



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE FAEMA

IVONETE CORDEIRO CRUZ

**O ENFRENTAMENTO DO ENFERMEIRO PARA LIDAR COM O PROCESSO DE
MORTE E MORRER DE PACIENTES PEDIÁTRICOS**

ARIQUEMES-RO
2020

IVONETE CORDEIRO CRUZ

**O ENFRENTAMENTO DO ENFERMEIRO PARA LIDAR COM O PROCESSO DE
MORTE E MORRER DE PACIENTES PEDIÁTRICOS**

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção de grau em Enfermagem da
Faculdade de Educação e Meio Ambiente
– FAEMA, na área de Enfermagem.

Orientadora Prof^a Ma. Juliana Barbosa
Framil

Ariquemes-RO
2020

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

C957e CRUZ, Ivonete Cordeiro.

O enfrentamento do enfermeiro para lidar com o processo de morte e morrer de pacientes pediátricos. / por Ivonete Cordeiro Cruz. Ariquemes: FAEMA, 2020.

55 p.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Ma. Juliana Barbosa Framil.

1. Enfermagem Pediátrica. 2. Morte. 3. Comunicação terapêutica. 4. Luto. 5. UTI. I Framil, Juliana Barbosa. II. Título. III. FAEMA.

CDD:610.73

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

IVONETE CORDEIRO CRUZ

O ENFRENTAMENTO DO ENFERMEIRO PARA LIDAR COM O PROCESSO DE MORTE E MORRER DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Trabalho de conclusão de curso para obtenção de grau em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, na área de Enfermagem.

Orientador: Prof^a Ma. Juliana Barbosa Framil

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora Prof^a Ma. Juliana Barbosa Framil
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof. Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof. Esp. Fabiola de Souza Ronconi
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 28 de outubro de 2020.

Dedico todo esse trabalho em especial para Prof^a
Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo que durante
esses 5 anos acreditou em meu potencial e me
incentivou a nunca desistir, tudo que eu sou hoje,
devo totalmente a ela, e ao Prof^o José Ribeiro de
Oliveira que foi um anjo em minha vida.

AGRADECIMENTO

Primeiramente só tenho que agradecer a Deus por toda essa caminhada difícil e turbulenta, mais que nunca me deixou desamparada.

Gratidão ao meu marido Everson Brandino da Rocha por toda paciência, cooperação, me ajudou a superar todas as dificuldades junto comigo.

Quero agradecer a minha filha Jamilly Emanuelle Cordeiro Cruz por ter vencido comigo está grande jornada, não foi fácil né filha? ter que amadurecer fora do tempo ! das vezes que do outro lado da porta estava orando pela mamãe para passar na prova .

Minha grande homenagem para meus amigos, Elianalia dos Santos Ribeiro, Joaquim Maia e Karoline Betzel meu muito obrigada, pois sem vocês não iria conseguir chegar até aqui.

Quero tributar á excelência magnificada orientadora Prof^a Ma. Juliana Barbosa Framil por todo seu conhecimento que me passou , sua paciência e dedicação, que nem um momento desistiu de mim. Minha grandiosa querida Prof^a Esp. Fabiola de Souza Ronconi, que sempre me estendeu a sua mão por muitas vezes deixou seu lado professora, e tornava uma grande amiga quando eu mais precisava, meu muito obrigado por tudo.

E não posso deixar de falar dessa pessoa maravilhosa que é Prof^a Kátia Regina Bruno, que sempre teve paciência comigo .

RESUMO

Este estudo busca descrever a o enfrentamento do enfermeiro para lidar com o processo de morte e morrer de pacientes pediátricos, considerando que a morte é, sem sombra de dúvidas, caracterizada como acontecimento dramático que causa maior dor e sofrimento nos indivíduos que vivenciam, quer direta ou indiretamente, dado constatado desde cedo de consternação que aplaca familiares, amigos e até mesmo os profissionais em saúde principalmente aos enfermeiros e sua equipe. Tais profissionais lidam constantemente com doenças e mortes de infantes e lutos daqueles que fazem parte da família sem que estejam preparados de forma correta a lidarem com este tipo de situação. Tais ocorrências geram desgastes psicológicos, dor iminente tanto quanto os impactos emocionais que tomam conta de forma inevitável neles próprios. Por este motivo o estudo se revela de grande importância na área da saúde principalmente quando se trata dos profissionais enfermeiros. Baseando-se nestes requisitos desenvolveu-se esta pesquisa, com o objetivo de descrever como se dá o enfrentamento do profissional enfermeiro em lidar com o processo de morte e morrer de pacientes pediátricos. O método da pesquisa baseou-se em revisão de literatura com caráter descritivo e exploratório. Como resultados nota-se que o enfrentamento da interrupção do ciclo de vida pediátrico constitui-se em algo triste, doloroso, incompreensível e inaceitável que ocorre frequentemente nas unidades de saúde trazendo impactos não só aos familiares como também aos profissionais em saúde diretamente aos que estão em linha de frente como os enfermeiros. Enfim, como considerações finais observa-se que a temática com relação à morte ainda é pouco difundida no quesito formação profissional e que seria necessário maior acompanhamento e atenção a fim de contribuir de forma a minimizar os danos causados àqueles que estão em linha de frente, que lidam com a morte de crianças cotidianamente em seu ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica. Morte. Comunicação terapêutica.

ABSTRACT

This study seeks to describe how nurses cope with dealing with the death and dying process of pediatric patients, considering that death is, without a doubt, characterized as a dramatic event that causes greater pain and suffering in individuals who experience it, either directly or indirectly. Indirectly, data found at an early stage of consternation that placates family members, friends and even health professionals, mainly nurses and their staff. Such professionals constantly deal with diseases and deaths of infants and mourners of those who are part of the family without being properly prepared to deal with this type of situation. Such occurrences generate psychological wear and tear, imminent pain as much as the emotional impacts that inevitably take on themselves. For this reason, the study proves to be of great importance in the health area, especially when it comes to professional nurses. Based on these requirements, this research was developed, with the objective of describing how the professional nurse copes in dealing with the process of death and dying of pediatric patients. The research method was based on a literature review with a descriptive and exploratory character. As a result, it can be noted that coping with the interruption of the pediatric life cycle constitutes something sad, painful, incomprehensible and unacceptable that occurs frequently in health units, bringing impacts not only to family members but also to health professionals directly to those who are in the front line like nurses. Anyway, as final considerations, it is observed that the theme in relation to death is still not widespread in terms of professional training and that more monitoring and attention would be necessary in order to contribute in order to minimize the damage caused to those who are in the front line, who deal with the death of children on a daily basis in their work environment.

Keywords: Pediatric Nursing. Death. Psychological and therapeutic monitoring.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS-BIREME	Biblioteca Virtual em Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidade de tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
2.1	OBJETIVO GERAL	9
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3	METODOLOGIA	10
4	REVISÃO DE LITERATURA	11
4.1	PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO INFANTIL	11
4.2	O PROCESSO DE MORRER	15
4.3	A ENFERMAGEM EM SEU CONTEXTO HISTÓRICO	16
4.4	A ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO	18
4.5	ENFERMAGEM: A ATENÇÃO E O CUIDADO COMO RECURSO DE TRATAMENTO	20
4.6	O COMO OS ENFERMEIROS LIDAM COM A MORTE E MORRER DE CRIANÇAS	22
4.7	O PROCESSO TERAPÊUTICO E SUAS DIFERENTES TECNOLOGIAS	27
4.8	CLASSIFICAÇÃO DAS TECNOLOGIAS.....	28
4.9	A TECNOLOGIA LEVE: UMA CONSTANTE NO ATENDIMENTO	29
4.10	AS TECNOLOGIAS LEVES E A INTERAÇÃO COM O PACIENTE.....	32
4.11	PRINCIPAIS ASPECTOS POSITIVOS DA INTERAÇÃO/COMUNICAÇÃO ...	33
4.11.1	Presença	36
4.11.2	Atenção	37
4.11.3	A escuta	38
4.11.4	Comunicação	39
4.11.5	Silêncio	39
4.11.6	Toque terapêutico	40
4.11.7	Empatia	41
4.11.8	Morte e processo de luto	42
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXO	56

1 INTRODUÇÃO

Discussões têm ocorrido acerca do enfrentamento na morte em pacientes pediátricos, dado ao fato de que a rotina da criança, com a perda de referências com a família, escola, amigos e outros (OLIVEIRA E QUINTANA, 2010).

Mesmo fazendo parte do ciclo da vida do ser humano, a morte é, ainda na atualidade, um tema polêmico, doloroso, por vezes evitado, e por todos, incompreendida e insolúvel que traz medo, angústia e ansiedade. (MOTA e GOMES 2011).

O término da vida na infância, se comparado à fase adulta é considerado mais doloroso, já que a morte de uma criança leva a um conceito de tragédia e interrupção do ciclo vida. Entretanto, mesmo o profissional enfermeiro vivenciando rotineiramente com este fator, ainda é difícil lidar com a mesma, principalmente em se tratando de pacientes pediátricos. (RAMALHO, MARTINS 2007).

São inúmeras as reações surgidas no seio da equipe de enfermagem em setores que atuam diretamente com morte, alguns se retraem, outros se emocionam, fazem questionamentos acerca do por que da morte na finitude humana e criam estruturas de defesa, como racionalização do cuidar, buscando assim agirem de forma mecânica sem o estreitamento de laços com os pacientes (FERREIRA, 2002).

O interesse pela temática surgiu após vivências paliativas em situações com o fator morte no período, onde se percebeu quão importante são cada segundo da vida do ser humano, despertando desta forma interesse pelo tema, a ponto de buscar e explorar mais literaturas no assunto.

Portanto o trabalho apresenta relevância mediante ao fato de que a morte é algo inevitável, que causa dor, tristeza, e em alguns casos, distúrbios psicológicos e outros que acometem o ser humano independente da idade que é enfrentada, seja prematura ou avançada. Desta forma, o objetivo geral Evidenciar a necessidade de preparação do enfermeiro para o enfrentamento do processo de morte e morrer de pacientes pediátricos. Dentro deste panorama foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: Conceituar a morte e processo de luto identificando as principais causas de óbito infantil; Relatar as estratégias utilizadas por enfermeiros diante do processo de morte e morrer de crianças; Descrever a importância da comunicação enfermeiro e família durante o processo de morte e morrer; Apontar

importância da comunicação enfermeiro/paciente/família ao lidar com a morte de crianças.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Evidenciar a necessidade de preparação do enfermeiro para o enfrentamento do processo de morte e morrer de pacientes pediátricos.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceituar a morte e processo de luto identificando as principais causas de óbito infantil;
- Relatar as estratégias utilizadas por enfermeiros diante do processo de morte e morrer de crianças;
- Descrever a importância da comunicação enfermeiro e família durante o processo de morte e morrer;

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo, exploratório. A revisão de literatura consiste em um método rigoroso, de busca e seleção de pesquisas, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível por meio de descrições minuciosas dos dados oriundos da pesquisa, estruturando de forma orgânica diferentes ideias e contribuições para uma maior familiarização com o tema proposto (GIL, 2010).

De acordo com Gil (2010), em um levantamento bibliográfico o pesquisador trabalha a partir de observações sistemáticas, fazendo questionários a respeito do problema pesquisado, descrevendo as opiniões, atitudes e crenças de uma população ou analisando dados de uma amostra científica, com base em depoimentos, entrevistas, textos científicos e documentos.

O presente estudo foi realizado por meio de consulta na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Bireme), especialmente nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Enfermagem Pediátrica. Morte. Comunicação terapêutica.

Quanto aos critérios de inclusão que foram utilizadas publicações na língua portuguesa do Brasil e textos disponíveis na íntegra, que atendeu um espaço de tempo médio de 38 anos de publicação (1979 a 2017). Destes, foram acessados 120 materiais e utilizados 99 por conter em seus dados a finalidade do tema abordado. Alguns foram citados fora da média temporal por terem relevância para os dados obtidos na temática. O período da pesquisa ocorreu entre julho de 2019 a junho de 2020.

Os critérios de exclusão foram: publicações em línguas estrangeiras, textos não disponíveis na íntegra para consulta e aqueles que não atenderam à temática proposta.

4 REVISAO DE LITERATURA

A morte é e certamente será algo incompreensível e difícil de ser enfrentada, principalmente em países ocidentais onde a temática é pouco difundida pela sociedade, pois causa espanto, receio e medo. Mesmo sendo algo inevitável do ciclo de vida do ser humano, lidar com o assunto causa espanto e dor (SANTOS, JESUS & PORTELLA, 2013).

O encerramento da vida é algo doloroso, seja na infância ou em fase adulta, trazendo àqueles que fazem parte do convívio da pessoa perdida a sensação de tragédia que marca para o resto de suas vidas. Profissionais em saúde vivenciam cotidianamente situações de morte na prática, o que torna visível as reações na equipe que atuam de forma direta com este tipo de situação (SANTOS, JESUS & PORTELLA, 2013).

4.1 PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO INFANTIL

Constatou-se no Brasil, nos últimos 25 anos, um declínio acentuado no que diz respeito a mortalidade infantil alcançando a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) antes de 2015. (BRASIL, 2015).

Contudo, ainda existe uma enorme preocupação, pois mesmo ocorrendo um declínio tão acentuado, os níveis ainda se encontram elevados, o que chama a atenção para uma avaliação de desempenho, para que possam ser identificadas as desigualdades de cada região. (BARROS, et al. 2010).

Á de se deixar apontado que as causas de morte em crianças tem sido marco importante para que haja definição de ações preventivas e de maneira efetiva.

Segundo França, et al. (2017), o grande índice de morte na infância, ocorre no primeiro ano de vida e principalmente no primeiro mês. Existe uma incidência bastante grande das causas perinatais, como por exemplo, a prematuridade, que são fatos relacionados ao período gestacional, ao parto e ainda pós-parto, que em geral podem ser remediados por meio de assistência mais adequada à saúde considerando que seja de melhor a maior qualidade.

França, et al. (2017), destacam que é necessário acompanhamento pré-natal precoce e realizado conforme determinações dos órgãos técnicos verificar, com relação ao acesso aos serviços de saúde, as condições de assistência no pré-natal,

assistência ao parto e ainda ao atendimento imediato aos recém-nascidos. Nota-se que existe uma associação da mortalidade neonatal precoce, ou seja, de baixo grau de instrução às mães, de gestantes com baixo ou sem nenhum grau de instrução escolar, que necessitam urgentemente de atenção especial em se tratando dos serviços de saúde.

Os sistemas de informações nacionais têm recebido incentivos e novas roupagens através de investimentos pro meio do Ministério da Saúde, incluindo principalmente a inclusão de metas que possam ter relação à qualidade de informações com relação aos óbitos na Programação Pactuada e Integrada dos municípios, onde busca intensa investigação nos motivos e causas de óbitos que por vezes são declarados como mal definidos, além de estímulo aos comitês de prevenção do óbito materno, infantil e fetal (FRANÇA, et al., 2017), e mesmo assim ainda existem grandes diferenças de forma regional de subnotificações de óbitos de preenchimento incorreto das causas de morte (GBD, 2015).

Neste segmento o último estudo que pode agregar enfoques regionais para alguns países, inclusive o Brasil, traz apontamentos de forma singular para estudos com diretrizes à mais diversas realidades de cada região brasileira, utilizando-se de metodologia padrão para que ocorra a correção de problemas de qualidade em saúde a fim de melhorar as estatísticas em questão (GBD, 2015).

Em pesquisa realizada entre o período de 1990 a 2015, sobre as causas de mortalidade por 1.000 nascidos vivos (NV), menores de 5 anos de idade, observou-se redução de 94,7% por causas diarreicas quando no ano de 1990 era representada pela 2ª posição passando para 7ª posição em 2015. Já os óbitos por infecções respiratórias passaram da 5ª para a 9ª posição. A asfixia intraparto ganhou pontos de ascensão indo da 4ª para 3ª posição acompanhada pela sepse neonatal que subiu da 6ª para a 4ª. A prematuridade foi a principal causa de óbitos na pesquisa, apesar de ter uma queda notável de 72,0% nas taxas 11,35/1.000 NV, em 1990, e 3,18/1.000 NV, em 2015. As anomalias congênitas passaram da 5ª posição em 1990, para a 2ª figurando a principal causa em 2015. (FRANÇA, et al., 2017).

Observou-se ainda, entre as 20 posições de topo já em 2015, como principais causas externas: 10ª posição aspiração de corpos estranhos; 11ª acidentes de trânsito; 12ª por afogamento; 13ª por meio de violência interpessoal. Já por estado brasileiro, observam-se as principais causas no ano de 2015, como prematuridade e anomalias congênitas, sendo que a segunda corresponde à principal causa de morte

nos estados das regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste, exceto Minas Gerais e Goiás. Já a prematuridade alcança a principal causa de óbitos nos estados do Norte e Nordeste. Já a morte por asfixia corresponde à terceira posição na maioria dos estados, com exceção do Maranhão que ocupa a 2ª posição. A desnutrição abarca todos os estados das regiões Norte e Nordeste, e ainda os estados do Mato Grosso do Sul e Espírito Santo, ficando em um patamar entre as dez principais causas de mortalidade em 2015. (FRANÇA, et al., 2017).

Soares e Menezes (2010) destacam que é necessário acompanhamento pré-natal precoce e realizado conforme determinações dos órgãos técnicos verificar, com relação ao acesso aos serviços de saúde, as condições de assistência no pré-natal, assistência ao parto e ainda ao atendimento imediato aos recém-nascidos. Nota-se que existe uma associação da mortalidade neonatal precoce, ou seja, de baixo grau de instrução às mães, de gestantes com baixo ou sem nenhum grau de instrução escolar, que necessitam urgentemente de atenção especial em se tratando dos serviços de saúde.

Furtado et al. (2010) deixam destacado que o principal objetivo da Atenção Primária em Saúde (APS), é proporcionar engajamento e articulação entre os três principais cuidados com a criança, assistência pré-natal, o nascimento e o pós-natal, além do elo entre a família em a rede social com apoio, que possa favorecer e proporcionar maneiras para que desta forma, a família possa se desenvolver de maneira satisfatória à saúde, observando sempre seu contexto, para que assim ofereça ao recém nascido um bom acompanhamento no crescimento e desenvolvimento, afim de serem evitados óbitos.

Quando se trata de óbito em crianças, não se resume apenas a neonatais. A grande demanda na maioria dos casos, por pacientes com idade de 1 a 5 anos de idade, dá-se principalmente por agravos respiratórios, convulsões, intoxicações, processos infecciosos e traumáticos, sendo os dois últimos como principal indicador e causadores de pacientes em UTI (EINLOFT et al., 2002; MOLINA et al., 2008).

Rocha (2007) diz que os processos traumáticos, são apontados como um dos principais motivos de óbito e sequelas em crianças e adolescentes, não só no Brasil, mas em todo mundo, sendo que no Brasil, é representada por 50% dos óbitos na adolescência.

Abramovici e Waksman (2005) destacam que os traumas mais graves levam a complicações clínicas ainda maiores, podendo ser citadas, quedas, aspersão de

corpo estranho, queimaduras, acidentes por atropelamento, afogamento, sendo que na fase de adolescência, os principais motivos pairam entre violência, homicídio e suicídio, que em grandes casos se sobrepõe as demais causas, sendo que o público que mais se destaca é o masculino devido à facilidade em se envolver em situações de risco.

Fatores socioeconômicos, quando relacionados a baixa renda familiar, deficiência na escolaridade dos pais e ainda ambientes de perigo, podem entrar como componentes de risco contribuindo desta forma para ocorrência de acontecimentos traumáticos (TASKER; GUPTA; WHITE, 2004 apud ROCHA, 2007).

Já quando se trata de doença crônica, na maioria das vezes o prognóstico é incerto, como longa ou sem definição de tempo. Trazem um quadro clínico que pode mudar com o passar do tempo, com período de agonia que geram na maioria dos casos sintomas de incapacidade. No quadro clínico de doenças crônicas, elas são responsáveis pela grande demanda de hospitalizações, que necessitam de processo continuado de assistência e que, em grande parte dos casos não levam a cura.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) milhões de crianças chegam a óbito em todo o mundo. Sendo que a maioria é de países em desenvolvimento que podem ser evitadas, com ações simples, acessíveis e que são bastante eficazes (ONU, 2013).

Wang (2013) aponta que os esforços devem ser continuados e de forma mais intensa para que possa alcançar os objetivos almejados que são os de reduzir a mortalidade infantil, usando-se dos benefícios de novas tecnologias, estudos para que assim possa alcançar o progresso buscado. Ainda segundo Wang (2013), um fator que atinge grande parte da população infantil é a epidemiologia, causada por conta da vulnerabilidade biológica e social que afetam crianças com menos de 5 anos de idade.

Dados da UNICEF (2013) apontam as crianças da África, com uma probabilidade de 15 vezes maior em morrer antes dos cinco anos de idades quando comparadas a crianças de regiões desenvolvidas. Estimando ainda que 6,6 milhões de crianças morrem antes de completar os 5 anos. Grande parte de mortes desta população poderia ser evitada se fossem utilizadas ações práticas e simples. Deixa ainda apontado que grande parte dos óbitos é originária de pneumonias, complicações do parto, diarreia, malária; e cerca de 1/3 das mortes estão ligadas por desnutrição.

No entendimento de Black (2010) uma porção com cerca de 8,8 milhões de mortes infantis abaixo dos cinco anos de idade, 68% são causadas por doenças infecciosas, 18% por pneumonia 15% de diarreia e 8% de malária.

Segundo a ONU (2013) condições relacionadas à desnutrição levam a morte cerca de 45% de crianças com idade menor de 5 anos.

Ainda segundo a ONU (2013), com esforços mais eficazes, é possível que as taxas de mortalidade venham cair a cada ano, com intervenções simples, contudo eficazes como vacinação, contra tuberculose, sarampo, poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, pneumonia entre outras vacinas disponíveis e que podem proteger as crianças se os procedimentos e medidas forem tomados em tempo hábil. A prevenção ainda é o melhor remédio contra qualquer tipo de doença.

4.2 O PROCESSO DE MORRER

A vida passa por um fio, o chavão que comumente se ouve em diferentes situações da vida é uma constante na teorização da morte, ou seja, ela é representada por incertezas e por etapas que nem sempre se concretizam como a pessoa e seus familiares esperavam. Mas enquanto se tem possibilidade de viver, assim se deve fazê-lo com discernimento e inteligência e se ainda há possibilidade de mantê-la cabe aos profissionais ligados à saúde, quando procurados empenharem-se ao máximo para que essa seja de qualidade (BARCELOS, 2003).

A hora do fim, ninguém sabe, e é inevitável, mas é necessário que a equipe esteja pronta a garantir uma morte digna ao paciente, sem que haja intervenções a fim de prolongar a vida, pois é algo real e doloroso. Desta forma quando a família e entes queridos se encontram amparados e bem assistidos se torna menos árdua e dolorosa a partida. (KODADEK & FEEG, 2002).

Acredita-se que jamais um paciente estará preparado para viver essa situação, tem pacientes que relutam contra a sorte que a vida lhe impõe, outros se sentem vitimados e há muitos casos que estes se revoltam e até se negam ao tratamento. Mas o profissional de enfermagem necessita realizar seu trabalho e para isso é preciso contar com a confiança e com a aceitação deste (MACIEL, 2012).

Assim, para desempenhar com desenvoltura e agilidade o trabalho de cuidar e assistir aos doentes em suas necessidades é que os profissionais de enfermagem necessitam utilizar-se de recursos que garantam a eficácia de suas ações,

apropriando-se de tecnologias leves com a interação e a comunicação como manifestações de competência dos seus procedimentos (GEORGE, 2000).

Entretanto quando o paciente é uma criança em estágio terminal, o que ocorre é que a equipe de enfermagem muitas vezes não está preparada para lidar com a perda de uma jovem vida. Parte disso se deve ao fato de que há uma ideia contrária de que eles não podem morrer, ato natural e melhor aceitável quando se trata do idoso. (GEORGE, 2000).

Segundo Zorzo (2004, p.39) pode-se dizer 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.

A morte da criança é interpretada como a interrupção no seu ciclo biológico e o que gera na equipe de enfermagem, sentimentos de impotência, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia. (COSTA, 1998; HOFFMANN, 1991; SPÍNDOLA; MACEDO, 1994). A criança precisa ter todo o apoio no momento de partir, e Lopes, Camargo e Furrer (1999) definem esse morrer bem como uma situação em que o paciente venha a morrer sem dor, acompanhados das pessoas que amam, tendo um acompanhamento adequado.

4.3 A ENFERMAGEM EM SEU CONTEXTO HISTÓRICO

O cuidado com a saúde e com as vítimas de doenças e epidemias nem sempre teve a atenção de profissionais capacitadas a esta função, apesar de existirem pessoas destinadas ao cuidado de outros e a manutenção de atenção àqueles que realmente necessitavam de cuidados. Se desde as primeiras civilizações se mostra registros de pessoas que se dedicavam a cura e ao cuidado, essa função não era delegada a uma profissão (GEORGE, 2000).

Não havia na idade antiga um serviço de enfermagem sistematizado. Todo o cuidado era feito por leigos de maneira empírica e intuitiva, pois a própria concepção da doença era mística. Acreditava-se que para combater a doença era preciso preparar fórmulas mágicas e remédios caseiros. Convém mencionar que a cura de

doenças não é uma exclusividade da medicina, nem dos médicos exaltados em seus livros e afins. Entra-se assim em um panorama chamado de segundo plano da história, dado ao fato que é incorporada a forma central de práticas populares, trazendo a narrativa nas figuras históricas, como curandeiros, bruxos, mestres, personagens anônimos e curiosos no assunto, são tidos como atores de suma importância desde os primórdios. (BOTELHO & BITTENCOURT, 2015).

Nava, (2013), destaca que sobre os curandeiros exercem a 'medicina' por um tipo de gosto inato, ou seja, por tendência ou vocação. No quesito manuseio de ervas e tradições órficas¹ estes atores são menosprezados pelos pontífices da medicina, por conta de exercerem o seu trabalho apenas por vocação e arte e não como profissão.

De acordo com Menezes et al. (2014), desde os primórdios cabia às mulheres, diversas formas de curar que eram passadas de geração em geração prestando tais serviços para homens, mulheres, crianças, idosos, mendigos, e pessoas deficientes. Porém, esse trabalho não se estabelecia com a ajuda de assistentes treinados e aptos para o auxílio nas atividades, tal função era atribuída às pessoas ligadas aos doentes.

Como se pode notar, a enfermagem nem sempre foi espaço exclusivo de atuação do profissional da área, mesmo sem estabelecer-se como profissão, onde se reconhecia como os auxiliares do médico, na qual não se envolvia uma abordagem diagnóstico-terapêutica (BARCELOS, 2003).

Assim, se percebe que a atenção à saúde ao longo da história vem se transformando e se adaptando às exigências da forma de vida e do aumento considerável da população (HORTA, 1979).

A enfermagem surgiu do desenvolvimento e da evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos e foi por muito tempo uma atividade exercida com predomínio a figura feminina. Muitas vezes os próprios homens não escolhem a enfermagem como profissão, pois há um estereótipo de que profissão masculina é aquela que se concentra na autoridade, poder, força física, heterossexualidade e no trabalho bem remunerado. (FERREIRA, 2002).

¹ Orfismo é o nome dado a um conjunto de crenças e práticas religiosas originárias do mundo grego helenista bem como pelos trácios, associada com a literatura atribuída ao poeta mítico Orfeu, que desceu ao Hades e voltou.

De acordo com Oguisso (2010) todos os acontecimentos que não estavam relacionados com as práticas consideradas domésticas, não diziam respeito às mulheres.

Aos homens, dotados de forças físicas maiores, eram direcionadas tarefas para outros cuidados com o corpo em situações de acidentes durante a caça, a pesca, as feridas, fraturas e traumatismo, e controle de pessoas embriagadas, agitadas, e em estados de delírios. Assim, a enfermagem teve início como atividade presente, não somente em hospitais e linha de frente em atendimento as urgências, como também passou a ter um mercado mais amplo em diferentes espaços de saúde e educação, e ainda em grandes empresas construindo esse novo perfil profissional (BARCELLOS, 2003).

4.4 A ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

A enfermagem começou a ser reconhecida como profissão na época da guerra, onde várias mulheres foram convocadas para realizar tal tarefa nos campos de trabalho, mais precisamente na década de 20. Naquela época, uma das primeiras representantes dessa ação a figura reticente que atuava com bravura em favor da vida foi Florence Nightingale, convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para atuar junto aos feridos em combate na guerra da Criméia em 1854. De acordo com (LEIRA, 2014; p.10):

Durante a guerra, Florence contrai tifo e retorna da Crimeia em 1856, passando a ter uma vida inválida. Passa a dedicar-se a trabalhos intelectuais e recebe um prêmio do governo inglês pelos trabalhos desenvolvidos. Graças a esse prêmio, consegue iniciar a Escola de Enfermagem, em 1860, que certamente mudou o destino da Enfermagem. Com disciplina rigorosa, a escola fundada no Hospital Saint Thomas serviu de modelo para escolas fundadas posteriormente. Com aulas ministradas por médicos, o curso tinha duração de um ano e o regime militar era característica da escola *nightingaleana*. Em 13 de agosto de 1910, Florence morre, mantendo o acesso ao ensino da Enfermagem, que deixa de ser tratado como atividade empírica e passa à ocupação assalariada, passando a atender a necessidade da mão de obra nos hospitais e se estabelecendo como prática social específica e institucionalizada.

No Brasil o histórico da profissão pauta-se do ano de 1922 como o marco inicial da enfermagem moderna brasileira, ano em que foi criada a Escola de enfermagem Anna Nery.

Segundo Leira (2014) foi um período em que a sociedade brasileira passou por profundas mudanças, convergentes de acontecimentos que contribuíram particularmente para isso.

Ainda segundo Leira (2014) podem-se destacar as mudanças políticas sociais advindas de ações como a proclamação da república em 1889, as consequências geradas após a primeira guerra mundial (1914-1918) e no campo econômico a revolução de 1930; o qual trouxe à tona mudanças significativas como o declínio da agricultura, a crise do ciclo cafeeiro e a aceleração do processo industrial; gerando outras seguidas modificações e adequações no campo social e cultural que pontuaram a urbanização, a imigração e os movimentos sociais.

Em relação à expansão cultural, a Semana de arte moderna foi um dos grandes movimentos da época e fez-se marco no desenvolvimento do país, gerando rupturas com conceitos estereotipados que ora faziam da compreensão do conhecimento um subjetivo ressaltado pela cópia das atitudes desenvolvidas na Europa.

Nesse sentido, todos os estudos e formação acadêmica da época passam a considerar a realidade do Brasil e a que se pretende com tal formação e nesse sentido, Merhy (1992) afirma que a Saúde Pública também teve a sua “semana da arte moderna” na década de 20, que marcaria as décadas seguintes pelas questões herdadas desse período. Porém, o reconhecimento da enfermagem como profissão que aconteceu após esse período mudou todo o cenário e levou à implementação de seu ensino, basicamente somente às mulheres.

Todavia, as primeiras escolas da área da saúde, foram consideradas como uma estratégia médica e governamental para controlar e estabelecer regras para a formação e para o exercício das práticas realizadas por aquelas que optaram por esta área sendo raro ver um homem se dedicando a profissão. As epidemias, que não eram novidade, mas, ganhavam outra dimensão, impunham medidas urgentes por parte do Estado. Isso contribuiu para que, nos primórdios da república, a saúde pública aparecesse como preocupação do governo, não só para reverter à péssima imagem que o Brasil estava produzindo no exterior, em decorrência de problemas dessa natureza, mas porque se desejava a universalização de certos serviços públicos como a saúde e a educação (BARCELOS, 2003).

4.5 ENFERMAGEM: A ATENÇÃO E O CUIDADO COMO RECURSO DE TRATAMENTO

A vida é um dom maravilhoso que o ser humano necessita compreender para fazer jus às condições essenciais que levam ao equilíbrio. Porém mesmo com tantos recursos e uma infinidade de modernidades que a globalização trouxe ao mundo e a medicina, não há fórmula que combata a morte e nem tampouco recursos que façam com que a situação de um corpo saudável dure para sempre (MACIEL, 2012).

Nesse contexto é que se percebe o quanto é sofrido encarar as dificuldades que as doenças trazem a falta de serenidade, o abalo psíquico e a falta de trato com certos tipos de doença deixam os pacientes ainda mais doentes, pois além dos elementos que evidenciam a dor e a falta de saúde, existe ainda os sentimentos e as dúvidas que acabam se tornando fatores psicossomáticos, por vezes mais graves que a própria enfermidade (HORTA, 1979).

Mas, em se tratando dos doentes que já apresentam um quadro de saúde debilitado e que estão em fase terminal, os cuidados da equipe que os acompanham deve se voltar para a atenção e para a delimitação de atitudes que venham contribuir para que seus últimos dias ou horas sejam tranquilos e o menos sofridos possível (MERHY, 1992).

Nessas horas, em que os medicamentos já não são mais tão potentes para combater a dor e para minimizar as situações da enfermidade, é necessário agir com ponderação e dedicação, para se amenizar os problemas e as situações apresentadas no momento que antecede essa passagem, principalmente em relação às ações humanitárias que podem gerar mais segurança e aceitação desses pacientes da morte iminente. (MACIEL, 2012).

Tais ações são conceituadas dentro da literatura médica como tecnologias leves. É preciso que a equipe envolvida nesses cuidados, dispensem atenção aos pacientes e familiares com cuidados que vão desde a maneira de falar, a forma de realizar os procedimentos em relação à medicação, alimentação e higienização dos pacientes, forma com que dispensa sua atenção ouvindo-o ou deixando que supere suas mágoas e dores (MACIEL, 2012).

Maciel (2012, p. 35), ao tratar do tema avaliação do paciente em Cuidados Paliativos, explica que:

Cuidados Paliativos requerem conhecimento técnico refinado, aliado à percepção do ser humano como agente de sua história de vida e determinante do seu próprio curso de adoecer e morrer. Valoriza-se a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer. Promove-se, em contrapartida, uma atenção dirigida para o controle de sintomas e promoção do bem-estar ao doente e seu entorno. Familiares precisam compreender a evolução da doença e da cadeia de acontecimentos que levará ao evento final.

A autora defende uma prática individualizada e acredita que a melhor ferramenta para uma boa palição dos sintomas é a avaliação do paciente. Este posicionamento legitima as etapas iniciais do Processo de Enfermagem (PE) na assistência ao paciente em cuidados paliativos. Assim, o trabalho humanitário fala mais alto na relação enfermeiros-pacientes, criando-se um vínculo de compromisso e de respeito que perpassa a formação acadêmica e, que transforma os profissionais em ouvintes e acalentadores (WALDOW, 1999).

O PE compreende a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, compreendido como o indivíduo, família (ou pessoa significativa), grupo e comunidade que necessitam dos cuidados de enfermagem (HORTA, 1979).

A afirmativa do autor deixa claro que não se pode ser realizar os processos pertinentes à enfermagem de forma mecânica, sem estreitar vínculos entre o paciente e a ação a ser executada. Tais atividades necessitam ser compreendidas a partir de uma leitura que contemple o paciente e suas necessidades, e, portanto, cabe ao profissional em seu atendimento ter essa capacidade bem desenvolvida (BARCELLOS, 2003).

Nota-se, porém, que ao se tratar de doentes que apresentem um estado terminal, esse cuidado deve ser redobrado, porém em inúmeros casos, devidos aos agravantes das enfermidades, muitos pacientes já se tornaram conhecidos da equipe de atendimento e passaram por outras várias situações.

Desta forma foram se estabelecendo vínculos que deram origem no conhecimento do quadro do paciente, seus anseios e necessidades. Porém esta situação não é uma de regra, e nem sempre o paciente foi tão suscetível quando se apresenta nesse momento tão peculiar (MAIA et al., 2003).

Contudo, é preciso que a equipe de profissionais de enfermagem esteja sempre atenta a todos os fatores que podem contribuir para a realização de um trabalho proativo. A coleta de dados ou históricos de enfermagem engloba a

avaliação do paciente em cuidados paliativos, etapa inicial do planejamento e implementação da assistência de enfermagem ao paciente em vulnerabilidade extrema. Pela sua especificidade, deve-se utilizar método e instrumentos que contemplem suas necessidades individuais (CORREA, 1999).

Identificadas às necessidades biológicas, psicológicas e sócias espirituais individuais do paciente, o enfermeiro planeja a assistência de enfermagem em um contexto multiprofissional, que visa oferecer-lhe vida digna em situação de terminalidade, momento em que a tecnologia dura e leve pode perder destaque frente ao potencial terapêutico da tecnologia leve, com ênfase em seu aspecto relacional (MAIA et al., 2003).

4.6 O COMO OS ENFERMEIROS LIDAM COM A MORTE E MORRER DE CRIANÇAS

As UTI's em um contexto amplo são locais de cuidado distinto dos demais, tanto no quesito tecnologia quanto em assistência ao paciente que necessita de condições de urgência para conservação da vida (DUARTE, SENA & XAVIER, 2011).

Todo o universo que da UTI abrange a criança, o profissional enfermeiro a família entre outras pessoas ligadas direta ou indiretamente do paciente. (FERREIRA, SAKITA & CECCON, 2009).

O fim da vida, quando ocorre na infância é considerada de mais complexidade do que quando ocorre na fase adulta, já que traz a conotação de tragédia quando isso ocorre, mesmo sendo em UTI, mesmo diante de todos os esforços dispensados para que isso não ocorra, espera-se sempre a recuperação dos pacientes pediátricos. (LAGO, GARROS & PIVA, 2007). Durante todo o processo de estadia da criança na UTI a equipe de profissionais constroem laços afetivos fortes com a mesma que acaba sendo formado como uma base de segurança, porém essa sensação de afetividade e harmonia, quando rompida pela morte, acaba gerando sofrimento e sentimento de perda, em fase da separação. (SOUSA et al., 2009; COSTA & LIMA , 2013).

Quando o profissional vivencia a morte de uma criança, principalmente, todos os sentimentos como dúvidas, incerteza e inseguranças que atravessam, levam o profissional enfermeiro a refletir sobre seus conceitos e sentimentos sobre a finitude, o que acaba gerando dentro deste a força para adotar estratégias próprias de

enfrentamento, bem como repensar seu papel como profissional da UTI. É necessário buscar subsídios que levem aos profissionais enfermeiros a trabalhar seus sentimentos na compreensão do valor de ajuda humanizada, que não estão sós em seus sentimentos e que todos necessitam de apoio para superar a experiência vivenciada (MARQUES et al., 2013).

Qualquer hospitalização é tida como momento preocupante, ainda mais se tratando de internação infantil, especialmente ao envolvidos por afetividade como a família e a equipe de enfermagem que assiste o paciente, pois o papel do profissional enfermeiro não se detém somente em cuidar do paciente, o vínculo é criado em um todo, ou seja, paciente e família (QUIRINO, COLLET & NEVES, 2010; POLES & BOUSSO, 2006).

Sendo de fato, a formação do profissional em enfermagem voltada para o cuidado e bem-estar em geral dos pacientes, nota-se a enorme dificuldade que estes profissionais possuem em aceitar a morte e em muitos casos, prestar uma assistência homogênea quando contatada a finitude da vida (POLES & BOUSSO, 2006).

Mesmo que de ideia inicial, entenda-se que os profissionais em saúde vivenciem o 'momento morte' de forma fria, muitos se sentem na obrigação de salvar a vida, e que em grande parte deixam transparecer tal frieza a fim de mascarar ou mesmo negar seus sentimentos de tristeza, angústia e outras emoções que possam causar perturbações no momento da morte (AVANCI et al., 2009).

Outro aspecto relevante com relação aos enfermeiros, é que estes veem sempre a possibilidade de cura ou mesmo recuperação, independente do quadro clínico apresentado, contudo, quando não existe possibilidade de prolongar a morte, o enfermeiro, nota que é limitado, gerando neste, sentimentos de impotência, o que reflete seu despreparo diante da situação da morte (KUSTER & BISOGNO, 2010).

De maneira rotineira profissionais enfermeiros enfrentam situações em que pacientes chegam ao fim da vida, para que venha ser amenizado os sentimentos de impotência e sofrimento excessivo é necessário uma intensa e sólida preparação, para que desta forma possam atuar com eficiência fazendo uso de técnicas gerenciais e assistenciais, mas, sobretudo, resguardando sua integridade física e psicossocial (PRETO & PEDRÃO, 2009).

Ainda nos dias atuais a discussão sobre o fator óbito é um tabu onde as pessoas procuram esquivar-se de diversas formas do medo crescente da morte, pois trata-se do único acontecimento definitivo e que define a finitude de todas as pessoas. A aceitação da morte é algo difícil, não só para a família como para a equipe que acompanha, pois precisam manter uma postura onde permeiam os momentos que ameaçam fraquejar, onde devem se manter firmes, prestando assistência com integralidade, com respeito, ética e a dignidade humana. (KÜBLER, 2008).

Jardim (2010) comenta que na sua tarefa rotineira o enfermeiro necessita entender que cada família reage de maneira ao enfrentar este momento doloroso. Silva, Ribeiro & Kruse (2009) buscam retratar a necessidade urgente de inclusão desta temática na educação continuada das instituições de saúde, o que tornaria possível melhorar a qualidade da assistência oferecida minimizando os sentimentos gerados na equipe no momento da perda.

Sousa et al. (2009), apontam que os sentimentos de insegurança e medo causados nos profissionais enfermeiros, no processo da morte, acabam revelando, as deficiências no ensino no que diz respeito ao suporte pedagógico e psicológico aos futuros enfermeiros, a fim de enfrentar de maneira mais firme a convivência deste momento ao lado de pacientes e família.

Aguiar (2013) recomenda a reformulação dos currículos acadêmicos na área de enfermagem, na inserção de disciplinas e ainda momentos que levem a reflexão enfocando o luto e a perda nos profissionais, para que desta forma possam vivenciar a dura realidade do momento da morte lhes prestando assistência de maneira qualificada.

Morte em um contexto geral, sempre foi e será assumida como algo trágico, que trazem aos enfermeiros desafios enorme a serem enfrentados, e se agrava ainda mais por conta da falta de preparo dos profissionais no enfrentamento deste tipo de evento. (O'MALLEY, BARATA & SNOW, 2014).

Em se tratando de morte de infante, os impactos são ainda mais drásticos, principalmente em se tratando do emocional, que em sua grande maioria pode comprometer a capacidade no convívio com pessoas em estado saudável, como o dos profissionais em saúde causando um profundo estresse (BOER et al., 2014).

Mesmo diante das mais avançadas tecnologias, muitos casos não conseguem ser revertidos, dependendo do estado crítico do paciente. Embora, muitos

profissionais acabam por terem como um escape ou libertação do paciente de um enorme sofrimento. É uma ocorrência natural do ciclo de vida de todo ser humano e dos profissionais em saúde, que afeta não somente a família, mas todos os profissionais envolvidos àquele paciente. (ADWAN, 2014; ROCKEMBACH, CASARIN, SIQUEIRA, 2010).

Poles e Bousso (2006) deixam destacado que enfrentar ou lidar com o evento da morte, não é questão fácil, e se agrava ainda mais quando se trata de uma criança. Tal sentido baseia-se no entendimento de que a criança ainda não viveu o suficiente, o que contraria o ciclo natural do ser humano. Assim, segundo Poles e Bousso (2006) profissional em enfermagem, quando se depara com casos em que ele percebe que, além de todos os esforços dispensados, a criança não sobreviverá. Assim, cada um dos profissionais geram dentro de si, defesas para enfrentamento de tal vivência, contudo mesmo que estejam teoricamente preparados, sempre ocorrerão abalos profundos, principalmente no que diz respeito a impotência.

A incidência de mortes em infantes tem sido uma situação gatilho para desenvolvimento de sentimento de porta de entrada nos profissionais em saúde de frustração, impotência, intrusão, hiperativação e bloqueios em profissionais de saúde, sendo considerados como viés ao denominado sintoma de estresse traumático secundário. (MEALER, JONES & MEEK, 2017).

O ato de cuidar do outro, traz em sua grande maioria sintoma denominado fadiga por compaixão, que desencadeiam outros sintomas como cefaleias, insônia, estado de fadiga seguido de depressão. (ADWAN, 2014; CURCIO, 2017 & MEYER 2014).

Foram inúmeras as tentativas em relatar e classificar situações de enfrentamento por parte dos profissionais de saúde em tais situações, sendo denominados como estratégias de confronto, com um leque de condutas, emoções ou processos de cognição, que são recorridas pelo indivíduo para o enfrentamento seja de forma interna ou externa, que excedem aos seus recursos naturais e pessoais. Essas estratégias são classificadas em duas etapas: o primeiro confronto focalizado na circunstância e o segundo focalizado na emoção. (MITROUSI et. al., 2013).

A primeira classificação, centrada na circunstância ou no problema, tende ao enfrentamento direto sobre o problema, que busca assumir maneiras de comportamentos ou mesmo de intervenção de modo a modificar o meio, tal como,

buscar auxílio profissional, dados informativos e mudança no estilo de vida. Em contrapartida o confronto focalizado na emoção, como o próprio nome denomina, buscar orientação na regulação emotiva, buscando alternativas para reduzir as emoções desagradáveis, evitando e minimizando a distância e atenção ao problema. (MITROUSI et. al., 2013).

Desta forma, a eficiência de enfrentamento, vai depender do controle da situação vivenciada. Assim, as táticas que focam nos problemas são mais adaptáveis, quando se pode haver um controle sobre o problema. E, quando se trata das emoções tendem a ser adaptativas, quando não se pode mudar ou controlar a situação. (MITROUSI et. al., 2013).

Já no enfrentamento de profissionais com relação a pacientes em fase adulta face à morte foram identificados dois tipos de recursos: interno e externos (ZHENG, LEE & BLOOMER, 2018). Com relação aos recursos internos, tratam especificamente aos recursos pessoais utilizados pelos enfermeiros em lida com a situação de morte, impondo limites por meio de distanciamento ou controle de emoções, com reflexão, expressão de emoções – choro – credices sobre o fator morte, experiências profissionais vivências pessoas atrelados às rotinas cotidianas de cada um. Já os recursos externos, buscam amparo através de suporte social, junto á equipe, colegas, famílias, amigos, práticas religiosas para lidar com o evento da morte.

Objetivou-se então, trazer clareza sobre as formas de enfrentamento utilizadas pelos profissionais enfermeiros em lidar com a morte em unidades pediátricas. É preciso, contribuições para que haja maior desenvolvimento nas formas de intervenção, para que assim, minimizem os impactos negativos nos profissionais em saúde, principalmente os de enfermagem, com melhorias dos cuidados que possa trazer benefícios positivos para a equipe.

Nota-se, pelos resultados de literaturas, quanto é necessário a reformulação de grades curriculares em cursos de saúde para que desta forma, possam ser inclusos forma de auxiliar os profissionais enfermeiros no enfrentamento de momento de morrer, lidando assim, com suas frustrações, decepções, angústias e outros sentimentos que acompanham a morte do paciente. (ARRIEIRA, 2018).

Nota-se ainda, que as literaturas apontam que os profissionais de enfermagem tornam-se angustiados e fragilizados e emocional e profissionalmente, diante da

impotência e despreparo para lidar com o momento de terminalidade da vida. (ALMEIDA, SALES & MARCON, 2014).

Vasques et al. (2014) apontam que não existe um preparo, seja psicológico ou emocional dos profissionais que são afetados pelos momentos estressores, tais como a angústia, o sofrimento, o despreparo e dificuldade em dar respostas à família do paciente em relação a questionamentos, trazendo desconforto pessoal em relação ao momento de sofrimento e morte. Assim, cabe a urgente necessidade de proporcionar aos profissionais enfermeiros, estratégias que possam ao menos aliviar a carga emocional estressante dando-lhes oportunidades de satisfação no trabalho com amparo sejam psicológicas ou em grupos de apoio para que se amenizem os sofrimentos.

Nota-se em um contexto geral quanto à classe acadêmica de futuros profissionais enfermeiros necessitam de maior preparo para atuação prática, destacando a capacitação antes mesmo de engajarem no mundo profissional com relação à temática levantada, que possa ser algo que traga um preparo de qualidade e humanizado. (MORO, 2010).

Preto & Pedrão (2009) apontam que é fundamental ao enfermeiro o preparo para que possa atuar com eficiência não somente nas atividades técnicas, mas, sobretudo, a fim de assegurar a própria integridade, psicológica, emocional, física e psicossocial do profissional enfermeiro.

4.7 O PROCESSO TERAPÊUTICO E SUAS DIFERENTES TECNOLOGIAS

De acordo com Neves (2002) a forma de cuidar e de dedicar atenção também tem foco cultural, social e econômico, está intimamente ligado ao psíquico e ao espiritual, onde se busca o equilíbrio para alcançar a manutenção e ou recuperação da saúde, e assim estabelecer a dignidade e totalidade da qualidade de vida desejada. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem se efetiva como essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e a outra subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição (MAIA et al., 2003).

Rodrigues (2001) reitera que o termo tecnologia possui como definição etimológica “*tecno*” que vem de *techné*, que é o saber fazer, e “*logia*” que vem de logos razão, ou seja, significa a razão do saber fazer.

Tecnologia então envolve saberes e habilidades, necessitando ser distinguida de equipamento ou aparelho tecnológico, o qual se configura como expressão de uma tecnologia. Resultante de esses saberes que possibilitaram o devido produto, convertido, então em equipamento, pois se trata do saber fazer, ou saber utilizar os recursos, assim, tecnologia não poder ser encarada apenas como algo concreto, como um produto palpável, pois se trata do resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentem uma finalidade, nesse caso, o cuidado em saúde (KING, 2000).

No mesmo sentido King (2000), ainda comenta que a tecnologia, nesse limiar é parte do processo de trabalho em saúde, e vai se construindo a partir das ações a serem desenvolvidas o que contribuem com a construção do saber em sua própria expressão, é o fazer que reorganiza novos afazeres, ou seja, se aprende fazer fazendo; ela está presente desde o nascimento da ideia inicial, da elaboração e da implementação do conhecimento, como também, é percebida no resultado dessa mesma construção, ou seja, ela é ao mesmo tempo processo e produto. Além disso, a tecnologia também aparece na forma como se estabelecem as relações entre os agentes, no modo como se dá o cuidado em saúde, compreendido como um trabalho vivo em ato.

4.8 CLASSIFICAÇÃO DAS TECNOLOGIAS

As tecnologias podem ser classificadas em:

Leve: quando se referem às relações, acolhimento, gestão de serviços; Todo ato realizado, no falar, no ouvir, na busca de informações ou nos esclarecimentos realizados está presente à tecnologia leve, e ainda em ações de interpretação dos sintomas ou de atitudes, no pensar e nas reações ante as situações que vivencia (CORREA, 1999).

Todo contato, ouvir, falar, calar e o entender compõem as decisões que serão tomadas pelo profissional, que por sua vez é denominado tecnologia, que busca o saber fazer, A tecnologia, portanto, pode ser compreendida como uma mediadora da racionalidade e da subjetividade, da intuição, da emoção e das sensações, fazendo da razão e da sensibilidade instrumentos para fortalecer e qualificar o cuidado de Enfermagem (PRADO, 2006).

Leve-dura quando se referem aos saberes bem estruturado, como o processo de enfermagem. Nesse sentido, podem-se citar os procedimentos ligados a estrutura científica do processo, ou seja, as diferentes atividades realizadas em cada procedimento ou em diferentes espaços de atuação. A tecnologia leve-dura em que se baseia o trabalho na emergência, nem sempre é a mesma que se utiliza. Na sala de exames, por exemplo, nem sempre são os mesmos procedimentos, mas todos necessitam de técnica e conhecimento para serem realizados (MACIEL, 2012).

Dura: É a tecnologia que envolve os equipamentos tecnológicos como máquinas e aparelhos que precisam ser controlados e assistidos, como aparelhos de ressonância, equipamentos utilizados em procedimentos cirúrgicos, de hemodiálise e outros tantos, com necessidade de profissionais com conhecimento para poder manuseá-los (CORREA, 1999).

4.9 A TECNOLOGIA LEVE: UMA CONSTANTE NO ATENDIMENTO

Quem busca de atendimento no setor de saúde sempre espera um bom acolhimento e, os profissionais em saúde sabem que esta é uma das principais emergências quando a dor da alma ultrapassa a dor física ou quando ambas se misturam em situações que já não há mais recursos para a vida (PRADO, 2006).

De todas as situações que o doente passa, as horas que antecedem ao seu óbito são as mais desgastantes, e embora, muitos pacientes aceitem bem seu final, as evidências que o sofrimento e as dúvidas a respeito de como ocorrerá o final são angustiantes, tanto para os pacientes como para aqueles que os acompanham (MAIA et al., 2003).

Assim, os sentimentos dos profissionais e os que os usuários apresentam, produzem mutuamente reações que evidenciam o modo de sentir, de representar, de vivenciar as necessidades, mesmo que subjetivamente, mas que podem ser enfrentadas em todo o contexto durante a vivência dos fatos (MERHY, 1997).

Confere-se a toda equipe hospitalar, a compreensão de se estabelecer o autodomínio nas situações clínicas e que devem condizer com suas ações o que entende-se que todos já a exercem com desenvoltura, quer seja pelo tempo dedicado a atividade ou ainda pelo domínio dos conhecimentos aliados a prática que possibilitam esse “autogoverno” da situação. O homem é um ser histórico e não natural, sua existência é fruto de trabalho de interações e de encontros. A partir

desse raciocínio, ele vai se transformando, construindo sua existência em contato com o mundo, com o outro, e com as adequações tecnológicas que a interação proporciona (WALDOW, 1999).

Portanto, a tecnologia não corresponde somente ao uso de equipamentos e recursos motriz ou que desencadeiam ações provenientes de outros elementos estruturais que geram ações e reações, mas parte-se da tecnologia do conhecimento, do entendimento humano e da reorganização das ideias que se acomodam como propósito de criar meios de mudar posturas e atitudes pelo tempo e pelas experiências anteriores (MERHY, 1997).

Nesse sentido, volta-se ao conhecimento científico e acadêmico e ao que se refere à construção dos diferentes saberes associados à teoria construída na formação e a prática vivenciada onde se evidencia o saber fazer e o fazer (CORREA, 1999).

As teorias leves e das quais demandam a vontade humana e o interesse, estão associadas às práticas em relação às ações de reciprocidade, atenção, afetividade e tantas outras essenciais para que o protocolo profissional esteja a contento com o que se destina (BARCELOS, 2003).

Em relação ao atendimento e a observação em relação aos cuidados necessários aos pacientes em tratamento, pode-se dizer que quando se efetivam essas relações, o mesmo pode resgatar a sua imagem singular e única, sua autonomia e cidadania. Segundo King (2000, p. 254).

O cuidado compõe-se de tentativas intersubjetivas e transpessoais para proteger, melhorar e preservar a humanidade ajudando a pessoa a encontrar sentido na doença, sofrimento, na dor e na existência, e para ajudar o outro a obter autoconhecimento, autocontrole e autocura.

O cuidado e o contato direto entre paciente e profissional de enfermagem passa a ser estabelecido a partir de uma sinergia que emana confiança, respeito e segurança. A partir desta afirmativa, percebe-se que a forma de agir, a maneira de gerir as situações e todo o cuidado dedicado a cada situação única e singular que o profissional de enfermagem realiza compõem as tecnologias intencionais de desempenhar de forma eficiente a sua prática (MERHY, 1992).

Os sentimentos desprendidos, o trato e a forma de conduzir as situações de atendimento e cuidado, bem como o processo de fazer com que o paciente se sinta

tranquilo e em paz, são os principais recursos que postulam as tecnologias leves dentro da enfermagem, independente dos recursos materiais, duros, palpáveis, que podem ser simbólicos, mas que não tem significância sem a devida utilização (FERREIRA, 2002).

Não obstante, conforme Ferreira (2002, p. 289) é necessário ressaltar que mesmo diante dos referenciais teórico-filosóficos encontrados a respeito do trabalho relativo aos cuidados é preciso entender que não existe fórmulas e nem métodos específicos, pois as ações se diferem de situação para situação, dentro de cada caso único e pessoal, assim as tecnologias leves, nesse caso, são inerentes a cada profissional de saúde, evidenciando algumas características pessoais como a forma de conduzir os procedimentos, a entonação da fala, o gestual e a maneira de como expressam sua atenção e cuidado, sem se esquecerem que com seus sentimentos e cuidados ainda se sobrepõe procedimentos medicamentosos essenciais para manter a eficiência do tratamento, os quais têm como ponto de partida as relações de reciprocidade e de interação, indispensáveis à efetivação do cuidado.

Todo o trabalho desenvolvido no sentido de cuidar e de possibilitar aos doentes um ambiente acolhedor e que respeite seus momentos e angústias se faz necessário para que o tratamento em si se torne mais ameno e para que ocorra a aceitação por parte do doente na situação vivenciada e de tudo que está por vir (MACIEL, 2012).

Dessa forma, é necessário que os profissionais dispensem muito mais que as ações pertinentes à função. Importante é que realizem suas tarefas não somente voltadas ao trato, mas que sejam envolvidos com as feridas da alma, que por sua vez não são identificadas em exames, ou que seja possível tratar com algo palpável, mas pode ser amenizado, com um carinho, afago, um abraço ou um gesto de compaixão. É nesse momento, que necessitam de um olhar caridoso, um toque que conforte e que lhes dê força para encarar os momentos que virão pela frente a partir de um abraço, de poder oferecer a mão nos momentos de dor e desespero e ainda que possa favorecer o entendimento da situação (MERHY, 1997).

O toque em relação ao cuidado, nos momentos de limpeza, de troca e de aplicação da medicação também estão relacionados à fonte de segurança e de confiança o que eleva no paciente a força para superar a situação por ora vivenciada (CORREA, 1999).

Por isso é preciso que as relações sempre sejam bem compreendidas e para tanto que haja um acordo entre paciente e equipe de atendimento, no qual possa ter o comprometimento e confiança entre ambos. Esse fator é que vai fortalecer as relações interpessoais e tornar a comunicação mais limpa e com mais qualidade e segurança (MACIEL, 2012).

Nesse sentido, o potencial humano do enfermeiro em relação aos cuidados com o doente e com seus familiares passa a ser uma das ações que mais se associam as tecnologias leves, na escuta, nas interações diárias, na compreensão de como entender essa situação, na maneira de saber ouvir e falar, no momento oportuno, possibilitando-lhes segurança e confiabilidade (SILVA, 1986).

4.10 AS TECNOLOGIAS LEVES E A INTERAÇÃO COM O PACIENTE

Uma das maiores características do ser humano é a forma como utiliza a comunicação para fazer-se representar. A partir da fala e do semblante são ditas muitas coisas e ainda se pode compreender o que se passa ao seu redor. Essa tem sido a mais importante forma de contato na humanidade desde os primórdios, pois através dela é que se evidenciam as relações interpessoais, a expressividade, a demonstração de sentimentos e afetividade (PRADO, 2006).

É importante que o profissional enfermeiro possua controle e busque sempre a melhor qualidade no tratamento, no qual as situações de ansiedade e até de medo e resistência à utilização de procedimentos que utilizem tecnologias duras possam ser superadas pela confiança simbolizadas por suas ações envoltas em premissas de reciprocidade, cuidado, fraternidade, respeito e dignidade que possibilitam resgatar a singularidade de cada caso e de cada atendimento (FERREIRA, 2002).

Assim, ao realizar as ações de cuidado, pertinentes a função de acordo com o que prescreve a profissão no enfoque dos referenciais teóricos e filosóficos da profissão, percebe-se que é possível estabelecer relações e afinidades, onde o paciente pode resgatar a sua autonomia e singularidade exercendo seu direito de cidadania. De acordo com King (2000, p.185).

A interação enfermeiro-paciente é um das principais atividades que favorece a ação terapêutica. Esse processo de interação ocorre através do diálogo, da conversa, da escuta sensível; “a enfermeira e o cliente comunicam-se primeiro em interação”.

Dessa maneira, Ferreira (2002) descreve que, mediante estas ações, o enfermeiro toma como direito as suas competências e seus conhecimentos para efetivar as habilidades na identificação dos problemas e necessidades do paciente. A partir de suas atividades profissionais e das tecnologias leves, manejar as situações críticas, posicionando o paciente para a aceitação do tratamento e colaboração para que os procedimentos se tornem eficazes. Assim, o potencial humano se torna muito mais importante no contato do que possa parecer, pois é nessa cumplicidade que pode ocorrer à cura de muitos problemas pessoais não evidentes nos diagnósticos.

4.11 PRINCIPAIS ASPECTOS POSITIVOS DA INTERAÇÃO/COMUNICAÇÃO

O ser humano se caracteriza por ser social e por necessitar da comunicação para se desenvolver e manter a compreensão de tudo que o norteia a partir de um sistema aberto de relações pessoais, interpessoais e sociais no que diz respeito ao meio ambiente e as interações que dele surgem. Quando as relações pessoais entram em contato, entre si, formam os sistemas interpessoais (MACIEL, 2012).

À medida que as pessoas interagem, aumenta a complexidade das interações e a necessidade de melhor se adaptar às diferentes formas de progredir nessa interação. Nesse sentido, é preciso que se utilize de diferentes mecanismos sócios afetivos para que um sistema interpessoal de relação se concretize sem ruídos e de forma segura, o que eleva a qualidade da interação, comunicação e da transação atingindo-se assim o resultado final esperado (FERREIRA, 2002).

A interação então pode ser definida como relações entre uma pessoa e o ambiente, e duas ou mais pessoas entre si, sendo assim representada a partir da comunicação verbal ou não verbal, incluindo o processo de interação entre o ser e o ambiente, o que evidencia a possibilidade de alcançar as metas estabelecidas (KING, 2000).

Em se tratando do atendimento aos pacientes e na função destinada ao profissional de enfermagem, pode-se entender que, ambos partilham informações sobre suas percepções, o que influencia o processo de interação humana, pois é através dessa comunicação, que muitas vezes o atendimento flui com mais segurança e receptividade, se tornando possível atingirem as metas esperadas. Vale salientar que, sem comunicação, a interação e a transação podem não ocorrer, ou

não atingirem a qualidade pretendida. Por isso, os profissionais de enfermagem tem como foco essa preocupação com o paciente enquanto objeto de suas ações e com o qual a boa comunicação leva à auto realização e à manutenção da saúde (BARCELOS, 2003).

King, (2000) ainda deixa claro que os profissionais de enfermagem enfatizam a importância dessa interação, embasados nas necessidades de bem-estar do cliente. Onde se evidencia ações de segurança e de conforto, principalmente pela segurança e confiança que a empatia possibilita. Para esses, o encontro presencial entre a pessoa da enfermeira e do cliente foi considerado tecnologia leve.

O ato de estar próximo ao paciente e de nele se estabelece a certeza de ações que podem amenizar suas duras e dramáticas sensações faz com o paciente se torne mais receptivo aos tratamentos propostos, pois aí se transmite um sentimento de confiança, de tranquilidade, que se concretizam através do diálogo, da escuta sensível e da conversa, ações estas capazes de transformar a posição de medo e de insegurança do paciente em aceitação e ânimo de prosseguir e ainda poder reverter seu quadro clínico negativo (SILVA, 1986).

Ainda se denota que na forma de a enfermeira colocar-se à disposição do outro, percebendo as suas angústias e inquietações, tentando pôr-se a par dos seus questionamentos em relação à forma de ver e de conduzir a situação em que se encontram, principalmente nos casos em que o fim está próximo, estabelecendo uma relação de ajuda-confiança e de compreensão de que nada depende de si (WHATSON, 1997).

Para que essa relação seja assim estabelecida necessariamente é preciso que se compreenda a ciência da afetividade, que segundo Watson (1997, p. 255):

Esta conduta favorece o estabelecimento da confiança entre o cliente e o enfermeiro. Entre os pressupostos da ciência do cuidado, encontra-se que “o cuidado é efetivamente demonstrado e praticado apenas de modo interpessoal”. Ele “é a essência da enfermagem e conota sensibilidade entre a enfermeira e a pessoa”.

Frisa-se que conforme acontece à relação de ajuda-confiança, se institua ainda entre ambas as partes uma comunicação, e que, seja presente a partir da compatibilidade, sendo preciso que os profissionais de enfermagem demonstrem-se verdadeiros em suas interações, utilizando-se de empatia como forma de se

harmonizarem com os sentimentos dos clientes; e de calidez, quando preciso na aceitação positiva do outro (WHATSON, 1997).

Reitera-se então que o cuidado dispensado pela equipe de enfermagem é bastante interessante para os pacientes e para seus cuidadores, pois as consequências do tratamento implicam na posição difícil que assumem longe dos familiares, cercados de incertezas e preocupações que emergem do quadro apresentado a partir da internação. Além é claro das incertezas e das situações traumáticas que situações de dor e de medo podem gerar, aliados ainda à incerteza do sucesso e o sentimento de insegurança. Todas essas situações podem ser minimizadas com efetivas atitudes de interação que resultam em estabelecimento de confiança entre esses sujeitos (MAIA, 2003).

As expressões de afeto, acolhimento, aceitação e respeito pelo paciente se evidenciam como as medidas paliativas mais apropriadas para cada situação. Dessa forma, o paciente percebe a necessidade de empatia, de conforto e de tranquilidade. Assim, o paciente passa a aceitar o tratamento sem que possa causar-lhe, certo grau de sofrimento, insegurança ou ansiedade, o que os deixa mais animados e preparados para aceitar os procedimentos que são necessários, motivando-o a se manter confiante na sua própria capacidade de restabelecimento físico e emocional para superar qualquer adversidade que virá pela frente (SILVA, 1986).

Beuter (2004) esclarece a importância de destacar que a atividade de orientação, realizada como uma das principais tarefas a serem realizadas pelo enfermeiro, só será caracterizada como eficiente se as tecnologias leves forem autênticas e na medida em que possam contribuir nas relações recíprocas e acolhedoras entre os sujeitos que dela participa.

Segundo Ferreira (2002), em se tratando da comunicação entre enfermeira e o paciente pode-se se dizer que essa interação possibilita o afeto, quer seja a partir de um olhar terno, uma palavra de confiança e de segurança ou um gesto de solidariedade, pois além de fazer bem e de evidenciar respeito e atenção, também são necessárias para expressar a condição de estar disponível ao outro. Esses elementos são essenciais à efetividade do cuidado, uma vez que resulta em bem-estar e conforto ao cliente e que pode melhorar a sua saúde física e mental.

Assim, essas tecnologias se constituem em formas de abrir caminhos à interação, auxiliando o paciente no enfrentamento dos seus males e no entendimento

do quadro clínico, bem como do processo de internação e na recuperação (PRADO, 2006).

4.11.1 Presença

As tecnologias leves envolvidas no ambiente de trabalho da enfermagem têm sempre como base as atividades realizadas no contexto do ato de cuidar e na essência das necessidades que se percebe em cada paciente.

Portanto, é um trabalho individualizado na forma como se efetivam essas ações, tendo como referência o momento, a necessidade e o desempenho das ações para cada situação, e que se revela como uma ação intencional sobre a realidade na busca de produção de possibilidades.

Busca-se fazer o tratamento fluir de forma mais amena e com melhor qualidade, no qual as situações de ansiedade e até de medo e resistência à utilização de procedimentos que utilizem tecnologias duras possam ser superadas pela confiança simbolizadas pelas suas ações envoltas em premissas de reciprocidade, cuidado, fraternidade, respeito e dignidade que possibilitam resgatar a singularidade de cada caso e atendimento (FERREIRA, 2002).

Segundo Silva (1986), as atividades profissionais de enfermagem, em muitas ações se tornam subjetivas e principalmente no trato médico assumem essa ótica, porém a responsabilidade e as ações em relação à busca de uma situação menos dolorosa e mais confortável para os pacientes eleva as ações pertinentes ao cuidado a outro patamar, onde associado ao conhecimento e aos procedimentos realizados passa a ser terapêutico, fazendo parte de um processo de cuidado não só com o bem-estar, mas com tudo que garanta a sua eficiência.

Assim, ao realizar as ações de cuidado pertinentes à sua função, de acordo com o que prescreve a sua área de atuação e no enfoque dos referenciais teóricos e filosóficos da profissão, percebe-se que é possível estabelecer relações e afinidades, onde o paciente pode resgatar a sua autonomia e singularidade exercendo seu direito de cidadania.

De acordo com King (2000, p.185):

A interação enfermeiro-paciente é um das principais atividades que favorecem a ação terapêutica. Esse processo de interação ocorre através do

diálogo, da conversa, da escuta sensível; a enfermeira e o cliente comunicam-se primeiro em interação.

Desta maneira, Ferreira (2002), aponta que mediante estas ações o enfermeiro toma como dever as suas competências e seus conhecimentos para efetivar as habilidades na identificação dos problemas e necessidades do paciente.

A partir de suas atividades profissionais e das tecnologias leves, o enfermeiro maneja as situações críticas e posiciona o paciente para a aceitação do tratamento buscando a colaboração para que os procedimentos se tornem eficazes.

Nesse contexto, o potencial humano se torna mais determinante do que possa ser dimensionado, pois é nessa cumplicidade que pode ocorrer à busca da cura de muitos problemas pessoais e que nem sempre estão evidentes nos diagnósticos.

Cabe destacar que, quando se fala na presença da equipe de enfermagem junto ao paciente, os primeiros instrumentos que avaliavam o seu grau de dependência em relação à equipe, desconsideravam as tecnologias leves, como na escala de classificação de Fugulin (1994) que estabelece nove áreas de cuidados de acordo com a complexidade assistencial dos pacientes internados: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica.

É apenas com o instrumento de classificação de pacientes validado por Perroca (1996) que serão introduzidos conceitos relacionados ao acompanhamento dos sentimentos, pensamentos e condutas do paciente com relação à sua doença, sendo acrescentadas as áreas de cuidado: educação à saúde, comportamento e comunicação, evidenciando um olhar mais amplo para o paciente.

É interessante verificar que houve um amadurecimento profissional do enfermeiro e a percepção do tempo que passa ao lado do paciente em interação com ele tem poder terapêutico.

4.11.2 Atenção

Sempre que ocorre a hospitalização de uma criança a família entra em uma espécie de crise, que geram na maioria dos casos, fatores como descontinuidade na satisfação de necessidades, psicológicas, biológicas e ainda sociais, acompanhados de sentimentos de culpa e ansiedade. (XAVIER, ALMEIDA & REGAZZI, 2010). Tais ocorrências podem estar vinculadas às feições de relacionamentos interpessoais por

conta da inexistência de comunicação, empatia e atenção. (SOARES & LEVENTHAL, 2008). Assim, durante a permanência hospitalar do paciente infante as carências da família podem ser deixadas de lado ou ficarem para segundo plano no quesito atenção. (MOTTA, 2002). Muito embora, principalmente os pais, busquem atenção de outros componentes da família, amigos e outros no momento de angústia, e, independentemente de receber, precisam e necessitam de amparo dos profissionais do hospital, neste caso os enfermeiros de linha de frente com atenção ao paciente (ALMEIDA & FIGUEIREDO, 2003).

As emoções do enfermeiro são de extrema importância em todos os aspectos seja numa perspectiva biológica, psicológica e social. No que diz respeito a biológica levam a modificações corporais, quando acontecem alteram o traçado eletroencefalográfico, a tensão dos músculos, o disparo do sistema nervoso e certas secreções hormonais como a adrenalina entre outros. Já no que diz respeito a psicológica, alteram as características intelectuais, dentre elas a percepção, o pensamento, memória e principalmente a atenção atrelado a capacidade de pensar e consciência crítica. Em se tratando do social, exercem um papel fundamental e significativo no que diz respeito à motivação humana, gerando influência que podem ir desde a personalidade às relações sociais, do maior ao menor esforço num plano profissional, ascensão na carreira, na própria maneira de viver e até mesmo na vida sexual (MARTINS, 2013).

Contudo, é preciso que a equipe de profissionais enfermeiros esteja sempre atenta a todos os fatores que podem contribuir para a realização de um trabalho proativo na amenização das contradições que afligem o paciente em cuidados paliativos.

4.11.3 A escuta

Todos sabem que encarar a morte não é nem será tarefa fácil, e logicamente que, independe das experiências de cada profissional, bem como as experiências, mesmo que sejam de longos anos. O profissional que presencia este tipo de situação, iminente da criança sempre sofre devido às dificuldades de enfrentar um momento que traz sofrimento para a criança bem como para a família.

Na proximidade, o cuidado, segundo algumas literaturas, alcançam dimensões imensuráveis, dado ao fato da criação de vínculos e compartilhamento de emoções e

sentimentos. E este vínculo só é adquirido através da escuta, do diálogo, que possibilita a criança adquirir confiança no profissional que o cuida. (PEDRO & FUNGHETTO, 2005).

4.11.4 Comunicação

Com relação a todo o sofrimento, desesperança, angústia, revolta, medo que são vivenciados e compartilhados pela família, somam-se força, e todos juntos tendem a buscar e alcançar objetivos maiores que são os de ajudar e auxiliar os entes envolvidos direta e indiretamente a atravessar um momento dolorido e de sacrifício vivenciado (MOREIRA & CASTRO, 2006).

Diante desses fatores nota-se como o ser humano necessita desenvolver técnicas para viver situações que culminem em relações interpessoais sadias e produtivas e que são descritas como tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas 'tecnologias leves' (MERHY, 1997).

Ainda neste conceito, destaca-se que para o enfrentamento de todas as dificuldades que venham aparecer, uma boa comunicação estabelecida entre profissional enfermeiro, paciente e família, pode ser considerada a pedra de sustentação angular nos cuidados com o paciente terminal. Necessário é deixar a família ciente de todos os procedimentos que virão a ser realizados, através de comunicação clara, sem uma linguagem técnica de difícil compreensão, pois se tratam de pessoas, em a maioria dos casos, leigos no quesito técnico hospitalar ou em saúde, desta feita é bom que sejam claras e realistas, contudo que seja compassiva e ainda solidário (BOLELA & JERICO, 2006).

Ainda nesta vereda, em especial o enfermeiro, necessário é que seja preparado a prestar um cuidado com ética, estética e humanizada, de forma que estar pronto a dar respostas a todas as dúvidas e anseios do paciente bem como da família (TOFFOLETTO, ZANEI & HORA, 2005).

4.11.5 Silêncio

Quando o profissional passa a se interessar mais pela vida do paciente, ouvir suas histórias, e muitas vezes seus lamentos, reclamações, e até insatisfações em

virtude de situações de dor, da necessidade de mediação constante e ainda pela não aceitação em relação ao seu quadro, o doente se torna mais sensibilizado, se aceita mais, tornando mais fácil o cuidado e ainda melhora a administração da medicação. Uma boa conversa, estar sempre disposto e ouvir são um dos melhores remédios para que a vida se torne mais amena nessa fase tão difícil (BARCELOS, 2003).

Bem como se torna imprescindível que na hora necessária haja silêncio, pois muitas vezes a melhor resposta vem do íntimo e a mais pura compreensão das horas de silêncio. Quando a equipe fica muito ativa, muito envolvida e com conversas paralelas ou às vezes tentando fazer o melhor ou explicar muitas coisas na esperança de que isso torne o tratamento e atenção mais eficazes, mas na verdade o doente quer é tranquilidade do silêncio é preciso também ter esse entendimento (MERHY, 1997).

4.11.6 Toque terapêutico

Pode-se questionar qual o grau de qualidade de interação que pode acontecer em tão pouco espaço de tempo de convívio entre paciente e enfermeiro. Possivelmente, se os profissionais em enfermagem estiverem vigilantes à qualidade da relação que pode ser adquirida através de sinais não verbais, é possível que seja conseguido. A saber, um toque afetivo terapêutico atrelado ao toque instrumental, um olhar carinhoso, um sorriso de compreensão (OLIVEIRA, 2008).

Ainda neste sentido, Oliveira (2008), sugere o toque nos membros superiores como maneira de demonstrar apoio, envolvimento e sensação de proximidade, contudo, buscando sempre observar de tais atitudes são receptivos e não rejeitados. Necessário que coisas consideradas supérfluas e programadas como telefone e outras distrações, neste momento, sejam dispensadas para que constitua sentido tanto no paciente como à percepção do enfermeiro neste momento de interação.

O toque e tudo aquilo que se envolve neste momento são analisados através da cinésica. Com o contato direto e físico é possível causar, através de elementos sensoriais, alterações neuromusculares, glandulares e mentais. Que não seja algo mecânico, para cumprir o protocolo de forma técnica e instrumental, mas como maneira de demonstrar apoio e afetividade, assim, o toque terapêutico acaba se tornando um valioso aliado na área da saúde. (HINSHAW, 2005).

Este tipo de toque pode ser chamado de comunicação não verbal, que se torna fundamental para estabelecer vínculos que embasam o relacionamento interpessoal, indispensável na relação entre enfermeiro e paciente (AL-SHAHRI & AL-KHENAIZAN, 2005).

Ao longo do processo de aproximação e interação direta com o paciente, ocorre um pré-julgamento por parte do paciente com relação ao profissional que irá assisti-lo, e, baseando-se nesta análise, que o paciente julgará se o profissional é ou não digno de confiança, se quer ou não ser cuidado pelo mesmo, tudo isso sem haja a pronúncia de uma só palavra (HINSHAW, 2005).

4.11.7 Empatia

É por meio da empatia que a enfermagem transmite ao paciente a sensação de que ele é aceito. A empatia nem sempre esmerado, mas o que importa é a comunicação enfermeiro e paciente buscando compreendê-lo, mesmo quando suas ideias estão em desacordo com as suas.

A empatia muitas vezes é confundida com simpatia, vale ressaltar que o conhecimento científico e técnico do enfermeiro é de suma importância, pois de pouco adianta se o mesmo não apresentar um bom relacionamento interpessoal, sendo necessário que a enfermagem encontre um equilíbrio entre conhecimento científico e técnico do seu comportamento humanístico.

A empatia na enfermagem é constituída por ferramentas de comunicação em processo de trabalho, prestando assistência na integridade do sujeito, suas crenças, em um tratamento digno, por meio de um diálogo entre enfermeiro e paciente e seus familiares escutando e compreendendo seus sentimentos, emoções e sensações expressadas (BECK, 2007).

Assistir a pacientes no processo de morte e morrer são experiências que trazem impactos significativos no cotidiano dos profissionais enfermeiros, arremessando-os para uma visão e convívio realista, o que permite uma avaliação das principais prioridades com relação à humanização, não julgamento e empatia no período de cuidados (VEJA et al., 2013).

4.11.8 Morte e processo de luto

Considerada um evento natural, contudo, inevitável a todos os seres vivos, a morte estabelece até os dias atuais facetas que dão origem a medos e tabus. Apesar do ser humano ter plena consciência de que hora ou outra ocorrerá consigo ou com alguém próximo, ou mesmo no seio familiar, é negada de forma firme, ou seja, não se aceita que possa acontecer. Considerado um processo de cessação da vida, pela sociedade, se aceita melhor quando ocorrido com pessoas idosas. Tal cultura ocidental faz com que seja inaceitável que ocorra com crianças não só por parte da família, mas também por profissionais em saúde de forma geral, ainda mais quando se trata de pacientes em que estes profissionais assistem (LOUREIRO, 2008).

Apesar de ser um acontecimento esperado em cerca de 10% dos casos, a mortalidade nas UTIs, permanece sendo causador de angústia, dor, frustração e desconforto em todos os que estão à volta do paciente, o que em grande parte dos casos, faz com que sejam utilizadas, de forma excessiva, terapias consideradas fúteis em pacientes que estão em fase terminal pela equipe de profissionais assistentes (LAGO et al., 2005). Tais procedimentos só adiam um processo em grande maioria dos casos imutável, que aumenta a dor e o sofrimento tanto do paciente quanto da família (KOVACS, 2003; CARVALHO & LUNARDI, 2009).

A morte por si só, gera grande trauma a família, contudo, mais incisiva quando se trata de crianças, principalmente aos pais, quando o luto não for elaborado de forma a causar menos dor. Durante o luto é notório nos pais, sintomas como desconforto físico, depressão e uma forte tendência de negação ao diagnóstico e prognóstico fatal do infante (LAGO, GARROS & PIVA, 2007).

Desta forma, O luto, como não é um processo linear, não tem data para terminar, podendo durar meses e anos, ou mesmo nunca acabar, na dependência direta das características individuais da personalidade e ainda do nível e intensidade de relação que se manteve com o falecido (OLIVEIRA e LOPES, 2008: 218).

São inúmeras as maneiras que os pais que perderam a criança através da morte podem adotar para que constituam as fases de luto. Um fator de grande relevância é o conhecimento que os pais possuem sobre o momento de angústia e sofrimento passou o infante no momento da morte (KÜBLER-ROSS, 1998). Um dos

fatores preponderantes é a comunicação com a equipe que o assistia, com o estabelecimento de confiança e respeito entre as duas partes envolvidas.

Fatores necessários que antecedem o momento da morte devem transcender apenas aos cuidados com relação à patologia. São inúmeras as necessidades, contudo o atendimento por profissional psicólogo, social, a transmissão de informações de forma clara acerca do que o ocorre com a criança são incomparáveis a qualquer outra. (COSTA & LIMA, 2013). O bom esclarecimento, a conduta de comunicação transparente são um dos principais marcos que influenciam de forma adequada a um luto humanizado (NIEWEGLOWSKI & MORE, 2008).

Estudiosos no assunto declaram que em grande parte dos casos os profissionais em saúde, repassam aos familiares somente as parte técnicas, como diagnósticos, prognósticos esquecendo-se de questioná-los quanto aos seus sentimentos e dúvidas. (NIEWEGLOWSKI & MORE, 2008). Tais sentimentos devem ser levados em conta pelos profissionais que assistem, pois além de estarem atravessando uma fase difícil em suas vidas ainda necessitam se adaptar a nova realidade que enfrentarão após o óbito. Faz-se necessária empatia e percepção dos sentimentos por parte da equipe assistente. (LATOUR, GOUDOEVER & HAZELZET, 2008). É de conhecimento que, no momento da morte, haja privacidade e ambiente adequado. Porém, apesar de todos os esforços humanizados dispensados neste momento dentro da unidade hospitalar, dificilmente isso ocorre dentro de uma UTI (LATOUR, GOUDOEVER & HAZELZET, 2008).

Enfim, o principal objetivo é de proporcionar momentos tranquilos, adequados tanto à família quanto ao paciente. Profissionais de UTI no Canadá escondiam as tecnologias duras por trás das cortinas, tornando o ambiente adequado à despedida mais humanizada. (GARROS, 2003). Ato como este, acabam proporcionando tranquilidade e uma morte digna à criança, além de colaborar para que os pais consigam receber de forma mais adequado o momento final.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte é algo inevitável, presente na vida de todos os seres vivos e que, é mais rotineira quando se trata de profissionais em saúde, principalmente os que atuam em UTIs. Contudo, quando se trata de morte de infante, a situação torna-se ainda mais complexa, dado ao fato do apego, do carinho dos laços construídos ao longo da estadia do paciente em unidade de saúde.

A morte em UTI é sempre esperada por parte dos profissionais enfermeiros, contudo a maioria, apesar da vasta experiência hospitalar, possuem dificuldades em lidar com esta situação, sentindo-se frustrados e impotentes diante deste acontecimento.

Tais sentimentos podem ter relação com os atributos de formação profissional e emotiva, que em sua grande maioria torcem pela vida e não pela morte de qualquer que seja o ser humano.

Outro fator de grande relevância neste tipo de acontecimento, é que mesmo o profissional sendo bem preparado com vasta experiência no âmbito da saúde, quando se trata de morte de criança, sempre será um grande choque, dado ao fato dos vínculos estarem bem mais estreitos devido à convivência com o paciente. Muitos profissionais tentam colocar em suas mentes que a morte daquela criança, foi um alívio tanto para ela quanto para seus pais e familiares, pois cessou a angústia. Mas, as literaturas apontam para outra diretiva não consensual, o que por sua vez, merecem e necessitam de maiores e melhores pesquisas acerca do assunto para que tenha vasta amplitude relacionada à morte de infantes.

A saber, a espiritualidade e/ou religiosidade pode se tornar um fator positivo que ameniza a dor no enfrentamento da perda.

A de se destacar que, não basta somente realizar um trabalho técnico, racional excelente e consciente empenhando-se com todos os atributos e habilidades diante do processo de cuidar de paciente em fase terminal, como se toda a situação se resumisse a isso. Trata-se de um ser humano que deixa de existir, que de forma bruta são cortados todos os vínculos, em uma maneira que não há o que se faça para contornar tal situação. Não se pode simplesmente ignorar as sensações, dificuldades tanto coletivas quanto individuais, pessoais, interpessoais, de satisfação, insatisfação do profissional em comento. Pois o mesmo é dotado de sentimentos que ora estão sob controle ora não, pois todos além das vivências cotidianas de trabalho

possuem outra vida em segundo plano, - no lar - sujeita a frustrações, decepções, desentendimentos, perdas entre outros atributos que fazem parte rotineiramente da vida de qualquer ser humano.

Necessário é que haja um enfrentamento por parte dos profissionais em enfermagem, amparados por psicólogos e profissionais neste segmento, pois mesmo tendo todo preparo que necessite, são dotados de emoções que, como já comentado, ora estão em alta outra estão em baixa. Que sejam ouvidos e atendidos em suas necessidades, desde a básica a mais complexa, que dependa ou não de acompanhamento, na melhor forma possível e que se adeque às necessidades emergidas de cada profissional.

O profissional é preparado para salvar vidas, e lidar com a morte neste contexto pode acarretar ao mesmo, sentimentos de frustração, de falhas, de impotência entre outros. Pois, o salvar vidas não está relacionado diretamente a finitude da vida humana, principalmente em se tratando de crianças.

Desta forma, acredita-se que é necessário o delineamento de novas pesquisas, perspectivas de estudos e intervenções acerca do tema, e que este venha surtir os efeitos necessários, a fim de servir como mola propulsora e como alavanca para que comecem a tornar-se de grande relevância entre os profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICI, S., WAKSMAN, R. **Abordagem á Criança Vítima de trauma**. São Paulo: Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente, 2005.

ADWAN Jehad Z. Pediatric nurses' grief experience, burnout and job satisfaction. **Journal of Pediatric Nursing** 2014. 29(4):329-36. doi: dx.doi.org/10.1016/j. pedn. 2014.

AGUIAR, Isabella Rocha; VELOSO, Tatiana Maria Coelho; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra and XIMENES, Lorena Barbosa. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em unidade neonatal. **Acta Paul de Enfermagem**. 19(2):131-7. 2006. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a02v19n2.pdf>>. Acesso em: 06 de ago. 2020.

ALMEIDA CSL, SALES CA, MARCON SS. The existence of nursing in caring for terminally ill's life: a phenomenological study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Feb; 48(1):34-40. 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100004>>. Acesso em: 27 de ago. 2020.

ALMEIDA M, FIGUEIREDO N. O cuidado centrado na família. In: Figueiredo NMA (org.). **Ensinando a cuidar da criança**. 4 ed. São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2003.

AL-SHAHRI, M. Z.; AL-KHENAIZAN. A palliative care for muslim patients. **Jornal Supportive Oncology**. v. 3, p. 432-6, 2005.

ARRIEIRA ICO, THOFEHRN MB, PORTO AR, MOURA PMM, MARTINS CL, JACONDINO MB. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Apr; 52:e03312. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>>. Acesso em 27 de ago. 2020.

AVANCI BS, Carolindo FM, Góes FGB, Netto NPC. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. out-dez;13(4):708-16. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a04.pdf>>. Acesso em: 08 de ago. 2020.

BARCELOS, Luisa Maria da Silva; ALVIM Neide Aparecida Titonelli. Conversa: um cuidado de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. maio/ jun; 56(3): 236-41. 2003. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019642005.pdf>>. Acesso em: 13 de fev. 2020.

BARROS FC, MATIJASEVICH A, REQUEJO JH, GIUGLIANI E, MARANHÃO AG, MONTEIRO CA, et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil:

progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health* 2010; 100(10): p1877-89.

BECK CLC, GONZALES RMB, DENARDIN JM, TRINDADE LL, LAUTERT L. **A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem.** Texto e Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 jul-set; 16(3):503-10.

BEUTER M. **Expressões lúdicas no cuidado:** elementos para pensar / fazer a arte da enfermagem [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2004.

BLACK RE, COUSENS S, JOHNSON HL, et al. **Global, regional, and national causes of child mortality in 2008:** a systematic analysis. *Lancet*. 2010 Jun 5;375(9730):1969-87. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60549-1. Epub 2010.

BOER J, RIKXOORT S, BAKKER AB, SMIT B J. **Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support:** explorative interviews *Nurs Crit Care*. 2014.

BOLELA F, JERICO MC. **Unidades de terapia intensiva:** considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. Esc. Anna Nery. 2006.

BOTELHO, André; BITTENCOURT, Andre Veiga. **Entre bruxos e doutores. Medicina, modernismo e vocação em Pedro Nava.** Novos estudos CEBRAP nº 102. São Paulo: 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002015000200167>. Acesso em: 15 de abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para investigação do óbito com causa mal definida. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). REFERÊNCIAS Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença 59 *Rev Bras Epidemiol MAIO* 2017; 20 SUPPL 1: 46-60 7.

_____. Portal Brasil. ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-damortalidade-infantil> (Acessado em: 25 de agosto de 2016).

CORREA MB. Tecnologia In: **Cattani AD, organizador.** Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

COSTA JC, LIMA RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Mar-abr;13(2):151-7. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a04.pdf>>. Acesso em 10 de ago. 2020.

COSTA, I. A. R. O significado da morte na infância: percepção dos agentes de enfermagem. 1998. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

CURCIO D. The lived experiences of nurses caring for dying pediatric patients.

Pediatr Nurs. 43(1):8-14. 2017. Disponível em:

<https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1193&context=gc_etds>. Acesso em 05 de ago. 2020.

DUARTE ED, SENA RR, XAVIER CC. A vivência de pais e profissionais na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciencia y Enfermería.** 2011.17(2):77-86. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n2/art_09.pdf>. Acesso em: 08 de ago. 2020.

EINLOFT, Paulo Roberto; GARCIA, Pedro Celiny; PIVA, Jefferson Pedro; BRUNO Francisco; KIPPER, Delio José; FIORI Renato M. Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista de Saúde Pública.** 2002.

FERREIRA JCOA, SAKITA NK, CECCON MEJR. Experiência de grupo de pais em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Pediatria (São Paulo).**31(1):20-5. 2009. Disponível: <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1286.pdf>>. Acesso em: 09 de ago. 2020.

FERREIRA MA, et al. Cuidados fundamentais de enfermagem na ótica do cliente: uma contribuição para a Enfermagem Fundamental. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** 2002.

FRANÇA, Elisabeth Barboza; LANSKY Sônia; Maria REGO, Albertina Santiago; MALTA, Deborah Carvalho; FRANÇA, Julia Santiago; TEIXEIRA, Renato; PORTO, Denise; ALMEIDA, Marcia Furquim de; SOUZA, Maria de Fatima Marinho de; SZWARCOWALD, Célia Landman; MOONEY, Meghan; NAGHAVI, Mohsen; VASCONCELOS, Ana Maria Nogales. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia** Maio 2017. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rbepid/2017.v20suppl1/46-60/pt>>. Acesso em 03 de dez. 2020.

FUGULIN, F M T et al. **Implantação do sistema de classificação de pacientes na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.** Rev. Med. HU-USP, v.4, n.1/2, p. 63-8, 1994.

FURTADO, Maria Cândida de Carvalho; MELL, Débora Falleiros; PARADA Cristina Maria Garcia Lima; PINTO Ione Carvalho; REIS, Márcia Cristina Guerreiro; SCOCHI Carmen Gracinda Silvan. The evaluation of newborn care in the relationship between maternity hospital and basic health net. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Oct/Dec;12(4):640-6. 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7625>>. Acesso em 07 de ago. 2020.

GARROS D. A "good" death in a pediatric ICU: is it possible?. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, 2003.

GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, allcause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2016; 388(10053): 1459-544.

GEORGE, Julia. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2000. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/nayarakalline1/teorias-de-enfermagem-os-fundamentos-prtica-profissional-julia-b-george>>. Acesso em: 12 de fev. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HINSHAW, D. B. **Spiritual issues in surgical palliative care**. *Surg Clin N Am*, v. 85, p. 257-72, 2005.

HOFFMANN, L. M. A. Os médicos e a morte na infância: a representação de um tema interdito. 1991. 115 f. **Dissertação** (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JARDIM DMB, BERNARDES RM, CAMPOS ACV, PIMENTA GS, RESENDE FAR, BORGES CM *et al*. O cuidar de pacientes terminais: experiência de acadêmicos de enfermagem durante estágio curricular. **Revista Baiana de Saúde Pública Miolo**. Out-dez;34(4):796-809. 2010 Disponível: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n4/a2171.pdf>>. Acesso em 07 de ago. 2020.

KING, I, Talento BJW. In: George JB, et al. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2000.

KODADEK, Marie P; FEEG, Verônica D. **Usando vinhetas para explorar como os pais abordam a tomada de decisão no final da vida de bebês terminais**. *Enfermagem pediátrica*. 2002. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12226955/>>. Acesso em: 14 de fev. 2020.

KOVACS MJ. **Bioética nas questões da vida e da morte**. *Psicol. USP*. 2003.

KÜBLER-Ross E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. 9 ed. São Paulo: WMF/Martins Fontes, 2008.

_____. **Sobre a morte e o morrer.** 8 ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998.

KUSTER DK, BISOGNO SBC. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. *Disc Scientia. Série: Ciências da Saúde.* 2010. Disponível: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/Saude/2010/02.pdf>>. Acesso em: 08 de ago. 2020.

LAGO Patricia Miranda; GARROS, Daniel. PIVA Jefferson P. Participação da família no processo decisório de limitação de suporte de vida: paternalismo, beneficência e omissão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** vol.19, n.3, pp.364-368. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2007000300018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 de maio, 2020.

_____. Terminalidade e condutas de final de vida em unidades de terapia intensiva pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a17.pdf>>. Acesso em: 09 de ago. 2020.

LAGO PM, PIVA J, KIPPER D, GARCIA PC, PRETTO C, GIONGO M et al . Limitação de suporte de vida em três unidades de terapia intensiva pediátrica do sul do Brasil. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, 2005.

LATOUR JM, Van GOUDOEVER JB, HAZELZET JA. **Parent Satisfaction in the Pediatric ICU.** *Pediatr Clin N Am.* 2008.

LEIRA, Bianca Carvalho de Abreu. *Introdução à Profissão em Enfermagem.* / NT Educação. - Brasília: 2014.

LOUREIRO AML. **A batuta da morte a orquestrar a vida.** *Interface,* 2008.

MACIEL, M. G. S. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos). In: **Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado,** 2 ed. CARVALHO, R. T. & PARSONS, H. A. (org.). 2012. Disponível em <https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf>. Acesso em: 18 de mar. 2020.

MAIA AR, Erdmann AL, Carraro TE, Radunz V. Princípios do Cuidar. In: **O Processo de Cuidar, Ensinar e Aprender o Fenômeno das Drogas:** A redução das demanda. Módulo 04. Curso de Especialização no Fenômeno das Drogas. Florianópolis (SC): UFSC - Departamento de Enfermagem, 2003.

MARQUES CDC, VERONEZ M, SANCHES MR, HIGARASHI IH. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica ao processo de morte e morrer. 2013. **Rev Min Enferm.** Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/889/v17n4a06.pdf>>. Acesso em: 07 de ago. 2020.

MARTINS Maria das Graças Teles: Sentimentos e emoções no comportamento humano 2013. 13fl. **Artigo**. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/mgtmartins/01-sentimentos-e-emoes-no-comportamento-humano>>. Acesso em: 15 de abr. 2020.

MEALER M, JONES J, MEEK P. **Factors affecting resilience and development of posttraumatic stress disorder in critical care nurses**. Am J Crit Care, 2017.

MERHY EE. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Merhy EE, Onocko, R. Práxis em salud um desafio para lo público. São Paulo: Hucitec; 1997.

MEYER RL. Caring for children who die unexpectedly: patterns that emerge out of chaos. **J Pediatr Nurs**. 2014.

MITROUSI S, TRAVLOS A, KOUKIA E, ZYGA S. **Theoretical approaches to coping**. Scand J Caring Sci 2013. Disponível em: <<http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/14.%20Zyga%20ORIGINAL.pdf>>. Acesso em: 03 de ago. 2020.

MOLINA RCM et al. Caracterização das internações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital-escola 23. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**. v. 14, n. 2, p. 13-23, ago./dez. 2016 da região sul do Brasil. Ciência, Cuidado e Saúde, 2008.

MOREIRA ML, CASTRO ME. **Percepção dos pacientes em unidade de terapia intensiva frente à internação**. RENE. 2006.

MORO CR, ALMEIDA IS, RODRIGUES BMED, RIBEIRO IB. Desvelando o processo de morrer na adolescência: a ótica da equipe de enfermagem. **Rev Rene (Fortaleza)**. 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a05v11n1.htm>. Acesso em: 27 de ago. 2020.

MOTA, Marina Soares; GOMES, Giovana Calcagno; COELHO, Monique Farias; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; SOUSA, Lenice Dutra de. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100017>. Acesso em: 14 de fev. 2020.

MOTTA MGC. **O entrelaçar de mundos: família e hospital**. En: Elsen I et al. (org.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002.

NAVA, Pedro. **Memorialista e intérprete do Brasil**. *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro: Instituto Ciência Hoje, v. 51, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/nec/n102/1980-5403-nec-102-167.pdf>>. Acesso em: 15 de abr. 2020.

NEVES EP. As Dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2002.

NIWEGLOWSKI, VH, MORE CLOO. **Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica**: impacto no processo de hospitalização. *Estud. Psicol.* 2008.

O'MALLEY P; BARATA I; SNOW S. Death of a child in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing**. 2014.

OLIVEIRA JBA, LOPES RGC. **The mourning process in the elderly at the death of spouse or children**. *Psicol. Estud.* 2008.

OLIVEIRA SG, QUINTANA AM, BERTOLINO KCO. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.** 2010; 63(6): 1077-80.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. **Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

ONU. **The Millennium Development Goals Report**. 2013. <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf>. Acesso em: 15 de jul. 2020.

OGUISSO, Taka; SCHMIDT, Maria José. **O Exercício da Enfermagem**: uma abordagem ético-legal. 3ed., atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

PEDRO ENR, FUNGHETTO SS. Concepções de cuidado para os cuidadores: um estudo com a criança hospitalizada com câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Ago; 26(2): 210-19, 2005.

PERROCA, M G. **Sistema de classificação de pacientes**: construção e validação de um instrumento. São Paulo, 1996. 93p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

POLES K, BOUSSO RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a09.pdf>. Acesso em 10 de ago. 2020.

PRADO ML, Carraro TE, Rocha PK, Wall M, Gasperi, P, Radunz V. Tecnologia e Cuidado: onde está o humano nessa convergência? In: **Anais do III Seminário Internacional de Filosofia e Saúde**, out 8-10; Florianópolis (SC), Brasil, 2006.

PRETO VA, PEDRÃO LJ. O estresse entre enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a15v43n4.pdf>. Acesso em: 07 de ago. 2020.

QUIRINO DD, COLLET N, NEVES AFGB. Hospitalização infantil: concepções de enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11795/10239>>. Acesso em 04 de ago. 2020.

RAMALHO, M. A. N. & NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. (2007). **Vivências de profissionais de saúde da área de Oncologia Pediátrica**. *Psicologia em Estudo*, 12 (1), 123-132.

ROCHA, Claucymar Guerra. Hospitalização por causas externas em uma unidade de terapia intensiva. 95f. **Dissertação**. Pós Graduação em Ciências da Saúde. Uberlândia: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia; 2007.

ROCKEMBACH VJ, CASARIN TS, SIQUEIRA HC. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. **Rev Rene**. 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027970007>>. Acesso em: 05 de ago. 2020.

RODRIGUES AMM. **Por uma Filosofia da Tecnologia**. In: Grinspun MPSZ, organizador. Educação Tecnológica: desafios e perspectivas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, Yngrid Silveira dos; JESUS, Larissa Cruz de; PORTELLA, Sandra Dutra Cabral. A Enfermagem e a abordagem da morte infantil: Um estudo de trabalho qualis A. **Revista Enfermagem Contemporânea**. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/252>>. Acesso em 17 de fev. 2020.

SILVA KS, RIBEIRO RG, KRUSE MHL. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade?. **Rev Bras Enferm**. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/19.pdf>>. Acesso em 07 de ago. 2020.

SILVA, GBI. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SOARES ES, MENEZES GMS. **Factors Associated with Neonatal Mortality: Situation Analysis at the Local Level** Enio Silva Soares. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06 de ago. 2020.

SOARES M, LEVENTHAL L. **A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades**. *Ciência Cuidado & Saúde*. 2008.

SOUSA DM, SOARES EO, COSTA KMS, PACÍFICO ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto**

Contexto Enferm. 2009. jan-mar;18(1):41 Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05.pdf>>. Acesso em: 06 de ago. 2020.

SPÍNDOLA, T.; MACEDO, M. C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.47, n. 2, p. 108-117, abr./jun.1994.

TOFFOLETTO MC, ZANEI SSV, HORA EC, Nogueira GP, Miyadahira AMK, Kimura M et al. **A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva:** considerações sobre a participação dos enfermeiros. Acta paul enferm, 2005.

UNICEF. 2013. **Statistical snapshot. Child mortality.** Disponível em: <http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Stat_Snapshot_e-version_Sep_17.pdf>. Acesso em: 15 de jul. 2020.

VASQUES TCS, LUNARDI VL, RIBEIRO JP, CARVALHO KK, GOMES GC, SILVA, PA. Palliative care in the daily work of health and nursing professionals. **Rev enferm UFPE on line.** 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i10a10123p3797-3805-2014>>. Acesso em: 27 de ago. 2020.

VEJA, P. RODRÍGUEZ, RG. TORRES, CP. JARUFE, EA. BONILLA, JM. DÍAZ, CO. MARTÍNEZ, SR. **Develando el significado del proceso de duelo em enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer.** Aquichan. 2013. Disponível em: <<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2400/pdf>>. Acesso em: 14 de abr. 2020.

WANG H, LIDDELL CA, COATES MM, MOONEY MD, LEVITZ CE, SCHUMACHER AE, et al. **Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013:** a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet 2014; 384: 957-79

WALDOW VR. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WHATSON, J. **The theory of human caring:** retrospective and prospective. Nurs Sci Q, 1997.

XAVIER SCM, ALMEIDA MFPV, REGAZZI I. As estratégias terapêuticas de enfermagem como minimizantes do estresse da criança hospitalizada. **R. pesq.: cuid. fundam.** 2010. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4537/2467>>. Acesso em: 15 de jul. 2020.

ZHENG R, LEE SF, BLOOMER MJ. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. **J Clin Nurs.** 2018.

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.

MENEZES, Hildson Leandro Leandro de; MENEZES, Hildernando Leandro; BEZERRA JUNIOR, Cicero Ricarte; NETO, Modesto Leite Rolim; BIANCO, Bianca Alves Vieira. Aspectos legais sobre filiação a cerca da reprodução humana assistida heteróloga. **Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida Suplemento Revista Interface.** - Comunicação, Saúde, Educação ISSN 1807-5762, 2014.

ANEXO

ANEXO A - RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO



RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Ivonete Cordeiro Cruz

CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 01.09.2020

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **3,36%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet 

Suspeitas confirmadas: **3,97%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados 

Texto analisado: **95,61%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11
terça-feira, 1 de setembro de 2020 14:16

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **IVONETE CORDEIRO CRUZ**, n. de matrícula **19578**, do curso de Enfermagem, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 3,36%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Júlio Bordignon
Faculdade de Educação e Meio Ambiente