



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -  
MESTRADO

BRUNA SANTOS FERREIRA

**A MORTE E O MORRER NUMA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA PEDIÁTRICA: OS DESAFIOS PARA  
CUIDAR EM ENFERMAGEM NA FINITUDE DA VIDA.**

Rio de Janeiro  
Março/2012

Bruna Santos Ferreira

**A MORTE E O MORRER NUMA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA PEDIÁTRICA: OS DESAFIOS PARA  
CUIDAR EM ENFERMAGEM NA FINITUDE DA VIDA.**

Relatório Final de Dissertação de Mestrado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, para fins de obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof.Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva

Rio de Janeiro  
Março/2012

F383 Ferreira, Bruna Santos.  
A morte e o morrer numa unidade de terapia intensiva pediátrica :  
os desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida / Bruna  
Santos Ferreira, 2012.  
86f. ; 30 cm

Orientador: Roberto Carlos Lyra da Silva.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal  
do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Unidade de terapia intensiva pediátrica.  
3. Atitude frente à morte. 4. Cuidados em enfermagem - Planejamento.  
I. Silva, Roberto Carlos Lyra da. II. Universidade Federal do Estado do  
Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mes-  
trado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.7362

**A MORTE E O MORRER NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
PEDIÁTRICA: OS DESAFIOS PARA CUIDAR EM ENFERMAGEM NA  
FINITUDE DA VIDA.**

**BRUNA SANTOS FERREIRA**

Projeto de Defesa ao título de Mestre apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro - UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Presidente: PROF<sup>o</sup>. DR. Roberto Carlos Lyra da Silva  
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

---

1º. Examinador: PROF<sup>o</sup>. DR. Enéas Rangel Teixeira  
Universidade Federal Fluminense – UFF

---

2º. Examinador: PROF. DR. Luis Carlos Santiago  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

---

Suplente: PROF<sup>a</sup>.DRA. Isabel Cristina dos Santos Oliveira  
Universidade Federal Rio de Janeiro – UFRJ

---

Suplente: PROF<sup>o</sup>. DR. Carlos Roberto Lyra da Silva  
Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro – UNIRIO

“Nunca deixem que lhe digam que não vale a pena acreditar no sonho que se tem. Ou que seus planos nunca vão dar certo. Ou que você nunca vai ser alguém...”

(Renato Russo)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este estudo a toda minha família.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me fazer acreditar que quando se deseja algo com muita fé o impossível não existe.

Ao meu pai, MOYSES, à minha mãe SONIA, à minha irmã FLÁVIA e ao meu marido MANOEL por todo amor, apoio e confiança dados a mim durante toda minha trajetória até o título de mestre.

A toda minha família, avó, tios, tias e primos pelo carinho e apoio.

Ao meu orientador Roberto Carlos por sua dedicação e empenho no meu caminhar ainda infante no campo da pesquisa científica.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO, pela grata oportunidade de desenvolver uma dissertação de mestrado acerca de uma temática tão relevante para o segmento científico no âmbito da Enfermagem.

Aos docentes da banca examinadora (Enéas Rangel Teixeira, Luis Carlos Santiago, Isabel Cristina dos Santos Oliveira e Carlos Roberto Lyra da Silva) pelas valiosas contribuições para o enriquecimento desse estudo.

A Elena Araújo Martinez e a Roberta Dantas Bréia de Noronha por terem me ajudado na confecção do projeto para o processo seletivo do mestrado. Muitíssimo obrigada!

A Jorge Leandro do Souto Monteiro e a Marli da Luz meus colegas de turma e orientandos do mesmo professor que eu. Obrigada pelo apoio. Enfim conseguimos!

A toda equipe de enfermagem da UPG.

A todos os 24 sujeitos que aceitaram participar deste estudo. Foram peças fundamentais para o desenvolvimento dessa pesquisa.

## RESUMO

FERREIRA, Bruna Santos. A morte e o morrer numa Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: os desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Rio de Janeiro, 2012. 137p.

Muito embora a morte possa receber denominações que variam de acordo com crenças, influência religiosa e cultural parece que é consenso acreditar tratar-se de um tema ainda abominado e repellido. Entre os profissionais de enfermagem percebe-se que a resistência à morte é ainda maior no contexto pediátrico, pois eles possuem dificuldade em aceitar o fato de um ser tão pequenino e indefeso, ainda com um futuro todo pela frente, ter sua vida abreviada tão precocemente. Definiu-se como objeto os enfrentamentos da equipe de enfermagem e no cotidiano de cuidar de clientes pediátricos em processo de morte e morrer na UTIP. A proposta deste estudo teve como objetivos descrever o que pensam os profissionais da equipe de enfermagem acerca do processo de morte e morrer em UTIP, identificar as dificuldades apontadas pela equipe de enfermagem para cuidar de clientes pediátricos em processo de morte e morrer em UTIP e analisar as possíveis relações entre o ambiente marcadamente tecnológico da UTIP e o modo como pensam e se relacionam com a realidade da morte e do morrer nessas unidades. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com método qualitativo, que deu voz aos sujeitos e permitiu captar em suas falas, parte do que pensam, do que sentem e de como se posicionam diante do processo de morte e morrer de seus clientes em UTI pediátrica. O cenário de estudo eleito para o desenvolvimento do estudo foi a Unidade de Pacientes Graves (UPG) de uma Instituição Pública de Saúde. A análise dos depoimentos ocorreu mediante o procedimento de análise temática pertencente à Rede Federal, referência na saúde da mulher, da criança e do adolescente, situada na cidade do Rio de Janeiro. Os sujeitos do estudo são os profissionais de enfermagem que atuam na UPG do referido hospital, excluindo-se aqueles que não prestavam cuidados diretos às crianças. A técnica de produção de dados escolhida foi a entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados por meio da análise temática e também da análise léxica, que permitiu a identificação e descrição dos léxicos presentes na fala dos sujeitos. Após o refinamento dos dados, emergiram três categorias: morte e morrer em uma unidade de terapia intensiva pediátrica: sofrimento, dor, perda, aceitação e alívio na difícil passagem, segurança emocional e religião: preparando o profissional pra lidar com a morte e o morrer na terapia intensiva pediátrica, benefício e sofrimento: o paradoxo da evolução tecnológica no prolongamento da vida e a postergação da morte em terapia intensiva pediátrica. Dentre os resultados, viu-se que enfermeiros e técnicos de enfermagem referem a dor e o sofrimento, sob aspecto negativo, como as principais sensações experimentadas quando se encontram diante de crianças na finitude da vida. Cerca de 2/3 da equipe de enfermagem afirma não se sentir preparada para lidar com crianças em processo de morrer e em parte atribui o fato às lacunas existentes na formação profissional. A maioria da equipe de enfermagem da UPG percebe a presença da tecnologia como facilitadora na atenção a saúde de crianças em condições críticas.

Descritores: Atitude frente à morte; Cuidado de enfermagem; UTI Pediátrica.

## ABSTRACT

FERREIRA, Bruna Santos. Death and finiteness in the Pediatric Intensive Care Unit: challenges for nursing care within the finitude of life. Dissertation (Master's in Nursing). Center for Biological and Health Sciences, University of the State of Rio de Janeiro - UNIRIO. Rio de Janeiro, 2012. 137p.

Although death may acquire names that vary according to beliefs, it remains a subject considered by many as abhorred and rejected. Nursing professionals, however, have realized that the resistance to death is even greater in pediatric context, which is mainly caused by their reluctance to accept an early death with their whole future ahead of them. Now, the Intensive Care Units are at a constant battle against the death of pediatric patients. This study aims to describe how nurses deal with deaths in the ICU's and to identify the difficulties pointed out by nursing staff, who cares for pediatric patients in the process of death and dying in the PICU (Pediatric Intensive Care Unit) and analyze the possible relations between the technological environment markedly from the PICU, and the way they think and relate to the reality of death and dying in these units. This is a descriptive study with qualitative method, which gave voice to the subjects and allowed to capture in their speeches, some of what they think, how they feel and how to position themselves ahead of the process of death and dying of their customers in the PICU . The scenario chosen to study the development of the study was the PICU of a Public Health the statements came through the procedure of thematic analysis pertaining to the Federal Network, a reference in women's health, child and adolescents, located in the city of Rio de Janeiro. The study subjects are nursing professionals who work at the PICU of the hospital, excluding those who did not pay direct care to children. The production technique of data chosen was semi-structured interview. Data were analyzed using thematic analysis and also the lexical analysis, which allowed the identification and description of the lexicons of the subjects present in the speech. After the refinement of the data revealed three categories: death and dying in a pediatric intensive care unit, suffering, pain, loss, acceptance and relief in the difficult passage, emotional security and religion: the professional preparing to deal with death and dying in pediatric intensive care, benefit and suffering: the paradox of technological progress in prolonging life and delaying death in pediatric intensive care. Among the results, it was found that nurses and nursing technicians refer to pain and suffering, on the downside, as the main sensations experienced when children are faced with the finiteness of life. About two thirds of the nursing staff said they do not feel prepared to deal with children in the process of dying and partly attributed to the fact of gaps in training. Most of the nursing staff of PICU senses the presence of technology as a facilitator in health care for children in critical condition.

Descriptors: Attitude to death, Nursing care, Pediatric ICU

## SUMÁRIO

<b>1-INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	10
1.3 OBJETIVOS .....	16
1.4 JUSTIFICATIVA.....	16
<b>2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>19</b>
<b>3 – CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>23</b>
3.1 – TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2 – CENÁRIO DE ESTUDO .....	25
3.3 – SUJEITOS DO ESTUDO .....	26
3.4 – ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	26
3.5 – O PROCESSO DE PRODUÇÃO, APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	26
3.6 – PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA AMOSTRA DO ESTUDO .....	31
<b>4 – CATEGORIAS DE ANÁLISE.....</b>	<b>36</b>
4.1 - MORTE E MORRER EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: SOFRIMENTO, DOR, PERDA, ACEITAÇÃO E ALÍVIO NA DIFÍCIL PASSAGEM ....	36
4.2. - SEGURANÇA EMOCIONAL E RELIGIÃO: PREPARANDO O PROFISSIONAL PARA LIDAR COM A MORTE E O MORRER NA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA .....	47
4.3 - BENEFÍCIO E SOFRIMENTO: O PARADOXO DA EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA NO PROLONGAMENTO DA VIDA E A POSTERGAÇÃO DA MORTE EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.....	59
<b>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICES</b>	
I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	81
II – Instrumento de Coleta de Dados .....	82
<b>ANEXOS</b>	
I – Registro do Projeto.....	83
II – Aprovação do Projeto de Pesquisa.....	84

## **1- INTRODUÇÃO**

### **1.1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

A morte no âmbito da clientela pediátrica, bem como o processo de morte e morrer, e a inserção do enfermeiro neste contexto, são situações que me instigam desde o último período da graduação. Mesmo trabalhando com uma clientela adulta no início de minha vida profissional, optei por fazer Especialização em Enfermagem Pediátrica. Por ocasião do término do curso, como trabalho de conclusão, realizei um estudo bibliográfico a respeito do cuidado de enfermagem às crianças portadoras de doenças crônicas e/ou terminais e suas respectivas famílias. Dentre os resultados encontrados, pude constatar nessa experiência primeira, que o medo ou a aversão à morte, relatados pelos profissionais de enfermagem, era a principal causa geradora de outros enfrentamentos, como abordar o tema abertamente e a sensação de impotência diante de crianças portadoras de doenças crônicas e/ou terminais.

Depois que comecei a trabalhar numa Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), pude vivenciar mais intensamente situações que me fizeram sentir como real expectadora do processo de morte e morrer de crianças, aprendendo um pouco mais sobre a árdua tarefa de assistir e cuidar de seres humanos na finitude da vida. Nesse contexto, tive a oportunidade de observar diferentes posturas assumidas por meus colegas enfermeiros diante da prestação de cuidado às crianças em situações de morte e morrer. Enquanto alguns pareciam estar muito mais preocupados com o ajuste de equipamentos eletromédicos, como monitores, ventiladores e bombas de infusão, por exemplo, outros pareciam prestar cuidados e realizar procedimentos demonstrando mais envolvimento afetivo, inclusive após a morte da criança.

Muito embora a morte possa receber denominações que variam de acordo com crenças, influências religiosas e culturais, parece que é consenso acreditar tratar-se de um tema ainda abominado e repellido, sobretudo nos países ocidentais, em suas diferentes culturas. A morte se constitui num fato, muitas vezes referido por nós através de eufemismos para suavizar o discurso ou quem sabe, poder postergar a sua chegada. A verdade é que ainda hoje, em pleno século XXI, é difícil para muitas pessoas e para nós profissionais de saúde, compreender a morte como algo natural.

Aqui no ocidente, ainda concebemos a morte como algo muito triste, negativo que nos causa pesar e sofrimento. O senso comum frequentemente se refere a ela como a única certeza que se tem na vida. Entretanto, muitas pessoas, incluindo nós profissionais de enfermagem, parecem sentir certo desconforto quando o assunto é a morte e o morrer, evitando falar sobre esse momento, sobretudo com os seus clientes e familiares.

Ao longo dos anos, muitos teóricos e pesquisadores vêm tentando encontrar explicações para o comportamento humano diante da morte e do morrer. Para Kóvac (1992) apud Souza et al. (2005) 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. No âmbito profissional, percebemos que a resistência à morte é ainda maior no contexto pediátrico, pois profissionais de saúde têm dificuldade em 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.

Poles e Bouso (2006, p.208), corroborando com esse entendimento, salientam que a morte, muito embora seja um fato inevitável, é difícil aceitar que aconteça precocemente, ou seja, nos primeiros anos de vida de uma pessoa, e concluem:

(...) embora a morte seja um evento bastante presente em seu cotidiano, observa-se dificuldade da profissional, não apenas em aceitar, mas como manejar de modo adequado a situação, sobretudo, quando envolve uma criança e sua família.

Para Lunardi e Lunardi Filho (1997) apud Zorzo (2004, p.39) é possível até encontrar entre os profissionais de saúde e obviamente entre os enfermeiros uma postura de maior aceitação e bem menos pesar diante da morte de um idoso do que de uma criança, uma vez que o idoso já teve a oportunidade de viver uma vida inteira, concluir o seu ciclo vital, ao contrário da criança. Esse pensamento é reforçado pelas autoras quando ressaltam que:

(...) entre os agravantes à percepção do sofrimento da morte, são ressaltados aspectos relativos à faixa etária do paciente: a morte é percebida como mais traumatizante quanto mais jovem for este paciente; muito mais traumatizante, ainda, em se tratando de criança. A morte do idoso é tida como menor fonte de sofrimento, podendo ser percebida como um fato natural e aceitável.

Diante disto, acredito ser necessário que façamos uma maior e mais aprofundada reflexão a respeito do processo de morte e morrer na clientela pediátrica, sobretudo nos

dias atuais, quando os avanços tecnológicos têm possibilitado a manutenção da vida, mesmo diante de tamanha adversidade, contribuindo às vezes, apenas para se postergar a morte e prolongar o sofrimento do cliente, família e profissionais.

“O avanço da ciência e da tecnologia no último século é considerado superior a tudo que tínhamos conseguido avançar anteriormente, gerando impactos diretos sobre as organizações e as profissões do setor da saúde” (ARONE; CUNHA, 2007, p.721). De acordo com Merhy (2002) as tecnologias na área da saúde podem ser classificadas como: leves - são as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, acolhimento, autonomização; leve-duras - são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiologia, a clínica psicanalítica; duras – são os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Assim, no contexto da finitude da vida, a tecnologia em algumas situações tem sido uma grande aliada, aumentando a expectativa e a qualidade de vida de muitos doentes. Entretanto, em outros casos, tem contribuído apenas para que a morte seja postergada, e conseqüentemente, temporariamente afastada de nosso cotidiano assistencial, visto que se tornou possível manter a vida, mesmo diante das adversidades impostas por determinadas doenças até então fatais.

Não obstante, as novas tecnologias têm surgido também para, dar esperança a muitos doentes e famílias. O surgimento de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, por exemplo, permitiu que vários prematuros que antes morriam por complicações da imaturidade dos sistemas do organismo sobrevivessem, proporcionando um grande alívio a diversas famílias, mesmo que o bebê viesse a apresentar alguma seqüela importante. “Essa tecnologia moderna, criada pelo homem a serviço do homem, tem contribuído em larga escala para a solução de problemas antes insolúveis e que pode reverter em melhores condições de vida e saúde para o paciente”. (BARRA *et al* 2006, p. 423).

De fato, são inegáveis os benefícios que a tecnologia trouxe para cura, prevenção, melhoria da qualidade e da expectativa de vida dos seres humanos, especialmente na terapia intensiva. O avanço tecnológico trouxe novas possibilidades para a profilaxia e o tratamento curativo e grandes benefícios foram proporcionados à população que antes não tinha esse tipo de recurso, em que pese o fato de hoje em dia ela ser utilizada como instrumento de poder.

Por outro lado, a introdução desse maquinário nos hospitais muitas das vezes acaba por prolongar o sofrimento de família e paciente, quando a vida deste é mantida diante de um prognóstico médico completamente sombrio e sem expectativa de reversão do quadro, pelo uso de medicamentos, ventiladores mecânicos e outros recursos tecnológicos de suporte avançado de vida. Desse modo, a tecnologia prolonga a vida dos doentes, porém, parece interferir de maneira negativa no processo de morrer (COSTA; LIMA, 2005). No caso de doenças incuráveis o bem-estar é sacrificado em nome de um prolongamento da vida, interferindo no processo de morte, o que pode acabar sendo injusto com o paciente (KOVÁCS, 2008).

Dentro de uma UTIP, onde está presente uma clientela cheia de especificidades e peculiaridades, penso que o enfermeiro deve oferecer uma assistência individual e integral reconhecendo as necessidades da criança e as características do tratamento a ser oferecido. “O cuidar da criança é revestido de peculiaridades que aumentam a necessidade de uma profunda reflexão acerca das ações de enfermagem (...)” (COELHO, RODRIGUES; 2009, p.189).

Aprendemos que o cuidado de enfermagem é algo inerente ao enfermeiro. Nessa curta caminhada como enfermeira, tenho assimilado que cuidar exige ética, dedicação, doação, percepção, carinho, enfim, ingredientes necessários para que o “outro” se sinta o mais acolhido possível num ambiente do qual “ele” não faz parte.

Segundo Maia et al.(2003) apud Rocha et al.(2008, p.14):

O cuidar, realizado pela Enfermagem, pode ser entendido como um processo que envolve e desenvolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psico-espiritual, buscando a promoção, manutenção e/recuperação da saúde, dignidade e totalidade.

Para Coelho e Rodrigues (2009, p.189) “(...) a prática de um cuidado ético significa a implementação, nas ações do enfermeiro e equipe, de uma prática que considere a individualidade e a subjetividade do ser cuidado, aliviando o seu estado de vulnerabilidade”.

Em alguns casos, com o advento da tecnologia, a valorização das relações humanas parece ter sido de alguma forma, alterada. Para alguns pesquisadores do assunto, o desenvolvimento tecnológico aliado ao trabalho e as formas de organização da produção, vem dificultando as relações humanas, transformando-as em frias,

objetivas, individualistas e calculistas, enfim, pouco humanas (ARONE; CUNHA, 2007).

Casate e Correia (2005) citam que os profissionais de saúde e especificamente os de unidades de terapia intensiva ao não se darem conta de onde termina a máquina e começa o doente, transformam a sua relação com a máquina e o cuidado de enfermagem em atos mecânicos, passando a ver o doente como uma extensão do aparato tecnológico.

Por outro lado há relatos de que é possível aliar cuidado e tecnologia de forma positiva em prol do bem-estar do cliente. De acordo com Rocha *et al* (2008) as inovações tecnológicas favorecem o aprimoramento do cuidado, no entanto não se pode esquecer que o cuidado é que utiliza a tecnologia, e quando há tal compreensão aponta-se em direção a um cuidado de enfermagem mais eficiente. Eficaz e convergente aos requerimentos do ser cuidado.

De acordo com Silva *et al.* (2008 p.157):

(...) o cuidado em terapia intensiva hoje, mais do que no passado, tem sido balizado pela incorporação/utilização de novas tecnologias, abrindo novos horizontes e novas perspectivas para melhoria da qualidade do trabalho/assistência e de vida dos sujeitos que cuidam e daqueles que são cuidados.

Por falar em cuidado, especificamente, ainda na graduação, durante um estágio supervisionado presenciei uma cena que me tocou profundamente, e a partir da qual tenho feito algumas reflexões acerca da relação entre seres humanos e máquinas no contexto das situações de morte e morrer em UTIP.

Lembro-me de uma criança em idade escolar, em fase terminal de uma doença crônica. Depois de repetidos episódios de vômito e aparentemente farta de sua condição, a criança disse para a avó, em alto tom de voz e chorando muito, que queria morrer, e pediu para que a própria avó lhe tirasse a vida. Naquele momento me desesperei junto com avó e a criança e percebi que nenhum profissional de saúde tomou qualquer atitude, talvez por falta de sensibilidade ou por inabilidade, já que ainda hoje não é comum a abordagem de assuntos relacionados à morte e ao morrer nos currículos dos cursos de formação em enfermagem, de forma a respaldar a prática vivenciada, sobretudo quando se trata de crianças.

Zorzo (2004) cita em seu estudo vários autores que abordam a necessidade de inclusão nos currículos de enfermagem de conteúdos sobre assistência ao paciente terminal e resultados positivos quando os temas envolvendo morte e morrer são inseridos nas grades curriculares de estudantes de enfermagem.

Recordo que durante minha graduação não tive nenhuma disciplina específica que tratasse de morte e morrer, ou sobre que tipo de cuidado um enfermeiro dever prestar diante de uma situação de morte iminente. Parece que na formação de profissionais de saúde a morte é encarada como fracasso e também considerada um tema interdito para trabalhadores da área da saúde (COSTA; LIMA, 2005).

De acordo Sadala e Silva (2009), pesquisas nacionais e internacionais realizadas com estudantes de enfermagem revelaram que estes relatam insegurança e sofrimento ao cuidarem do paciente em estágio terminal. Além disso, as mesmas autoras referem que a dificuldade apresentada pelos estudantes está relacionada tanto com o despreparo individual em lidar com a morte como com a falta de formação teórica e prática em lidar com a morte. Em contrapartida, o pensamento curativo, de que só há sucesso quando há vida, nos é embutido ao longo de toda vida acadêmica.

Uma forte evidência que confirma esse pensamento curativo foi o advento da tecnologia, a qual mudou de forma globalizada o curso de doenças graves e crônicas e o desfecho da morte. Atualmente é bastante incomum morrer no lar, cercado de pessoas com quem se tem um elo de amor e carinho.

Com vistas a toda contextualização apresentada anteriormente, acredito ser importante sintetizar nas linhas abaixo não uma, mas quatro situações problema pertinentes que trago nesse estudo. São elas:

1- A dificuldade do profissional de enfermagem em lidar com a morte e o morrer como eventos inexoráveis à condição humana;

2- A inserção das tecnologias no cotidiano da prática assistencial numa UTI pediátrica;

3- A falta de uma abordagem mais aprofundada acerca da morte e do morrer nos cursos formadores de profissionais de enfermagem;

4- O conflito entre oferecer um cuidado individualizado e integral versus a valorização do maquinário tecnológico disponível.

Desta forma, entendo que seja oportuno delimitar como objeto de estudo, os enfrentamentos da equipe de enfermagem e no cotidiano de cuidar de clientes pediátricos em processo de morte e morrer na UTIP. A fim de definir os objetivos desse estudo, elaborei as seguintes questões norteadoras:

- O que pensam os membros da equipe de enfermagem acerca do processo de morte e morrer de clientes pediátricos em UTIP?

- Quais as dificuldades vividas pela equipe de enfermagem que cuida de clientes pediátricos em processo de morte e morrer em UTIP?
- Que estratégias esses profissionais utilizam para cuidar nessas circunstâncias, superando dessa forma suas dificuldades em relação à morte e o morrer?
- Existe possível relação entre o aparato tecnológico disponível na UTIP e o modo como pensam esses profissionais acerca do processo de morte e morrer nessa unidade?

## **1.2 – OBJETIVOS**

A proposta deste estudo teve como objetivos:

- Descrever o que pensam os profissionais da equipe de enfermagem acerca do processo de morte e morrer em UTIP;
- Identificar as dificuldades apontadas pela equipe de enfermagem para cuidar de clientes pediátricos em processo de morte e morrer em UTIP;
- Analisar as possíveis relações entre o ambiente marcadamente tecnológico da UTIP e o modo como pensam e se relacionam com a realidade da morte e do morrer nessas unidades.

## **1.3 - JUSTIFICATIVA**

Na busca de publicações científicas utilizadas para fundamentar esta pesquisa, vários estudos que tratam do processo de morte e morrer sob a ótica dos enfermeiros e outros que abordam a tecnologia foram encontrados. Porém, ao realizar buscas em bancos de dados virtuais, como LILACS, Medline e BDENF encontrei, até o momento, poucos estudos que tratam dos temas em conjunto e aliados a clientela pediátrica e ao cuidado promovido à mesma, o que penso ser de grande valia.

Segundo Costa e Lima (2005) é preciso que os profissionais de saúde estejam preparados para receber e cuidar de crianças e adolescentes com prognóstico sombrio, necessitando compreender as reações e os comportamentos que eles apresentam diante da morte para assisti-los em suas necessidades durante o processo de terminalidade.

Com base no que foi supracitado penso haver uma lacuna no que diz respeito ao cuidado dispensado por enfermeiros à clientela pediátrica diante da incorporação de tecnologias de suporte avançado de vida em Unidades Terapia Intensiva Pediátrica.

O fato dos profissionais de enfermagem, na condição de indivíduos comuns, possuírem seus próprios conceitos e convicções sobre a morte e o morrer, não significa que estejam munidos de “armas” para lidar com crianças na finitude da vida.

Acredito que este estudo será de grande contribuição para a Assistência de maneira que promova uma reflexão dos enfermeiros sobre sua postura ao lidar com a morte e o morrer, realizando um cuidado adequado, ainda que a partir do uso de tecnologias, em situação de terminalidade.

A formação da equipe de enfermagem diante de crianças com prognóstico sombrio deve ser uma prioridade no sentido de dar subsídios psicológicos para que ocorra um envolvimento emocional que funcione não como gerador de mais tensão profissional, e sim como facilitador do cuidado a essa clientela específica (SILVA *et al*, 2009).

A equipe de enfermagem também precisa desenvolver habilidades de maneira que proporcione uma assistência extensiva às famílias dessas crianças em condições grave de saúde, visto que a grande maioria dessas famílias necessita de cuidado e atenção de forma que vivenciem essa etapa da vida de forma equilibrada e sentimentalmente/emocionalmente equilibrada.

Levando-se em consideração que o evento *morte* desestabiliza todo o sistema familiar, “... ao cuidado da criança durante o processo de morte, torna-se essencial contemplar a família nesse contexto, pois essa experiência é vivenciada intensamente por todos os seus membros, os quais necessitam de atenção” (POLES; BOUSSO, 2006, p.208).

Para o Ensino, este estudo terá importância fundamental, uma vez que o assunto ainda hoje tem pouca abordagem nas grades curriculares de enfermagem, o que na maioria das vezes prejudica a postura do profissional na execução do cuidado, quando inserido neste cenário de morte e morrer.

“É necessário que os cursos de graduação promovam discussões sobre o tema, sobre a assistência de enfermagem ao paciente terminal” (AGUIAR *et al*; 2006, p. 136). “As escolas deveriam preparar seus alunos para atuarem com a vida e morte nos hospitais...” (COSTA; LIMA, 2005, p.157).

Acredito que este estudo seja importante também para a Instituição Hospitalar, para que a mesma tenha o real conhecimento dos enfrentamentos vividos por seus profissionais de enfermagem, diante da morte e morrer de crianças, pois assim poderá interceder positivamente na saúde psíquica dessas pessoas.

No que diz respeito à Pesquisa, este estudo pode tanto se tornar uma fonte bibliográfica, como também ser utilizado como subsídios para pesquisas futuras, principalmente em relação à tecnologia aliada ao cuidado no contexto de morte e morrer.

|

|

## 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Falar de morte, morrer criança e uso de tecnologia, juntos, é algo difícil e pouco comum. “O que é a morte? A resposta, a princípio, parece fácil: morte é o fim da vida, a cessação da existência. Mas... sabemos o que é a vida? Sabemos o que significa sua cessação? Não é muito fácil responder a essas perguntas, pelo menos através da ciência” (GOSWAMI, 2008, p.13).

O ser humano é o único ser vivo que tem a consciência de seu fim, diferente dos animais irracionais. O ser humano é único animal que sabe por antecipação da própria morte; sofre para além do presente, nas dimensões do passado e do futuro, e se pergunta pelo sentido de sua existência, justamente porque sua única certeza é a de estar destinado a morrer (GIACOIA, 2005).

Diferente do homem, os animais irracionais possuem diversos mecanismos de defesa que fazem parte do instinto animal. Além de ser um sistema de desenvolvimento da vida, o instinto é um formidável sistema de proteção contra o perigo de morte, ou seja, a espécie conhece a morte, não o indivíduo, e ela o conhece a fundo (MORIN, 1997).

Mas falando novamente dos seres racionais, documenta-se que desde a pré-história que o homem já tinha uma preocupação com os mortos. O homem de Neandertal, por exemplo, construía sepulturas para enterrar seus mortos. Outro grupo primitivo, os koriaks do leste siberiano, lançam seus mortos ao mar (MORIN, 1997).

De acordo com o mesmo autor supracitado, nos vocabulários mais arcaicos, a morte possuía um conceito próprio, significando sono, doença, viagem, malefício, nascimento, acidente, entrada na morada dos ancestrais, e na maioria das vezes, tudo isso ao mesmo tempo. Assim, o homem não abandonava seus mortos e, de certa maneira, cultuava a imortalidade de seus mortos. “Os homens das sociedades arcaicas repugnavam a ideia de uma destruição definitiva e total e consideravam que os mortos continuavam a levar a nosso lado uma vida invisível e não cessão de intervir no curso da existência daqueles que chamam a si mesmos de vivos” (DASTUR, 2002, p.18).

Contudo, a morte nas sociedades primitivas não era personalizada, ou seja, dava-se como resultado de uma intervenção maléfica externa, que poderia ser um feitiço ou obra de um ancestral que retornou para buscar alguém da comunidade (BELLATO; CARVALHO, 2005).

Do horror da decomposição do cadáver, surgiram as práticas, desde a pré-história, de aceleração da decomposição do cadáver (cremação e endocanibalismo), da não decomposição do cadáver (embalsamamento) ou do afastamento dele (transporte do corpo para outro lugar ou fuga dos vivos (MORIN, 1997)).

Os antigos índios americanos atiravam flechas ao ar para afugentarem os maus espíritos (KÜBLER-ROSS, 2008). Assim, percebe-se que desde os tempos mais primórdios que existe uma preocupação e porque não dizer incômodo do homem com a morte.

No Judaísmo mais antigo os hebreus não consideravam a morte como separação de corpo e alma, considerando a pessoa viva como uma “alma vivente” e o morto como uma “alma morta”. Para eles o cadáver e a tumba onde este cadáver estava depositado eram impuros, assim como todos aqueles que o tocavam. Também concebiam a morte precoce como uma punição divina. (MIGLIORINI, 2009).

Nas Idades Média e Moderna e sob influência da Igreja Católica, os ritos de morte tomaram outras formas. Estes que antes tendiam a exprimir a violência da dor passaram a representar o controle de si, com a família e os amigos, silenciados no seu drama. Além disso, o corpo morto passa a ser insuportável à vista, levando a sua ocultação. A morte passa a ser silenciada (BELLATO; CARVALHO, 2005).

Na Igreja Católica Medieval só com algumas “purificações” necessárias o cristão morto será merecedor de entrar definitivamente no paraíso (MIGLIORINI, 2009). Mais um dado histórico da concepção do corpo morto como algo impuro e nesta condição, não merecedor da paz da vida eterna.

Da Igreja Católica veio a ideia de purgatório, uma espécie de região intermediária ente céu e inferno, na qual alguns mortos passam por uma aprovação. Uma segunda chance concedida a algumas pessoas para que alcancem a vida eterna. Diante disto, ficou estabelecido que a “salvação” dessas almas sofredoras, desamparadas ou desesperadas que lá estivessem só aconteceria se os vivos intercedessem, por meio de missas encomendadas ou rezas na intenção do morto, ou ainda por esmolas dadas aos pobres em nome dos mortos (MIGLIORINI, 2009).

Nos dias atuais a morte é vista como algo vergonhoso, feio, sujo, inconveniente. Com a transformação das ciências, o homem cada vez mais investe no prolongamento da juventude e rejuvenescimento, e cada vez mais deseja parecer fisicamente jovem, distante da velhice, que no geral é a etapa que precede a morte.

No dicionário, *morrer* é classificado como um verbo que significa perder a vida, exalar o último suspiro, falecer. Já a *morte*, é qualificada como um substantivo feminino que significa ato de morrer, destruição, ruína, grande dor, pesar profundo (FERREIRA, 2010).

A morte encefálica é a definição legal de morte, compreendida como a total e irreversível parada de todas as funções cerebrais. Isto significa que, como resultado de severa agressão ou ferimento grave no cérebro, o sangue que vem do corpo e supre o cérebro é bloqueado e o cérebro morre (BRASIL, 2008).

No campo das ciências filosóficas a morte era como uma musa inspiradora. Platão defendia que filosofar é meditar sobre a morte. Sócrates afirmava que a verdadeira filosofia consiste em preparar-se para a morte, e que também a coragem diante da morte é a única virtude que um dia necessitaremos. Heidegger considera a morte como a possibilidade da impossibilidade da existência, cabendo a nós assumir essa possível impossibilidade.

Mesmo que a morte faça parte da vida profissional de quem trabalha na saúde, ela ainda é incompreendida, ainda mais na pediatria, onde morrer muitas vezes é considerado um evento antinatural.

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é o local destinado ao tratamento de crianças gravemente enfermas e que por isso, demandam de uma assistência hospitalar diferenciada. Devido a sua clientela tão específica, é bem mais comum que uma criança vá a óbito numa UTIP do que em qualquer outro setor de uma unidade hospitalar.

No entanto, a simples convivência do profissional de enfermagem com a morte não o isenta da expressão de sentimentos ruins, o que torna relevante que tenha melhor compreensão sobre o fato, de modo que possa sofrer menos, controlar suas emoções e melhor ajudar pacientes e seus familiares (SANCHES, CARVALHO, 2009).

Ainda que a morte faça parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem, persistem as dificuldades em falar sobre o assunto, pois não se acostumam com a finitude da vida (MOTA *et al*; 2011).

Conviver diuturnamente com a morte é fonte de profunda angústia e sofrimento para enfermeiros desenvolverem atividades, cuidar, conviver com pacientes e familiares, já sabendo, de antemão, de pouca perspectiva de um bom prognóstico (SANCHES; CARVALHO, 2009).

Conviver com a morte e o morrer de crianças é ainda mais delicado e angustiante, já que a possibilidade de morte de uma criança é uma situação que pode gerar intensos sentimentos de sofrimento, tristeza e dor na equipe de cuidados de enfermagem.

E o que dizer da presença de todo o aparato tecnológico nas UTIP's?

Quando pensamos em tecnologia rapidamente fazemos associações ao mais variados aparelhos e artefatos, de última geração, cada vez menores e com múltiplas funções. Dentre vários conceitos, a tecnologia pode ser compreendida como um aglomerado de conhecimentos científicos que permite a construção de instrumentos, métodos e técnicas que resultem em benefícios à sociedade.

Tecnologias em saúde são medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e suporte e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais são prestados à população a atenção e os cuidados a saúde. (BRASIL, 2012).

O reconhecimento da expressão tecnologia de cuidado, tanto como processo como produto, veio da fundamentação científica do cuidado de enfermagem. Desta maneira, percebe-se que na história da civilização a tecnologia e o cuidado de enfermagem estão fortemente relacionados, uma vez que a enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias, e a tecnologia consiste na expressão desse conhecimento científico, e em sua própria transformação (ROCHA *et al*; 2008).

A tecnologia dura (já definida no capítulo anterior deste estudo) está amplamente presente numa UTI, com aparelhos e instrumentos que utilizam a inteligência humana com intuito de melhorar a qualidade da assistência, fazendo com que trabalhadores da saúde tenham mais controle das situações de risco, sejam mais ágeis na tomada de decisões e na solução de situações críticas. “Os instrumentos técnicos são prolongamentos de capacidades do corpo humano e destinam-se a aumentá-las na relação de nosso corpo com o mundo” (SCHWONKE *et al*, 2011; p.190). Assim como na terapia intensiva adulta, uso da tecnologia na terapia intensiva pediátrica, quando utilizada com responsabilidade é ética, gera grandes e inegáveis benefícios no que diz respeito ao tratamento e cura de patologias graves.

### **3 - CAMINHO METODOLÓGICO**

#### **3.1 – TIPO DE ESTUDO**

Com a finalidade do alcance dos objetivos desta pesquisa foi realizado um estudo descritivo, com método qualitativo, visando compreender os enfrentamentos de uma equipe de enfermagem diante da morte e do morrer de crianças internadas.

Segundo Gil (2010, p. 42) as pesquisas descritivas:

(...) têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno... Salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo ou levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população... São as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

Em relação ao método qualitativo Minayo (2009, p.21-22) salienta que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado (...) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Optei pelo método qualitativo por entender que ele seria a melhor forma de abordagem para tratar um objeto eivado de subjetividade, tendo em vista tratar-se de um fenômeno que nos remete ao nosso modo de pensar e agir, por sua vez, dependente de nosso cabedal cultural e de nossas experiências pessoais. Portanto, foi através do método qualitativo que foi possível dar voz aos sujeitos do estudo para que fosse possível captar em suas falas, parte do que pensam, do que sentem e de como se posicionam diante do processo de morte e morrer de seus clientes em UTI pediátrica.

#### **3.2 – CENÁRIO DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido dentro da 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 recebe uma clientela com faixa etária que varia de crianças com 29 dias de vida até adolescentes com 18 anos incompletos. Essas crianças chegam a UPG,

geralmente transferidas de outras instituições públicas ou de outros setores pediátricos da própria instituição. São eleitas para admissão crianças que apresentem alguma condição de agravo à saúde que represente risco iminente de morte. Grande parte das admissões refere-se a graves afecções respiratórias, com ou sem infecção generalizada, outras infecções generalizadas e crianças em pós-operatórios cirúrgicos.

A UPG é composta de 06 leitos, sendo que dois destes são destinados a doenças que necessitam de isolamento respiratório, e outro para lactentes pequenos que demandam de calor radiante (Unidade de Calor Radiante - UCR). Atualmente, este último leito pode ser trocado por um berço, dependendo da necessidade da criança a ser internada. 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: 10 enfermeiros sendo 01 enfermeira-chefe, 02 rotinas e 07 plantonistas; 24 técnicos de enfermagem e 02 auxiliares de serviços hospitalares, responsáveis pelo provimento de materiais, cuidados com os artigos não críticos, dentre outras funções. Por vezes, existem 01 ou 02 residentes de enfermagem no período diurno, assim como enfermeiros do curso de especialização em enfermagem pediátrica que cumprem carga horária prática.

A equipe de enfermagem do setor cumpre uma carga horária de 40 horas semanais, e são distribuídos por plantão numa escala de 12 por 60 horas, o que para os plantonistas equivale a cerca de três plantões por semana, além de mais três plantões adicionais de modo a complementar a carga horária mensal.

Com algumas exceções, os plantões são compostos por 01 enfermeiro e 04 técnicos de enfermagem que prestam cuidados diretos, à beira do leito, às crianças em condições críticas de saúde. O enfermeiro, além disso, exerce funções gerenciais pertinentes à sua competência profissional. Mesmo com capacidade para 06 leitos, geralmente a proporção leito-profissional é de 1:1.

Na dinâmica da visitação à UPG, a chefia médica determina que somente pais-responsáveis podem visitar as crianças e receberem notícias por telefone. A entrada destes familiares é sempre autorizada quando não está sendo realizado algum procedimento invasivo que possa parecer agressivo aos olhos dos pais, como uma punção venosa profunda, por exemplo. Apenas às segundas-feiras, das 14 às 16 horas, é permitida a visita dos avós. Com raríssimas exceções outros familiares podem fazer visitas. Salvo casos em que no setor permaneça uma criança sem demanda de cuidados intensivos (por falta de vaga na enfermaria, por exemplo), não é permitido que pais-

responsáveis permaneçam acompanhando a criança dentro do setor, durante o período internação, contrariando a lei do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que no Art. 12º do Capítulo I, que trata do direito à vida e à saúde, que garante “... a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação da criança ou adolescente”.

É realmente lamentável este entrave estabelecido pela chefia médica da UPG. O sistema de visitação do setor segue em desalinho com que é proposto pela Política Nacional de Humanização, que apoia a presença de um acompanhante, ou seja, um representante da rede social do indivíduo internado (familiar ou responsável), que o acompanhe durante todo o período de permanência no ambiente hospitalar. (BRASIL, 2008).

Considerando ainda que nesse estudo fala-se em uma clientela que se encontra numa condição bastante grave de saúde e com irreversibilidade do quadro, a presença da família é considerada “confortante” pela Política Nacional de Humanização, que defende que a presença de amigos e familiares também é sentida por pacientes inconscientes. “Uma pessoa querida pode confortar um paciente grave, em estado de coma, o que, de alguma forma pode ser traduzido como “estou aqui com você” (BRASIL, 2008, p.13).

A opção do cenário para o desenvolvimento desse estudo justifica-se e explica-se em função do fato de tratar-se de um hospital especializado, referência em pediatria e alta complexidade, e que desenvolve atividades de ensino e pesquisa, além da assistência. Essas características foram as mais determinantes no processo de escolha e eleição desse hospital como cenário o que facilitou sobremaneira a entrada da pesquisadora no campo de observação, tendo em vista a tradição da instituição na área da pesquisa. O fato de a pesquisadora atuar profissionalmente dentro dessa unidade também foi um aspecto preponderante na escolha.

### **3.3 – SUJEITOS DO ESTUDO**

Os sujeitos que participaram do estudo são os profissionais de enfermagem que atuam na UPG do referido hospital. A amostra foi selecionada de modo intencional tendo em vista que a proposta amostral abrangeria todos os profissionais de enfermagem da unidade, excluindo-se aqueles que não prestavam cuidados diretos às crianças, como os auxiliares de serviços hospitalares.

Foram incluídos neste estudo todos os profissionais da equipe de enfermagem, de ambos os sexos, que atuam há pelo menos um (01) 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 (Apêndice I).

Foram excluídos do estudo todos os profissionais da equipe de enfermagem que não preencheram os critérios acima, ou seja, que não atuam há pelo menos um (01) ano prestando cuidados diretos à clientela pediátrica da UPG de uma Instituição Federal Pública de Saúde, de referência na saúde da mulher e da criança.

### **3.4 –ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

A produção de dados se deu após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Instituição. Em anexo, o relatório com o parecer favorável ao protocolo de pesquisa (Anexo II). 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 (BRASIL, 1996).

### **3.5 – O PROCESSO DE PRODUÇÃO, APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Para o acesso aos sujeitos, a pesquisadora então abordou os profissionais de enfermagem e potenciais sujeitos do estudo, dentro da UPG, perguntando se os mesmos gostariam de participar voluntariamente do estudo, de modo livre e esclarecido. Depois de apresentados os propósitos do estudo, bem como os riscos e benefícios do mesmo, foi solicitada a autorização dos sujeitos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1) para que declarassem a participação no estudo, de forma livre e esclarecida. O TCLE foi entregue em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o sujeito, depois de serem assinadas por cada um, de acordo com o previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96.

Alguns membros da equipe aceitaram o convite e outros não, razão pela qual não foi possível trabalhar com o total da população do estudo, mas com uma amostra representativa dela, ou seja, cerca de 62% da população.. Dois dos sujeitos que se recusaram a participar do estudo alegaram não gostar de falar sobre o tema. Interessante foi perceber que não raramente, quando abordava esses profissionais para falar sobre o estudo e fazer-lhes o convite para participarem, eles manifestavam verbalmente algum tipo de desconforto em relação ao tema morte e morrer em pediatria.

Como técnica de produção de dados foi escolhida a entrevista (Apêndice II), que de acordo com Minayo (2009, p.57), "... é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais". Como se prezou pela interação entre pesquisador e depoente foi escolhido a entrevista semi-estruturada, o que permitiu que os entrevistados tivessem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2006).

As entrevistas aconteceram no quarto de repouso da equipe médica e de enfermagem, localizado dentro da própria UPG. Esse local foi escolhido por se tratar de um espaço onde seria possível resguardar a privacidade da entrevista e o anonimato dos sujeitos. 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 foi contemplado com perguntas fechadas de modo a traçar o perfil sócio demográfico dos sujeitos, e perguntas abertas sobre a temática do estudo, produzindo-se respectivamente dados quantitativos e qualitativos (Apêndice II).

Para a determinação do perfil sócio demográfico buscou-se saber o sexo, a idade, a categoria profissional, o grau de escolaridade, o tempo de trabalho na enfermagem, o tempo de enfermagem em pediatria, a jornada de trabalho, a carga horária semanal e a presença ou não de outro vínculo empregatício.

Já as perguntas abertas, num total de 05, foram formuladas estrategicamente com finalidade de atender cada um dos objetivos. Por meio delas buscou-se saber dos membros da equipe de enfermagem da UPG: o que pensa sobre o processo de morte e morrer das crianças internadas no setor; que tipo de dificuldades enfrenta ao cuidar desse tipo de clientela; de quais estratégias faz uso para cuidar nessas circunstâncias; se o advento do aparato tecnológico obrigatoriamente encontrado em unidades de terapia

intensiva, modificou ou influenciou de alguma forma a maneira de pensar e agir desses sujeitos no cotidiano profissional.

É importante lembrar que a escolha dos pseudônimos foi feita pela própria pesquisadora, que usou as letras “TE” - técnicos de enfermagem e “E” - enfermeiros, seguidas de números que correspondem à ordem em que as entrevistas foram feitas.

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 a pesquisadora 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.

É importante lembrar que, além de serem destinados exclusivamente para subsidiar essa pesquisa, os dados produzidos serão armazenados por cinco anos num CD independente e incinerados após este período, atendendo desse modo o que fora tratado com os sujeitos do estudo, através do TCLE.

Os dados foram analisados seguindo os passos propostos pela técnica de Análise Temática, Bardin (2008), que delimita três etapas básicas na análise de conteúdo: a leitura compreensiva do conjunto do material selecionado; a exploração do material e a elaboração da categorias/síntese. Segundo a autora:

Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre eles. É possível, contudo, que outros critérios insistam noutros aspectos de analogia, talvez modificando consideravelmente a repartição anterior. (BARDIN, 2008, p. 118).

Durante a análise temática, no momento de elaboração das categorias/síntese, utilizei 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 das categorias de análise.

Como os dados produzidos são de natureza qualitativa, tendo em vista que a abordagem metodológica utilizada no estudo foi a qualitativa e levando-se em consideração que se teve dados quantitativos para a caracterização do perfil sócio demográfico, fez-se necessário utilizar estratégias para o tratamento dos dados qualitativos e dos quantitativos, também. Desse modo, afim de que fosse possível dar

conta da organização e tratamento dos dados quantitativos, optou-se pela estatística com o objetivo de descrever a frequência simples dos dados, o que permitiu identificar e descrever o perfil sócio demográfico dos sujeitos do estudo.

Faz-se importante mencionar que todos os dados produzidos foram submetidos às regras de análise do discurso acerca de um dado fenômeno, estabelecidas por Bardin (2008), que são a exaustividade (que defende a presença de todos os dados colhidos), a representatividade (que aprova a análise feita numa amostra do material, desde que o material seja consistente), a homogeneidade (é preciso que os dados obedeçam a critérios precisos de escolha e não apresentem demasiada singularidade fora destes critérios de escolha) e a pertinência (que enquanto fontes de informação, os dados devem ser adequados de forma que correspondam ao objetivo que suscita a análise).

Entendeu-se que toda a análise de textos começa pela organização completa do vocabulário utilizado. Desse modo, com relação aos dados qualitativos, produzidos a partir das perguntas abertas respondidas pelos sujeitos durante a entrevista, num total de 05 perguntas, a estratégia utilizada, tendo em vista o volume das falas após a sua transcrição, foi a identificação e descrição dos léxicos presentes nas falas dos sujeitos, como parte integrante da análise temática.

O **léxico** é então, por definição, a lista de todas as formas gráficas utilizadas, cada qual estando munida de um número de ordem ou frequência (LAGARDE, 1995), ou ainda o conjunto das palavras diferentes usadas nesse texto, com a sua frequência de aparição (FREITAS, 2000).

A Análise Léxica consiste na concepção de Freitas, H.; Janissek-Muniz (2008), em averiguar ou medir a dimensão das respostas. Para os autores, a análise léxica é o estudo científico do vocabulário, com aplicações de métodos estatísticos para a descrição do vocabulário. Por meio dela 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 (LEBART; SALEM, 1994), onde posteriormente serão novamente analisados com vistas ao universo total de informações.

Pode-se ainda colocar que, através de processos automáticos que associam a matemática e a estatística, o uso da Análise Léxica permite rapidamente interpretar e fazer uma leitura adequada e dinâmica das questões abertas das enquetes. Esse procedimento não é mais rigoroso do que a Análise de Conteúdo clássica. Seu

tratamento dos dados é objetivo, mas a leitura subjetiva também é realizada: tem-se, assim, acesso a um processo de leitura mais rápido, automatizado e que, por outro lado, encontra certo número de justificativas (FREITAS, 2000).

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, deletando 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 onde as categorias identificadas representem a essência das ideias apresentadas (LEBART e SALEM, 1994). O passo-a-passo se deu da seguinte forma:

- 1- Foi feito inicialmente o tratamento do conteúdo das respostas abertas, através da identificação de número total de ocorrências de cada palavra, número total de palavras, número total de palavras diferentes ou vocábulos e a riqueza de vocabulário para produzir uma resposta, considerando-se apenas as palavras ricas com algum significado, como verbos, substantivos e adjetivos.
- 2- Realizou-se a aproximação lexical sumária, reduzindo o texto e apresentando as palavras mais frequentes que permitem uma ideia do seu conteúdo.
- 3- Foi realizada a aproximação lexical controlada, reduzindo o texto ao seu léxico e controlando, via navegação lexical, a validade e o fundamento das interpretações elaboradas a partir do léxico.
- 4- Realizou-se a aproximação lexical seletiva, eliminando palavras-ferramentas e concentrando a atenção no exame de substantivos, verbos e adjetivos.
- 5- Foi realizada a pesquisa das especificidades lexicais, capazes de estabelecer uma estatística das palavras do texto.
- 6- Os léxicos foram organizados em tabelas e gráficos, subsidiando a criação das categorias de análise do estudo. Foram utilizados gráficos para descrever a frequência simples dos léxicos identificados, de acordo com os que disseram e técnicos de enfermagem e enfermeiros, em cada uma das perguntas.

A descrição do texto através de variáveis nominais e o cálculo das intensidades lexicais permitiram a descrição de cada resposta pela intensidade segundo a qual se manifestam os diferentes campos estudados. 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 criação das três categorias de análise desse estudo, quais sejam: *Morte e morrer em uma unidade de terapia intensiva pediátrica: sofrimento, dor, perda, aceitação e alívio na difícil passagem; Segurança emocional e religião: preparando o profissional pra lidar com a morte e o morrer na terapia intensiva pediátrica; Benefício e sofrimento: o paradoxo da evolução tecnológica no prolongamento da vida e a postergação da morte em terapia intensiva pediátrica.*

### 3.6 - PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DA AMOSTRA DO ESTUDO

Com base nos dados produzidos a partir da aplicação do instrumento para caracterização sócio demográfico, foi feito um levantamento sobre sexo, idade, categoria profissional, grau de escolaridade, tempo de trabalho na enfermagem, tempo de enfermagem em pediatria, jornada de trabalho, carga horária semanal (na instituição onde o estudo foi realizado) e existência de outro vínculo empregatício.

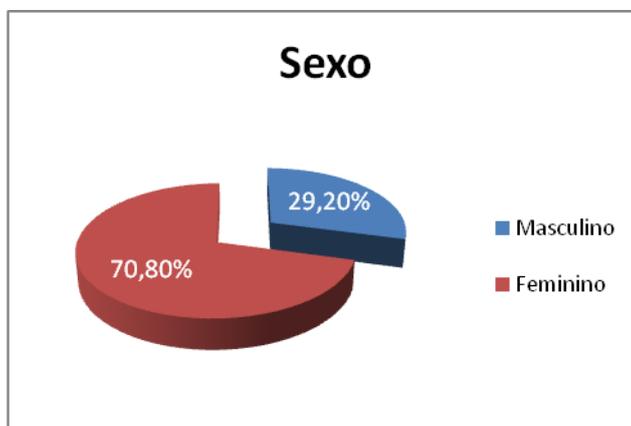


Gráfico 01 - Distribuição dos sujeitos segundo o sexo (Instrumento de produção de dados de Pesquisa, Ferreira (2011)).

Dos 24 profissionais entrevistados, 17 (70,8%) eram do sexo feminino e 07 (29,2%) do sexo masculino, resultado que mostra a maioria do sexo feminino na composição da amostra.

Muito embora possa estar no campo dos entendimentos pessoais da pesquisadora, penso que o modo como se comportam homens e mulheres diante do processo de morte e morrer de doentes pediátricos, parece ter algumas diferença ou particularidades relacionadas ao sexo.

Parece-me que as mulheres, profissionais de enfermagem, pelo fato do instinto maternal ser possivelmente mais intenso e evidentemente mais aflorado que o instinto paternal, considerando a lógica da instabilidade hormonal e o papel da progesterona no ciclo reprodutivo feminino, sentem muito mais a morte de seus doentes pediátricos do que os homens, comportando-se de modo diferenciado diante dessas situações.

Portanto, mesmo considerando que essa é apenas uma possibilidade apontada a partir das minhas observações e convicções, visto que não encontrei estudos que me possibilitassem discutir de modo científico esses comportamentos, acredito que seja oportuno fazer esse apontamento.

Sobre o tempo em que vivemos (nossa idade), diz-se no senso comum que, quem vive mais, aprende muito mais, também. Desse modo, é perfeitamente compreensível que à medida que nos tornamos mais velhos, adquirimos mais experiência na vida. Diante da morte e do morrer, os anos de experiência vividos, aumentam a possibilidade de vivenciar diferentes situações de morte e morrer e, na mesma proporção, nos permite encontrar diferentes maneiras de lidar com essas situações, de modo que não sejam tão sofríveis para nós.

A esse respeito, o gráfico 02 nos mostra a distribuição dos sujeitos segundo a faixa etária, apontando que os sujeitos que participaram desse estudo são, na maioria (50%), jovens de 20 a 30 anos de idade.

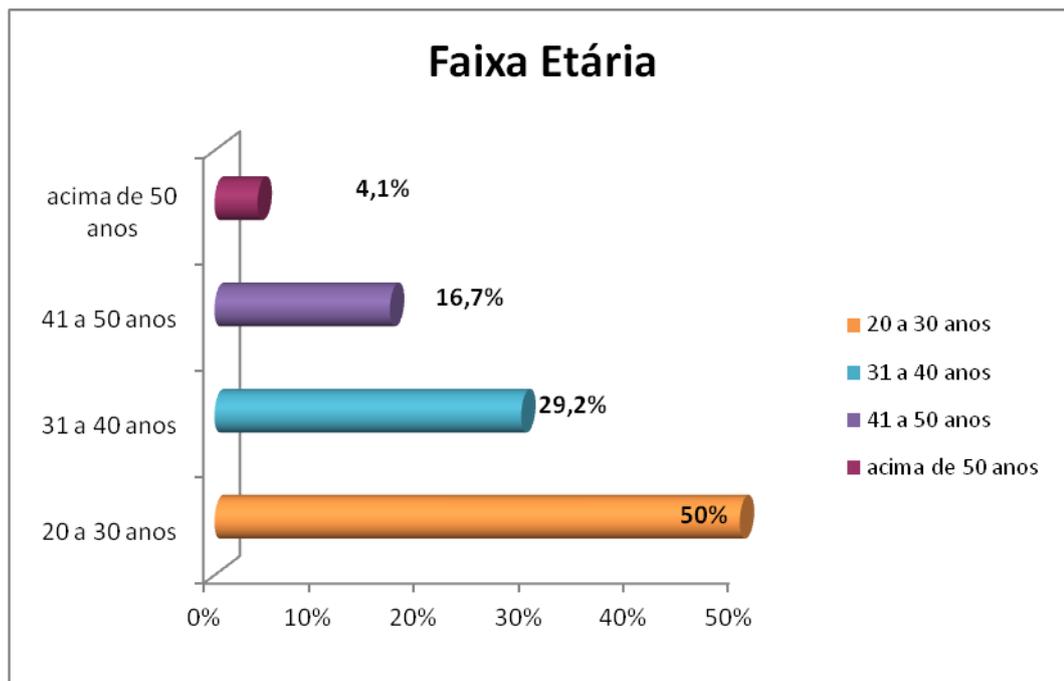


Gráfico 02 – Distribuição dos sujeitos segundo a faixa etária (Instrumento de produção de dados de Pesquisa, Ferreira (2011)).

Percebemos no gráfico que, 12 pessoas (50%) dos sujeitos do estudo tem entre 20 e 30 anos, 07 pessoas (29,2 %) entre 31 e 40 anos, 04 pessoas (16,7%) tem entre 41 e 50 anos e 01 (4,1%) pessoa tem mais de 50 anos de idade.

Trata-se de uma amostra composta por jovens profissionais de enfermagem (50%), que se considerarmos a lógica de que quanto mais vivemos, mais aprendemos na vida, está “menos” preparada para lidar com situações inerentes ao processo de morte e morrer, ainda que seja fora do seu contexto familiar.

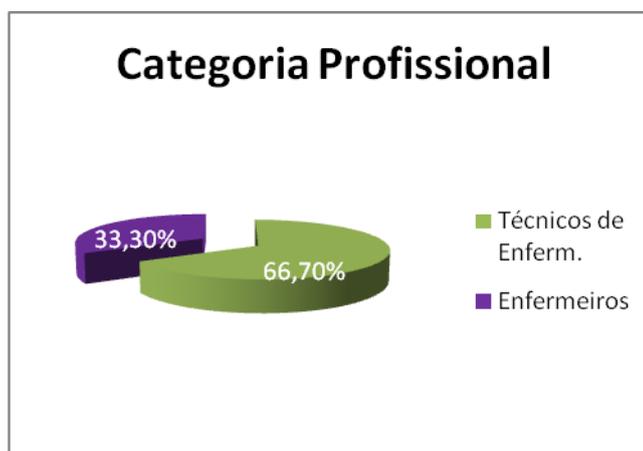


Gráfico 03 - Distribuição dos sujeitos segundo a categoria profissional (Instrumento de produção de dados de pesquisa, Ferreira (2011)).

Em relação à categoria profissional, havia 16 (66,7%) técnicos de enfermagem e 08 (33,3%) enfermeiros. Dentre os técnicos de enfermagem há 01 profissional com graduação em enfermagem e pós-graduação Lato-senso. Entre os enfermeiros, todos possuem pós-graduação Lato-senso e 03 deles tem pós-graduação Stricto-senso.

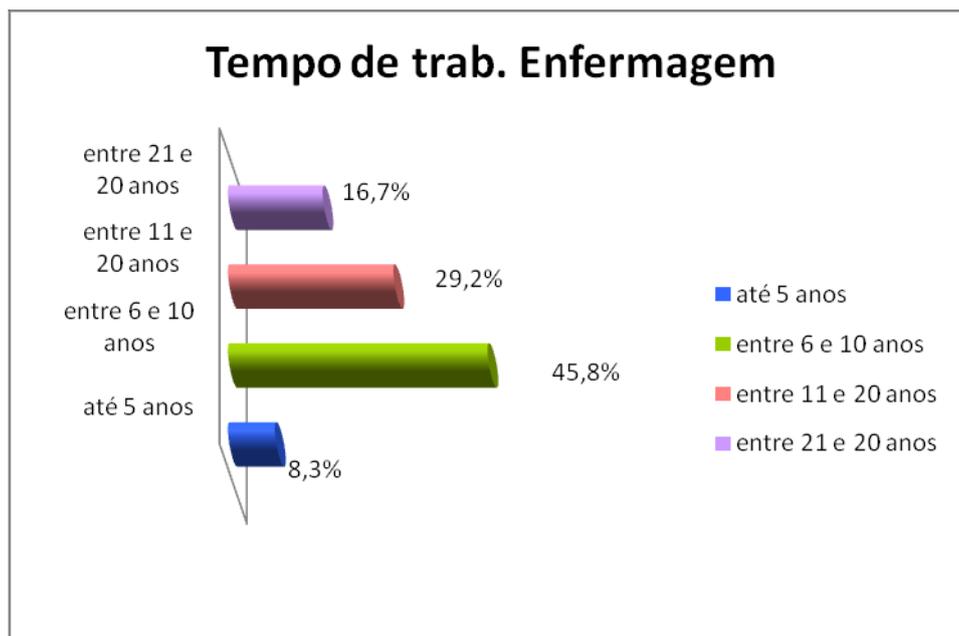


Gráfico 04 – Distribuição dos sujeitos segundo o tempo de trabalho em enfermagem (Instrumento de produção de dados de Pesquisa, Ferreira (2011)).

De todos os sujeitos do estudo, 02 pessoas (8,3%) trabalham na enfermagem por um período de até 05 anos, 11 pessoas (45,8%) trabalham entre 06 e 10 anos, 07 pessoas (29,2%) trabalham entre 11 a 20 anos e 04 pessoas (16,7%) já trabalham na enfermagem entre 21 a 30 anos.

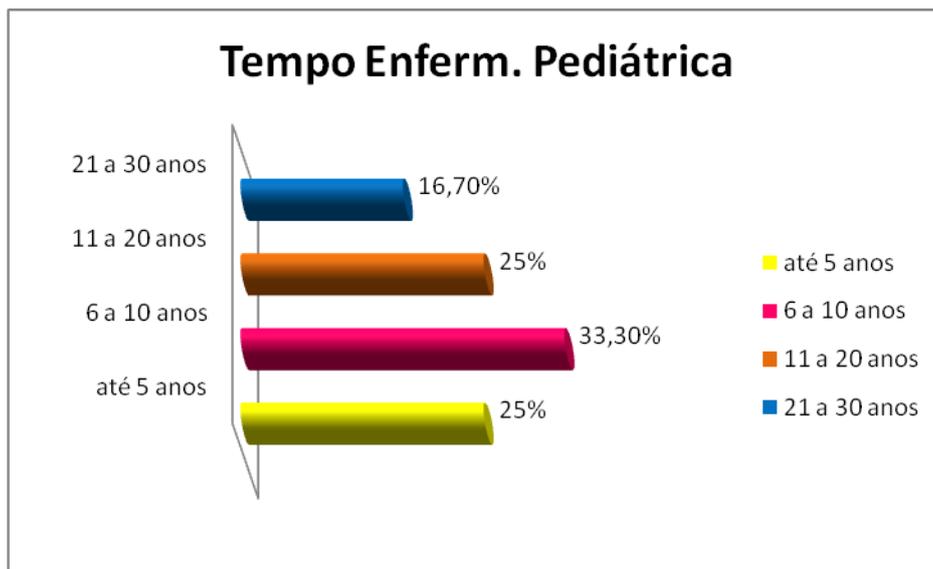


Gráfico 05 – Distribuição dos sujeitos segundo o tempo de trabalho em enfermagem pediátrica (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

No que diz respeito ao tempo de trabalho na enfermagem pediátrica, 06 profissionais (25%) disseram trabalhar na área há no máximo 5 anos, 08 profissionais (33,3%) trabalham em pediatria há um tempo que varia de 6 a 10 anos, outros 06 (25%) disseram estar trabalhando em pediatria há um período que varia entre 11 a 20 anos, e 04 profissionais (16,7%) estão trabalhando na área pediátrica há um tempo que varia entre 21 a 30 anos.

De todos os entrevistados, 11 (45,8%) trabalham no serviço diurno, 10 (41,7%) no serviço noturno, 02 (8,3%) manhistas e 01 (4,2%) tardista. Todos os 24 profissionais de enfermagem cumprem carga horária semanal de 40 horas e dentre estes, 12 (50%) disseram ter outro vínculo empregatício.

Tanto o tempo de trabalho em enfermagem quanto o tempo de trabalho em UTI pediátrica, a exemplo do sexo e da faixa etária dos sujeitos do estudo, parecem ser fatores a serem considerados como determinantes do modo como pensam e se posicionam esses profissionais diante da morte e do morrer, muito mais do que a categoria profissional.

#### 4 - AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

##### 4.1- MORTE E MORRER EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: SOFRIMENTO, DOR, PERDA, ACEITAÇÃO E ALÍVIO NA DIFÍCIL PASSAGEM.

A presente categoria buscou subsídios que permitam melhor compreensão acerca da dificuldade do profissional de enfermagem em lidar com a morte e o morrer como eventos inexoráveis à condição humana, uma das quatro situações problemas que demarcaram o objeto de nossa pesquisa. Os léxicos que permitiram a emergência dessa categoria parecem deixar evidente o paradoxo da sensação de sofrimento e alívio diante da morte e do morrer nessas unidades. Em seguida estão as tabelas e gráficos dos léxicos que permitiram a criação dessa categoria.

<b>Léxicos</b>	<b>Freq. (%)</b>
difícil	16,4%
fim	17,9%
passagem	13,4%
perda	10,4%
dor	23,9%
missão	6,0%
natural	11,9%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>

Tabela I – Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos técnicos de enfermagem da UPG para expressarem o que pensam a cerca da morte e do morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

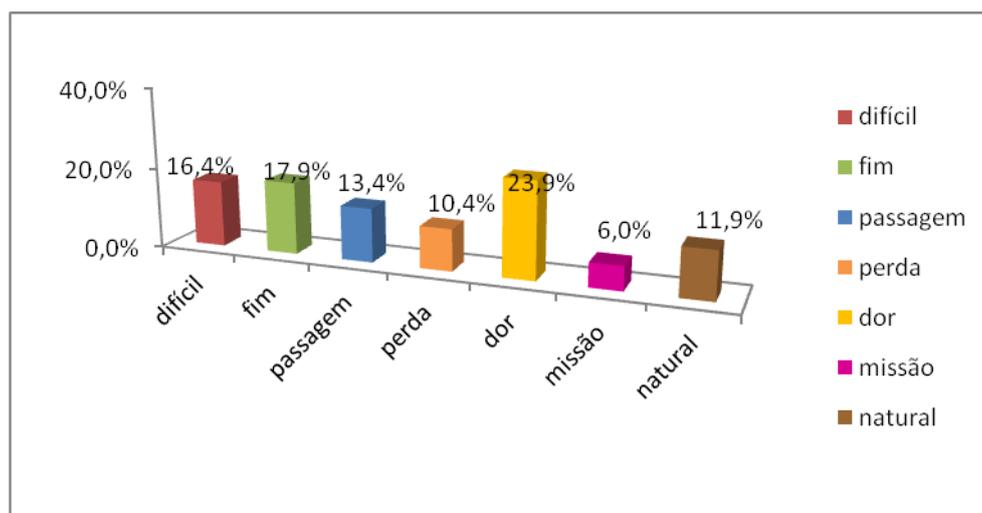


Gráfico I - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos técnicos de enfermagem da UPG para expressarem o que pensam a cerca da morte e do morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011).

Léxicos	Freq. (%)
difícil	17,30%
fim	13,50%
sofrimento	19,20%
ciclo	13,50%
doloroso	5,80%
passagem	7,70%
aceitação	17,30%
abrupta	3,80%
distância	1,90%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Tabela II - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos enfermeiros para expressarem o que pensam a cerca da morte e do morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011).

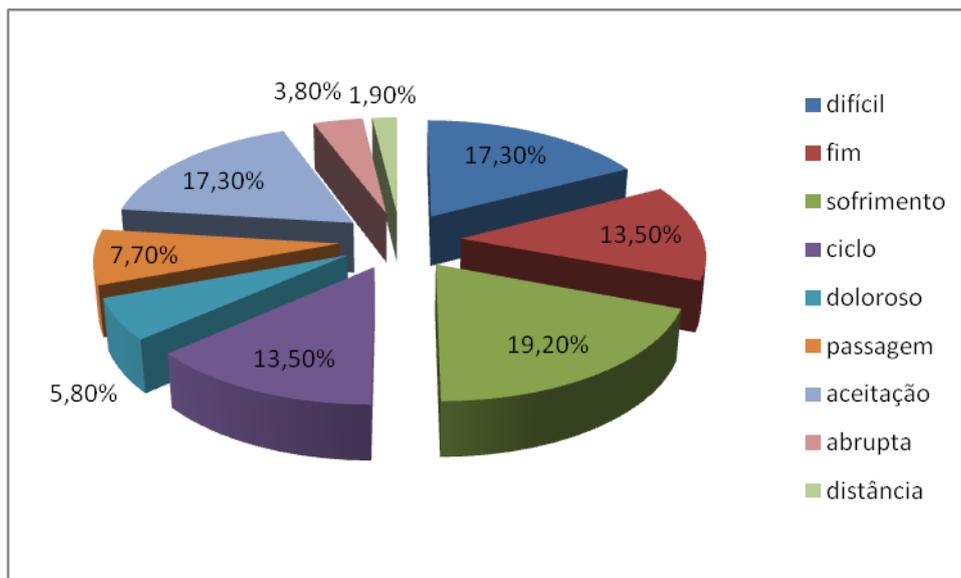


Gráfico II - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos enfermeiros para expressarem o que pensam a cerca da morte e do morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

Léxicos	Freq. (%)
difícil	20,5%
sofrimento	21,8%
alívio	12,8%
perda	12,8%
ruim	6,4%
expectativa	7,7%
impotente	3,8%
natural	11,5%
acostumado	2,6%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>

Tabela III - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos técnicos de enfermagem da UPG para expressarem o que pensam a cerca da morte e do morrer na UTIP, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

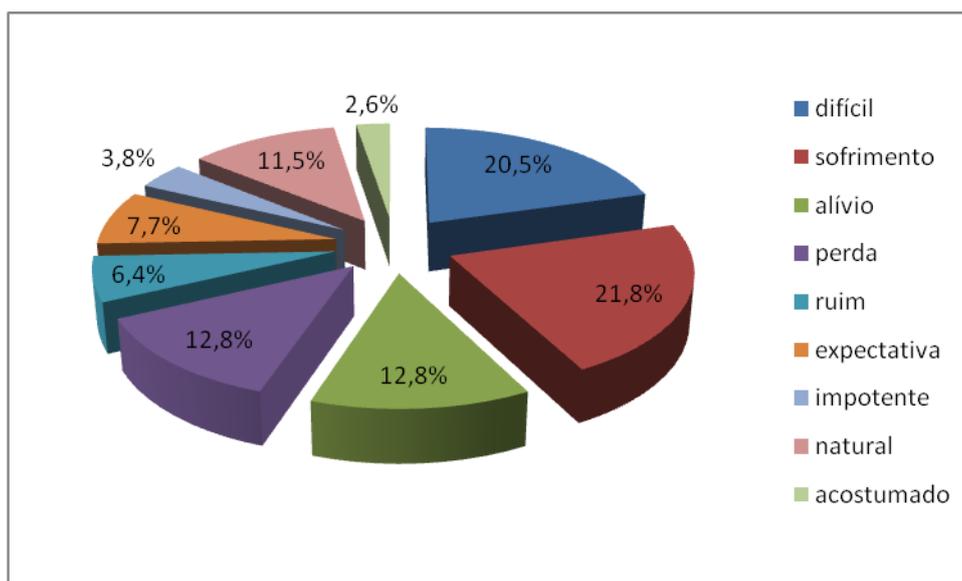


Gráfico III - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos técnicos de enfermagem da UPG para expressarem o que pensam a cerca da morte e do morrer na UTIP, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

Léxicos	Freq. (%)
sofrimento	13,80%
perda	15,40%
aceitável	9,20%
difícil	13,80%
triste	7,70%
doloroso	16,90%
abrupto	6,20%
preparo	7,70%
descanso	3,10%
envolvente	3,10%
inevitável	3,10%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Tabela IV - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos enfermeiros para expressarem o que pensam a cerca da morte e do morrer na UTIP, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

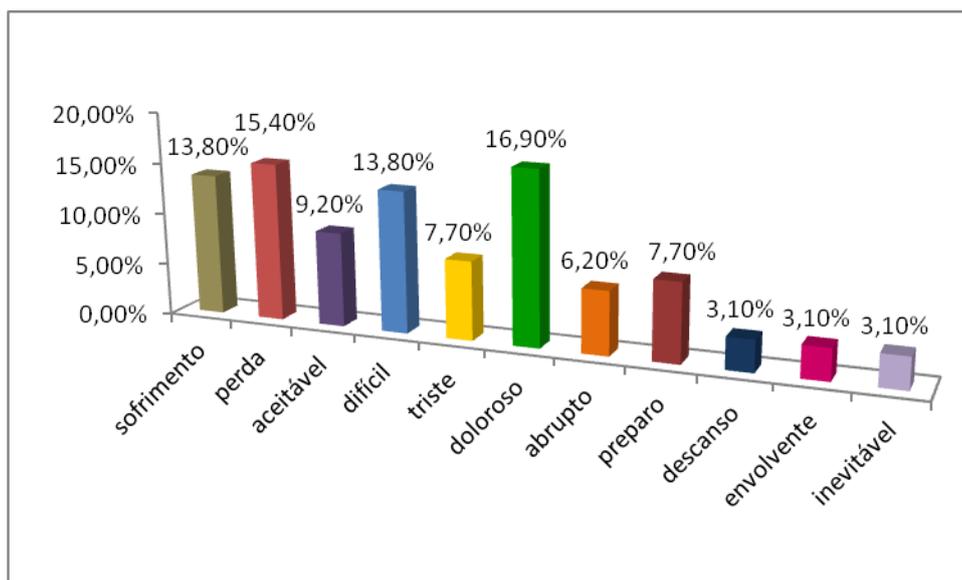


Gráfico IV - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos enfermeiros para expressarem o que pensam a cerca da morte e do morrer na UTIP, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

Nas literaturas pesquisadas, ressalta-se que a morte e o processo de morrer no âmbito pediátrico são eventos geradores de desconforto e que interferem nos sentimentos dos profissionais de saúde e muito mais intensamente nos profissionais de enfermagem que comprovadamente passam a maior parte de sua jornada de trabalho junto da criança, assistindo e cuidando desse cliente tão cheio de especificidades. Esses profissionais sentem dificuldade ao lidar com a morte de uma criança, pois consideram um evento inaceitável para um ser humano que está começando a viver (SHIMIZU, 2007).

Kovacs *et al* (2008, p.26) refere que possibilidade de morte de uma criança é uma situação que pode favorecer a emergência de intensos sentimentos na equipe de cuidados. Dizem ainda que a própria dinâmica do trabalho em UTI, que implica em lidar com a morte de crianças com grave quadro clínico é uma situação estressante para o profissional.

De fato, lidar com criança em iminência de morte não é tarefa fácil para a equipe de saúde. Por mais grave que seja o quadro clínico da criança, comumente a tendência é que o profissional espere pela melhora do quadro e conseqüentemente crescimento e desenvolvimento normais.

Lago *et al* (2007, p.360) afirmam que: “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”.

Segundo literaturas nas quais foram descritas as reações de enfermeiros diante do paciente no fim da vida, lidar com a morte no dia-a-dia é extremamente angustiante e desgastante, fazendo surgir sentimentos como impotência, frustração e insegurança diante do sofrimento do paciente e do insucesso das ações profissionais (MOK; CHIU, 2004, KOVACS, 1998 *apud* SADALA; SILVA, 2009).

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, além de despreparado emocional e psicologicamente (BECK *et al* 2002).

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. Enfermeiros e técnicos de enfermagem referem a dor e o sofrimento, sob aspecto negativo, como as principais sensações experimentadas quando se encontram diante de crianças na finitude da vida, como observado nas falas a seguir:

*“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).*

*“É uma perda, dor, é algo que não vai voltar mais, não vai mais ter aquela pessoa...” (TE 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)*

Dor e sofrimento são sensações que estão intimamente envolvidas com o sentimento humano e que podem estar relacionados com o caráter de cada ser. Lepargneur (1987) define o caráter como jeito individual, pessoal, de assumir a vida, suas alegrias e seus percalços, manifestando-se principalmente por meio de três fatores fundamentais: a emotividade, a atividade e ressonância das impressões.

Destacando-se a emotividade, sensação que tem envolvimento com o que os profissionais de enfermagem alegam expressar, o autor a julga como sendo a facilidade do sujeito para experimentar perturbações desproporcionais às suas causas, sejam elas internas ou externas. Na concepção do autor, “quanto maior a emotividade, menor é o controle do sujeito sobre suas ações” (LEPARGNEUR, 1987, p. 61).

Que fique claro que não se quer aqui qualificar os sentimentos dos profissionais de enfermagem como exagerados, mas como comportamentos que se intensificam diante da morte e do morrer e que variam de acordo com o caráter da pessoa, sua idade, suas experiências vividas, tanto na vida pessoal quanto na vida profissional.

É inevitável que alguns membros da equipe de enfermagem, ao assistir e cuidar dessa clientela tão cheia de especificidades desenvolva algum tipo de vínculo intenso que faz com que eles sofram ao se darem conta da partida da criança, cultivando sentimentos como de dor, alívio, medo e até injustiça.

Para Edgar Morin, à dor sentida pela morte de alguém pode ser atribuída à presença e ao reconhecimento da individualidade do morto, ou seja, “quanto mais o morto for próximo, íntimo, amado ou respeitado, isto é, “único”, mais violenta é a dor; nenhuma ou quase nenhuma perturbação se morre um ser anônimo, que não era “insubstituível” (MORIN, 1997, p.32).

Martins (2000) afirma que a situação de vida/morte gera sofrimento na equipe de enfermagem, principalmente pelo caráter humano desse trabalho, em que é inevitável o envolvimento afetivo com as pessoas assistidas.

Muito embora não queira afirmar que a afetividade é uma “qualidade” ou sentimento inerente às mulheres, aquela de natureza materna parece ser muito mais inerente às mulheres, e, portanto, mais comumente observada em profissionais de enfermagem do sexo feminino, sobretudo, diante da clientela pediátrica, o que parece ser determinante no momento de escolha do profissional, quando optam em trabalhar em unidades pediátricas.

Esse fato parece ser evidente quando olhamos para o perfil dos sujeitos desse estudo no que se refere ao sexo, onde a maioria (mais de 70%) pertence ao sexo feminino.

A formação de vínculo entre profissional de enfermagem e criança e até mesmo com a família da criança também induz enfermeiros e técnicos de enfermagem ao sofrimento quando a criança tem sua vida abreviada. Quando cuidamos de crianças e adolescentes:

“corremos o risco de nos envolvermos com eles e constituirmos o vínculo afetivo, que é concebido como uma forma de comportamento em que uma pessoa mantém a proximidade com outra que é diferente e preferida. Ele é visto como uma base de segurança e quando é interrompido, como na presença da morte, provoca sofrimento e sentimento de perda (...)” (COSTA; LIMA, 2005, p.152).

Em estudo realizado por enfermeiras de uma UTI Pediátrica e Neonatal de um Hospital Universitário paulista, no qual, um dos objetivos era identificar as principais necessidades, dificuldades e carências das equipes de enfermagem no “lidar com a morte”, notou-se que com o estabelecimento do vínculo relacionado a certa criança, a cada situação de morte iminente da mesma, alguns funcionários choravam, outros verbalizavam não querer cuidar da criança quando não estava bem e outros tentavam não se apegar demais para conseguir cuidar (KOVACS et al, 2008).

Abaixo segue em dois depoimentos da equipe de enfermagem que me parecem ilustrar perfeitamente essa situação:

*“(...) 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)*

*“(...) eu me apego pouco pra evitar o sofrimento com a morte”.  
(TE 06)*

Nota-se, então, que também é possível encontrar entre os profissionais de enfermagem da UPG, onde o estudo foi realizado, aqueles que optam por cuidar da criança que se encontra em vias de morrer com distanciamento, executando os cuidados sem envolvimento afetivo. Este fato reflete tão somente uma estratégia de enfrentamento adotada por esses profissionais com a finalidade de evitar o próprio sofrimento.

Assim, podemos considerar a relação de impessoalidade como uma alternativa de convívio com a angústia decorrente da verdade absoluta que é a morte (GHEZZI, 1995). O que parece é que nas situações em que são necessárias energias psicológicas para criação e manutenção das “trincheiras”, existe nesses profissionais a dificuldade de se encarar o outro como ele é e compartilhar seu sofrimento dele. (AMARAL, 1992 apud GUTIERREZ, 2003).

Em sua dissertação, Carmo (2010), que teve como objeto de estudo a atuação da equipe de enfermagem frente à criança com câncer em processo de morrer e sua família, também relata esses diferentes comportamentos quando diz que devido à dificuldade em lidar com a morte, a equipe de enfermagem faz uso de estratégias de enfrentamento para atuar junto às crianças em processo de morrer. Refere ainda que algumas depoentes preferem se envolver e tratar a criança com carinho, chegando até a telefonar para o hospital para saber se a criança está bem e permitir que a criança faça parte de sua vida. Por outro lado, outras preferem evitar o envolvimento, separar o profissional do emocional e cuidar somente de quem tem chance e deixa de cuidar de quem está morrendo.

Num estudo realizado, que teve como objetivo de estudo compreender a participação do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Aguiar *et al* (2006) relatou que foi percebido a necessidade dos enfermeiros de desenvolver mecanismos de defesa, como manter distância, manifestar comportamento de frieza frente às situações ou ainda um aparente equilíbrio, na tentativa de manejar de forma mais adequada a situação.

Difícilmente encontra-se entre esses profissionais quem compreenda a morte ainda na infância como um simples cessar do ciclo de desenvolvimento do ser humano. Se por um lado a morte tem melhor aceitação quando se refere ao idoso, por outro se torna terrível e negada quando ocorre com o paciente jovem (COSTA; LIMA, 2005).

Em contrapartida, pode-se notar que também (co) existem situações em que profissionais de enfermagem alegam sentir alívio após a partida da criança, uma vez que os mesmos acreditam que dessa forma há o fim de um intenso sofrimento vivido pela criança.

*“(...) 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)*

*“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)*

Schopenhauer (2000) refere que em muitas situações a morte pode ser vista como um bem, algo desejado, chegando a tratá-la como uma amiga bem-vinda. Refere ainda que qualquer um que se deparou com obstáculos intransponíveis para sua existência, como desgostos inconsoláveis, tem como último refúgio, o retorno ao ventre da natureza.

Carmo (2010) afirma que a equipe de enfermagem mencionou a morte como um momento de alívio para a criança e sua família e também para a própria equipe, que por vezes se sente culpada de pensar dessa forma. Além disso, a equipe também destacou

que a criança merece uma morte digna, sem depressão e tristeza. A morte significa o término da dor e do sofrimento de todos. Os profissionais de enfermagem da UPG referiram sobre a dificuldade de aceitação da morte de seres humanos que muitas vezes viveram por tão pouco tempo.

*“Então a gente tem que tá preparado para esperar a morte. Não pra aceitar a morte, mas pra esperar que ela aconteça, e a gente faz tudo pra evitar que essa morte aconteça”. (E 05)*

*“Mas não consigo aceitar a morte, de uma criança então é difícil, mas como eu trabalho dentro da terapia intensiva eu tenho que tentar lidar e fazer disso uma coisa...”. (E 04)*

*“A aceitação pra mim mesma também é difícil. Lidar com isso é difícil, passar pra família é uma situação também muito difícil. E não sei. Não sei explicar. Eu acho bastante difícil. Tudo”. (TE 04)*

*“(...) aceitar isso de forma legal, de maneira nenhuma. (...) difícil aceitar isso numa criança que ainda tá iniciando a vida dela”. (TE 09)*

*“Mas acho que não porque tem horas que eu não aceito muito, não aceito muito a morte, inocente morrer com tanta coisa acontecendo, tanta gente lá fora fazendo maldade, então por isso eu não aceito muito”. (TE 07)*

Quanto a esse fato, Poles (2008) diz que quando a morte da criança é encarada pelo profissional como a interrupção precoce da vida, ou seja, que a criança teria uma vida inteira pela frente, ele tem dificuldade na aceitação da irreversibilidade, pois nessa situação a morte da criança é vista como um rompimento do ciclo de vida, em que se espera que a criança vá crescer se desenvolver e morrer numa idade mais avançada.

Diante do que foi exposto, vê-se que na maior parte dos casos, a morte de uma criança é um evento que provoca nos profissionais de enfermagem mais sentimentos

negativos do que sentimentos de compreensão. Logo é possível afirmar que existe um despreparo desses profissionais em lidar com a morte, pois além de não encararem o fato como o fim de um ciclo de vida, estão impregnados por conceitos e significações próprias que renegam o fim da vida.

Caso os profissionais de enfermagem fossem de fato preparados para lidarem com situações de morte iminente, ainda em seus cursos formadores, certamente perceberiam o fim da vida de uma criança com um olhar mais compreensivo. Esta lacuna presente no cotidiano de trabalho desses profissionais é em parte responsabilidade daqueles que participaram da formação desses enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Portanto, acreditamos que as situações discutidas nessa categoria parecem deixar evidentes as razões pelas quais os sujeitos desse estudo entendem a morte e o morrer de doentes pediátricos em unidades de terapia intensiva, momentos que remetem esses profissionais a experimentarem sentimentos de sofrimento, dor, perda, aceitação e alívio, na difícil passagem.

#### **4.2 - SEGURANÇA EMOCIONAL E RELIGIÃO: PREPARANDO O PROFISSIONAL PARA LIDAR COM A MORTE E O MORRER NA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

A presente categoria buscou subsídios que permitam uma abordagem mais aprofundada no tocante ao cuidado com crianças em estágio terminal, em consonância com a situação problema demarcada, referente a falta de uma abordagem mais aprofundada acerca da morte e do morrer nos cursos formadores de profissionais de enfermagem. A seguir estão as tabelas e gráficos dos léxicos que permitiram a criação dessa categoria.

<b>Léxicos</b>	<b>Freq. (%)</b>
difícil	16,7%
perda	9,3%
doloroso	25,9%
missão	7,4%
natural	20,4%
religião	13,0%
aceitação	7,4%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>

Tabela V - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos técnicos de enfermagem para expressar por que se sentem ou não preparados para cuidar de clientes pediátricos diante da realidade da morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

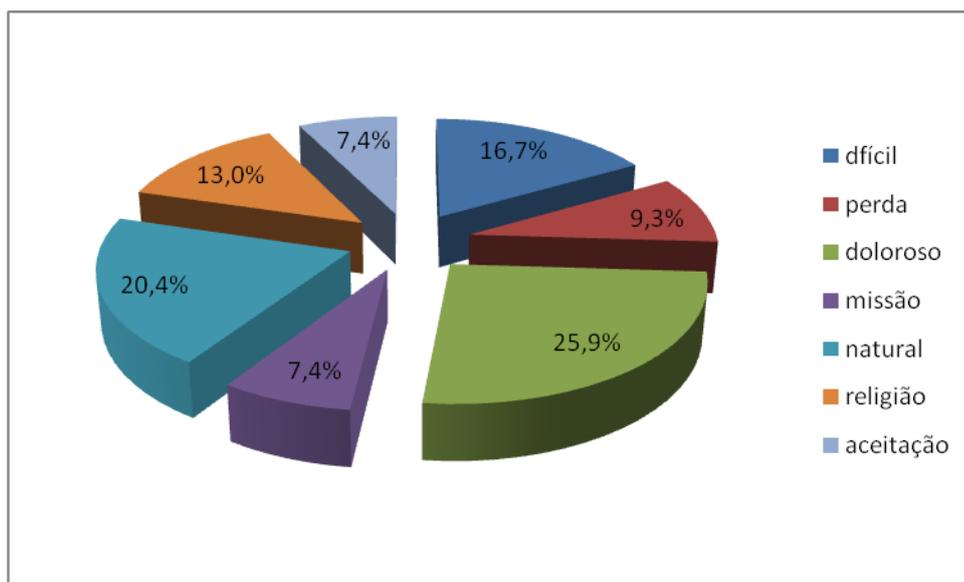


Gráfico V - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos técnicos de enfermagem para expressar por que se sentem ou não preparados para cuidar de clientes pediátricos diante da realidade da morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

<b>Léxicos</b>	<b>Freq. (%)</b>
processo	38,90%
difícil	16,70%
momento	11,10%
momentos	11,10%
religiosidade	11,10%
repente	11,10%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Tabela VI - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos enfermeiros para expressar por que se sentem ou não preparados para cuidar de clientes pediátricos diante da realidade da morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira ( 2011).

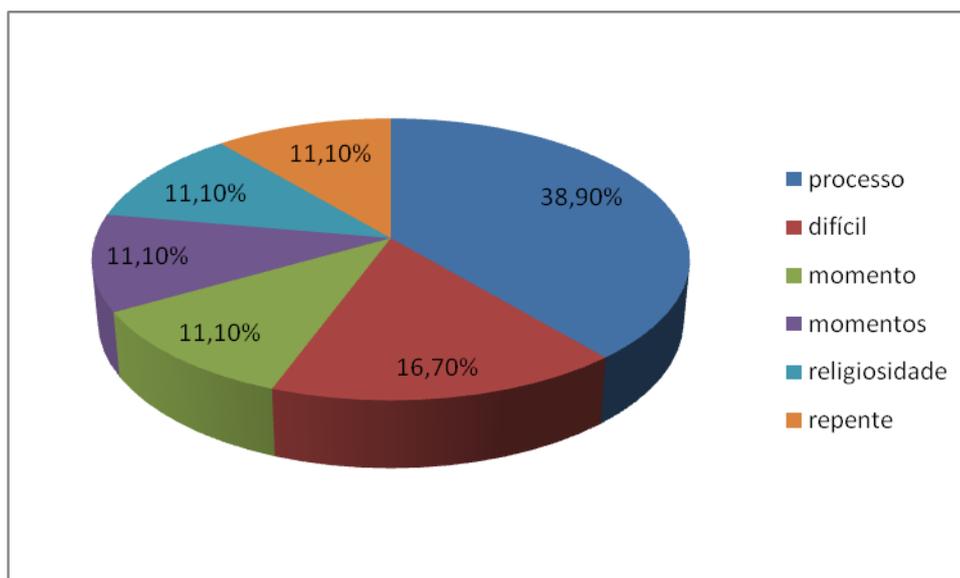


Gráfico VI - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos enfermeiros para expressar por que se sentem ou não preparados para cuidar de clientes pediátricos diante da realidade da morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira ( 2011).

<b>Léxicos</b>	<b>Freq. (%)</b>
preparação	47,4%
segurança	18,4%
relação	10,5%
psicológico	10,5%
aceitar	5,3%
fé	5,3%
sentimento	2,6%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Tabela VII - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos técnicos de enfermagem para expressar o que falta para que se sintam preparados para cuidar de doentes diante da morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

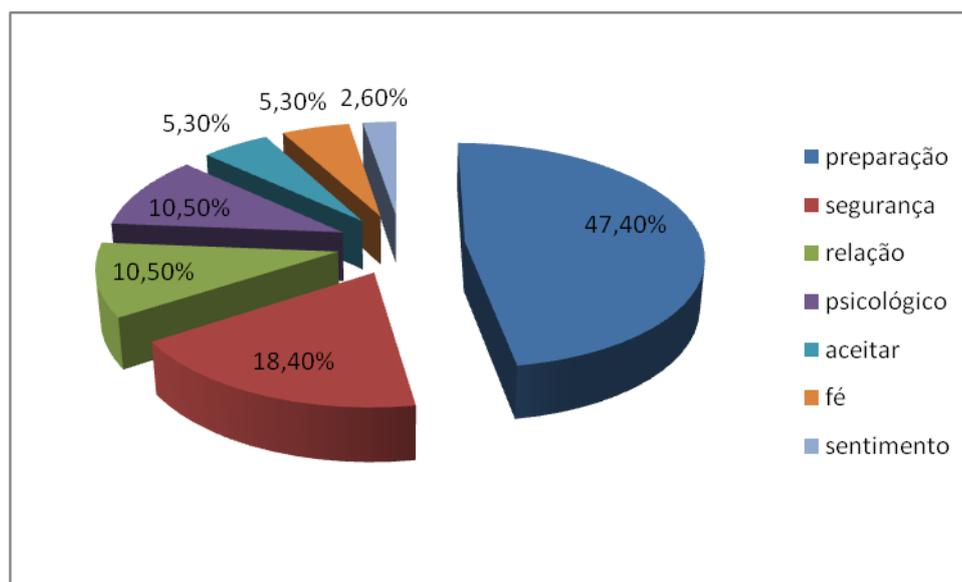


Gráfico VII - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos técnicos de enfermagem para expressar o que falta para que se sintam preparados para cuidar de doentes diante da morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

Léxicos	Freq. (%)
grupo	30,1%
lidar	6,0%
conversa	34,9%
terapia	12,0%
preparo	6,0%
aceitar	2,4%
defesas	2,4%
reflexão	2,4%
emocional	1,2%
natural	2,4%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>

Tabela VIII – Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos enfermeiros para expressar o que falta para que se sintam preparados para cuidar de doentes diante da morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011).

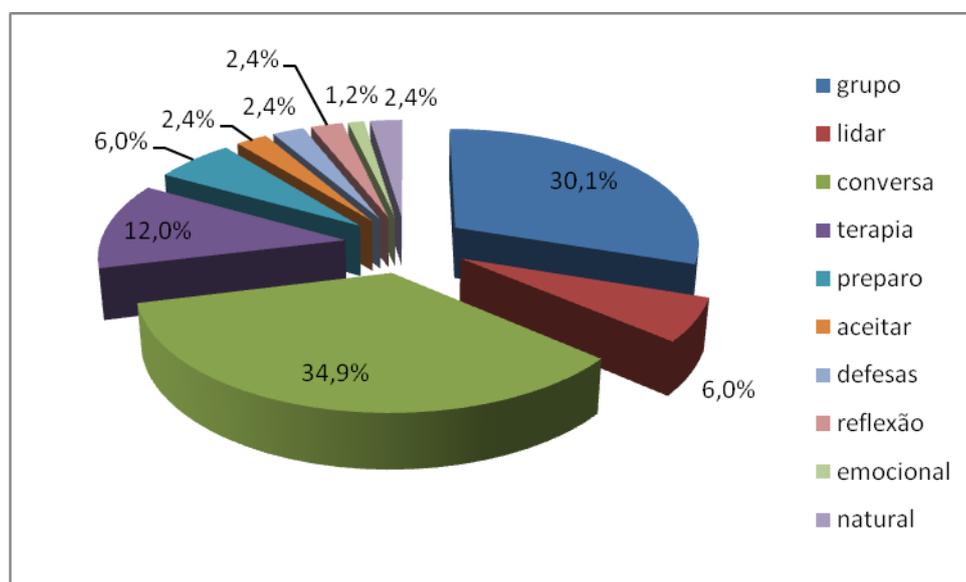


Gráfico VIII - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos enfermeiros para expressar o que falta para que se sintam preparados para cuidar de doentes diante da morte e morrer. (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011).

Considerando os dados produzidos a partir das respostas referentes à 3ª e 4ª perguntas do instrumento: “Você se sente preparada (o) para cuidar desse tipo de clientela? Por quê?” e “Se não se sente preparado, o que é necessário para que se sintam?”. Entre os respondentes, 09 profissionais (37,5%) afirmaram sentirem-se preparados, e 15 profissionais (62,5%) alegaram que não sentem preparados para lidar com crianças no fim da vida. Segue abaixo um gráfico para melhor ilustração.

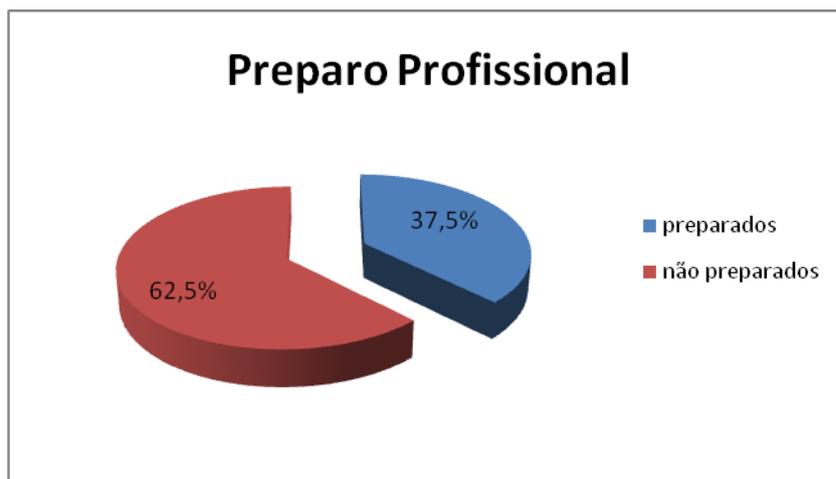


Gráfico 06 – Distribuição dos profissionais que se sentem ou não preparados para lidar com a morte e o morrer de crianças. (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011).

Esses dados parecem refletir uma situação muito frequente entre os profissionais de enfermagem. Atualmente abordam-se as causas dessa dificuldade que as equipes de enfermagem manifestam ao terem de prestar cuidados à criança que vivencia o processo de morte e morrer. Em parte, isso pode ser atribuído a “ineficiência” das escolas formadoras de profissionais de enfermagem que ainda se fundamenta em uma formação biomédica, técnico-científica, em que só a cura possui notoriedade e status de sucesso profissional. Os profissionais são impulsionados a acreditarem que só a cura e o restabelecimento são características de um bom cuidado (AGUIAR *et al* 2006).

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 (GHEZZI, 1995).

Como resultado, é lançado 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.

*“(...) eu acho que também a nossa profissão não nos dá essa condição de ter um preparo, né?” (TE 03)*

*“Não estou preparada mesmo e nem sei se existe uma forma de fazer isso, preparar uma pessoa pro fim, né?” (TE 10)*

*“E na própria formação eu acho que deixa a desejar”. (TE 13)*

Ao analisar a grade curricular de graduação em enfermagem, Ghezzi (1995) observou que a discussão de temas referentes à morte e ao morrer não era uma atividade de ensino frequente, nem mesmo quando a situação significava uma realidade vivenciada rotineiramente em campo de estágio. E considerando ainda este achado, a autora concluiu a existência de uma lacuna no ensino não só da enfermagem como também em outros cursos da área da saúde, refletindo a dicotomia existente entre saúde, doença e, principalmente, o morrer.

Deve haver melhora nas instituições de formação, com escolas preparando seus alunos para atuarem com a vida e a morte (COSTA; LIMA, 2005). Os cursos de graduação precisam promover discussões sobre assistência de enfermagem ao paciente em fase terminal além de uma reformulação dos currículos dos cursos de Enfermagem de maneira que sejam inseridos momentos de vivência e reflexão acerca da perda e luto de modo que os profissionais não se sintam desamparados ao lidarem com a realidade hospitalar, a qual necessariamente exigirá deles uma postura livre de tabus e participativa numa relação de ajuda e cuidado (AGUIAR *et al* , 2006).

Autoras como Sadala e Silva (2009) defendem uma discussão e reflexão a respeito do modelo de assistência à saúde além da elaboração de propostas para introduzir, na formação profissional, objetivos e conteúdos visando habilitar os enfermeiros a assumirem o cuidado integral ao paciente.

Trazendo essa problemática para o âmbito pediátrico, Pauli e Bousso (2003), num estudo realizado com enfermeiras que atuam numa UTI Pediátrica, identificaram que essas profissionais acreditam não ter muita habilidade em lidar com a situação de morte, dificultando o cuidado humanizado à criança e à família.

Poles e Bousso (2006) contribuem ainda mais, quando afirmam existir uma lacuna existente no conhecimento no que diz respeito à experiência das enfermeiras em

relação ao processo de morte da criança, vide a existência do baixo quantitativo de estudos que exploram a experiência dos profissionais que cuidam de crianças terminais.

“Nossa meta não deveria ser dispor de especialistas em moribundos, mas treinar pessoal hospitalar para enfrentar serenamente tais dificuldades e procurar soluções” (KÜBLER-ROSS, 2008, p.25).

Dentro desse contexto de despreparo há estudiosos que atribuem essa condição aos entraves pessoais dos profissionais, ou seja, consideram que essas dificuldades podem ser oriundas das próprias significações da morte que eles criaram ao longo de sua vida pregressa. “Se todos pudéssemos começar admitindo a possibilidade de nossa própria morte, poderíamos concretizar muitas coisas, situando-se entre as mais importantes o bem-estar de nossos pacientes, de nossas famílias e talvez até de nosso país” (KÜBLER-ROSS, 2008, p.22).

Poles e Bouso (2006, p. 212) são enfáticas ao relatarem num estudo que teve como objetivo compreender a experiência da enfermeira no cuidado à criança e à família que vivenciam o processo de morte, que durante o processo de morte e morrer, as dificuldades e facilidades enfrentadas são pautadas nos significados atribuídos nas interações e visões de mundo que adquirem ao longo de sua vida. E dizem mais: “Ao se depararem com a morte da criança, vivenciam uma trajetória em que a representação de precisar cumprir com seu papel profissional remete a atalhos e empecilhos que compõem o contexto dessa experiência”.

“Associamos a falta de preparo, tantas vezes mencionada, como um pedido de cuidado às feridas advindas de um cotidiano no qual perdas, dor e morte estão intensamente presentes” (CARVALHO apud KOVÁCS *et al* 2008, p.25).

Considerando as declarações dos sujeitos, observou-se que alguns deles se remeteram à religião como uma “força superior” capaz de “fortalecê-los” de forma que se sintam preparados para cuidar do processo de morte e morrer. Para Brêtas *et al* (2005) a fé religiosa exerce influência sobre a capacidade de enfrentamento de situações envolvendo a morte e o morrer.

*“A religiosidade, no que você acredita é que te dá forças pra poder trabalhar”. (E 04)*

*“Que eu acho que aí no meio entra a questão da espiritualidade, depende de quem tá ali naquele momento, se for uma pessoa mais madura, que tem um apoio espiritual*

*fortalecido vai parar pra pensar se tem ou não tem que interromper, deixar o processo (de morte) acontecer”. (E 01)*

*“(...) embora na minha religião a morte seja uma coisa que a gente dizer até como normal, uma continuidade da vida”. (E 02)*

*“(...) pela religião que eu sigo pra mim a morte significa vida”. (TE 04)*

*“Mas é um, acredito que. Quando nós viemos na Terra cumprir uma missão, segundo aprendi pela igreja, e ao término de nossa missão nós retornamos pra de onde viemos, ou seja, pra casa do Pai”. (TE 06)*

*“Até devido às minhas crenças, quando a gente morre a gente também vai pra um lugar melhor que inclusive do mundo que nós vivemos. Onde nós estaríamos próximos de Deus, e não me... o que não... o que não na verdade não nos deixe tristes”. (TE 02)*

*“Bem, conforme cada religião... eu acredito que a gente tá dormindo e esperando.... e assim, na minha crença a gente tá esperando Jesus Cristo voltar pra chamar e todos ..., as criancinhas... que a gente vai voltar. Mas por enquanto a gente tá dormindo, quando morre”. (TE 05)*

O apelo à religiosidade por esses profissionais de enfermagem pode se visto como uma estratégia para enfrentar todo sofrimento, dor e angústia que eles já referiram sentir quando se deparam com o processo de morte e morrer das crianças da UPG. Silva (2010) afirma que a maioria dos estudos que examinaram a relação da religiosidade e/ou espiritualidade aponta para melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao estresse em pessoas que praticam atividades ditas religiosas.

Dentre as diversas considerações a respeito da religião, Morin (1997) refere que ela tem papel vital de refutação de verdades desesperadoras da morte. Ela também permite ao indivíduo ultrapassar sua angústia por estimular o otimismo através dos ritos de imortalidade, além de acalmar a angústia mórbida individual da morte. “A religião é uma adaptação que traduz a inadaptação humana à morte, uma inadaptação que encontra sua adaptação” (MORIN, 1997, p.81).

As religiões têm ajudado a sociedade e o indivíduo, de maneira que fornecem um enquadramento de realidade para a morte, de forma a assimilar e tornar válidas as expressões e emoções inerentes ao luto, ou seja, um conjunto de reações a uma perda significativa (BROMBERG, 1997 *apud* SHIMIZU, 2007).

Outra maneira desses profissionais de enfermagem superarem essas dificuldades é por meio da resiliência, que pode ser compreendida como a capacidade de um indivíduo de transpor as adversidades da vida (TABOADA *et al*, 2006).

Para Silva *et al* (2005) resiliência refere-se à capacidade de um ser humano construir, mesmo em situações adversas, uma trajetória de vida positiva/saudável. Refere-se à capacidade do ser humano responder positivamente às situações adversas que enfrenta, inclusive quando estas situações comportam risco potencial para sua saúde e/ou seu desenvolvimento. Para alguns autores esta capacidade é considerada como uma competência individual que se constrói a partir das interações entre o sujeito, a família e o ambiente. Para outros, como uma competência não apenas do sujeito, mas também de algumas famílias e de certas coletividades (SILVA, 2003).

Para Lepargneur (1987, p.116) “é a religião que devolve ao ser humano a serenidade diante da morte”. Zorzo (2004) afirma que os profissionais de enfermagem fazem uso da religião como estratégia para se confortarem e compreenderem o que vivenciam. Refere ainda que a oração é vista como algo que fortalece e eleva a autoestima dessas pessoas que estão se sentindo fracassadas por não terem cumprido o que acreditam ser seu papel diante dos pais.

Mas o que mais foi citado pela equipe de enfermagem da UPG como algo necessário para que se sintam preparados para atuarem com crianças em processo de morte e morrer, tem a ver com o preparo ou suporte emocional. Muitos depoentes ressaltaram a necessidade de se pensar no apoio de um profissional especializado, como psicólogo ou psiquiatra, e a criação de grupos, dentro da própria instituição, onde eles tenham a oportunidade de expressar suas angústias e experiências e compartilharem disso com outros profissionais. Lunardi Filho *et al* (2003) *apud* Gutierrez (2003),

aborda que diante do processo de morrer, o profissional de enfermagem além de impotente se sente despreparado emocional e psicologicamente.

Abaixo alguns depoimentos que podem demonstrar o que sentem esses profissionais a respeito da falta de suporte emocional:

*“(...) eu acho que tinha que ter um profissional da psicologia, da teologia, não sei, que tivesse cursos, profissionais que trabalhassem, até enfermeiros especializados, mestrandos que já falaram sobre o tema, desenvolver uma dinâmica, que nem a gente teve uma vez na nossa jornada, encontros, mas não é palestra, chegar lá, falar de morte, não”. (E 04)*

*“Acredito que de repente um suporte psicológico nos dê, não sei se mais preparo, mas mais entendimento do processo, e esse entendimento maior do processo de repente nos conforta mais”. (E 06)*

*“Então eu acho que a conversa entre a equipe e também acho que um preparo mesmo psicológico que a gente deveria tá trabalhando isso com outros profissionais”. (E 07)*

*“Eu acho assim, que aqui na instituição devia ter um acompanhamento psicológico para os profissionais, porque é difícil quem tem outros problemas, eu embarco legal com a criança e não tem como não se comover e sofrer. . Tinha que ter o acompanhamento psicológico da gente. Pra pelo menos ajudar a enfrentar isso”. (TE 05)*

*“Diálogo. Eu gostaria muito que existissem grupos pra que a gente pudesse tratar disso. A enfermagem com enfermagem, a enfermagem com a psicologia, a enfermagem com a medicina, ou todo mundo junto. Eu acho muito interessante. Eu me sentiria muito mais a vontade, porque eu consigo lidar com a questão da morte aparentemente”. (TE 11)*

*“Eu acho que tinha que ter um trabalho, de repente até mesmo de grupo. Eu acho que seria um negócio legal. E incentivar a expor o que sente em relação a morte, ainda mais da criança, porque as vezes a gente guarda isso pra gente e a gente não sabe se pro outro também é assim, se é normal pra todo mundo esse sentimento da perda de uma criança, ou só eu que sinto. Então seria legal uma coisa em grupo pra interagir e falar sobre o tema, que é pouco abordado”. (TE 13)*

Aguiar *et al* (2006) defendem o atendimento individual e grupal, oportunizando um ambiente que vislumbre o diálogo aberto que favoreça a expressão de angústias, medos, entre outros sentimentos causadores de sofrimento, de forma a ajudá-los a desenvolver a arte de conviver com a morte e o luto. Os encontros grupais são essenciais para que profissionais de enfermagem manifestem e compartilhem as situações que geram sofrimento e angústias (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2006). “Acho relevante o acompanhamento dos profissionais de enfermagem, considerando que esses desenvolvem um trabalho penoso, principalmente ao lidar com o paciente em processo de morrer” (GUTIERREZ, 2003, p.102).

Ao finalizarmos a análise e discussão dessa categoria, parece ter ficado evidente que, quando nos falta o conhecimento e o preparo científico para lidar com a morte e o morrer, ou quem sabe, até mesmo quando nos falta a experiência com a vivência desse fenômeno, seja em qual esfera for, ainda que inconscientemente recorremos a religião como caminho de atenuação de nossos sofrimentos e angústias, ainda que possamos ser céticos.

Dessa forma, foi possível compreender porque a segurança emocional e a religião foram apontadas pelos sujeitos do estudo como estratégias para o enfrentamento das situações de morte e morrer de clientes pediátricos em unidades de terapia intensiva.

### 4.3 - BENEFÍCIO E SOFRIMENTO: O PARADOXO DA EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA NO PROLONGAMENTO DA VIDA E A POSTERGAÇÃO DA MORTE EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.

A terceira e última categoria buscou subsídios que possa melhorar a compreensão sobre uma das situações problema, especificamente aquela que diz respeito à inserção das tecnologias no cotidiano da prática assistencial da equipe de enfermagem que atua em uma UTIP, além de atender ao objetivo de dissertação referente às possíveis relações entre o ambiente marcadamente tecnológico e o modo como pensam e se relacionam os profissionais diante da morte e do morrer.

Abaixo, as tabelas e gráficos dos léxicos que permitiram criar essa categoria.

<b>Léxicos</b>	<b>Freq. (%)</b>
evolução	10,2%
salvar	8,5%
atenção	10,2%
sofrimento	10,2%
dinâmica	8,5%
ajudar	11,9%
segurança	5,1%
melhorar	6,8%
prolongamento	6,8%
precisão	8,5%
recuperação	3,4%
trabalho	6,8%
afastamento	1,7%
conhecimento	1,7%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>

Tabela IX - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos técnicos de enfermagem para expressar por que a evolução tecnológica contribui ou não para que o modo de agir e pensar desse profissional se modificasse diante da morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011).

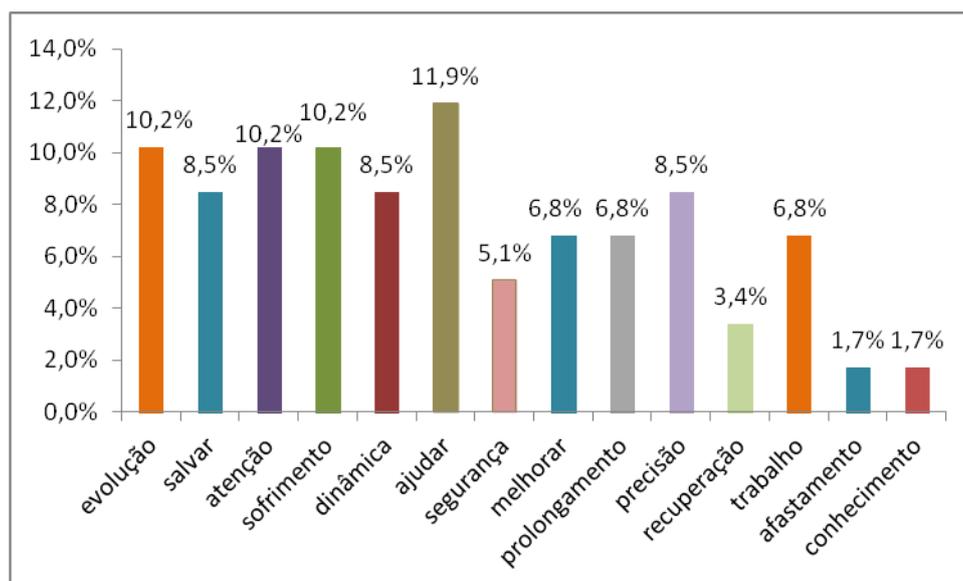


Gráfico IX - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos técnicos de enfermagem para expressar por que a evolução tecnológica contribui ou não para que o modo de agir e pensar desse profissional se modificasse diante da morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

Léxicos	Freq. (%)
cuidado	20,00%
pensar	15,30%
sobrevida	14,10%
aparato	14,10%
equipe	8,20%
benefício	10,60%
postergando	7,10%
sensação	2,40%
sofrimento	8,25%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Tabela X - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos enfermeiros para expressar por que a evolução tecnológica contribui ou não para que o modo de agir e pensar desse profissional se modificasse diante da morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

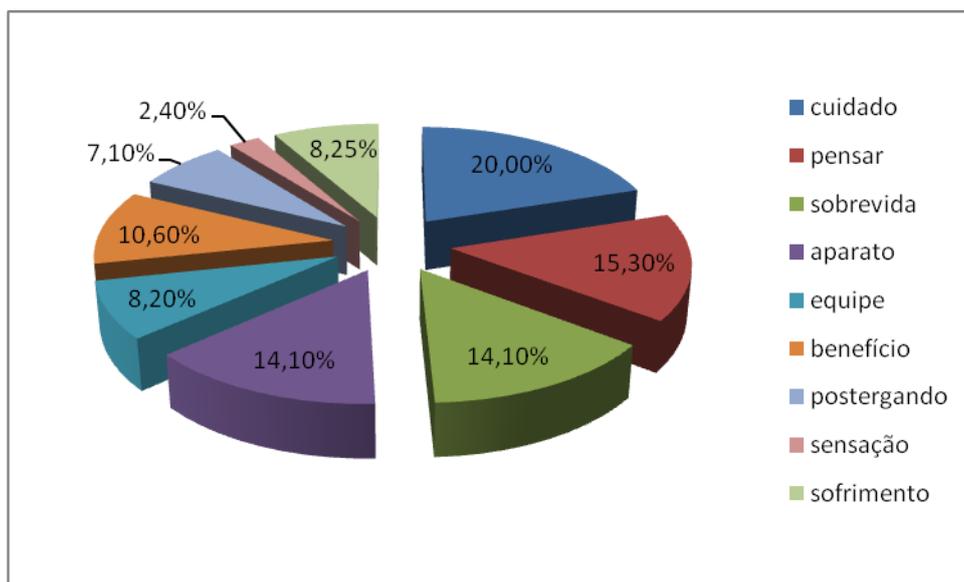


Gráfico X - Ocorrência dos léxicos mais utilizados pelos enfermeiros para expressar por que a evolução tecnológica contribui ou não para que o modo de agir e pensar desse profissional se modificasse diante da morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

Com relação ao uso de tecnologia e o modo como pensam e agem os profissionais de enfermagem diante da morte e do morrer em unidades de terapia intensiva pediátrica, encontramos o seguinte: 11 sujeitos (45,8%) declararam que a presença da tecnologia mudou sua forma de pensar e a forma de agir diante do processo de morte e morrer; 05 sujeitos (20,8%) declararam que mudou a forma de agir, mas não mudou a forma de pensar; outros 05 (20,8%) disseram que nem mudou a forma de agir e nem a forma de pensar; 01 sujeito (4,3%) declarou que mudou forma de pensar, mas não a forma de agir e 02 sujeitos (4,3%) não responderam claramente. Abaixo segue gráfico pra melhor ilustração dos dados.

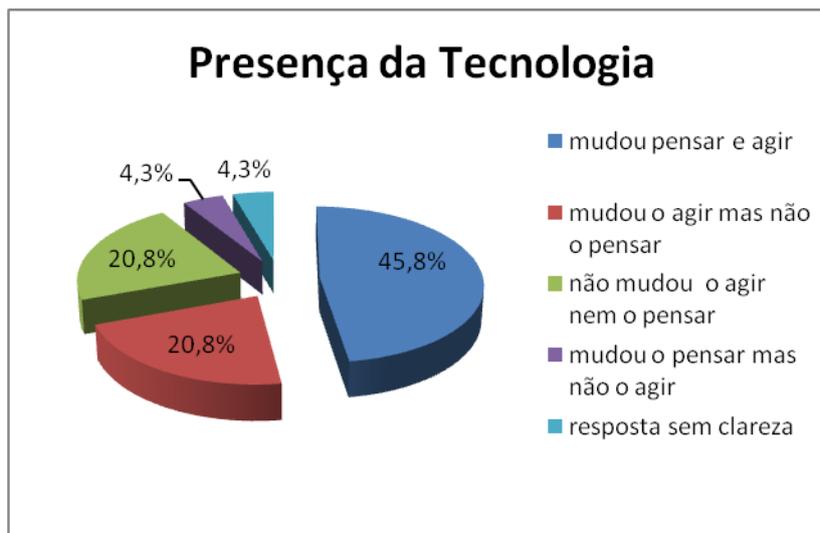


Gráfico 07 - Influência da tecnologia na forma de pensar e agir diante do processo de morte e morrer, (Instrumento de produção de dados, Ferreira (2011)).

Atualmente são mais do que sabidos e comprovados todos os benefícios que a tecnologia proporcionou e vem proporcionando aos diversos segmentos da sociedade como um todo, e com a saúde não foi diferente.

A revolução industrial foi o marco inicial da evolução tecnológica na área da saúde, mais precisamente com a tecnologia dura. Houve o desenvolvimento de novas tecnologias em quase todas as áreas de conhecimento. Nesta época, “as ciências aplicadas possibilitaram o advento de máquinas e equipamentos que substituíram e/ou minimizaram a necessidade da força humana física” (BARRA *et al*, 2006, p.426).

Para Silva (2006, p. 26) “(...) foram as inovações tecnológicas, as grandes responsáveis também, não somente pelo o aumento da produtividade industrial mas, particularmente pelos avanços que hoje constatamos na área da saúde”.

Entretanto, dentro da UTI, local rico em maquinário tecnológico, abriu-se margem para o uso indiscriminado desses equipamentos na manutenção da vida a todo custo. Há uma disputa entre ciência e doença, onde a morte recebe o conceito de vilã, um “monstro” a ser combatido, aniquilado. Só a cura oferece o status de vencedor, de “herói”. A morte é vista como um *mal*, e mesmo que nossa civilização tenha posse de aparelhos reanimadores, ela sofre deste *mal* (LEPARGNEUR, 1987).

Morin (1997) parecia já prever a relação dúbia entre homem e técnica no âmbito da morte. Ele acredita que por um lado, quanto mais a apropriação técnica do mundo pelo homem afirmar o poder deste último, mais a imortalidade será rica e gloriosa. Em contrapartida, o autor e sociólogo acredita que concomitantemente os progressos

técnicos darão ensejo ao pensamento racional, pensamento este que, então se mostrará capaz de criticar e dissolver o mito da imortalidade.

Para essa pesquisa percebeu-se uma quantidade menor de sujeitos (aproximadamente 8%) que se manifestaram em relação às tecnologias como aquelas capazes de prolongar o sofrimento do indivíduo e dos profissionais ao postergar a morte de doentes que se encontram em condições nas quais a morte já não pode mais ser evitada dada ao curso natural da doença. É um número surpreendente em vista da considerável quantidade de estudos disponíveis atualmente que tratam sob aspecto negativo o uso incansável da tecnologia em pacientes na finitude da vida.

Não é de hoje que se argumenta a respeito do compromisso com o bem-estar do indivíduo no setor saúde. Criada em 1974 nos Estados Unidos devido à necessidade de proteção aos vulneráveis na prática científica, a Comissão Nacional para Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental estabeleceu, por meio de Relatório de Belmont, três princípios éticos apontados como necessários para a prática da biociência, dentre os quais, nessa dissertação, se destaca o da Beneficência, que:

“(...) consiste em um compromisso dos profissionais da biociência em não causar danos e assim assegurar o bem-estar dos envolvidos. Significa a necessidade de avaliação constante por parte do profissional, do pesquisado e das pessoas assistidas, dos riscos e benefícios de tratamentos e procedimentos em saúde. Beneficiar significa desenvolver ações que para o ser cuidado impliquem melhorias para sua vida, contribuindo para um bem-estar global, mesmo para os que convivem com patologias crônicas” (COELHO; RODRIGUES, 2008, p.190).

Diante disto, parece que o princípio ético da Beneficência fica esquecido quando muitos autores argumentam a respeito da manutenção da vida a qualquer custo como causadora da propagação do sofrimento, ferindo a dignidade do indivíduo com um ser humano. Para Lago *et al* (2007), o entendimento de que a vida deve ser mantida a qualquer preço ou a obstinação pela cura é uma questão conceitual que ainda permanece enraizada na sociedade civil e na prática médica de países da América do Sul e de países do sul da Europa. Já no entendimento de Aguiar (2006), na dinâmica da luta incessante pela vida, hospitais e sua tecnologia não permitem nem abrem espaços para questionar, conversar ou pensar a morte.

Sobre os avanços tecnológicos, Neto (2010) afirma que eles podem contribuir 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.

Gutierrez e Ciampone (2006) trazem em sua pesquisa que alguns profissionais se iludem com o avanço tecnológico, perdendo o próprio senso crítico. Além disso, as autoras imaginam que a frustração profissional seja maior devido ao alto nível de expectativa gerado por sua onipotência.

As mesmas autoras contribuem mais quando relatam em seu estudo o ponto de vista dos profissionais de enfermagem entrevistados, que declaram conviver com profissionais da própria equipe ou de outras carreiras da saúde, que adotam atitudes tecnicistas. Os entrevistados confessaram perceber, vez ou outra, que o sofrimento do paciente é insuportável e que a autonomia deste deve ser respeitada, pois a vida tem um limite e a qualquer momento a morte desafia o saber humano e vence.

Um médico intensivista pediátrico, ao escrever seu artigo alega que ao longo de sua trajetória aprendeu que “o intensivismo pediátrico somente serve a seu propósito quando não utilizado como arma na cega luta contra a entropia” (ROTTA, 2005, p.93). O mesmo autor ainda afirma que os avanços tecnológicos no intensivismo pediátrico criaram situações antes inimagináveis, em que com muitas vezes se cruza o limite do prolongamento da vida em favor do prolongamento da morte.

Em seguida, foram listados alguns depoimentos a esse respeito, capazes de demonstrar o que estamos discutindo:

*“Eu acho que ela (a tecnologia) prolonga a morte, prolonga esse processo que muitas vezes é doloroso, tanto pra gente quanto pra família, a gente fica sofrendo também, a gente fica: “Ah, meu Deus! Por que que não morre logo?” Às vezes eu fico pensando:”Por que que essa criança não parte, não vai descansar?”Mas toda tecnologia não deixa às vezes a criança morrer”. (E 04)*

*“A tecnologia não vai substituir aquilo que a gente pode fazer, ela também não vai salvar a vida se chegou o momento da criança. Se não há o que fazer ela não vai salvar. Então não adianta invadir mais, não adianta usar mais aparato”. (E 06)*

*“(...) eu acho que a gente investe mais, tenta interromper esse processo que antigamente era mais natural. Antes de ter esse aparato todo tecnológico, eu acho que a morte era vista de uma forma diferente, ela era mais próxima da família. Hoje em dia você já afasta um pouco a família por conta até mesmo desse aparato todo e aí você fica lutando até o fim por uma coisa que às vezes não tem mais como fazer e isso dá uma certa frustração no final”. (TE 13).*

Houve também quem percebesse os dois lados concomitantemente:

*“Primeiro que por um lado a gente acaba postergando esse processo de morte e morrer porque a gente segura muitas vezes a criança dentro do setor através das drogas, dos respiradores, adrenalina, noradrenalina são drogas que às vezes a gente se dá conta que se não tivesse usando a criança não estaria viva. Mas ela tá viva porque ela tá utilizando determinados medicamentos, determinados equipamentos”. (E 07)*

*“(...) porque aumenta até a chance de sobrevivência das crianças devido à tecnologia. Só que se a criança for um neuropata só vai prolongando mais, mas chega um certo ponto que nem mesmo a tecnologia não adianta mais. Então só prolonga mais. Para os pais é melhor porque tem a criança mais tempo de vida, mas pra criança às vezes é mais sofrimento porque prolonga. Eu penso assim”. (TE 05)*

*“Acho que realmente ele (aparato tecnológico) é necessário, ele contribui pro diagnóstico, ele contribui pra tratamento, ele contribui pro cuidado de todo mundo, mas tem uma hora que ele tem que dizer chega. Acabou”. (E 05)*

Paradoxalmente e considerando os relatos dos profissionais da equipe de enfermagem da UPG viu-se que houve uma maioria (aproximadamente 54% dos

sujeitos) dando destaque positivo à presença da tecnologia, pois eles a percebem como uma facilitadora do atendimento às crianças com demanda de cuidados críticos uma vez que o avanço da tecnologia hoje, indiscutivelmente, possibilita a sobrevivência de crianças que cursam com patologias graves, que oferecem grande risco à vida.

A modernização do setor saúde permitiu o desenvolvimento de novas terapias, o aperfeiçoamento de instrumentos que já existiam como microscópios, e o surgimento de outros que privilegiaram e muito a detecção de microrganismos patogênicos. E o que dizer do aprimoramento da aparelhagem destinada aos diagnósticos por imagem, que permitem cada vez mais e melhor a visualização de estruturas do corpo humano, acelerando a conclusão de diagnósticos e otimizando o tempo da tomada de decisão no que se refere à conduta terapêutica.

Numa UTI especificamente, como não lembrar dos respiradores mecânicos de ponta que possibilitam diferentes modalidades ventilatórias que se ajustam às necessidades do paciente. As bombas infusoras que permitem a infusão de drogas num fluxo constante, sem que haja qualquer prejuízo sistêmico ao paciente. O doppler transesofágico também vale ser lembrado. Através de uma sonda com sensor de doppler que fica posicionada no terço distal do esôfago, é possível fazer a medida contínua de valores hemodinâmicos como débito cardíaco e resistência vascular sistêmica.

Enfim, uma gama de possibilidades que a olhos vistos melhoraram e trará mais qualidade de vida a toda sociedade. Logo, parece praticamente impossível cuidar do doente crítico em terapia intensiva prescindindo ou deixando técnicas e tecnologias em segundo plano (SILVA, 2006).

Existem muitas perspectivas e esperança na nova tecnologia, com resultados concretos e muito trabalho importante em andamento, bem como avanços fantásticos em todas as áreas (BASSANI, 2011). Levando isso para o cenário de uma terapia intensiva como o da UPG, vê-se, por exemplo, que as máquinas que parecem dar sentido à terapia intensiva são hoje uma espécie de marco referencial, de forma que tem sido difícil pensar nessas unidades sem sua presença (SILVA; FIGUEIREDO, 2008).

Abaixo foram agrupados alguns depoimentos para demonstra o que pensam os sujeitos do estudo a respeito dessa tecnologia que trouxe benefícios para a criança em condição crítica de saúde e para o profissional na UPG:

*“(...) porque essa tecnologia toda vem pra dar um suporte pro nosso trabalho. Então a gente acaba se utilizando desse suporte,*

*essa evolução tecnológica e no caso, prolongando a vida, fazendo isso”. (E 02)*

*“(...) eu acredito que veio acrescentar, veio ajudar pra que a gente profissional tenha um suporte melhor e que dê uma condição melhor pra pessoa que utiliza a tecnologia”. (E 03)*

*“(...) influencia naquela coisa do prolongamento da vida. Crianças que começam a se recuperar com um tipo de medicamento novo ou uma tecnologia nova”. (TE 16)*

*“Acho que com equipamento todo que a gente tem, com a modernidade você dá uma sobrevida. Às vezes uma criança gravíssima que não tinha chance nenhuma há tempo atrás. Hoje ela tem. E como! Tem como você também prever algumas coisas, tem como antecipar algumas situações. Eu acho sempre que ajuda sim”. (E 08)*

*“Porque os aparelhos e a tecnologia nos dão mais segurança na parte do paciente. Se observa mais, procura mais recurso dentro do aparelho tecnológico e nos trás mais dinâmica entre os aparelhos e a morte. Hoje, através do aparelho se pode visualizar, ter mais condição de observar situações, os aparelhos te ajudam”. (TE 03)*

*“Morrer pra gente tinha um significado diferente. (...) como há 20 anos atrás não tínhamos toda a tecnologia de hoje, não tínhamos como ver um débito cardíaco, não tínhamos como ver uma saturação tão boa quanto temos hoje e inclusive toda nossa aparelhagem, como cárdioversor, o ressuscitador, e até os nossos ventiladores hoje são melhores, que nos dão todos os parâmetros, dá pra melhorar muito mais”. (TE 06)*

*“Ela facilita durante a evolução de uma morte porque a gente consegue ver em monitores, em aparelhos, uma evolução assim, nesse caso tudo bem”. (TE 08)*

Quando em seu estudo, Silva (2006) trata do grau de importância da tecnologia presente na UTI na visão de profissionais de enfermagem, ele relata que esses entendem a tecnologia como 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. Contudo, é imprescindível:

*“(…) ressaltar que nenhum equipamento poderá substituir o afeto, o toque e o apoio, bem como o olhar vigilante e constante da equipe, com o objetivo de atender qualquer tipo de intercorrências, em que pese a eficiência dos sistemas de monitorização utilizados atualmente em UTI” (SILVA, 2006, p.84)*

Essas duas falas abaixo mostram que, dentro de uma perspectiva benéfica do uso de tecnologias na UPG, ainda assim, há entre alguns profissionais de enfermagem o pensamento de conformação quando tudo é feito e todo tipo de investimento é dispensado em termos de recursos tecnológicos, mas ainda assim, a criança morre.

*“E quando você não consegue salvar ou quando você não consegue ajudar de alguma forma, você “entre aspas” fica mais conformado e menos sentido no sentido de que você realmente fez de tudo, de que você tinha tudo em mãos pra tentar salvar aquela vida”. (TE 15)*

*“Então quando você já usou todos esses mecanismos e aí a criança não sobreviveu então você não se sente tão impotente quanto antes”. (E 05)*

Assim, me parece que a tecnologia se apresenta como algo capaz de minimizar a dor da perda, tendo em vista que todos esses recursos são utilizados na tentativa de manter a criança viva.

A busca do homem pela tecnologia aplicada à saúde pode também ser compreendida como uma negação à morte e acesso a imortalidade. O homem se alia às

máquinas de maneira intencional de forma a impedir que a morte aconteça. Junto da tecnologia ele se arma para assim travar uma batalha contra morte, deixando-a cada vez mais distante de sua realidade humana, acreditando que assim poderá burlar a inevitabilidade da morte. No entanto, sendo o homem incapaz de adaptar-se a morte, jamais sua técnica ou saber se formará capaz de adiar a hora da morte, poderá penetrar no interior de seu domínio, e ressuscitar o morto (MORIN, 1997). Quanto a isso, Kübler-Ross é muito feliz quando deixa em aberto o seguinte questionamento:

“O fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último, mas não menos importante, nossa própria mortalidade?” (KÜBLER-ROSS, 2008, p.13).

Que fique claro que nessas linhas não se quer fazer qualquer tipo de apologia a favor do uso da tecnologia, somente um alerta. Diante da premissa de que a tecnologia em UTI's é necessária, talvez, quando esta tecnologia é culpabilizada ou considerada como fator interveniente ao prolongamento da morte, ela esteja sendo injustiçada. Se as máquinas foram produzidas e são mantidas e operadas pelo *homem*, talvez ele é quem esteja fazendo mau uso dessas máquinas trazendo prejuízo para *si próprio*, por sua onipotência e vaidade.

Não é de bom tom transmitir nossas falhas ou atitudes equivocadas para as tecnologias e responsabilizá-las por tudo de nocivo e reprovável que se pode observar na assistência e no cuidado de enfermagem em terapia intensiva (SILVA, 2006). Para Schwonke *et al* (2011, p.191) “... o que determina se uma tecnologia desumaniza o cuidado de enfermagem não é a tecnologia por si só, mas, principalmente, sua forma de influenciar os indivíduos e os significados atribuídos às definições do que é humano, dentro de cada cultura”.

Como disse Janicaud apud Scheps (1996, p.205) “além do pessimismo ou do otimismo, a técnica representa um fenômeno global e específico, que coloca um problema de civilização totalmente novo e diante do qual devemos repensar nossas atitudes e comportamentos”. Também não pode ser esquecido que entre tecnologia e cuidado tem que existir a ética, um ingrediente importante que certamente influencia a questão de até onde se deve investir em tecnologia de suporte de vida sem ferir a dignidade do paciente.

#### 4 - CONSIDRAÇÕES FINAIS

De acordo com os recursos bibliográficos disponíveis, parece que num caminhar menos tímido que antes a abordagem do processo de morte e morrer, atitudes, posturas e sentimentos diante do paciente terminal tem sido mais discutidos pelos pesquisadores no universo da enfermagem. Contudo, ainda permanecem muitas restrições e tratar dessa temática no âmbito pediátrico, uma vez que se notou que a abordagem às crianças, quando realizadas, muitas vezes estão inseridas em estudos com uma população adulta.

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 de 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 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 estudada nesta dissertação percebe a tecnologia como facilitadora do atendimento às crianças que necessitam de cuidados críticos.

Diante do que foi exposto anteriormente, me permito concluir que conseguir alcançar os objetivos propostos para esta pesquisa, contudo, alguns questionamentos ainda persistem.

Por que os cursos de formação de profissionais de enfermagem ainda deixam a desejar no conhecimento a respeito da morte e do morrer?

Considerando as declarações dos sujeitos desta pesquisa e as bibliografias consultadas, percebo que é mais do que notória a deficiência que temos nos cursos de formação. Estes ainda hoje carecem de informações, esclarecimentos e conhecimento a respeito do processo de morte e morrer, de como prestar um cuidado adequado a clientes em iminência de morte. Conhecimento este que é requerido pelos próprios profissionais de enfermagem, que alegam sentirem falta deste conteúdo quando se deparam com a situação na prática profissional.

Não pode ser correto que enfermeiros e técnicos de enfermagem tenham que primeiro experimentar a situação na prática e buscar apoio religioso espiritual, quando já deveriam estar esclarecidos sobre o assunto. A lógica tem de ser com a instrução prévia de maneira que sejam amenizados os sentimentos de perda, dor e sofrimento.

É de suma importância que as escolas e os cursos formadores de profissionais de enfermagem de fato capacitem esses profissionais para que promovam uma assistência de qualidade integral em qualquer etapa da vida do ser humano, inclusive na morte.

E é justamente esse ponto que se relaciona com minha problematização. É muito possível que por conta desse despreparo a criança que pediu pra morrer e sua vó não foram assistidos pelos profissionais, e não por descaso destes.

Por que insistem em culpar a tecnologia pelo prolongamento da morte nas UTI's?

Penso que o foco da crítica está voltado para a direção errada. É o ser humano que operacionaliza essas máquinas. Foi ele quem colocou sua inteligência nelas. Logo é

ele quem deve decidir quando essas máquinas devem cessar o seu trabalho e permitir que o curso das coisas transcorra naturalmente.

Permito-me afirmar que com a consistência e discussão dos dados coletados nesta pesquisa, três das quatro situações problema (*a dificuldade do profissional de enfermagem em lidar com a morte e o morrer como eventos inexoráveis à condição humana; a inserção das tecnologias no cotidiano da prática assistencial numa UTI pediátrica; a falta de uma abordagem mais aprofundada acerca da morte e do morrer nos cursos formadores de profissionais de enfermagem*) foram bem desenvolvidas, pois tive a possibilidade de discorrer sobre estes tópicos com embasamento e clareza.

Em contrapartida, com os resultados obtidos das declarações dos sujeitos não foi possível alcançar o total desenvolvimento da quarta situação problema (*o conflito entre oferecer um cuidado individualizado e integral versus a valorização do maquinário tecnológico disponível*), uma vez que não percebi menção a este *conflito* no discurso dos depoentes.

Particularmente, como uma enfermeira que tem em seu cotidiano de trabalho o lidar e o cuidar de crianças que se encontram em processo de morrer, vejo esse estudo com grande valia e como uma oportunidade de amadurecimento e crescimento profissional e intelectual.

A riqueza desse estudo não me fez ter uma visão minimalista da morte de crianças, mas me fez compreender que morrer na infância não é injusto como muitos pensam. Cuidar integralmente nessa condição é necessário. Digo isso imbuída de ensinamentos religiosos também. Penso assim porque não tenho filhos? Talvez. Mas hoje acredito que o fenômeno morte é tanto bom quanto ruim, em qualquer idade. Cada ser humano tem sua história, seu envolvimento, sua rede social, tenha este ser humano 24 horas de nascido ou 100 anos de vida.

Este estudo mudou a minha concepção de uso da tecnologia como obstáculo para vida e morte, e me fez entender que a tecnologia foi criada e existe para benefício do humano, desde que operada com consciência, responsabilidade e ética.

Hoje me sinto muito mais segura para lidar com crianças em iminência de morte e com aquelas já mortas, porém lidar com as famílias dessas crianças é algo que me inquieta e interfere intensa e profundamente com meus sentimentos.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, I.R. et al. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.2, p.131-7. 2006.

ARONE, E. M.; CUNHA, I.C.K.O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.6, p. 721-3, nov-dez. 2007.

BARDIN,L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARRA, D. C. C., et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.08, n.03, p.422-430, 2006. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a13.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm). Acesso em: 24 de nov.2008.

BASSANI, J.W.N. Tecnologia para a Saúde. **Revista Multiciência – Revista dos Centros e Núcleos da Unicamp**. Campinas. set. 2011. Disponível em: [http://www.multiciencia.unicamp.br/intro\\_05\\_mais.htm](http://www.multiciencia.unicamp.br/intro_05_mais.htm). Acesso em: 04 set 2011.

BECK, C.L.C; GONÇALVES, R.M.B; LEOPARDI, M.T. O “estado de alerta” dos trabalhadores de enfermagem em unidades críticas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.11, n.1, p.151-68. 2002.

BELLATO, R; CARVALHO, E.C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13, n.1, p.99-104. jan-fev. 2005.

BRASIL, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde/ Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Elaborado em Janeiro de 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/146morte\\_encefalica.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/146morte_encefalica.html). Acesso em: 07/03/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ciência e Tecnologia, 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1026](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1026)>. Acesso em: 12/03/2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente / Ministério da Saúde. –3. ed. – Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 96 p. – (Série E. Legislação de 106 Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em: 03 out 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. -2.ed.- Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 32p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRÊTAS, J.R.S. et al. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre a morte e o morrer. **Rev. Esc. Enferm. USP**. V.40, n.4, p. 477-83. 2006.

CARMO, S A. **A criança com câncer em processo de morte e morrer e sua família: perspectivas para a enfermagem pediátrica**. 2010. 106p. Dissertação – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CASATE, J.C; CORRÊA, A.J. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13, n.1, p.105-11, jan-fev. 2005.

COELHO, L.P; RODRIGUES, B.M.R.D. O cuidar da criança na perspectiva da bioética. **Rev. enferm. UERJ**, v.17, n.2, p.188-93, abr-jun. 2009.

COSTA, J.C.C; LIMA, R.A.G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/ adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13, n.2, p.151-7, março-abril. 2005.

DASTUR, F. **A morte: ensaio sobre a finitude**. [Tradução de Maria Tereza Pontes], - Rio de Janeiro: DIFEL, 2002. 126p.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 7.0** Editora Positivo. Curitiba, 2010. 1 CD-ROM.

FREITAS, H. As tendências em Sistemas de Informação com base em recentes congressos. Porto Alegre: **ReAd**, n.13, p.20, jan. 2000.

FREITAS, H.; CUNHA, M.V.M; MOSCAROLA, J. Aplicação de um sistema de software para auxílio na análise de conteúdo. São Paulo: **RAUSP**, v.32, n.3, p.97-109, jul-set. 1997.

FREITAS, H.; JANISSEK-MUNIZ, R. A Análise Léxica. **Revista Quanti & Quali**. 2008. Disponível em <http://www.quantiquali.com.br/revista/?do=03>. Acesso em: 18 out 2011.

FREITAS, H.; MOSCAROLA, J.; JENKINS, M. Content and lexical analysis: a qualitative practical application. Baltimore, MD, EUA: ISRC, Merrick Scholl of Business, University of Baltimore (MD, EUA), **WP ISRC No 070498**, April 1998. 35 p.

GHEZZI, M.I.L. **Convivendo com o ser morrendo**. 2ªed. Porto Alegre: Sagra – D.C. Luzzato, 1995, 136 p.

GIACOIA, O.J. A visão da morte ao longo do tempo. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v.38, n.1, p. 13-19. 2005.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOSWAMI, A. **A física da alma: a explicação científica para a reencarnação, a imortalidade e experiências de quase-morte.** [Tradução de Marcello Borges], - 2ªed. São Paulo : Aleph, 2008. 316p.

GRAWITZ, M. **Méthodologie des Sciencies Sociales.** Paris: Dalloz, 1976 and 1993.

GUTIERREZ, B.A.O. **O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva.** 2003. 228p. Tese – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

GUTIERREZ, B.A.O., CIAMPONE, M.H.T. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer em unidades de terapia intensiva. **Acta. Paul. Enferm.** v.19, n.4, p. 456-61. 2006.

KOVÁCS, M.J.et al. **Morte e desenvolvimento humano.** 5ªed. Casa do Psicólogo, 2008.

KOVACS, MJ et al. Cuidando do cuidador em UTIs Pediátrica e Neonatal. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 32, n.1, p. 24-30, jan/mar. 2008.

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], - 9ªed. - São Paulo : Martins Fontes, 2008. 296p.

LAGARDE, J. **Initiation à l'analyse dès donnés.** Paris: Dunod, 1995. 162 p.

LAGO, P.M. et al. Terminalidade e condutas de final de vida em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** v.19, n.3, p. 359-63, jul/set. 2007.

LEBARTE, L.; SALEM, A. **Statistique Textuelle.** Paris: Dunod, 1994. 342 p.

LEPARGNEUR, H. **O doente, a doença e a morte: implicações sócio-culturais da enfermidade.** Campinas – SP: Papyrus, 1987, 208p.

MARTINS, J.J. O processo de morte e morrer: relatando a vivência dos trabalhadores de enfermagem de uma UTI diante deste acontecimento. **Rev Ci Saúde**, v.19, n.2, p.28-34. 2000.

MIGLIORINI, R.C. **Corpos mortos e vivos: as cerimônias mortuárias e as representações da morte entre os católicos brasileiros**. 2009. 130p. Dissertação-Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2009.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28<sup>a</sup>ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 9<sup>a</sup>ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2<sup>a</sup>ed. São Paulo: Hucitec, 2002, 89p.

MORIN, E. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago Ed. 1997, 356p.

MOTA, M.S. et al. Reações e sentimentos de profissionais de enfermagem frente a morte dos pacientes sob seus cuidados.**Rev Gaúcha Enferm**. v.32, n.1, p.129-35. Mar. 2011.

NETO, J.G. **Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros relativos a pacientes terminais**. 2010. 68p. Dissertação – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PAULI, C; BOUSSO, R.S. Crenças que permeiam a humanização da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.11, n.3, p.280-6. 2003.

POLES, K. **O desenvolvimento do conceito de morte digna na UTI pediátrica.** 2008. 133p. Tese - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

POLES, K.; BOUSSO, R.S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.14, n.2, p.207-13, março-abril.2006.

ROCHA, P.K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo do Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.1, p.113-6, jan-fev.2008.

ROTTA, A.T. Cuidados no final da vida em pediatria: muito mais que uma luta contra a entropia. **Jornal de Pediatria**. v.81, n.2, p. 93-5. 2005.

SADALA, M.L.A.; SILVA, F.M. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.2, p.287-94. 2009.

SANCHES, P.G; CARVALHO, M.D.B. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.30, n.2, p.289-96. Jun. 2009.

SCHEPS, R. e org. **O império das técnicas.** Campinas – São Paulo: Papyrus, 1996, 230 p.

SCHWONKE, C.R.G.B. et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm**, v.64, n.1, p.189-92. 2011.

SHIMIZU, H.E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev. Bras. Enferm**, v.60, n.3, p.257-62. 2007.

SHOPENHAUER, A. **Metafísica do amor, metafísica da morte.** 1ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2000, 140 p.

SILVA, F.A.C et al. Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.334-41, abr-jun 2009.

SILVA, M.R.S et al. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Padéia.** v.13, n.26, p.147-56. 2003.

SILVA, M.R.R et al. Resiliência e promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.** v.14, n.Esp, p.95-102. 2005.

SILVA, R. C. L. **O imaginário de enfermeiros quando cuidam na fronteira vida-morte: Um estudo sóciopoético.** 2001.153p. Dissertação-Centro de Ciências e Biológicas da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SILVA, R. C. L. **O significado do cuidado em terapia intensiva e a (des)construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas.** 2006. 156p. Tese-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, R. C. L. et al. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v.12, n.01, p.156-159, mar.2008.

SILVA, F.R. **Cuidado de enfermagem na complexidade humana: um estudo sobre a espiritualidade no controverso discurso de (des) humanização.** 2010. Dissertação – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SÓRIA, D.A.C. et al. Resiliência na área de enfermagem em oncologia. **Acta. Paul. Enferm.** v.22, n.5, p.702-6. 2009.

SOUZA, L.B. et al. A ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v.58, n.6, p. 730-4, nov-dez.2005.

SPHINX Léxica for Windows, Guia do usuário. Sphinx Consultoria, Brazil, 1997.

TABOADA, N.G et al. Resiliência em busca de um conceito. Rev. Bras. Crescimento Desenvol Hum. v.16, n.3, p.104-13. 2006.

**ZORZO, J. C. C. O Processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem.** 2004. 126f. Dissertação – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP, Ribeirão Preto, 2004.



## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi escolhido (a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **Reflexões acerca da morte e do morrer em unidades de terapia intensiva pediátrica: Um estudo sobre morte e tecnologia e os desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida no mundo contemporâneo**, que tem como objetivos: **Descrever o que pensam os profissionais da equipe de enfermagem acerca do processo de morte e morrer na UTIP; Identificar as dificuldades apontadas pela equipe de enfermagem para cuidar de clientes pediátricos em processo de morte e morrer em UTIP; Identificar as estratégias utilizadas por esses profissionais para superar as dificuldades apontadas no contexto de cuidar de clientes em processo morte e morrer nessas unidades; Analisar as possíveis relações entre o ambiente marcadamente tecnológico da UTIP e o modo como pensam e se relacionam com a realidade da morte e do morrer nessas unidades.** A pesquisa terá duração de 2 anos, com o término previsto para dezembro de 2011.

Suas respostas serão **anônimas e confidenciais**, ou seja, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Se for preciso exemplificar alguma situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será trocado por outro qualquer.

Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **parar** de responder qualquer pergunta ou desistir de participar. Sua desistência não prejudicará o pesquisador ou a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será gravada em MP3 para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Você **não pagará nem receberá nenhuma quantia em dinheiro. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionados à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de melhorar pesquisa na área de enfermagem pediátrica.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável e do orientador, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. O Comitê de Ética e Pesquisa da instituição também ficará à disposição para maiores esclarecimentos através do telefone: 2554-1730. Desde já agradecemos!

\_\_\_\_\_  
 Bruna Santos Ferreira  
 Pesquisador Responsável  
 Cel: 9602-8981  
 E-mail: enfebsan@hotmail.com

\_\_\_\_\_  
 Roberto Carlos L. da Silva  
 Orientador  
 Cel: 8118-3764  
 E-mail: proflyra@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa (INSTITUIÇÃO)

Rio de Janeiro, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE II

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### Perfil Sócio-Demográfico

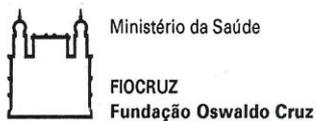
Identificação/Pseudônimo: \_\_\_\_\_

1.1 Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
1.2 Idade	
1.3 Categoria Profissional	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem
1.4 Grau de Escolaridade	<input type="checkbox"/> Curso Técnico em Enfermagem <input type="checkbox"/> Graduação em Enfermagem <input type="checkbox"/> Pós Lato-senso <input type="checkbox"/> Pós Stricto-senso
1.5 Tempo de Trabalho na Enfermagem	Anos:
1.6 Tempo de Trabalho em Pediatria	Anos:
1.7 Jornada de Trabalho	<input type="checkbox"/> Diarista <input type="checkbox"/> Plantonista Escala: Turno:
1.8 Carga Horária Semanal	Hs/semanal:
1.9 Tem outro emprego?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos?

#### Entrevista

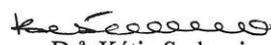
- 1- O que significa pra você a morte e o morrer?
- 2- Fale um pouco sobre o significado de morte e morrer na UTIP.
- 3- Você se sente preparada (o) para cuidar desse tipo de clientela? Por quê?
- 4- Se não se sente preparado, o que é necessário para que se sinta?
- 5- O aparato e toda evolução tecnológica disponível na atenção a saúde de doentes críticos, sobretudo em UTIP's, modificaram ou influenciaram de alguma forma o modo de você pensar e agir diante da morte e morrer no seu cotidiano profissional? Por quê?

## ANEXO I

**REGISTRO DE PROJETO**

Informamos que o projeto “Reflexões acerca da morte e do morrer em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica: um estudo sobre morte e tecnologia e os desafios para cuidar em Enfermagem na finitude da vida no mundo contemporâneo” ser desenvolvido por Bruna Santos Ferreira foi devidamente protocolado neste Departamento sob o nº 1023/Dpq/2010.

Rio de Janeiro, 28 de outubro de 2010.

  
Dr.<sup>a</sup> Kátia Sydrônio  
Vice-Diretora de Pesquisa

## ANEXO II

## Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

**Título do Projeto: Reflexões acerca da morte e do morrer em unidades de terapia intensiva pediátrica: um estudo sobre morte e tecnologia e os desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida no mundo contemporâneo.**

**Pesquisador Responsável Bruna santos Ferreira**

**Data da Versão 08/11/2010**

**Cadastro FR381932**

**Data do Parecer 13/12/2010**

**Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais**

**Objetivos do Projeto**

Descrever o que pensam os profissionais da equipe de enfermagem acerca do processo de morte e morrer em UTIP; Identificar as dificuldades apontadas pela equipe de enfermagem para cuidar de clientes pediátricos em processo de morte e morrer em UTIP; Identificar as estratégias utilizadas por estes profissionais para superar as dificuldades apontadas no contexto de cuidar de clientes em processo de morte e morrer nessas unidades; Analisar as possíveis relações entre o ambiente marcadamente tecnológico da UTIP e o modo como pensam e se relacionam com a realidade da morte e do morrer nessas unidades.

**Sumário do Projeto**

A pesquisadora pretende realizar entrevistas em uma Instituição Federal Pública de saúde, com profissionais da equipe de enfermagem que trabalhem a pelo menos um ano em UTIP. As entrevistas serão realizadas entre dezembro de 2010 e abril de 2011. Serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas conforme anexo ao projeto.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Outro (citar no comentário)
Outras instituições envolvidas	Projeto Multicêntrico
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

A pesquisa será na UTIP do IFF.

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

A introdução é adequada permitindo a compreensão do contexto do estudo a partir da vivência da pesquisadora, o que acrescentou riqueza à redação.

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Os objetivos definidos pela pesquisadora são adequados e exequíveis, conforme metodologia explicitada.

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total NÃO Local NÃO
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa quali)
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Não se aplica
Crítérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Não se aplica

**APROVADO**

Válido Até 30/04/2011

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ  
Telefone: 2552-8441 / 2554-1700 r. 1730

*M. K. M. M.*  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Avaliação dos dados	Adequada - qualitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo.

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	mar 2010
Data de término prevista	nov 2011
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Importante ressaltar que algumas etapas do cronograma acadêmico, como defesa do projeto, qualificação e defesa de dissertação são desnecessárias para apresentação ao CEP, devendo manter apenas as etapas relativas à execução do projeto.

Referências Bibliográficas	Adequadas
----------------------------	-----------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

**Aprovar**

Comentários Gerais sobre o Projeto

A morte é um evento presente no cotidiano de Enfermeiros que atuam em UTIP. Esta é uma tarefa árdua para a qual o enfermeiro precisa estar preparado. Neste sentido, consideramos que o projeto possui grande relevância já que produzirá conhecimento em área de interesse para a área da enfermagem pediátrica em geral e da enfermagem em terapia intensiva pediátrica em particular.

**APROVADO**

Válido Até 30/04/2011

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ  
 Telefons. 2552-8411 / 2554-1700 r. 1730

*M. Eduardo*  
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Andamento do projeto - CAAE - 0076.0.008.000-10				
<b>Título do Projeto de Pesquisa</b>				
Reflexões acerca da morte e do morrer em unidades de terapia intensiva pediátrica: um estudo sobre morte e tecnologia e os desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida no mundo contemporâneo.				
<b>Situação</b>	<b>Data Inicial no CEP</b>	<b>Data Final no CEP</b>	<b>Data Inicial na CONEP</b>	<b>Data Final na CONEP</b>
Aprovado no CEP	08/11/2010 14:51:49	14/12/2010 15:03:49		
<b>Descrição</b>	<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Nº do Doc</b>	<b>Origem</b>
3 - Protocolo Aprovado no CEP	14/12/2010 15:03:49	Folha de Rosto	0076/10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	26/10/2010 21:27:37	Folha de Rosto	FR381932	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	08/11/2010 14:51:49	Folha de Rosto	0076.0.008.000-10	CEP

[Voltar](#)

**APROVADO**

Válido Até 30/04/2011

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ  
 Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730

*M. L. M. M.*  
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ