

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

MARIA DO CARMO BATISTA SILVA

**ENFRENTAMENTO DA MORTE E DO MORRER DE CRIANÇAS PELA
EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UTI**

BRASÍLIA/DF

2015

MARIA DO CARMO BATISTA SILVA

**ENFRENTAMENTO DA MORTE E DO MORRER DE CRIANÇAS PELA
EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UTI**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como requisito à aprovação na
disciplina TCC 2 do curso de graduação em
Enfermagem da Universidade de Brasília
(UnB).

Orientadora: Profa. Dra. Moema da Silva
Borges.

BRASÍLIA/DF

2015

BANCA EXAMINADORA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

MARIA DO CARMO BATISTA SILVA

**ENFRENTAMENTO DA MORTE E DO MORRER DE CRIANÇAS PELA
EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UTI.**

ORIENTADORA: Profa. Dra. Moema da Silva Borges.

MEMBROS

Orientadora: Profa. Dra. Moema da Silva Borges.

Instituição: Universidade de Brasília

Presidente

Profa. Dra. MARIA EMÍLIA BOTTINI

Instituição: Universidade de Brasília

Membro Efetivo

Profa. Dra. REJANE GRIBOSKI

Instituição: Universidade de Brasília

Membro Efetivo

Profa. Dra. DÉBORA RANGEL

Instituição: Universidade de Brasília

Membro Suplente

DATA: 02 de dezembro de 2015

ENFRENTAMENTO DA MORTE E DO MORRER DE CRIANÇAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UTI

RESUMO

O estudo teve como objetivo compreender como os profissionais de enfermagem lidam com o processo de morte e morrer de crianças nas UTIs. Foram entrevistadas dez enfermeiras que trabalham nas UTIs Neonatal e Pediátrica do Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e analisados com auxílio do *software* Alceste. Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram duas categorias de sentido: *Vivência no Enfrentamento da Perda de Crianças e Fatores Facilitadores e Dificultadores do Enfrentamento*. Os resultados ressaltam a necessidade de investir na criação de grupos de apoio formados por psicólogos e/ou terapeutas, abrindo espaço e condições para quebrar o silêncio, sair da negação e da ilusão de força, se permitir enlutar, extravasar a dor e aceitar a morte de forma saudável. Outra estratégia é a necessária capacitação em serviço, com cursos específicos abordando a tanatologia, visando apoiar as profissionais a melhor suportar o ofício de lidar com a morte e o processo de morrer.

Descritores: Equipe de Enfermagem; Criança; Unidades de Terapia Intensiva; Mecanismos de Defesa; Atitude Frente a Morte.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de Enfermagem que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva - UTI, convivem e enfrentam diariamente o fenômeno da morte. Nesse ofício a morte e o processo de morrer se apresentam de maneira quase que ostensiva na rotina de trabalho, obrigando-os a estabelecer com ela uma convivência, nem sempre pacífica. A morte desperta nesses profissionais sentimentos de frustração, medo e insegurança, que, teoricamente, não deveriam fazer parte de sua vida laboral (SANTOS, BUENO, 2011).

No hospital a UTI agrupa três componentes distintos: os doentes graves, os equipamentos técnicos mais caros e sofisticados, e a equipe com conhecimento e experiência para cuidar desses pacientes, além de ser capacitada para manusear equipamentos específicos.

Frente a tamanha sofisticação tecnológica e preparo da equipe seria presumível que a morte fosse afastada, mas, isso nem sempre corresponde a realidade, sobretudo, porque o ser humano não é imortal (SILVA, CAMPOS, PEREIRA, 2011).

A dor e o sofrimento frente a morte nas UTIs é multiplicado exponencialmente quando ela ceifa a vida de recém-nascidos, crianças e adolescentes. A morte nessa faixa etária é interpretada como interrupção do ciclo biológico natural provocando na equipe de enfermagem sentimentos de impotência,, tristeza e angústia.

Nessa perspectiva, o trabalho em UTIs Neonatal e Pediátrica é bastante exigente, segundo Rockembach, Casarin e Siqueira (2010). Sendo assim, é importante reconhecer que sentimentos de perda e de luto podem ser despertados na equipe de saúde. Tais sentimentos podem prejudicar o acolhimento e o cuidado ao paciente e família, gerando distanciamento da equipe, que não se vê capaz de lidar com o luto da família ou o processo de morrer do paciente, motivada pela interpretação de que eles não foram capazes de salvar a vida que lhes foi confiada (ONARI, 2003).

O desafio nesses casos é bastante complexo, pois o enfermeiro deve estar preparado para aceitar os limites de sua atuação, prestar uma assistência que atenda às necessidades das crianças e de seus familiares, além de lidar com seu próprio sentimento no convívio com a dor, a perda e a morte. O sofrimento frente às perdas suscitam nos profissionais a vivência de seus processos internos, sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que eles não têm autorização para demonstrar (KOVÁCS, 2010).

A ideia de que sentimentos não devem ser demonstrados está ancorada na proposta de assepsia ambiental dos hospitais e se estende aos aspectos emocionais, propiciando a interdição da expressão dos sentimentos, para que não haja contágio emocional (MENEZES, 2004).

Nesse contexto, a lógica de organização do trabalho hospitalar não reconhece o processo de elaboração da perda e desautoriza o luto dos profissionais, impondo aos membros da equipe de saúde uma condição de enlutamento marginal, solitário e silencioso (FARBER, 2013). Para lidar com essa realidade os enfermeiros que atuam na UTI forjam mecanismos individuais de defesa psicológica para suportar a dor, o sofrimento e a morte dos pacientes (CIAMPONE, SHIMIZU, 2002).

Nesse contexto, é comum que os profissionais sejam vistos como “frios”, mas a verdade é que disfarçam e negam seus sentimentos e emoções ao lidar com a morte, o que significa um desafio. Pode-se dizer que frente a impossibilidade de vivenciar o luto dos pacientes, o imperativo de lidar com esse sofrimento, e a necessidade de prestar assistência no processo da morte e morrer exige que eles busquem estratégias que favoreçam o enfrentamento da morte (INÁCIO *et al*, 2008; ALVES *et al*, 2012).

Com a finalidade de aprofundar os conhecimentos sobre as estratégias de enfrentamento dos profissionais de enfermagem no processo de morte e do morrer, questiona-se: Quais são as estratégias de enfrentamento forjadas pelas equipes de enfermagem para amenizar o sofrimento causado pelas frequentes perdas? Para responder a essa questão o estudo teve como objetivo compreender como os profissionais de enfermagem lidam com o processo de morte e morrer de crianças nas UTIs.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório alicerçado no referencial da pesquisa qualitativa. Na concepção do estudo em evidência optou-se por uma abordagem que possibilitasse a aproximação com os Enfermeiros das UTIs Neonatal e Pediátrica, a fim de compreender o pensar, o agir e o sentir desses profissionais em relação a morte e o morrer de crianças.

Sendo assim, buscou-se valorizar os significados que os enfermeiros atribuem aos seus sentimentos e experiências, revelados a partir da expressão de seus discursos, em entrevistas acerca de suas vivências perante a morte e o morrer das crianças.

A investigação teve como cenário as UTIs Neonatal e Pediátrica do Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB, Distrito Federal. O hospital é referência para gestantes e recém-nascidos em situação de risco, e possui o título de Hospital Amigo da Criança, conferido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Essa unidade se caracteriza também pelo atendimento em Pediatria, justificando a sua escolha como campo de estudo.

Os participantes do estudo foram os Enfermeiros, que desempenham suas atividades nas UTIs Neonatal e Pediátrica. Os critérios de inclusão para participação deste estudo foram: experiência mínima dos profissionais de 1,5 anos em UTI e disponibilidade para participar da pesquisa.

Os dados foram coletados no período compreendido entre os meses de junho e setembro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada realizada no de acordo com a disponibilidade dos participantes, com data e horário previamente agendados. Os sujeitos foram convidados e informados com relação aos objetivos, importância da sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa, caráter confidencial de suas respostas, e o direito de desistir de participar do estudo a qualquer tempo.

Os enfermeiros que voluntariamente aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram incluídos como participantes na pesquisa. A fim de preservar o anonimato dos participantes, optamos por identificá-los com a letra inicial da UTI em que trabalhavam seguido do número da sequência da entrevista.

Com a autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas. Na sequência, foram transcritas e lidas cuidadosamente, a fim de que nenhuma informação relevante fosse desconsiderada pelas pesquisadoras. O conteúdo das falas foi analisado com auxílio do *software Alceste*, buscando no contexto dos depoimentos identificar aspectos significativos do processo de enfrentamento do morrer e da morte de crianças pela equipe de Enfermagem.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ensino e Pesquisas de Ciências da Saúde – Fepecs (CEPE/Fepecs) conforme parecer nº 1.107.447 e autorizado pela direção e chefia de Enfermagem do Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo dez enfermeiras, o perfil das participantes ficou constituído da seguinte forma: todas eram do sexo feminino, sendo quatro na faixa etária compreendida entre 25 e 40 anos e seis entre 41 e 51 anos; quanto ao estado civil

sete são solteiras e três casadas. Quanto a vivência com a maternidade, cinco declararam ser mãe e cinco não tiveram filhos. Quanto à religião, seis professavam a religião católica, três eram evangélicas e uma se declarou agnóstica.

Após análise de conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias de sentido analisadas a partir do aparecimento das palavras mais citadas no discurso das participantes em cada uma das categorias. A primeira foi chamada de *Vivências no Enfrentamento da Perda de Crianças* e a segunda categoria *Fatores Facilitadores e Dificultadores do Enfrentamento da Perda*.

Vivências no Enfrentamento da Perda de Crianças

Nessa categoria as palavras *trabalhar, criança, conversa, psicóloga, dificuldade, gosto, parte, perda, equipe, nessa e família* foram as mais citadas no discurso das participantes. Algumas delas figuram no fragmento de discurso que se segue:

[...]a aceitação deles é difícil, então, eu tenho essa dificuldade em trabalhar com os familiares desses pacientes nesse sentido; essa demora deles em aceitar, não sei se é fácil, porque eu estou do lado do profissional, não estou do lado deles, eu vejo que teria que ser mais rápido, pra criança ter uma qualidade de vida melhor[...] P3.

A fala da participante evidencia o seu despreparo para manejar o tempo que a família requer para assimilar a hospitalização, por motivo de doença grave e inesperada. Esse fato, via de regra pode acarretar desequilíbrio na estrutura familiar. A formação do enfermeiro é voltada para salvar vidas, então lidar com questões que envolvem a finitude humana, sobretudo, na infância é difícil para a profissional (ROCKEMBACH,CASARIN, SIQUEIRA; 2010).

Sendo assim, no enfrentamento da morte e do morrer de crianças é imprescindível considerar as angústias, os sentimentos, as dúvidas e as expectativas dos familiares, pois, cuidar do ser humano não se traduz em cuidar apenas de um corpo, mas de seu universo, que inclui a família. É preciso que o profissional desenvolva habilidade para estabelecer um pacto de aliança com a família durante a hospitalização. Sabe-se que o impacto frente ao diagnóstico de uma doença grave de uma criança vai depender

de aspectos peculiares de cada núcleo familiar e engloba a forma como ela se percebe frente ao mundo (GRAHAM *et al*, 2005).

O profissional precisa trabalhar com foco na vinculação com a família para que ambos possam conhecer-se mutuamente, compartilhando e negociando conhecimentos, crenças e valores (CAMPONOGARA *et al*, 2013). A equipe de enfermagem desempenha um papel central na qualificação do cuidado. Mas, para tal deve ter: conhecimento técnico científico, estabilidade emocional, bom relacionamento interpessoal e desenvolvimento de ações voltadas para a humanização do procedimento realizado (KOENIG, 2012).

Assim, o cuidado de enfermagem com a família deve ir além de permitir a visita do familiar, deve incluir o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda que permita: definir o problema, identificar as fontes de apoio, ter foco no sentimento e favorecer a busca conjunta de alternativas a serem implementadas (KOENIG, 2012).

Em geral as famílias passam por três estágios durante a adaptação da doença da criança que se assemelham aos estados psicológicos descritos por Kübler-Ross (2012):

- *Desorganização: devido ao impacto que produz o diagnóstico e o prognóstico da doença, inesperadamente, interrompem-se as dinâmicas habituais da família, desagregando a rede de relações interpessoais, produzindo isolamento e confinamento a um ambiente reduzido;*
- *Recuperação-adaptação: a família inicia sua adaptação em aspectos concretos (redistribuição de tarefas e ao nível relacional, redefinição das relações interpessoais), em uma atitude mais ativa após o choque inicial;*
- *Reorganização: começa a elaboração de um novo equilíbrio, que será bastante complexo em casos de enfermidades que pronunciam a morte da criança.*

Somente conhecendo e compreendendo cada uma dessas fases será possível identificar as necessidades manifestadas pelos familiares, para auxiliá-los a enfrentar o que está sendo vivido. É preciso atentar que a ausência de preparo técnico e emocional pode induzir o enfermeiro ao uso de estratégias psicológicas que minimizem o desconforto de lidar com a morte, encarar os familiares para prestar uma assistência de qualidade. Esse aspecto é revelado no fragmento do discurso que se segue:

[...] eu não consigo me chegar, acho que eu mantenho um pouco de distanciamento, porque pra mim é sofrido...(pausa); O que eu acho que seja difícil, eu acho que isso dificulta [...] desenvolver um bom trabalho [...]às vezes você quer prestar uma assistência de qualidade [...]acho que a gente sofre muito por isso, e a gente sofre calado, porque tem uns certos pontos que a gente vai, mas depois você não consegue mais...N2.

Mecanismos de defesa em geral são ações psicológicas que têm por finalidade reduzir qualquer manifestação que pode colocar em perigo a integridade do Ego, onde o indivíduo não consiga lidar com situações que por algum motivo as considere ameaçadoras. São processos subconscientes ou mesmo inconscientes que permitem à mente encontrar uma solução para conflitos não resolvidos no nível da consciência. As bases dos mecanismos de defesa são as angústias, onde quanto mais angustiados estivermos, mais fortes os mecanismos de defesa se sobressaem (SOBRAL, TODESCATO, LIMA, 2012).

Segundo Freud (1917), o Ego busca se proteger do sofrimento por meio de estratégias que visam suprir ou dissimular a percepção do perigo interno, em função de perigos reais ou imaginários localizados no mundo exterior. Estudos revelam que em relação aos mecanismos de defesa e às estratégias utilizadas no enfrentamento da morte por profissionais de saúde, a negação se faz bastante presente em profissionais que não estão emocionalmente preparados para lidar com o enfrentamento da morte e seus próprios sentimentos (SANTOS, HORMANEZ, 2013).

Ocorre que o mecanismo de negação é capaz de proteger psicologicamente o profissional, mas dificulta tanto a aceitação quanto a elaboração da perda dos pacientes. Esse mecanismo de defesa que se baseia em negar a dor, ou outras sensações de desprazer é considerado um dos mecanismos de defesa menos eficazes.

Pode-se dizer que os profissionais demonstram sentimentos ambivalentes de impotência e onipotência, sentindo que as expectativas em relação ao paciente, sua família e de seus colegas são arremessadas sobre eles e, para suportarem, muitas vezes, se refugiam em suas defesas, no racionalismo, no não envolvimento (SOBRAL, TODESCATO, LIMA, 2012).

As participantes de estudo deixaram transparecer muito sofrimento frente a perda dos seus pequenos pacientes. As entrevistas foram em geral permeadas por muitas pausas, momentos de silêncio, reflexões e mudanças de assunto, sobretudo, quando a vinculação com a criança foi intensa e elas presenciaram muita aflição.

[...] então é essa parte que eu acho que a gente deveria trabalhar melhor com esses pais [...] procuro Deus. Primeiramente, eu pego minha bíblia, faço minhas orações, pra aceitar; porque a única certeza que temos é da morte, mas é muito difícil perder um paciente, que você pensa que essa criança não viveu nada nesse mundo, e porque sofrer tanto, né?P3.

As crenças sobre religião e espiritualidade podem influenciar o modo como pacientes e profissionais de saúde percebem o binômio saúde-doença e como interagem com os pacientes e familiares. Estudos realizados por Penha e Silva (2012) apontam que instituir a fé e a esperança como mecanismos de compreensão multidimensional do ser humano se torna imprescindível para a apreensão do processo de recuperação da saúde e enfrentamento saudável das doenças (Koenig, 2012). Pode-se dizer que mais de 90% da população, independente da religião que professa, utiliza a religiosidade e a espiritualidade com o objetivo, entre outros, de conseguir força e conforto diante das adversidades da vida, como as doenças e a morte (PIMENTA, COLLET, 2009).

Nessa linha argumentativa, Santos e Hormanez (2013) apontam que uma estratégia de enfrentamento frequentemente utilizada por profissionais de enfermagem é o apego à religião ou à fé. Pode-se apreender que recorrer à Bíblia e seus ensinamentos ajudam os profissionais a aceitar a perda da criança, conferindo sentido e significado à morte.

A exposição contínua e constante ao estresse gerado pelo contato cotidiano com a morte e o morrer dos pacientes, sem que haja dispositivos protetores institucionalizados para seu alívio e elaboração do sofrimento, pode afetar a saúde mental dos profissionais (SANTOS, HORMANEZ, 2013).

O apoio psicológico – ou a falta dele – foi citado pelas profissionais. Elas acreditam ser de fundamental importância para o enfrentamento do luto uma ajuda especializada.

*[...] eu acho que o psicólogo faz esse papel melhor, ele te abraça, ele te acolhe, ele conversa, ele se põe disposto a ouvir o que você tem pra falar, então, ele perde o tempo na sua história; o psiquiatra, ele quer te tratar com remédio [...]*P1.

[...] eu sou apaixonada pela terapia intensiva, mas eu acho que meu psicológico precisa de acompanhamento[...] P2.

Vale ressaltar que a saúde psíquica decorre da dinâmica entre a busca do prazer e a evitação do sofrimento. Por outro lado, o sofrimento não é patológico, mas, sim, um sinal de alerta para evitar o adoecimento. Nessa linha de raciocínio, considera-se que a doença só se desenvolve quando o trabalho não possibilita a implementação de estratégias que possam atenuar as exigências e pressões laborais (PRATA, 2011).

O pedido por suporte de uma ajuda especializada explicitam a necessidade de um olhar mais cuidadoso às condições emocionais dos profissionais que enfrentam o processo de morte e morrer nas UTIs.

Fatores Facilitadores e Dificultadores do Enfrentamento da Perda

Nessa categoria, as palavras mais citadas foram *plantão, médico, bebê, situação, dependendo, recebo, complicação, tiver, pendências, providenciam*. Essas palavras fazem referência aos fatores que na perspectiva das entrevistadas facilitam ou dificultam o enfrentamento do luto frente a morte e o processo de morrer de crianças.

Optou-se por discutir primeiro os fatores facilitadores e em seguida os dificultadores.

Fatores Facilitadores

Na perspectiva das entrevistadas, o planejamento da rotina de trabalho configura-se como um fator facilitador para o enfrentamento das demandas das UTIs Neonatal e Pediátrica:

[...] eu sou enfermeira da tarde, chego, recebo o plantão, já no recebimento do plantão, a gente já vê os pacientes que precisam de planejamento de atendimento das próximas seis horas [...] P1.

A primeira atividade no plantão é receber os bebês leito a leito. A segunda atividade é detectar as prioridades, solucioná-las e executar as pendências e demais atividades por prioridade N5.

Os estratos confirmam que a utilização do modelo de organização do serviço confere ao profissional de enfermagem segurança qualificando as ações do cuidado. O cuidado de criança em tenra idade e em situação de doença grave demandam maior complexidade, sensibilidade e organização do profissional de enfermagem, que precisará atuar considerando o processo de crescimento e desenvolvimento, as diferenças anatomofisiológicas do organismo, o desenvolvimento cognitivo de cada faixa etária, o processo de comunicação entre cuidador e cuidado, além das relações e interrelações das famílias, equipes e crianças (PIMENTA, COLLET, 2009).

Não foi possível apreender no discurso das entrevistadas se elas utilizam com base nessa organização a Sistematização de Assistência de Enfermagem – SAE, e o Processo de Enfermagem (PE), que subsidia a execução e a avaliação da assistência com base em um raciocínio clínico.

Dos profissionais de enfermagem que atuam na UTI são exigidas uma visão ampliada e crítica, no sentido de analisar os problemas e encontrar soluções, assegurando sua prática nos princípios éticos da profissão (VARGAS, BRAGA, 2010).

Fatores Dificultadores

Segundo as participantes do estudo os aspectos que pesam negativamente no enfrentamento das perdas se centram em 4 aspectos: 1- falta de comunicação na equipe; 2 - a gravidade do quadro da criança; 3 - as questões éticas na prática da distanásia e 4 - a falta de tempo para refletir sobre as perdas. Cada um desses pontos será discutido a seguir:

Pode-se apreender que o grau de dificuldade para lidar com a perda vai depender da ambiência emocional em cada plantão. A falta de comunicação é apontada como um dos aspectos que pode dificultar muito o trabalho da equipe de enfermagem.

[...] esses são desafios que a gente tem e dependendo da situação do plantão, se torna um plantão mais estressado, justamente por isso, pela falta de comunicação; é um dos mais importantes, porque, material a gente dá um jeito, a gente corre daqui, corre dali e ainda consegue resolver, mas, essa questão da falta de comunicação é o mais grave problema que eu tenho nos nossos problemas aqui na Neo N4.

A fala da participante é ratificada pelos resultados do estudo de Shimizu e Ciampone (2002). Para as autoras, o relacionamento entre os membros da equipe interfere na assistência e na satisfação do trabalho e a falta de comunicação pode ser interpretada como a utilização de mecanismo de defesa inadequada a exemplo da falta de paciência e de cooperação entre os membros da equipe, gerando alto nível de estresse entre os profissionais.

Devido às características específicas do ambiente de UTI, o trabalho em equipe é um pilar importante e deve ser incentivado pela instituição. No cotidiano da UTI o enfermeiro deve ser capacitado para agir de maneira tranquila, ágil, com raciocínio rápido, adaptando-se de imediato a cada situação que se apresente (VARGAS, BRAGA, 2010).

Nesse cenário, ele deve receber apoio para manejar a perda frequente de crianças, as demandas da família, devendo estar ainda, preparado para lidar com as intercorrências, dominando o conhecimento científico e possuindo competência no sentido de liderar a equipe sob sua responsabilidade.

*[...] pausa; gente, esse bebê é assim, assim, assado, a gente passa até para evitar transtornos mais futuros[...] o bebê prematuro extremo, muito extremo, ele é admitido, a gente sabe que dependendo da situação que ele, das condições de parto, e da situação que esse bebê vem evoluindo, ele é um bebê que pode realmente vir a óbito, e o que acontece[...]*N4.

Muitas crianças entram nas UTIs com diagnósticos graves e com prognóstico de evolução para a morte. A morte iminente é um assunto que causa inquietação na equipe

de enfermagem. Nessas situações a equipe está ciente das limitações terapêuticas e instala-se um sentimento de frustração advindo da possível perda, e pelo fato desses profissionais não poderem se eximir ou negligenciar suas responsabilidades e funções frente à morte de uma criança que estava sob seus cuidados ou de sua equipe (DUARTE, SENA, XAVIER, 2013).

Apesar dos avanços na ciência e na tecnologia, a maneira de lidar com a morte ainda é acompanhada da ideia de fracasso para a equipe de saúde. Para esses profissionais, não aliviar a dor ou evitar a morte pode acarretar intenso sofrimento (KOVÁCS, 2010).

Mas, esse sofrimento pode ser pior, pois, a cura e o cuidado estão ao mesmo tempo tão próximos e tão distantes na UTI. Frente à certeza da morte iminente o desafio dos profissionais é compreender que nem sempre é possível curar, mas sempre é possível cuidar. Ocorre que muitas vezes o paradigma do curar se sobrepõe ao paradigma do cuidar.

[...] não é medida de conforto, pelo contrário, se investe até e a gente sabe que se for medida_de_conforto, é medida de conforto; mas dependendo do médico, isso não acontece, eles investem até [...] isso pra gente é um pouco complicado, porque se é medida_de_conforto, você não tem que ficar investindo, pelo menos é o que a gente entende, né, mas, que na maioria das vezes não acontece N4.

Nesses casos, dilemas éticos e morais se fazem presentes no dia a dia dos profissionais frente a obstinação terapêutica, ou seja, o uso continuado e persistente de medidas que sustentam a vida de pacientes e visam retardar a morte, configurando um quadro conhecido como futilidade médica, no qual essas medidas se mostram de pouca ou nenhuma utilidade operacional.

Revisão de literatura de Ferreira *et al* (2011) evidenciou que há uma grande discussão, com muitas nuances e ausências de consenso, frente à discussão relacionada à interrupção ou continuação da terapêutica, referente ao paciente fora de possibilidade de cura. Estudos demonstram que a equipe médica muitas vezes tem dificuldade de perceber que o ato de cuidar não consiste apenas em salvar vidas a qualquer preço, mas implica, antes de tudo, em preservá-la com a dignidade e respeito que merece (SANTOS, HORMANEZ, 2013).

Frente a tantos desafios, percebe-se por parte dos profissionais atitudes de proteção frente a situações com as quais não sabe lidar e o luto é negado (KUHN, LAZZARI, JUNG, 2011).

Como fator dificultador da elaboração da perda, o profissional atrelado a ideia de que não pode demonstrar consternação, sofre calado, ou seja, vive um luto não autorizado. O luto não autorizado é aquele negado pela sociedade, pois, esta entende que o evento não produziu dano. A hermenêutica social, nestes casos, não reconhece o processo de elaboração da perda e desautoriza o luto, impondo ao sujeito uma condição de enlutamento marginal, solitário e silencioso (FARBER, 2013).

[...] pausa; ou pode ser um mecanismo de defesa, meu, pessoal, mas não dá tempo da gente sentir o luto, a não ser como o caso que eu relatei, de um bebezinho que ficou com a gente muito tempo, o prognóstico era ruim e, a gente acompanhou, teve com a mãe N2.

É complicado, existe situações que a gente realmente, a gente se apega mais e situações que você sabe que é um bebê grave, gravíssimo, e que talvez o fato dele ter chegado da forma que ele chegou na UTI, [...].N4.

Podemos perceber que os enfermeiros enfrentam a morte com dificuldade durante o processo de finitude das crianças sob seus cuidados. Se refugiam, muitas vezes na postura fria e distante, evitando situações que ameacem a falsa sensação de segurança emocional. O trabalho em UTI envolve tarefas permeadas por ambiguidades, apresentando aspectos ora gratificantes, ora limitantes em sua rotina diária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam que a morte nas UTIs Neonatal e Pediátrica é encarada pelas enfermeiras como um grande desafio, reafirmando a necessidade de reconhecer os sentimentos e as necessidades vivenciadas por elas. Pode-se apreender que a falta de preparo durante a formação aliada a ausência de um suporte emocional para lidar com a perda figuram como causa de grande dor e sofrimento.

Para manejar esses desafios as enfermeiras referiram lançar mão de mecanismos de defesa que, ao mesmo tempo que as protege, ajudando a suportar a dor do ofício com

a morte e o processo de morrer, as impede de prestar um cuidado humanizado e qualificado. Sentimentos e atitudes de distanciamento, frieza, sensação de fracasso, tristeza e impotência permeiam a prática dessas profissionais, para quem a morte de crianças não tem sentido ou significado.

Elas buscam suprir a dor pelas constantes perdas e sofrem caladas, acreditando ser uma saída para suportarem a carga emocional excessiva. Se apoiam na fé religiosa, buscando em Deus forças no auxílio para enfrentarem os desafios impostos pela profissão: falta de comunicação na equipe; a gravidade do quadro da criança; as questões éticas na prática da distanásia e a falta de tempo para refletir sobre as perdas.

A falta de comunicação da equipe aliada ao luto não autorizado pontuam algumas dificuldades sinalizadas nas entrevistas. Os momentos de silêncio, as pausas nos discursos e as mudanças de assunto demonstram um sofrimento latente. A dor da vivência é visível, porém, a dificuldade em verbalizar, se expressar, demonstram a necessidade de que algo aconteça, antes que esses sentimentos se transformem em doenças físicas e psicológicas.

Apesar desse quadro, a falta de permissão para vivenciar o luto, a necessidade de continuarem assistindo as crianças, as obrigam a silenciar o sofrimento e viverem um luto marginalizado no processo de trabalho, levando-as a construir a falsa sensação de controle da situação. É possível inferir que as enfermeiras estão sujeitas a sofrer um esgotamento e desenvolver a síndrome de Burnout, caracterizada por ser o ponto máximo de estresse profissional, onde o desgaste emocional danifica os aspectos físicos e emocionais da pessoa, causando sintomas caracterizados por fadiga, cansaço constante, distúrbios do sono, dor de cabeça, depressão, dentre outros.

Recomenda-se a criação de grupos de apoio formados por psicólogos e/ou terapeutas, abrindo espaço e condições para quebrar o silêncio, sair da negação e da ilusão de força, se permitir enlutar, extravasar a dor e aceitar a morte de forma saudável. Outra estratégia é a necessária capacitação em serviço, com cursos específicos abordando a tanatologia, visando apoiar as profissionais a melhor suportar o ofício de lidar com a morte e o processo de morrer. Por fim, espera-se que as instituições formadoras e assistenciais reconheçam a importância da abordagem dessa temática para a qualificação e humanização do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar IR; Veloso TMC *et al.* O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paul Enferm* 2006;19(2):131-7.

Alves, MVMFF; Sculeder, DN; Luppi, CHB *et al.* Morte e morrer em Unidade de terapia Intensiva Pediátrica: percepção dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.* 2012. Jul/Set.; 17(3): 543-8.

Camponogara, S; Santos, TM; Rodrigues, IL *et al.* Percepções e necessidades de familiares de pacientes internados em Unidade de Cuidados Intensivos. *J.res.: fundam. Care. Online* 2013. Jul./set.5(4): 622-34.

Duarte, EDD; Sena, RR; Xavier, CC. Processo de Trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2013; 43(3):647-54.

Farber, SS. Lutos marginais e desautorizados, ritos negados e omitidos. *Protestantismo em Revista. São Leopoldo.* V.32.p3-14; set./dez/2013.

Ferreira, EN; Fernandes, MFP; Prado, C. *et al.* Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. *Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo* v.43, n.2, p.1292-96; 2011.

Freud, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: *Obras psicológicas completas, V. XIV.* Rio de Janeiro: Imago, 2006.

Grahan, IW. *et al.* Mutual suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying. *International J. Nurs Pract*, n.1, 2005, p.277-285.

Inácio, AFL; Capovilla, C. Prestello, GD. *et al.* O profissional de enfermagem frente à morte do recém-nascido em UTI Neonatal. *Rev. Int. Ciênc. Saúde.* 2008; 26(3): 289-93.

Koenig, H. *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade.* Porto Alegre: L&PM; 2012.

Kovács, MJ. Sofrimento da Equipe de Saúde no Contexto Hospitalar: Cuidando do Cuidador Profissional. *O Mundo da Saúde, São Paulo:* 2010;34(4):420-429.

Kübler-Ross, E. *Sobre a morte e o morrer.* São Paulo: Martins Fontes; 2012.

Kuhn, T;Lazzari, DD; Jung, W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. Rev. Bras. Enferm. Vol.64 n.6. Brasília. Nov./Dec.2011.

Menezes, RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.

Onari, P. Reforma Íntima e Psicanálise. Revista Cristã de Espiritismo, São Paulo, p.20-23-01jun.2003.

Penha, RM; Silva, MJP. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. Texto & Contexto Enf. 2012; 21(2): 260-268.

Pimenta, EAG; Collet, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(3):622-9.

Prata, GP. A tecnologia no cuidado hemodialítico: prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro. 2011.95 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, UFRJ, Rio de Janeiro.

Rockembach, JV; Casarin, ST; Siqueira, HCH. Morte Pediátrica no Cotidiano de trabalho do Enfermeiro: Sentimentos e Estratégias de Enfrentamento. Ver. Rene. Fortaleza.v.11, n.2, p.63-71, abr./jun.2010.

Santos, JL; Bueno, SMV. Educação para a morte a docentes e discentes de Enfermagem: revisão documental da literatura científica. Rev. Esc. Enferm.USP.vol.45, n.1. São Paulo. Mar.2011.

Santos, MA; Hormanez, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. Ciência & Saúde Coletiva, 18(9):2757-2768, 2013.

Shimizu, HE; Ciampone, MHT. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital-escola. Rev. Esc. Enferm. USP.2002; 36(2):148-55.

Silva, RS; Campos, AER; Pereira, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v.45, n.3, p.738-44, 2011.

Sobral, OJ; Todescato, DLN; Lima, MN. Resenha do livro: “A morte e o morrer”. Revista Científica facMais. 2012; 2(1):169-173.

Vargas, D; Braga, AL. O enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: refletindo sobre seu papel. Artigo elaborado a partir de monografia do mesmo título. Faculdades Integradas – Fafibe.

<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>