

MORTE E MORRER NUMA UTI PEDIÁTRICA: DESAFIOS PARA CUIDAR EM ENFERMAGEM NA FINITUDE DA VIDA

Bruna Santos Ferreira Lima*
Roberto Carlos Lyra da Silva**

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a relação entre o ambiente marcadamente tecnológico da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP e o modo como pensam e se relacionam os profissionais de enfermagem com a realidade da morte e do morrer nessas unidades. O método foi qualitativo. O estudo foi realizado com 24 profissionais de enfermagem de uma UTIP da rede pública de saúde do Rio de Janeiro. Os dados foram produzidos a partir da entrevista semiestruturada e submetidos à análise temática e léxica. Os resultados revelam que a equipe de enfermagem percebe a tecnologia como capaz de aproximar o profissional das crianças em condições críticas, não inviabilizando, portanto, a possibilidade de se pensar na dimensão suprassensível do cuidado de enfermagem diante de situações nas quais a morte já não pode mais ser evitada, dada ao curso natural da doença.

Palavras-chave: Atitude frente à morte. Cuidados de enfermagem. UTI Pediátrica.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, muitos teóricos e pesquisadores vêm tentando encontrar explicações para o comportamento humano diante da morte e do morrer. A partir do século XX, o perfil do homem mantém uma relação distante com a morte, que inconscientemente esquiva-se da mesma e a considera vergonhosa, um fracasso, que deve ser ocultado ⁽¹⁾.

Com o desenvolvimento de técnicas e tecnologias voltadas ao suporte avançado em unidades de cuidados intensivos, cada vez mais sofisticadas, tem sido possível o prolongamento da vida. Com isso, temos observado mudanças significativas na concepção de morte e morrer no mundo contemporâneo.

A criação e utilização do ventilador mecânico artificial, por exemplo, determinou profundas mudanças tanto no processo do morrer, quanto no próprio conceito de morte, exigindo de nós, profissionais de enfermagem do século XXI, mudanças de comportamentos, atitudes e práticas; diante de doentes que se encontram em situação de finitude, mas que, ainda são mantidos vivos por conta de todo esse suporte tecnológico disponível.

Nessa perspectiva, e por serem as unidades de cuidados intensivos, as unidades com maiores índices de mortalidade hospitalar, em que pese o fato de serem dotadas de tecnologia para atendimento de doentes graves e recuperáveis ⁽²⁾, a imagem estereotipada e tão temida da morte, nos parece que deixa de ser representada pelo famoso esqueleto empunhando uma foice, e passa a ser representada pela imagem de um moribundo internado em uma unidade de cuidados intensivos, conectado às máquinas, a partir de uma enorme quantidade de fios e tubos.

Esse parece ser o modo como a unidade de cuidados intensivos tem sido representada, marcado por um discurso de humanização que passou a ganhar força no final do século XX, basicamente fundamentado na idéia de despersonalização do doente e do poder do profissional de saúde, sobre o corpo do doente.

Nas unidades de terapia intensiva pediátrica – UTIP, essa idéia é reforçada pelo estranhamento que não raramente é causado pelo ambiente tecnologicamente aparelhado, o qual é emocionalmente desgastante tanto para o recém-nascido (RN), que parece desaparecer diante de tantos fios, tubos e máquinas, quanto para os pais e familiares, que muitas vezes não tem

*Enfermeira Mestre em Enfermagem. Pediatra Intensivista da Unidade de Pacientes Graves do Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ. E-mail: enfebsan@ig.com.br

**Doutor em enfermagem. Vice-Coordenador do Programa de Doutorado em Enfermagem e Biociências, Credenciado como docente permanente do Curso de Mestrado em Enfermagem e do Curso de Doutorado em Enfermagem e Biociências. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. E-mail: proflyra@gmail.com

consciência das verdadeiras condições de seus filhos⁽³⁾.

Nesse movimento, a morte passou a ser pensada pelos profissionais da saúde como sinônimo de não êxito, provocando sensações ou sentimentos de fracasso, como reflexo do seu despreparo para encarar a morte como um processo natural⁽⁴⁾.

Essas sensações parecem ser ainda mais profundas e dolorosas, no contexto pediátrico, pois parece mais difícil e cruel para a equipe de uma UTIP, por exemplo, aceitar o fato de um ser tão pequenino, tão inseguro, frágil e indefeso, ainda com um futuro todo pela frente, ter sua vida abreviada tão precocemente, mesmo diante de todas as possibilidades proporcionadas pelas tecnologias de suporte avançado de vida nessas unidades, apontando para a seguinte questão problematizadora: é possível relacionar o aparato tecnológico disponível na UTIP ao modo como pensam os profissionais de enfermagem acerca do processo de morte e morrer nessas unidades?

Este artigo objetiva analisar a relação entre o ambiente marcadamente tecnológico das unidades de terapia intensiva pediátrica - UTIP e o modo como os profissionais de enfermagem pensam e se relacionam com o processo de morte e morrer nessas unidades. A motivação para o estudo, resultado de uma Dissertação de Mestrado defendida em 2011⁽⁵⁾, surgiu das experiências e vivências profissionais da pesquisadora, cuidando de clientes pediátricos em processo de morte e morrer, em uso de suporte avançado de vida em unidades de terapia intensiva pediátrica - UTIP, que teve como objeto de estudo, os enfrentamentos da equipe de enfermagem diante do processo de morte e morrer de clientes pediátricos em UTIP.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, que se apoiou no método qualitativo, por entendermos que seria possível, a partir dele, a devida compreensão dos enfrentamentos vivenciados pela equipe de enfermagem diante da morte e do morrer de crianças em um ambiente marcadamente tecnológico da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP.

O estudo foi desenvolvido dentro de uma UTIP denominada Unidade de Pacientes Graves (UPG) de uma Instituição Pública de Saúde

pertencente à Rede Federal, referência na saúde da mulher, da criança e do adolescente e localizada na Cidade do Rio de Janeiro.

A UPG tem seis leitos e recebe crianças com faixa etária que varia de 29 dias de vida a 18 anos incompletos, que são eleitas para admissão por apresentarem alguma condição de agravo a saúde que represente risco iminente de morte, como graves afecções respiratórias, com ou sem infecção generalizada, outras infecções generalizadas e crianças em pós-operatórios cirúrgicos. De modo geral, são crianças que dependem em sua maioria de suporte avançado de vida por se tratarem de crianças em situação de muita gravidade.

A equipe de enfermagem do setor é composta por: dez enfermeiros sendo uma enfermeira-chefe, duas rotinas e sete plantonistas; vinte e quatro técnicos de enfermagem e dois auxiliares de serviços hospitalares, responsáveis pelo provimento de materiais, cuidados com os artigos não-críticos, dentre outras funções. Por vezes, existem um ou dois residentes de enfermagem no período diurno, assim como enfermeiros do curso de especialização em enfermagem pediátrica que cumprem carga horária prática.

Foram incluídos neste estudo todos os profissionais da equipe de enfermagem, de ambos os sexos, que atuam há pelo menos um (1) ano prestando cuidados diretos à clientela pediátrica da UPG e que desejaram voluntariamente participar desta pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como técnica de produção de dados foi escolhida a entrevista.

A produção de dados se deu após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Instituição. O número do protocolo aprovado pelo CEP da Instituição: 0076/10. É necessário ressaltar que a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 que reúne as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos foi respeitada.

As entrevistas aconteceram no horário e nos dias de plantão de cada um dos entrevistados, que indicavam o momento mais apropriado para concederem as entrevistas, de modo que foi possível não alterar tão significativamente a rotina desses profissionais em seu cotidiano de trabalho.

O instrumento de produção de dados continha perguntas fechadas, a fim de caracterizar os

sujeitos no que se refere ao sexo, categoria profissional e o tempo de experiência atuando em UTIP; e perguntas abertas, sobre o que pensam acerca do processo de morte e morrer e como agem diante da finitude da vida de doentes pediátricos na UTIP.

As entrevistas foram gravadas no formato digital MP4, utilizando-se um gravador portátil com capacidade de 24 horas de gravação de áudio. As gravações foram transferidas para o computador e ouvidas para transcrição através do programa Windows Media Player que dentre outras características, permitiu aos pesquisadores sempre que necessário, tanto retroceder as gravações como colocá-las em uma rotação mais lenta com o objetivo de melhorar a compreensão da fala dos entrevistados, facilitando assim a transcrição das entrevistas.

Os dados foram analisados seguindo os passos propostos pela técnica de Análise Temática, que delimita três etapas básicas na análise de conteúdo: a leitura compreensiva do conjunto do material selecionado; a exploração do material e a elaboração das categorias/síntese. Durante a análise temática, no momento de elaboração das categorias/síntese, utilizamos a análise léxica com o propósito de identificar, nas falas dos sujeitos, os léxicos mais recorrentes capazes de dar sentido aos temas/núcleos, a fim de nortear a criação da categoria de análise.

A Análise Léxica consiste em averiguar ou medir a dimensão das respostas. Ela é o estudo científico do vocabulário, com aplicações de métodos estatísticos para a descrição do vocabulário⁽⁶⁾. Por meio da análise léxica foram identificadas com maior detalhe as citações dos participantes, utilizando indicadores que relacionam aspectos relativos às citações e às representações acerca da morte e do morrer na UPG. A evolução se deu da visão geral do texto para os dados na sua essência, sejam eles palavras ou expressões, onde posteriormente serão novamente analisados com vistas ao universo total de informações.

Para a identificação, descrição e tratamento léxico das falas dos sujeitos do estudo foi utilizado o software SPHINX, versão demo 5.0. Primeiramente foi realizada a contagem das palavras, avançando-se sistematicamente na direção de identificação da dimensão das respostas. Foram feitas aproximações ou

agrupamentos que permitiram a apresentação dos critérios mais frequentemente citados, agrupando palavras afins, retirando palavras desinteressantes, até resultar num conjunto de palavras que representavam em essência as principais descrições citadas nos textos. Assim, a identificação das frequências das palavras permitiu consolidar a aplicação de um tema ou locução, possibilitando uma análise de contexto em que a categoria identificada represente a essência das idéias apresentadas.

A Análise Léxica possibilitou a apresentação das opções de palavras, agrupamentos, expressões de modo a desvendar caminhos e descobrir opiniões, identificar necessidades, obsessões dos sujeitos do estudo, permitindo, sobretudo observar e descobrir conteúdos ditos nas entrelinhas das respostas, de forma indireta ou até mesmo obscura, descobrindo significados e elementos suscetíveis não identificados *a priori*, facilitando dessa forma a emergência da categoria de análise denominada “paradoxo das sensações vividas nas experiências de cuidar na finitude da vida em UTIP”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos vinte e quatro profissionais entrevistados, dezessete eram do sexo feminino e sete do sexo masculino. Foram dezesseis técnicos de enfermagem e oito enfermeiros. Com relação ao tempo de experiência em pediatria, predominou na amostra estudada, dezoito profissionais que disseram ter mais de seis anos de experiência.

Com relação especificamente ao tempo de experiência dos sujeitos do estudo, é importante refletirmos o quanto esse aspecto pode influenciar no modo como esses profissionais podem pensar o cuidado de enfermagem.

O enfermeiro novato, por exemplo, pode estar muito mais preocupado com sua atuação profissional, visto que não tem o domínio dos caracteres que possibilitam um agir seguro, ou seja, não conhece por completo o que e como deve ser feito nas diferentes e desafiadoras situações cotidianas do cuidado, como por exemplo, aquelas que envolvem a morte e o morrer e o uso de tecnologias.

A lógica que o orienta é a de que se não sei, não devo, não posso atuar. Portanto, o enfermeiro

novato contém-se em si mesmo, não conseguindo se projetar uma vez que o novo se apresenta como um estranho a esse profissional. Esse encontro com o novo constitui-se numa circunstância que deixa o enfermeiro em estado de choque com a realidade⁽⁷⁾.

Entre os mais experientes, espera-se uma visão mais apurada da situação, o que teoricamente poderia lhe possibilitar vivenciar e resolver os problemas de uma forma diferente daqueles menos experientes. Desse modo, há de se considerar a possibilidade de que possam existir características, inclusive, comportamentais, de medo, insegurança, afastamento/paralisação, por exemplo, típicas da falta de experiência profissional, que se mostram ainda mais evidentes quando se pensa em questão a qual envolve morte e tecnologia no cuidado em saúde. Assim, ao desvincular a morte do constrangimento e sentimento de culpa e fracasso, através de planejamentos, discussões e estudos ao longo da formação profissional, o que só se torna possível com o passar dos anos, podemos ampliar o cuidado dando ao paciente que está sem possibilidade de cura a atenção necessária a ele nesse processo de enfrentamento⁽⁸⁾.

Essa categoria foi criada para tratar de sensações experimentadas pelos entrevistados diante do processo de morte e morrer na UPG. Os léxicos, dor, sofrimento, alívio, segurança emocional e religião, que permitiram a emergência dessa categoria, parecem deixar evidente o misto de sensações experimentadas por esses profissionais, bem como, o paradoxo de sofrimento e alívio diante da morte e do morrer nessas unidades e a sobrecarga emocional diante da finitude do doente pediátrico.

Algumas falas podem ilustrar toda essa dificuldade experimentada pelos profissionais, quando prestam cuidados a doentes pediátricos, em situações de finitude da vida, como descritas abaixo:

“Olha, a morte na terapia intensiva pediátrica... Primeiro eu acho que ela é muito dolorosa, porque a morte não tem que ser dolorosa em si, mas a terapia intensiva pediátrica ela faz a morte dolorosa”. (E 06)

“(...) você tem que ficar mais firme diante daquela situação e procurar não se envolver, tentar, não deixar que a tristeza venha em relação ao processo

morrer, porque a gente acaba acompanhando”. (E 03)

“Acho que significa um grande sofrimento pra todo mundo da equipe, pra mim particularmente porque gera uma sensação de incompetência, da gente não ter conseguido salvar aquela criança. Então pra mim é um processo muito doloroso...” (E 07)

“A morte acho que é um, significa a perda de uma paciente, é um momento onde todas as possibilidades de vida estão esgotadas, e você não consegue, nós como profissionais, nós não conseguimos mais manter essa vida e acho que é chegada essa hora na qual perdemos o paciente”. (TE 06)

Estudos apontam que quando o período de internação é muito longo, os laços de afetividade entre profissional e a criança, podem se tornar mais intenso, como se fossem familiares. O vínculo afetivo é maior e está relacionado proporcionalmente com o tempo de internação da criança. No entanto, existem profissionais que, para evitar o sofrimento e a sensação de perda, limitam-se apenas aos procedimentos técnicos, evitando envolver-se emocionalmente com o paciente e isso pode prejudicar a assistência⁽⁴⁾.

O envolvimento da enfermagem com as crianças hospitalizadas pode ocorrer naturalmente e pelo simples fato de elas serem crianças, ou por sua trajetória de vida. Mas o envolvimento desse vínculo pode causar imensa dor e trazer conseqüências psicológicas para esse profissional quando a criança vai a óbito⁽⁹⁾.

Podemos imaginar, portanto, que a morte e o processo de morrer no âmbito pediátrico são eventos geradores de sensações de maior desconforto entre os profissionais de enfermagem que, por passarem mais tempo que os demais profissionais da equipe cuidando dessas crianças, parecem criar laços de afetividade mais fortes. Assim, é compreensível que esses profissionais apresentem dificuldades para lidar com a morte de uma criança, reforçando a idéia de esse ser um evento inaceitável para um ser humano que está começando a viver⁽¹⁰⁾.

Esse comportamento de dor e sofrimento é reiterado em outros estudos, os quais destacam que durante a assistência ao paciente em processo de morrer, o profissional de enfermagem sofre muito,

uma vez que se sente impotente e inconformado com a presença da morte, e sua dificuldade em aceitá-la como um processo natural, diante do despreparo emocional e psicológico para lidar com ela⁽¹¹⁾.

O registro da fala dos entrevistados e a obtenção dos componentes léxicos corroboram com o que já está muito bem descrito na literatura supracitada uma vez que se tornou possível evidenciar através do sentido atribuído às palavras, o que pensa e sente a equipe de enfermagem, no cuidar de crianças que vivenciam o processo de morte e morrer, presente na UPG que serviu de cenário para essa pesquisa.

Dor e sofrimento são sensações comuns entre os seres humanos e que podem estar relacionados com o caráter de cada ser. Essa mistura de sentimentos possivelmente interfere na assistência ao paciente, pois, diante dos avanços tecnológicos, houve também o aumento da expectativa em relação à morte e ao morrer, e cada vez mais, é possível interferir e adiar o fim da vida de acordo com as determinações e possibilidades encontradas pela equipe⁽¹²⁾.

O modo como esses profissionais assumem a realidade da vida e do cotidiano de cuidar de doentes pediátricos, com suas alegrias e seus percalços, em uma unidade cujos recursos tecnológicos são capazes de postergar a morte, nos permite compreender as sensações paradoxais de sofrimento e alívio presentes em seu discurso e o quanto a segurança emocional é fator preponderante, no que diz respeito à superação das dificuldades de ordem emocional, para a prestação desse cuidado.

Alguns profissionais dizem experimentar uma sensação de alívio quando chegam ao plantão e tomam conhecimento do falecimento de alguns doentes que se encontravam em situação de finitude, como podemos constatar nas falas abaixo.

“(…) em alguns momentos pra mim esse processo de morte e morrer me trás tanto um sentimento angustiante como as vezes é um alívio, dependendo do quadro”. (E 01)

“Então quando morre é uma sensação de perda e de fracasso, em alguns casos. Em outros não. É alívio. Quando a criança não tem perspectiva de nada, uma criança que a gente sabe que não vai ter futuro tem um prognóstico ruim é alívio”. (TE 12)

“Às vezes, o que acontece, a morte e o morrer às vezes pra gente é como se fosse um alívio, como

eu até tinha falado, para o sofrimento tanto de um paciente como de uma família”. (TE 08)

Nesse sentido, prestar cuidados às crianças que vivenciam o processo de morte e morrer parece ser mesmo algo muito desafiador, sobretudo se considerarmos a “ineficiência” das escolas formadoras de profissionais de enfermagem que ainda se fundamentam em uma formação biomédica, técnico-científica, em que só a cura possui notoriedade e status de sucesso profissional. Assim, apoiados pelo arsenal terapêutico e de suporte tecnológico, disponíveis na UTIP, esses profissionais são impulsionados a acreditarem que só a cura e o restabelecimento são características de um bom cuidado⁽¹³⁾.

Os profissionais de saúde estão preparados para atuar frente à doença, porém não estão preparados para atuar com o paciente doente e, muito menos, com o paciente à morte⁽¹⁴⁾. Como resultado, lançamos no mercado um número significativo de profissionais com pouca ou nenhuma habilidade para assistir e cuidar de doentes em situação de morte e morrer, em particular, doentes cuja morte parece ser algo inesperado e acidental, como os doentes pediátricos, internados em unidades de cuidados intensivos, principalmente.

Na academia, urge a necessidade de discutirmos a formação desses profissionais de saúde, a partir da proposição de modelos de formação que transcendam o paradigma da cura, incluindo na formação do enfermeiro, objetivos e conteúdos visando a habilitá-los a assumirem o cuidado integral ao paciente⁽¹⁵⁾.

Nessa perspectiva, acreditamos que o cuidado integral exige do enfermeiro uma formação que lhe permita pensar e, em determinados momentos, priorizar na assistência, aspectos mais subjetivos inerentes ao cuidado de enfermagem e à dimensão humana, como a espiritualidade, por exemplo, em que pese o fato já observado, de normalmente gerar confusão entre essa e a religião.

Há de se destacar, entretanto, que a escassez de estudos que tratem da temática morte e morrer e o modo como isso é pensado no contexto do mundo atual, marcado pelo curso cada vez mais intenso de profundas transformações sociais, econômicas e, sobretudo, tecnológicas, parece dificultar o balizamento e o avanço nas discussões acerca da formação do

profissional do futuro, tendo em vista que a idéia de futuro hoje, se tornou muito relativa.

O fato é que existe sim, uma lacuna no conhecimento no que diz respeito à experiência das enfermeiras em relação ao processo de morte da criança, sobretudo quando as tecnologias são trazidas para o cerne da questão de pesquisa, explicando, talvez, a reduzido número de estudos que exploram a experiência dos profissionais que cuidam de crianças terminais nesses cenários⁽¹⁶⁾. Então, é inegável que isso tenha reflexos no modo como cuidamos em situações de finitude.

Entretanto, dentro desse contexto de despreparo há quem atribua essa condição aos entraves pessoais dos profissionais, ou seja, considera-se que essas dificuldades podem ser oriundas das próprias significações da morte que eles criaram ao longo de sua vida pregressa. Se todos os profissionais de saúde fossem capazes de admitir a possibilidade de nossa própria morte, poderíamos concretizar muitas coisas, situando-se entre as mais importantes o bem-estar de nossos pacientes, famílias e talvez até de nosso país⁽¹⁶⁾.

As sensações expressas no discurso desses profissionais de enfermagem são desafiadoras, quando se presta cuidados de enfermagem na finitude da vida, em um ambiente no qual são extraordinários os recursos tecnológicos disponíveis para a manutenção da vida. A intensidade e duração das sensações de dor, sofrimento e angústia, experimentadas pelo profissional na assistência ao doente pediátrico em processo de morte e morrer na UTIP, somente são possíveis de serem experimentadas por conta do aparato tecnológico disponível, que mantém o doente vivo, mesmo diante de situações extremamente adversas.

Paradoxalmente, são as limitações das tecnologias diante da finitude da vida e da condição de mortalidade do humano, que permitem a esses profissionais, experimentar a sensação de alívio, quando chegam ao plantão seguinte e não encontram mais o doente, que faleceu.

Esse paradoxo nos faz pensar que, nesse estudo, o uso de tecnologias disponíveis na UTIP para assistir doentes graves não se mostrou tão capaz de influenciar a forma como os profissionais de enfermagem pensam e se comportam diante da morte e morrer na UTIP, como pensávamos inicialmente, em que pese o fato de se acreditar que

quanto mais a apropriação técnica do mundo pelo homem afirmar o poder desse último, mais a imortalidade será rica e gloriosa⁽¹⁷⁾.

Portanto, a ideia de que as tecnologias disponíveis nas unidades de cuidados intensivos, são ferramentas capazes de “protegê-lo” contra a realidade da morte, não foi tão evidente no discurso dos profissionais, o que para os autores, foi uma surpresa, considerando que os progressos técnicos poderão dar ensejo ao pensamento racional, incapaz de criticar e dissolver o mito da imortalidade⁽¹⁷⁾.

O comportamento desses profissionais diante da morte e do morrer de seus clientes, expressos em seus discursos, é muito interessante e surpreendente em vista da considerável quantidade de estudos disponíveis atualmente que tratam o uso das tecnologias sob aspecto negativo, sobretudo, em pacientes na finitude da vida contribuindo para a prática da obstinação terapêutica, comprometendo a qualidade de vida, aumentando o sofrimento e afetando a dignidade das pessoas na sua terminalidade de vida⁽¹⁸⁾.

Sobre o sofrimento e a sensação de impotência diante da morte, acredita-se que tenha relação com possível ilusão dos profissionais com o avanço tecnológico, fazendo com que percam o próprio senso crítico e conseqüentemente, levando a uma maior frustração profissional devido ao alto nível de expectativa gerado por sua onipotência⁽¹⁹⁾.

Contrariando o estudo supracitado, mais da metade dos profissionais de enfermagem da UTIP (quatorze) se posicionaram positivamente à presença da tecnologia na unidade, entendida por eles, como uma facilitadora da assistência de enfermagem às crianças com demanda de cuidados críticos, uma espécie de ferramenta complementar a mão de obra qualificada dos profissionais de enfermagem, facilitando e melhorando a qualidade da assistência, proporcionando benefício para o cliente, profissional e família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando o cenário pesquisado, percebeu-se que os profissionais de enfermagem, ao lidarem com o processo de morte e morrer de crianças pensam a morte como uma sensação de perda, como algo dolorido, como o fim de

um ciclo de vida. Esses mesmos profissionais expressaram que ao cuidar dessas crianças sofrem durante e com o desfecho do processo, pois muitas vezes acabam formando vínculo com a criança e sua família. Outros também referiram sentirem-se incompetentes quando o inevitável acontece.

Por outro lado, existem aqueles profissionais que optam por não criar vínculos com a criança. Essa atitude foi compreendida como uma estratégia de enfrentamento usada por alguns membros da equipe de enfermagem com o intuito de evitar a dor e o sofrimento. Houve também, entre os profissionais de enfermagem quem confessasse sentir alívio com a morte da criança, pois compreendem o evento como fim de sofrimento para a criança, a família dela e até mesmo do próprio profissional.

Nessa pesquisa, mais da metade dos entrevistados afirmaram que não se sentem preparados para cuidar de crianças que vivenciam o processo de morte e morrer. Eles próprios atribuem essa lacuna às deficiências nos cursos e academias de formação profissional. Além disso, revelaram o desejo de receber apoio de profissional especializado (psiquiatra, psicólogo) a ser oferecido pela própria instituição de saúde onde trabalham.

Também sugeriram a criação de encontros de grupos para que possam expressar e ouvir experiências sobre cuidar de pacientes no fim da vida, como uma forma de alívio emocional.

Ainda sobre a questão de preparo para lidar com o processo de morte e morrer de crianças e estratégias de enfrentamento, a religiosidade/espiritualidade foi citada pelos profissionais de enfermagem como aliada, pois dessa forma, eles afirmam reunir forças para encarar a situação de maneira menos traumática e aliviam a dor, a angústia e o sofrimento sentidos.

No que diz respeito à tecnologia e as suas possíveis influências no processo de morte e morrer, os profissionais de enfermagem possuem posicionamento diferente e surpreendente quando comparado com o de pesquisas de enfermagem que abordam o mesmo assunto. Enquanto nestas pesquisas se observa relatos de que a tecnologia contribui para a obstinação terapêutica e o prolongamento da vida a qualquer custo, ferindo a dignidade do paciente, a equipe de enfermagem neste estudo percebe a tecnologia como facilitadora do atendimento às crianças que necessitam de cuidados críticos.

DEATH AND DYING IN A PEDIATRIC ICU: CHALLENGES FOR NURSING CARE IN THE FINITUDE OF LIFE

ABSTRACT

The objective of the study was to analyzing the relationship between the markedly technological environment of the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) and the way they think and relate nursing professionals with the reality of death and dying in these units. The method was qualitative. The study was conducted with 24 nurses in a PICU of public health in Rio de Janeiro. The data were produced from semi-structured interview and subjected to thematic and lexical analysis. The results reveal that the nursing staff perceives the technology as capable of coming near the professional of children in critical condition; thus, not precluding the possibility of thinking the supersensible dimension of nursing care in situations where death can no longer be avoided given the natural course of the disease.

Keywords: Attitude to death. Nursing care. Intensive Care Units. Pediatric.

MUERTE Y MORIR EN UNA UCI PEDIÁTRICA: RETOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA FINITUD DE LA VIDA

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar la relación entre el entorno marcadamente tecnológico de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica - UCIP y la forma cómo piensan y se relacionan los profesionales de enfermería con la realidad de la muerte y del morir en estas unidades. El método fue cualitativo. El estudio fue realizado con 24 profesionales de enfermería en una UCIP de la red pública de salud en Rio de Janeiro. Los datos fueron producidos a partir de la entrevista semiestructurada y sometidos al análisis temático y léxico. Los resultados revelan que el equipo de enfermería percibe la tecnología como capaz de aproximar el profesional al niño en condiciones críticas, no haciendo inviable, por lo tanto, la posibilidad de pensarse en la dimensión suprasensible de la atención de enfermería delante de situaciones en las que la muerte ya no se puede más evitar, teniendo en cuenta la evolución natural de la enfermedad.

Palabras clave: Actitud frente a la muerte. Atención de enfermeira. Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico.

REFERÊNCIAS

1. Souza LB de, Souza LEEM de, Souza ÂMA e. A ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. *Rev bras enferm.* 2005 dez. [citado 2013 dez 05]; 58(6):731-734. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000600020>.
2. Sanches PG, Carvalho MDB. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. *Rev gauch enferm.* 2009 set. [citado 2012 jun 12]; 30(2):289-96. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3294/6687>
3. Alves VH, Costa SF da, Vieira BDG. A permanência da família em unidade de terapia intensiva neonatal: imaginário coletivo dos enfermeiros. *Ciênc cuid saúde.* 2009 jun. [citado 2013 dez 5]; 8(2):250-256. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612009000200014&lng=es.
4. Alves MVMFF, Scudeler DN, Luppi CHB, Nitsche MJT, Toso LR. Morte e morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de saúde. *Cogitare enferm.* 2012 set. [citado 2013 dez 05]; 17(3):543-548. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362012000300020&lng=es.
5. Ferreira BS, A morte e o morrer numa unidade de terapia intensiva pediátrica: os desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto-UFRJ; 2012.
6. Freitas H, Janissek-Muniz R. Análise Léxica e Análise de Conteúdo: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sphnix: Sagra Luzzatto; 2000.
7. Silva Rafael Celestino da, Ferreira Márcia de Assunção. Tecnologia na terapia intensiva e suas influências nas ações do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP.* 2011 dez. [citado 2013 dez 05]; 45(6):1403-1411. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600018>.
8. Oliveira SG, Quintana AM, Bertolino KCO. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Rev bras enferm.* 2010; 63(6):1077-80.
9. Haddad DRS. A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica: vivência do enfermeiro. [dissertação]. Belo Horizonte (BA): Escola de Enfermagem-UFMG. 2006. [citado 2012 jul 20]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCP-A-6VZQAP>
10. Shimizu Helena Eri. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Rev bras enferm.* 2007 jun. [citado 2013 dez 05]; 60(3):257-262. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300002>.
11. Pretto CR, Poli G, Stumm EMF. The nursing in die process and death in the intensive care: study of literature review. *J Nurs UFPE on line.* [on-line]. 2011 Nov. [citado 2013 dez 05]; 5(9):2290-9. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/articloe/view/1851/pdf_702.
12. Lepargneur H. O doente, a doença e a morte: implicações sócio-culturais da enfermidade. Campinas – SP: Papirus; 1987.
13. Vargas D. Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(3):404-10
14. Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AKB, Ximenes LB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paul Enferm.* 2006 jun. [citado 2013 dez 5]; 19(2):131-137. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200002>.
15. Ghezzi MIL. Convivendo com o ser morrendo. 2a ed. Porto Alegre: Sagra-D.C. Luzzatto; 1995.
16. Sadala MLA, Silva FM da. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2009 jun [citado 2013 dez 5]; 43(2):287-294. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200005>.
17. Poles K, Bousso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006 abr. [citado 2013 dez 5]; 14(2):207-213. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000200009>.
18. Morin E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
19. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e a seus próprios parentes. [Tradução de Paulo Menezes], 9a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
20. Neto JG. Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros relativos a pacientes terminais. 2010. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem- USP; 2010. 68p.

Endereço para correspondência: Rua Luiz Beltrão, nº1.326, bl 1, apto 403. CEP: 21321-230. Praça Seca, Rio de Janeiro – RJ.

Data de recebimento: 05/08/2013

Data de aprovação: 11/06/2014