



Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família

The process of death and dying: challenges in nursing care for patients and family members

Maria Eduarda Grams Salum¹, Carolina Kahl¹, Kamylla Santos da Cunha¹, Cintia Koerich¹, Thiago Oliveira dos Santos¹, Alacoque Lorenzini Erdmann¹

Objetivo: compreender as ações e interações suscitadas por enfermeiros no cuidado ao paciente e família em processo de morte e morrer. **Métodos:** pesquisa qualitativa com aporte teórico-metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Foi realizada entrevista individual com 18 participantes, divididos em três grupos amostrais. **Resultados:** ressalta-se fragilidade na formação do enfermeiro sobre o processo de morte-morrer, importância do vínculo enfermeiro-paciente, apoio aos familiares e respeito ao processo de luto. Como estratégias de enfrentamento, a educação permanente, compartilhamento de experiências com pares e apego às crenças espirituais. A empatia aparece como principal desafio, considerando a influência de fatores pessoais e burocráticos. **Conclusão:** destaca-se nas ações e interações suscitadas no cuidado ao paciente e família em processo de morte e morrer a maneira como os enfermeiros respondem aos desafios da atuação profissional, buscando construir vínculo com pacientes e familiares, apoiando e respeitando o processo de luto com base na empatia.

Descritores: Morte; Atitude Frente à Morte; Enfermagem; Hospitais.

Objective: to understand the actions and interactions performed by nurses in caring for patients and their family in the process of death and dying. **Methods:** a qualitative study implementing a theoretical and methodological contribution of Grounded Theory. An individual interview was conducted with 18 participants, divided into three sample groups. **Results:** weakness in nurses' training regarding the death-dying process, the importance of the nurse-patient bond, family members support, and respect for the grieving process is apparent. As coping strategies, ongoing education, sharing experiences with peers and attachment to spiritual beliefs can be emphasized. Empathy appears as the main challenge, considering the influence of personal and bureaucratic factors. **Conclusion:** the way nurses respond to the challenges of their professional performance, seeking to build a bond with patients and families, supporting and respecting their process of mourning based on empathy stand out among the actions and interactions performed in care of the patient and family in the process of death and dying.

Descriptors: Death; Attitude to Death; Nursing; Hospitals.

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

Autor correspondente: Maria Eduarda Grams Salum
Avenida Elizeu di Bernardi, 446 – Campinas, CEP: 88101-050. São José, SC, Brasil. E-mail: dudasalum1@gmail.com

Introdução

A morte é uma construção social formada de experiências pessoais e tem relação direta com os aspectos culturais no qual o indivíduo está inserido. Apesar do homem ter consciência de que sua existência acontece dentro de um ciclo – nascimento, desenvolvimento, velhice e morte – muitos questionamentos existenciais sobre o sentido da vida são levantados quando se vivencia o processo de morte e morrer⁽¹⁻²⁾.

Com o passar das décadas o local da morte foi transferido do domicílio para o hospital, impactando diretamente na estrutura hospitalar, já que a mesma foi desenvolvida para prestar cuidados que tendem a curar a doença⁽³⁾. Profissionais da área da saúde têm a sua formação voltada para o trato e preservação da vida, além das diversas maneiras de recuperar e promover a saúde. A morte, muitas vezes, pode ser encarada como um revés da profissão, reflexo de vulnerabilidade e fraqueza, levando os profissionais a refletirem sobre a finitude da vida, dificultando o enfrentamento da morte^(2,4). Cuidar de pacientes em processo de morte e morrer no âmbito hospitalar é algo usual para a equipe de saúde, em especial para a Enfermagem, que tem como essência da profissão o cuidar, dar suporte, apoio e amparo aos pacientes e familiares que vivenciam o processo de morte e morrer.

Neste sentido, os enfermeiros precisam estar preparados para realizar o cuidado ao paciente em processo de morte e morrer, uma vez que estes requerem dedicação e assistência. Porém, por se tratar de um momento frágil a equipe tende a sentir-se impotente e frustrada, vivenciando a perda de pacientes que a convivência decorrente da internação oportunizou⁽²⁾.

Embora os avanços tecnológicos na área da saúde tenham crescido e influenciado positivamente a forma com que as pessoas morrem atualmente, reflexo direto da necessidade de atendimento especializado e individualizado ao paciente em processo de morte e morrer, não se pode dizer que os avanços na área de pesquisa sobre a prestação da assistência a

pacientes que vivenciam o processo de morte e morrer foram igualmente satisfatórios⁽⁵⁾.

Diante da complexidade e subjetividade do tema, ressalta-se a importância de estudos que oportunizem a reflexão do cuidado ao paciente e família que vivenciam o processo de morte e morrer, assim como dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde nesse processo, ressaltando a atuação do enfermeiro enquanto gerente do cuidado nas diversas fases do processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer objetivando que esse processo aconteça de forma humanizada e integral. Assim, considerando os diversos aspectos que envolvem e influenciam a atuação do enfermeiro frente ao processo de morte e morrer o presente estudo teve como objetivo compreender as ações e interações suscitadas por enfermeiros no cuidado ao paciente e família em processo de morte e morrer.

Métodos

Pesquisa qualitativa com aporte teórico-metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, que busca a compreensão da realidade a partir do significado das relações e interações que certo contexto ou objeto tem para a pessoa, por meio de uma análise sistemática dos dados de forma que estrutura e processo sejam interdependentes⁽⁶⁾. O local do estudo foi um hospital universitário ao sul do país, nos setores de clínica médica adulto e no departamento de um curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública vinculada ao hospital, no período entre março e maio de 2016.

Compuseram a amostra deste estudo 18 participantes distribuídos em três grupos amostrais. O primeiro grupo amostral foi formado por nove enfermeiros lotados nas clínicas médicas I e II, cujos critérios de inclusão foram: já ter vivenciado o processo de morte e morrer de algum paciente que estava sob seus cuidados e ter no mínimo um ano de exercício como enfermeiro em unidade de clínica médica. A questão norteadora para este grupo foi “Como você significa o

processo de morte e morrer?”. Em seguida, outras perguntas foram dirigidas aos participantes para o avanço da pesquisa e compreensão do tema investigado.

A partir da análise das entrevistas do primeiro grupo observou-se que os enfermeiros associavam as dificuldades em lidar com o processo de morte e morrer à sua formação na graduação. Desse modo, surgiu a hipótese de que a graduação não prepara o enfermeiro para lidar com este processo. A fim de investigar tal hipótese, optou-se por criar um segundo grupo amostral.

O segundo grupo amostral foi composto por seis estudantes do curso de graduação em enfermagem de uma Universidade Federal ao sul do Brasil. Como critérios de inclusão adotou-se que os estudantes deveriam estar matriculados a partir da 7ª Fase do curso e já ter vivenciado o processo de morte e morrer de algum paciente sob seus cuidados em campo de estágio. A abertura do diálogo ocorreu a partir da seguinte questão norteadora: Fale-me sobre sua experiência no cuidado ao paciente no processo de morte e morrer durante os estágios da graduação.

Com a análise das entrevistas deste grupo observou-se que há dificuldade dos alunos em lidar com o processo de morte e morrer, mesmo com a presença do professor em campo de estágio, e que o processo de formação de enfermeiros apresenta lacunas neste aspecto. Neste sentido, três professores do departamento de enfermagem constituíram um terceiro grupo amostral. Os critérios de inclusão foram: ser professor efetivo do departamento e ter ministrado aula sobre a temática ou vivenciado em estágio com alunos o processo de morte e morrer. A pergunta que norteou e deu início às entrevistas foi “Fale-me como é o ensino do processo de morte/morrer na graduação em enfermagem”. Os critérios de exclusão adotados para os três grupos amostrais foram: não ter vivenciado o processo de morte e morrer, independente do motivo.

Os dados foram coletados em local de escolha dos participantes por meio de entrevistas abertas e individuais, previamente agendadas, via contato telefônico e realizadas após leitura do objetivo, termo

de consentimento e aceite em participar da pesquisa. As entrevistas foram registradas através de gravação áudio digital de voz e posteriormente transcritas na íntegra para o processo de análise.

Conforme preconiza o método, o processo de análise comparativa dos dados ocorreu concomitante à coleta, sendo realizada em três etapas. Na codificação aberta foram identificados os conceitos, agrupando-os em categorias de acordo com suas similaridades. Após, na codificação axial, as categorias e subcategorias foram se relacionando a fim de obter uma explicação mais aprofundada dos dados, visando obter uma explicação mais clara e completa por meio de um processo analítico sistematizado de comparação norteado pelo modelo paradigmático de três componentes da versão atualizada dessa vertente⁽⁶⁾. “Condição” responde as questões sobre por que, quando e como determinado fenômeno acontece, designado por meio de uma ação; “ação-interação” é a resposta expressa aos eventos ou situações, bem como as pessoas se movimentam através de um significado; e “consequência” expressa os desfechos e resultados previstos ou reais. Por fim, na etapa de integração, as categorias foram interligadas em torno de uma categoria central, na qual emergiu o fenômeno intitulado: Percebendo a complexidade do cuidado no processo de morte e morrer.

Alcançou-se a saturação teórica dos dados a partir da repetição de informação trazida pelos participantes sobre o fenômeno e ausência de novos elementos relevantes para o objetivo da pesquisa. Devido a relevância do componente “ações-interações”, optou-se por aprofundar sua discussão neste estudo, considerando que o movimento e significado das ações dos participantes promovem a compreensão do fenômeno central.

Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, estes foram representados pela letra G para designar o grupo amostral (G1, G2, G3) e a letra E para designar a sequência que as entrevistas foram realizadas (E1, E2...), sendo apresentado da seguinte forma: G1-E2.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Da relação entre as categorias emergiu o fenômeno Percebendo a complexidade do cuidado no processo de morte e morrer. A categoria Ações-Interações intitulada Desvelando ações e interações para o cuidado no processo de morte e morrer apresenta três subcategorias, sendo a primeira delas concernente às ações ocorridas na rotina da prática profissional e as demais subcategorias referentes às estratégias de enfrentamento e desafios frente ao processo de morte e morrer.

A primeira subcategoria “Reconhecendo na prática interações com o paciente e família no processo de morte e morrer” destaca que apesar do conhecimento obtido durante a graduação ou por meio de capacitações acerca do tema morte, somente com a prática diária é possível adquirir experiência e amadurecimento para lidar com situações e aspectos que envolvem o processo de morte e morrer, levando em conta a singularidade e a individualidade do ser humano frente ao sofrimento. Embora a carga horária de atividades práticas na graduação seja extensa, a maioria dos enfermeiros relata não ter acompanhado pacientes em processo de morte e morrer durante a formação, o que foi interpretado como uma dificuldade para o enfrentamento e a sensibilização da conduta de cuidado frente à situação. *A nossa profissão é algo que a gente aprende todos os dias, a gente nunca vai ter o conhecimento completo, nunca vai saber quais as nossas reações de acordo com cada situação, é só vivendo mesmo, na prática* (G1-E2).

Os longos períodos de internação favorecem a criação e fortalecimento do vínculo entre pacientes, familiares e enfermeiro, significando as interações e os cuidados do dia-a-dia como algo afetivo e fraterno. Tal apego e sensibilização são revelados como positivos, uma vez que evidenciam a humanização e integralidade do cuidado, entretanto, acabam por di-

ficultar a conduta a ser tomada no processo de morte e morrer. *A relação que é formada a partir do convívio que o profissional tem com o paciente e a família é muito importante, já que a conduta a ser tomada durante o processo vai ser baseada nessa relação. ...quando tu já tinhas um contato diário e vínculo, já vinha conversando e preparando a família, fica mais fácil lidar com a morte* (G2-E14).

Neste sentido, ampliar o cuidado aos familiares é essencial, uma vez que a família vivencia junto ao paciente o processo de morte e morrer, mas por outro lado, a situação pode ter impacto negativo nas relações e estrutura familiar, considerando que em algumas circunstâncias as necessidades psicoespirituais dos familiares excedem as do paciente, e o enfermeiro acaba por proporcionar suporte psicoemocional e zelar pelo cuidado de todos. *Nós temos que criar forças para encarar esse momento de perda, para dar apoio para a família ...o profissional de enfermagem vai ser o apoio daquele familiar no momento da perda* (G1-E4).

Compreender a individualidade e a singularidade de cada ser humano é necessário para que se respeitem as atitudes e os estágios de aceitação da morte que podem emergir em pacientes e familiares. Em decorrência do processo de morte e morrer muitos sentimentos e atitudes como raiva, hostilidade, nervosismo e impaciência podem se manifestar em pacientes e familiares, e o respeito frente a essas reações é preponderante para a integralidade do cuidado.

A segunda subcategoria “Buscando estratégias para o enfrentamento do processo de morte e morrer” enaltece as estratégias encontradas para o cuidado ao paciente em processo de morte e morrer, enfatizando a importância de investimento em educação permanente, pois as experiências vivenciadas na graduação, quando oportunizadas, não são suficientes para preparar o profissional a lidar com o paciente e família nesse processo. *Acredito que tive facilidade em lidar com o processo de morte e morrer, não porque graduação me preparou, mas porque eu estudei muito depois, fiz muitos cursos e capacitações sobre o assunto* (G1-E9).

Tendo a formação voltada para a preservação e manutenção da vida, enfermeiros percebem o pro-

cesso de morte e morrer como um entrave, já que o mesmo representa o insucesso dos objetivos de sua profissão. Sendo assim, o diálogo e o compartilhamento de sentimentos entre a equipe possibilita suporte psicoemocional aos profissionais, pois no momento em que os enfermeiros trocam experiências e sentimentos com outros profissionais, o conforto e apoio são percebidos, uma vez que a contextualização dos fatos e a troca de conhecimentos sobre o assunto permitem a aceitação do processo de morte e morrer. *Quando eu fico muito abalada costumo conversar com outros profissionais da equipe para ver o que eles sentiram durante o processo, nós desabafamos uns com os outros e compartilhamos sentimentos e experiências (G1-E5).*

Outra estratégia destacada é o apego às crenças e à religião para enfrentar o processo de morte e morrer. Muitos participantes demonstram que tal apego possibilita encontrar respostas às perguntas existenciais que envolvem a morte. *A minha crença me ajuda bastante a aceitar e a vivenciar as situações de morte porque eu acredito que a vida não acaba aqui (G1-E9).*

A terceira subcategoria “Compreendendo a empatia como desafio potencial para o cuidado no processo de morte e morrer” aponta a dificuldade em se colocar no lugar do outro, tendo em vista a individualidade do ser humano. Nesse processo as experiências pessoais e a personalidade dos pacientes são fatores que influenciam. *Eu vejo a empatia como um desafio permanente, afinal, nós não sabemos o que é a dor até que sintamos essa dor. A dor é algo muito subjetivo e cada um de nós sente de um jeito, o que torna o ‘se colocar no lugar no outro’ muito difícil (G1-E3).*

A associação realizada pelos participantes entre o processo de morte e morrer do paciente e situações pessoais vivenciadas é uma barreira apontada, levando em consideração os sentimentos que podem surgir relembrando um ente querido que enfrentou um processo de morte semelhante. *Eu não me sinto preparada para lidar com a morte, pois acabo associando alguns pacientes a membros da minha família (G2-E15).*

Para mais, devido à realização de normas e rotinas (noticiar o óbito quando necessário, retirada de dispositivos, liberação do leito) impostas pela institui-

ção é necessário um olhar atento para não perder a sensibilidade e a humanização do cuidado, aspectos fundamentais para o cuidado ao paciente em processo de morte e morrer. *Muitas vezes quando nos tornamos profissionais, adquirimos uma rotina, e logo que acontece o óbito queremos fazer os cuidados pós-morte e esquecemos que aquele é o momento em que a família está enfrentando o processo de morte e morrer, e devemos dedicar nossa atenção para aquela família e todo o contexto em que ela está inserida (G1-E6).*

Cabe ressaltar a importância do enfermeiro compreender que o processo de morte e morrer vai muito além do momento do óbito, uma vez que o preparo e suporte do paciente e seus familiares deve anteceder e ultrapassar a morte propriamente dita.

Discussão

Este estudo limita-se por investigar dados de apenas um cenário de prática do enfermeiro e em uma realidade específica, assim, seus achados não podem ser generalizados.

Muitos enfermeiros ao longo de sua jornada profissional se deparam com situações em que precisam fornecer suporte psicoemocional a pacientes que vivenciam o processo de morte, o que proporciona experiência e confiança para lidar com esse processo⁽⁷⁾. Tal perspectiva vai de encontro aos depoimentos dos participantes, que destacam a importância da prática assistencial para o amadurecimento das condutas a serem tomadas. No entanto, a abordagem ao paciente e familiar, o suporte psicossocial e a assistência no alívio e conforto físico podem ser trabalhados ainda na graduação por meio da simulação, potencializando a prática clínica do enfermeiro neste sentido.

Os profissionais encontram dificuldades em aceitar a finitude da vida e a impossibilidade de impedir a evolução da doença. Estudo realizado em um hospital evidenciou que a experiência do dia-a-dia influencia na mudança de concepções e significados para o cuidado prestado ao paciente em processo de morte e morrer⁽⁸⁾. Contudo, é essencial para a prática clínica que o enfermeiro compreenda e tenha em

mente o ciclo vital, desde o nascimento até a morte, percebendo assim seu papel nessa situação complexa⁽⁹⁾ que envolve diversos fatores, essencialmente a compreensão do processo de luto.

Experiências que proporcionam assistir pacientes que vivenciam o processo de morte e morrer têm impacto significativo na trajetória dos enfermeiros, tecendo uma visão mais realista, permitindo assim reavaliar prioridades como humanização, não julgamento e empatia durante a realização do cuidado⁽¹⁰⁾.

Enfermeiros que trabalham em setores onde internações longas são recorrentes podem se sentir sensibilizados com a morte de um paciente, uma vez que há o fim inesperado das relações estabelecidas nas quais normalmente o vínculo está constituído^(9,11) reforçando os relatos dos participantes que indicam conexões afetuosas com os pacientes assistidos que vivenciaram o processo de morte.

Estudo internacional realizado em um hospital destaca a importância da relação enfermeiro-paciente-família para o gerenciamento de estresse advindo de situações e procedimentos, no qual o desenvolvimento e implementação de práticas que aproximam familiares à equipe de saúde nos momentos finais de vida do paciente são fundamentais para o enfrentamento deste processo⁽¹²⁾.

Incluir os familiares no cuidado é essencial para a integralidade do cuidado e valorização da necessidade de alívio dos sofrimentos psicológicos e espirituais presentes no processo de morte e morrer. Assim, cabe ao enfermeiro priorizar as preocupações e anseios da família em luto durante a assistência a fim de prepará-los para aceitar a perda e lidar com a dor⁽¹³⁾. Neste sentido, enfermeiros de um hospital enfatizaram a importância da inclusão dos familiares nas tomadas de decisões sempre que possível, almejando satisfazer as necessidades da família que vivencia o luto⁽¹⁴⁾.

De acordo com os relatos dos participantes, experiências pessoais e a personalidade dos profissionais que prestam cuidados são fatores que influenciam a empatia. Estudo internacional realizado em um hospital corrobora tais relatos trazendo que devido à

sua singularidade, cada pessoa manifesta-se frente à morte de maneira diferente, podendo gerar apreensão, angústia e ansiedade⁽¹⁵⁾.

A associação do processo de morte e morrer às vivências pessoais se torna uma barreira apontada pelos participantes e vai de encontro a um estudo que reforça a ideia de que a morte de outra pessoa confronta os profissionais de saúde à sua própria fragilidade e mortalidade, bem como a de pessoas queridas⁽¹⁶⁾. Ademais, profissionais e pacientes tendem a evitar pensar sobre a morte devido à percepção de que pensar ou articular a respeito poderia acelerar o processo de morte e morrer⁽¹⁷⁾.

O cuidado integral, sensível, humanizado e gentil é visto pelos participantes como essencial durante a assistência ao paciente em processo de morte e morrer. Tal concepção é reforçada por um estudo que significa as relações profissional-paciente em “estar com” e não “fazer para”, deixando de lado o cuidado voltado às tarefas e competências técnicas e reconhecendo o paciente como um ser humano inserido em diversos contextos dependente de vínculos e conexões⁽¹⁸⁾.

Conforme relatado pelos participantes, o investimento em educação permanente é indispensável e corrobora com uma pesquisa na qual se observou que o ensino sobre cuidados aos pacientes em processo de morte e morrer é frágil durante a formação profissional, necessitando de constantes treinamentos para melhorar atitudes e habilidades no cuidado e suporte psicoemocional ao paciente e familiares que vivenciam este processo⁽¹⁹⁾.

Os relatos dos participantes enaltecem a importância do diálogo sobre sentimentos e vivências entre a equipe como uma forma de suporte psicoemocional, reforçando os apontamentos de um estudo que traz a importância da redução dos níveis de ansiedade e fadiga por meio do compartilhamento de experiências, ajudando assim, a “normalizar” a morte, buscando uma compreensão mais profunda do sentido da vida. Falar sobre a morte geralmente facilita a aprendizagem, favorece o tratamento respeitoso com outras pessoas e a tomada de decisão eficaz^(10,16).

Crenças e práticas espirituais, muitas vezes, podem auxiliar tanto o profissional quanto o paciente, que juntos reconstruem o significado da vida quando enfrentam a dor de uma perda⁽¹⁷⁾. Estudo aponta que o enfrentamento espiritual ou religioso durante o luto é uma estratégia utilizada para confrontar o momento vivenciado, proporcionando força interior, conforto e consolo⁽¹⁹⁾.

Os resultados deste estudo podem auxiliar na compreensão das ações e interações que envolvem o cuidado ao paciente e família em processo de morte e morrer e suscitar discussões acerca do tema. Apresenta subsídios importantes para a atuação do enfermeiro neste processo, o qual exige ações complexas com a demanda de formação e educação permanente, como a escuta qualificada, a empatia e a atuação interdisciplinar, sendo essencial no desenvolvimento dessas ações, a compreensão das fases do processo de luto, a utilização da crença religiosa, o cuidado ético e a troca de experiência com os pares.

Conclusão

Destaca-se nas ações e interações suscitadas no cuidado ao paciente e família em processo de morte e morrer a maneira como os enfermeiros respondem aos desafios de sua atuação profissional. Diante da fragilidade na formação sobre a temática, buscam a construção de vínculo com o paciente e família para garantia da humanização e integralidade do cuidado, apoiando e respeitando o processo de luto com base na empatia e utilizando crenças espirituais e o compartilhamento de experiências com seus pares como estratégias de enfrentamento.

Agradecimentos

À Prof.^a Dra. Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza (*in memoriam*) por seus ensinamentos, em especial na temática deste estudo, e inspiração a uma Enfermagem humanizada e acolhedora.

Colaborações

Salum MEG, Kahl C, Cunha KS e Koerich C contribuíram na redação do artigo e análise crítica relevante do conteúdo. Oliveira TS contribuiu na concepção, coleta, organização e interpretação dos dados. Erdmann AL contribuiu na aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Bandeira D, Cogo SB, Hildebrandt LM, Badke MR. Death and dying in the formation process of nurses from the perspective of nursing professors. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(2):400-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000660013>
2. Arturo PP, Burciaga B, Verónica L, López L, Victoria M, Seañez M, Orvilvia A. Resiliencia en el profesional de enfermería que cuida a personas en proceso de morir. *Ene [Internet].* 2013 [citado 2017 mar. 12];7(2):2-5. Disponível em: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/280/pdf_12
3. Frias C. O cuidar da pessoa em fim de vida como experiência formadora. *Av Enferm [Internet].* 2012 [citado 2017 mar. 11];(1):13-22. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a02.pdf>
4. Oliveira PP, Amaral JG, Viegas SMF, Rodrigues AB. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(9):2635-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900018>
5. Bloomer MJ, Endacott R, O'Connor M, Cross W. The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliat Med.* 2013; 27(8):757-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313477176>
6. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory.* Los Angeles (CA): SAGE; 2015.
7. Mendes A. Nursing care to facilitate and support 'good' grieving. *Br J Nurs.* 2015; 24(2):95. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2015.24.2.95>

8. Sant'Ana RSV, Santos ER, Menezes TMO, Pereira A, Santana MTBM. A prática assistencial do enfermeiro frente ao processo de morte e morrer: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFBE on line* [Internet]. 2013 [citado 2017 mar. 11]; 7:919-27. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3486/pdf_2250
9. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira ICO. Hospice care in a hospital setting: the experience of a multidisciplinary team. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(4):1134-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032>
10. Veja P, Rodríguez RG, Torres CP, Jarufe EA, Bonilla JM, Díaz CO, Martínez SR. Develando el significado del proceso de duelo em enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquichan*. 2013; 13(1):81-91. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2013.13.1.5>
11. Mak YW, Chiang VCL, Chui WT. Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *Int J Palliat Nurs*. 2013; 19(9):423-31. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.9.423>
12. Hogan KA, Bourbonnais FF, Brajtman S, Phillips S, Wilson KG. When someone dies in the emergency department: perspectives of emergency nurses. *J Emerg Nurs*. 2016; 42(3):207-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2015.09.003>
13. Chan HYL, Lee LH, Chan CWH. The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. *Support Care Cancer*. 2013; 21(6):1551-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1692-4>
14. Bloomer MJ, Morphet J, O'Connor M, Lee S, Griffiths D. Nursing care of the family before and after a death in the ICU – an exploratory pilot study. *Aust Crit Care*. 2013; (26):23-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2012.01.001>
15. Bloomer MJ, Endacott R, O'Connor M, Cross W. The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliat Med*. 2013; 27(8):757-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313477176>
16. Gual ME, Sábado JT, Porras DB, Royo CM. The impact of death and dying on nursing students: an exploratory model. *J Clin Nurs*. 2014; (23):3501-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12602>
17. Noble H, Kelly D, Hudson P. Experiences of carers supporting dying renal patients managed without dialysis. *J Adv Nurs*. 2012; 69(8):1829-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12049>
18. Ek K, Westin L, PrahL C, Österlind J, Susann S, Bergh, Hénoch I, Hammarlund K. Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences. *Int J Palliat Nurs*. 2014; 20(10):509-15. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.10.509>
19. Hawthorne DM, Youngblut JM, Brooten D. Parent spirituality, grief, and mental health at 1 and 3 months after their infant's/child's death in an intensive care unit. *J Pediatr Nurs*. 2016; (31):73-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.07.008>