

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA AO PROCESSO DE MORTE E MORRER

MEANINGS ASSIGNED BY A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT NURSING TEAM ON THE PROCESSES OF DEATH AND DYING

SIGNIFICADOS ASIGNADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS AL PROCESO DE MUERTE Y A MORIR

Camilla Delavalentina Cavalini Marques¹
Marly Veronez²
Marina Ribeiro Sanches³
Ieda Harumi Higarashi⁴

¹ Enfermeira. Acadêmica de Pós-graduação *lato sensu* em Oncologia do Instituto Brasileiro de Terapias (IBRATE). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PSE) da Universidade Estadual de Maringá – UEM. Maringá, PR – Brasil.

² Enfermeira. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Regional de Maringá. Mestranda do PSE/UEM. Maringá, PR – Brasil.

³ Enfermeira. Acadêmica do curso de Pós Graduação *lato sensu* em Enfermagem do Trabalho do Instituto de Ensino, Capacitação e Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Ciências Humanas e Sociais (INDEP). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Andradina, SP – Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Departamento de Enfermagem (DEN) e Coordenadora Adjunta do PSE/UEM. Maringá, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Camilla Delavalentina Cavalini Marques.

E-mail: delavalentina_cavalini@yahoo.com

Submetido em: 20/06/2012

Aprovado em: 26/09/2013

RESUMO

Pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em hospital de ensino do Paraná entre agosto e setembro/2011. Foram entrevistados 17 profissionais de Enfermagem, atuantes na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Objetivou-se compreender os sentimentos vivenciados pela enfermagem diante da morte do paciente pediátrico. Da análise dos relatos depreenderam-se três categorias temáticas: sentimentos da equipe de enfermagem frente à morte; lidar com a perda dos que permanecem: as possibilidades e os limites do cuidado com famílias; e vivenciando o processo do morrer no ambiente de trabalho. Os resultados mostraram que o enfrentamento da morte constitui uma situação delicada, demandando abordagem cautelosa que considere as necessidades de todos os envolvidos: criança, família e equipe. Evidenciou-se que a temática da morte permanece pouco explorada e discutida na formação profissional e que a organização de serviços de apoio específicos nas instituições poderia contribuir para uma atenção mais qualificada nesses contextos.

Palavras-chave: Criança; Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Morte.

ABSTRACT

This is a qualitative, descriptive and exploratory research performed at a teaching hospital between August and September 2011. Data was collected through a questionnaire applied to the nursing team of a Pediatric Intensive Care Unit. The study objective was to identify the feelings experienced by the nursing team in the face of death of a pediatric patient. Data analysis (Minayo, 2010) identified three categories: "feelings of the nursing team towards death"; "possibilities and limits of dealing with the loss of those who remain"; "experiencing the dying process in the work environment". The results revealed that facing death requires a cautious approach that considers the needs of individuals involved: children, family and nursing team. This issue is still little explored and discussed in healthcare sciences programmes and that specific support services in all institutions could contribute to a more qualified attention in these contexts.

Keywords: Child; Nursing Care; Intensive Care Units; Death.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa descriptiva exploratoria llevada a cabo en un hospital universitario de Paraná entre Agosto y Septiembre de 2011. Se realizaron entrevistas con 17 profesionales de enfermería de una unidad de cuidados intensivos pediátricos con miras a comprender los sentimientos de dichas personas ante la muerte del paciente pediátrico. Del análisis de los informes se obtuvieron tres categorías: sentimientos de los profesionales de enfermería ante la muerte; cómo enfrentar la pérdida de los que permanecen: posibilidades y límites de atención a las familias y vivir el proceso de muerte en el ambiente de trabajo. Los resultados señalaron que vivir la muerte es una situación delicada que requiere un planteo prudente que tenga en cuenta las necesidades de todos los involucrados: niños, familia y personal de enfermería. Se observó que el tema de la muerte sigue siendo poco elaborado y discutido en la formación profesional y que la organización de servicios específicos de apoyo en las instituciones podría contribuir a dispensar atención más calificada en estos contextos.

Palabras clave: Niño; Atención de Enfermería; Unidades de Terapia Intensiva; Muerte.

INTRODUÇÃO

A forma de encarar a morte vem sofrendo transformações ao longo do tempo.¹ Historicamente, na Idade Média, a morte não passava de um fato natural, em que o doente cumpria uma espécie de ritual, pedia perdão por suas faltas, legava seus bens e então esperava que a morte o levasse sem dramas. Na atualidade, a morte é vista como tabu, sendo transferida, com o passar dos séculos, de casa para o hospital, deixando de ser vista como um acontecimento natural para uma morte fria, escondida e indesejada.²

Embora o ser humano seja capaz de reconhecer a morte como um elemento certo e natural da vida biológica, o desejo de viver eternamente, acalentado pela fé e muito presente na cultura ocidental, tem tornado nossa forma de ver e de lidar com a terminalidade um grande desafio.

Assim, de forma mais direta ou indireta, com frequências variáveis e muito particulares, todos os seres humanos são levados, em algum momento de suas existências, a ter de lidar com a morte.

Estudo recente realizado junto a uma população formada por profissionais da saúde revelou que estes se encontram mais expostos a agravos psíquicos, ocasionados pelo cotidiano ocupacional em ambientes insalubres e perigosos e, principalmente, em função de vivenciarem uma rotina repetitiva e de grande proximidade com a dor e a morte.³

Não há como negar que a morte constitui uma realidade comum nos hospitais, especialmente em setores como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Nesses contextos, o embate entre o arsenal de recursos da Medicina moderna e a gravidade e complexidade dos casos compõe o pano de fundo para a atuação dos profissionais da saúde, que por muitas vezes se percebem impotentes frente à inexorabilidade da morte.

Lidar com a perspectiva constante da morte, acompanhando, muitas vezes, esse processo de enfrentamento solitário dos pacientes, internados e privados da companhia de seus entes queridos e próximos, torna esta uma realidade de atuação das mais difíceis e desafiadoras.

A morte no ambiente hospitalar está intimamente relacionada ao cotidiano dos profissionais que trabalham nesses locais, entre eles os membros da equipe de enfermagem, uma vez que estes desempenham suas funções em contato direto com os pacientes e suas famílias, acompanhando a evolução da doença.⁴

Para esses profissionais, expostos de forma mais contínua a tal tipo de enfrentamento, a necessidade de refletir e lidar com questões como a morte e a perda e com os temores e inseguranças que permeiam sua atuação frente à finitude humana se faz presente e tão essencial quanto o conhecimento técnico e científico para o exercício profissional.

Durante o exercício da profissão, os enfermeiros orientam suas práticas, em consonância com certas normas e condutas éticas, profissionais e institucionais, no intuito, primeiro, de salvar vidas e evitar a morte.

Contudo, quando estes objetivos não são passíveis de serem alcançados, a situação pode gerar sentimentos de tristeza, frustração e estresse diante da perda ou fracasso que a morte representa.⁵

Quando esse evento afeta uma criança, tais sentimentos tendem a se intensificar, pois, ainda que a morte seja um fato inevitável, é extremamente difícil aceitar que esta aconteça precocemente, nos estágios iniciais da vida de um ser humano.

Lidar com a morte é uma questão difícil. Mas esse lidar se torna muito pior e penoso para as famílias, quando a vida que está em risco é a de uma criança.⁶ Essa reação se pauta, em grande parte, na concepção de tratar-se de um ser que ainda não viveu o suficiente, contrariando, assim, a lógica do que seria o ciclo natural e completo da vida humana.

Segundo as autoras, ao deparar com a morte da criança, o profissional enfermeiro é levado a perceber que, em muitas situações, a despeito de todos os esforços empregados, a criança não sobreviverá. Vivenciar tal experiência, e todas as dúvidas, inseguranças e incertezas que a permeiam, propiciam, por outro lado, a revisão dos conceitos e sentimentos desse profissional acerca da morte, permitindo uma reflexão necessária à construção de estratégias próprias de enfrentamento.

A partir do vivenciamento de tais experiências e do processo reflexivo oriundo desse vivenciar, o enfermeiro é conduzido a elaborar e reelaborar seu conceito de morte, bem como a repensar seu papel como profissional na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Essa experiência contribui, assim, para aplacar eventuais sentimentos de culpa, permitindo ao profissional tornar-se mais apto a assumir responsabilidades de forma sensata e ponderada e a tomar decisões assistenciais mais efetivas, ainda que não voltadas para a cura.

Nessa perspectiva, o presente estudo buscou evidenciar os sentimentos vivenciados pelo profissional de enfermagem diante da morte do paciente pediátrico, de modo a delinear essa realidade de trabalho, a partir da perspectiva de seus atores sociais.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em um hospital de ensino situado no noroeste do Paraná durante os meses de agosto e setembro de 2011. Dela participaram profissionais de enfermagem atuantes na UTIP da referida instituição, com experiência profissional nessa área de atuação, superior a seis meses.

Este estudo teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM, conforme parecer nº 262/2011, de forma que sua implementação se deu em consonância com as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes contactados foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e tiveram sua anuência registrada

mediante aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma com o pesquisado e outra com o pesquisador.

Os dados foram obtidos com base em entrevistas individuais, seguindo um roteiro semiestruturado, e registrados pelo entrevistador no decorrer da mesma. Os dados foram organizados e analisados segundo o referencial metodológico da Análise de Conteúdo, cujo modelo de análise inclui as fases de ordenação e classificação dos dados, seguida da fase de análise dos temas emergentes.⁷ Desse modo, por meio da leitura dos relatos e da identificação de núcleos de sentido, os dados foram agrupados segundo sua semelhança para, então, originar as categorias temáticas. Essas análises finais dos temas emergentes visam a alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Para garantir-se o caráter individualizado e particular das observações constantes nos relatos e, ao mesmo tempo, preservar a identidade dos sujeitos envolvidos, optou-se por representar os mesmos pelas iniciais (E) para enfermeiros e (T) para técnicos de enfermagem, seguidos do numeral representativo da ordem de realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os relatos de 18 profissionais de enfermagem, sendo 11 enfermeiros e sete técnicos de enfermagem. O tempo médio de experiência na área foi de sete anos.

A análise dos depoimentos dos sujeitos resultou em três categorias temáticas: sentimentos da equipe de enfermagem frente à morte; lidar com a perda dos que permanecem: as possibilidades e os limites do cuidado com famílias e; vivenciando o processo do morrer no ambiente de trabalho.

SENTIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À MORTE

A morte ou perda de um paciente causa grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda a equipe envolvida no seu cuidado, em especial o enfermeiro⁸. A característica ou natureza do trabalho da enfermagem pode explicar, em parte, a intensidade desse impacto, em função de suas diferenças ou peculiaridades, quando comparada à atuação de outros profissionais da equipe de saúde. Assim, o primeiro diferencial diz respeito aos turnos de trabalho e, conseqüentemente, ao tempo de permanência desses profissionais em contato com os pacientes. Outra característica é a intensidade ou proximidade desse contato, que se materializa pela prestação direta e contínua de cuidados, além desse momento ser retratado como um período de fragilidade, ansiedade e dependência dos cuidados da enfermagem na maioria das situações vivenciadas.

No ambiente de uma UTI, esse contato não é diferente, pois se desenvolve ao longo das 24 horas do dia, diuturnamente, em esquema de alternância ou de plantões. Adicionalmente, por tratar-se de um setor de alta complexidade, também chamado "setor fechado", restringem-se as possibilidades de contato desses pacientes com outras pessoas, que não aquelas que compõem a equipe de cuidados, em especial com os membros da equipe de enfermagem.

Esse cenário delinea, assim, uma situação de grande dramaticidade e extrema vulnerabilidade dos indivíduos internados, extensivo a seus familiares e aos próprios profissionais envolvidos.

A experiência vivenciada pelos profissionais de enfermagem diante da morte incorpora inúmeros sentimentos e formas de enfrentamento. A análise dos relatos evidenciou que, embora a morte seja considerada pelos entrevistados como algo frequente na rotina da UTIP, esta evoca sentimentos que aludem à limitação profissional, ao fracasso e insucesso.

Sinto impotência, não tem o que fazer, procuro oferecer a maior dignidade possível. E sinto tristeza, pela criança e pela família que perdeu (E1).

É um sentimento de incompetência, UTI é triste por conta disso, trabalhamos com crianças com risco de morte sempre, e não são todas que têm bom prognóstico. Aqueles que morrem deixam na gente a sensação de incompetência (T2).

Desse modo, e considerando especialmente a fase da vida em que esse evento tem lugar, a morte na infância não é bem aceita, configurando-se em situação inesperada e trágica, tanto para a família quanto para o profissional que presta o cuidado direto.⁵ Deixar de viver precocemente, não ter oportunidade de viver um tempo suficiente para justificar a nossa vida neste mundo sempre é motivo de indignação.

Há mortes que achamos prematuras (T4).

Morte é sempre morte, acho que só diferencia na idade. A da criança é sempre mais difícil de aceitar (E9).

Os relatos dos profissionais revelam, ainda, uma preocupação com a condição em que se encontra essa criança, nos momentos finais de sua vida, além de respostas emocionais variadas do profissional, dependendo das circunstâncias que envolvem o processo de morrer de cada criança em particular:

É algo inevitável, mas por vezes pode ser o melhor para a criança, quando ela não tem expectativas de me-

Lhora e sofre muito. Mas quando a morte é súbita, é muito triste (E3).

Algo difícil, saudades, separação e dor (E4).

São muitos os sentimentos. Tenho tranquilidade nos procedimentos. E depende do quadro clínico: alívio quando o paciente não tem chances, dor quando nos apegamos muito, choque quando é súbito[...] sempre fico emotiva (E9).

Observam-se nos relatos dos profissionais uma diferenciação quanto ao lidar com a morte súbita, inesperada da criança. Parece haver, nessas situações, mais dificuldade para elaborar essa condição de terminalidade, diferentemente do que ocorre com a doença crônica, em que esse curso de morrer pode se arrastar por longos períodos de tempo, consumindo semanas, meses ou até anos.

A dor e o sofrimento, nesses casos, embora presentes, permitem a elaboração gradativa de estratégias para o seu manejo; e a perspectiva da morte se torna, assim, uma companhia constante no cotidiano dos familiares e profissionais envolvidos.

Nesse sentido, e embora se reconheça a morte como algo inevitável, enredado em dor, sofrimento e tristeza, seria muito mais fácil enfrentar essa fase se em algum momento ela fosse anunciada, porque, dessa forma, os pais e os profissionais conseguiriam se preparar para ela. Nos casos de morte súbita, em que o tempo é simplesmente interrompido e todos são pegos de surpresa, ocorre a eclosão de um momento extremamente doloroso, inesperado, porque todos – pais e profissionais – se encontram despreparados e são surpreendidos pela perda.

No âmbito profissional, portanto, e em especial nos contextos em que a morte constitui uma constante possibilidade, é preciso organizar meios para que as equipes estejam devidamente preparadas para lidar com ela, com todas as particularidades e especificidades que esses eventos encerram, bem como para apoiar adequadamente as famílias e pacientes nessa situação de enfrentamento.

Estudo realizado com crianças crônicas e seus familiares ao longo das hospitalizações descreve que a construção de um relacionamento mais próximo com a família, dividindo experiências boas e ruins no dia-a-dia, fortalece laços e traz mais confiança para abordá-los durante o processo da morte da criança.⁶

Adicionalmente, o mesmo estudo revelou que a assistência na terminalidade deve ser individualizada, não limitada a padrões e protocolos rígidos e voltada para o atendimento das dimensões biológica, psicológica, social e espiritual da criança. Os cuidados devem abarcar também a família, permitindo sua participação nos cuidados com a criança, respeitando suas crenças e preferências, facilitando sua presença, oferecendo o suporte necessário durante todo o curso de morrer e, princi-

palmente, oportunizando os ritos de despedida e até mesmo o contato com criança após a morte, como forma de propiciar a ela um sentido ou significado de morte digna.⁹

Há que se observar que a morte digna tem amplos e variados significados, podendo ser entendida e definida como a ausência de dor e desconforto físico, como o apoio à criança e sua família ou, ainda, como a ausência de intervenções para prolongar a vida.¹⁰⁻¹²

A enfermagem tem, portanto, papel crucial no sentido de favorecer um espaço para a participação da família nesses contextos, permitindo-lhe compartilhar a internação da criança, demonstrando seu interesse e disponibilidade para apoiar, oferecendo, além de informações, o suporte necessário para sua presença nos últimos dias de vida do filho.

Para a viabilização desse apoio no seu cotidiano de assistência, os profissionais entrevistados revelaram buscar encarar a morte como uma coisa natural, como parte do ciclo de vida do ser humano. Essa perspectiva traria, na visão dos entrevistados, o conforto e a estabilidade necessários ao enfrentamento da situação de morte e perda, concebendo-o como um elemento do seu dia-a-dia, e não como um empecilho do seu fazer profissional.

Sou muito sensível, mas consigo trabalhar a morte. Consigo fazer os cuidados até o término. Não sofro na minha casa, eu esqueço[...] talvez como uma defesa. Tenho força para lidar com isso, mas depois deleteo, talvez como proteção (E8).

LIDAR COM A PERDA DOS QUE PERMANECEM: AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DO CUIDADO COM FAMÍLIAS

Observa-se uma correlação entre a ideia de morte, com a ordem cronológica da vida. Nessa concepção, os mais velhos devem partir primeiro, enquanto aos mais jovens cabe o palmar dos diversos estágios de vida, em busca da realização de seus objetivos, metas e sonhos. Tal concepção, corrente em nossa sociedade, justifica a reação das pessoas diante de uma morte precoce. De forma similar, verifica-se que o que mais abala os profissionais de enfermagem atuantes na UTIP não é a morte em si, mas sim ela acometer uma criança. Quando os agravos afetam uma criança, as pessoas sempre esperam melhora/cura, até mesmo os profissionais de saúde.¹³

A valorização da vida em seu desabrochar, da criança, como símbolo de um “vir a ser”, revela a necessidade da comunidade humana de proteger seu próprio futuro e renovar a esperança em novas gerações.

Além disso, em função de sua fragilidade e de sua dependência em relação aos cuidados dos adultos, a proteção da criança se traduz em responsabilidade inalienável de todos aqueles que compõem a sociedade civilizada.

Dessa forma, quando uma criança adocece e fica à mercê de cuidados médicos, os profissionais de saúde passam a assumir esse mesmo ônus, desempenhando suas funções no intuito único de salvar essa vida.

No entanto, quando esse objetivo não é alcançado, surgem sensações de perda, impotência e fracasso, difíceis de serem superados.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul destaca que a ida-
de da criança e o convívio desta com a família ou a equipe de enfermagem podem tornar o enfrentamento da morte mais difícil, em função de um vínculo mais sólido, em se tratando de crianças maiores, de modo que o convívio prolongado dos profissionais com a família também é fator que contribui para dificuldades na aceitação e enfrentamento da morte.⁵

Além dos desafios relativos ao lidar com a morte na infância, há ainda outras implicações que esse contexto específico da atenção traz.

Sabe-se que a presença de um dos pais-cuidadores é frequente na UTIP, devendo, inclusive, ser estimulada, uma vez que o Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁴, instituído por meio da Lei nº 8.069, de 1990, ampara esse direito. Em face dessas orientações, os hospitais devem proporcionar condições para viabilizar a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsáveis durante a internação.

Desse modo, o contato e a atenção prestada pela equipe de enfermagem não se restringem apenas à criança hospitalizada, mas estende-se também ao cuidador. Tal condição permite, entre outras coisas, a criação de um vínculo importantíssimo para a qualidade da assistência, promovendo laços de empatia e efetivo compartilhamento dos cuidados. Essa relação, quando bem conduzida e estruturada, traz grandes benefícios a todos, facilitando o trabalho da equipe e estimulando o envolvimento dos acompanhantes nos cuidados.

Para além do cuidado compartilhado, essa parceria se torna fundamental quando pais e profissionais são forçados a enfrentar um desafio ainda maior, que é a morte da criança hospitalizada. Nessa situação, os alicerces de confiança estabelecidos entre a equipe e a família, ainda que não sejam suficientes para aplacar a dor e o sofrimento desse evento, predispõe à adoção de uma postura de apoio mútuo para lidar com a perda.

A morte na UTIP envolve a família, principalmente a mãe, e você tem que trabalhar com ela (E1).

[...] Temos que lidar com a perda da mãe, lidar com criança tão vulnerável e com expectativas colocadas na criança [...]. (E4).

Aqui, acho que nos apegamos mais à família, pelo vínculo criado com os pais[...] Isso dificulta (E10).

Um agente facilitador para alguns profissionais da equipe de enfermagem da UTIP, no que diz respeito à morte, é o fato de que, nesse ambiente, todos os recursos tecnológicos e materiais possíveis podem ser disponibilizados. A UTI é um ambiente concebido com o propósito de oferecer o cuidado de alta complexidade, dispondo, assim, de um arsenal de equipamentos de alta tecnologia, bem como de profissionais treinados e habilitados, tendo como objetivo central salvar as vidas colocadas sob sua responsabilidade. Essa concepção, de certa forma, traz uma sensação de alento tanto para os pais quanto para os profissionais envolvidos, convictos de que todos os cuidados disponíveis foram oferecidos à criança. Tal entendimento leva esses sujeitos a constatarem que a perda era algo inevitável e não a consequência das decisões e atitudes implementadas.

Quando morre aqui [na UTIP], a gente já sabe que morreu, porque era muito grave (E2).

A morte na UTIP[...] ela acontece, mas você sabe que foi feito de tudo, morreu é porque tinha que morrer (E5).

[...] Talvez aqui temos possibilidades de dar um assistência maior (E8).

Não obstante tal percepção, os profissionais argumentam também que os mesmos recursos utilizados no intuito de salvar a vida dessas crianças, por vezes e paradoxalmente, cooperam para prolongar o processo de morrer das mesmas, ampliando, assim, o período de sofrimento da criança, dos pais e dos cuidadores.

Aqui a morte é muito mais invasiva, agressiva, porque tentamos de tudo! As crianças [...] há casos em que se prolonga muito a vida e o sofrimento. Tem casos que é como se a criança estivesse morta, mas ela continua aqui (T5).

É diferente, porque mesmo pela tecnologia daqui, a morte é prolongada[...] ela é mais lenta e também traz mais dor à família, porque cria expectativas nos familiares (T6).

Com os avanços da tecnologia nos dias atuais, as expectativas de vida dos pacientes graves aumentaram substancialmente e, devido a todo o estigma que a morte recebe, gerou-se um investimento terapêutico com custo (não financeiro) extremamente alto para o doente em sua fase de terminalidade. Assim, pode-se afirmar que, hoje, o doente não morre mais “na sua hora”, mas sim, no momento determinado pela equipe de saúde.¹⁵

Para alguns autores¹⁰, é devido a tantos avanços terapêuticos e tecnológicos que hoje há diminuição da mortalidade no

âmbito dos internamentos infantis. Entretanto, esses mesmos recursos acabam por favorecer, em algumas situações, uma condição de vida artificial, em que se esquece que, do outro lado dos tubos, fios de monitoramento e drenos está um ser humano que sofre. As autoras destacam, ainda, a dificuldade em determinar-se o estado de terminalidade em uma UTI, em função da grande complexidade dos casos e das sérias responsabilidades implicadas nesse diagnóstico.

VIVENCIANDO O PROCESSO DO MORRER NO AMBIENTE DE TRABALHO

Noticiar o óbito à família para ninguém é tarefa fácil, embora enfermeiros e médicos estejam mais propensos a exercer essa função. O cotidiano de uma UTI torna essa atividade uma realidade cotidiana, porém não menos difícil.

Os relatos dos profissionais entrevistados revelaram algumas estratégias para o cumprimento de tarefa tão árdua que incluem desde a solicitação do auxílio de outros profissionais, à busca de subsídios pautados em conhecimentos empíricos – oriundos de sua própria experiência profissional ou científico-religiosa.

A doutora sai e chama a enfermeira, chama o serviço social e a Psicologia. Daí se aborda junto. Eu vou falando devagar, com calma, desde a má evolução[...] (E8).

[...] eu estimulo sempre a fé nos pais, mas depois que morre, eu não consigo lidar com as justificativas do por que morreu (T2).

Nos casos agudos, que são difíceis, é empatia, conforto, espiritualidade, dar o ombro, o abraço (E4).

As crenças religiosas e espirituais proporcionam, segundo a percepção dos entrevistados, uma forma de responder às inquietações da família, servindo, assim, como suporte e fonte de alívio aos indivíduos enlutados. Por meio dessas, as pessoas procuram atribuir significados e respostas às perguntas existenciais que se impõem diante da doença e da morte.

Essa compreensão é corroborada por outros estudos sobre o tema, que revelam que a espiritualidade e a religiosidade, ou as crenças religiosas, mostram-se como importantes aliados no auxílio para um estado de adaptação e ajustamento à doença e morte¹⁶.

Entre todas as estratégias utilizadas na abordagem aos familiares e cuidadores, no momento de noticiar o óbito da criança, as mais empregadas foram: o afeto, a solidariedade e a demonstração de disponibilidade para as necessidades imediatas.

Procuo confortá-la [a mãe], algumas vezes somente com um abraço, outras vezes conversando com ela sobre o estado geral da criança, e falo para ela se apoiar na religião (E1).

[...] Deixo pegarem no colo, deixo verem a criança aqui, cada situação é única, não tem regra. Eu procuro estar junto com a mãe na hora que alguém vai dar a notícia, nem que eu fique quieta, mas às vezes nem precisamos dizer nada, porque somos já a referência (E2).

Procuo conversar, orientar, apoiar os pais. Os pais ficam "sem chão" e a gente também, mas tentamos ajudar na parte burocrática do óbito, me mostro disponível para o que eles precisarem (T5).

Embora se perceba a predisposição dos profissionais para o apoio às famílias por ocasião da comunicação do óbito, ainda se evidenciam muitas dificuldades (lacunas) no tocante a uma sistemática adequada para abordar tais situações de enfrentamento. Cada profissional apresenta, assim, uma postura quase que instintiva e particular para lidar com a perda. Da mesma forma, não se vislumbra qualquer tipo de iniciativa organizada ou serviço institucional capaz de oferecer o suporte específico e necessário à equipe e às famílias que compartilham essa vivência.

Procuo ajuda e orientação com meu cunhado, que é psiquiatra e conversamos muito (E1).

Faço terapia com psicólogas [...] leio muito a respeito do assunto [...] Também converso muito com as amigas [...] (E2).

[...] desabafo com minha família e isso alivia, procuro chorar, desabafar e bola pra frente [...] (T5).

Pesquisas informam que existem falhas no preparo dos profissionais para trabalhar este tema na realidade profissional^{1,2,16}. Esse panorama é ainda mais agravado ao constatar-se que também as instituições hospitalares oferecem pouco ou nenhum suporte psicológico a esses profissionais diante da morte, o que pode trazer como consequência agravos à saúde mental da equipe de enfermagem. Esses estudos destacam, ainda, que muitos profissionais, para suportarem tal situação, se afastam da família.⁴

O presente estudo contribui para a constatação de que a enfermagem ainda enfrenta muitas dificuldades para trabalhar a morte em seu cotidiano do trabalho. Os relatos revelam o reconhecimento dos limites para realizar a função de maneira adequada, o que conduz os profissionais a, muitas vezes, transferir a tarefa desses enfrentamentos para outras pessoas consideradas, pelos mesmos, como mais preparadas ou habilitadas.

Ainda temos um pouco de receio de dar a notícia. Tentamos ao máximo deixar para o médico dar a notícia [...] (E3).

Se tiver alguém mais habilidoso pode ir. É fuga, mas [...] pode ser melhor do que eu neste sentido (E5).

Evito abordar a família. Eu acho que isso é uma fuga, é a dificuldade de aceitar a morte (E6).

Prefiro não dar a notícia [...] (T3 e T4).

[...] Acho que não temos muito preparo para isto. É algo que pouco se fala até quando estudamos. Tentamos ajudar com as nossas experiências pessoais (T5).

Estudo realizado com 22 profissionais de enfermagem de um hospital em São Paulo demonstrou que 59% dos participantes alegaram nunca terem participado de atividades voltadas para o enfrentamento da morte e perda de pessoas próximas.⁴ Outro, realizado com 23 alunos do curso de Psicologia de uma universidade pública, também identificou que a temática do morrer não é abordada em sua formação, o que, de forma geral, provoca descontentamento por parte dos alunos, pela falta de informação e compreensão sobre o tema.³ Mais que tudo, os estudos em questão parecem revelar uma tendência presente também em muitas outras realidades de formação e atenção à saúde.

A vivência das situações de morte e perda no cotidiano dos profissionais mostra, ainda, reações e situações distintas e únicas, cuja intensidade e envolvimento variam desde o viver o luto com a família, compartilhando da dor e do sofrimento, até a busca pela racionalização e pela adoção de posturas de uma aparente frieza e neutralidade frente à situação.

Tem caso que marca a gente, você fica angustiada, vive o luto com a família e não temos muito a quem recorrer para ajudar nesse processo (T5).

Vida e morte são interligadas. Vejo a morte com naturalidade, ela faz parte da vida (T6).

A busca de subsídios em experiências anteriores com a morte é referenciada pelos entrevistados como importante, porém não suficiente para a superação do desconforto e angústia que marcam cada situação de enfrentamento.

Com as experiências da profissão eu vou amadurecendo e fortalecendo (E9).

[...] A experiência me trouxe mecanismos para ficar de fora da situação. Trato as crianças crônicas com amor, mas vou trabalhando dentro de mim que ela não vai ficar aqui, que a morte para ela é melhor, pela patologia (E4).

No princípio eu me envolvia muito sentimentalmente, mas aprendi que aquela dor, não é minha, e sim dos parentes. Então, hoje, eu separo melhor o paciente da vida pessoal, para não sofrer (T6).

Os relatos dos profissionais descortinam a vivência profissional anterior, como um campo para o exercício e a construção de meios particulares para o enfrentamento e superação dos desafios de sua prática cotidiana, o que inclui o lidar com o luto e a perda. Nos moldes das demais estratégias utilizadas pelos profissionais, e embora tenha efeito positivo quanto à criação de barreiras emocionais que lhes permitam superar os desafios com menos chance de danos à sua integridade psicoemocional, a experiência anterior por si só não substitui a necessidade de apoio mais adequado aos profissionais e familiares implicados, ratificando, assim, importante lacuna na organização dos serviços de saúde.

Acho importante possuir uma equipe de psicólogos disponível, mas não somente ter psicólogos disponíveis, mas haver um trabalho em grupo com toda a equipe e a presença de outros profissionais como o psiquiatra e/ou enfermeiro psiquiatra (E1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento da morte constitui uma situação extremamente delicada e que, portanto, requer abordagem sempre cercada de muita cautela e sensibilidade. Não obstante seja um evento mais rotineiro numa Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, persistem as dificuldades em seu manejo adequado.

Desse modo, sua maior frequência jamais poderá justificar a banalização no que diz respeito à necessidade de criação de estratégias que permitam seu adequado enfrentamento, com o mínimo de implicações e danos a todos os atores sociais envolvidos.

O presente estudo descreveu o cotidiano desse processo de enfrentamento a partir da perspectiva dos profissionais da equipe de enfermagem. O delineamento dessa realidade assistencial em particular permitiu evidenciar uma percepção da morte como algo pouco explorado na formação inicial e continuada desses profissionais, o que redundou na perpetuação dos desafios que se impõem ao trabalho dos mesmos junto ao cliente pediátrico em situação de terminalidade e às suas famílias.

Da análise dos relatos foi possível inferir inúmeros sentimentos e comportamentos que pontuam o fazer profissional diante da morte e do morrer nesse cenário. Assim, sentimentos de medo e insegurança por “não saber lidar” com a morte ou mesmo a adoção de uma postura de não envolvimento com o paciente/família como uma forma de proteção contra o sofrimento foram citados pelos profissionais entrevistados em seus

discursos. Ademais, destacou-se a importância atribuída à necessidade de uma rede de apoio institucional como forma de oferecer suporte para que esses profissionais possam atuar de forma mais efetiva frente a tais situações, principalmente nos momentos nos quais lidar com a dor da perda/morte é inevitável, como nas ocasiões em que cabe a estes a dura tarefa de anunciar o óbito da criança à família.

Assim, embora o fato da internação em um setor de cuidados complexos proporcione certo alívio às famílias e profissionais em sua elaboração do luto, não ameniza as dificuldades para lidar com a perda de uma vida em seu desabrochar e o ruir das esperanças de concretização de um futuro encerrado em seu projeto.

Os limites do estudo reforçam a necessidade de aprofundar as discussões sobre a temática, em todos os contextos de trabalho, com suas particularidades e dificuldades específicas, como forma de instigar medidas no sentido de transformar essas realidades, otimizando a criação de serviços voltados não somente para a recuperação dos doentes, mas para sanar as angústias da condição humana.

REFERÊNCIAS

1. Vargas D. Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23:404-10.
2. Santos JL, Bueno SMV. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45: 272-6.
3. Aquino TAA. Visões de morte, ansiedade e sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicol Argum.* 2010; 28(63):289-302.
4. Araújo SAN, Belém KF. O processo de morte na unidade de terapia intensiva neonatal. *Com Scientiae Saúde.* 2010; 9: 290-9.
5. Rockembach JV, Casarin ST, Siqueira HCH. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Rev RENE.* 2010; 11: 63-71.
6. Poles K, Bousso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Rev Latinoam Enferm.* 2006;14:207-13.
7. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde.* 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407 p.
8. Souza DM, Soares EO, Costa KMS, Pacifico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18:41-7.
9. Poles K, Bousso RS. Morte digna da criança: análise de conceito. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43:215-22.
10. Garros D. Uma "boa" morte em UTI pediátrica: isso é possível? *J Pediatr (Rio Jan).* 2003; 79(Supl 2): S243-54.
11. Arrambide MS, Poc OG, Miravete JLM, Pérez-YARZA eg, Caro IA. El pediatra ante La muerte del niño: integración de los cuidados paliativos em La unidad de cuidados intensivos pediátricos. *An Pediatr.* 2005; 62:450-7.
12. Johnson CB. Hospice: what gets in the way of appropriate and timely Access *Holistic Nurs Pract.* 1998; 13:8-21.
13. Batista ACF. Os sentimentos da equipe de enfermagem diante da morte da criança e adolescentes hospitalizados: uma revisão integrativa [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
14. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de julho de 1990. Brasília: Congresso Nacional; 1990.
15. Oliveira SC, Quintana AM, Bertolino KCO. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(3):1077-80.
16. Bousso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45:397-403.