

Artigo Original

LUTO DA EQUIPE: REVELAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO À CRIANÇA/ADOLESCENTE NO PROCESSO DE MORTE E MORRER¹

Juliana Cardeal da Costa²

Regina Aparecida Garcia de Lima³

Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev Latino-am Enfermagem 2005 março-abril; 13(2):151-7.

Para os profissionais de enfermagem a morte é a maior vilã de seu trabalho, uma vez que, de maneira geral, são educados para cuidar somente da vida. O objetivo do presente estudo é investigar como os profissionais de enfermagem vivenciam o luto frente à morte de crianças/adolescentes hospitalizados, Através de pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas com profissionais de enfermagem que trabalham em clínicas com leitos pediátricos em um hospital-escola. Os dados empíricos evidenciaram que esses profissionais necessitam de suporte emocional para viverem o luto e prevenirem a Síndrome de Burnout. Recomenda-se que seja incluído nos currículos o tema da morte e que as instituições hospitalares busquem a educação permanente como estratégia para promover mudanças de atitudes e comportamentos dos profissionais junto ao paciente que está morrendo.

DESCRITORES: enfermagem; morte; criança; adolescente

TEAM MOURNING: REVELATIONS OF NURSING PROFESSIONALS ON THE CARE PROVIDED TO CHILDREN/ADOLESCENTS IN THE PROCESS OF DEATH/DYING

For nursing professionals, death is the greatest villain of their work since, in general, they are educated to take care of life only. The purpose of this study is to investigate how nursing professionals experience mourning when facing the death of hospitalized children/adolescents. Therefore, authors used a qualitative descriptive-exploratory research. Data were collected through interviews with nursing professionals who work in clinics with pediatric beds at a university hospital. Empirical data showed that professionals need emotional support in order to experience mourning and prevent the Burnout Syndrome. Authors recommend the inclusion of the theme death in the curricula, and also that hospitals must turn to permanent education as a strategy to promote changes in attitudes and behaviors regarding patients who are dying.

DESCRIPTORS: nursing; death; child; adolescent

LUTO DEL EQUIPO: REVELACIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL CUIDADO A NIÑOS/ADOLESCENTES EN EL PROCESO DE MUERTE Y MORIR

Para los profesionales de enfermería, la muerte es la mayor villana de su trabajo, una vez que, de manera general, son educados para cuidar solamente de la vida. El objetivo de este estudio es investigar como los profesionales de enfermería vivencian el luto frente a la muerte de niños/adolescentes hospitalizados. Así, fue utilizada una investigación descriptiva exploratoria con abordaje cualitativo. La recolección de datos fue realizada a través de entrevistas con profesionales de enfermería que trabajan en clínicas con camas pediátricas en un hospital escuela. Los datos empíricos evidenciaron que esos profesionales necesitan de soporte emocional para experimentar el luto y prevenirse del Síndrome de Burnout. Recomendamos que el tema muerte sea incluído en los currículos y que las instituciones hospitalarias busquen la educación permanente como estrategia para promover cambios de actitudes y comportamientos de los profesionales ante el paciente que está muriendo.

DESCRIPTORES: enfermería; muerte; niño; adolescente

¹ Trabalho extraído da dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; ² Enfermeira da Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, e-mail: julycc@ig.com.br; ³ Orientador, Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem

INTRODUÇÃO

Estamos vivendo um período de grandes descobertas na medicina como a decodificação do DNA (ácido dextrorribonucléico), a clonagem de alguns animais, descobertas de fórmulas que possibilitam maior longevidade e avanços nos tratamentos das doenças. Contudo, o homem não consegue desvendar a morte; ela continua sendo um grande mistério...

Na atualidade, a sociedade ocidental compreende a morte como sendo um tabu, um tema interdito e sinônimo de fracasso profissional para quem trabalha na área da saúde. Observa-se que a morte está ausente do dia-a-dia do mundo familiar, pois foi transferida para os hospitais e as crianças são impedidas, pelos adultos, de participarem dos cerimoniais de despedidas.

A morte é agora institucionalizada e medicalizada. Encontramos nos hospitais aparelhos de alta tecnologia que são utilizados para manterem o organismo do paciente em funcionamento e profissionais treinados para manipulá-los, porém sem preparo para assistir as reais necessidades do paciente, em iminência de morte, e de sua família⁽¹⁾. A tecnologia prolonga a vida dos doentes, mas não os ajuda no processo de morrer, sendo o doente terminal marginalizado socialmente porque deixou de ter um papel funcional.

Nos últimos anos, o homem ocidental alterou significativamente sua visão da morte podendo-se considerar que houve abrupta e rápida mudança relativa aos pensamentos e sentimentos expressos sobre ela. Parece-nos que é tempo de refletir e entender a morte como parte da vida, um acontecimento acompanhado de dor, sentimento de perda, que é vivido por qualquer ser humano e deve ser respeitado como um momento de sofrimento.

No hospital encontramos um grande número de pacientes, entre eles crianças e adolescentes, com prognóstico grave e doença em fase avançada, sendo a problemática da morte uma constante. Assim, os profissionais de saúde precisam estar preparados para receber e cuidar dessas crianças, adolescentes e suas famílias, necessitando compreender as reações e comportamentos que eles apresentam diante da morte para assisti-los em suas necessidades durante o processo de terminalidade.

A morte da criança e do adolescente é interpretada como interrupção no seu ciclo biológico e isso provoca na equipe de enfermagem sentimentos de impotência, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia⁽²⁾.

Quando cuidamos de pacientes nessa faixa etária, corremos o risco de nos envolvermos com eles e constituirmos o vínculo afetivo, que é concebido como sendo uma forma de comportamento em que uma pessoa mantém a proximidade com outra que é diferente e preferida. Ele é visto como uma base de segurança e, quando é interrompido, como na presença da morte, provoca sofrimento e sentimento de perda,

ou seja, provoca o luto que é uma resposta esperada frente à separação⁽³⁾.

Temos como pressuposto que os profissionais de enfermagem têm limitado conhecimento para trabalhar com a terminalidade/morte, com formação voltada a ações técnicas e práticas e com pouco embasamento sobre as necessidades reais do paciente e da família que estão no processo de morte e morrer. Quando se encontram no campo prático e se defrontam com o paciente terminal, principalmente a criança/adolescente, procuram realizar as tarefas da melhor maneira possível, mas têm dificuldades para apoiar e confortar o paciente e a família.

O objetivo do presente estudo é investigar como os profissionais de enfermagem vivenciam o luto frente à morte de crianças e adolescentes hospitalizados.

Ao identificar esse aspecto poderemos planejar um processo de educação permanente que envolva o profissional de enfermagem no tema da morte, oportunizando-lhe reflexões pessoais e profissionais sobre a vivência do seu luto e buscando medidas que possam prevenir as complicações decorrentes do luto mal elaborado.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo-exploratório⁽⁴⁾ com referencial da pesquisa qualitativa e essa responde às questões particulares, num espaço mais profundo das relações, considerando como sujeitos do estudo pessoas pertencentes a determinada condição social, com suas crenças, valores e significados⁽⁵⁾.

Escolhemos como campo de pesquisa as clínicas com leitos pediátricos como Cirurgia, Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), Neurologia, Pediatria, Ortopedia e Centro de Terapia Intensiva (CTI) Pediátrico de um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho de campo foi realizado, sendo aprovado de acordo com o Processo nº 6431/2002.

Os sujeitos da pesquisa foram 26 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) que tinham vivenciado o processo de morte e morrer da criança ou do adolescente hospitalizado.

Utilizamos a entrevista semi-estruturada para coleta dos dados empíricos, a qual foi gravada com a permissão dos entrevistados. A opção pela entrevista semi-estruturada ocorreu por essa possibilitar maior flexibilidade, profundidade, reiteração e reflexão. Ainda, ela é um instrumento valioso para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo que o investigador desenvolva intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo⁽⁴⁾.

Para sistematizá-la, elaboramos um instrumento composto de duas partes: a primeira com dados de identificação dos participantes (nome, sexo, idade, religião, estado civil, número de filhos, tempo de formado, local de trabalho, tempo de serviço na área, data da última vivência do processo de morte e morrer de crianças/adolescentes e frequência em cursos de extensão sobre o tema da morte e morrer); a segunda parte com a questão norteadora: como você vivencia o processo de morte e morrer da criança/adolescente?

As entrevistas foram transcritas na íntegra assim que eram realizadas para não perdermos detalhes importantes e fizemos algumas correções gramaticais que não alteraram o significado das frases. Utilizamos, também, um diário de campo onde foram registradas as impressões obtidas de cada entrevista, com especial atenção à comunicação não-verbal. Destacamos, também, situações que poderiam nos auxiliar no momento da análise dos dados. As entrevistas foram identificadas da seguinte forma: ENPA e a ordem dos símbolos representa E - entrevista, N - número da entrevista, P - local onde foi realizada e A - categoria profissional.

O período de coleta dos dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2002 e as entrevistas tiveram, em média, a duração de quarenta minutos.

Realizamos leituras repetidas das entrevistas, com o objetivo de apreender as falas dos sujeitos, exercício esse exaustivo porque foram necessárias idas e vindas às entrevistas com o objetivo de não perder nenhum dado e sempre voltando ao objetivo e à questão norteadora da pesquisa.

Inicialmente, buscamos classificar os dados por intermédio de códigos sendo esses entendidos como frases ou palavras que abrangiam as idéias centrais, as similaridades ou dissimilaridades contidas nos dados empíricos⁽⁴⁾.

Ao término desse exercício, conseguimos organizar vários códigos, os quais foram ordenados e aglutinados a outros segundo as semelhanças, constituindo os subtemas que, ao final, constituíram o tema⁽⁴⁾.

Após esse processo, formulamos três temas: **enfrentando a morte, estratégias de apoio e luto da equipe**, sendo esse último o foco de nossa discussão.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Um dos temas que emergiu dos dados empíricos, como já mencionado, foi o luto dos profissionais de enfermagem vivido com a morte da criança ou adolescente sob seus cuidados.

Cuidar de criança/adolescente em iminência de morte provocou inúmeras reações nos profissionais de enfermagem. Identificamos, mediante os depoimentos, que os participantes formaram vínculos com as crianças/adolescentes, que sofreram com a separação

e com a perda deles e conseguiram perceber essas manifestações.

Então ela, essa menininha, era uma coisa muito especial para gente, então foi uma perda bem ... muito grande para gente (E10A).

Então quando começou a complicar e eu vi que a criança estava correndo risco de vida foi uma coisa muito dura porque tinha um envolvimento já com a mãe e com a criança, então a experiência foi assim ... (E20E).

A relação interpessoal e o envolvimento foram tão grandes que alguns profissionais associaram a criança/adolescente com os integrantes de sua família e relataram que sentiram a morte deles como se fosse de um ente querido.

Era como se fosse uma pessoa da família; era como se morresse alguém da família, eu nunca tive ninguém que morreu assim bem próxima (E10A).

O vínculo existente é visto como uma relação de apego que é concebida como qualquer forma de comportamento que uma pessoa alcança e mantém a proximidade com outro indivíduo diferente e preferido. Para a criança, a pessoa que a trata de forma maternal, mantendo uma boa interação social e respondendo aos seus sinais e necessidades torna-se a figura de apego⁽⁶⁾.

A partir dos dados empíricos, podemos afirmar que o profissional vive a perda e se enluta com a morte do paciente que lhe é querido e que estabeleceu vínculo.

O profissional de enfermagem compreendeu que as manifestações de perda estavam relacionadas com a existência do vínculo afetivo. Em suas falas, identificou-se expressões que descreveram a perda como sendo algo difícil de aceitar porque eles mantinham vínculo afetivo com a criança e sua família e esse foi rompido com a morte.

Uma das entrevistadas verbalizou que o vínculo estava relacionado ao tempo de internação da criança e isso contribuiu para que o sofrimento de quem viveu a perda se tornasse mais intenso.

Eu acho assim: que a gente se apega, sofre mais com aqueles que ficam meses com a gente. Se você lida, você trata da criança por mais de um mês, o vínculo é bem maior e a perda é bem mais difícil (EACTIPT).

Também foi encontrado discurso contrário ao exposto acima. Para alguns profissionais, o vínculo e, conseqüentemente, o sofrimento foram menores quando a internação da criança foi rápida porque não houve tempo para se constituir o envolvimento emocional com ela e sua família.

Quanto maior o tempo de internação, mais vínculo você faz e mais sofrimento também que o profissional vem a sentir. Agora, quando é uma internação passageira, aí não tem tanto vínculo e o sofrimento é menor (E2CTIPE).

A situação de vida/morte gera sofrimento na equipe de enfermagem, principalmente pelo caráter humano desse trabalho, em que o envolvimento afetivo com as pessoas assistidas é inevitável⁽⁷⁾. O profissional de enfermagem necessita e deve se envolver emocionalmente com o paciente e outras pessoas, se deseja manter

uma relação autêntica, pois o envolvimento é vital na relação terapêutica, uma vez que promove empatia e permite que o profissional conheça melhor o paciente e atenda às suas necessidades, sem prejudicar sua atuação em determinados momentos⁽⁶⁾.

Concordamos com essa afirmação, pois acreditamos que uma assistência de qualidade implica interação com o paciente, pois é a partir dela que ele identifica as reais necessidades que as crianças/adolescentes e suas famílias demandam.

Outro aspecto identificado diz respeito aos sentimentos manifestados pelos profissionais, os quais foram diversos e apresentaram tendência negativa, como nos mostram os depoimentos:

Ah, eu não consigo definir o que eu senti. É mais do que um desapontamento, é mais que uma frustração, é difícil definir, eu não consigo definir. É um sentimento muito ruim, é uma derrota, é uma coisa muito triste mesmo, não tem uma palavra para isso (E2OE).

Não choro, não sou assim de ficar chorando, mas sinto aqui dentro (indica a região peitoral), sei lá, aquela dorzinha, sabe, aquele sentimento de que foi embora, de que você não vai ver mais (...) a gente fica triste, dá um sentimento assim de tristeza, de peso, sabe (E1CE).

Esses achados se identificaram com a literatura^(2,9-11) quando se argumentou que os profissionais da saúde, incluindo a equipe de enfermagem, apresentaram os sentimentos de pesar, frustração, derrota e tristeza, quando assistiram o paciente em iminência de morte.

No transcorrer das entrevistas, os profissionais relataram outros sentimentos como: dor, injustiça, alívio, cobrança quanto aos limites de assistência, choque, medo, aversão, desamparo e raiva.

A manifestação desses sentimentos foi generalizada e não observamos diferença entre os participantes das diferentes clínicas, porém, identificamos que os profissionais da Clínica Pediátrica e do CTI Pediátrico, devido às circunstâncias do trabalho, ou seja, por assistirem somente crianças/adolescentes, apresentavam condições de se exporem mais à vivência do processo de morte e morrer. Conseqüentemente, eles deram mais ênfase aos seus sofrimentos, se compararmos aos outros profissionais.

Olha, por trabalhar em CTI isso para a gente é assim ... a gente sempre espera. Antes eu ficava morrendo de medo; nossa eu vou para o CTI e lá o número de mortes é bem maior que na pediatria. Mas no momento que você fica no dia-a-dia e vê o sofrimento daquelas crianças você vai ... sabe aquele coisa de você ir rezando para a criança descansar e saber que o melhor realmente não é continuar nesse sofrimento (E4CTIPT).

Só quero falar uma coisa: aqui tem muita morte. Você sabe que tem dia que eu vou embora para casa eu falo: hoje tem um paciente ruim eu sei que ele vai morrer, eu vou embora rezando, pedindo para Deus para que ele(paciente) não vá comigo. Não no meu dia, no meu horário de trabalho. Eu fico com uma sensação de medo sabe. Então eu vou embora e fica assim já saio pedindo para Deus já que tem que ir que vá no horário que não estou trabalhando ... (E2PT).

Observamos que os profissionais tiveram manifestações divergentes em situações semelhantes. Um participante do CTI Pediátrico fez menção à sua impotência, quando foi escalado para cuidar de uma criança em iminência de morte, cujas medidas heróicas para ressuscitá-la não seriam implementadas. Um outro participante mencionou que esse sentimento se expressa quando não consegue impedir a morte de um paciente que tem chances de cura.

O sentimento à criança que parar parou foi muito assim, a impotência foi terrível. Sabe aquela coisa de você anotar: tá 30, tá 15, tá 10 a frequência, minuto a minuto e é só isso que você tem que fazer; é uma coisa. Agora o momento que você tá lá, fazendo as drogas, agindo é diferente, entendeu (E4CTIPT).

O tipo de sentimento depende do tipo de prognóstico da criança. Se é um prognóstico, por exemplo, fechado, ou a criança já está com uma morte encefálica, a gente não tem aquele sentimento de perda ou de dó ou de impotência. Agora quando é uma criança que você vê que poderia ter, que teria um prognóstico melhor, então a gente se depara assim com uma maior tristeza e até uma certa assim, é como se você não tivesse conseguido, como se você não tivesse condição de salvar. Poderia e não conseguiu, coisa assim de perda (E2CTIPE).

O sentimento de impotência não foi característica apenas dos profissionais do CTI Pediátrico, pois foi relatado por todos os outros participantes, numa visão semelhante ao segundo depoimento.

Observamos que alguns profissionais, mesmo os que trabalham numa unidade como o CTI, amparada pela tecnologia de ponta, conseguem compreender os limites de sua profissão e que ao prolongar o sofrimento da criança/adolescente estão indo contra a filosofia da morte digna. Esses diferentes posicionamentos podem estar relacionados à formação recebida.

Sentimento de impotência pode provocar sofrimento no trabalhador de enfermagem o qual faz questionamentos sobre o que poderia ou o que deixou de fazer para recuperar ou manter a vida da criança/adolescente que estava sob seus cuidados. Junto a essas questões ele, ainda, vive o conflito entre a vida e a morte.

Observamos que os profissionais de enfermagem, participantes deste trabalho, manifestaram comportamentos e reações com a morte de seus pacientes, os quais, em conjunto, podem indicar a vivência do processo de luto.

Quando buscamos a temática do luto na literatura^(3,6,8,12), observamos que a maioria dos trabalhos trazia discussão sob a perspectiva do familiar, contudo, alguns mencionavam a possibilidade do profissional de enfermagem vir a viver o luto quando se deparavam com a morte de seus pacientes, porém sem aprofundar a discussão⁽¹³⁾.

Os profissionais de saúde, especialmente aqueles da área hospitalar, reconhecem que existem pacientes especiais com os quais estabelecem uma relação diferenciada e singular. A morte desses pacientes "pode provocar o luto, com todas as reações próprias do

luto, como se fosse por uma pessoa com a qual mantém relações de outra ordem, que não a profissional"⁽¹³⁾.

O luto agudo é caracterizado por sintomas psicológicos e somáticos que causam sofrimento e dor. Esses sintomas compreendem manifestações afetivas como culpa, ansiedade, depressão; manifestações comportamentais como fadiga e choro; com atitudes voltadas a si e ao contexto como auto-reprovação, baixa auto-estima e desamparo; lentidão do pensamento e da concentração; perda de apetite; distúrbio do sono; queixas somáticas como dores, náuseas, nó na garganta, palpitações, necessidade de suspirar e sensação de estômago vazio; mudanças na ingestão e suscetibilidade a doenças. Tais sintomas são respostas normais, necessárias e esperadas e precisam ser vividos para que a perda seja encarada de forma satisfatória e para que os enlutados consigam (re)estruturar seu papel no âmbito social. No caso do profissional, essa afirmativa é válida e acredita-se que a (re)estruturação ocorre em seu ambiente de trabalho⁽³⁾.

As pessoas enlutadas podem apresentar alguns desses sintomas e precisam compreendê-los e vivê-los como manifestações normais frente à perda de alguém importante. Observamos que os profissionais de enfermagem não estão se permitindo viver o luto, talvez, na tentativa de se protegerem ou então porque não estão preparados para conviver com essas manifestações somáticas e emocionais. Eles acreditam que sua postura deva ser firme e que reconhecer o seu sofrimento significa ferir sua indole. Ainda há a visão de que o profissional deva ser "frio" ou indiferente na situação de morte.

Eu costumo não me abalar muito porque eu procuro não me envolver, me envolver o menos possível e ser mais profissional que eu puder. Não estar ali envolvendo sentimentalmente porque aí o negócio pega (risos). Você se envolve sentimentalmente aí eu acho que você cai, você não resiste. É muito triste você ver uma criança morrendo (E5CA).

Eu procuro não me envolver muito emocionalmente, porque senão você não vive. Eu tento agir com eles mais tecnicamente, ser profissional (E1CTIPA).

Eu procuro, na maioria das vezes, ser profissional, não estar levando isso comigo, mas tem vezes que é uma barra (E3CTIPE).

Esse comportamento pode atrapalhar a (re)estruturação do profissional no local de trabalho⁽³⁾ e a qualidade da assistência a ser oferecida, uma vez que o profissional de saúde busca assistir a criança de forma técnica, realizando apenas o que a prescrição médica solicita, não conseguindo suprir as necessidades psicológicas e espirituais de quem está morrendo.

Quando o luto é instalado, espera-se que antes tenha se constituído o vínculo afetivo entre, pelo menos, duas pessoas - o paciente e o profissional de enfermagem. Quando vivenciamos a perda e a separação, retratadas na morte do paciente, somos obrigados a nos adaptar a essa situação. Viver o pesar e o luto é viver o rompimento

do vínculo afetivo que havia sido constituído⁽³⁾.

A separação e a perda são experiências universais, particulares, peculiares e individuais, companheiras constantes na vida do ser humano e ninguém pode afirmar que nunca as viveu. É uma das experiências mais dolorosas e frustrantes vividas pelo homem e leva à instalação do processo de luto⁽¹⁴⁾.

Outras situações tiveram impacto no profissional como o contexto e as circunstâncias em que a morte ocorreu, como as palavras ditas pelos pacientes, momentos que a antecederam, comportamentos e despedidas da família. De acordo com os participantes, essas deixaram marcas difíceis de serem esquecidas. Os relatos, mesmo de circunstâncias de anos atrás, se mostraram claros e repletos de detalhes como se fossem recentes. Para exemplificar:

Ele sentou na cama, eu nunca na minha vida vou esquecer isso, eu acho que não faz um mês, ele sentou na cama, olhou para mim: eu não quero ir embora, eu não quero ir embora. Menina, eu não sabia o que eu fazia. Eu perdi o rumo (E1PA).

... no dia que ele morreu parece, no dia que ele parou, ele estava praticamente parado, ele sentou na cama, ele levantou se despediu dos pais, falou para os pais não chorarem que ele estava indo para um lugar muito bom, para se despedir das tias, deitou e morreu. Aquilo lá marcou, é uma experiência de vida que a gente tem que viver o momento, viver praticamente ali (E3CA).

Trabalhar com pacientes pediátricos em iminência de morte não é fácil. Para proporcionar a assistência que atenda às necessidades das crianças/adolescentes, o profissional deve ter consciência e compreensão do que precisa oferecer, porém, observamos que eles tiveram pouco preparo para trabalhar em situação de perda e acabaram realizando suas tarefas e buscando ajuda de forma solitária. Notamos que os profissionais de enfermagem entrevistados estão sofrendo e precisando de ajuda.

Primeiro, cada dia que passa é pior. Cada dia a gente sofre mais. Cada dia, por mais tempo que você esteja aqui dentro, cada dia é pior enfrentar essa situação (E1PA).

Nossa sociedade exige que enfrentemos o luto calados e rapidamente voltemos às atividades rotineiras e de trabalho. Devido aos valores prevalentes na sociedade ocidental moderna, as pessoas foram encorajadas a prematuramente deixar para trás a experiência do luto, assim, o enlutado vive o processo isoladamente ou, então, é forçado a abandoná-lo antes de tê-lo finalizado⁽¹²⁾.

O processo de luto deve ser completo, as pessoas precisam passar por cada estágio que o compreende, pois, somente assim, conseguirão adaptar-se à nova vida sem a pessoa que morreu⁽¹²⁾. Caso não seja vivido em sua integralidade, "coloca o profissional em posição tão vulnerável quanto qualquer outra pessoa que tenha sofrido o luto, fora do contexto hospitalar e que tenha se munido de mecanismos de defesa para se proteger da dor dessa perda"⁽¹³⁾.

No livro "*Hospital: dor e morte como ofício*"⁽¹⁵⁾ a autora

declarou que a natureza do trabalho em saúde, ou seja, lidar com a dor, o sofrimento e a morte de pacientes influencia a produção de sintomas psíquicos pelos trabalhadores da instituição hospitalar. Esses podem se intensificar quando o trabalho está voltado à clientela pediátrica, considerando que a morte tem melhor aceitação quando se refere ao idoso, ou seja, torna-se terrível e negada quando ocorre com o paciente jovem.

Essa afirmação corrobora com os nossos achados, pois os entrevistados apresentaram manifestações de perda e, conseqüentemente, sintomas de luto, como cansaço e vontade de abandonar a profissão e referiram que têm melhor aceitação da morte, quando essa está relacionada ao idoso ou quando representa o fim de todo o sofrimento e dor da criança/adolescente.

A vivência foi triste porque criança está começando, a gente fica mais ressentida; com adulto a gente fica mais preparada (E3CA).

... no momento que você fica o dia-a-dia no sofrimento daquelas crianças você vai... sabe aquela coisa de você ir rezando pra criança descansar e saber que o melhor realmente não é continuar nesse sofrimento (E4CTIPT).

Precisamos atentar para as implicações do luto mal vivido, uma vez que não é considerado uma doença até o momento em que os sintomas manifestados pelos enlutados não interfiram na realização das suas atividades diárias e torne o sofrimento intenso. Quando isso acontecer é necessário que o profissional de enfermagem reconheça essas alterações e busque ajuda de profissionais especializados e preparados para atuar com essa situação.

Um dos entrevistados da clínica pediátrica verbalizou que poderia ser um estímulo ao profissional desta clínica a possibilidade de reverem os pacientes que se curaram. Os pacientes que apresentaram resposta ao tratamento, normalmente, vão aos retornos no ambulatório e não retornam à enfermaria, dessa forma, eles ficam sem saber o que realmente aconteceu com as crianças/adolescentes. Os pacientes internados são, na maioria, casos novos que estão iniciando o tratamento ou de infecção.

Eu acho que na Pediatria é uma coisa triste. A maioria dos nossos pacientes vem aqui e você sabe que eles vão morrer, eles não vão durar muito tempo. A gente ouve de muita gente que se curou, mas a gente não vê esses pacientes, não fica com a gente, os que ficam com a gente são os que vão morrer (E5PA).

O luto não vivido e o sofrimento dos profissionais de enfermagem estão interligados, assim precisamos ficar atentos, pois o convívio desgastante e pouco prazeroso com o ambiente de trabalho propicia a instalação da Síndrome de *Burnout*, termo esse, relativamente novo, usado para definir o desgaste e o sofrimento do profissional com as atividades de trabalho.

Existem várias definições de *burnout* e escolhemos a que melhor se adequa ao profissional de enfermagem. A síndrome aparece como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato

direto e excessivo com outros seres humanos em sofrimento, já que cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grandes responsabilidades profissionais a cada gesto no trabalho. A relação afetiva dos trabalhadores com os pacientes pode se desgastar e os colocar em *burnout*⁽¹⁶⁾.

A perda de energia e a fadiga dos profissionais podem se manifestar por alterações psíquicas e físicas ou a combinação delas com a apresentação de respostas negativas para a atividade laboral, como depressão, auto-estima baixa, retraimento pessoal, queda na produtividade e incapacidade de suportar pressões.

Essa síndrome acomete os trabalhadores que durante seu exercício profissional apresentam envolvimento emocional e afetivo com seres humanos em sofrimento, como os profissionais da área da saúde.

Os coordenadores de equipes precisam estar atentos à presença do *burnout* nos profissionais porque o nível moderado dele já é considerado preocupante do ponto de vista epidemiológico e é passível de intervenções, pois o processo já está instalado⁽¹⁶⁾.

Não temos condições de afirmar que alguns dos entrevistados estão em *burnout*, mas podemos fazer um alerta de que eles estão apresentando algumas manifestações de luto mal vivido e sofrimento que caracterizam a síndrome.

Você sabe que eu nunca busquei ajuda nenhuma e ultimamente eu não estou agüentando mais, estou no meu limite. Mas aí na mesma hora eu penso assim: mas essa é a profissão que eu escolhi, então eu tenho que enfrentar. Vou desistir agora no meio do caminho? Não posso. Então é o que eu escolhi e é o que tenho que enfrentar, de uma forma ou de outra, ou fugindo, ou fazendo o que eu faço, eu tenho que enfrentar. E isso a gente vai se desgastando né, a gente vai se desgastando muito (E5CTIPA).

É necessário atenção a essa situação. Os profissionais de enfermagem que trabalham com crianças/adolescentes necessitam de ajuda para superar e enfrentar essa dolorosa doença ocupacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhar o processo de morte e morrer das crianças/adolescentes provocou sentimentos negativos como: frustração, desapontamento, derrota, tristeza, pesar, cobrança quanto aos cuidados prestados, pena e dó.

Podemos afirmar, mediante as falas dos entrevistados, que eles vivem o luto com a morte da criança/adolescente com quem haviam constituído o vínculo afetivo, sendo essa uma resposta natural e esperada que está sendo camuflada por eles.

O profissional de enfermagem compreende que o seu pesar está relacionado com o vínculo afetivo. Em seus depoimentos

identificamos expressões que descreveram a perda como sendo algo difícil de aceitar porque eles tinham um contato importante com a criança e a família.

Identificamos que alguns participantes não estão vivendo o luto, porque acreditam que agindo com uma postura mais técnica estão evitando que suas tarefas sejam atrapalhadas pela emoção. Eles, ainda, têm a crença de que são obrigados a aceitarem e viverem sozinhos o sofrimento porque esse faz parte da profissão escolhida. Os depoimentos indicaram que a busca por ajuda de profissional técnico seria vista como uma atitude de fraqueza.

O processo de luto deve ser completo, as pessoas necessitam passar por cada um de seus estágios, pois, somente assim, conseguirão se adaptar à nova vida e dar continuidade às atividades de trabalho sem a pessoa que morreu.

Algumas medidas foram descritas para ajudar as pessoas que sofrem a perda como o reconhecimento do luto pela sociedade e

a garantia de que o enlutado poderá manifestar seus sentimentos e ser ajudado quando precisar.

Os profissionais de enfermagem estão sofrendo e estão sozinhos nessa batalha travada entre a vida e a morte. Precisamos ajudá-los a compreender a morte como uma etapa que precisa ser vivida e, também, ajudá-los a compreender o seu luto como sendo uma resposta necessária à perda e à morte de crianças/adolescentes que estavam sob seus cuidados.

As propostas de melhora devem estar voltadas para as instituições de formação. As mudanças necessitam ocorrer simultaneamente nas escolas e nas instituições hospitalares, ou seja, as escolas deveriam preparar seus alunos para atuarem com a vida e a morte nos hospitais, enquanto que as instituições hospitalares poderiam, com o auxílio da educação permanente, ajudar os profissionais a realizarem reflexões sobre o luto e a buscarem medidas que previnam a Síndrome de *Burnout*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boemer MR. O fenômeno da morte: o pensar, o conviver e o educar. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP;1989.
2. Spindola T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. Rev Bras Enfermagem 1994; 47(2):108-17.
3. Bromberg MHPF. A psicoterapia em situação de perdas e luto. Campinas (SP): Livro Pleno; 2000.
4. Bogdan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. 2ª ed. Porto (PT): Porto Editora;1994.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1998.
6. Fonseca JP, Fonseca MII. Luto Antecipatório. In: Franco MHP, organizadora. Estudos avançados sobre o luto. Campinas (SP): Livro Pleno; 2002. p. 69-94.
7. Martins JJ. O processo de morte e morrer: relatando a vivência dos trabalhadores de enfermagem de uma UTI diante deste acontecimento. Rev Ci Saúde 2000; 19(2):28-34.
8. Lunardi WDFilho, Sulzbach RC, Nunes AC, Lunardi VL. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. Texto & Contexto Enfermagem 2001 setembro/dezembro; 10(3):60-81.
9. Papadatou D, Martinson IM, Chung PM. Caring for dying children: a comparative study of nurses' experiences in Greece and Hong Kong. Cancer Nurs 2001; 24(5):402-12.
10. Kaunonem M, Tarkka MT, Hautamäki K, Paunonen M. The staff's experience of the death of a child and of supporting the family. Int Nurs Rev 2000; 47:46-52.
11. Lourençon M. Auto percepção da aluna de enfermagem ao desenvolver relação de ajuda a familiares de crianças em fase terminal. Rev Latino-am Enfermagem 1998 agosto; 6(4):57-65.
12. Franco MHP. Uma mudança no paradigma sobre o enfoque da morte e do luto na contemporaneidade. In: Franco MHP, organizadora. Estudos avançados sobre o luto. Campinas (SP): Livro Pleno; 2002. p. 15-38.
13. Franco MHP. Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. O Mundo da Saúde 2003; 27(1):182-4.
14. Kóvacs MJ. Morte em vida. In: Bromberg MHPF, Kóvacs MJ, Carvalho MMMJ, Carvalho VA. Vida e morte: laços da existência. 2ª ed. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 1996. p. 11-34.
15. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo (SP): Hucitec; 1990.
16. Codo W. Educação: carinho e trabalho. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.