-East Iran. *International Journal of Palliative Nursing*. (Online) [Internet] 2014 [cited 2018 october 26] 20(6). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/264093185\\_Nurses'\\_professional\\_autonomy\\_and\\_attitudes\\_toward\\_caring\\_for\\_dying\\_patients\\_in\\_South-East\\_Iran](https://www.researchgate.net/publication/264093185_Nurses'_professional_autonomy_and_attitudes_toward_caring_for_dying_patients_in_South-East_Iran) DOI: 10.12968/ijpn.2014.20.6.294
27. Abdollahimohammad A, Firouzkouhi M, Amrollahimishvan F, Alimohammadi N. Nurses versus physicians' knowledge, attitude, and performance on care for the family members of dying patients. *Korean J Med Educ*. (Online) [Internet] 2016 [cited 2018 october 26] 28(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26838571> DOI: 10.3946/kjme.2016.12
28. Adams JA, Anderson RA, Docherty SL, Tulsy JA, Steinhauer KE, Bailey Jr DE. Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart Lung*. (Online) [Internet] 2014 [cited 2018 october 26] 43(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24655938> DOI: 10.1016/j.hrtlng.2014.02.001
29. Muñoz-pino IP. Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients. *Invest Educ Enferm*. (Online) [Internet] 2014 [cited 2018 october 26]

32(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229907> DOI: 10.1590/S0120-53072014000100010

30. Stayer D, Lockhart JS. Living with dying in the pediatric intensive care unit: a nursing perspective. *American journal of critical care*. (Online) [Internet] 2016 [cited 2018 october 26] 21(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27369034> DOI: 10.4037/ajcc2016251

31. Carmo AS, Oliveira ICS. Criança com câncer em processo de morrer e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*. (Online) [Internet] 2015 [cited 2018 october 26] 61(2). Available from: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf)

32. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal*. (Online) [Internet] 2013 [cited 2018 october 26] 16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24199900> DOI: 10.1016/j.aenj.2013.08.001

33. Diel PKV, Gomes GC, Xavier DM, Salvador MS, Oliveira SM. Nurses' experiences before the death at the neonatal intensive care unit. *J Nurs UFPE on line*. (Online) [Internet] 2013 [cited 2018 october 26] 7(4). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11583> DOI: 10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201302

34. Prado RT, Leite JL, Castro EAB, Silva LJ, Silva IR. Uncovering care for patients in the death/dying process and their families. *Rev Gaúcha Enferm*. (Online) [Internet] 2018 [cited 2018 october 26] 39(e2017- 0011). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/en\\_1983-1447-rgenf-39-e2017-0111.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/en_1983-1447-rgenf-39-e2017-0111.pdf) DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>

35. Dias MV, Backes DS, Costenaro RGS, Nunes SS. Acolhimento e vínculo no serviço oncológico ambulatorial: uma estratégia para o cuidado de enfermagem. In: Zamberlan C, Rangel RF, Costenaro RGS. (Org) Conhecimento clínico aplicado à enfermagem. Porto Alegre (RS): Moriá, 2013. p. 33-47.
36. Morin E. Ensinar a viver: manifesto para mudar a educação. Porto Alegre (RS): Sulina, 2015. 183p.
37. Alencar DC, Carvalho AT, Macedo RL, Amorim AMNE, Martins AKL, Gouveia MTO. Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase. Rev Fun Care (Online) [Internet] 2017 [cited 2018 october 26] 9(4). Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754110018.pdf> DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i4
38. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 19ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2011a. 128p.
39. Dias MV, Backes DS, Barlem ELD, Calloni H. Aproximação do pensamento complexo ao cuidado de enfermagem: Uma perspectiva moriniana. In: Calloni H. (Org) Educação ambiental e complexidade: ensaios – tomo 1. Porto Alegre (RS): Editora Fi, 2017. p. 113-120.
40. Alencar DC, Carvalho AT, Macedo RL, Amorim AMNE, Martins AKL, Gouveia MTO. Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase. Rev Fun Care (Online) [internet]. 2017 [cited 2018 october 26] 9(4). Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5725/pdf> DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i4.

## **MORTE E PROCESSO DE MORTE-MORRER: MODELO TEÓRICO COMPLEXO PARA CUIDADO DE ENFERMAGEM**

### **RESUMO**

**Objetivo:** desenvolver um modelo teórico de cuidado de enfermagem acerca da morte e do processo de morte-morrer na perspectiva do pensamento complexo. **Método:** Revisão sistemática da literatura, cuja coleta realizou-se em setembro de 2018 na *Web of Science*, Scopus, SciELO, MEDLINE, LILACS e CINAHL no recorte temporal 2013-2018. Para análise dos dados fundamentou-se a utilização da análise textual discursiva no referencial teórico-filosófico de Edgar Morin. De 274 estudos emergidos, selecionaram-se 18 artigos. **Resultados:** Evidencia-se que a criação de um modelo teórico de cuidado de enfermagem pode guiar e ampliar os tangentes da complexidade que envolvem a morte e o processo de morte-morrer. **Considerações Finais:** Não houve estudos que abordassem a temática central sob uma perspectiva dialógica e circular. Nesse caso, a construção de um modelo teórico de cuidado possibilitou discutir a morte e o processo de morte-morrer fora de um contexto que envolva unicamente a doença.

**Descritores:** Enfermagem; Morte; Atitude Frente à Morte; Cuidado de Enfermagem; Dinâmica Não Linear.

### **INTRODUÇÃO**

Muitos são os estudos que propõem debates acerca do cuidado de enfermagem frente a morte e ao processo de morte-morrer, no entanto, apesar dessa quantidade, pequenos são os avanços no enfrentamento do maior paradigma humano. A constante evolução das ciências e tecnologias requer que os assuntos enraizados também iniciem um processo de transição nas abordagens, ou seja, faz-se necessário que novas perspectivas e possibilidades sejam alcançadas. Para isso, adentrar em referenciais capazes de propor a ampliação dos fenômenos mostra-se uma estratégia emergente e necessária, a fim de que o cuidado possa atender as reais necessidades do ser humano.

Entendendo que o conhecimento de modo isolado e fragmentado é um processo insuficiente, faz-se necessário situarmo-nos em um contexto ampliado e conjunto, para que se

adquirir sentido<sup>(1)</sup>. O pensamento mutilador não possui a capacidade de atingir um grau ampliado de entendimento acerca da morte, uma vez que não se encontra apto a inserir-se em um contexto que abarque a complexidade fundamental dos fenômenos.

No entanto, as ideias fragmentadas ainda se mostram fortemente presentes no tangente da enfermagem. O cuidado é (re)reproduzido sob uma perspectiva simplificadora, onde os profissionais mostram-se cada vez mais afastados dos seres humanos e mais próximos das máquinas. Frente a isso, o modelo biomédico de estruturação dos cursos de graduação em enfermagem ainda é evidenciado, devido ao perfil do profissional, distribuído pelas mais diversas áreas de atuação. Esse modelo unidimensionaliza o conhecimento, ao absolutizar a dimensão curativa, sugerindo que o cuidado parece estar centrado no corpo patológico; e não, no indivíduo<sup>(2)</sup>.

Nesse contexto, no tocante da morte e do processo de morte-morrer, o enfermeiro reforça que em sua formação os meios de cura se sobressaem aos de cuidado. Percebe-se, no contexto (sócio)cultural, que os profissionais percorrem seu processo de formação, embasados em pensamentos pontuais, lineares e mecanicistas. Durante essa fase, a abordagem da temática morte e seus processos pode limitar-se, muitas vezes, ao caráter cartesiano do cuidado tecnicista, com enfoque na manutenção da vida, podendo gerar, assim, incertezas quanto ao preparo dos futuros enfermeiros em lidar com o processo de morte-morrer das pessoas sob seus cuidados<sup>(3)</sup>.

Antes dos funerais, o corpo morto é encaminhado à funerária, onde ocorre o processo de preparação do mesmo, deixando-o com um semblante atenuado e minimizando a aparência fúnebre, como se ostentasse uma máscara. No entanto, isso não minora a dor dos familiares, apenas camufla os sinais exteriores da morte e, nesse contexto, ela aparentemente permanece invencível, sob negação, embora se questione a real necessidade de vencê-la<sup>(4)</sup>.

Nesse contexto, (re)pensar a morte sob uma ótica complexa, na enfermagem, leva à compressão de que ela não se constitui apenas como um evento de ruptura, isolado, fechado, de padrão biológico, mas sim como uma parte constituinte de um todo, conhecido como ciclo vital, necessário para o ser. Nessa perspectiva, compreende-se a morte como um processo complexo que permeia a vida, culminando em seu maior evento humano. A morte não é inimiga da vida, mas sim do indivíduo-sujeito, apresentando-se como o cataclismo absoluto no processo de desordem<sup>(5)</sup>.

Inserindo-a nesse contexto, sua compreensão possibilita minimizar nos enfermeiros determinados sentimentos, tais como medo e fracasso. Então, sabendo-se que todos os dias,

biologicamente, o corpo humano lida com a morte celular, a fim de originar novas células constituintes do corpo, por qual razão que apenas a morte em um contexto sistêmico completo causa-nos desconforto e pavor? Sob essa ótica, compreende-se que o medo do enfermeiro, que cuida no processo de morte e de morte-morrer, pode estar atrelado ao fato do mesmo perder o controle sobre si, fazendo-se prudente pensar na morte e no morrer antes que tenha que se defrontar com eles na vida<sup>(6-7)</sup>.

A fim de que seja alcançado o cuidado, o enfermeiro não pode atentar somente aos aspectos patológicos, mas sim na pessoa enquanto ser integral, em rede, complexo e interativo. Isso necessita ser abordado desde o seu processo de formação e mantendo-se constante na sua vivência profissional. No entanto, reportando-se à morte, a ciência prioriza erroneamente a busca da saúde e da cura cartesiana, compreendendo-a como falha e derrota<sup>(2)</sup>. Isso, porque a morte humana comporta uma consciência da morte como um buraco negro onde se aniquila o indivíduo<sup>(8)</sup>.

Destarte, este estudo justifica-se devido à percepção da necessidade de abordagens diferenciadas acerca da compreensão da morte e do processo de morte-morrer, enquanto fenômenos existenciais complexos, visando ao preenchimento das lacunas que permeiam a formação e o conhecimento fragmentado/reducionista existente, a partir de referenciais ampliados.

## **OBJETIVO**

Desenvolver um modelo teórico de cuidado de enfermagem acerca da morte e do processo de morte-morrer na perspectiva do pensamento complexo.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura (RSL), qual é caracterizada como uma forma de investigação científica buscando reunir sistematicamente dados relevantes previamente existentes, respondendo uma pergunta específica, utilizando a literatura disponível e com o maior grau de evidência possível<sup>(9)</sup>. Inicialmente parte-se da definição de objetivo e questão de pesquisa para que a busca dos estudos apreenda corretamente a ideia inicial proposta.

Assim, buscou-se responder o seguinte questionamento: “é possível desenvolver um modelo teórico de cuidado de enfermagem complexo com vistas a ampliar e horizontalizar o cuidado frente a morte e ao processo de morte-morrer?”.

Essa RSL possui como norte o protocolo proposto pelo *Centre for Reviews and Dissemination* da *University of York*, qual preconiza a identificação da necessidade e preparação do protocolo de revisão, a localização dos estudos na literatura, a seleção e avaliação da qualidade metodológica dos mesmos, a extração dos dados, a síntese deles e a elaboração do relatório final bem como recomendações à comunidade científica<sup>(10)</sup>. Da mesma forma, durante todo o desenvolvimento dessa RSL, adotaram-se as recomendações do *Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis* (PRISMA)<sup>(11)</sup>.

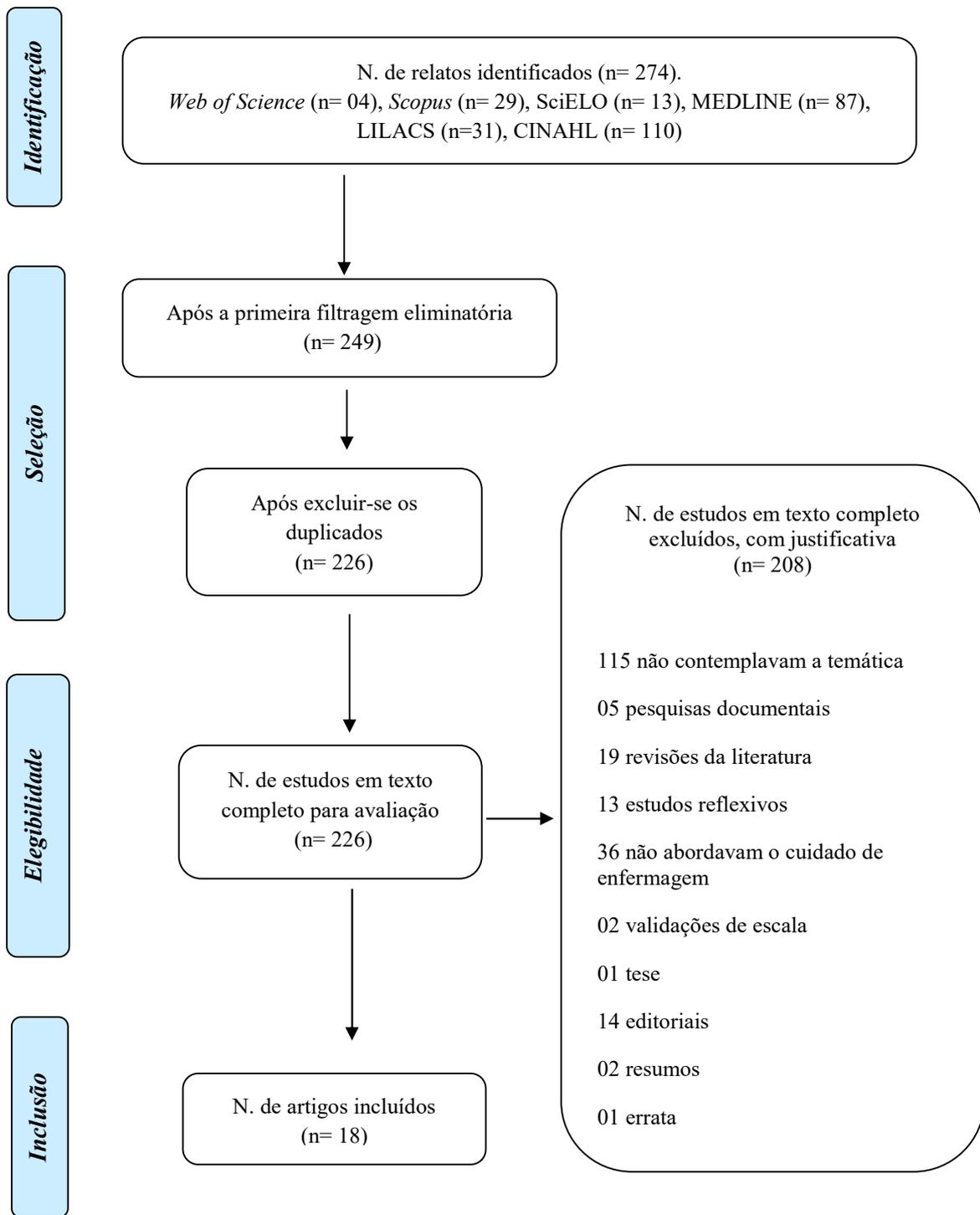
De uma forma ampliada, uma revisão de qualidade necessita enfocar uma questão claramente definida, usar métodos apropriados e critérios específicos para selecionar, ou rejeitar os estudos encontrados, bem como o processo de avaliar a qualidade do estudo; necessita extrair e sintetizar os dados, além de ser imparcial<sup>(10)</sup>. Esse tipo de revisão é norteada rigorosamente por normas na sua elaboração, objetivando reduzir a possibilidade de viés e garantindo sua reprodutibilidade<sup>(12)</sup>.

Optou-se por realizar a busca na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*), na *Web of Science*, na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scopus Preview* (Elsevier) e na *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). As mesmas foram acessadas a partir do periódico CAPES, com o *login* da universidade, o qual possibilitou um acesso ampliado às publicações.

Utilizaram-se os termos “*death*”, “*attitude to death*” e “*nursing*” do *Medical Subject Headings* (MESH terms) e “morte”, “atitute frente à morte” e “enfermagem” dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), mediados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*. A fim de garantir a qualidade e sistematização da busca, a mesma foi realizada independentemente por uma mestranda e um doutorando. As divergências foram, então, debatidas e avaliadas juntamente com a terceira opinião de um doutor.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se: artigos derivados de pesquisa com seres humanos, de abordagem qualitativa e/ou quantitativa, publicados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol no recorte temporal 2013-2018, desde que possuíssem resumo e estivessem disponíveis integral e gratuitamente na versão *online*. Estipulou-se como critérios de exclusão: artigos científicos duplicados; validações de escalas; os que não contemplam a temática central do estudo; que não abordassem o cuidado de enfermagem; presentes apenas na literatura cinza; teses, dissertações e/ou trabalhos publicados em anais; editoriais e resumos. A figura 1 apresenta o fluxograma de seleção dos artigos que compõem essa RSL.

**Figura 1:** Fluxograma da seleção dos artigos. Rio Grande, RS, Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado pelos autores, baseado no modelo PRISMA.

A fim de garantir a confiabilidade, a busca foi formulada considerando a estratégia metodológica PICO, bem como o sistema GRADE (*Grading of Recommendations*

*Assessment, Development and Evaluation*) que evidencia a forma de avaliação da qualidade da evidência e da força de recomendação para diretrizes clínicas, revisões sistemáticas e avaliações de tecnologias em saúde<sup>(13)</sup>.

O nível de evidência de um determinado estudo representa a confiança na informação, a partir do delineamento metodológico do mesmo, já a força de recomendação é compreendida como a ênfase para que se adote ou rejeite uma determinada conduta, considerando potenciais vantagens e desvantagens<sup>(13)</sup>. Estes critérios primam o (re)conhecimento de um determinado conjunto de estudos enquanto norteador para as melhores evidências científicas disponíveis.

Frente a isso, os estudos emergidos foram avaliados a partir do resumo e título conforme critérios de inclusão e exclusão, realizando o descarte manual e a triagem para a leitura integral dos artigos. Após o refinamento final, os artigos foram sistematicamente organizados e sintetizados em um instrumento criado pelos autores contendo: identificação do artigo, base de dados, título, participantes/país/ano, objetivo do estudo, método, nível da evidência e força de recomendação.

Para a análise dos dados, adotou-se a análise textual discursiva (ATD), a qual é considerada como um processo de desordem/desconstrução e ordem/reconstrução constituído por um conjunto de documentos denominado “*corpus*”, essencialmente de produções textuais<sup>(14)</sup>. Como essa técnica de análise pressupõe ser “impossível ver sem teoria; impossível ler e interpretar sem ela”<sup>(14)</sup>, utilizaram-se os conceitos propostos por Edgar Morin como referencial teórico-filosófico condutor para este estudo. Essa associação mostra-se possível, pertinente e justificada uma vez que ambas as propostas transcendem o pensamento linear e fragmentador, proporcionando a emergência do novo a partir da ordem-desordem-(re)organização das ideias, conceitos e fenômenos.

Uma vez que esta pesquisa não apresenta intervenções com seres humanos, não houve necessidade de autorização de um comitê de ética. Sendo assim, seguiu-se rigorosamente os preceitos da Lei 9.610/98, qual propõe preservar e respeitar fidedignamente os autores, descrevendo-os e citando-os<sup>(15)</sup>.

## **RESULTADOS**

Do total de 274 estudos emergidos inicialmente nas bases de dados, foram selecionados 18 artigos<sup>(16-33)</sup> para essa RSL, os quais distribuem-se entre *Web of Science* (5,5%), SciELO (11,1%), MEDLINE (33,3%), LILACS (16,6%) e CINAHL (33,3%). A

partir do refinamento pelos critérios de inclusão e exclusão, não se selecionaram estudos na base de dados *Scopus*, uma vez que os mesmos não atendiam aos requisitos estipulados. Quanto ao perfil metodológico, destaca-se uma prevalência do caráter qualitativo (14 estudos- 77,7%), seguido então pelo caráter quantitativo (03 estudos- 16,6%) e pelo misto (01 estudo- 5,5%).

Referente ao ano de publicação dos artigos, ressalta-se 2013 (16,6%), 2014 (27,7%), 2015 (22,2%), 2016 (11,1%), 2017 (11,1%) e 2018 (11,1%), evidenciando uma queda quanto às melhores evidências disponíveis nos últimos três anos. No tocante da nacionalidade de origem dos estudos selecionados, destaca-se Austrália (01 artigo), Brasil (08 artigos), Chile (02 artigos), China (01 artigo), Colômbia (01 artigo), Estados Unidos da América (02 artigos), Irã (02 artigos) e Suécia (01 artigo).

No tocante dos participantes dos estudos selecionados, os grupos estão divididos entre estudantes de enfermagem, docentes de enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, médicos e familiares de pacientes, criando-se associações entre os mesmos. Já em relação ao nível de evidência recomendados pelo sistema GRADE, 10 estudos encontram-se em nível moderado (55,5%) e 08 em nível baixo (44,4%). Quanto à força de recomendação destaca-se que 10 artigos (55,5%) se apresentam como forte e 08 (44,4%) como fracos.

Essa variada gama de artigos que atenderam os critérios de seleção possibilita uma visão ampliada acerca de como o fenômeno morte e o processo de morte-morrer apresentam-se nas diferentes perspectivas. Ou seja, devido à abrangência de diversas percepções (partes) de um fenômeno complexo (todo) em comum, é possível compreender como o cuidado de enfermagem apresenta-se face aos fenômenos.

Destaca-se que mesmo os estudos possuem origens em distintas realidades, bem como abordagens de diferentes participantes, mostram, em sua maioria, uma abordagem similar em relação à temática central, evidenciando-se que frustração, afastamento, medo e angústia ainda permeiam fortemente o cuidado de enfermagem. Nesse contexto, um olhar fragmentado, separador e reducionista pode acarretar na diminuição da qualidade do cuidado ofertado. Porém, dos 18 artigos que compõem o *corpus* deste estudo, apenas um artigo<sup>(18)</sup> utilizou-se de um referencial filosófico no intuito de ampliar as percepções que envolvem as interações dos profissionais da saúde frente à morte e ao processo de morte-morrer.

Compreender a morte e o processo de morte-morrer enquanto fenômeno complexo e ampliado, integrante do ciclo vital, pode proporcionar ao enfermeiro uma visão sistêmica

acerca dos cuidados, diminuindo ansios e angústia tanto por parte dos profissionais como por parte de familiares e pacientes. Frente a isso, conforme relatado em dois artigos<sup>(20,23)</sup>, os profissionais desejam sentir-se úteis, que seus cuidados façam a diferença frente ao processo de morte-morrer, compreendendo que a habilidade de fazer-se presente promovendo apoio e conforto mostra-se uma experiência ímpar e significativa para o enfermeiro. Tal desejo necessita ser estimulado desde o processo inicial de formação do enfermeiro, primando pela ampliação dos conceitos e quebra de paradigmas.

No entanto, um artigo<sup>(32)</sup> sugere que mesmo tendo medo do desconhecido e compreendendo a morte como falha profissional, o enfermeiro, que foi treinado durante todo o processo de formação para salvar vidas, se questiona quanto a necessidade dos procedimentos invasivos, conseqüentemente colocando em dúvida o seu cuidado ofertado frente à morte e ao processo de morte-morrer. Essa forma fragmentada de agir acarreta em angústia, tristeza, sensação de fracasso e desgaste emocional.

De acordo com dois artigos<sup>(23,28)</sup>, evidencia-se que mesmo sob forte pressão e dor frente à morte e ao processo de morte-morrer, os enfermeiros mostram-se disponíveis, uma vez que o cuidado de enfermagem se sobressai à necessidade medicamentosa, no entanto o cuidado, por vezes, é baseado nos ideais fragmentados do enfermeiro e não nas reais necessidades humanas.

Tais cuidados advém de um processo de formação cartesiano, com foco na cura e tratamento de doenças, não nas discussões ampliadas acerca dos fenômenos que se apresentam. Nesse contexto, o cuidado de enfermagem não atinge o seu objetivo de assistir integralmente o ser humano, bem como sua rede de apoio.

Nesse ínterim, o pensamento complexo, então, mostra-se como uma possibilidade de ampliação do cuidado de enfermagem. Sob essa perspectiva, talvez, os participantes de um dos artigos<sup>(27)</sup> não buscassem apenas um padrão de qualidade técnico. Nem os de outro artigo<sup>(30)</sup> possuíssem medo da própria reação e atitude frente à morte, uma vez que não se sentem aptos para atuar frente à essa situação.

No tangente do despreparo profissional, um artigo<sup>(16)</sup> sugere que o desgaste emocional pode vir a desenvolver sentimentos como frustração e diminuição do rendimento, ocasionando em um declive da realização pessoal e profissional. Já em outro artigo<sup>(18)</sup>, está exposto que se evita falar abertamente, já no processo de formação, acerca da morte e do processo de morte-morrer, promovendo um cuidado pontual e focado no físico, porém relata a

necessidade de se possuir sensibilidade para compreender e manejar o cuidado de enfermagem.

No entanto, ainda se mostra presente o modelo cartesiano e biomédico em que a formação do enfermeiro encontra-se inserida. Tal fato está posto nos artigos<sup>(19-20,26-28,30-31)</sup> quando relatam que as vivências e discussões ocorridas na formação refletem na vida profissional do enfermeiro. Ou seja, se o processo de formação se mostra fragmentado e reducionista, as ações profissionais reproduzirão o mesmo modelo cartesiano.

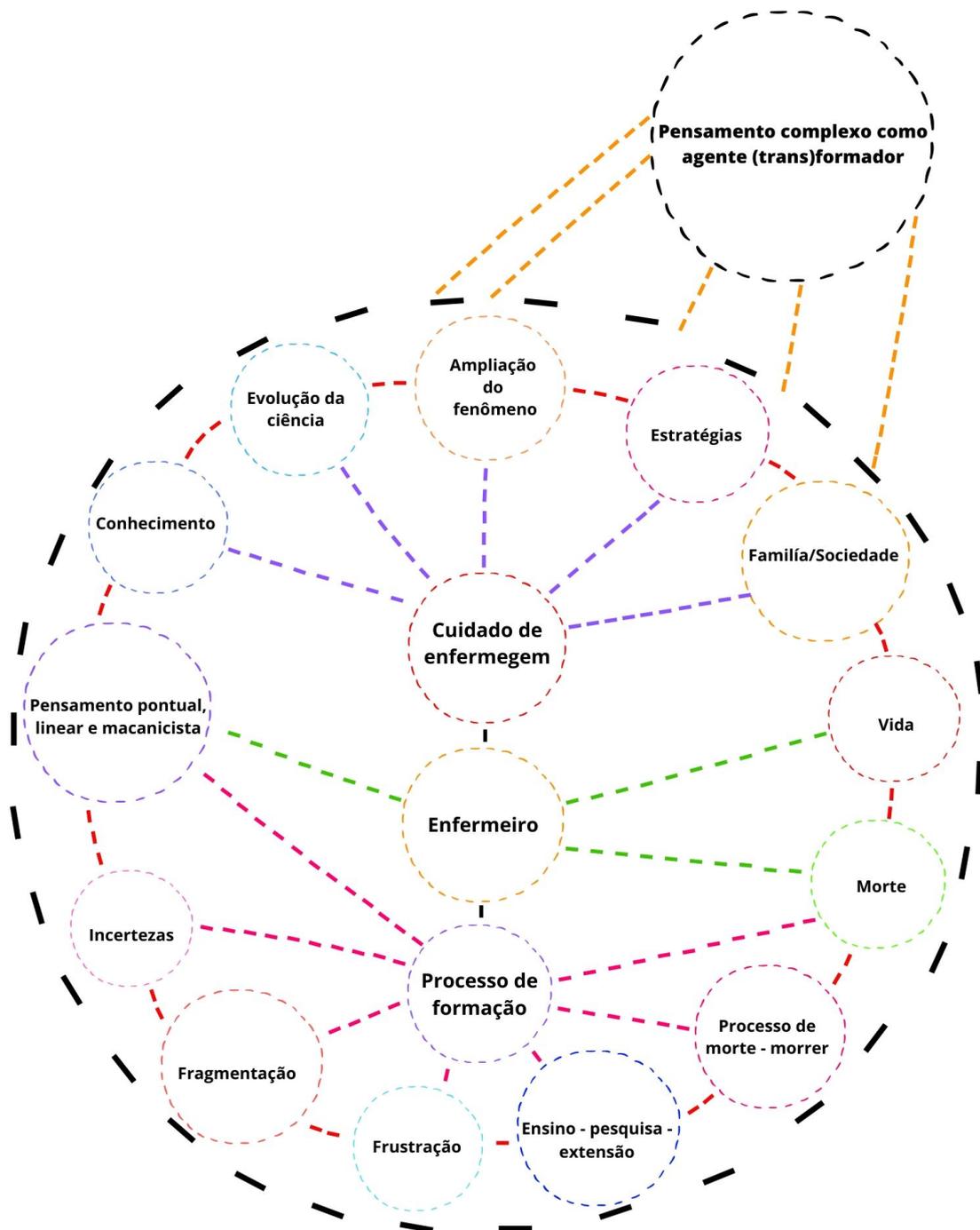
Com isso, acredita-se que uma reforma no processo de formação dos enfermeiros, somada às estruturas ampliadas de cuidado, seria uma das possibilidades de ruptura do paradigma redutor da morte e do processo de morte-morrer. A partir disso, pode-se compreender o ser humano ao mesmo tempo como singular e multidimensional, com necessidades até então não observadas e atendidas pelo enfermeiro.

Frente ao exposto, nove artigos<sup>(19-21,23,25-26,28-29,32-33)</sup> sugerem que o conhecimento produzido a partir de espaços que possibilitem reflexões é uma estratégia importante para amenizar o sofrimento frente à morte e ao processo de morte-morrer, uma vez que o enfermeiro somente entrega o cuidado, não recebendo também um cuidado. Frente a isso, a construção de um modelo teórico de cuidado de enfermagem acerca da morte e do processo de morte-morrer à luz do pensamento complexo mostra-se como parte fundamental de um todo que é o ser e fazer enfermagem.

Um modelo teórico pode ser utilizado por enfermeiros no intuito de contribuir na práxis a partir da ampliação de conceitos previamente instaurados. Ele possibilita uma explicação ampliada, circular e global dos fenômenos sob investigação. Nesse contexto, ele pode contribuir para as multifaces de cuidado de enfermagem a partir da abstração do que se necessita compreender.

Para tanto, a partir dos resultados emergidos neste estudo, pode-se pensar em um modelo ilustrativo de cuidado de enfermagem, onde os conceitos fechados em si recebem o pensamento complexo como agente (trans)formador, gerando no enfermeiro ruptura de paradigmas. Com isso, oportuniza-se o crescimento e amadurecimento das ideias, ampliando seu foco de cuidado a fim de que as (re)formulações possam permanecer de maneira dialógica e sistêmica. Tal modelo é exposto na figura 2.

**Figura 2:** Modelo teórico complexo de cuidado de enfermagem. Rio Grande, RS, Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado pelos autores.

## DISCUSSÃO

(Re)Conhecer de forma complexa e ampliada as necessidades humanas no tangente da morte é uma tarefa indispensável, visto que para o enfermeiro poder cuidar do ser como um todo, valorizando-o em sua singularidade e multidimensionalidade, necessita estar ciente da realidade dos fenômenos vivenciados pelo mesmo. Assim, o gerenciamento do cuidado em enfermagem é um fenômeno que impacta diretamente na promoção da qualidade assistencial e nas melhores condições de trabalho para os profissionais<sup>(34)</sup>.

Essa proposta de perceber os fenômenos possibilita enxergar o mundo em seus diversos contextos, descartando o processo de ruptura sistêmica e permitindo que o novo possa emergir em sua forma mais pura e ampliada possível. Pensar de maneira complexa é compreender que os fenômenos se apresentam de maneira circular, horizontal e transcendente. A compreensão das ideias será atingida a partir da análise de todas as partes que compõem um todo, não descartando a ideia de que o todo serve, também, para a compreensão das partes envolvidas.

O foco fragmentado de ensino-aprendizagem ainda é uma realidade percebida em parte dos cursos de enfermagem. Mesmo havendo a abordagem do bem-estar como um todo, foca-se acerca do prolongamento da vida, mesmo que careçam da compreensão do significado propriamente dito sobre o que é a “vida” e, também, a “morte”<sup>(7)</sup>. Frente a isso, o cuidado ampliado, pautado em referenciais aptos a dar sentido e buscar a visualização do ser humano interligado ao mundo mostra-se necessário<sup>(35)</sup>. Ou seja, o cuidado reducionista, cartesiano e vertical mostra-se como aquele que não atinge o ser humano em sua totalidade, apenas o reconhece como ser biológico com necessidades pontuais, onde a morte é considerada apenas uma ruptura de vida e não como parte integrante do ciclo vital<sup>(36)</sup>.

Nesse sentido, emerge-se a ideia de que a formação profissional do enfermeiro requer a capacidade de problematizar e quebrar a (re)produção de conhecimentos e sentimentos que ainda negativamente representam a morte<sup>(37)</sup>. Durante a formação, os futuros enfermeiros experienciam, algumas vezes, a atuação junto aos pacientes que estão morrendo. No entanto, a ênfase é na técnica necessária ao cuidado, não na compreensão da morte e do processo de morte-morrer em si, enquanto fenômenos dialógicos<sup>(38)</sup>.

Portanto, convém fazer a convergência de diversos ensinamentos e mobilizar diversas ciências e disciplinas, a fim de ensinar a enfrentar a incerteza que cerca a temática<sup>(39)</sup>, ou seja, acredita-se que uma reforma no ensino, associado às estruturas ampliadas de cuidado, pode proporcionar a ruptura do paradigma redutor que envolve a morte e o processo de morte-

morrer. Nesse caso, cabe aos cursos de graduação em enfermagem proporcionar ambientes favoráveis para a ampliação das percepções, reflexões e significados que compreendem a dinâmica do viver humano<sup>(36)</sup>. Todavia, não somente a criação de uma disciplina específica, que verse a morte e o processo de morte-morrer, resolveria o problema, mas talvez a abordagem como um todo que permeia o processo de formação.

A supremacia de um conhecimento, fragmentado em disciplinas, com frequência é ineficiente para efetivar a ligação entre as partes e as totalidades e precisa ceder lugar a um modo de conhecimento capaz de conceber os objetos em seus contextos, em seus complexos, em seus conjuntos<sup>(40)</sup>. Sendo assim, o acúmulo de ideias não permite a organização e ampliação do saber, ocasionando a aversão de abordar a temática da morte e o processo de morte-morrer, bem como originando ações e efeitos redutores e cíclicos no processo de formação do enfermeiro. A morte, entendida como um fenômeno complexo dos vivos, necessita de uma abordagem também complexa, ampliada e em constante movimento.

A palavra complexidade simboliza a incerteza, o caos, a agitação, a incapacidade de se manifestar de maneira simples. O pensamento complexo na enfermagem, então, surge quando o pensamento simplificador falha, trazendo consigo ordem, clareza e distinção, recusando as consequências mutiladoras e redutoras<sup>(34)</sup>. Pensamento complexo é o que visa ultrapassar a confusão, o embaraço e a dificuldade de pensar com o auxílio de um pensamento organizador que separa e que (re)religa<sup>(40)</sup>.

Ele não só insere um acontecimento em seu contexto, mas também estimula a percepção de como esse contexto o modifica, ou o explica de outra maneira<sup>(39)</sup>. Sendo assim, percepções unidimensionais acerca da morte e do processo de morte-morrer na enfermagem originam conhecimentos parcelados e disjuntos, fragmentados em um cenário que dificulta sua compreensão, enraizando a morte enquanto ruptura de vida. A complexidade, então, está presente, quando elementos divergentes se mostram como processos inseparáveis e constitutivos de um todo, permitindo a união entre a unidade e a multiplicidade<sup>(1)</sup>, entre vida e morte.

Porém, faz-se necessário (re)pensar que após a morte do paciente ser fisiologicamente constatada, no interior das cenas de cuidar, que geralmente retratam os esforços da equipe de saúde para manter a vida, os únicos protagonistas que permanecem ao lado do leito são os profissionais de enfermagem e o corpo morto<sup>(41)</sup>. Nesse caso, tanto anterior quanto posteriormente à morte, as ações de cuidado podem se configurar em processos mecânicos, frios e rígidos. Isso se justifica, também, pela falta ou pouca abordagem da temática morte e

do processo de morte-morrer no processo de formação, que também está inserida em um contexto redutor.

Em uma perspectiva complexa, a morte, compreendida como uma etapa da vida, requer uma formação profissional capaz de problematizar e romper com a (re)produção de conhecimentos, sentimentos, valores e práticas que, predominantemente, ainda a representam negativamente<sup>(37)</sup>. Vida e morte apresentam-se como fenômenos ao mesmo tempo divergentes e complementares, assim como ordem, desordem e organização. As forças de vida e as forças de morte não somente se chocam, mas às cegas se lapidam mutuamente<sup>(42)</sup>; porém, em um universo de ordem plena, não há inovação, criação e evolução. Da mesma forma, a desordem total não possibilita a estabilidade, para se construir uma organização<sup>(34)</sup>.

Sendo assim, compreender que ordem e desordem, bem como morte e vida não se apresentam como fenômenos estáticos e separados, pode proporcionar ao enfermeiro a (inter)relação que permeia os fenômenos complexos de seu cuidado. Com isso, a assistência de enfermagem ganha uma nova roupagem, um novo sentido e uma nova compreensão. O enfermeiro passa a utilizar a morte do outro como espelho para (re)pensar a sua própria morte, amenizando os sinais de medo e angústia, pela compreensão da mesma, como parte integrante do todo que é o ciclo vital. Para tanto, a desordem gera fatores que possibilitam emergir uma nova ordem, de caráter singular, ampliado e complexo.

Uma das estratégias, então, para se atingir esse cuidado ampliado, é adentrar no pensamento complexo, aproximando-se dele, uma vez que isso permite o entendimento das interconexões existentes. A partir dele, o enfermeiro pode compreender o ser humano, ao mesmo tempo como singular e multidimensional, dotado de necessidades interligadas que até então não eram percebidas e atendidas pelo enfermeiro, em detrimento do pensamento mutilador<sup>(40)</sup>. Assim, frente ao entendimento ampliado das situações, o cuidado de enfermagem pode abranger um olhar, na tríade morte-morrer-existência, apto a desenvolver suas atividades sem que haja banalização e aversão à assistência.

Assim, situar o cuidado de enfermagem, enquanto processo complexo, mostra-se como fundamental, para que se proporcione a (re)ligação dos fenômenos. Frente a isso, a negação da morte e a obstinação terapêutica por parte dos profissionais parecem ser reflexo dos valores sociais, exemplificados pela valorização da saúde, fortalecendo a inquestionabilidade de tratamentos de cura em pacientes em processo de morrer e de morte<sup>(37)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta revisão, foi possível (re)construir um modelo teórico de cuidado capaz de aprofundar e ampliar os conhecimentos existentes acerca da morte e do processo de morte-morrer no tangente da enfermagem. Com isso, refletir a temática sob uma perspectiva complexa permite a ruptura de paradigmas enraizados no cuidado de enfermagem.

Nessa perspectiva, ressalta-se que o cuidado fragmentado necessita emergencialmente perder espaço para o olhar ampliado, sistêmico e complexo. No entanto, conforme percebeu-se a partir deste estudo, ele ainda existe e se faz presente nos mais diversos contextos e cenários. Ou seja, entende-se que o processo de formação do enfermeiro requer de uma maior abordagem acerca da morte e do processo de morte-morrer enquanto fenômenos complexos, o que possivelmente amenizaria as reproduções dos saberes parcelados na assistência.

Frente a isso, apresenta-se como principal limitação a dificuldade de se encontrar estudos que abordem a morte como foco central de entendimento, discussão e cuidado, e não como resultado final de uma patologia. Dessa forma, este estudo contribui para a área da enfermagem no intuito de propor um levantamento do que já está produzido, porém, sob a perspectiva da complexidade, a criação de um modelo teórico de cuidado proporciona uma nova visão, uma nova perspectiva do fenômeno morte e do processo de morte-morrer.

## REFERÊNCIAS

1. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ªed.rev. São Paulo, Cortez: Brasília (DF): UNESCO, 2011. 102p.
2. Carvalho KK, Lunardi VL, Silva PA, Vasques TCS, Amestoy SC. Educational process in palliative care and the thought reform. *Investigación y Educación en Enfermería (Online)* [Internet]. 2017 [cited 2018 october 30] 35(1). Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105250003003> DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a03>
3. Alencar DC, Carvalho AT, Macedo RL, Amorim AMNE, Martins AKL, Gouveia MTO. Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase. *Rev Fun Care (Online)* [internet]. 2017 [cited 2018 october 30] 9(4). Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5725/pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4>.
4. Morin E. A via para o futuro da humanidade. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2013. 392p.
5. Morin E. O método II: a vida da vida. Porto Alegre (RS): Sulina, 2005. 527p.
6. Glaser BG, Strauss AL. Awareness of dying. Reprint. Chicaco: Aldine Pub.Co. Eighth printing. 2009. 305p.

7. Kübler-ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9ª ed. São Paulo (SP): Editora WMF Martins Fontes, 2008. 296p.
8. Morin E. O método 5: a humanidade da humanidade. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2007. 309p.
9. Caldeira ALG, Souza DLB, Bedaque HP. Estudos qualitativos em saúde, In: Bedaque HP, Bezerra ELM. (Org). Descomplicando MBE: uma abordagem prática da medicina baseada em evidências. – Natal (RN): Editora Caule de Papiro, 2018. 310p. p. 53-61.
10. Centre for reviews and dissemination. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. University of York. [Internet] 2009 [cited 2018 october 30]. Available from: <https://www.york.ac.uk/crd/guidance/>
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. (Online) [Internet] 2009 [cited 2018 october 30] 6(7). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072> DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097
12. Nunes GLA, Bedaque HP, Cardoso MA. Revisão sistemática. In: Bedaque HP, Bezerra ELM. (Org). Descomplicando MBE: uma abordagem prática da medicina baseada em evidências. – Natal (RN): Editora Caule de Papiro, 2018. 310p. p. 101-110.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE–Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. 72 p. Available from: [http://conitec.gov.br/images/Artigos\\_Publicacoes/Diretrizes/GRADE.pdf](http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/GRADE.pdf).
14. Moraes R, Galiuzzi MC. Análise textual discursiva. 2ªed. rev. Ijuí (RS): Ed. Unijuí, 2011. 224p.
15. Brasil. Ministério da Justiça. Legislação sobre direitos autorais. (Online) [Internet] 1998. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm)
16. Vega PP, Rodriguez RG, Galdamez NS, Molina CF, Orellana JS, Villanueva AS. et al. Supporting in grief and burnout of the nursing team from pediatric units in Chilean hospitals. Rev Esc Enferm USP. (Online) [Internet] 2015 [cited 2018 october 30] 51(e03289). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-S1980-220X2017004303289.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017004303289>
17. Bastos RA, Quintana AM, Carnevale F. Psychological Distress Experienced by Nurses who Work with Patients in Death Process: A Clinical-Qualitative Study. Trends Psychol. (Online)[Internet] 2018 [cited 2018 october 30] 26(2). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n2/en\\_2358-1883-tpsy-26-02-0795.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n2/en_2358-1883-tpsy-26-02-0795.pdf) DOI: 10.9788/TP2018.2-10En

18. Prado RT, Leite JL, Castro EAB, Silva LJ, Silva IR. Uncovering care for patients in the death/dying process and their families. *Rev Gaúcha Enferm.* (Online) [Internet] 2018 [cited 2018 october 30] 39(e2017- 0011). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rge/v39/en\\_1983-1447-rge-39-e2017-0111.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rge/v39/en_1983-1447-rge-39-e2017-0111.pdf) DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>.
19. Muñoz-pino IP. Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients. *Invest Educ Enferm.* (Online) [Internet] 2014 [cited 2018 october 30] 32(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229907> DOI: 10.1590/S0120-53072014000100010
20. Stayer D, Lockhart JS. Living with dying in the pediatric intensive care unit: a nursing perspective. *American journal of critical care.* (Online) [Internet] 2016 [cited 2018 october 30] 21(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27369034> DOI:10.4037/ajcc2016251
21. Souza LF, Misko MD, Silva L, Poles K, Santos MR, Bousso RS. Dignified death for children: perceptions of nurses from an oncology unit. *Rev Esc Enferm USP.* (Online) [Internet] 2013 [cited 2018 october 30] 47(1). Available from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/52849/56751> DOI:10.1590/S0080-62342013000100004
22. Abdollahimohammad A, Firouzkouhi M, Amrollahimishvan F, Alimohammadi N. Nurses versus physicians' knowledge, attitude, and performance on care for the family members of dying patients. *Korean J Med Educ.* (Online) [Internet] 2016 [cited 2018 october 30] 28(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26838571> DOI: 10.3946/kjme.2016.12
23. Betancur MAL. Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function. *Invest Educ Enferm.* (Online)[Internet] 2015 [cited 2018 october 30] 33(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26535850> DOI: 10.1590/S0120-53072015000200012
24. Adams JA, Anderson RA, Docherty SL, Tulsy JA, Steinhauer KE, Bailey Jr DE. Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart Lung.* (Online) [Internet] 2014 [cited 2018 october 30] 43(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24655938> DOI: 10.1016/j.hrtlng.2014.02.001
25. Carmo AS, Oliveira ICS. Criança com câncer em processo de morrer e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia.* (Online) [Internet] 2015 [cited 2018 october 30] 61(2). Available from: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf)
26. Salum MEG, Kahl C, Cunha KS, Koerich C, Santos TO, Erdmann AL. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. *Rev Rene.* (Online) [Internet] 2017 [cited 2018 october 30] 18(4). Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20280> DOI:10.15253/rev%20rene.v18i4.20280

27. Alencar DC, Carvalho AT, Macedo RL, Amorim AMNE, Martins AKL, Gouveia MTO. Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase. *Rev Fun Care (Online)* [Internet] 2017 [cited 2018 october 30] 9(4). Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754110018.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4>
28. Cordeiro EA, Ferreira MA, Melo CF. Approaching of “hazards of the profession”: nursing undergraduate perception on death and dying. *Rev enferm UFPE on line. (Online)* [Internet] 2015 [cited 2018 october 30] 9(6). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10582> DOI: 10.5205/1981-8963-v9i6a10582p8228-8234-2015
29. Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens RG. Chinese oncology nurses’ experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies. (Online)* [Internet] 2015 [cited 2018 october 30] 52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25445033> DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009
30. Ek K, Westin L, Prah C, Osterlind J, Strang S, Bergh I, et al. Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students’ descriptive experiences. *International Journal of Palliative Nursing. (Online)* [Internet] 2014 [cited 2018 october 30] 20(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25350217> DOI: 10.12968/ijpn.2014.20.10.509
31. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. Emergency and palliative care nurses’ levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal. (Online)*[Internet] 2013 [cited 2018 october 30] 16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24199900> DOI: 10.1016/j.aenj.2013.08.001
32. Diel PKV, Gomes GC, Xavier DM, Salvador MS, Oliveira SM. Nurses’ experiences before the death at the neonatal intensive care unit. *J Nurs UFPE on line. (Online)* [Internet] 2013 [cited 2018 october 30] 7(4). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11583> DOI: 10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201302
33. Iranmanesh S, Razban F, Nejad AT, Ghazanfari Z. Nurses’ professional autonomy and attitudes toward caring for dying patients in South-East Iran. *International Journal of Palliative Nursing. (Online)* [Internet] 2014 [cited 2018 october 30] 20(6). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/264093185\\_Nurses'\\_professional\\_autonomy\\_and\\_attitudes\\_toward\\_caring\\_for\\_dying\\_patients\\_in\\_South-East\\_Iran](https://www.researchgate.net/publication/264093185_Nurses'_professional_autonomy_and_attitudes_toward_caring_for_dying_patients_in_South-East_Iran) DOI: 10.12968/ijpn.2014.20.6.294
34. Copelli FHS, Oliveira R JT, Oliveira CMS, Meirelles BHS, Mello ALSF, Magalhaes ALPO. Pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. *Aquichan. (Online)* [Internet] 2016 [cited 2018 october 30] 16(4). Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74148832008.pdf> Doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.8
35. Piexak DR, Backes DS, Backes MS, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Gautério DP. Divergences and convergences between nurses' care and other professionals' care. *Revista*

Cubana de Enfermería. (Online) [Internet] 2017 [cited 2018 october 30] 33(1). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/416/229>

36. Dias MV, Backes DS, Barlem ELD, Backes MTS, Lunardi VL, Souza MHT. Nursing undergraduate education in relation to the death-dying process: perceptions in light of the complex thinking. *Rev Gaúcha Enferm.* (Online) [Internet] 2014 [cited 2018 october 30] 35(4). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/f/v35n4/1983-1447-rge/f-35-04-00079.pdf> DOI: 10.1590/1983- 1447.2014.04.45177

37. Carvalho KK, Lunardi VL, Silva PA, Vasques TCS, Amestoy SC. (Lack of) Care in terminality, palliative care and the necessary reform of thought. *Rev enferm UFPE on line.* (Online Internet] 2016 [cited 2018 october 30] 10(7). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11333/13033> DOI: 10.5205/reuol.9106-80230-1-SM1007201651

38. Glaser BG, Strauss AL. *Time for dying*. Reprint. Chicago: Aldine Pub. Co. Second printing. 2007. 270p.

39. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 19ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2011a. 128p.

40. Morin E. *Ensinar a viver: manifesto para mudar a educação*. Porto Alegre (RS): Sulina, 2015. 183p.

41. Rosembarque JOC, Silva PS. Death: reflections for nursing care in the hospital space. *Rev enferm UFPE on line.* (Online) [Internet] 2017 [cited 2018 october 30] 11(10). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234497/27703> DOI: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201720

42. Morin E. *Para onde vai o mundo?* 3ªed. Petrópolis(RJ):Vozes, 2012. 72p.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados emergidos neste estudo, apresentados ao longo da tese, permitiram aprofundar os conhecimentos acerca da morte e do processo de morte-morrer para a enfermagem. Nessa perspectiva, a (re)significação da compreensão da morte e do processo de morte-morrer à luz do pensamento complexo foi possível a partir da análise das evidências científicas para o melhor cuidado de enfermagem, da análise da atitude frente à morte e ao processo de morte-morrer e do desenvolvimento de um modelo teórico de cuidado de enfermagem à luz do pensamento complexo.

Nessa perspectiva, ressalta-se que o cuidado de enfermagem fragmentado vem gradativamente e emergencialmente perdendo espaço para o olhar ampliado, sistêmico e complexo. No entanto, conforme percebeu-se a partir desta revisão sistemática da literatura, ele ainda existe e se faz presente nos mais diversos contextos. No entanto, propõe-se um olhar complexo acerca dos fenômenos que permeiam o cuidado de enfermagem no intuito de que novos conceitos e compreensões sejam identificados e potencializados.

No contexto da morte e do processo de morte-morrer, ainda há caminhos a se percorrer, visto que, de acordo com os achados deste estudo, a enfermagem enquanto equipe, ainda percebe este fenômeno como ruptura do processo de viver. Ou seja, não compreende a morte enquanto processo dialógico, integrado ao ciclo vital de qualquer ser humano e sua rede de apoio. Ainda, sentimentos como angústia, medo, frustração, raiva e estresse são expostos como aspectos que acompanham a morte e o processo de morte-morrer na prática diária do cuidado de enfermagem.

Frente a isso, a criação de espaços para discussões fundamentados em referenciais que abarquem a complexidade em sua essência e que permitam a ampliação dos conceitos e quebra dos paradigmas redutores mostra-se como uma solicitação dos participantes dos estudos primários. No entanto, não é apenas no ambiente de trabalho que é necessário ocorrer uma mudança. O problema estende-se à base, ao processo de educação do ser humano e do processo de formação do enfermeiro. Ainda se afasta a morte da convivência diária da população na mesma intensidade que a formação em saúde, e também em enfermagem, preconiza um modelo biomédico e cartesiano de pensamento, fundamentado no prolongamento e manutenção da vida, cura das doenças e prevenção das mortes.

Nesse contexto, compreender a morte e o processo de morte-morrer do ser humano, na perspectiva da enfermagem, impulsiona um cuidado ampliado. Este, por sua vez, será capaz

de alcançar e atender o ser humano em sua integralidade, bem como sua rede de convivência e apoio. No entanto, novos estudos, fundamentados em referenciais agregadores e ampliados necessitam emergir da enfermagem, no intuito de que se evolua mundialmente para o melhor cuidado de enfermagem, formulado em caráter individual ao mesmo tempo que multidirecional.

Frente ao exposto, permite-se confirmar a tese de que **a (re)significação do fenômeno da morte, na perspectiva do pensamento complexo, permite desenvolver um modelo teórico capaz de ampliar e horizontalizar o cuidado de enfermagem frente ao processo de morte-morrer.**

Deste modo, ressalta-se como uma limitação deste estudo a dificuldade de se encontrar produções científicas acerca da morte e do processo de morte-morrer em um contexto que não seja a partir de um vínculo acadêmico. Talvez os pensamentos já postos da prática permutam do fato de que os bloqueios burocráticos e financeiros não permitam o fácil acesso de algumas produções científicas pertinentes por parte dos enfermeiros assistenciais. Outro fator limitante foi a ausência de estudos que abordassem a morte e o processo de morte-morrer em um contexto não patológico, mas como social para a enfermagem.

Há uma necessidade de se ampliar os conceitos que permeiam a temática, não a reduzindo como evento final de uma doença. Dessa forma, este estudo contribui para a área da enfermagem no intuito de propor um levantamento do que já se produziu, porém, proporciona uma nova visão, uma nova perspectiva do fenômeno morte e do processo de morte-morrer.

## REFERÊNCIAS

ABDOLLAHIMOHAMMAD, A. et al. Nurses versus physicians' knowledge, attitude, and performance on care for the family members of dying patients. **Korean J Med Educ.** v. 28, n. 1, p. 79-85, 2016.

ADAMS, J. A. et al. Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. **Heart Lung.** v. 43, n. 5, p. 406–415, 2014.

ALENCAR, D. C. et al. Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal. **Rev Fun Care Online.** v.9, n.4, p. 1015-1020, 2017.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa.** 2ª ed. São Paulo (SP): Cengage Learning, 2012. 226p.

BASTOS, R. A.; QUINTANA, A. M.; CARNEVALE, F. Angústias psicológicas vivenciadas por enfermeiros no trabalho com pacientes em processo de morte: estudo clínico-qualitativo. **Trends Psychol.** v. 26, n. 2, p.795-805, 2018.

BETANCUR, M. A. L. Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function. **Invest Educ Enferm.** v. 33, n. 2, p. 297-304, 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Legislação sobre direitos autorais.** 1998. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm)>. Acesso em: 31 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde.** – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. 72 p. Disponível em <[http://conitec.gov.br/images/Artigos\\_Publicacoes/Diretrizes/GRADE.pdf](http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/GRADE.pdf)>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BRUM, C. N; ZUGE, S. S. Revisão sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática.** Porto Alegre (RS): Moriá. 2016. p. 77-95.

CALDEIRA, A. L. G.; SOUZA, D. L. B.; BEDAQUE, H. P. Estudos qualitativos em saúde, In: BEDAQUE, H. P.; BEZERRA, E. L. M. (Org). **Descomplicando MBE: uma abordagem prática da medicina baseada em evidências.** – Natal (RN): Editora Caule de Papiro, 2018. 310p. p. 53-61.

CARMO, S.A.; OLIVEIRA, I. C. S. Criança com câncer em processo de morrer e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 61, n. 2, p. 131-138, 2015.

CARVALHO, K. K. et al. (Des)cuidado na terminalidade, cuidados paliativos e a necessária reforma do pensamento. **Rev enferm UFPE on line.** v.10, n.7, p. 2720-2730, 2016.

\_\_\_\_\_. Educational process in palliative care and the overhaul of thinking. **Invest. Educ. Enferm.** v. 35, n. 1, p. 17-25, 2017.

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. **Systematic reviews: CRD's guidance** for undertaking reviews in health care. University of York, 2009. Disponível em: <<https://www.york.ac.uk/crd/guidance/>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

COPELLI, F. H. S. et al. O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. **Aquichan.** v. 16, n. 4, p. 501-512, 2016.

CORDEIRO, E. A.; FERREIRA, M. A.; MELO, C. F. Aproximando-se dos “ossos do ofício”: percepção de graduandos de enfermagem sobre morte e morrer. **Rev enferm UFPE on line.** v. 9, n. 6, p. 8228-8234, 2015.

COSTA, M. C. M. et al. Comunicação de uma má notícia: o diagnóstico de câncer na perspectiva de pacientes e profissionais. **Rev enferm UFPE on line.** v. 11, n. Supl.8, p. 3214-3221, 2017.

DIAS, M. V. et al. Acolhimento e vínculo no serviço oncológico ambulatorial: uma estratégia para o cuidado de enfermagem. In: ZAMBERLAN, C.; RANGEL, R. F.; COSTENARO, R. G. S. (Org) **Conhecimento clínico aplicado à enfermagem.** Porto Alegre (RS): Moriá, 2013. p. 33-47.

\_\_\_\_\_. Aproximação do pensamento complexo ao cuidado de enfermagem: Uma perspectiva moriniana. In: CALLONI, H. (Org) **Educação ambiental e complexidade: ensaios – tomo 1.** Porto Alegre (RS): Editora Fi, 2017. p. 113-120.

\_\_\_\_\_. Cuidado de enfermagem à família que vivencia o processo de morte e morrer: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line.** v. 9, n. 9, p. 9301-9305, 2015.

\_\_\_\_\_. Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: percepções à luz do pensamento complexo. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 35, n. 4, p. 79-85, 2014.

DIEL, P. K. V. et al. Nurses' experiences before the death at the neonatal intensive care unit. **J Nurs UFPE on line.** v. 7, n. 4, p. 1081-1089, 2013.

EK, K. et al. Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences. **International Journal of Palliative Nursing.** v. 20, n. 10, p. 509-515, 2014.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos, seguido de, Envelhecer e morrer.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001. 107p.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **Awareness of dying.** Reprint. Chicaco: Aldine Pub. Co. Eighth printing. 2009. 305p.

\_\_\_\_\_. **Time for dying.** Reprint. Chicaco: Aldine Pub. Co. Second printing. 2007. 270p.

GONÇALVES, C. G.; BITTAR, C. M. L. Estratégias de enfrentamento no luto. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. v. 24, n. 1, p. 39-44, 2016.

IRANMANESH, S. et al. Nurses' professional autonomy and attitudes toward caring for dying patients in South-East Iran. **International Journal of Palliative Nursing**. v. 20, n. 6, p. 294-300, 2014.

KÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida: memórias do viver e do morrer**. Rio de Janeiro (RJ): Sextante, 1998. 313p.

\_\_\_\_\_. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 9ª ed. São Paulo (SP): Editora WMF Martins Fontes, 2008. 296p.

MELO, A. D. et al. Metanálise. In: BEDAQUE, H. P.; BEZERRA, E. L. M. (Org). **Descomplicando MBE: uma abordagem prática da medicina baseada em evidências**. – Natal (RN): Editora Caule de Papiro, 2018. 310p. p. 111-118.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **PLoS Med** v. 6, n. 7, p. 1-6, 2009.

MONTEIRO, M. C.; MAGALHÃES, A. S.; MACHADO, R. N. A morte em cena na UTI: Família diante da terminalidade. **Temas em Psicologia**. v. 25, n. 3, p. 1285-1299, 2017.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 2ª ed. rev. Ijuí (RS): Ed. Unijuí, 2011. 224p.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 19ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2011a. 128p.

\_\_\_\_\_. **A via para o futuro da humanidade**. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2013. 392p.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. Ed. revista e modificada pelo autor. 14ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2010. 350p.

\_\_\_\_\_. **Ensinar a viver: manifesto para mudar a educação**. Porto Alegre (RS): Sulina, 2015. 183p.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento complexo**. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2011b. 120p.

\_\_\_\_\_. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro (RJ): Imago, 1997. 356p.

\_\_\_\_\_. **O método 1: a natureza da natureza**. Porto Alegre (RS): Sulina, 2ª ed. 2008. 479p.

\_\_\_\_\_. **O método 5: a humanidade da humanidade**. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2007. 309p.

\_\_\_\_\_. **O método II: a vida da vida.** Porto Alegre (RS): Sulina, 2005. 527p.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 2ª ed. rev. São Paulo, Cortez: Brasília (DF): UNESCO, 2011c. 102p.

\_\_\_\_\_. **Para onde vai o mundo?** 3ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012. 72p.

MUÑOZ-PINO, I. P. Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients. **Invest Educ Enferm.** v. 32, n. 1, p. 87-94, 2014.

NUNES, E. C. D. A.; SANTOS, A. A. Desafios de ensino-aprendizagem da Enfermagem para o cuidado frente ao morrer humano- percepções docentes. **Esc Anna Nery.** v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017.

NUNES, G. L. A.; BEDAQUE, H. P.; CARDOSO, M. A. Revisão sistemática. In: BEDAQUE, H. P.; BEZERRA, E. L. M. (Org). **Descomplicando MBE: uma abordagem prática da medicina baseada em evidências.** – Natal (RN): Editora Caule de Papiro, 2018. 310p. p. 101-110.

PETERS, L. et al. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. **Australasian Emergency Nursing Journal.** v. 16, p. 152-159, 2013.

PETRAGLIA, I. **Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber.** 11ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010. 126p.

PIEXAK, D. R. et al. Cuidado de enfermagem na perspectiva da teoria da complexidade: Algumas reflexões. **Cadernos de saúde pública.** v. 4, n. 2, p. 81-90, 2014.

\_\_\_\_\_. Divergências e convergências entre o cuidado enfermeiro e o cuidado dos demais profissionais. **Revista Cubana de Enfermería.** v. 33, n. 1, p. 1-12, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011. 669p.

PRADO, R. T. et al. Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 39, n. e, p. 1-9, 2018.

ROSEMBARQUE, J. O. C; SILVA, P. S. Morte: reflexões para o cuidado de enfermagem no espaço hospitalar. **Rev enferm UFPE on line.** v. 11, n. Supl. 10, p. 3662-3671, 2017.

SALUM, M. E. G. et al. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. **Rev Rene.** v. 18, n. 4, p. 528-535, 2017.

SOUZA, L. F. et al. Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. **Rev Esc Enferm USP.** v. 47, n. 1, p. 30-37, 2013.

STAYER, D.; LOCKHART, J. S. Living with dying in the pediatric intensive care unit: a nursing perspective. **American journal of critical care.** v. 21, n. 4, p. 350-356, 2016.

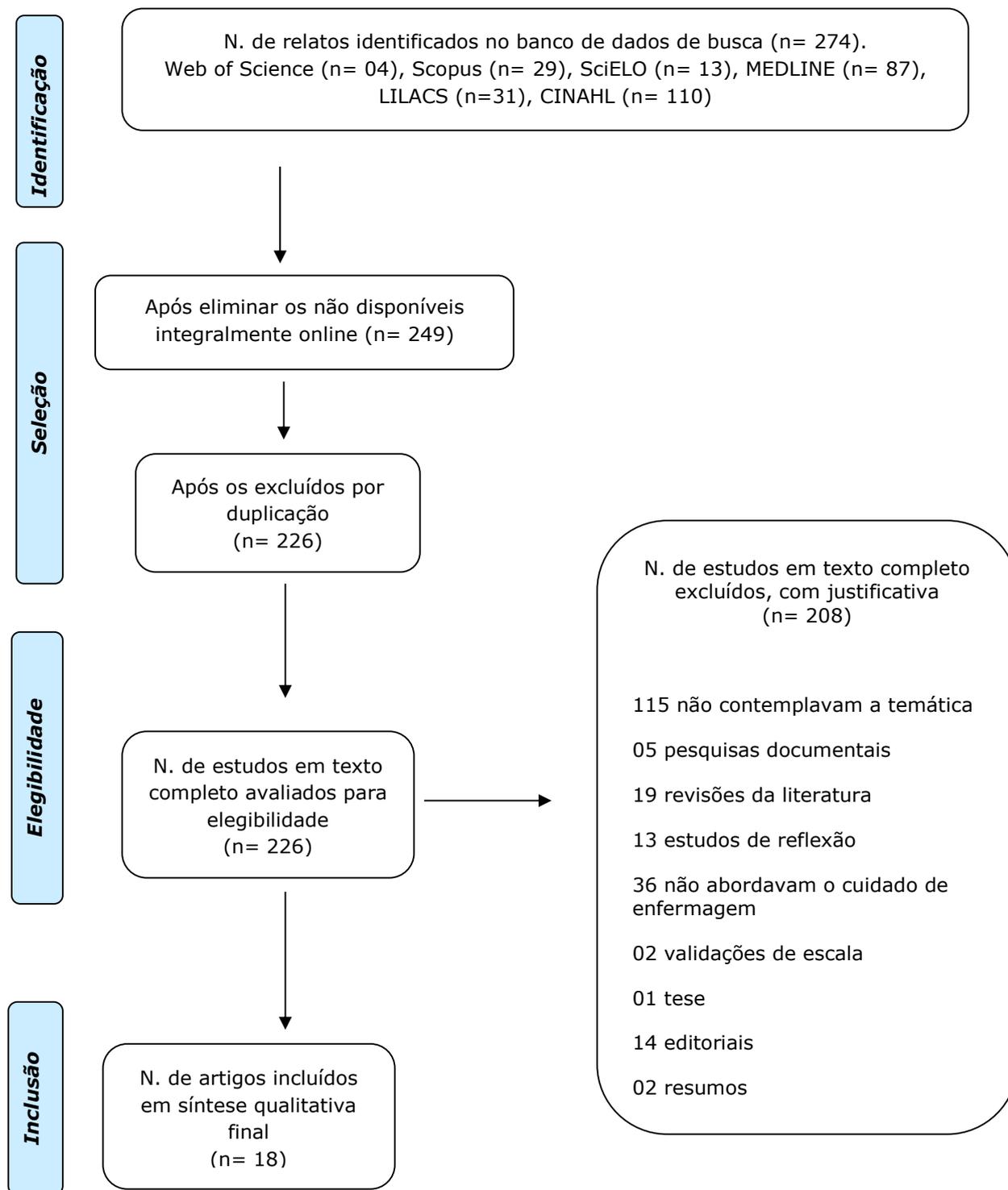
TAMADA, J. K. T. et al. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. **Rev Med (São Paulo)**. v. 96, p. 2, p. 81-87, 2017.

VEGA, P. P. et al. Supporting in grief and burnout of the nursing team from pediatric units in Chilean hospitals. **Rev Esc Enferm USP**. v. 51, n. 3289, p. 1-6, 2015.

ZHENG, R. et al. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**. v. 52, p. 288-296, 2015.

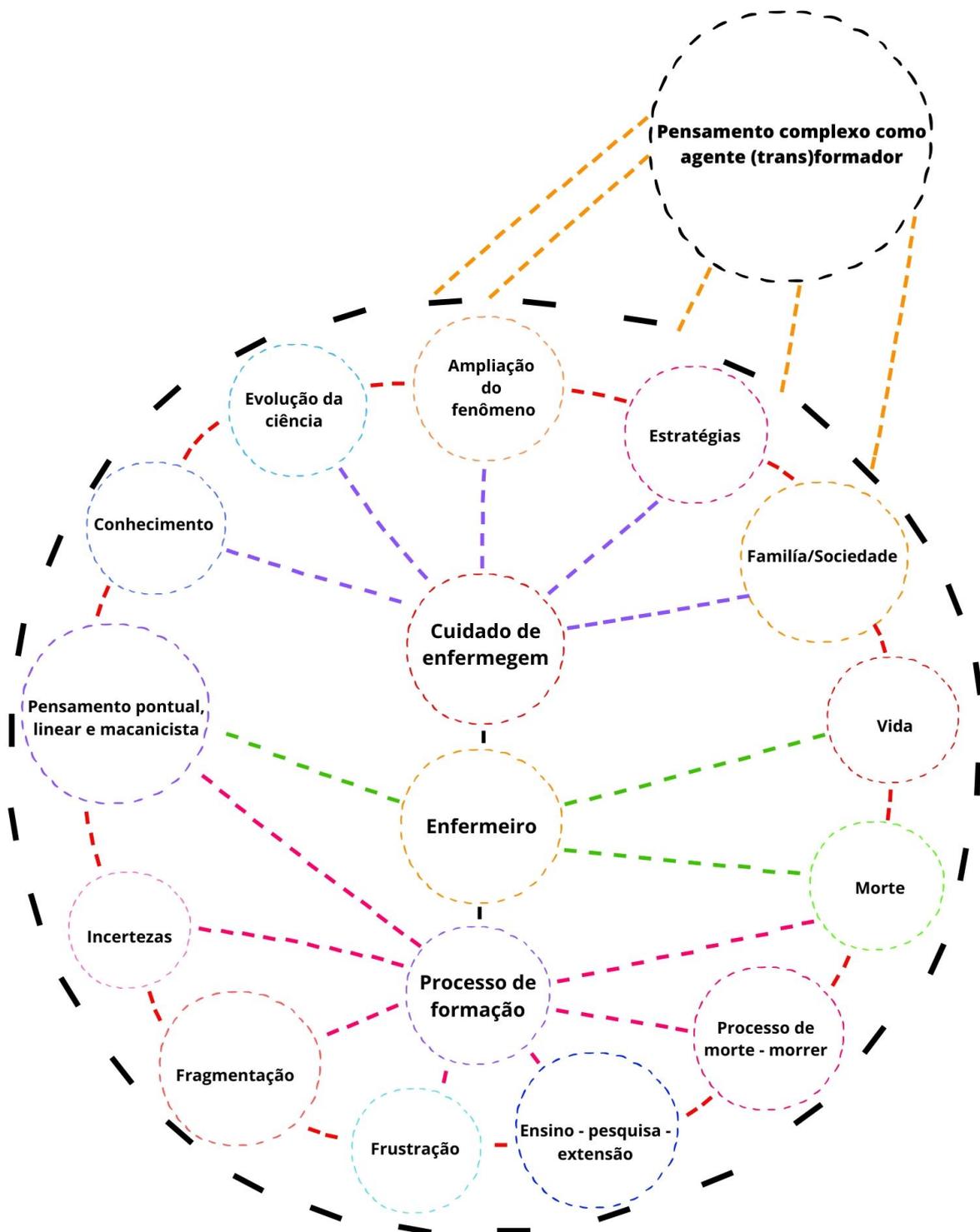
## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I- Fluxograma explicativo da seleção dos artigos baseado no modelo PRISMA.**



Fonte: Elaborado pelos autores.

APÊNDICE II- Modelo teórico complexo de cuidado de enfermagem.



Fonte: Elaborado pelos autores.

## **ANEXOS**

**ANEXO I- Check-list** desenvolvido pelo grupo PRISMA e associados.

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	

Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I <sup>2</sup> ) for each meta-analysis.	
----------------------	----	--	--

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
<b>RESULTS</b>			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
<b>FUNDING</b>			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

Fonte: MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **PLoS Med** v. 6, n. 7, p. 1-6, 2009.

## ANEXO II- Busca realizada na *Web of Science*.

Portal .periodicos. CAPES x Web of Science [v.5.30] - x Matheus

Não seguro | apps-webofknowledge.ez40.periodicos.capes.gov.br/Search.do?product=WOS&SID=7Dq25UkKVLXWmdLI9La&search\_mode=AdvancedSearch&prID=5562638...

Web of Science InCites Journal Citation Reports Essential Science Indicators EndNote Publons Sign In Help English

# Web of Science

Clarivate Analytics

Search Tools Searches and alerts Search History Marked List

**Results: 4**  
(from Web of Science Core Collection)

You searched for: TS=(death AND "attitude to death" AND nursing)  
Refined by: PUBLICATION YEARS: ( 2018 OR 2013 OR 2017 OR 2016 OR 2015 OR 2014 ) AND DOCUMENT TYPES: ( ARTICLE ) AND LANGUAGES: ( ENGLISH OR SPANISH OR PORTUGUESE ) AND Open Access: ( OPEN ACCESS )  
Timespan: All years. Indexes: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI.  
...Less  
Create Alert

Refine Results

Search within results for...

Sort by: Date Times Cited Usage Count Relevance More

Page 1 of 1

Select Page 5K Save to EndNote online Add to Marked List Create Citation Report Analyze Results

1. **The process of death and dying: challenges in nursing care for patients and family members**  
By: Grams Salum, Maria Eduarda; Kahl, Carolina; da Cunha, Kamylla Santos; et al.  
REVISTA DA REDE DE ENFERMAGEM DO NORDESTE Volume: 18 Issue: 4 Pages: 528-535 Published: JUL-AUG 2017  
Free Full Text from Publisher View Abstract
2. **Supporting in grief and burnout of the nursing team from pediatric units in Chilean hospitals**  
By: Vega Vega, Paula; Gonzalez Rodriguez, Rina; Santibanez Galdamez, Natalie; et al.  
REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP Volume: 51 Article Number: e03289 Published: 2017  
Free Full Text from Publisher View Abstract
3. **Factors Influencing Post-traumatic Stress in Korean Forensic Science Investigators**  
By: Yoo, Yang-Sook; Cho, Ok-Hee; Cha, Kyeong-Sook; et al.  
ASIAN NURSING RESEARCH Volume: 7 Issue: 3 Pages: 136-141 Published: SEP 2013  
Free Full Text from Publisher View Abstract

Times Cited: 0 (from Web of Science Core Collection) Usage Count

Times Cited: 0 (from Web of Science Core Collection) Usage Count

Times Cited: 5 (from Web of Science Core Collection) Usage Count

ANEXO III- Busca realizada na Scopus.

Portal .periodicos. CAPES x Scopus - Document search x

Seguro | https://www-scopus.ez40.periodicos.capes.gov.br/results/results.uri?sort=plf-f&src=s&nlo=&nls=&sid=c62a3d0b4a418878edc2a46dba892b11&sot=a&sdt=cl&cluster=sco...

Scopus Search Sources Alerts Lists Help v SciVal Register > Login v

## 29 document results

View secondary documents

("death") AND ("attitude to death") AND ("nursing") AND ( LIMIT-TO (ACCESSTYPE(OA))) AND ( LIMIT-TO ( PUBYEAR, 2018 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR, 2017 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR, 2016 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR, 2015 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR, 2014 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR, 2013 ))

Edit Save Set alert Set feed

Search within results... Analyze search results Show all abstracts Sort on: Date (newest)

Limit to Exclude

Access type (i) ^

Open Access (29) >

Year ^

	Document title	Authors	Year	Source	Cited by
<input type="checkbox"/> 1	Support needs and experiences of people bereaved by suicide: Qualitative findings from a cross-sectional british study of bereaved young adults <a href="#">Open Access</a>	Pitman, A., De Souza, T., Putri, A.K., (...), Osborn, D., Morant, N.	2018	International Journal of Environmental Research and Public Health	2
				15(4),666	

## ANEXO IV- Busca realizada na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

The screenshot shows a web browser window with the URL [www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/](http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/). The page features the SciELO logo and navigation buttons for 'períódicos' and 'artigos'. Below these are search filters: 'alfa assunto pesquisa' and 'autor assunto pesquisa'. The main heading is 'Coleção da biblioteca'. A navigation bar includes buttons for 'sua seleção', 'enviar resultado', 'nova pesquisa', 'config', and 'fim da página'. The search criteria are: 'Base de dados : article', 'Pesquisa : ( MORTE ) and ATITUDE FRENTE A MORTE [Todos os índices] and ENFERMAGEM [Todos os índices] and 2013 or 2014 or 2015 or 2016 or 2017 or 2018 [Todos os índices]', and 'Referências encontradas : 13 [refinar]'. The results are displayed in a list format, showing 'Mostrando: 1 .. 10 no formato [ISO 690]'. The first three results are visible, each with a selection checkbox, a print icon, and a 'para imprimir' label. The first result is by Bastos, Rodrigo Almeida, Quintana, Alberto Manuel and Carnevale, Franco, titled 'Angústias Psicológicas Vivenciadas por Enfermeiros no Trabalho com Pacientes em Processo de Morte: Estudo Clínico-Qualitativo'. The second result is by Brandalise, Vitor Bastos et al., titled 'Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário'. The third result is by Prado, Roberta Teixeira et al., titled 'Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias'.

SciELO

períódicos artigos

alfa assunto pesquisa autor assunto pesquisa

### Coleção da biblioteca

sua seleção enviar resultado nova pesquisa config fim da página

Base de dados : article

Pesquisa : ( MORTE ) and ATITUDE FRENTE A MORTE [Todos os índices] and ENFERMAGEM [Todos os índices] and 2013 or 2014 or 2015 or 2016 or 2017 or 2018 [Todos os índices]

Referências encontradas : 13 [refinar]

Mostrando: 1 .. 10 no formato [ISO 690]

página 1 de 2 ir para página 1 2

---

1 / 13

seleciona

para imprimir

Bastos, Rodrigo Almeida, Quintana, Alberto Manuel and Carnevale, Franco **Angústias Psicológicas Vivenciadas por Enfermeiros no Trabalho com Pacientes em Processo de Morte: Estudo Clínico-Qualitativo.** *Trends Psychol.*, Jun 2018, vol.26, no.2, p.795-805. ISSN 2358-1883

- [resumo em português](#) | [espanhol](#) | [inglês](#) • [texto em português](#)

---

2 / 13

seleciona

para imprimir

Brandalise, Vitor Bastos et al. **Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário.** *Rev. Bioét.*, Jun 2018, vol.26, no.2, p.217-227. ISSN 1983-8042

- [resumo em português](#) | [inglês](#) | [espanhol](#) • [texto em português](#)

---

3 / 13

seleciona

para imprimir

Prado, Roberta Teixeira et al. **Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias.** *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2018, vol.39. ISSN 1983-1447

- [resumo em português](#) | [espanhol](#) | [inglês](#) • [texto em português](#)

ANEXO V- Busca realizada na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

The screenshot displays a PubMed search interface with the following elements:

- Search Bar:** Contains the query `(\"death\") AND \"attitude to death\" AND \"nursing\"`.
- Filters:** Includes options for Article types (Clinical Trial, Review, etc.), Text availability (Free full text), Publication dates (From 2013/01/01 to 2018/12/31), Species (Humans), and Languages (English, Portuguese, Spanish).
- Best matches section:**
  - [Who listens to parents and is anything done?](#) - Mander R et al. Pract Midwife. (2014)
  - [Personal reflection: death brokering for critical care nurses.](#) - Bajer L et al. Dimens Crit Care Nurs. (2012)
  - [The challenges patients experience in speaking about death: a guide for home healthcare and hospice clinicians.](#) - Rabbetts L et al. Home Healthc Nurse. (2013)
- Search results:** Shows 1 to 20 of 87 items. The first result is:
  - [Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly.](#) - Mohammadpour A, Sadeghmoghadam L, Shareinia H, Jahani S, Amiri F. Clin Interv Aging. 2018 Mar 15;13:405-410. doi: 10.2147/CIA.S150697. eCollection 2018. PMID: 29588578 Free PMC Article
- Search details:** Shows the search query: `(\"death\"[All Fields] AND \"attitude to death\"[All Fields]) AND \"nursing\" [All Fields] AND (\"[!oattrfree full text\"[sb] AND (\"2013/01/01\"[PDAT] :`

## ANEXO VI- Busca realizada na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

LILACS - Resultado página x

Não seguro | bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/

**bvs**  
biblioteca  
virtual em saúde

**Pesquisa em bases de dados**

SUA SELEÇÃO >> ENVIAR RESULTADO NOVA PESQUISA CONFIG FIM DA PÁGINA

Base de dados: LILACS  
Pesquisa: ( ( "MORTE" ) and "ATITUDE FRENTE A MORTE" ) and "ENFERMAGEM" [Palavras] and "2013" or "2014" or "2015" or "2016" or "2017" or "2018" [País, ano de publicação]

Referências encontradas: 31 [refinar]  
Mostrando: 1 .. 10 no formato [Detalhado]

página 1 de 4 ir para página 1 2 3 4

1 / 31 LILACS

seleciona  
 para imprimir  
 Fotocópia  
 Texto completo  
 Texto completo

**Id:** biblio-908501  
**Autor:** Alencar, Delmo de Carvalho; Carvalho, Antonia Taísa de; Macedo, Rejane Lopes de; Amorim, Ana Maria Neiva Eulálio; Martins, Álissan Karine Lima; Gouveia, Marcia Teles de Oliveira.  
**Título:** Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal / Sentimientos de enfermeros que trabajan con pacientes con cáncer enfase terminal / Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase  
**Fonte:** [Rev. pesqui. cuid. fundam. \(Online\)](#);9(4):1015-1020, out.-dez. 2017.  
**Idioma:** en; pt.  
**Resumo:** Objetivo: Identificar os sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal. Métodos: Pesquisa qualitativa, realizada com dez enfermeiros do setor de oncologia de um hospital de Teresina, Piauí, Brasil. Coleta de dados realizada por meio de entrevista semiestruturada, submetida à análise temática. Obtenção de parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santo Agostinho, conforme Parecer nº 350/2010. Resultados: Para os enfermeiros, uma das maiores ansiedades enfrentadas é lidar com a morte, vista como fenômeno doloroso e de difícil aceitação. A maioria dos profissionais admitiu o despreparo no manejo e enfrentamento desta condição, experienciando de forma conflituosa, amarga e cruel tal vivência.

## ANEXO VII- Busca realizada na *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*.

The screenshot displays the EBSCOhost search results page. At the top, the browser address bar shows the URL: [web.a-ebsohost-com.ez40.periodicos.capes.gov.br/ehost/resultsadvanced?vid=7&sid=b4f4a138-355d-482c-898c-b217a4bd01a8%40sessionmgr4010&bquery=death+AND...](http://web.a-ebsohost-com.ez40.periodicos.capes.gov.br/ehost/resultsadvanced?vid=7&sid=b4f4a138-355d-482c-898c-b217a4bd01a8%40sessionmgr4010&bquery=death+AND...). The search interface includes a navigation bar with options like 'Nova busca', 'Publicações', 'Títulos CINAHL', 'Referências citadas', 'Mais', 'Inscreva-se', 'Pasta', 'Preferências', 'Idiomas', 'Ajuda', and 'Sair'. The search criteria are entered in three fields: 'death', 'attitude to death', and 'nursing', each with a dropdown menu to 'Selecionar um campo (opcional)'. A green 'Buscar' button is present, along with links for 'Criar Alerta' and 'Limpar'. The search results section shows 'Resultados da busca: 1 - 10 de 110'. On the left, a 'Refinar resultados' sidebar lists the current search: 'Boleano/Frase: death AND attitude to death AND nursing', 'Limitadores: Texto completo', 'Data de publicação: 20130101-20181231', and 'Tipos de documentos: Revistas acadêmicas'. The first result is '1. Perception of nursing students about death and dying: literature review.' by Lima Pessoa, Renata; Germano, Raimunda Medeiros; de Menezes, Rejane Maria Paiva; Tourinho, Francis Solange Veira; Malveira, Fernanda Aparecida Soares. It is from the Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 2013 Special Issue, 7(12): 7127-7132. 6p. (Journal Article - research, systematic review) ISSN: 1981-8963. The subject is 'Assuntos: Attitude to Death Evaluation; Student Attitudes Evaluation; Students, Nursing'. There are links for 'Texto completo em PDF' and 'PlumX Metrics'. The second result is '2. Death Perceptions, Death Anxiety, and Attitudes to Death in Oncology'.

*\* UMA VERDADEZINHA \**

*Eu não carrego gadanha nem foice.*

*Só uso um manto preto com capuz quando faz frio.*

*E não tenho aquelas feições de caveira que vocês  
parecem gostar de me atribuir a distância.*

*Quer saber minha verdadeira aparência?*

*Eu ajudo. Procure um espelho enquanto eu continuo.*

*Markus Zusak - A menina que roubava livros -*

