



VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS FRENTE À MORTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

NURSES' EXPERIENCES BEFORE THE DEATH AT THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT VIVENCIAS DE ENFERMERAS FRENTE A LA MUERTE EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Daiani Modernel Xavier¹, Giovana Calcagno Gomes², Paula Katiúscia Vergutz Diel³, Marli dos Santos Salvador⁴, Stella Minasi de Oliveira⁵

RESUMO

Objetivo: conhecer as vivências de enfermeiras quanto ao processo de morte/morrer da criança internada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com análise de conteúdo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas com seis enfermeiras de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de um hospital do sul do Brasil, conforme aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FURG, sob CAEE nº 23116003627/2008-86. **Resultados:** a partir das análises das entrevistas, emergiram as três categorias: **O conflito entre o idealizado e o vivido; A vivência de sentimentos negativos; O compartilhamento do processo de morte com a família.** **Conclusão:** foi possível verificar que essa unidade é um lugar crítico que impõe aos profissionais que lá atuam a convivência diária com o limite entre a vida e a morte. **Descritores:** Morte; Recém-Nascido; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to know the nurses' experiences regarding the process of death / dying of the child admitted to the Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** it is a descriptive study, with qualitative approach and content analysis. Data collection was performed by semi-structured interviews, which were conducted with six nurses of a Neonatal Intensive Care Unit from a university hospital in the Brazilian south, in accordance with the approval by the Ethics Research Committee from the *Universidade Federal do Rio Grande/FURG*, under CAEE nº. 23116003627/2008-86. **Results:** from the analysis of the interviews, three categories have emerged: **The conflict between the idealized and the experienced; The living of negative feelings; The sharing of the death process with the family.** **Conclusion:** it was possible to verify that this unit is a critical place which imposes to the professionals who work there the daily coexistence with the boundary between the life and the death. **Descriptors:** Death; Newborn; Intensive Care Units; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: conocer las vivencias de enfermeras cuanto al proceso de muerte/murrir del niño hospitalizado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, con análisis de contenido. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, que fueron grabadas con seis enfermeras de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, de un hospital en el sur del Brasil, según aprobación del Comité de Ética en Investigación de la FURG, bajo CAEE nº. 23116003627/2008-86. **Resultados:** tras el análisis de las entrevistas, emergieron las tres categorías: **El conflicto entre el idealizado y el vivido; La vivencia de sentimientos negativos; El compartir del proceso de muerte con la familia.** **Conclusión:** fue posible verificar que esa unidad es un lugar crítico que requiere a los profesionales que trabajan en ella la convivencia diaria con el límite entre la vida y la muerte. **Descriptores:** Muerte; Recién Nacidos; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería.

¹Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: paulavergutz@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/PPGENF/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: giovanacalcagno@furg.br; ³Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Bolsista Capes. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: daiamoder@ibest.com.br; ⁴Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-graduação em Enfermagem/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: marli-salvador@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Mestre, Escola de Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: jminasi@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O ciclo vital é composto pelo nascer, crescer, desenvolver-se, reproduzir-se e morrer. Apesar de natural, o homem contemporâneo, talvez pelo aumento da expectativa de vida, tenta retardar ao máximo esse momento, interpretando a morte como um oponente a ser combatido. Essa apesar de inevitável não é uma questão simples de ser discutida, uma vez que, em nossa cultura, não é aceita.¹

Nos hospitais, o processo de morte/morrer ainda é pouco debatido e questionado entre os profissionais da enfermagem, sendo estes os indivíduos que - talvez - mais se deparam e são afetados por ela em seu cotidiano de trabalho. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada uma das mais complexas do sistema de saúde, pois os pacientes mais graves são alocados nesse setor, demandando o uso de tecnologias avançadas, exigindo pessoal capacitado para tomar decisões rapidamente e adotar as condutas necessárias.^{2,3} As UTIs Neonatais foram criadas com o objetivo de salvar a vida de crianças em risco iminente de vida.

Nelas, são realizados procedimentos complexos e, por vezes, invasivos, que aliados à utilização de tecnologias potentes têm conseguido salvar e prolongar a vida dos pacientes.^{4,5} No entanto, a morte se faz presente neste setor, fazendo parte do cotidiano dos profissionais que atuam no setor. Estudo acerca do sofrimento psíquico dos trabalhadores de enfermagem na assistência à criança hospitalizada verificou que estes consideram mais penoso quando a morte é de uma criança, sendo esta causadora de ansiedade e até mesmo de impotência.⁶

Apesar de a morte fazer parte do seu cotidiano, observa-se que esses profissionais apresentam dificuldades para prestar cuidados ao paciente e interagir com seus familiares frente à sua possibilidade, pois ela é geradora de reações e sentimentos causadores, muitas vezes, de sofrimento.^{7,8} O processo de morte/morrer ainda é pouco debatido e questionado entre os profissionais da área da saúde, sendo um tema pouco difundido no meios acadêmico e profissional. Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), um dos grandes desafios da Enfermagem é enfrentar as situações do cotidiano do cuidado de pessoas que estão em risco de vida eminente.

Percebe-se que os profissionais querem suprimir a enfermidade do corpo para vencer a morte ou, no mínimo, adiá-la ao enaltecer a vida como valor supremo.⁹ O que se busca é a cura e pouco se pensa, questiona, conversa

sobre o processo de morte/ morrer. Apesar da morte na UTIN ser vivenciada com certa frequência, esta não é aceita e nem esperada, já que há sempre a expectativa de que a criança irá sobreviver.

Os profissionais que lidam com a morte em sua prática, o fazem de forma dolorosa, pois cuidar de um paciente em processo de morte/morrer exige a compreensão da complexidade deste processo e dos fatores que limitam o seu cuidado.¹⁰ Assim, apesar da convivência com a morte na UTIN, verifica-se que este assunto ainda é um tabu para os membros da Equipe de Enfermagem, os quais evitam falar sobre ela.

Torna-se, assim, necessário que o trabalhador de unidade de terapia intensiva encontre um espaço onde possa falar dessas emoções para que, assim, as interações que se travam neste ambiente sejam menos conflituosas.² Os profissionais devem ser ajudados no enfrentamento desse processo, mediante a humanização do ambiente hospitalar, auxiliando-os no seu preparo emocional para que, frente o processo de morte e morrer da criança, executem as ações cuidativas de forma ética e profissional.¹¹

Assim, a questão norteadora deste estudo foi << **Quais os sentimentos de enfermeiros atuantes em UTIN frente à morte da criança no setor?** >> A partir desse questionamento, o objetivo do estudo foi conhecer os sentimentos de enfermeiras quanto ao processo de morte/morrer da criança internada na UTIN de um hospital universitário do sul do país.

Acredita-se que este estudo poderá auxiliar profissionais da enfermagem atuantes em UTIN a refletirem acerca de suas vivências frente à morte, buscando estratégias para seu enfrentamento.

MÉTODO

O presente estudo foi extraído do Relatório Final do Projeto de Pesquisa de Iniciação Científica/CNPQ/FURG << **A percepção de membros da equipe de enfermagem acerca do processo de morte/morrer da criança internada em uma UTI neonatal** >>, vigente de agosto de 2008 a 2009. Para este estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa do tipo descritiva. Esse tipo de pesquisa busca incorporar o significado e a intencionalidade referente aos atos, às relações e às estruturas sociais, envolvendo sua transformação, como construções humanas significativas. Trabalha com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, não sendo

quantificável, pois envolve o significado das relações dos processos e das ações humanas.¹²

Foi desenvolvido no segundo semestre de 2008, em uma UTIN de um hospital universitário do sul do Brasil, considerado de grande porte por possuir mais de 150 leitos. A UTIN é a dependência do hospital na qual o recém-nascido é admitido para receber os cuidados intensivos. A unidade possui nove leitos e atende recém-nascidos de zero a 28 dias de vida.

Participaram do estudo seis enfermeiras atuantes nos turnos manhã, tarde, noite 1 e noite 2 e que atenderam ao critério de inclusão: atuar há mais de seis meses no setor. Foram excluídas as enfermeiras que estavam de férias e licença no período de coleta de dados. Após orientadas acerca dos objetivos e metodologia do estudo, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse consentimento foi assinado em duas vias, ficando uma cópia com cada participante.

A coleta de dados foi efetivada por meio de entrevistas semiestruturadas únicas com cada participante. Estas abordaram questões relativas às vivências das enfermeiras frente à morte na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. As participantes foram convidadas a participar do estudo na sala de prescrição da referida Unidade, no período de trabalho das enfermeiras, sendo que as entrevistas foram previamente agendadas. Em seguida, foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Os dados obtidos foram analisados segundo a Técnica de Análise de Conteúdo¹³, operacionalizada através da pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação os dados. Na fase de pré-análise, foram feitas as transcrições das gravações, leitura flutuante dos dados, constituição do corpus e reformulação dos objetivos. Na fase de exploração do material, os dados foram lidos e subdivididos em três categorias. Na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados, as categorias emergidas foram discutidas à luz de estudiosos que contemplam a temática abordada.

Todos os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos, foram levados em consideração¹⁴. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado mediante o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº 23116003627/2008-86, recebendo parecer favorável para sua publicação sob Protocolo nº número 96/2008.

As falas das enfermeiras foram identificadas pela letra E, seguidas do número da entrevista, como forma de garantir seu anonimato.

RESULTADOS

A análise dos dados gerou três categorias: **O conflito entre o idealizado e o vivido; A vivência de sentimentos negativos; O compartilhamento do processo de morte com a família.**

• O conflito entre o idealizado e o vivido

Frente à morte da criança que acreditava-se ter chances de recuperação, a enfermeira pode entrar em conflito por sentir que falhou na sua missão e se questionar o que mais poderia ter sido feito, como se todo investimento que fez tivesse sido em vão.

Eu sempre penso em uma sensação hipotética do que poderia ter sido diferente. De que algo poderia ter acontecido em determinado momento e que mudasse o resultado no final. Que se o antibiótico tivesse sido outro, ou que se tivéssemos feito tal exame e fizemos outro, ou se tivéssemos iniciado a alimentar mais cedo ou se não tivéssemos iniciado a alimentar. É muito conflitante. Isso dá a sensação de que falhamos na nossa missão. De uma maneira geral, eu vejo todo mundo se sentir frustrado mesmo, fracassado (E4).

Outro conflito vivenciado pela enfermeira frente à morte da criança na UTI Neonatal é a sensação de fracasso profissional. Sente-se impotente frente à morte de uma criança que acreditavam ter chances de recuperação e que evoluiu para o óbito.

Quando morre uma criança que tinha todas as condições de sair bem, sem sequelas e que, de repente, apresenta uma piora súbita e morre. Desperta em mim a sensação de fracasso. Porque tudo que fiz não adiantou. Então parece que não fiz direito, que deveria ter feito mais e melhor (E3).

Evidenciou-se que o profissional pode sentir que não foi de todo competente. Por essa razão, surgiria a sensação de fracasso, de algo que deveria ter saído de outra maneira, mas teve um desfecho inesperado.

E tem essa coisa assim, paramos e pensamos se, em algum momento, houve uma falha nossa? Será que em algum momento deixamos que acontecesse alguma coisa? Não viu o que deveria ter visto? (E2)

Mas acho que sempre nos envolvemos como profissional da saúde. Isso é complicado para lidarmos porque além da morte em si, parece que tu não foste suficientemente competente. Temos uma sensação de fracasso, porque lidamos com o ser humano. Parece que não funcionou tudo que tinha

que funcionar, mas a verdade não é essa (E5).

A vivência da morte da criança pode gerar conflitos internos em um profissional que tem por missão salvar vidas. Quando o prognóstico de morte sabidamente não puder ser evitado, realizar procedimentos invasivos e outros parece ser contraditório e causador de sofrimento e, por isso, desnecessário.

Sei que como enfermeira tenho que preservar a vida, lutar e utilizar todos os recursos disponíveis para a manutenção da vida, mas parece contraditório. Em algumas situações, o prognóstico é morte e fico te questionando: porque tantos procedimentos invasivos? Fazer sofrer ainda mais. Mas a razão impera e continuo a desempenhar minhas funções (E1).

Verificou-se que o momento de parar de tentar reanimar a criança é conflitante e gerador de intenso sofrimento para todos os membros da equipe envolvida, principalmente, o de decidir o exato momento em que o óbito ocorreu.

Eu vejo no semblante dos médicos, das enfermeiras, das técnicas de enfermagem atendendo a urgência e os recursos acabam. Aí, saber a hora de parar é complicado para todo mundo. É uma responsabilidade que recai em cima dos médicos principalmente. E se pudéssemos tentar mais alguma coisa, em termos clínicos? Então, acho que é muito conflitante. É confuso mesmo. Dá tudo. Vontade de chorar, de gritar. É um sofrimento muito grande! (E4)

Referiram mágoa por achar que aquele bebê já nasceu sem nenhuma chance de sobrevivência. Sentem-se magoadas, porque seu trabalho é realizado no sentido de que todos os bebês internados sobrevivam e, infelizmente, essa decisão não cabe a elas.

E ainda tem casos que eu fico bem magoada, bem chateada mesmo, sabendo que aquilo é o melhor para eles, que são bebês encefalopatas ou que não têm mesmo chance de sobrevivência. Que se sobrevivessem, seriam totalmente dependentes. Não estamos aqui para decidir quem fica e quem vai. Estamos aqui para que todos saiam e não é possível, às vezes (E1).

Não estamos aqui para decidir quem vive e quem morre. Trabalhamos para salvar todos (E4).

• A vivência de sentimentos negativos

As enfermeiras referiram que se sentiam mais chocadas com a ocorrência da morte quando iniciaram a trabalhar na UTI. Com o tempo, os sentimentos variam de acordo com o caso clínico. Quando a criança é diagnosticada como em risco de morte, parece que a equipe se prepara para a

ocorrência desse processo, considerando-a natural.

Inicialmente, eu ficava bem chocada. Agora eu não fico mais, depende dos casos. Quando são bebês muito pequenos, prematuros. Aquele que chega que é prematuro extremo e que tu sabes que as chances são extremas, muito pequenas, então eu sinto a morte como sendo natural (E1).

Entretanto, apesar de se prepararem para a vivência da morte, as enfermeiras podem apresentar medo, tanto do desconhecido, quanto daquilo que não têm controle. Verificou-se que a morte da criança pode lembrar o profissional a sua finitude, e o medo do que vem depois da morte pode afetar o trabalhador, gerando sentimentos de medo.

Acho que é mais o medo do desconhecido. A palavra morte é uma palavra que tu não tem o real significado, o que vai acontecer, mesmo tu tendo um suporte religioso. Dá-me medo do que eu não sei, do que eu não controlo (E5).

O que acontece com quem morre? Não sabemos, não sei. Todos vamos morrer um dia, mas trabalhar na UTI e conviver com a morte da criança nos lembra isso a cada vez. Dá medo, medo do que vai acontecer com essa criança, com nós no futuro (E2).

O sentimento de culpa pode surgir quando a enfermeira se questiona se, de alguma forma, contribuiu para este desfecho trágico.

Sinto-me culpada quando, por algum motivo, eu não detectei que a criança teve alterações em seu quadro clínico. Acho que não tive a percepção e não constatei imediatamente, tomando medidas adequadas para evitar a morte (E1).

Eu me sinto muito mal e com sentimento de culpa. É bem diferente quando tu identificas imediatamente que houve uma piora do quadro clínico e intervém imediatamente (E4).

Há uma sensação de tristeza e de vazio quando a criança falecida permaneceu algum tempo internada, proporcionando à equipe a construção de um vínculo ao cuidá-la.

Olha, não só sob meus cuidados, mas qualquer paciente que passa aqui pela UTI, porque mal ou bem a gente passa por todos e tem criança que fica dois, três, cinco, seis meses. Nos apegamos e ficamos tristes demais. É como se fosse um filho da gente. É uma tristeza enorme, um vazio que aquela criança tão pequena deixou (E3).

Evidenciou-se que as enfermeiras apresentam angústia frente à revelação da morte à família.

Foi horrível. Fiquei muito angustiada, principalmente na hora de dar o diagnóstico para a família (E2).

A pior angústia é passar para os pais. Para mim é ter que chamar os pais e contar (E6).

Um sentimento relatado pela equipe frente à morte é o de frustração. Sentem-se frustrados, principalmente quando percebem o desespero dos pais que desejavam tanto o filho e que acabam de perder.

Me sinto muito frustrada, quando ocorre um óbito, frente ao desespero dos pais que tanto amam essa criança. É como se eu fosse um ser superior capaz de evitar a morte e, nesse momento, me dou conta que sou apenas um profissional que utilizei meu saber acadêmico e experiência profissional (E3).

Embora tu saibas que ele vem mal [...], mas é muita frustração também, porque tudo que foi envolvido, toda a dedicação que tu tiveste e ter aquele desfecho triste, tu não espera (E6).

Acho que percebo praticamente o que sinto também que é um pouco de frustração, porque a gente tentou o máximo (E3).

• O compartilhamento do processo de morte com a família

O compartilhar a internação da criança internada na UTIN com seus familiares causa tristeza frente ao sofrimento que sua morte irá gerar nos mesmos.

Olha não só sob meus cuidados, mas qualquer paciente que passa aqui pela UTI porque mal ou bem a gente passa por todos e tem criança que fica dois, três, cinco, seis meses. Nos apegamos e ficamos tristes demais. É como se fosse um filho da gente. É uma tristeza enorme, um vazio que aquela criança tão pequena deixou (E3).

Fico triste. Todo sofrimento da família. É como se eu estivesse, assim [silêncio]. Como se o meu serviço não fez efeito. No caso, não foi uma vitória. E esse sofrimento todo da família. A gente sofre junto com ela. O sofrimento dessa família nos atinge muito (E3).

As internações das crianças na UTIN costumam ser longas, favorecendo a criação de um vínculo maior dos profissionais da equipe com estas e seus familiares cuidadores, tornando mais difícil a informação acerca da morte.

Nesse tempo todo assim, no meu turno, morreu só uma criança e foi horrível. Foi horrível também, porque eu conhecia a mãe. Foi-se feito tudo pelo paciente e toda a expectativa da mãe de três gestações sem sucesso. Foi horrível, porque investimos muito e, aparentemente, ele vinha bem, e pegou uma infecção hospitalar e foi em horas. A gente pegou o plantão às sete horas

e ele já estava com uma cor feia, e o atendimento foi rápido (E2).

Para mim é ter que chamar os pais e contar. A pior parte é dizer: - O pai vem porque a criança não está bem, vem porque é grave. Tu sabes que ela já morreu, mas tu não vai dizer por telefone. Eles choram, se desesperam e não tem muito o que fazer. Embora eles soubessem da gravidade do quadro clínico da criança, ninguém quer perder. Sempre há uma esperança. É muito triste (E6).

Diversas vezes, ao informar a morte da criança aos familiares, a enfermeira percebe a demonstração de agradecimento dos mesmos. Tal agradecimento provém das suas atitudes frente à criança, ou seja, por tudo o que foi realizado para com ela. O compartilhamento do processo de morte da criança com sua família gera, também, o compartilhamento do seu sofrimento. Esse parece ser maior quando, frente à notícia da morte da criança, a família ainda demonstra-se agradecida aos trabalhadores por tudo que fizeram de bom pelo seu filho.

Porque a médica pediu que eu fosse à porta dar a notícia para a mãe (que o bebê estava muito ruim) e não dizer que estava morto. É pior ainda ver o pai dizer assim: - Aí, eu sei que vocês fizeram tudo. Sim, fizemos tudo, mas a criança morreu. Me senti completamente impotente naquele momento (E2).

DISCUSSÃO

A convivência diária com o sofrimento e a possibilidade da ocorrência da morte não isenta os profissionais da vivência de conflitos e da expressão de sentimentos negativos. O profissional de enfermagem encontra-se em meio a um cenário de diversidade, um desafio constante, visto que vive diariamente em conflito, lutando pela vida e contra a morte.^{1,5}

Evidencia-se que o conflito ocorre, pois a enfermeira toma para si a responsabilidade de curar, salvar e/ou aliviar a dor, procurando sempre preservar a vida. A morte é vista como um fracasso; por isso é sempre duramente combatida, evitando-se assim ao máximo que se finalize a vida.^{1,15} Outro motivo de conflito, quando se espera o prognóstico de morte, é a realização de procedimentos invasivos, pois são considerados desnecessários e fonte de sofrimento.^{5,16}

Os procedimentos terapêuticos a serem instituídos, geralmente, são de critério médico. Entretanto, refletem no trabalho da equipe de saúde como um todo e, especificamente, na Enfermagem, que, ao realizar terapêuticas com as quais não concorda, pode sofrer intensamente,

questionando os valores que fundamentam sua prática. Verifica-se que a obstinação terapêutica, presente nas UTIs, ainda é pouco discutida, especialmente por enfermeiras, responsáveis por implementar procedimentos com os quais, muitas vezes, podem discordar.^{16,17}

Em relação à vivência de sentimentos negativos, verifica-se que a morte pode deixar em seu lugar uma sensação de vazio e dor, pois a preservação e o prolongamento da vida são os seus objetivos, podendo se sentirem incapazes ou frustrados quando não obtêm êxitos em suas tentativas.^{1,18} Verifica-se que compreender a morte como a solução da dor, da angústia e de todo o processo que envolve o morrer é uma maneira que os enfermeiros encontram para se proteger do sofrimento psíquico decorrente da perda do paciente.^{18,19}

Estudo que objetivou descrever e analisar a vivência do enfermeiro no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos evidenciou que os profissionais demonstram em seus discursos uma grande ansiedade e sensação de vazio em lidar com a morte. Procuram negá-la, já que esta se constitui em um fenômeno doloroso e de difícil aceitação.¹

Verificou-se que se sentem culpados frente à morte da criança, talvez porque estão preparados para salvar vidas, negando, de certa maneira, a concepção de fim, de morte biológica. Seu empenho se concentra em salvar a criança e não em compreender sua finitude. São preparados na academia para derrotar a morte, mas quando ela vence, sentem-se culpados.²

Apresentam sentimentos de perda, medo, dor e tristeza ao dar significado à palavra morte, significado este determinado pelo contexto sociocultural em que o profissional está inserido, suas vivências cotidianas, dentro e fora do contexto hospitalar, e na sua religião.¹

A terminalidade da vida é inerente a todo ser humano. A morte na UTIN é antes de tudo uma grande perda, provocando sentimentos de vazio e angústia entre aqueles que lidam com a criança, neste ambiente.^{2,3} Percebe-se que, por mais que se tenha feito todo o possível para salvar o paciente, o desfecho morte não é aceito, causando sensações de frustração, tristeza, perda, impotência, estresse, fracasso profissional e culpa nos trabalhadores da saúde que a vivenciam no seu ambiente de trabalho.^{15,20}

A tristeza é um sentimento intrínseco ao ser humano; todas as pessoas a sentem assim em algum momento de suas vidas. O profissional que atua em UTI está próximo às

situações críticas e, por isso, vulnerável a elas.^{8,21} A dor e o pesar pela perda da criança torna a morte triste.² O sofrimento é uma resposta importante e normal, sendo necessário que o profissional elabore seu luto para conseguir ir em frente fortalecido.

Durante a internação da criança na UTIN, os profissionais da equipe de enfermagem compartilham o processo de morte com a sua família, interagindo com a mesma. No momento da morte da criança, se colocam no seu lugar, sentindo tristeza e vivendo, em parte, o seu luto. A morte constitui-se assim aspecto marcante na trajetória da enfermeira, pois evidencia sua capacidade de identificar que a família precisa de cuidados para enfrentar este momento.²

Ao manter-se o tempo todo ao lado da criança, prestando-lhe cuidados diretos, ocorre um envolvimento afetivo com esta e seu familiar cuidador¹. Dessa forma, torna-se estreito o elo entre paciente e profissional, e este último é submetido a sofrimento psíquico quando assiste sua morte e o sofrimento de sua família. Pode parecer que a culpa passa a ser da Enfermagem, que não teria tomado os devidos cuidados.⁶

Torna-se, então, necessário sensibilizar os enfermeiros e sua equipe para que não considerem a experiência da morte como algo frágil, vergonhoso, envolto de sentimentos de negativos, mas como uma possibilidade de ampliar o cuidado, na perspectiva do conforto, fornecendo apoio efetivo e resolutivo.²² Aprender a lidar com a morte sem perder a humanidade pode significar transformar o encontro com a criança e sua família em momentos dialógicos de verdadeiro encontro, dando sentido ao fazer profissional.²³

CONCLUSÃO

Através deste estudo, objetivou-se conhecer as vivências de enfermeiras quanto ao processo de morte/morrer da criança internada na UTIN de um hospital universitário do sul do país. Quantos aos conflitos entre o idealizado e o vivido, as enfermeiras referiram sentir que falharam na sua missão de salvar vidas; sofrem com a realização de procedimentos invasivos que consideram contraditórios frente à certeza da morte da criança; acreditam ter fracassado como profissionais e têm dificuldades de decidir o momento de parar de tentar reanimar a criança e atestar o seu óbito.

Os dados evidenciaram que a morte é geradora de sentimentos negativos nessas profissionais que a vivenciam no seu cotidiano

de trabalho. Estas referiram medo, culpa, tristeza, sensação de vazio, angústia e frustração. Ao compartilhar o processo de morte da criança com sua família, vivenciam o seu luto e têm dificuldade em dar-lhe a notícia do óbito, sentindo sua tristeza.

A compreensão das vivências das enfermeiras possibilita a apreensão de suas experiências cotidianas de cuidado frente ao processo de morte no contexto da UTIN. Conclui-se que essa unidade é um lugar crítico que impõe aos profissionais que lá atuam a convivência diária com o limite entre a vida e a morte, sendo confrontados com dúvidas acerca da sua atuação, com conflitos e com o sofrimento e a vivência do luto pela morte dos pacientes aos quais prestam cuidados, e o sofrimento de suas famílias.

Dados do estudo mostram que esta convivência não é suficiente para prepará-las para a morte. Cada criança, família e profissional é único, dotado de crenças e valores, e que, ao interagirem entre si, criam vínculos que são afetados pela morte, gerando sentimentos e sofrimento.

Acredita-se que vivenciar conflitos e apresentar sentimentos negativos frente à morte é normal. No entanto, esses conflitos e sentimentos necessitam ser trabalhados no sentido de que atuar em setores críticos, como a UTI, não se torne motivo apenas de sofrimento e adoecimento para seus trabalhadores, interferindo na sua forma de viver a Enfermagem.

É necessário que se destaque a competência e bem cuidar desses profissionais, dando-lhes a certeza de que proporcionar uma morte digna e dar apoio e conforto à família é algo especial e fundamental. Cuidar de forma comprometida, compartilhando com eles esse processo garante a humanidade deste momento, transformando seu mundo do trabalho e destacando a Enfermagem como uma profissão indispensável neste contexto.

O cuidado com o cuidador torna-se importante no sentido de preservar sua saúde, destaque daqueles que atuam em setores críticos, como a UTIN. É necessário criar um espaço de discussão acerca da temática “morte e morrer”, instrumentalizando os trabalhadores de saúde para o seu enfrentamento. Assim, poderão assistir o paciente em processo de morte e morrer e seus familiares de forma mais qualificada, ética e humana, compreendendo que esse processo faz parte do ciclo vital de todo ser humano, podendo ser postergado, mas não evitado em muitos casos.

Frente à criança em processo de morte e morrer, as enfermeiras podem contribuir para a manutenção da sua qualidade de vida neste período, minimizando sua dor física e sofrimento, evitando procedimentos fúteis, e favorecendo a presença da família no setor. Mesmo que a cura não seja mais possível, é necessário cuidar, preocupando-se com o paciente, respeitando a sua integridade, lembrando que o cuidado é a finalidade, essência e base do exercício profissional da Enfermagem, dando sentido à profissão.

Faz-se necessário a realização de outras pesquisas sobre o tema, à luz de outros referenciais, que contribuam com essa área do conhecimento, no que diz respeito às condições dos profissionais de áreas especializadas que lidam diariamente com a finitude, como no cenário da UTIN.

AGRADECIMENTOS

Estudo realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/CNPq PIBIC/FURG, 2008. Rio Grande (RS), Brasil

REFERÊNCIAS

1. Sousa DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. Texto & contexto enferm [Internet]. 2009 Jan/Mar[cited 2012 Jan 12];18(1):41-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05.pdf>
2. Silva LCSP, Valença CN, Germano RM. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev bras enferm [Internet]. 2010 Sep/Oct[cited 2012 Jan 12];63(5):770-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/12.pdf>
3. Kathleen LM, Stephanie MS, Sherylyn HB. Parental Bereavement Needs in the Pediatric Intensive Care Unit: Review of Available Measures. J Palliat Med [Internet]. 2011 Aug [cited 2013 Jan 12];14(8):951-64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3146746/pdf/jpm.2010.0453.pdf>
4. Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 Sep[cited 2011 Dec 11];43(3):630-8. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a19v43n3.pdf>

5. Peng N, Liu H, Chen C, Bachman J. Cultural Practices and End-of-Life Decision Making in the Neonatal Intensive Care Unit in Taiwan. *Transcult Nurs* [Internet]. 2012 Jul[cited 2012 Jan 16];23(3):320-6. Available from:

<http://tcn.sagepub.com/content/23/3/320.full.pdf+html>

6. Pagliari J, Collet N, Oliveira BRG, Viera CS. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2008[cited 2012 Aug 14];10(1):63-76. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a06.htm>

7. Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi Filho WD, Sousa LD. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2011 Mar[cited 2012 Feb 18];32(1):129-35. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16326/12403>

8. Youngblut JM, Brooten D. Perinatal and pediatric issues in palliative and end-of-life care from the 2011 Summit on the Science of Compassion. *Nurs Outlook* [Internet]. 2012 Nov/Dec[cited 2012 Jan 13];60(6):343-50. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655412002369>

9. Manjiri PD, Maryann AM, Swati AM, Balaji PD. Is there a Role of Palliative Care in the Neonatal Intensive Care Unit in India? *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2011 May/Aug [cited 2013 Jan 14];17(2):104-07. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3183598/>

10. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Mundo Saúde (Online)* [Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 20];34(4): 420-29. Available from: www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf

11. Mattos TAD, Lange C, Cecagno D, Amestoy SC, Thofehr MB, Milbrath VM. Profissionais de enfermagem e o processo de morrer e morte em uma Unidade de Terapia Intensiva. *REME rev min enferm* [Internet]. 2009 Jul/Sep[cited 2011 Oct 21];13(3):327-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a15.pdf>

12. Minayo MCS, (organizador). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29 ed. Petrópolis(RJ): Vozes; 2010.

13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

15. Pretto CR, Poli G, Stumm EMF. A Enfermagem no processo de morrer e morte em terapia intensiva: estudo de revisão de literatura. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2011 Nov[cited 2012 Mar 17];5(9):2290-9. Available from:

<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F1851%2F2480&ei=WE5vUPLcG4OC9gSAyoDYAQ&usg=AFQjCNEdSzYQoTi8kqM3GhMEt2X5tDFWxA> doi: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0509201129

16. Peng N, Chen C, Liu H, Lee H. To explore the conditions of dying infants in NICU in Taiwan. *Journal of Critical Care* [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 13];27:102-13.

Available from: http://ac.els-cdn.com/S0883944111001638/1-s2.0-S0883944111001638-main.pdf?_tid=c48e25fa-63f9-11e2-a06e-00000aab0f27&acdnat=1358793697_4ca59b824d09429408f6221fc8e9deb8

17. Carvalho KK, Lunardi VL. Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidades de terapia intensiva. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2009 May/Jun[cited 2012 Apr 22];17(3):308-13. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_05.pdf

18. Almeida AV, Carvalho ACM, Brandão GMON. Sentimentos e percepções da equipe de enfermagem frente à morte e o processo de morrer na unidade de terapia intensiva. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2011 Aug[cited 2012 Jan 2];5(5):1367-73. Available from: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F1609%2F3189&ei=R3tvUImnEo-m9gTt74CwDg&usg=AFQjCNHpl65PomSUEy0h3p8T_8bZ2BLT6gdoi:10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0506201108.

19. Sanches PG, Carvalho MDB. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2009 Jun[cited 2011 Oct 13];30(2):289-96. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3294/6687>

Assis MR, Silva LR da, Pinho AM.

Vivências de enfermeiras frente à...

20. Oliveira WIA, Amorim RC. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. Rev gaúch enferm [Internet]. 2008 Jun[cited 2012 Mar 11];29(2):191-8. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5580/3191>
21. Salomé GM, Cavali A, Espósito VHC. Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. Rev bras enferm [Internet]. 2009 Sep/Oct[cited 2012 May 19];62(5):681-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/05.pdf>
22. Oliveira SG, Quintana AM, Bertolino KCO. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. Rev bras enferm [Internet]. 2010 Nov/Dec[cited 2012 Jun 16];63(6): 1077-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/33.pdf>
23. Ayres JRCM, Silva GSN. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. Rev bras educ méd [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan 13];34(4):487-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n4/v34n4a03.pdf>

Submissão: 06/10/2012

Aceito: 25/01/2013

Publicado: 01/04/2013

Correspondência

Daiani Modernel Xavier
Universidade Federal do Rio Grande
Escola de Enfermagem
General Osório, s/nº – Campus da Saúde
Centro
CEP: 96201-900 – Rio Grande (RS), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(4):1081-9, abr., 2013