

TERMINALIDADE EM NEONATOLOGIA: Percepções da equipe de enfermagem

Carolina da Silva Ferreira¹
Patrícia Alves Pereira Carneiro²

RESUMO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional do Sul de Minas localizado na cidade de Varginha-MG. Sabe-se que a ciência e o conhecimento teórico e prático trouxeram maior sobrevida e longevidade por sua vez não nos ensinou a compreender a morte e conviver com esse lado da vida. A morte incomoda e desafia a capacidade humana e profissional, faz parte do cotidiano da enfermagem, desperta grande temor no ser humano e este sentimento se expressa na dificuldade de lidar com a finitude. Tal justificativa levou este estudo a obter como objetivo principal a análise sobre as percepções da equipe de enfermagem relatando a relação do profissional de enfermagem com o recém-nascido (RN) e a terminalidade. O profissional de enfermagem tem a função de manter-se presente ao lado do paciente atendendo às suas necessidades e levando conforto e dignidade ao mesmo e por conseguinte criando um vínculo afetivo. Com isto conclui-se que os profissionais de enfermagem bem como os familiares do recém-nascido sofrem intensamente durante o processo de morrer acarretando falta de preparo emocional do profissional de enfermagem tendo como consequência sentimentos que podem dificultar a assistência ao cuidado. Obtendo o apoio da enfermagem o acompanhamento ao recém-nascido em fase terminal deve ser adequado antecipando a inserção da família neste processo de apoio. Assim o paciente usufruirá de uma melhor qualidade de vida do ponto de vista emocional e afetivo bem como na diminuição da dor e angústia inerentes à doença. Como resultado acredita-se que através deste estudo seja possível a compreensão de valores e atitudes diante o processo morrer do recém-nascido para a enfermagem.

Palavras-chave: Recém-Nascido. Enfermagem. Terminalidade.

¹ Aluna do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas UNIS-MG.
Email:ferreiracarolyga@outlook.com

² Professora do Centro Universitário do Sul de Minas UNIS-MG. Email: patriciacarneiro@unis.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Pierre Budim foi um dos primeiros obstetras e criador da neonatologia sua preocupação com os recém-nascidos fora das salas de parto levou-o a criar um ambulatório de puericultura em Paris. Com os avanços da tecnologia juntamente com as descobertas da fisiologia do recém-nascido obteve-se grandes transformações no cuidado neonatal no final do século XIX. Contudo, o centro específico para os cuidados com os recém-nascidos prematuros surgiu em meados do século XX no Brasil (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Costa e Padilha (2011) acrescentam que inicialmente os centros específicos tinham a função em manter e restaurar as condições de vitalidade do recém-nascido bem como a prevenção de infecções e a queda de morbi-mortalidade com o objetivo de promover aos bebês debilitados uma adaptação à vida fora do útero. Contudo, Silva (2007) aponta que não há indícios ou registros que comprovem as intervenções realizadas na saúde da criança antes do surgimento destes centros específicos a mesma era cuidada em casa pelos próprios familiares que focavam na higiene corporal, cuidados nutricionais e ambientais.

2 ENFERMAGEM E A CRIANÇA

Hoje a medicina dedica áreas específicas à criança, como a Neonatologia que segundo Inácio et. al (2008) é a ciência do diagnóstico e tratamento dos problemas do recém-nascido (RN) no período de 28 dias a partir de seu nascimento. Aguiar e Silva (2011) ressaltam que Neonatal é o período compreendido entre o primeiro e o vigésimo oitavo dia de vida.

Com a tecnologia avançada pode-se avaliar uma mudança relevante nos cuidados destes pacientes, tornando assim a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal um local de bem-estar, recuperação e sobrevivência do RN e também de desgaste físico e conflitos emocionais (INÁCIO et al, 2008) por ser um local considerado de alta complexidade que trata de recém-nascidos de alto risco (COSTA; PADILHA, 2011).

Segundo Rocha e Silva (2011) toda criança tem o direito ao crescimento e desenvolvimento. Acredita-se com isto na importância das intervenções e assistência da Enfermagem a este paciente nos seus primeiros minutos de vida, o enfermeiro revela-se como um educador buscando promover o bem-estar da criança hospitalizada.

Garcia (2013) aponta uma Unidade de Terapia Intensiva como um local onde se encaminha recém-nascidos que sofreram complicações em seu quadro clínico ao nascer que precisam de cuidados especiais para garantir a continuidade de sua vida.

A UTI Neonatal é um local onde se realiza o tratamento de recém-nascidos que nascem antes dos nove meses de gestação e entre outras indicações que confirmam a indicação dessas internações tais como: RN nascidos prematuros com idade gestacional menor ou igual a 37 semanas, RN pós maduros com idade gestacional maior ou igual a 42 semanas, RN de baixo peso, ou seja, menor ou igual a 2500 gramas, RN macrossômico, ou seja, com peso maior ou igual a 4000 gramas, gestação de gemelares, suspeita de malformação congênita, durante o pré-natal, história materna de infecção, diabetes gestacional, hipertensão, ruptura prematura da bolsa amniótica, infertilidade anterior prolongada, idade materna superior a 35 anos, gravidez em adolescente, posicionamento anômalo do feto ou da placenta, anemia, incompatibilidade sanguínea e ingestão de drogas e até mesmo o recém-nascido sem possibilidade terapêutica (SILVA, 2007)

É possível reconhecer uma criança sem possibilidades de cura quando o profissional une razão e emoção, combinando a o conhecimento científico em avaliar a situação clínica da criança, equilibrando os prós e contras em permanecer em uma assistência terapêutica ou não com a percepção do sofrimento causado pela terapêutica curativa. Os profissionais buscam evidências científicas, quanto em experiências pessoais visando que o tratamento conduza a um aumento do sofrimento para a criança, família e equipe, podendo assim compreender as desvantagens em persistir nos recursos terapêuticos. Leva-se assim a um significado de que o conhecimento técnico e científico não basta quando profissionais avaliam e identificam um recém-nascido sem possibilidades terapêuticas. As decisões para tal situação são baseadas em proposições que dependem de cada paciente, circunstâncias e pessoas envolvidas no processo de tomada da decisão. Consequentemente, os julgamentos não podem se basear somente em protocolos de conduta. Assim, as decisões de final de vida devem ser baseadas no respeito mútuo, incluindo a visão de todas as pessoas envolvidas na situação, com o intuito de alcançar a melhor decisão possível para a situação (POLES; BALIZA 2013).

No século passado, a morte era constante na vida das pessoas, seja por epidemias, guerras e pelo fato de que as pessoas viviam mais próximas. Não obstante, o pensamento acerca do ato de morrer tem se modificado junto ao processo de transformação da sociedade e por diversos momentos torna-se um tabu discuti-la (LUCENA et al, 2014).

Santana et. al (2009) cita que a percepção da morte foi se transformando e tomando uma proporção diferente na sociedade, Lucena et al (2014) explica que durante o século V até o século XVIII, a presença de familiares e amigos no leito de morte do doente era um hábito comum. A morte era vista como uma fase natural da vida os familiares assistiam o processo morte/morrer. Poles e Baliza (2013) afirmam que nos dias atuais, tanto a doença como a morte

residem no hospital, deixando de ocupar, como outrora, o aconchego do lar. Houve então uma mudança neste conceito. A morte que antes era consumada nas residências passa a ocorrer no hospital e os cuidados oferecidos pela família são passados aos profissionais de saúde.

Para Lucena et al (2014) a morte é um processo biológico e social, sendo um evento ligado a vida ajustado a cada cultura ao logo do tempo tornando a morte um fato do nosso cotidiano independente da causa e forma. Com isto os hospitais e instituições de saúde tornam-se o grande local onde ocorre este fato. Porém, há uma realidade na área da saúde onde as pessoas talvez por medo estejam se afastando progressivamente de tudo que se relaciona ao tema, pois são ensinamos a cuidar da vida. Tornando a morte um desafio a ser vivenciado incomodando a capacidade humana e profissional.

Schliemann (2007) relata que a doença e a morte comumente não estão associadas à infância, o esperado é que indivíduos com idade muito avançada morram antes daqueles que estão no início da vida, ou seja, a morte pode ocorrer após termos vivido, trabalhado, construído uma família, ainda assim nestes casos é difícil aceitar a presença da morte. Para uma família é uma experiência inesperada quando uma criança é acometida por uma doença grave. Porém, quando se trata de doença na fase inicial da vida um fator importante e indispensável é a qualidade de vida do paciente.

Para muitos a morte de um recém-nascido é vista como prematura quando se trata do ciclo da vida, pois é um fato que acontece fora de hora às expectativas sociais e cronológicas tornando um momento difícil a ser encarado (SILVA, 2007).

Em média de quatro milhões de mortes neonatais ocorrem todo ano no mundo está relacionado ao baixo peso ao nascer decorrente da prematuridade ou atraso no crescimento intrauterino. Outros fatores são: A idade gestacional, o recém-nascido menor ou igual a 31 semanas expõe maior chance para o óbito neonatal. Ficou também evidenciado que o prematuro filho de mãe múltipara também está exposto ao risco de vida. O sexo masculino apresentou um risco de 1,6 vezes maior para a mortalidade neonatal. Dentre todos estes fatores destaca-se a malformação congênita como a anencefalia como principal fator de óbitos neonatais (RIBEIRO et al, 2009).

Para uma doença altamente fatal, o prognóstico leva a equipe a dois tipos de resolução: a morte ou a cura. Contudo é direito de qualquer indivíduo o cuidado qualificado em um local com atendimento prioritário envolvido por uma equipe apta a exercer suas funções de maneira qualificada. O paciente que se encontra fora das possibilidades de cura é preconizado pela medicina tratar e cuidar sempre assim entra os cuidados paliativos onde tecnicamente não

há mais cura terapêutica porém há redução de dor, enjoo, falta de ar, desconforto físico que possa ser tratado (SCHLIEMANN, 2007).

Neste cuidado é possível a inserção de tecnologias aprimoradas com o intuito de manter a vida por meio de aparelhos, terapêuticas e controles eficazes exigindo por consequente um profissional altamente qualificado frente a estes métodos. Contudo, é necessário adquirir a inserção da família no âmbito hospitalar trazendo um cuidado centrado não somente a criança, mas também a família atendendo as necessidades físicas e emocionais da mesma mantendo-os informados quando ao quadro clínico do paciente. O cuidado de enfermagem deve ser direcionado às necessidades da criança e de sua família induzindo-os ao afeto e cuidado com o filho. Esta ação visa diminuir o sofrimento durante o processo de internação e aumentando um vínculo de confiança e afeto entre família e equipe (ROCHA; SILVA, 2011).

Além de uma eficiência e um conhecimento atualizado sobre o manuseio de equipamentos complexos e destreza durante as técnicas que exigem um nível alto de atenção durante os cuidados prestados é necessário um olhar holístico e preocupar-se afetivamente com o outro por parte da enfermagem. É de grande relevância que durante o período dos cuidados na terminalidade do recém-nascido que se estabeleça uma relação humanizada, direcionada à disponibilidade, interesse, sensibilidade, respeito, aceitação, compreensão e a afetividade que parte além do cuidado físico (JARDIM et al, 2010).

“Não é fácil lidar com a morte, mas ela espera por todos nós. Deixar de pensar na morte não a retarda ou evita. Pensar na morte pode nos ajudar a aceitá-la e a perceber que ela é uma experiência tão importante e valiosa quanto qualquer outra” (SANTOS, 2007, p.14).

Com a ciência e o conhecimento trouxe maior sobrevida e longevidades, por sua vez, não nos ensinou a compreender a morte e conviver com esse lado da vida (SILVA, 2007).

Com esta enorme projeção na atualidade os sentimentos e perspectivas da enfermagem perante a morte e o morrer são poucos conhecidos e compreende-los mais a fundo poderia aprimorar a relação entre enfermeiro e o paciente terminal (INÁCIO et al, 2008).

Através desta complexidade que envolve a morte pretende-se discutir o tema exposto relacionando-o ao contexto hospitalar na assistência ao recém-nascido grave, no que se refere relevante aos sentimentos que vivenciam os profissionais de saúde diante da morte de crianças em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). Tal dificuldade acompanha o homem, as famílias e os profissionais da área.

Ao deparar-se com a vivência de profissionais de enfermagem no enfrentamento da terminalidade de um recém-nascido notou-se uma questão que inquieta: frequentemente os profissionais se manifestam pouco diante suas dificuldades, ao deparar-se com a perda do seu

paciente. Vivenciar o enfrentamento da morte de um recém-nascido é um grande desafio para a enfermagem, pois em geral a equipe é preparada para a promoção e preservação da vida, e não para a perda do paciente. Esta inquietação me levou ao objetivo principal deste estudo sendo ele investigar a percepção da equipe de enfermagem diante o recém-nascido sem possibilidade terapêutica evocando os sentimentos vividos pela mesma. Esta iniciativa foi pensada no sentido de alcançar maior aproximação ao tema estudado, fazendo parceria com alguém mais próximo ao universo do objeto da investigação.

3 MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo de característica descritiva se propõe a expor as percepções da equipe de enfermagem frente à terminalidade da vida em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. A escolha se deu pelo fato dos profissionais de enfermagem que se encontram neste tipo de unidade conviverem diariamente com a condição grave dos pacientes que necessitam de cuidados, sendo mais frequentes questionamentos acerca da vida e da morte.

Sendo assim, trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem quantitativa a qual foi aplicada em 29 profissionais de enfermagem incluindo técnicas de enfermagem e enfermeiras que trabalham na UTI - Neonatal de Varginha - MG, a mesma localiza-se no Hospital Regional. Atende toda a região do Sul de Minas Gerais.

O estudo foi intitulado como “TERMINALIDADE DA VIDA EM NEONATOLOGIA: Percepções da Equipe de Enfermagem”. As profissionais citadas acima serão entrevistadas através de um roteiro de entrevista contendo três questões. Sendo elas: “Para você o que viria a ser a terminalidade da vida em neonatologia?” Qual o seu comportamento no cuidado ao recém-nascido sem possibilidades terapêuticas? e “De que modo um recém-nascido sem possibilidades terapêuticas pode influenciar no seu cotidiano?”

Tais questões possibilitam a verificação da percepção de enfermagem frente à terminalidade da vida. O objetivo específico partiu-se para a coleta dos dados da pesquisa.

A escolha se deu pelo fato dos profissionais de enfermagem que se encontram neste tipo de unidade conviverem diariamente com a condição grave dos pacientes que necessitam de cuidados, sendo mais frequentes questionamentos acerca da vida e da morte.

Sendo assim, foram selecionadas as enfermeiras e técnicas de enfermagem que trabalham no setor, independentemente do tempo de atuação na UTIN (UTI – Neonatal), que aceitassem participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informação, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo-lhes

garantido o anonimato, a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, e o livre acesso ao conteúdo, sendo identificadas por meio de letras. Após aprovação da solicitação à instituição hospitalar, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer de número 847.268 com data relatoria de 02 de Novembro de 2014 para então iniciarmos a coleta de dados. Foi uma pesquisa de campo por meio de encontros durante o mês de Novembro de 2014.

Após a coleta, os dados foram organizados e discutidos de forma sistemática. Agruparam-se as unidades que expressavam os mesmos significados e sentidos, procurando a convergência das descrições chegando à construção de três categorias sendo então, estas discutidas de acordo com a literatura.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos dados apresentados deu-se seguimento à análise na qual foi realizada uma leitura criteriosa das respostas.

Na busca por alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, as respostas evidenciadas durante a coleta de dados serão agrupadas frente às questões abordadas para que possa haver um melhor entendimento dos resultados divididos em três categorias: *“o que viria a ser a terminalidade da vida em neonatologia”*, *“qual o comportamento do profissional no cuidado ao recém-nascido sem possibilidades terapêuticas”* e *“qual a influência o recém-nascido sem possibilidades de cura pode influenciar no cotidiano da equipe”*

Oliveira Et. Al (2006) ressalta que os profissionais de enfermagem que integram a equipe de saúde de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal é exposto comumente com questões relacionadas a terminalidade, neste intuito por muitas vezes é utilizado por parte da enfermagem mecanismos de defesa para evitar o confronto com a angústia, gerada pela participação do sofrimento do paciente, e se não trabalhado adequadamente todos estes sentimentos pode causar estresse e sofrimento psíquico. Vivendo com esta realidade de forma inadequada o profissional está propenso a desencadear sintomas de depressão caracterizados por sentimentos de frustração, raiva, falta de confiança em si e diminuição da satisfação com o trabalho. Para isto é necessário que sejam orientados e instrumentalizados para lidar com tais situações, recebendo por meio de um psicólogo um auxílio aprendendo a administrar sentimentos vividos na prática do cuidado.

Na primeira categoria *“o que viria a ser a terminalidade da vida em neonatologia.”* ao serem questionadas sobre a definição sobre o recém-nascido terminal para a maioria das

entrevistadas o resultado foi equivalente. Obtendo assim uma resposta que se designa um significado em comum para todas. Obtiveram-se as seguintes afirmativas:

“É quando o RN além de todos os cuidados e procedimentos não tem possibilidade de sobreviver”.

“É muito triste por que o RN tem todos os procedimentos e cuidados, mas não tem possibilidades de sobreviver”.

“É quando o recém-nascido não tem possibilidades terapêuticas”.

“É um ser humano que está lutando pela vida como qualquer outro recém-nascido. Na qual possui os mesmos direitos”.

Uma enfermeira citou:

“Seria um recém-nascido portador de alguma patologia incompatível com a vida ou com algum diagnóstico ou prognóstico fora de possibilidade terapêutica”.

Aguiar et. al (2006), nos revela que a enfermagem é uma profissão que necessita de um conhecimento metódico e claro sobre a natureza física, social e psicológica sobre o ser humano, por manter uma interação e ligação direta com o mesmo. Sendo assim, o cuidado torna-se caracterizado por atenção, zelo e preocupação com outro. Este cuidado está voltado ao paciente desde o seu nascer até o morrer. Neste contexto considera-se que o cuidado resulta no alívio e apoio, entendendo que a cura não é o fim do processo de tratamento e que quaisquer intervenções sobre o indivíduo e sua necessidade está presente até mesmo no processo de morrer.

Obtiveram-se também algumas respostas opostas as relatadas acima. Ao serem abordadas sobre a questão da terminalidade da vida em neonatologia, uma técnica de enfermagem afirmou:

“Seguir todos os cuidados necessários na Unidade de Terapia Intensiva, até a morte”.

Outra afirmação:

“Quando a equipe da UTI fez de tudo para melhorar o quadro clínico do recém nato; e não se pode fazer mais nada, e fica nas mãos de Deus”.

Para Silva (2007) o cuidado com o paciente terminal representa uma das situações mais difíceis no cotidiano, pois nos paralisa, assusta e fragiliza. Contudo, precisamos nos discernir que cuidar nem sempre é curar, por várias vezes é deixar partir.

Ao observar as afirmações levantadas perante a questão nesta categoria pode-se observar que se torna errada a suposição de que não há o que se fazer pelo recém nascido quando não há cura se existe a necessidade do cuidado de enfermagem.

Tornando a enfermagem como peça fundamental nos cuidados frente determinado paciente, pois ela trará resultados significativos e duradouros sobre a forma como estes pacientes vivem até a morte e sobre as lembranças de que toda assistência aos cuidados foram prestados para as famílias.

Rocha e Silva (2011) explicam que se torna um paciente sem possibilidades terapêuticas aquele que mesmo sem cura tem o direito em receber os cuidados, para a enfermagem enfatiza-se que sejam priorizados estes cuidados independentes da cura apenas interferindo no sofrimento e amenizando a dor do mesmo.

Para Soares e Medeiros (2010) a enfermagem obtém um ponto marcante em sua profissão que está ligado ao cuidar do paciente, ele afirma que este cuidado envolve o olhar, a escuta ativa, a percepção e a disponibilidade para atender as necessidades dos recém-nascidos sob seus cuidados. Além da cura, é preciso que cada profissional esteja preparado para o processo morte/morrer independente do prognóstico do paciente acarretando em uma assistência humanizada e qualificada a partir do processo de cuidar.

Na segunda categoria *“qual o comportamento do profissional no cuidado ao recém-nascido sem possibilidades terapêuticas”* ao serem abordadas houve as seguintes afirmações:

“Oferecer todas as possibilidades de cuidados paliativos”

“Realizar os cuidados paliativos, conforme prescrição e orientações médicas, a fim de não prolongar o sofrimento”.

Através destas afirmações entende-se que o cuidado e a atenção que a equipe de enfermagem deve prestar são de grande relevância, ao apontarem suas afirmativas as entrevistadas colocaram em evidencia os cuidados paliativos. Silva et al (2010) explica que estes cuidados são direcionados a propiciarem uma qualidade de vida nos momentos finais onde não existe mais a finalidade de curar. Ao cuidar de um neonato exige-se total atenção e dinamismo por parte da equipe de enfermagem (ROCHA; SILVA, 2011).

Para Kuster e Bisogno (2010) é necessário que a enfermagem seja qualificada para lidar com este paciente, pois é quem permanece presente no dia-a-dia, obtendo o conhecimento em entender e lidar com os sintomas, compreendendo suas reações e comportamentos, atendendo suas necessidades, assistindo-os durante o processo de morte e morrer.

O cuidado de enfermagem segundo Sadala e Silva (2009) resulta no implicar e importar-se com o próximo, bem como envolver-se com ela. A enfermagem propõe uma teoria baseada no desenvolvimento das habilidades de comunicação interpessoal do enfermeiro. Nesta concepção, a percepção de si mesmo, ao cuidar das suas dificuldades e possibilidades para ajudar o paciente, é a base para desenvolver um relacionamento terapêutico com ele.

“Tento dar o melhor de mim, promovendo o melhor cuidado e conforto para o mesmo”.

“Devemos tratá-lo da melhor forma possível, lembrar que o nosso cuidar é a uma vida independente das possibilidades terapêuticas”.

“Mantendo os cuidados que o recém-nascido merece e minha postura quanto profissional e ser humano”.

“Manter postura e respeito, exercendo toda competência em todos os cuidados”.

“Continuarei a prestar os meus cuidados, atenção necessária como qualquer outro RN, sem diferenciá-lo”.

“O mesmo que os outros RN, porem me sinto de mãos atadas não poder ajudar o RN”.

Outras entrevistadas evidenciaram a igualdade perante os cuidados sendo eles paliativos ou curativos assim compreende-se segundo Rocha e Silva (2011) que o recém-nascido sem possibilidades terapêuticas é um ser humano que merece todos os cuidados com respeito e dignidade no pouco tempo que lhe resta, o profissional de Enfermagem independente da cura torna o cuidado primordial com a intenção de amenizar o sofrimento do mesmo trazendo-lhe conforto.

Jardim et.al (2010) completa que o processo de cuidar em pacientes sem possibilidades de cura requer muito mais que conhecimentos técnicos e científicos. E sim, uma compreensão detalhada e um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana sobre aquele que se encontra no leito da morte.

Observa-se que a enfermagem vivencia momentos difíceis lidando com a vida e a morte, a pressão e a angústia, assim questiona-se quais seriam os sentimentos abordados por estes profissionais ao lidarem com pacientes que dependem totalmente de seus cuidados para permanecerem vivos (INÁCIO et al, 2008).

Ao abordar a terceira e última categoria *“qual a influência o recém-nascido sem possibilidades de cura pode influenciar no cotidiano da equipe”*. Evidenciou-se sentimentos relatados pela equipe como tristeza, impotência, apego e sofrimento tornando uma influência emocional para cada profissional.

A sensação de impotência surge em consequência da própria formação direcionada a recuperar a vida. A perda do controle da situação, a iminência da morte, apesar de todos os recursos tecnológicos, faz com que os profissionais encarem suas limitações. Ao reconhecê-las, é como se a habilidade profissional estivesse sendo testada, como se a manutenção da vida dependesse da competência da equipe responsável pelo paciente.

A morte de crianças e jovens é compreendida como a cessação de vidas que poderiam ser promissoras, interrompendo o ciclo vital. Crianças traduzem expectativas positivas e

prazerosas, representam corporificação da vida, denotando necessidade de manter a vida intacta e protegida (SOARES; MEDEIROS, 2010)

Sendo assim, o sentimento de tristeza relatado durante as entrevistas para cada equipe resulta na falta de chances em que o bebê possui em viver logo após o nascimento, pois os familiares estão à espera dele e nos cuidados prestados que não foram suficientes para salvá-lo.

Marques et al (2013) aponta que profissionais da saúde tendem a ter mais chances de apresentar problemas psicológicos devido ao contato com um cotidiano onde a dor e a morte são recorrentes.

Frente a este resultado é de suma importância identificar os sentimentos vivenciados na prática dos enfermeiros durante os cuidados prestados ao recém-nascido sem possibilidades terapêuticas.

O autoconhecimento é um processo importante a ser explorado a fim de melhor lidar com situações que impliquem manifestação de emoções profundas, principalmente as relacionadas com a morte. A equipe de enfermagem é composta por profissionais que são seres humanos e não podem isolar suas emoções do trabalho; o modo de separá-los consiste na habilidade de reconhecer os próprios sentimentos (AGUIAR et al, 2006).

Para alguns profissionais segundo Aguiar et al (2006) o envolvimento com o paciente não é apenas necessário, mas determinante frente a assistência a ser oferecida. Visto que ao compreender a essência do outro, na sua vida e morte, passa-se a compreender e a explicar a trajetória pessoal no ato e na arte de cuidar de seres no seu existir. Porém, torna-se importante que cada profissional perceba o seu limite a fim de não se prejudicar nem diminuir o desempenho profissional. Existe uma cultura no meio hospitalar de que o bom profissional de enfermagem não deve se envolver. Percebe-se que o tempo de convivência com o paciente determinará um luto diferenciado. A morte de uma pessoa que já se tornara querida no setor acarreta em um abalo profundo aqueles profissionais mais dedicados.

Um enfermeiro é formado por uma cadeia de experiências pessoais, acadêmicas que lhes trazem uma maneira particular em encarar seu trabalho. Este que lida com pacientes terminais que ocasiona situações delicadas e até mesmo complicadas em controlar é preciso que antes de qualquer ação é necessário que cuide de si mesmo, de sua saúde física e mental através de exercícios como a psicoterapia, lembrando-se que só pode se doar aquele que tem algo para doar. Cada vez que se torna um incômodo a situação que se vive diante um paciente é necessário que passe a refletir sobre si mesmo, suas verdades e valores pessoais (SCHLIEMANN, 2007)

Se a morte é encarada como um tabu jamais chegará a afrontá-la com calma ao ajudar um paciente. Se os profissionais não percebem a morte com serenidade, como podem pretender ajudar o paciente que busca vivenciar uma boa morte, que espera deles resposta ou palavras que os façam se sentir melhor? Assim surge a necessidade desses profissionais quebrarem o silêncio e ousarem falar de suas dores, medos, do luto que deve ser elaborado, a fim de que suas demandas sejam atendidas e o melhor cuidado seja oferecido. É importante que eles se permitam entristecer e não se sintam culpados (AGUIAR et al, 2006).

O profissional de enfermagem se percebe envolvido nas questões referidas, o que só vem a justificara importância de pesquisar acerca da temática. Procurando conhecer como o profissional de enfermagem lida coma situação iminente da morte de seus pacientes e os sentimentos que emergem na convivência direta com a morte, poderemos obter uma compreensão mais holística do comportamento humano, levando os enfermeiros, docentes e mesmo os próprios discentes de Enfermagem a refletirem sobre a sua prática, procurando experiências durante esta fase da existência humana de forma significativa (AGUIAR et al 2006).

A equipe de enfermagem precisa saber conduzir adequadamente situações como a terminalidade, de modo que não se afaste da realidade do sofrimento, nem se permita vivenciar a dor do outro. Com isto, cabe ressaltar mais uma vez a importância de um preparo psicológico destes profissionais resultando na prevenção de conflitos psíquicos como para que possam desenvolver uma assistência diante do fenômeno da morte (MEDEIROS; BONFADA, 2012).

Outras afirmações foram evidenciadas na entrevista quando questionadas sobre as influências algumas relataram como positiva frente o modo de agir e pensar obtendo um real valor na vida, buscando sempre promover uma atenção maiores necessidades da família e do recém-nascido sem possibilidades de cura, um olhar atento, trabalho em equipe, mantendo sempre o controle emocional.

Os resultados apontaram que para a equipe da UTIN, a terminalidade em neonatologia seria o recém-nascido sem possibilidades de cura, isto não evidencia que os cuidados e o carinho oferecidos serão diferentes. Ao contrário, faça-se necessário que sejam de qualidade dando o melhor de si. Justificaram suas afirmações alegando que são seres humanos que possuem uma vida e todo o direito de lutar por ela, mesmo que o prognóstico não seja positivo tornando a enfermagem como peça fundamental com a intenção de amenizar o sofrimento do mesmo trazendo-lhe conforto e carinho para o RN. As profissionais mostraram não medir esforços para levar ao mesmo uma qualidade de vida elevada através dos cuidados paliativos mesmo desencadeando sentimentos de impotência, sofrimento e tristeza nas mesmas, tais sentimentos

que segundo a literatura são comuns quando o profissional de enfermagem se vê diante tal situação tornando assim a ser vista como uma equipe qualificada para lidar com seus próprios sentimentos e a realidade do recém-nascido mantendo a postura de profissional e ser humano.

5 CONCLUSÃO

O fato do profissional de enfermagem ser capacitado para a tarefa de atender o recém-nascido em fase, não o exime da dificuldade maior que é ver o semelhante no término de sua vida e se lembrar que a morte é um fato e que todos vão morrer um dia, fato que no cotidiano diário as pessoas tentam esquecer.

A morte de uma criança revela ser um fato inoportuno e inapropriado com um significado de interrupção de uma trajetória que mal começou. Trazendo a todos uma onda de sentimentos que pode ser distinto de outros eventos para nós. Tornando-se sempre uma perda inaceitável e irreparável.

Todo cuidado humanizado diante a terminalidade de um paciente, vai além do conhecimento teórico e científico, que sejamos profissionais de alma e coração, que saibamos amar todo e qualquer ser humano que passe pelas nossas mãos, e que todo cuidado sistematizado adquirido durante o tratamento paliativo, seja eficaz, não para revogar a morte, mas para trazer um conforto e um descanso digno daquele que carrega em si sentimentos, histórias, problemas e acima de tudo que entende que ele precisa partir.

Através desta pesquisa foi possível entender que o profissional de enfermagem deve viver o luto daquele paciente que por muito tempo recebeu os cuidados prestados e humanizado.

Contudo, este luto não deve ser estendido por muito tempo. É vive-lo de forma que não traga ao profissional no futuro, determinado desgaste psicológico acarretando uma série de problemas emocionais, físicos e psíquicos. Viver a dor do momento é permitir-se ser quem é: um ser humano capaz de sentir e amar sem deixar de lado o profissionalismo e ética. Ser um profissional da saúde não quer dizer que você deva agir como um agente mecanicista diante o paciente, pois é isto que os hospitais catequizam: Não se envolver afetivamente com o paciente, apenas prestar os cuidados com qualidade e integridade. Mas como cuidar sem carinho e afeto? O cuidado da enfermagem em um conjunto de técnicas eficazes através do conhecimento científico contra a dor física e um lado humanizado mediante cada profissional que trará a minimização do sofrimento da alma. Assim sendo, é possível prestar os cuidados e ser alguém com sentimentos, pois sem sentimentos e emoções jamais conseguiríamos realizar o cuidado holístico e humanizado.

É de suma importância que se obtenha a compreensão da morte de cada ser humano como um acontecimento inédito, possuindo por parte da enfermagem uma postura de aceitação e conformismo com a ocorrência e perceber este fator como um fenômeno que existe por si mesmo no ciclo de vida do recém-nascido.

Conclui-se que a enfermagem é a força obtida em momentos difíceis assim sendo faça-se necessário o apoio psicológico a esta equipe, uma atenção dedicada a cada um que apesar do convívio mutuo com este tipo de fato ainda é um ser humano com vivências e sentimentos, que precisa sempre de um apoio para que possa continuar a lutar contra indícios que vulnerabilizem a saúde do indivíduo ou que apenas estejam presentes no processo de partida do paciente.

Silva (2007 apud ALVES, 1988 p.59):

A vida começa com uma chegada. Termina com uma despedida. A chegada faz parte da vida. A despedida faz parte da vida. Como o dia que começa com a madrugada e termina com o sol que se põe. A madrugada é alegre, luzes e cores que chegam. O sol que se põe é triste, orgasmo final de luzes e cores que se vão. Madrugada e crepúsculo, alegria e tristeza, chegada e despedida. Tudo é parte da vida, tudo precisa ser cuidado. A gente prepara, com carinho e alegria a chegada de quem a gente ama. É preciso preparar também com carinho e tristeza a despedida de quem a gente ama.

ABSTRACT

This article is a literature review followed by qualitative field research conducted at the Regional Hospital of Varginha - MG in order to identify the perceptions of the nursing staff of the NICU regarding newborn with terminal ill. Through this study it was sought definitions of death, physiological factors during the course of the human being, but some matters still elusive, the fear and anxiety in face of the death, the Nurse relationship with the newborn (NB) without therapeutic possibilities, focusing on their roles and perceptions subsequently noted by the nursing staff. The nurse obtains the function of keeping her/him next to the patients, taking into account their needs and bringing comfort and dignity to them, therefore creating an emotional bond. With that, it is concluded that the nursing staff as well as the family members suffer intensely during the dying process due to a lack of emotional preparation. Getting support from the nursing who monitors newborn terminal ill, it should be advisable to include a support to the family, so that the patient will enjoy a better quality of life at the emotional and affective viewpoint, as well as a reduction in the level of pain and anguish inherent in the disease. It is believed that through this research it is possible to understand the values and attitudes in the process of dying newborns to nursing.

KEYWORDS: Newborn. Nursing. Death. NICU

REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR et. al. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v.19, no. 2, Abril/Junho 2006.

AGUIAR, Jaina Bezerra de. Fatores de risco para mortalidade neonatal, em hospital de referência fortaleza. **Dissertação submetida ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde**. Ceará, 2011.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.32, no.2, Junho 2011.

GARCIA, Marinalda Gisele. Análise do impacto da implantação de um grupo de pais na unidade de tratamento intesivo neonatal de um hospital do interior do RS. **Trabalho de conclusão do curso de enfermagem do Centro Universitário Univates**, Lajeado, Junho 2013.

INÁCIO et.al. O profissional de enfermagem frente à morte do recém-nascido em UTI neonatal. **Rev Inst Ciênc Saúde**, São Paulo, 26(3): 289-93 2008.

JARDIM et.al. O cuidar de pacientes terminais: experiência de acadêmicos de enfermagem durante estágio curricular. **Rev B.S. Publica Miolo**, V.34 , n 4.indd, Out/dez 2010.

KUSTER, Darleia Konig; BISOGNO Silvana Bastos Cogo. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. **Disc. Scientia Série: Ciências da Saúde. Santa Maria**, V. 11, n.1, p. 9-24, 2010.

LUCENA et.al. Morte no ambiente hospitalar: analisando a percepção de graduandos em enfermagem. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, 12(1): 4-14, Junho 2014.

MARQUES et.al. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva Pediátrica ao processo de morte e morrer. **Rev Min Enferm**, 17(4): 831-837, 2013.

MEDEIROS, Ylana Karine Fonseca de; BONFADA, Diego. Refletindo sobre finitude: um enfoque na assistência de enfermagem frente à Terminalidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, vol. 13, núm. 4, pp. 845-852, 2012.

OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos; RODRIGUES, Renata Gomes. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.14, n.4, out./dez, 2005.

OLIVEIRA et.al. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.spe, 2006.

POLES, Kátia; BALIZA, Michelle Freire. Morte na unidade de terapia intensiva pediátrica: experiência de médicos e enfermeiras **R. Enferm. Cent. O. Min.** 3(3):761-769 São Paulo 2013.

RIBEIRO et.al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Rev Saúde Pública**, Recife, 43(2):246-55, 2009.

ROCHA, Silvana Santiago da; SILVA, Mércia Karolinne Gonçalves. O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. **Rev Rene**, Fortaleza, 12(1):97-103, 2011.

SADALA, Maria Lúcia Araújo; SILVA, Fernanda Machado da. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. **Rev. esc. Enferm**, São Paulo, v.43, no.2, 2009.

SANTANA et.al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, 3(1):77-86. 2009.

SANTOS F. S. (Org.); INCONTRI, D. (Org.) . **A Arte de Morrer-Visões Plurais**. Bragança Paulista: Editora Comenius, 2007.

SCHLIEMANN, A. L. A Morte e o Morrer na Infância e Adolescência. In: SANTOS, F. S. **A Arte de Morrer: Visões Plurais**. São Paulo: Ed. Comenius, 2007.

SILVA, Laureana Cartaxo Salgado Pereira. Sentimentos de profissionais de enfermagem diante da morte de recém-nascidos em unidades de terapia intensiva. Natal, 2007. 93f. **Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2007.

SILVA et.al. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Enfermagem. Natal, RN. **Rev.bras.enferm**, Brasília, v.63, no. 5, Set./Out, 2010.

SOARES, Maria do Socorro; MEDEIROS, Priscilla Alves Bezerra de. O discurso e atuação dos profissionais de enfermagem Diante do processo de morte e morrer em uma unidade de neonatologia de um hospital público do DF. **Monografia apresentada ao curso de graduação em enfermagem da Universidade Católica de Brasília**. Brasília-DF. 2010.