

COMUNICAÇÃO NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROCESSO DE MORTE E MORRER

Roberta Teixeira Prado¹ 
Josete Luzia Leite^{2,*} 
Ítalo Rodolfo Silva³ 
Laura Johanson da Silva⁴ 

¹Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

**In memoriam.*

RESUMO

Objetivo: compreender, na perspectiva da complexidade, os fatores relacionados à comunicação para o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante da morte e do morrer de pessoas hospitalizadas.

Método: foram utilizados como referenciais teórico e metodológico, respectivamente, o Pensamento Complexo e a *Grounded Theory*. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, no período de maio de 2015 a janeiro de 2016, com três grupos amostrais, totalizando 41 participantes: enfermeiros, técnicos de enfermagem e membros da equipe multidisciplinar de um hospital público de Minas Gerais/Brasil. A análise dos dados seguiu as etapas de codificação aberta, axial e seletiva.

Resultados: o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante da terminalidade e da morte envolve um complexo processo de comunicação entre paciente, familiares e profissionais, no qual as interações estão permeadas pelos significados do fim da vida. Condições de âmbito subjetivo, educacional, sociocultural e institucional influenciam as interações do enfermeiro, gerando ordem/desordem no gerenciamento do cuidado.

Conclusão: a comunicação representa um importante desafio para o gerenciamento de enfermagem por envolver diferentes atores, diante do contexto de incertezas e afetividades no processo de morte e morrer. Destaca-se a importância do enfermeiro estar aberto à comunicação com estas pessoas, pois este processo exige ações complexas com a demanda de formação e educação permanente, atuação interdisciplinar para a garantia da humanização e da integralidade do cuidado.

DESCRITORES: Enfermagem. Comunicação. Gerência. Morte. Assistência integral à saúde.

COMO CITAR: Prado RT, Leite JL, Silva ÍR, Silva LJ. Comunicação no gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte e morrer. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso ANO MÊS DIA]; 28:e20170336. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0336>

COMMUNICATION IN THE MANAGEMENT OF THE NURSING CARE BEFORE THE DEATH AND DYING PROCESS

ABSTRACT

Objective: to understand, from the perspective of complexity, the factors related to communication for the management of the nursing care before the death and dying of hospitalized people.

Method: the Complex Thought and Grounded Theory were used as theoretical and methodological references, respectively. The data were collected through semi-structured interviews, from May 2015 to January 2016, with three sample groups, totaling 41 participants: nurses, nursing technicians and members of the multidisciplinary team of a public hospital in Minas Gerais/Brazil. The data analysis followed the steps of open, axial and selective coding.

Results: the management of the nursing care before the terminality and death involves a complex process of communication among patient, relatives and professionals, in which the interactions are permeated by the meanings of the end of life. Subjective, educational, sociocultural and institutional conditions influence nurses' interactions, generating order/disorder in the management of care.

Conclusion: communication represents an important challenge for nursing management because it involves different actors, given the context of uncertainties and affectivities in the process of death and dying. It is important to emphasize the importance of the nurses being open to communication with these people, because this process requires complex actions regarding the demand for training and permanent education, as well as interdisciplinary action to guarantee humanization and comprehensive care.

DESCRIPTORS: Nursing. Communication. Management. Death. Comprehensive health care.

COMUNICACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA ANTE DEL PROCESO DE MUERTE Y MORIR

RESUMEN

Objetivo: comprender, en la perspectiva de la complejidad, los factores relacionados con la comunicación para el manejo del cuidado de enfermería ante la muerte y el morir de personas hospitalizadas.

Método: fueron utilizados como referenciales teórico y metodológico, respectivamente, el Pensamiento Complejo y la Grounded Theory. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas, en el período de mayo de 2015 a enero de 2016, con tres grupos muestrales, totalizando 41 participantes: enfermeros, técnicos de enfermería y miembros del equipo multidisciplinario de un hospital público de Minas Gerais/Brasil. El análisis de los datos siguió las etapas de codificación abierta, axial y selectiva.

Resultados: la gestión del cuidado de enfermería ante la terminal y la muerte involucra un complejo proceso de comunicación entre paciente, familiares y profesionales, en el cual las interacciones están permeadas por los significados del fin de la vida. Las condiciones de ámbito subjetivo, educativo, sociocultural e institucional influyen las interacciones del enfermero, generando orden/desorden en la gestión del cuidado.

Conclusión: la comunicación representa un importante desafío para el manejo de enfermería por involucrar a diferentes actores, ante el contexto de incertidumbres y afectividades en el proceso de muerte y morir. Se destaca la importancia del enfermero estar abierto a la comunicación con estas personas, pues este proceso exige acciones complejas con la demanda de formación y educación permanente, actuación interdisciplinaria para la garantía de la humanización y de la integralidad del cuidado.

DESCRIPTORES: Enfermería. Comunicación. Gestión. Muerte. Asistencia integral de salud.

INTRODUÇÃO

Lidar com o processo de morte e morrer constitui uma necessidade natural diante da vida. É, portanto, fenômeno dialógico complexo que impacta, especialmente, o cotidiano laboral dos profissionais da saúde, mais precisamente, os da equipe de enfermagem, haja vista o tempo e aproximação que esses agentes demandam diante da pessoa sob cuidados de saúde. Na abordagem sobre a morte e o processo de morrer, a comunicação é base fundamental do cuidado, por meio da qual são estabelecidas as relações interpessoais e deve ser utilizada para prestar uma assistência efetiva e integral.¹⁻²

Esse fenômeno se torna ainda mais relevante diante da quantidade de óbitos no Brasil, pois, de acordo com os dados preliminares de mortalidade, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), só no ano de 2016 foram registrados 1.309.774 óbitos. Nessa realidade, o maior número foi por doenças do aparelho circulatório, seguido pelas neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório.³ Tal fator demonstra uma prevalência em relação às condições crônicas de saúde e, possivelmente, uma perspectiva crescente desse número para os próximos anos.³

Além da expressiva quantidade de mortes no Brasil, cabe destacar que no ano de 2016, houve 878.999 óbitos nesse cenário,³ cuja relevância, dentre outras, repousa na necessidade da qualidade de assistência prestada ao indivíduo em processo de morte e morrer, haja vista ser uma demanda social significativa.

Diante disso, destaca-se a necessidade de ações gerenciais que norteiem o pensar/agir para os cuidados da enfermagem aos pacientes e familiares diante do processo de morte e morrer, de modo a favorecer a comunicação e o desenvolvimento de pensamentos e condutas que valorizem os indivíduos enquanto sujeitos sociais únicos, vivenciando uma etapa singular do ciclo da vida.⁴

Cumprir destacar, porém, a multidimensionalidade imbuída no processo de morte e morrer, ao passo que cada sociedade constrói e apresenta a sua própria cultura, hábitos, crenças e valores, o que oferece às pessoas significados diferentes para a morte, bem como recursos para seu enfrentamento. No Brasil, essa realidade é plural, dada a diversidade cultural de cada região. Assim, os profissionais da saúde, especialmente da enfermagem, precisam desenvolver competências para promover cuidados efetivos diante dessa realidade, que se trata de um fenômeno natural da vida, tanto ao indivíduo, quanto à sua família.⁵

Nesse sentido, a partir do paradigma emergente, passa-se à compreensão de que a saúde está para além da ausência de doenças. Os cuidados com a vida e o processo de morte e morrer não se limitam a ações técnicas procedimentais, mas estendem-se também ao campo intersubjetivo das práticas de cuidado para o bem-estar humano. Nessa esfera, a comunicação exerce papel fundamental nas interações humanas, sendo, portanto, condição *sine qua non* para o gerenciamento do cuidado de enfermagem e de saúde em qualquer âmbito da atenção à saúde, em especial no contexto hospitalar, haja vista a relação de distanciamento que esse espaço confere ao cenário natural de cuidados da pessoa e de sua família, o seu lar.⁶

A comunicação surge, desse modo, como meio para cuidar, pois tanto exerce influência na terapêutica como respalda o profissional de saúde para compreender melhor o sujeito de cuidados, uma vez que durante a comunicação há possibilidades para *feedbacks* que podem reorientar as ações de saúde.⁶ Logo, a comunicação é essencial para o gerenciamento do cuidado.

Ademais, compreende-se o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante da morte e do morrer como um processo que envolve continuamente ordem, desordem e organização em uma dinâmica antagônica e complementar, em que erros, imprevisibilidades e incertezas contribuem para a reorganização.⁷ Assim, é no ato da comunicação que se pode, a partir das interações de cuidados, conhecer as demandas do paciente e, por conseguinte, melhor intervir. Desse modo, questiona-se:

no contexto hospitalar, quais fatores influenciam o processo de comunicação para o gerenciamento do cuidado de enfermagem frente ao processo de morte e morrer?

Muito embora as possíveis respostas para esse questionamento possam não apresentar uma relação linear entre causa e efeito, por se tratar de fenômenos complexos,⁷ busca-se a compreensão do campo dos significados que estruturam a problemática em pauta, além de condições para melhor pensar e desenvolver mecanismos de cuidado frente às demandas do processo de morte e morrer em contexto específico - o hospital.

Desse modo, foi objetivo desta pesquisa compreender, na perspectiva da complexidade, os fatores relacionados à comunicação para o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante da morte e do morrer de pessoas hospitalizadas.

MÉTODO

Pesquisa exploratória, qualitativa, tendo como referencial teórico a Teoria da Complexidade, na perspectiva de Edgar Morin, e como referencial metodológico a *Grounded Theory*, que no Brasil recebe a tradução de Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Essa se caracteriza como um método desenvolvido a partir de um conjunto de recursos analíticos que pode gerar uma matriz teórica explicativa do fenômeno investigado.⁸

Os participantes da pesquisa fizeram parte de três grupos amostrais, sendo o primeiro composto por enfermeiros assistenciais. Contudo, vale destacar que, na TFD, a delimitação de grupo amostral para o desenvolvimento da pesquisa se dá, inicialmente, de forma preliminar, isto é, uma pesquisa fundamentada nos dados direciona, no decurso de seu processo analítico, quais outros atores sociais serão necessários para a conformação explicativa do fenômeno que se investiga. Isso só é possível porque, na TFD, os dados são coletados e analisados simultaneamente. Nesse processo, os pesquisadores dispõem de recursos analíticos que ajudam a compreender a necessidade ou não de novos grupos amostrais, pois é possível a utilização de memorandos teóricos, ao longo de toda a pesquisa, dos quais podem surgir hipóteses que revelem quais outros contextos (espaciais ou sujeitos) o fenômeno está enraizado/fundamentado.⁸

A partir dos significados que emergiram do primeiro grupo amostral, os dados foram revelando as seguintes hipóteses: sendo este um fenômeno complexo, sua multidimensionalidade poderá ser afetada a partir das interações, no campo das percepções/significados, por outros profissionais não enfermeiros? Como isso ocorre na perspectiva de técnicos de enfermagem, já que compõem a equipe de enfermagem? Como esse fenômeno sofre inter-retroações a partir dos significados atribuídos por outros profissionais da saúde?

Foi critério de inclusão no estudo: enfermeiros que atuavam nos setores de internação médico-cirúrgica de um hospital geral público da região Zona da Mata Mineira, com tempo de experiência nesse contexto igual ou superior a dois anos. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: enfermeiros que estivessem afastados do serviço por quaisquer motivos; enfermeiros que não estivessem atuando na assistência direta, ou seja, nos cuidados aos pacientes.

Foram selecionados enfermeiros que desenvolvessem assistência à saúde no contexto hospitalar nos setores de internação médico-cirúrgica de adultos. Considerando as especificidades dos cenários de cuidados, buscou-se uma perspectiva transversal para observar as diferentes experiências do processo de morte e morrer que poderiam influenciar o campo de significados dos participantes da pesquisa.

Durante o processo investigativo, com o auxílio dos memorandos, os dados revelaram a hipótese de que para compreender o objeto de pesquisa seria necessário entender a multidimensionalidade nele imbuída. Isso implicou na necessidade de consubstanciar os dados a partir da perspectiva

de outros atores que influenciavam diretamente o gerenciamento do cuidado de enfermagem no processo de morte e morrer.

Desse processo, compuseram a pesquisa 41 participantes, distribuídos em 18 enfermeiros (primeiro grupo amostral), 12 técnicos de enfermagem (segundo grupo amostral) e 11 membros da equipe multiprofissional de saúde (terceiro grupo amostral), sendo três psicólogos, três assistentes sociais e cinco médicos assistentes.

A entrevista semiestruturada foi empregada como técnica para coleta de dados em todos os grupos, realizada no período de maio de 2015 a janeiro de 2016 e gravada em meio digital. As entrevistas foram realizadas em salas escolhidas pelos participantes do estudo dentro do hospital. A coleta de dados foi finalizada ao atingir a saturação teórica, a saber: quando as categorias apresentaram densidade explicativa capaz de responder ao problema de pesquisa. Isto ocorre quando, durante o processo analítico, os dados não apresentam mais variações nas propriedades e dimensões que constituem os conceitos. Desse modo, concebe-se que as categorias já estão desenvolvidas, com capacidade de, em conjunto, no modelo paradigmático, permitirem explicação ao fenômeno investigado.⁸⁻⁹

O cenário desta investigação foi um hospital público da Zona da Mata Mineira. A referida instituição realiza atendimento ambulatorial, reabilitação física, internação e cirurgia em diversas especialidades a gestantes, recém-nascidos, crianças, adultos e idosos, configurando-se como um hospital de referência na macrorregião. A instituição desenvolve atividades de ensino, pesquisa e assistência, constitui-se como campo de atividades de prática e estágio de diversas graduações e possui residência médica.

A análise dos dados ocorreu de modo simultâneo à coleta e seguiu as etapas propostas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva.⁸ Na codificação aberta, os dados foram analisados linha a linha com o objetivo de construir os códigos preliminares, etapa conhecida como microanálise. Posteriormente, foram reunidos por semelhanças e diferenças, a partir da elaboração dos códigos conceituais. Na codificação axial, os dados foram reagrupados a fim de se obter uma explicação mais clara sobre os fenômenos, para relacionar as subcategorias às suas categorias, assim como desenvolver as propriedades e dimensões das categorias. Na codificação seletiva, as subcategorias e categorias encontradas foram contrastadas e analisadas continuamente com o objetivo de integrá-las e refiná-las, buscando identificar a categoria central.

Por fim, utilizou-se o modelo paradigmático para conectar as categorias de modo a favorecer a compreensão sobre o fenômeno investigado. Sua estrutura se dá a partir dos seguintes componentes: fenômeno, condições causais, condições intervenientes, contexto, estratégias de ação/interação e consequências.⁸

Ressalta-se que a matriz teórica sofreu processo de validação, em setembro de 2016, por 11 validadores, sendo todos enfermeiros. A média de idade dos validadores foi de 40,5 anos, tempo médio de formação de 15,27 anos e tempo médio de atuação na área hospitalar de 11,63 anos. O processo envolveu a explicação do processo de validação e solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o preenchimento de um questionário com a caracterização do grupo validador; apresentação da pesquisa em dispositivo audiovisual, apoiado pelo software *PowerPoint* e distribuição de material impresso com os achados principais da pesquisa; discussão em grupo e parecer individual para a validação; agradecimentos aos participantes e abertura para sugestões e opiniões.

A matriz, portanto, foi considerada validada no critério de Ajuste e Compreensão sem alterações. Quanto à Generalização, um validador ponderou que a matriz teórica pode ter alguns componentes diferentes quando envolver assistência pediátrica e a pacientes em unidades de terapia intensiva.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, os entrevistados receberam todas as informações sobre a pesquisa, especialmente quanto aos objetivos e procedimentos, e tiveram ampla liberdade em aceitar ou recusar o convite. Também assinaram o TCLE, seguindo as determinações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, e foi garantido o anonimato dos participantes, com suas identidades substituídas pelas iniciais dos grupos amostrais. Desse modo, foram utilizadas da seguinte forma: E (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem), P (psicólogo), AS (assistente social) e M (médico), seguidos do número da respectiva entrevista.

RESULTADOS

Os resultados apresentados neste artigo constituíram a categoria Destacando aspectos da comunicação diante do processo de morte e morrer, que, no emprego do Modelo Paradigmático, descrito na metodologia, se configura como fator interveniente ao fenômeno central que emergiu da pesquisa, a saber: Vislumbrando o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte e morrer. Cabe ressaltar que, na TFD, as condições intervenientes são aquelas que mitigam ou alteram o desenvolvimento e/ou impacto dos fenômenos.⁸

A categoria apresentada está alicerçada em três subcategorias: Destacando aspectos do processo de comunicação entre os profissionais, Abordando o processo de comunicação com a família do paciente diante do processo de morte e morrer e Abordando o processo de comunicação com o paciente diante do processo de morte e morrer. Todas essas subcategorias são pormenorizadas abaixo.

Destacando aspectos do processo de comunicação entre os profissionais

A categoria apresenta a influência da comunicação nas (inter)ações entre os profissionais de saúde. Um aspecto abordado pelos participantes diz respeito à comunicação da equipe multidisciplinar sobre a terminalidade do paciente e às condutas a serem ou não tomadas, conforme ilustrado no trecho seguinte.

A gente alerta a equipe de enfermagem e eu sempre chamo um profissional. Eu sempre chamo um profissional médico para que possa estar junto comigo ouvindo essa necessidade desse familiar (E16).

Como fenômeno complexo, o processo de comunicação parece sofrer influência contextual, bem como pode influenciar esse mesmo contexto em uma relação de interdependência. Essa assertiva é valorosa para o gerenciamento do cuidado ao passo que permite compreender aspectos organizacionais que influenciavam a comunicação e, por conseguinte, a qualidade da assistência à saúde.

Eu tive um paciente em cuidado paliativo, [...] quando a gente chega e chama todo mundo, funciona bem. Eu acho que agora as pessoas estão interagindo mais, conversando mais [...]. O que eu acho é que a gente está caminhando, é o início (M5).

A utilização de instrumentos para favorecer o gerenciamento do cuidado, tal qual a solicitação de parecer pelos enfermeiros à equipe multidisciplinar, era um recurso que surgia como possibilidade para desencadear a interação da equipe no processo de trabalho. Com isso, havia troca de informações, que poderia ocorrer mediante o preenchimento formal de pedido na interconsulta (parecer) ou dar-se de maneira informal, mediante conversa entre os profissionais.

[...] também tenho orientado a eles não necessariamente um parecer formal, mas me passaram os casos. Na enfermaria “x”, eles me passam [...]. Acontece também, agora nem tanto. Isso facilita a comunicação e o trabalho (P1).

Nessa mesma lógica, outro recurso utilizado foram os *rounds*, encontros periódicos que acontecem em algumas enfermarias, quando os diferentes profissionais da equipe multidisciplinar de saúde têm a oportunidade de discutir os casos dos pacientes e as condutas que julgam mais apropriadas, considerando o contexto específico do paciente e evidências científicas atualizadas.

[...] o pessoal utiliza muito os 'rounds' para falar, discutir casos [...] entrar em contato com outros saberes, até geram questões nossas que podem ser desenvolvidas a partir daí (P3).

Uma dificuldade que pode ocorrer na comunicação entre os profissionais está relacionada à falta de clareza nas relações de processo de trabalho, em especial no que tange à medicina e à enfermagem.

Às vezes o médico assistente não é uma pessoa só, é um grupo ou não deixou claro se é para investir ou não naquele paciente e cada um que chega, cada plantão que chega, toma uma conduta diferente (M4).

Considerando que o cuidado ao paciente se estende à sua família e, desse modo, o processo de comunicação também deve abordar essa esfera de cuidados, fez-se pertinente a próxima subcategoria.

Abordando o processo de comunicação com a família do paciente diante do processo de morte e morrer

Os depoimentos revelaram que os familiares dos pacientes em terminalidade, nas enfermarias, questionaram os profissionais de enfermagem sobre o quadro clínico e prognóstico de seus entes. Nessa ocasião, demonstraram expressivas dúvidas e inquietações sobre a condição clínica, em especial a despeito da possibilidade de reversão do caso ou da gravidade do quadro clínico. Contudo, pareciam apresentar dificuldades para falar abertamente sobre o processo de morte e morrer.

Já aconteceu de familiar chegar e conversar sobre o familiar dele que está hospitalizado, que está muito mal, 'será que vai resolver o tratamento?', essas coisas. Mas nunca chegou ao ponto, assim, de chegar na morte (E12).

A comunicação do enfermeiro com a família do paciente apresentava, para certas ocasiões, relação de interdependência com o processo de comunicação entre o médico com essa família.

A primeira coisa, tento entender com os médicos, conversar para saber o que a família está sabendo, para saber, às vezes, saber onde a gente está tateando. Se a família está ciente, saber quem está ciente, porque às vezes o próprio paciente não sabe o diagnóstico (EA9).

A interações e retroações do processo de comunicação, de cuidados em saúde e de enfermagem não se limitavam, como sistemas complexos, aos cenários em que esses processos ocorriam, pois estavam conectados às identidades de quem era cuidado. Implica com isso a assertiva de que a realidade fora do hospital, isto é, a dinâmica de vida desses pacientes e de suas famílias, imprimia características únicas que poderiam influenciar o processo de trabalho para a saúde. Dentre essas questões estavam as dinâmicas familiares e o entendimento do profissional sobre as limitações e possibilidades para o processo de comunicação para tratar questões relacionadas ao estado de saúde, prognóstico e tratamento do paciente.

Você está acostumado a lidar com o comportamento, com o temperamento de uma pessoa em si e na verdade aparecem outras pessoas. Às vezes, você não sabe como vai abordar. Você fica sempre no intermédio relacionando com um familiar só e aparecem os outros e você não sabe como você vai falar, como que a família quer: 'A família quer que todos saibam? A família quer que restrinja a visita?'. Entendeu? E esse processo, na hora, fica falho porque você não tem conhecimento da opinião, das preferências do familiar e fica complicado dessa forma (E16).

Diferentes participantes viam falhas na comunicação com as famílias dos pacientes, especialmente, por parte dos médicos. No campo das habilidades relacionais, os enfermeiros relataram que os médicos, no processo de comunicação com as famílias, não apresentaram atitudes

de sensibilidade no ato da fala ou não foram claros no entendimento dessas famílias. Assim, consideraram que essa realidade interferia negativamente na experiência dos familiares diante do processo de morte e morrer.

O que me deixa angustiada, que eu sempre comento, é que muitos médicos não comentam com a família de forma clara a terminalidade. Aí eu penso que é ruim para todo mundo. A família não consegue vivenciar, de estar por perto, de chamar todo mundo e fica perdida. Às vezes o médico plantonista, em um atendimento de uma intercorrência, tem que explicar para a família sobre a decisão de intervir ou não. Então, você imagina ter que discutir isso num momento, numa iminência de uma intercorrência (EA9).

A comunicação do óbito de um paciente à sua família, geralmente, era feita na instituição, por telefone, quando não havia acompanhante ou familiar no hospital no momento da morte do paciente. Essa forma de comunicação foi questionada. Houve considerações de que a comunicação do óbito à família do paciente, por telefone, ocorria de forma mecânica, insensível.

A gente entra em contato com a família para comunicar o óbito por telefone, que é outra coisa que eu acho bem complicada (EA12).

A (inter)ação dos profissionais de enfermagem com a família após o óbito de um paciente visava oferecer apoio e consolo, além de informações, inclusive no que dizia respeito à possibilidade de fazer doação de órgãos/tecidos.

Eu acho que o momento mais difícil ali é você estar avisando à família, que é um momento, às vezes, difícil, onde a gente já tem até um fator complicador, que é hoje a gente já falar sobre a questão do transplante de órgãos nesse momento de dificuldade, de tristeza, de perda do ente querido e você está trabalhando com a família nesse momento de você dar notícia da morte (E17).

Alguns relatos citaram a participação de outros profissionais, além da equipe de enfermagem, na (inter)ação com a família diante da comunicação do óbito de um paciente. Sugeriram que integrantes de outras categorias participassem do processo de comunicação do óbito à família. Indicaram que a equipe multiprofissional deveria abordar a família do paciente nesse momento.

Dentro do hospital, se for o caso de um paciente que veio a óbito aqui com o familiar presente, no momento em que o familiar estava aqui no hospital, eu acho que essa notícia deveria ser dada em equipe, não só o enfermeiro, não só o médico, mas a equipe toda. Eu acho que esse trabalho seria melhor (AS1).

Acho que poderia, sim, ter a participação de algum outro profissional de nível superior, como assistente social. Porque também, para a gente abordar a família, porque fica por conta da enfermagem, do enfermeiro comunicar. Essa é uma parte delicada de comunicar, mas alguém vai ter que comunicar mesmo (EA6).

Quanto ao (des)conhecimento do diagnóstico e prognóstico pelos familiares dos pacientes, os participantes fizeram apontamentos de que, geralmente, as famílias percebiam que o paciente estava em terminalidade, mas havia casos em que a família não percebia ou não manifestava o entendimento sobre o quadro.

Eu, primeiro, chego na família, converso com a família. Normalmente, eu nunca procuro não falar diretamente com a família. Procuro sondar primeiro o que a família pensa que o paciente tem (MA2).

Igual já aconteceu aqui no setor de ter uma morte, aí a gente ir conversar, explicar: 'Mas já estava ruim. Você sabia que isso poderia acontecer'. Ou, às vezes, a pessoa nem esperava (TE8).

Além das interações para o processo de comunicação entre profissionais na equipe interdisciplinar de saúde, das conexões entre essa equipe e a família do paciente, faz-se necessário considerar as questões relacionadas ao processo de comunicação com o ator principal desse contexto, ou seja, o próprio paciente.

Abordando o processo de comunicação com o paciente diante do processo de morte e morrer

Foi expressiva a quantidade de profissionais, nesta pesquisa, que relataram não conversar ou evitar conversar com o paciente em terminalidade sobre o processo de morte e morrer. Relataram que os pacientes também não os procuravam para dialogar, conforme ilustrado no trecho a seguir.

Nunca eu inicio conversa com o paciente por causa disso, de medo. E tenho até um certo receio que venha a comentar alguma coisa (TE3).

Há relatos em que alguns profissionais expressaram não mentir para o paciente, mas omitiam informações sobre seu diagnóstico e prognóstico, no intento de aliviar a gravidade da situação, especialmente quando o paciente era idoso.

Agora, você pega um paciente de quarenta anos de idade, quarenta e cinco anos de idade, que tem toda uma programação de vida, tem criança, tem filho para cuidar, tem tudo, e você não vai falar para ele as informações? Esse não tem jeito! Agora o idoso a gente acaba poupando ele um pouco mais. Porque a gente pensa que ele já viveu tanta coisa, para quê que a gente vai ficar [...]. E o idoso é no fundo o que mais sabe das coisas (M4).

Há relato de que os médicos, às vezes, se questionavam se o paciente tinha condição de receber a notícia da terminalidade da vida, o que gerava um importante problema quando os profissionais preferiam conversar com a família ao paciente sobre o prognóstico de terminalidade. Tal comportamento se justifica porque tendiam a superproteger o paciente diante do prognóstico de terminalidade a partir da omissão das informações, por acreditar que não iria lidar bem com a notícia da terminalidade e, com isso, tenderia a recusar o tratamento.

Além disso, as falas apontaram que os médicos geralmente, diante de uma doença terminal, conversavam primeiramente com a família do paciente. Desta forma, chamavam os familiares para conversar longe do paciente e falavam abertamente sobre o diagnóstico e prognóstico do ente querido.

E ele [médico] fica, às vezes com essa questão que eu já escutei: 'será que o paciente tem condição de receber essa notícia?'. Então, o que que ele faz? Chama a família, conta para a família e não conta para o paciente. Aí você tem um problema sério porque a família tende a superproteger o paciente, de achar que ele não vai dar conta, de que ele não pode saber, senão ele não vai querer tratar. Isso é muito comum (P1).

Frequentemente, os familiares solicitavam aos profissionais, especialmente aos médicos, que não falassem para o paciente sobre seu diagnóstico e prognóstico. Observou-se que os profissionais tendiam a conversar com a família e não com o paciente a respeito do diagnóstico e prognóstico. Entretanto, os familiares geralmente não queriam que o paciente soubesse de seu quadro de saúde, na tentativa de poupá-lo do sofrimento. Às vezes, o profissional tinha o anseio de conversar com o paciente sobre seu diagnóstico e prognóstico, mas não o fazia a pedido da família. Desse modo, os profissionais optavam por fazer o que a família solicitava, na maioria das vezes.

Eu acho que raramente o médico seja assim tão claro com o paciente. Acho que é mais com a família. Eu acho que eles falam sim, às vezes, com alguns pacientes o que eles têm, mas sem falar de forma tão clara dessa terminalidade que está tão iminente (EA9).

DISCUSSÃO

Os cuidados em saúde são complexos, pois são dinâmicos, multifacetados e envolvem diferentes pessoas (profissionais, pacientes, familiares/comunidade) que estabelecem inter-retroações. O cuidado se dá entre/com pessoas em diversas situações de saúde, cenários e contextos distintos, com pessoas que têm diferentes representações.¹⁰⁻¹¹

A respeito dos aspectos do processo de comunicação entre os profissionais, observou-se que a equipe de saúde se comunicava acerca da condição clínica e psicológica dos pacientes e buscava discutir questões para melhorar a assistência aos pacientes e familiares. No entanto, os profissionais evitavam falar da morte, bem como reconhecer as limitações da vida, pois a consciência da morte do outro evocava a própria morte, fazendo parte da adaptação do homem ao mundo ao estimular o autoconhecimento e a autocrítica. Sendo assim, reflexões suscitadas sobre a terminalidade da vida e morte podem nos guiar à compreensão desses fenômenos e ter impactos tanto na vida pessoal quanto no exercício profissional.^{2,12}

No tocante à reação dos médicos diante do diagnóstico de uma doença grave em pacientes, estudo aponta que a questão a ser levantada não diz respeito a se deveriam ou não contar ao paciente, mas como dividiriam aquilo com o paciente. Os profissionais reconheceram que muitos encaravam o diagnóstico de uma doença grave como uma sentença de morte, citando o caso de um diagnóstico de câncer. Muitos, realmente, associam um tumor maligno com a sentença de morte. Contudo, destaca-se que a informação deve ser dividida com o paciente, não a relacionando, necessariamente, à morte iminente. Falar sobre a morte e o morrer com os pacientes, desde que eles queiram, é fundamental. Destaca-se que isso pode servir de reflexão sobre a vida e sobre a morte, possibilitando seu amadurecimento.¹³

O médico deve demonstrar para o paciente e sua família que travarão juntos essa batalha, que não serão abandonados e que buscará todas as possibilidades para aliviar o sofrimento, quando não puder intervir para prolongar sua vida, jamais tirando todas as esperanças do paciente. De acordo com pesquisa, a (re)ação do paciente não depende exclusivamente da forma que (não) recebe a informação sobre seu diagnóstico e prognóstico, mas isso influi muito nos seus pensamentos, sentimentos e atitudes.¹³ Um importante passo antes de ser afirmado explicitamente a um paciente sobre sua doença em estágio terminal é tentar descobrir suas necessidades, suas forças, fraquezas e sondar suas (re)ações. Pesquisadora chama a atenção para a necessidade dos profissionais de saúde encararem a morte com serenidade para serem capazes de ajudar os pacientes e seus familiares, conforme observado em entrevistas.¹³

A solicitação de parecer pelos enfermeiros à equipe multidisciplinar e os *rounds* realizados em algumas enfermarias mostraram ser recursos que contribuem para aproximação e comunicação dos profissionais, gerando reflexos positivos sobre o cuidado diante do processo de morte e morrer.

Existe uma teia extensa de conexões diante da terminalidade e morte. Relatou-se que a maioria dos médicos não expõe a situação do paciente para os demais membros da equipe, possivelmente por não lidar bem com o processo de morte e morrer. Entretanto, esse silenciamento entrava a assistência e, não raro, dificulta a comunicação.

Comunicar sobre terminalidade e morte geralmente não é fácil, pois envolve afetividade. Os profissionais de saúde também sofrem com as questões relativas à morte. É necessário clareza de que, antes de qualquer coisa, esses profissionais são humanos. Além disso, a maioria não foi preparada pela sociedade e pela formação profissional para lidar com esse aspecto do cuidado. Tampouco, as instituições de saúde abordam essas questões essenciais com os trabalhadores.^{2,11,13}

Muitos profissionais adiam a conversa com os pacientes sobre seus diagnósticos e prognósticos, mas esse adiamento não beneficia o paciente, podendo aumentar seu isolamento e sua dor. Além disso, essa conduta serve para colocar os profissionais na defensiva.^{11,13} Já o contrário, aproxima o enfermeiro do cuidado do paciente e de sua família, tornando o processo de morrer mais íntimo e, provavelmente, menos sofrido.¹⁴⁻¹⁵

A respeito do processo de comunicação com a família do paciente diante do processo de morte e morrer, destacou-se que alguns familiares questionavam os enfermeiros e técnicos de enfermagem

sobre a possibilidade de melhora do seu ente querido, mas não costumavam conversar abertamente sobre processo de morte e morrer.

Diante dessas situações, nem todos os profissionais de enfermagem conversavam com familiares dos pacientes sobre a gravidade da sua doença. Identificou-se que a comunicação da enfermagem com os familiares dos pacientes sofria expressiva interferência da comunicação do médico, corroborando com outros estudos.¹⁵⁻¹⁶

A respeito dessa (inter)ação, a insensibilidade e falta de clareza foram elencadas como falhas de comunicação de alguns médicos assistentes com os familiares. Tais comportamentos dificultavam a experiência dos familiares diante do processo de morte e morrer, bem como a atuação dos profissionais da equipe de saúde.¹⁵⁻¹⁸

As características de uma boa comunicação com a família elencadas pelos profissionais foram as seguintes: esclarecimento sobre a condição do paciente; esclarecimento de dúvidas; uso de linguagem acessível aos familiares; empatia; objetividade e clareza; comunicação sobre Cuidado Paliativo, quando o indicado é ouvir a opinião dos diferentes familiares.^{14,17}

Alguns profissionais acreditam que os pacientes não perguntam sobre a gravidade da sua doença por não a compreender ou por não querer saber a verdade e ter que lidar com isso. Porém, outros reconhecem que, às vezes, o paciente está esperando o profissional ter a iniciativa de falar alguma coisa sobre o processo de morte e morrer.

No que tange ao (des)conhecimento do diagnóstico e do prognóstico, acredita-se que, geralmente, as famílias percebem que os entes queridos estão em terminalidade, mas há casos em que as famílias desconhecem tal quadro ou não manifestam o entendimento, possivelmente por negação da situação.^{12,15-16}

Além disso, os familiares, não raro, têm conhecimentos distintos acerca do diagnóstico e prognóstico do ente querido. O (des)conhecimento dos familiares gera reações como solicitação constante da equipe de enfermagem e/ou solicitação de transferência do paciente para a UTI.

Constatou-se que a intenção dos familiares e dos médicos ao esconder informações geralmente era percebida como tentativa de proteção dos pacientes do sofrimento. Às vezes, os familiares poderiam sentir-se sobrecarregados com as informações a respeito do ente querido e pressionados por ter que decidir sobre o que informar ou não ao paciente.

Alguns profissionais defendem o direito do paciente de conhecer seu diagnóstico e prognóstico, enquanto outros acreditam que o paciente nem sempre está preparado para saber. Por fim, identificou-se que profissionais precisam preparar-se para comunicar notícias difíceis e apoiar pacientes e familiares.^{12,15-17}

Algumas estratégias de comunicação baseadas em evidências podem auxiliar a comunicação de notícias difíceis aos pacientes e familiares famílias de forma eficaz, como os protocolos SPIKES e PEWTER.¹⁶⁻¹⁷

Acredita-se que pensar na enfermagem de forma complexa é vê-la trabalhando como um sistema de cuidado, reconhecendo a auto-organização desse sistema, entremeado pela autonomia, interdependência, inter-retro-ações entre os seres humanos envolvidos no cuidar. Dessa forma, a área de saúde lida com a dinamicidade, a incerteza, o imprevisto, os conflitos. Ao mesmo tempo, o sistema de cuidados se auto-organiza a partir dessas inter-retro-ações, que integra, ao mesmo tempo, ordem-desordem-organização no cotidiano de trabalho e potencializa as semelhanças e as diferenças pessoais, profissionais e organizacionais, visando melhor integração com o meio social e aprimoramento da prática, evidenciando a singularidade da atuação da enfermagem como profissão do cuidado.¹⁹⁻²⁰

Um limite deste estudo pode ser apontado pelo fato de ter sido realizado em apenas um local, em momento e cenário historicamente datados, em um contexto cultural particular. Além disso, focalizou

especificamente a comunicação no gerenciamento do cuidado no processo de morte e morrer de adultos. Desse modo, fazem-se necessárias mais pesquisas na área, em diferentes cenários e com foco para a morte de pacientes de outras faixas etárias.

CONCLUSÃO

Considera-se que o objetivo da pesquisa foi atendido, uma vez que, compreendeu-se, na perspectiva da complexidade, os fatores relacionados à comunicação para o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante da morte e do morrer de pessoas hospitalizadas.

Os resultados desta investigação reafirmam que as interações transformam a vida das pessoas diante do processo de morte e morrer e que a comunicação desenvolvida entre profissionais-familiares-pacientes é permeada por ordens e desordens, imprevistos, contradições e incertezas.

A gerência do cuidado em unidades de internação médico-cirúrgicas adulto mostra-se como um desafio aos enfermeiros, pois envolve trabalho com uma equipe multiprofissional, em que cada um tem um olhar e um fazer diferente. Portanto, a gerência do cuidado de enfermagem envolve inter-retro-ações entre seres humanos complexos e que vivenciam um cuidado a partir de suas formações e das relações desenvolvidas.

Nesse sentido, cabe destacar a importância do enfermeiro estar aberto à comunicação com os pacientes, familiares e demais profissionais da equipe de saúde, pois este processo exige ações complexas com a demanda de formação e educação permanente, atuação interdisciplinar para a garantia da humanização e da integralidade do cuidado.

Diante disso, os profissionais precisam ampliar o olhar, sendo reflexivos e críticos diante da sua atuação. Gerenciar o cuidado de enfermagem requer um olhar que reintegre o todo, que considera a singularidade das partes e a interação entre elas, pensando no processo como organismo vivo, dinâmico, com incertezas e contradições. O processo de comunicação, no gerenciamento do cuidado de enfermagem para o processo de morte e morrer, se dá de forma multifacetada e interdependente com outros atores sociais. Contudo, é necessário pensar o desenvolvimento de competências para que a comunicação, nessa esfera, possa ser a melhor possível.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho KK, Lunardi VL, Silva PA, Schäfer, Vasques TCS, Amestoy SC. (Lack of) care in terminality, paliative care and the necessary reform of thought. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2016 [acesso 2016 Jul 13];10(7):2720-30. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11333>
2. Brito FM, Costa ICP, Costa SFG, Andrade CG, Santos KFO, Francisco DP. Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Dez. 12];18(2):317-22. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140046>
3. Ministério da Saúde (BR). DATASUS: informações de saúde [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde;2018 [acesso 2018 Dez 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
4. Faria CC, Santos MCM, Luz NC, Pereira LF, Lima RS, Haddad JGV. Como o enfermeiro líder se comunica no hospital: uma análise das práticas discursivas. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Dez 17];9(1):152-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.152-158>
5. Perez CFA, Tourinho FSV, Carvalho Júnior PM. Competencies in the nurse education process to care for the aging: an integrative review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Fev 02];25(4):e0300015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000300015>

6. Loureiro E, Cavaco AM, Ferreira MA. Competências de comunicação clínica: objetivos de ensino-aprendizagem para um currículo nuclear nas áreas da saúde. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Fev 02];4(39). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01732015>
7. Morin E. *A Via para o futuro da humanidade*. Rio de Janeiro(BR): Bertrand Brasil;2013.
8. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory*. Los Angeles (CA):SAGE;2015.
9. Silva IR, Leite JL, Trevizan MA, Mendes IAC, Silva TP, Lins SMDSB. Aprender pela pesquisa: do ensino da ciência ao campo assistencial da enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet] 2017 [acesso 2018 Dez 20]; 21(4):e20160329 Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022013>
10. 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*. 2017; 18(4):528-35.
11. Betancur L, Adiola M. Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Dez. 17];33(2):297-304. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a12>
12. Cordeiro FR, Kruse MHL. The right to die and power over life: knowledge to govern the bodies. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Fev 02];25(2):e3980014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003980014>
13. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. 9a. ed. São Paulo (BR): Editora Martins Fontes; 2011.
14. Lima R, Borsatto AZ, Vaz DC, Pires ACF, Cypriano VP, Ferreira MA. A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Dez 17];21:e-1040. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1178>
15. Fontes CMB, Menezes DV, Borgato MH, Luiz MR. Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Dez 17]; 70(5):1089-95. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>
16. Abazari P, Taleghani F, Hematti S, Ehsani M. Exploring perceptions and preferences of patients, families, physicians, and nurses regarding cancer disclosure: A descriptive qualitative study. *Support Care Cancer* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Dez 17]; 24(11):4651-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3308-x>
17. Bumb M, Keefe J, Miller L, Overcash, J. Breaking Bad News: an evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clinic J Oncol Nurs* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Dez 17];21(5):573-80. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1188/17.CJON.573-580>
18. Guest, M. How to inform relatives and loved ones of a patient's death. *Nursing Standard* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Dez 17];30(34):36-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7748/ns.30.34.36.s45>
19. Copelli FHS, Oliveira RJT, Oliveira CMS, Meirelles BHS, Mello ALSF, Magalhaes ALP. O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. *Aquichan* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Dez 17]; 16(4):501-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.8>
20. Siewert JS, Rodrigues DB, Malfussi LBH, Andrade SR, Erdmann AL. Gestão do Cuidado Integral em Enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Dez 17];21:e-1047. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170057>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Artigo extraído da tese - Vislumbrando o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte e morrer, apresentado à Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 2016.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Prado RT, Leite JL.

Coleta de dados: Prado RT.

Análise e interpretação dos dados: Prado RT, Leite JL.

Discussão dos resultados: Prado RT, Leite JL, Silva ÍR, Silva LJ.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Prado RT, Leite JL, Silva ÍR, Silva LJ.

Revisão e aprovação final da versão final: Prado RT, Silva ÍR, Silva LJ.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 41743414.9.0000.5238.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 4 de maio de 2017.

Aprovado: 8 de novembro de 2017

AUTOR CORRESPONDENTE

Roberta Teixeira Prado

enfbeta@yahoo.com.br