

A QUESTÃO DA MORTE DOS PACIENTES PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UTI NEONATAL – UMA REVISÃO DA LITERATURA BRASILEIRA ENTRE 2010 E 2017¹

Francine Machado²

Valdirene Brüning de Souza³

Coorientadora Sâmia Torquato Rahim⁴

Resumo: O objetivo desta pesquisa foi descrever como os profissionais de enfermagem vivenciam a morte dos pacientes da UTI neonatal (UTIN) com base na produção científica brasileira. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e descritiva realizada através de uma revisão bibliográfica que contemplava artigos publicados entre 2010 e 2017. Todo material coletado foi analisado através da técnica de análise de conteúdo. Constatou-se que a morte é um momento muito difícil para os profissionais de enfermagem, sendo uma situação indesejada que gera tensão e medo em toda a equipe e que consequentemente produz uma diversidade de sentimentos negativos como, por exemplo, impotência e frustração. Observou-se que em relação ao enfrentamento, os artigos mostram que as estratégias utilizadas pela equipe são buscadas pelos próprios profissionais, sendo particularmente utilizadas a negação e a religiosidade. Porém, as publicações fazem sugestões sobre ações a serem implantadas nas instituições para preparar adequadamente a equipe de enfermagem em relação à morte na UTIN. Com relação a presente pesquisa, compreende-se que é de extrema importância que cada profissional busque estratégias para poder enfrentar essa situação de forma mais segura, e que consiga se proteger da exaustão emocional. No entanto, percebe-se uma necessidade de futuramente incluir o tema morte nas disciplinas dos cursos de formação na área de enfermagem, para contribuir na formação desses profissionais, bem como capacitações ao longo da vida profissional para atualização e discussão do assunto.

Palavras-chave: Profissionais de enfermagem. Morte. UTI neonatal.

1 INTRODUÇÃO

Em uma perspectiva biológica, a morte é uma consequência da vida. É um fato, algo pelo qual todos nós vamos passar. Mesmo assim, as pessoas ainda se retraem ao falar sobre a morte, há um desconforto ao se deparar com a ideia de finitude da vida.

Atualmente nos deparamos com uma negação acerca desse tema. A sociedade, marcada por um ritmo alucinante, parece ter deixado de lado o fato de todos nós

¹ Artigo apresentado na Unidade de Aprendizagem Proposição de Produção de conhecimento Científico em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Psicóloga.

² Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina. 10º semestre de 2018^a.

³ Professora Orientadora do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina. Mestre em Educação pela Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

sermos seres finitos. Assim, o homem tende a não pensar sobre sua finitude e a das pessoas que o rodeiam. (SILVA, 2003 apud HOHENDORFF e MELO, 2009. p, 481).

Dessa forma, a morte se tornou um tabu. As pessoas temem a morte e passam a ignorá-la, o que acaba contribuindo para um despreparo ao lidar com a finitude humana. Mas, nem sempre foi assim. Pode –se afirmar que a morte como tabu é uma noção construída ao longo do tempo em nossa sociedade.

Historicamente, na Idade Média, a morte não passava de um fato natural, em que o doente cumpria uma espécie de ritual, pedia perdão por suas faltas, legava seus bens e então esperava que a morte o levasse sem dramas. Na atualidade, a morte é vista como tabu, sendo transferida, com o passar dos séculos, de casa para o hospital, deixando de ser vista como um acontecimento natural para uma morte fria, escondida e indesejada. (SANTOS e BUENO, 2010. p, 273).

Por consequência dessa transferência da morte que ocorria em casa para a morte que passa a acontecer no hospital, conforme Bellato e Araújo (2007, p. 256), os profissionais da área da saúde são frequentemente expostos a situações de enfrentamento da morte de pessoas sob seus cuidados, sobretudo aqueles que atuam em serviços hospitalares.

Assim, algumas categorias trabalham diretamente com a morte de pessoas de todas as idades, incluindo a morte de crianças, como é o caso dos profissionais da enfermagem da UTI neonatal. Segundo Lago et al (2007, p. 360), além da morte de uma criança representar uma situação trágica, a expectativa de reversão do quadro agudo é sempre o maior objetivo da equipe assistencial, levando em consideração a grande capacidade de recuperação dos pacientes pediátricos. Neste sentido, é necessário para esses profissionais refletir e lidar com questões como a morte e com os temores e inseguranças que ela pode apresentar.

A partir do vivenciamento de tais experiências [morte] e do processo reflexivo oriundo desse vivenciar, o enfermeiro é conduzido a elaborar e reelaborar seu conceito de morte, bem como a repensar seu papel como profissional na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Essa experiência contribui, assim, para aplacar eventuais sentimentos de culpa, permitindo ao profissional tornar-se mais apto a assumir responsabilidades de forma sensata e ponderada e a tomar decisões assistenciais mais efetivas, ainda que não voltadas para a cura. (MARQUES et al., 2013, p. 824).

Perante isso, esse trabalho buscou através de publicações científicas descrever a vivência dos profissionais de enfermagem diante da morte de pacientes da UTI neonatal.

O tema deste projeto de pesquisa, surgiu a partir do relato de experiência profissional da mãe da pesquisadora como técnica de enfermagem e de radiologia, que atuava

junto à UTI neonatal na realização dos exames de raio X dos pacientes deste setor. Em seus relatos, afirmava que quando entrava na UTI neonatal, se sentia impotente ao observar os pacientes lá internados. Nesse sentido, pode ser muito doloroso para os profissionais de Enfermagem, que tem como objetivo do seu trabalho salvar vidas e mesmo assim ter que conviver com a situação de morte de um paciente, principalmente quando esse paciente é uma criança e morre prematuramente.

Diante de uma situação iminente de morte, muitas vezes, a equipe de enfermagem se vê impotente, frustrada, culpada e irritada, não sabendo ao certo como se posicionar frente ao sofrimento e à dor que, na maioria das vezes, não pode ser aliviada, além de, também, ter que vivenciar perdas de pacientes, cuja convivência possibilitou o estabelecimento de vínculos intensos. (KOVÁCS, 2003 apud BANDEIRA, 2014, p.401)

Apesar de se saber que a morte é um fato inevitável, contudo, é difícil aceitar que aconteça precocemente, ou seja, nos primeiros anos de vida de uma pessoa. (POLES e BOUSSO, 2006, p.208). Por isso, ressalta-se a importância dessa pesquisa, principalmente para os profissionais de Enfermagem, que vivenciam a morte de pacientes. Também para a Psicologia, pois indiferente do contexto em que o Psicólogo esteja inserido, é necessário estar preparado para lidar com questões relacionadas a finitude.

Segundo Holendorff e Melo (2009, p. 483), para o psicólogo hospitalar tal tema [morte] é ainda mais presente, fazendo-se necessário o conhecimento sobre o modo como as pessoas reagem perante a morte. Sendo a psicologia uma profissão que lida com seres humanos e suas vidas, conseqüentemente, vai estar trabalhando com questões relacionadas a morte e o morrer também.

Além disso, de acordo com Bandeira et al (2014, p. 401), os profissionais de enfermagem não têm preparo na sua formação acadêmica para lidar com a morte.

O processo de formação na área da saúde geralmente acontece em momentos que contemplam a teoria e a prática. Na teoria, pouco se fala sobre o assunto e, na prática, o acadêmico é inserido na rotina hospitalar e na convivência diária com as particularidades da profissão e o enfrentamento da morte. (BANDEIRA et al., 2014, p. 401).

Diante do exposto, torna-se muito importante para os profissionais da saúde saber lidar com a morte, para que eles possam estar preparados para cuidar de seus pacientes e dos familiares, sobretudo os profissionais de Enfermagem que trabalham diretamente com questão da morte na UTI Neonatal. Acredita-se que o primeiro passo para essa preparação é a investigação da produção científica sobre o tema. Dessa forma, tornou-se imperioso verificar

nas publicações científicas dos últimos dez anos, como os profissionais de enfermagem vivenciam a morte dos pacientes da UTI neonatal. A partir disso, definiu-se como objetivo geral desse estudo descrever a vivência dos profissionais de enfermagem diante da morte dos pacientes da UTI neonatal conforme as publicações científicas dos últimos dez anos. Já como objetivos específicos, este estudo propôs-se a investigar o significado da morte para os profissionais de enfermagem da UTI neonatal conforme as publicações científicas dos últimos dez anos; identificar os sentimentos e pensamentos dos profissionais de enfermagem diante da morte dos pacientes da UTI neonatal relatados nas publicações científicas dos últimos dez anos; e por fim, investigar as estratégias de enfrentamento dos profissionais no âmbito profissional e pessoal diante da situação de morte na UTI neonatal elencadas nas publicações científicas dos últimos dez anos.

1.1 A ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

Desde o início da vida, existem os cuidados com a saúde, pois são necessários para que a vida possa prosseguir e, conseqüentemente, adiar a morte.

Segundo Oguisso (2007), na idade média, a enfermagem era exercida por grupos religiosos ou por militares. A função não era propriamente constituída por tarefas hoje conhecidas como enfermagem; os cuidados eram prestados por um grupo de mulheres sem preparo algum ou, ainda, por membros da família. Então, as primeiras práticas de enfermagem eram mais assistencialistas, voltadas a doença do paciente e sem nenhum conhecimento científico. Contudo, há uma diferença entre enfermagem propriamente dita e a enfermagem profissional. Conforme Oguisso (2007, p. 25),

A primeira, entendida no sentido de cuidar de pessoas doentes no seio da família ou no círculo de amigos, remonta à era da pré-história. Já a segunda, à qual nos referimos acima, reflete a evolução de um grupo que se organizou dentro da sociedade e que, tendo recebido preparação adequada para o seu exercício, dedica a maior parte do tempo e esforço ao cuidado de doentes, pelo que recebe uma remuneração, a exemplo de qualquer outra profissão.

A enfermagem praticada na época anterior à profissionalização era muito simples, pois servia apenas para atender as necessidades físicas dos doentes, fazer curativos, cuidar da higiene e também controlar os medicamentos dos pacientes.

Em relação ao Brasil, não houve diferença nessa fase, pois Oguisso (2007, p. 102) afirma que antes de 1890, o exercício da enfermagem em nosso país era praticado com base na solidariedade humana, no misticismo, no senso comum e também nas crendices.

Nesse sentido, o autor mencionado acima, afirma que o período anterior a 1890, quando não havia ainda a institucionalização do ensino da enfermagem, pode ser considerado como período pré-profissional, passando a profissional a partir de 1890, com a criação oficial da primeira escola para preparar enfermeiros em nosso país.

As fontes do status e do prestígio da enfermagem estão, de fato, na maneira como os enfermeiros foram capazes de dar à atividade doméstica rudimentar e incipiente os contornos de uma atividade técnica, científica, moderna e sistematizada, dentro ou fora da instituição hospitalar. (OGUISSO, 2007, p. 117).

É importante salientar que todo o cuidado das mulheres, desde a antiguidade em dar banho, alimentar, ajudar, orientar e acalmar, foi o alicerce e a força para que a profissionalização da enfermagem se concretizasse. Entretanto, com a evolução dos cuidados em saúde, a enfermagem também foi atendendo novas necessidades.

Assim, apesar da profissionalização, conforme Oguisso (2007, p. 117), quem exerce a enfermagem dentro de instituições, precisa acolher o paciente de tal forma que ele possa sentir-se quase como em sua própria casa, precisa saber estabelecer uma relação interpessoal e de apoio profissional, [...]

Desta forma, a profissão de enfermagem torna-se meritória, mais visível e valorizada, depois de superar tantos obstáculos e dificuldades, o que faz com que ela se emerja como uma verdadeira profissão, científica, humana, útil e necessária para a promoção da saúde e prevenção de doenças na sociedade. (OGUISSO, 2007, p. 117-118).

Percebe-se que com o desenvolvimento da profissão de enfermagem, foram modificadas as funções, com uma tendência em atuar nos processos administrativos nos hospitais. No Brasil, o órgão responsável por regulamentar a Enfermagem é o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). De acordo com o seu regimento, seguem as atribuições do enfermeiro.

Art. 8º – Ao enfermeiro incumbe:

I – privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e) consulta de Enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

- h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- II – como integrante da equipe de saúde:
- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
 - b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
 - c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
 - d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
 - e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
 - f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
 - g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
 - h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
 - i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
 - j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
 - l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
 - m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
 - n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
 - o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
 - p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
 - q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
 - r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012)

No entanto, na área de Enfermagem, o trabalho não se limita à atuação do enfermeiro. Existem duas categorias que integram a equipe de saúde, o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem.

Em relação ao técnico de enfermagem, este profissional precisa possuir o ensino médio completo para ingressar no curso técnico que dá a sua formação. Ele está habilitado a lidar com pacientes de média e alta complexidade, realizando atividades de assistência ao enfermeiro, prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, atuar na prevenção e implantação de programas de saúde como parte da equipe de saúde e desenvolvendo atividades de enfermagem que não são privativas do enfermeiro.

Então, o exercício da Enfermagem é importante nos dois níveis mencionados anteriormente nas atribuições de ambos os profissionais da área, especialmente na atuação hospitalar pois neste espaço existem várias demandas com diferentes complexidades. Uma das demandas que existe no hospital, se encontra na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

(UTIN), local onde atuam diversos profissionais, incluindo enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A UTIN é um local específico do hospital que se levam os bebês recém-nascidos que apresentam algum risco de vida e todos que nascem prematuros.

Conforme as diretrizes do ministério da Saúde, no seu Art. 5º:

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. (BRASIL, 2012).

Então, a UTI é considerado um ambiente com o cuidado diferenciado, por possuir aparelhos, tecnologias e um local de grande assistência ao paciente. Nesse sentido, a hospitalização em UTI neonatal engloba a criança, a família e os profissionais, que podem conviver por meses.

Conforme, Tamez e Silva (1955, p. 23), os critérios para admissão do recém-nascido na UTIN poderão variar de um hospital para outro, mas em geral recomendam-se:

Recém-nascidos com < 34 semanas de gestação.
Recém-nascidos com peso < 1.800g.
Sangramento materno no 3º trimestre de gravidez.
Anomalias congênitas que requeiram correção cirúrgica e observação.
Infecções.
Incompatibilidade Rh.
Retardo no crescimento intra-uterino.
Hipoglicemia
Convulsões
Uso materno de drogas como cocaína, heroína etc.
Problemas respiratórios que requeiram oxigenoterapia e/ou ventilação artificial.
Arritmias cardíacas.

Assim, por se tratar de um ambiente que atende pacientes de alta complexidade, e ainda, por se tratar de recém-nascidos com algum tipo de vulnerabilidade, o risco de morte é constante. Conforme Bellato et al (2007, p. 256), a experiência profissional nos mostra que a abordagem dessa temática (morte) tem sido feita de maneira muito rápida e superficial durante a formação do enfermeiro, não havendo momentos formalmente estipulados no currículo para que a discussão sobre o morrer e a morte aconteça.

Para finalizar, é importante que os profissionais da Enfermagem adquiram uma formação qualificada e constante para poder atender os pacientes e sua família no ambiente hospitalar, especialmente nos momentos mais delicados, como é o caso da situação de morte.

1.2 SOBRE A MORTE E O MORRER: CONTEXTO SOCIAL E A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

O tema morte é bastante controverso na sociedade atual, mas antes de iniciar a discussão dessa questão, cabe fazer um esclarecimento sobre os termos morte e morrer.

A morte é uma consequência da vida. É um fato pelo qual todos nós vamos vivenciar. Moritz (2005), afirma que a morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida. Já o morrer, como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e aquele em que o indivíduo deixa de responder a qualquer medida terapêutica, progredindo inexoravelmente para a morte.

Conforme Ziegler (1977 apud KOVÁCS, 1992 p.11), entre os critérios que atualmente definem a ocorrência da morte estão os seguintes:

Não-receptividade e não-reação total a estímulos externos, mesmo que dolorosos. Não há emissão de sons, gemidos, contrações, nem aceleração da respiração. Ausência de movimentos respiratórios, falta de movimento muscular espontâneo ou de respiração ao se desligar o aparelho respiratório por um tempo mais longo. Ausência de reflexos, ou coma irreversível com abolição da atividade do Sistema Nervoso Central. Ausência de reflexos condicionados como: reação da pupila, que fica fixa e dilatada mesmo na presença de luz, sem reflexo na córnea, faringe e tendões. Encefalograma plano, comprovando destruição cerebral plena e irreversível.

Assim, a morte clínica, segundo Kovács (2002, p. 11), é definida como um estado no qual todos os sinais de vida (consciência, reflexos, respiração, atividade cardíaca) estão suspensos, embora uma parte dos processos metabólicos continue a funcionar.

Conforme Kovács (2002, p. 11), a morte total ocorre quando se inicia a destruição das células de órgãos altamente especializados, como o cérebro, olhos, passando depois para outros órgãos menos especializados. Um conceito que também é relevante nesse sentido, é a morte encefálica. Conforme Morato (2009), a morte encefálica representa o estado clínico irreversível em que as funções cerebrais (telencéfalo e diencéfalo) e do tronco encefálico estão irremediavelmente comprometidas.

Feitas essas considerações, cabe abordar a significação da morte. Esta passou por mudanças importantes no decorrer do tempo na sociedade ocidental. Antigamente era aceita com mais naturalidade, diferentemente da atualidade, em que as pessoas evitam falar sobre ela. Neste sentido, Kovács (2002, p. 32) afirma que a morte domada é a morte típica da época medieval. O homem sabe quando vai morrer, por certos avisos, signos naturais ou por uma

convicção interna. Os homens daquela época eram observadores de signos e, antes de mais nada, de si mesmos.

A morte era esperada no leito, numa espécie de cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo. Todos podiam entrar no quarto, parentes, vizinhos e, inclusive as crianças. Os rituais de morte eram cumpridos com manifestações de tristeza e dor, que eram aceitas pelos membros daquela comunidade. O maior temor era morrer repentinamente sem as homenagens cabidas. (KOVÁCS, 2002, p. 33).

A morte nessa época era familiar, mas ao mesmo tempo os homens temiam a aproximação com os mortos e foi assim durante séculos. Na idade média, a sepultura era na igreja, perto dos santos como uma forma de proteção. Posteriormente, esse local ficou reservado para as pessoas importantes e os indivíduos mais pobres eram enterrados nos pátios das igrejas.

Conforme Kovács (2002), num dado momento, o corpo morto passa a ser escondido, pois é insuportável para os olhos. Os caixões são usados para esconder o corpo. Para a autora, (2002) o século XX traz a morte que se esconde, a morte vergonhosa. Nesse tempo, a morte não deve ser percebida, a sociedade acaba protegendo a vida e expulsando a morte. É como se a morte fosse ignorada. Assim, a morte não é mais considerada um fenômeno natural, e sim um fracasso, impotência ou imperícia, por isso deve ser ocultada. O triunfo da medicalização está, justamente, em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio. (KOVÁCS, 2002, p. 39).

Nesse momento, o local da morte passa a ser no hospital e não mais no lar como antigamente. A autora ainda diz que:

No século XX a maioria das pessoas não vê os parentes morrerem, O hospital é conveniente, pois esconde a repugnância e os aspectos sórdidos ligados à doença. A família também fica afastada para não incomodar o silêncio dos hospitais. Dessa forma, não atrapalha o trabalho dos médicos e não torna visível a presença da morte, por meio de lamentações, choros ou questionamentos. (KOVÁCS, 2002, p. 39).

Assim, nesse momento as pessoas escondem a vivência da dor, eliminam o luto por não suportar enfrentá-lo. De acordo com Kovács (2002) o tempo da morte se modifica a ponto de se prolongar indefinidamente, pois a mesma foi dividida em categorias (morte cerebral, biológica e celular), além de existirem muitos aparelhos que servem para medir e adiar a morte. “O momento da morte é muitas vezes um acordo feito entre a família e o médico” (KOVÁCS, 2002. p. 40).

Contudo, a morte ainda é vista e refletida de diferentes modos, conforme períodos históricos e também de acordo com a cultura.

De acordo com Barros (2000, p. 5), a religião é uma das dimensões mais importantes da vida humana, na medida em que:

Ela influencia o sentido da vida e da morte, o modo como se encara o mundo e os homens, as alegrias e o sofrimento, o modo como se vive a vida familiar (atitude frente a divórcio, ao aborto, ao número de filhos, etc.), a maneira como se interpreta e vive a sexualidade, a tolerância ou o racismo, a política, a profissão.

Ao se deparar com a questão da morte, são várias as possibilidades de reação entre as pessoas, até mesmo por que a morte nem sempre é repentina. Quando alguém recebe uma notícia preocupante, em caso de doença grave, incurável, entra num processo de luto, que Elisabeth Kubler-Ross (1996) escreveu em seu livro “Sobre a morte e o morrer”. Nele, a autora afirma que o luto possui cinco estágios. São eles: negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Esses estágios podem ser vivenciados pelo paciente, mas também pelas pessoas que o cercam, incluindo os profissionais.

No primeiro estágio, ocorre a negação e o isolamento. No momento após a descoberta da doença, as pessoas passam pelo processo de negação, não acreditando no primeiro momento.

“Não, eu não, não pode ser verdade”. Esta negação inicial era palpável tanto nos pacientes que recebiam diretamente a notícia no começo de suas doenças quanto naqueles a quem não havia sido dita a verdade, e ainda naqueles que vinham a saber mais tarde por conta própria. (KÜBLER-ROSS, 1996, p. 51).

A negação é usada pelos pacientes por um certo tempo, como forma de escudo para se proteger momentaneamente da situação de perda pela qual está passando. Assim, a pessoa nega a existência da perda ou da sua possibilidade, afastando-se assim daquilo que faça lembrar o assunto, negando-se a acreditar. Contudo, Kübler-Ross (1996, p. 55) afirma que “Quando termina a sensação inicial de torpor e ele se recompõe, é comum no homem esta reação: ‘Não, não pode ser comigo’. Como somos todos imortais em nosso inconsciente, é quase inconcebível reconhecermos que também temos de enfrentar a morte.”

Já o segundo estágio, a raiva, ocorre quando o primeiro não é mais sustentado. Kübler-Ross (1996) explica num trecho de seu livro que quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento pela perda possível ou concretizada.

O terceiro estágio, é a barganha. Acontece por um tempo curto e está relacionado com a forma de negociação entre pais e filhos, “se eu lavar a louça, você me dá aquilo.” porém, nesse caso, a maioria das barganhas é feita com Deus.

Nesse sentido, Kübler-Ross (1996, p. 95) diz que:

Se, no primeiro estágio, não conseguimos enfrentar os tristes acontecimentos e nos revoltamos contra Deus e as pessoas, talvez possamos ser bem-sucedidos na segunda fase, entrando em algum tipo de acordo que adie o desfecho inevitável: “Se Deus decidiu levar-me deste mundo e não atendeu meus apelos cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma”.

Segundo Afonso (1985, p. 1), A depressão no quarto estágio decorre não somente do impacto da doença sobre o indivíduo, mas sobre a família e as alterações sofridas por ela.

Nesse sentido, Kübler-Ross afirma, em relação ao paciente, que: perde-se o emprego, as condições financeiras, a dignidade, e as pessoas se afastam. No primeiro momento as pessoas reagem frente a estes fatos e no segundo eles se preparam (KÜBLER-ROSS, 1996, p.93). O sentimento predominante é o de tristeza.

O quinto estágio, a aceitação, é possível para aquelas pessoas em que tiveram tempo e superaram as outras fases. Contudo, Kübler-Ross (1996, p. 118) salienta que, é como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do “repouso derradeiro antes da longa viagem”.

Essas fases do luto compõe um processo normal e esperado pelo sujeito que enfrenta a situação de perda. Sendo assim, o trabalho do luto é um processo necessário e vital para o ser humano. Por outro lado, há o luto patológico que se refere “às ações realizadas pelas pessoas que sofrem com o luto. Além do sofrimento, isto desencadeia patologias como: violência, colapso físico, entorpecimento, raiva, não aceitar a realidade da morte”. (PINCUS, 1989 apud TAVERNA e SOUZA, 2014, p. 45). Desta forma, também os profissionais da equipe de enfermagem podem vivenciar processos de luto pela perda de seus pacientes, sendo necessário um olhar humanizado não apenas para o paciente, mas também para os profissionais que lidam com a morte e o morrer nos contextos de saúde.

Acerca da humanização no contexto de saúde, Angerami-Camon (2012, p.4), ressalta que: “para ser definida como humana, necessita inicialmente que eu me reconheça como humano e que igualmente identifique no outro, essa condição de humanidade”.

Ainda para o autor supracitado, o que vemos com cada vez mais força nos contextos de saúde é o paciente distante de ser considerado humano, sendo considerado um mero objeto de estudo ou simplesmente como objetos que propiciam lucros. Enfatiza também, que tanto o paciente que é visto como objeto de estudo (clínicas escola, por exemplo), como o paciente que é objeto de lucro (nos hospitais ou setores particulares), possui sua condição de humanidade negligenciada e ignorada. Sendo assim, como profissional de saúde, ao

desumanizar o outro eu me desumanizo, pois faço de mim uma pessoa sem traços de humanidade. Diante dessa realidade, tem-se uma contradição: fala-se em humanização no atendimento aos pacientes, mas são impostas condições de trabalho que distanciam cada vez mais os profissionais desse olhar humanizado. Também argumenta sobre algumas estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde para lidar com a questão da perda, seja pela morte do paciente ou pelas condições adversas de trabalho na área da saúde, citando como exemplo, a calosidade profissional. (ANGERAMI-CAMON, 2012).

Essa calosidade profissional, “é aquela em que o profissional de saúde, depois de anos de prática com o doente e a doença, adquire uma postura de proteção pessoal que se transforma em indiferença total com a dor do paciente” (ANGERAMI-CAMON, 2012. P. 20). Nesse sentido, a calosidade impede que esse profissional seja afetado pela dor do paciente, configurando-se em uma estratégia de defesa para evitar o sofrimento.

No entanto, de acordo com Angerami-Camon (2012), mesmo que se trate de uma defesa desse profissional para poder atuar com o sofrimento, o resultado com o paciente é o pior possível, ele se vê abandonado em sua dor. Por extensão, acredita-se que a família também sofre um impacto negativo em relação à esta estratégia de enfrentamento. Dessa forma, se realmente a calosidade profissional protege o profissional da saúde, ela também irá acabar com o sentido de humanização.

Outra postura utilizada pelo profissional da saúde é a empatia genuína, que pode ser definida segundo Angerami-Camon (2012), quando o profissional se envolve com o paciente de forma que o envolvimento ultrapassa os limites determinados na relação profissional da saúde e paciente. De acordo com esse autor (2012, p.33), “são aqueles casos em que a doença e o paciente passam a ocupar a totalidade do imaginário emocional do profissional, fazendo que esse transcenda, inclusive, os limites que possam resguardar sua privacidade pessoal”. Essa estratégia de enfrentamento, apesar de parecer mais humana pela proximidade com o paciente e muitas vezes sua família, se torna prejudicial ao profissional, uma vez que maximiza o seu sofrimento.

Angerami-Camon (2012) também argumenta sobre a imprevisibilidade, que é uma característica das diversas situações vivenciadas pelos profissionais de saúde e provoca várias atitudes de inadequação, pois apenas poderemos saber quais serão nossas atitudes diante da vivência de uma situação concreta. O enfrentamento é totalmente coberto dessa imprevisibilidade.

Na área da saúde vamos encontrar situações em que a imprevisibilidade lança os profissionais para comportamentos inusitados e que são derivados de sentimentos de inadequação diante do total destrambelho emocional provocado por determinadas situações inerentes à realidade da saúde, mas que, no entanto, o profissional da saúde, muitas vezes, embora se julgue preparado para atuar nas lides da saúde, se encontra sem contingenciamento para lidar. (ANGERAMI-CAMON et al., 2012, p. 16).

Por isso, podemos encontrar profissionais da saúde que acabam se colocando em situações incompatíveis com as suas funções. Por exemplo, à frente de um paciente com choro incontido, esse profissional passa a falar em Deus, no evangelho, ou seja, assume um papel que na verdade cabe a um padre ou pastor.

Por outro lado, de acordo com Angerami-Camon (2012), o distanciamento crítico acontece quando profissional de saúde necessita de um certo afastamento para que a dor do paciente possa ser compreendida e aceita no seu sentido mais puro. Apesar do profissional utilizar o distanciamento crítico como uma postura adequada para a realidade hospitalar, ao seguir rigidamente sua postura, esses profissionais acabam se apropriando da calosidade profissional. Ainda assim, o distanciamento crítico possibilita que o profissional da saúde reflita de forma segura em relação ao desequilíbrio emocional do paciente.

No entanto, há um contraponto em relação ao distanciamento crítico e a calosidade profissional. O distanciamento crítico é uma postura necessária e indispensável para o bom desempenho do profissional da saúde. É uma atitude consciente e ativa, ao contrário, a calosidade profissional, que vai aos poucos se instalando nesse profissional sem que ele perceba a sua dimensão.

Ainda para o autor (2012), o distanciamento crítico permite que o profissional da saúde consiga concentrar seus esforços e sua atuação em questões que sejam prioritários de acordo com a relação estabelecida com o paciente.

É também no distanciamento crítico que conforme Angerami-Camon (2012, p.31), “o profissional da saúde pode aferir a abrangência de sua intervenção na medida em que terá como mediador dessa intervenção o seu próprio olhar em um dimensionamento possível de alteração de seu desempenho, se assim se fizer necessário”. Dessa forma, é como o acolhimento se processa, que determinará as formas de aceitação e a superação da própria doença, pois tal distanciamento não impede o acolhimento do paciente. Ao contrário, permite que este seja feito de forma adequada tanto para o paciente quanto para o profissional.

Em relação aos profissionais que lidam com a morte no contexto hospitalar, especialmente na área de Enfermagem, Smeltzer (2005) salienta que:

Apesar de ser inerente à vida, a morte ainda é vista como fracasso por grande parte dos profissionais da enfermagem. Ao deparar-se com o óbito de um paciente, os trabalhadores enfrentam a própria finitude, e os medos que dela advêm. A dificuldade em lidar com tais emoções pode produzir o adoecimento individual e da equipe como um todo. É necessário que cada profissional reconheça essa fragilidade em lidar com a dor dos outros e a própria e busque estratégias práticas para enfrentar sua situação e proteger-se da exaustão emocional. (SMELTZER, 2005 apud WONDRACEK, 2011, P. 238).

Considerando esse contexto, é de extrema importância que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento acerca dessa temática, principalmente quando se trata de finitude de crianças, que possui uma complexidade maior.

Então para finalizar, Marques et al (2013, p. 824), relatam que:

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

Lidar com a morte é uma questão muito difícil, ainda mais quando a vida que está em risco é a de uma criança, por isso a preparação do profissional é fundamental, além da busca pessoal para o enfrentamento da questão.

2 MÉTODO

O presente estudo é considerado de natureza qualitativa, bibliográfica e descritiva, pois foi realizado a partir de outras pesquisas já elaboradas, não com o mesmo objetivo, mas investigando a vivência dos profissionais de enfermagem diante da morte de pacientes da UTI neonatal a partir das publicações científicas dos últimos dez anos. De acordo com Gil (2002, p. 44), “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos; e Minayo (1998, p. 42) salienta que “a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade”.

Por outro lado, conforme Gil (2002, p. 42), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno”, nesse caso, investigando o significado da morte, os sentimentos diante desta e as estratégias de enfrentamento dos profissionais de enfermagem.

A coleta de dados foi efetuada através da investigação nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos e o *Lilacs* que é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. A busca foi realizada nos meses de março e abril de 2018, envolvendo publicações entre os anos de 2007 e 2017, a partir das palavras-chave: Morte; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; UTI neonatal; Cuidados de enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Cuidados paliativos; neonatologia.

Ao longo da pesquisa ficou evidente a deficiência de artigos sobre o tema em questão, pois foram contabilizados apenas cinco artigos que se encaixaram na pesquisa proposta.

No entanto, nem todos os artigos abordaram a equipe de enfermagem, centrando-se apenas nos Enfermeiros. Ainda assim, os mesmos foram mantidos na análise por se considerar que o Enfermeiro faz parte da equipe de enfermagem e embora não seja o único profissional que a compõe, corresponde a uma parcela significativa, sendo dessa forma representativos para este estudo. Foram localizados dois artigos dentro os estudados que realizam a pesquisa com Enfermeiros e com técnicos de enfermagem.

Com relação ao método de análise dos artigos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. De acordo com Richardson (1999, p. 224) é utilizada para estudar material de tipo qualitativo e deve ser eficaz, rigorosa e precisa, devendo ser baseada em teorias relevantes que sirvam de marco de explicação para as descobertas do pesquisador. Neste caso, o foco da análise foi encontrar nos artigos os resultados encontrados sobre o significado da morte, os sentimentos diante da morte e as estratégias de enfrentamento, para a elaboração da discussão dos objetivos.

Seguindo o modelo de Bardin (2004), essa forma de análise, possibilitou a descrição objetiva do conteúdo extraído dos resumos, discussões e resultados dos artigos analisados, desenvolvendo-se em três fases: a) a pré-análise, a qual se realizou-se uma leitura flutuante dos artigos, com foco nos itens Resumo; Introdução e Considerações finais, que resultou na elaboração dos indicadores (Equipe de Enfermagem, morte e UTIN), que serviram de orientação para interpretação final da pesquisa; b) a exploração do material (artigos), da qual construiu-se um roteiro de codificação, com as categorias de análise (significado da morte, sentimentos diante da morte e estratégias de enfrentamento) e c) o tratamento dos resultados no qual elaborou-se um estudo cuidadoso das categorias de análise fazendo

comparações e associações, possibilitando a averiguação do conteúdo extraído com o tema proposto para o estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Tabela I abaixo apresenta os resultados encontrados em relação aos objetivos de cada artigo e sua discussão acerca das categorias “significado da morte”, “os sentimentos diante da morte” e “estratégias de enfrentamento”, elaboradas a partir dos objetivos do presente trabalho.

Tabela I – Descrição dos objetivos dos artigos e sua relação com as categorias elaboradas

(continua)

Título do artigo	Objetivos	Categorias		
		Significado da morte	Sentimentos diante da morte	Estratégias de enfrentamento
Estudo Fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. (Silva, Valença e Germano, 2010).	Descrever a vivência de cuidado de profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva neonatal diante da morte e compreender os sentimentos diante da morte do recém-nascido.	“A morte é um fracasso para toda equipe”	Sentimento de fracasso, culpa, frustração, impotência e negação.	Não foi identificado pelos autores do artigo.
O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. (Silva e Rocha, 2011).	Desvelar o significado de cuidar de recém-nascidos sem possibilidade terapêutica curativa para a equipe de enfermagem; analisar a vivência do enfermeiro de UTIN em relação ao processo de morte e morrer e os seus sentimentos relativos a esse processo.	É um evento perturbador, inesperado e trágico.	Sentimento de tristeza, impotência, incapacidade e frustração.	Não são relatadas estratégias atuais pelos autores do artigo. Mas recomenda-se a criação de estratégias que possam ser eficazes para o trato da ansiedade desses profissionais, como também proporcionará uma melhor abordagem à família, fazendo, enfim, com que o profissional se sinta apto para lidar com essa situação dolorosa.

Tabela I – Descrição dos objetivos dos artigos e sua relação com as categorias elaboradas.

(conclusão)

Título do artigo	Objetivos	Categorias		
		Significado da morte	Sentimentos diante da morte	Estratégias de enfrentamento
Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. (Menin e Pettenon, 2015).	Compreender as percepções e sentimentos do profissional enfermeiro diante do processo de morte e morrer infantil.	A morte é uma situação indesejada, gera tensão em toda a equipe, comportamentos diferenciados, maneiras de agir, pensar, insegurança e medo.	Sentimento de impotência, medo, insegurança, frustração, tristeza e negação.	Não são relatadas estratégias atuais pelos autores do artigo. Mas eles recomendam a capacitação profissional possibilitará aos enfermeiros enfrentar os próprios tabus sobre a terminalidade da vida, sem que sofram demasiadamente ou adoeçam por tentar exercer da melhor forma possível seu mister profissional.
Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. (Almeida, Moraes e Cunha, 2015)	Compreender as experiências vivenciadas pelos enfermeiros ao cuidar de neonatos que estão morrendo e sua família na UTIN e resgatar as percepções destes profissionais em relação à sua atuação diante do processo de morte e luto vivenciado.	A morte é um momento muito difícil para esses profissionais.	Sentimento de tristeza, angústia, impotência e alívio.	Expressar seu sofrimento por meio do choro, rezar pelas famílias, contar com a ajuda dos outros colegas e manter o autocontrole são algumas estratégias utilizadas pelo profissional no enfrentamento da situação
Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. (Silva et al., 2017).	Conhecer as experiências de práticas de cuidado da equipe de enfermagem, em relação ao cuidado dos recém-nascidos e suas famílias, na situação de final de vida, vivenciadas na UTI Neonatal.	Experiência difícil, um momento obscuro, confuso e incompreensível.	Sentimento de sofrimento e frustração	As subjetividades da equipe de enfermagem se mostram diretamente relacionada com a forma de enfrentar e lidar com os processos de perda. Valores e crenças, como, por exemplo, a religiosidade, aparecem como um suporte no enfrentamento da morte.

Fonte: Elaboração da autora (2018)

No decorrer da investigação, verificou-se pouca produção científica sobre a temática proposta, o que torna importante a produção de mais pesquisas relacionadas a esse contexto. Entretanto, a partir da análise dos artigos foi possível identificar o significado da morte para esses profissionais de enfermagem. Conforme o artigo de Silva, Valença e

Germano (2010), foi identificado nas falas dos entrevistados que a morte é um fracasso para toda a equipe. Tal afirmação confirma a ideia de Kóvacs, (2002), na qual o século XX traz a significação da morte que se esconde, a morte vergonhosa. A sociedade acaba protegendo a vida e expulsando a morte, fazendo-a surgir como algo antinatural, que deve ser combatido, tal como, aparece fortemente na significação dos profissionais de enfermagem.

Ainda de acordo com Kóvacs (2002), “a morte não é mais considerada um fenômeno natural, e sim um fracasso, impotência ou imperícia, por isso deve ser ocultada”. Além disso, Conforme Silva e Rocha (2011, p. 100), a morte de uma criança pode ser considerada um evento inesperado, assustador e catastrófico, tanto para a família como para os enfermeiros que prestam o cuidado.

Nesse sentido, Lago et al (2007, p. 360), afirma que a morte de uma criança representa um momento trágico, e a expectativa de reversão do quadro agudo é sempre o maior objetivo da equipe assistencial levando em consideração a grande capacidade de recuperação dos pacientes pediátricos. Sendo assim, compreende-se os motivos que levam a significar a morte como um fracasso profissional, carregado de aspectos negativos.

Ao observar o Tabela I, é visível em todos os artigos apresentados, que a morte significa um momento muito difícil para os profissionais de enfermagem, sendo uma situação indesejada que gera tensão e medo em toda a equipe, e que conseqüentemente, produz uma diversidade de sentimentos negativos

Sendo assim, com relação à segunda categoria “Sentimentos diante da morte”, o estudo dos artigos aponta que os sentimentos mais explícitos são os de impotência e frustração quando não conseguem evitar a morte do paciente, constando nos estudos de Silva, Valença e Germano (2010), Silva e Rocha (2011), Menin e Pettenon (2013), Almeida, Moraes e Cunha (2015) e Silva et al (2017).

Segundo a fala de um entrevistado no estudo de Silva e Rocha (2011, p. 100), “Nesses casos (morte) a gente se sente impotente, limitada e isso traz muito sofrimento e sensação de perda”. Neste sentido, de acordo com Silva e Rocha (2011, p. 100), “mesmo sendo a morte um evento rotineiro e esperado para a UTIN, sentimento de frustração e impotência são verbalizados pelos enfermeiros”.

Wondracek (2011) também diz que, a morte apesar de ser intrínseco à vida, é vista pelos profissionais de enfermagem como um fracasso e quando se deparam com a morte de um paciente, acabam enfrentando a própria finitude e conseqüentemente os medos que ela traz.

Já no estudo de Silva, Valença e Germano (2010), a impotência se torna um sentimento mais intenso para esses profissionais quando, apesar da tecnologia, a morte acaba ocorrendo. Conforme a fala de um entrevistado no estudo de Silva, Valença e Germano (2010, p. 772), “Depois que se faz de tudo e ele morre, em parte você morre [...] tudo que você fez foi por água abaixo”.

Por outro lado, o estudo de Almeida, Moraes e Cunha (2015), destaca que na concepção dos enfermeiros, o sentimento de impotência surge por não conseguir evitar a morte do recém-nascido, porém é seguido pelo sentimento de alívio por compreender que esse evento põe fim ao seu sofrimento.

Outro sentimento que aparece com frequência nos artigos é o de tristeza. Conforme Silva e Rocha (2011), esses profissionais costumam sentir tristeza devido à sensação de perda e vazio após a morte do paciente. Nesse sentido, para esses profissionais é triste e doloroso ver o bebê sem nenhuma perspectiva de vida, vivenciando também o sofrimento dos pais. Quando o paciente vem a óbito, surge o sentimento de perda, é um momento de muito sofrimento.

Em relação a isso, pode-se afirmar que os profissionais de enfermagem também vivenciam um processo de luto. Elisabeth Kubler-Ross (1996) explica que os cinco estágios do luto são: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Esses estágios podem ser vivenciados pelo paciente, mas também pelas pessoas que o cercam.

É importante salientar que essas fases do luto compõem um processo normal e esperado pelo sujeito que enfrenta a situação de perda. Nesse sentido, não traz nenhum trauma ou consequência que afete a integridade física ou psicológica da pessoa. Em oposição há o luto patológico que desencadeia tais consequências negativas pela não aceitação da realidade da morte. (PINCUS, 1989 apud TAVERNA e SOUZA, 2014).

Observando-se o Tabela I, é possível constatar que os profissionais de enfermagem vivenciam o sentimento de negação, que faz parte do luto em dois artigos estudados. No entanto, o estudo de Silva, Valença e Germano (2010, p. 773), não cita estratégias de enfrentamento, mas ressaltam que “negar é uma forma de não entrar em contato com as experiências dolorosas, sendo assim, permite-se que se viva, onde existe a ilusão da imortalidade”. Por isso, no que se refere à categoria “Estratégias de Enfrentamento”, apesar de os artigos pesquisados trazerem a negação como um sentimento, também é possível considerá-la uma estratégia de enfrentamento, na qual o profissional evita o sofrimento ao não entrar em contato com a perda do paciente.

Algumas falas dos entrevistados no artigo de Silva, Valença e Germano (2010, p. 773) ilustram isso: “tomara que esse bebê não venha a óbito”, “fico feliz quando não morre no meu plantão”, “quando não morre no meu plantão penso que fiz alguma coisa para prorrogar isso”. Fica evidente nas falas, que esses profissionais têm dificuldade em presenciar e aceitar a morte, preferindo não ver, isto é, negar o acontecimento, como se isso o anulasse ou o eximisse da responsabilidade

A negação também pode ser considerada como estratégia de enfrentamento no artigo de Menin e Pettenon (2013), pois explica que ainda que o senso comum tenha a ideia de que os profissionais da saúde vivenciam a morte de maneira fria, muitos desses profissionais estão forçados a tentar salvar vidas que desta forma assumem uma frieza, mas no sentido de negar ou esconder os sentimentos que a morte acaba acarretando. De acordo com um enfermeiro entrevistado no artigo de Menin e Pettenon (2013, p. 610): “O enfermeiro precisa tirar de dentro de si uma força enorme, precisa, nesses momentos, adotar um sentimento de frieza que muitas vezes não lhe pertence. Segurar o choro, engolir uma lágrima, nem sempre é possível, mas muitas vezes se torna essencial”.

Sobre isso, Kubler-Ross (1996, p. 55) explica que a negação é usada pelos pacientes por um certo tempo, para que possam se proteger momentaneamente da situação de perda pela qual está enfrentando. Assim, a negação também se apresenta como um mecanismo de defesa, o qual tem o papel de amenizar o choque que tal notícia traz, como se fosse uma recusa em enfrentar o momento. Diante da questão da negação, podemos fazer uma aproximação com o que Angerami-Camon (2012) chama de calosidade profissional, que é uma postura de proteção que o profissional da saúde adquire depois de muitos anos de trabalho com a doença e o doente, contudo, essa proteção pessoal acaba provocando uma indiferença total com a dor do paciente, fazendo com que profissional não seja afetado pelo sofrimento do paciente.

Ainda sobre a categoria “Estratégias de Enfrentamento”, alguns artigos, como o estudo de Silva e Rocha (2011) e Menin e Pettenon (2015) citam estratégias que deveriam ser implantadas, mas que ainda não são. Silva e Rocha (2011), enfatizam a importância da criação de estratégias para tratar a ansiedade desses profissionais no sentido de amenizar o sofrimento e fazer com que esse profissional se sinta apto para lidar com as situações dolorosas que surgirão.

Porém, para Menin e Pettenon (2015), é preciso uma capacitação profissional para que os enfermeiros possam lidar com os próprios tabus sobre a morte, sem que sofram ou adoeçam tentando ser o melhor profissional.

As estratégias sugeridas, seriam medidas que possibilitariam os profissionais de enfermagem um espaço para preparar seu suporte pessoal para a atitude de distanciamento crítico, definida por Angerami-Camon (2012) como uma postura ideal para um bom desempenho profissional, onde que o profissional consiga lidar com questões emocionais do paciente de maneira lúcida, sem se desestabilizar emocionalmente. Nesse sentido, permite que o profissional da saúde compreenda a dor desse paciente, consiga ajuda-lo, sem no, entanto, sofrer.

Já os artigos de Silva et al (2017) e Almeida, Moraes e Cunha (2015) citam algumas estratégias usadas atualmente pelas equipes de enfermagem. Desta forma, conforme o estudo de Silva et al (2017), a forma de enfrentar e lidar com os processos de perda está diretamente relacionado com subjetividade de cada profissional de enfermagem. Consideram a morte tanto como a melhor saída ou como a melhor opção para o paciente naquele momento, dessa forma esses profissionais atribuem vários significados para a morte, como também mostram ter um papel de ajuda no enfrentamento desse acontecimento. Conforme a fala de uma técnica de enfermagem entrevistada no estudo de Silva et al (2017): “Hoje eu tenho que pensar que foi melhor pro bebê naquele momento, eu fico chateada sim, mas tento pensar dessa forma, [...] que diante de tudo que ele vinha passando, foi o melhor pra ele; é um conforto pra mim também”. Esta atitude representada na fala da entrevistada de Silva et al (2017) representa adequadamente o distanciamento crítico descrito por Angerami-Camon (2012).

Valores e crenças também aparecem nesse estudo como forma de enfrentamento. A religiosidade surge como apoio e como uma forma de possibilidade de atribuição de sentido à perda, fazendo com que enxerguem a morte com mais naturalidade, permitindo que o profissional se sinta menos responsável pela morte, enfraquecendo o seu sentimento de impotência e frustração.

Com relação ao estudo de Almeida, Moraes e Cunha (2015), algumas estratégias utilizadas pelos profissionais são expressar seu sofrimento através do choro ou rezar pelas famílias, pois como o envolvimento entre eles é muito forte, o sofrimento acaba sendo inevitável. Esses profissionais também contam com a ajuda dos colegas nas horas de sofrimento, como na fala de uma entrevistada no artigo de Almeida, Moraes e Cunha (2015): “E nesse caso, especificamente, eu sofri bastante. Não consegui muito separar o profissional da vida pessoal. Fiquei lamentando aquilo por alguns dias. Tanto é que, quando a mãe chegou, eu pedi para outra enfermeira mostrar o bebê para ela... porque eu não estava em condições de mostrar naquela hora. Eu me emocionei...”. A postura descrita acima é representada na fala da

entrevistada de Almeida; Moraes e Cunha (2015) pode ser descrita como a empatia genuína apontada por Angerami-Camon (2012). Esta se refere à aquela atitude em que o profissional de saúde se envolve com o paciente ultrapassando os limites entre profissional e paciente, ou seja, quando o paciente e a doença acabam ocupando a parte emocional do profissional. Além disso, de acordo com SMELTZER (2005), a dificuldade em lidar com as emoções que a morte apresenta, pode produzir o adoecimento individual e de toda a equipe, portanto é necessário que cada profissional tenha consciência dessa fragilidade ao lidar com a dor da morte e busque estratégias práticas para poder enfrentar a sua situação e para se proteger da exaustão emocional.

No entanto, segundo Almeida, Moraes e Cunha (2015), apesar do sofrimento, o profissional consegue manter seu autocontrole, ou seja, separando as vivências pessoais e profissionais. Outro aspecto importante, é o tempo de atuação, o vivenciamento e as experiências ajudam o profissional a enfrentar melhor essa situação. De acordo com Silva al (2017), com o tempo, esse profissional passa por um desgaste provocado por esse trabalho dentro da UTIN que reflete diretamente nas formas de relações de cuidado. O que pode ser novamente considerada como uma estratégia de enfrentamento utilizada, pois segundo Angerami (2012), os profissionais da saúde podem desenvolver uma postura de calosidade profissional, ou seja, ele adquire uma postura de proteção pessoal que se transforma em indiferença com a dor do paciente.

Conforme a fala da entrevistada no estudo de Almeida, Moraes e Cunha (2015, p. 125): “E já faz alguns anos que eu trabalho na UTIN, então acho que dá para separar um pouquinho. O tempo ajuda, porque você acaba criando mecanismos de defesa em relação a isso”. Contudo, no mesmo tempo em que a calosidade profissional protege o profissional, ela acaba com o sentido de humanização.

Acerca da humanização no contexto de saúde, Angerami (2012, p.4), ressalta que: “para ser definida como humana, necessita inicialmente que eu me reconheça como humano e que igualmente identifique no outro, essa condição de humanidade”. Ou seja, é necessário desenvolver como estratégia de enfrentamento o distanciamento crítico descrito pelo autor (2012).

Nesse sentido, na fala de uma entrevistada no estudo de Menin e Petenon (2015) “para mim, neste momento, o que se tem a fazer é tentar dar o máximo de conforto para os pais, oferecer água, abraço, um ombro, e se a instituição oferecer, um apoio psicológico”.

Ainda em relação a humanização, o estudo de Almeida, Moraes e Cunha (2015), mostra através das falas das entrevistadas, que promover um ambiente acolhedor, tocar o

outro e colocar-se à disposição para ouvir a família são algumas estratégias utilizadas pelas enfermeiras, que mostram o comprometimento desses profissionais com os pacientes e sua família.

Porém, conforme anteriormente mencionado, outra postura utilizada pelo profissional da saúde é a empatia genuína, que pode ser definida segundo Angerami (2012), quando o profissional se envolve com o paciente e de forma que ultrapassa os limites determinados na relação profissional. No artigo de Silva e Rocha (2011), os autores afirmam que o envolvimento do enfermeiro pode ser tão forte, que alguns podem aliar a criança a uma pessoa da família, enfrentando a morte desse paciente como se fosse a de um ente querido.

O estudo de Menin e Petenon (2015), também mostra que esses profissionais ao conhecerem o histórico desse paciente e de seus familiares, bem como o motivo da internação, entre outros, acaba se envolvendo emocionalmente com essa criança. Conforme a fala de uma entrevistada no artigo de Menin e Petenon (2015) “ A morte é difícil de ser aceita pela maioria das pessoas que perdem um familiar ou ente querido, e também para o enfermeiro que trabalha com a criança, porque na maioria das vezes, acabamos tendo uma relação de empatia com os pais e crianças muito grande pelo tempo que permanecem internadas e pelo bom relacionamento que se cria com a familiares”.

Contudo, o estudo de Silva, Valença e Germano (2010) mostram que esses profissionais estão preparados para salvar vidas, a formação os prepara para esse ideal, pois o conhecimento técnico/científico de tal forma vem evoluindo e se sofisticando que os profissionais são formados para evitar a morte, como se esta não fizesse parte da vida, confirmando as ideias de Kubbler-Ross (1996) novamente.

No mesmo sentido, o estudo de Almeida, Moraes e Cunha (2015), enfatizam a importância da criação de grupos multiprofissionais que se reúnem periodicamente, para possibilitar um espaço em que os profissionais consigam falar sobre os seus sentimentos e dificuldades. Outra questão importante que este artigo traz é a necessidade de preparar esses profissionais para lidar com a morte desde o início do curso, ou seja, da sua formação acadêmica. Entretanto, conforme Bellato et all (2007) a abordagem dessa temática tem sido feita de forma superficial e esporádica durante a formação do enfermeiro. Acredita-se que essas condições impeçam o desenvolvimento do distanciamento crítico apontado por Angerami-Camon como uma estratégia profissional mais adequada para vivenciar as questões relacionadas à morte e o morrer.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte ainda é vista como tabu em nossa sociedade, mesmo em locais em que a morte ocorre com mais frequência, como a UTI neonatal. Os profissionais de Enfermagem têm dificuldade em presenciar e aceitar a morte. Dessa forma, esse posicionamento gera um despreparo ao lidar com a finitude.

A temática proposta por este estudo é pouco discorrida dentre a literatura científica brasileira, ficou evidente a falta de material tanto sobre a morte e o morrer, quanto sobre a posição dos profissionais de saúde em relação a finitude dos pacientes.

Por outro lado, a partir das publicações encontradas, esse estudo permite compreender que a morte significa um momento difícil para os profissionais de enfermagem, sendo uma situação indesejada que gera tensão e angústia em toda a equipe e que conseqüentemente produz uma diversidade de sentimentos negativos, tais como impotência e frustração. Estes sentimentos aparecem quando esses profissionais não conseguem evitar a morte do paciente, ou seja, eles estão preparados essencialmente para salvar vidas, já que a graduação os prepara para esse ideal, e quando esses profissionais se deparam com a morte, no caso desse estudo morte crianças, os mesmos se sentem impotentes e frustrados em seu papel profissional.

Apesar do sentimento de impotência, angústia e tristeza, esses profissionais, em alguns casos, também vivenciam o sentimento de alívio, pois compreendem que fizeram de tudo por aquele bebê e que a morte põe fim ao seu sofrimento. Do mesmo modo, ficou visível a existência do sentimento de negação, que é possível também ser considerado como uma estratégia de enfrentamento, pois o profissional evita o sofrimento ao não entrar em contato com a perda do paciente.

As estratégias utilizadas atualmente, que aparecem nos estudos, são buscadas pelos próprios profissionais, a partir com uma escolha pessoal, tais como: a religiosidade, que surge como apoio e uma forma de atribuição de sentido à perda; a expressão do sofrimento através do choro ou orações pelas famílias, bem como a busca de apoio dos colegas nesse momento difícil.

Já em relação às estratégias de enfrentamento, as que deveriam ser implantadas segundo as publicações, incluem uma capacitação profissional para que os enfermeiros e técnicos possam lidar com os próprios tabus sobre a morte, sem que sofram ou adoçam tentando ser bons profissionais. Incluem também a criação de estratégias para tratar a ansiedade desses profissionais no sentido de amenizar o sofrimento e fazer com que se sintam

aptos para lidar com as situações dolorosas que surgirão. Neste sentido, as estratégias atuais, apesar de auxiliarem, não são suficientes e precisam ser repensadas na formação dos profissionais, assim como na formação contínua dentro das instituições em que atuam.

Observou-se que nas publicações pesquisadas, a subjetividade de cada profissional de enfermagem também está relacionada com a forma de enfrentar e lidar com os processos de perda, uma vez que cada um atribui um significado para a morte e isso acaba ajudando no enfrentamento.

Porém, a dificuldade em lidar com as emoções que a morte traz pode desenvolver o adoecimento individual e de toda a equipe. Nesse sentido é de extrema importância que cada profissional tenha consciência da sua fraqueza e busque estratégias para poder enfrentar essa situação de forma mais segura e que consiga se proteger da exaustão emocional. Mas, para que a equipe de enfermagem possa estar mais preparada para lidar com a morte e o morrer, se torna muito importante que isso seja formalizado nos estudos desde o início da formação em nível técnico e de graduação. Partindo deste ponto percebe-se uma necessidade de futuramente incluir o tema morte nas disciplinas dos cursos de formação na área de enfermagem, para contribuir na formação desses profissionais, bem como capacitações ao longo da vida profissional para atualização e discussão do assunto. Também se torna importante a criação de espaços para a discussão e elaboração das perdas, diminuição da ansiedade e fortalecimento emocional da equipe para que os enfermeiros e técnicos estejam preparados para lidar com esse tema e tenham suporte para prestar cuidados às famílias que vivenciam a morte dos pacientes.

Por fim, mesmo tratando-se de um tema bastante complexo, acredita-se que os objetivos desse estudo tenham sido alcançados, embora o assunto obviamente não se esgote aqui. Desta forma, sugere-se o desenvolvimento tanto de ações práticas quanto de novas pesquisas aprofundando o assunto.

REFERÊNCIAS

AFONSO, B. C. **Resenhas book reviews**. Kübler-ross. E. Sobre a morte e o morrer. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a33.pdf>>. Acesso em: 17 de maio de 2017.

ALMEIDA. F. A; MORAES, M.S; CUNHA, M. L. R. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.50, n. Spe, p. 122-129, junho de 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0122.pdf >. Acesso em: 25 de março de 2018.

ANGERAMI, V. A. Psicossomática e suas interfaces: o processo silencioso do adoecimento. In: _____. **Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente**. São Paulo: Cengage Learning, 2012. Cap. 1, p. 3-43.

BANDEIRA, D et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob ótica de docentes de enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 400-407, junho de 2014 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200400&lang=pt>. Acesso em: 17 de maio de 2017.

BARDIM, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70 Persona. 1977.

BELLATO, R et al. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Revista ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 255-263, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000300003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

BELLATO, R; CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p. 99-104, fevereiro de 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100016>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº930. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 26 de maio de 2017.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Decreto nº94.406/87. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 17 de maio de 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HOHENDORFF, J. V; MELO, W. V. Compreensão da morte e desenvolvimento humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. **Revistas Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v.9, n.2, setembro de 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000200014>. Acesso em: 25 de maio de 2017.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento Humano**. Casa do Psicólogo. São Paulo, 1992.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Livraria Martins Fontes. Ed. 7. São Paulo, 1996.

LAGO, P. M; GARROS, D; PIVA, J. P. Terminalidade e condutas de final de vida em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p.359-363, setembro de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2007000300017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

MARQUES, C. D. C et al. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica ao processo de morte e morrer. **Revista Mineira de**

Enfermagem, p. 823- 830, 2013. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/889>>. Acesso em: 25 de maio de 2017.

MENIN. G. E; PETTENON. M. K. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. **Revista bioética**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 608-614, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300608>. Acesso em: 28 de março de 2018.

MINAYO. M.C.S (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. Introdução à metodologia de pesquisa social. São Paulo: Hucitec/ABRASCO. 1998.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Revista Bioética**. Vol. 13, 2005. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/107>. Acesso em: 25 de maio de 2017.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Editora Manole, ed.2. São Paulo, 2007.

POLES. K; BOUSSO. R. S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI Pediátrica. **Revista Latino-am de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.2, p. 207-213,2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000200009&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 20 de maio de 2017.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS. J. L dos; BUENO. S.M.V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 272-276, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100038>. Acesso em: 27 de maio de 2017.

SILVA. L; VALENÇA, C; GERMANO, R. Estudo Fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Enferm**, Brasília, p. 770-774, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/12.pdf>>. Acesso em: 23 de março de 2018.

SILVA. M; ROCHA. S. O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.1, p. 1-7, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4160/3229>. Acesso em: 20 de março de 2018.

SILVA, Isabella Navarro et al. Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21, n. 4, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400231&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 março 2018.

SCARTON, J et al. Enfermagem: a morte e o morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Revista de Enfermagem**, Recife, p. 1-9, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12219/14813>>. Acesso em: 27 de maio de 2017.

TAMEZ, R. N; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal**: Assistência ao recém-nascido de alto risco. Editora Guanabara Koogan S.A, ed. 3. Rio de Janeiro, 2006.

TAVERNA, G; SOUZA, W. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. **Caderno Teológico da PUCPR**, CURITIBA, v.2, n.1, p.38 - 55, 2014. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/teologico?dd1=14546&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 27 de maio de 2017.

WONDRACEK, L; ROSANELLI, C. L. S; PIOVESAN, S. M. S. O que ajuda a equipe? Estratégias de enfrentamento da morte de pacientes em UTI. **Revista Contexto e saúde**. Ed. Unijuí, v. 11, n.20, p. 327-334, 2011. Disponível em: < <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1537/0>>. Acesso em: 27 de maio de 2017.