

ANGÉLICA TERESA BIRAL

**O DIFÍCIL ENFRENTAMENTO DO PROCESSO DE MORRER VIVENCIADO
PELO ENFERMEIRO EM UNIDADE PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissionalizante – da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática de Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Ione Corrêa

BOTUCATU

2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Biral, Angélica Teresa.

O difícil enfrentamento do processo de morrer vivenciado pelo enfermeiro em unidade pediátrica / Angélica Teresa Biral. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado - Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Orientadora: Ione Corrêa

Assunto CAPES: 40403009

1. Crianças - Morte 2. Enfermagem pediátrica 3. Hospitalização

CDD 610.7362

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica; Hospitalização; Humanização da assistência; Morte; Morte na infância

FOLHA DE APROVAÇÃO

Angélica Teresa Biral

O DIFÍCIL ENFRENTAMENTO DO PROCESSO DE MORRER VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO EM UNIDADE PEDIÁTRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissionalizante – da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ione Corrêa: Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Carlos Roberto Padovani Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu

Julgamento _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Silvana Denofre Carvalho Instituição: Universidade Estadual de Campinas

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

DEDICATÓRIA A DEUS

Obrigada, Senhor, por estar comigo em todos os momentos deste estudo, me dando sabedoria, paciência, humildade, vontade de sempre ir em frente... agradeço-lhe por todo o processo que vivi; os momentos de alegrias e dificuldades, que me fizeram crescer como ser humano e profissional.

O Senhor é meu Pastor

Salmo de Davi

23 “ O Senhor é o meu pastor;
nada me faltará.

Ele me faz repousar
em pastos verdejantes.

Leva-me para junto
das águas de descanso;
refrigera-me a alma.

Guia-me pelas veredas da justiça
Por amor do seu nome.

Ainda que eu ande
pelo vale da sombra da morte,
não temerei mal nenhum,
porque tu estás comigo;
o teu bordão e o teu cajado
me consolam.

Preparas-me uma mesa
na presença dos meus adversários.

unges-me a cabeça com óleo;
o meu cálice transborda.

Bondade e misericórdia
certamente me seguirão
todos os dias da minha vida;
e habitarei na Casa do Senhor
para todo o sempre”.

A minha Mamãe Teresa Creste (in memoriam) que sempre se empenhou e acreditou no meu potencial, me ajudou a descobrir a enfermagem como escolha de minha profissão; obrigada, mãe, pelas orações e fé em Deus sempre, e por dedicar sua vida pela felicidade de seus filhos; te amarei para sempre.

Ao meu Pai Carlos Antônio Biral pelo exemplo de pai e ser humano, no qual eu me espelho no trabalhar e viver, te amo muito.

Ao meu irmão *Israel Fernando Biral* (in memoriam) que certamente estaria orgulhoso por está conquista, te amarei para sempre.

A minha irmã *Fabiana Cristina Biral* pelo apoio com sua força de mãe e mulher, te amo minha irmã.

Ao meu cunhado *Emerson Gímenes Ornellas* pela sua amizade e apoio.

Aos meus Sobrinhos: *Rafael Biral Ornellas* e *Vinícius Biral Ornellas*, lindos e amados

Á *Solange Moraes Dantas* pelo apoio, estímulo grande carinho e respeito.

*Agradecimento
Especial*

A minha orientadora Profa Dra Ione Corrêa pelo exemplo de competência e disciplina, prudência, sinceridade, sabedoria, paciência... não caberia tudo, aprendi e amadureci, passei por todo esse processo como mais uma experiência positiva em minha vida.

Obrigada por fazer parte dessa conquista, sem você não seria possível.

A você devo a abertura ao início de minha trajetória na pesquisa e a possibilidade de vislumbrar novos horizontes.

Agradecimientos

A todos os professores da Pós-Graduação em Enfermagem do Mestrado-Profissionalizante da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, pela oportunidade de estar inserida no programa e por todo o embasamento teórico e prático que possibilitou a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Carlos Roberto Padovani pelo apoio na parte estatística.

À Profa Dra Heloísa Wey Berté pelo incentivo no início em pesquisa.

Ao Prof. Dr. Willian Saad Hossne pela colaboração na pesquisa.

Ao Prof. José Celso Soares Vieira pela colaboração nos aspectos gramaticais.

À Profa Patrícia Poiato e Profa Fátima pelo apoio nas aulas de inglês.

Ao Departamento de Enfermagem do Hospital das Clínicas - UNESP pela oportunidade de desenvolver este trabalho.

À Diretora da Divisão Técnica de Enfermagem do Hospital das Clínicas da FMB - UNESP, Enfermeira Andréa Zamberlan pela autorização de cursar Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissionalizante.

À Diretora Técnica de Serviço de Enfermagem Materno - infantil do Hospital das Clínicas da FMB - UNESP, Enfermeira Regina Célia de Santti Lúcio pela autorização de cursar Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissionalizante.

À Supervisora Técnica da Seção Técnica de Enfermagem de Berçário e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital das Clínicas da FMB - UNESP, Enfermeira Rosana Jimenes Pavanelli pela liberação de cursar Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissionalizante.

À diretoria da SOBEP pela autorização da aquisição dos endereços dos participantes desse estudo e aos enfermeiros sócios da SOBEP que aceitaram em participar deste estudo.

Ao *Alberto Santos Capelluppi*, secretário do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB - UNESP, pela prontidão em ajudar nas solicitações.

A *Elisandra Cristina de Carvalho*, que foi Secretária do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissionalizante, pela educação e presteza nas informações solicitadas durante esta trajetória.

A *Aline Parada*, Secretária do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissionalizante pela educação e prontidão em ajudar nas solicitações.

À funcionária do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissionalizante, *Eloisa Elena Paschoalínotte* pela colaboração com o banco de dados deste estudo.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem; *Aguinaldo, Andréia, Fernando, Fernanda, Maria e Rosa* pela prontidão nas informações solicitadas.

Ao *Fernando Oliveira Alcarde* pelo seu apoio durante os primeiros manuscritos deste estudo

À *Adnice e Abílio* pelo apoio e acolhimento na formatação desse estudo.

Às funcionárias (os) da Biblioteca da FMB - UNESP pela ajuda quando solicitadas, em especial à *Nivaldete Costa Fernandes Cruz*.

Aos funcionários do laboratório de informática da FMB - UNESP, em especial à funcionária *Gilmara de Campos Vicentini*.

À Ir. Maria dos Santos Silva e Wilma Teresa de Oliveira Alcarde pelas suas orações.

Ao advogado Cláudio Basques pelo incentivo.

À auxiliar de enfermagem Tatiana Aparecida Crivelli Martins por ajudar em momentos especiais deste estudo.

Ao enfermeiro Edson Luís de Oliveira pelas palavras de incentivo.

À enfermeira Fernanda Cristina Manzini pelo apoio e incentivo no crescimento profissional.

As enfermeiras Ana Paula Pinho Carvalheira e Fernanda Sotrate da Silva pela convivência e carinho que sempre tiveram comigo.

À equipe de enfermagem, secretárias e serviços gerais da Unidade Neonatal da FMB/UNESP pelo apoio em minha trajetória profissional.

A todos aqueles que direta ou indiretamente foram importantes e não tenham sido citados.

Epígrafe

*“O valor das coisas ‘
não está no tempo em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.*

Fernando Pessoa

Prefácio

Minha opção em atuar com crianças surgiu como uma nova oportunidade em minha vida profissional, quando fui trabalhar na FMB –UNESP como enfermeira contratada: atuava na supervisão do hospital. Na sequência, como concursada, recebi um comunicado que iria para Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIN). Senti uma felicidade tão grande e um arrepio de ansiedade e uma vontade enorme de ir correndo. Aceitei de coração aberto, pois tinha certeza que iria aprender e conviver com situações diferentes na profissão.

Não foi diferente do que pensei e senti, percebi que tinha muita afinidade com crianças, e me surpreendi atuando em UTIN. Após essa experiência, mudei como profissional e ser humano, passei a enxergar tudo diferente, valorizando mais cada momento e me tornei mais minuciosa na profissão.

Após a graduação, na ansiedade de trabalhar e suprir as necessidades e os desejos materiais, sempre atuei em dois empregos, e fazia alguns cursos e especialização na área de enfermagem, na perspectiva de estar me atualizando. Quando surgiu a oportunidade de cursar a matéria de iniciação científica oferecida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FMB-UNESP, tive uma vontade enorme de cursar o mestrado.

Algo me inquietava em busca deste conhecimento. Continuei então nos dois empregos, com alguns cursos, a informática, o inglês, dentre outros e então dei início a Pós-Graduação – nível mestrado em 2007.

Cursando o mestrado no mesmo processo de trabalho, com o decorrer do curso, percebi a importância do conhecimento, qualidade de vida relacionados ao trabalho e à vida pessoal; enfim comecei a refletir sobre aspectos que antes me passavam despercebidos, e percebi que, para alcançar essa nova fase de aprendizado, teria que atuar em um emprego e optei na melhor opção para minha vida, onde atuo.

Nessa perspectiva, o mestrado pra mim foi um meio de início na pesquisa, contribuição para outros profissionais e instituições, crescimento profissional, realização pessoal, vaidade e vontade de vislumbrar novos horizontes.

O projeto de estudo inicialmente, quando prestei o mestrado, era voltado para a humanização com as mães em unidade neonatal sob orientação da Profa Dra Heloísa Wey Berti. Após dar início ao curso de mestrado, tive o prazer de contar com a Profa Dra Ione Corrêa como orientadora. Em reuniões do projeto em estudo, resolvemos trabalhar com humanização voltada a crianças oncológicas, mas em virtude de ter poucas internações na FMB – UNESP nesse aspecto, não foi possível logo resolvemos trabalhar com o processo de morrer em pediatria.

Por fim, sinto que cresci, amadureci e tenho muito que aprender como pessoa e profissional, e que o mestrado foi um processo desafiador, de dedicação, disciplina, vontade, paciência e muito mais... com certeza me despertou o desejo de produzir mais conhecimento, uma experiência única e feliz.

Resumo

Biral AT. O difícil enfrentamento do processo de morrer vivenciado pelo enfermeiro em unidade pediátrica [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, UNESP; 2009.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa tendo como sujeito os sócios da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras no período de 2008 a 2009, cujo objetivo foi levantar as dificuldades enfrentadas, mecanismos e rotinas utilizados pelo enfermeiro em sua unidade pediátrica ao vivenciar o processo de morrer. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UNESP, foram enviados questionários com perguntas abertas e fechadas juntamente com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido a todos os sócios da Sociedade. Após a devolução dos questionários e o Termo devidamente assinado, iniciou-se a análise dos dados. Percebeu-se que os enfermeiros apresentam dificuldade de atuar diante do processo de morrer em relação à criança – família e à própria equipe que coordena. Ressaltam sentimento de impotência, tristeza, angústia e despreparo profissional. Relatam que utilizam mecanismos como: dar apoio à família, atuar diante da vivência de morte, dar apoio religioso/espiritual, atualização profissional sobre a temática, atuar diante de procedimentos técnicos e permitir a presença de outros familiares ao vivenciar a morte da criança. Ao serem questionados sobre as rotinas utilizadas, os enfermeiros colocam que não existem rotinas pré-estabelecidas, mas seguem as rotinas individuais e as estabelecidas pela instituição em relação ao óbito. Isso faz com que o processo seja mecanizado não favorecendo a criação de uma rede de apoio constituída pelo enfermeiro – equipe e o familiar no processo de morrer da criança no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Morte. Morte na infância. Hospitalização. Enfermagem Pediátrica. Humanização da assistência.

Abstract

Biral AT. The difficulty of coping with the process of dying experienced by nurses at pediatric units [Thesis]. Botucatu: Botucatu School of Medicine, UNESP; 2009.

This is a quantitative study conducted from 2008 to 2009 whose subjects were the members of the Brazilian Society of Pediatric Nurses. Its objective was to evaluate the difficulties faced by nurses as well as the mechanisms and routines used in their pediatric units when experiencing the process of dying. After approval by the University Hospital Research Ethics Committee - UNESP, questionnaires containing open and closed questions and Free Consent forms were sent to all of the Society's members. After the completed questionnaires were returned and the form was signed, data analysis was begun. It was observed that nurses showed difficulty in dealing with the process of dying in relation to children – families and the team that they coordinate. They pointed out feelings of powerlessness, sorrow, anguish and professional unpreparedness. They also reported using mechanisms such as: providing support to the family, dealing with the experience of death, providing religious/spiritual support, professional updating on the topic, dealing with technical procedures and allowing the presence of other relatives when experiencing a child's death. When being questioned about the routines used, the nurses reported that there were no pre-established routines, but that they followed individual routines as well as those determined by the institution in relation to death. This results in a mechanized process which does not foster the creation of a support network constituted by nurses – team and relatives in the process of children's death in hospitals.

Key words: Death, Death in Childhood. Hospitalization. Pediatric Nursing. Care Humanization.

*Lista de
Fluxogramas*

| | | |
|-----------------------|---|----|
| Fluxograma 1 – | Descrição dos envios no processo da coleta de dados dos participantes do estudo..... | 61 |
| Fluxograma 2 – | Descrição das fases da obtenção das respostas da coleta de dados dos participantes do estudo..... | 63 |

Lista de Tabelas

| | | |
|--------------------|---|----|
| Tabela 1 - | Distribuição de frequências dos respondentes nos aspectos do curso de graduação..... | 66 |
| Tabela 2 – | Distribuição de frequências dos respondentes nos aspectos dos que cursaram especialização..... | 67 |
| Tabela 3 – | Distribuição de frequências dos respondentes nos aspectos dos que cursaram mestrado..... | 69 |
| Tabela 4 – | Distribuição de frequências dos respondentes nos aspectos dos que cursaram doutorado..... | 71 |
| Tabela 5 – | Distribuição de frequências dos respondentes segundo aspectos de atuação e preparo profissional..... | 73 |
| Tabela 6 – | Distribuição dos relatos das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança em sua unidade..... | 75 |
| Tabela 7 – | Distribuição dos relatos das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade..... | 79 |
| Tabela 8 – | Distribuição dos relatos dos mecanismos utilizados pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança..... | 82 |
| Tabela 9 – | Distribuição dos relatos dos mecanismos utilizados pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança..... | 85 |
| Tabela 10 – | Distribuição dos relatos da rotina utilizada pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança em sua unidade..... | 87 |
| Tabela 11 – | Distribuição dos relatos da rotina utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade..... | 91 |
| Tabela 12 – | Distribuição dos relatos da rotina mediata utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade..... | 94 |
| Tabela 13 – | Distribuição dos relatos da rotina imediata utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade..... | 96 |

Sumário

| | |
|---|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 29 |
| 1.1 A morte e o ciclo vital..... | 30 |
| 1.2 A morte e suas fases..... | 33 |
| 1.3 A enfermagem, a família, a morte e a criança..... | 38 |
| 1.4 O enfrentamento..... | 49 |
| 1.5 A morte e a humanização..... | 52 |
| 2. OBJETIVOS | 56 |
| 2.1 Objetivo geral..... | 57 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 57 |
| 3. CASUÍSTICA E MÉTODO | 58 |
| 3.1 Tipo de estudo..... | 59 |
| 3.2 Participantes do estudo..... | 59 |
| 3.3 Procedimentos éticos..... | 59 |
| 3.4 Coleta de dados..... | 60 |
| 3.5 Instrumento da coleta de dados..... | 64 |
| 4. RESULTADOS | 65 |
| 5. DICUSSÃO | 98 |
| 6. CONCLUSÃO | 107 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 109 |
| 8. REFERÊNCIAS | 111 |
| 9. ANEXOS | 124 |
| 10. APÊNDICES | 127 |

1. Introdução

1.1 A Morte e o Ciclo Vital

Na fisiologia humana, a explicação das características e os mecanismos específicos do corpo humano fazem dele um ser vivo. O fato de nos mantermos vivos está quase além de nosso controle, pois a fome nos faz procurar por alimento e o medo nos faz procurar refúgio. Sensações de frio nos fazem procurar calor. Outras forças nos levam a buscar o companheirismo e a reprodução. Assim o ser humano é, realmente, um autômato, e o fato de sermos seres com sensações, sentimentos e culturas, é parte da sequência automática da vida; estes atributos especiais nos permitem existir sob condições amplamente variáveis¹.

A natureza existe e subsiste a partir do processo de morte e renascimento. Morre o fruto para que haja a semente, o velho para dar lugar ao novo, o que não difere para os aspectos subjetivos da vida; novos valores, saberes, crenças acontecem em detrimento da reformulação “morte” dos antigos. Há um ciclo natural na evolução: surgir, consistir, progredir, decair, não existir, renovar²⁻⁴.

O início da vida é marcado pela concepção e nascimento, enquanto seu ponto final é a morte. Por mais que a morte seja certa no ciclo vital, provoca dúvida e repulsa para a maioria das pessoas, tornando-se um tema obscuro, sombreado de mistério e dor, fato que a isola do convívio social⁴.

A morte discutida em algum momento da vida do ser humano é comum, sendo difícil de aceitar que as pessoas morram porque estão vivas e sujeitas às leis da natureza; morrer, cientificamente, é deixar de existir; quando o corpo acometido por uma patologia ou acidente qualquer tem a falência de seus órgãos vitais, tendo uma parada progressiva de toda atividade do organismo, de forma súbita; doenças agudas, acidentes e doenças crônico-degenerativas².

A Pontifícia Academia de Ciências, após reunião com seus membros para estudar o prolongamento artificial da vida e a determinação do momento da morte, define que uma pessoa está morta quando sofreu uma perda irreversível de toda a capacidade de integrar e de coordenar as funções físicas e mentais do corpo. A morte ocorre quando as funções espontâneas cardíacas e respiratórias

cessam definitivamente ou se verificou uma cessação irreversível de toda a função cerebral⁵.

Considerando os aspectos subjetivos que envolvem a discussão sobre a morte e a vida, não há possibilidade de se qualificar uma existência sem se conscientizar da finitude, da morte; como um processo natural, deve ser integrada à vida de forma a valorizá-la. O homem só valoriza a vida quando assume a sua própria morte e, sendo esta uma possibilidade, pode vir a qualquer momento⁶.

A morte tem sido motivo de angústia para o ser humano ao longo de sua existência, expondo-lhe, sua vulnerabilidade de ser mortal. Como todos os seres vivos marcados pela temporalidade da vida, luta-se contra a ideia da finitude, sendo que se tem buscado o alívio possível para a contradição existencial frente ao dualismo vida e morte⁷.

A morte como geradora de uma multiplicidade de sentimentos, constituindo-se um fenômeno da vida, sempre despertou grande temor no ser humano, e este sentimento se expressa na dificuldade de este lidar com a finitude, estando presente nas crenças, valores e visão do mundo que cada um traz consigo⁸.

O diagnóstico de uma doença com prognóstico grave traz consigo o sentimento de fragilidade humana e o contato com sua finitude. As doenças como: câncer, AIDS e as cardíacas, estão carregadas de um sinal de sentença de morte; estas doenças carregam um fardo, um estigma, que na maioria das vezes, não correspondem à realidade⁹.

O significado do morrer vem sendo discutido ao longo dos anos, com um aumento de estudos relacionados a este tema; e, apesar de compor o ciclo biológico dos seres vivos (nascer, crescer e morrer), o homem moderno tem procurado afastar-se de sua evidência, em razão das mudanças de costumes que se processaram com o correr dos tempos³.

Quando a morte acontece, não se desprovê de um contexto emocional, ao representar a quebra de um vínculo com alguém de quem se goste ou não, que não estará mais entre os vivos. É um momento de síntese, onde se reflete a respeito dos vários aspectos da pessoa e da vida¹⁰.

A morte é considerada como parte essencial da existência humana definida como um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo tendo conhecimento de que o homem é capaz de dominá-la em vários níveis¹¹.

Vários desfechos podem ocorrer, desde uma elaboração da perda e uma reorganização da vida, retomada das atividades diárias e novos investimentos, até uma reorganização que origina desorganização psíquica mais duradoura¹².

O impacto e o significado do luto podem ter variações de acordo com a fase do ciclo vital em que o indivíduo se encontra; isto se aplica tanto ao desenvolvimento da pessoa, como da família, que também passa por frequentes processos de transição¹³.

O luto é uma resposta à separação de uma figura vincular. Quando este vínculo é perdido, ocorre a perda de uma base segura, que servia como apoio e refúgio, tornando as experiências ameaçadoras⁹.

No luto patológico, o vínculo com a pessoa morta, com o objeto ou situação perdida, permanece intenso, prejudica a elaboração saudável de novos investimentos, gerando reações como negação, ambivalência, distorção e fixação no passado que podem conduzir ao desequilíbrio pessoal e à doença¹³.

O enfrentamento da morte é difícil e angustiante para quem a vivencia podendo ser mais ainda para quem a observa, pois provoca rupturas profundas entre quem morreu e o outro que vive. Isso requer ajustamentos no modo de entender, de perceber e de viver no mundo¹⁴.

“Estamos vivendo em um período de grandes descobertas na Medicina como decodificação do DNA (ácido desoxirribonucleico), a clonagem de alguns animais, descoberta 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...”¹⁵.

O nascer e o morrer têm sido tratados como exclusivos e merecida atenção diferente pelos profissionais de saúde¹⁶.

1.2 A Morte e suas Fases

A morte passa por fases: a primeira era aguardada no leito com a doença; a segunda era uma cerimônia pública, organizada pelo moribundo, que a ela presidia e lhe conhecia o protocolo e se esquecesse ou se enganasse, competia aos assistentes, ao médico ou ao padre reconduzir. Importava que os parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes, as crianças. Não havia representação do quarto de um moribundo até o século XVIII sem as crianças; atualmente elas são afastadas da morte. A simplicidade e as regras da morte eram aceitas e cumpridas, de forma cerimonial, sem drama e emoção em excesso¹⁷.

Na Idade Média, a morte, interpretada normalmente, era informada por terceiros de forma natural; as doenças cursavam sem grandes intervenções. Até o século XIX, o médico atuava com uma baixa probabilidade de erros de prognósticos. Após o século XIX, com o desenvolvimento científico e tecnológico da medicina, surgiu a recusa médica de falar sobre doença e morte aos pacientes. Constituía-se dever da família e do médico disfarçar ao moribundo a gravidade de seu estado. Vindo a morte, quase em surdina, pela cumplicidade dos amigos e familiares que, por amor e negação da partida, a omitiam, e dos profissionais que, relutantes diante da cura da doença, estavam sempre abrindo mão de sua autoridade e de uma medida terapêutica eficaz para prolongar-lhe a vida¹⁸.

O século XX traz a morte que se esconde, a morte vergonhosa que não mais pertence à pessoa; omite-se a sua responsabilidade e depois sua consciência. A sociedade atual expulsou-a para proteger a vida. A maioria das pessoas não vê os parentes morrerem, sendo o hospital o local conveniente, que esconde a repulsa e os aspectos sórdidos da doença. Há uma supressão do luto, escondendo-se a manifestação da dor, pois a sociedade não suporta enfrentar os sinais de morte. O tempo da morte modifica-se, não há mais separação do corpo e da alma. A morte foi dividida em cerebral, biológica e celular. São vários os aparelhos destinados a medir e prolongar a vida, sendo este momento muitas vezes um acordo entre a família e o médico¹⁹.

A morte no final do século XX e início do século XXI naturalmente não ocorre mais no leito, em domicílio, rodeada de familiares, mas sim nos hospitais, UTIs, acompanhada da tecnologia e profissionais atarefados. A morte, que era um evento público, passa a ser solitária, assustadora, acontecimento estranho, perturbador, que deverá ser combatido com todas as armas²⁰.

Devido à valorização do homem enquanto ser produtivo, elevado pelo regime capitalista, é merecedor de consideração aquele que contribui com sua força de trabalho. Assim a coletividade, comum no passado, acaba sendo penalizada e substituída pelo individualismo³.

Adoecer, nesta sociedade, é vergonhoso, é deixar de produzir, de ser; pois o doente deve ser excluído, ocultado para não impedir que familiares e amigos produzam; a posição do hospital seria a de recuperá-lo¹⁸.

No hospital, salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável pode fazer com que o trabalho da equipe de saúde seja percebido como frustrante, desmotivador e sem significado²⁰.

“A morte não é mais considerada um fenômeno natural, e sim fracasso, impotência ou imperícia, por isso deve ser ocultada. O trunfo da medicalização está, justamente, em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio”¹⁹.

Especialmente neste momento, a partir de meados do século passado, começam a surgir as modernas terapias intensivas; a partir daí, o objetivo principal do tratamento, por sofisticados recursos terapêuticos, passou a ser: qualificar, quantificar e controlar uma ampla diversidade de fenômenos biológicos²¹.

A especialidade em UTI pediátrica é jovem e desfrutou de incríveis avanços tecnológicos nos últimos anos. Estes avanços criaram situações impensáveis em que, frequentemente, o limite de prolongamento da vida é contraposto ao prolongamento da morte²².

Atualmente, a maioria das crianças morre nos hospitais, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. Assim, dignificar e humanizar a etapa final da vida e a morte tornam-se um desafio para os profissionais de saúde que ali atuam²¹.

“A ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma este conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais aplicam esses saberes e produz-se saúde”²³.

Nas últimas décadas, pesados investimentos têm sido aplicados em tecnologias para intervenções na área da saúde na tentativa de melhorar as condições de vida humana, trazendo a cura e a reabilitação para um número cada vez maior de enfermidades; no entanto, apesar de trazer conforto e bem-estar ao homem moderno, tem-se percebido que tais inovações também podem estar favorecendo um contato entre o profissional e o paciente cada vez mais desumano, desprovido de vínculos²⁴.

No mundo desenvolvido, a morte e o morrer deixaram de ser uma questão ética para se tornar uma questão eminentemente técnica. O foco passou a estar mais na tecnologia e na capacidade de operacionalizá-la do que para quem o homem a desenvolveu. É a criatura tornando-se mais importante do que o criador²⁵.

Na sociedade moderna, a morte é, ainda, encarada como um tabu. As pessoas evitam falar sobre este assunto e se afastam de qualquer situação que dela se aproxima; quanto mais avanços tecnológicos e científicos, parece que mais se nega a realidade da morte¹².

O morrer, nos dias de hoje, é considerado triste demais sob vários aspectos, sobretudo por ser solitário, mecânico e desumano. E ainda, pelo fato de o paciente estar sofrendo mais, talvez não fisicamente, mas emocionalmente, pois suas necessidades não mudaram através dos séculos, mudou-se a aptidão em satisfazê-las¹¹.

Atualmente, com os avanços tecnológicos e científicos, busca-se o prolongamento da vida, mantendo o tema morte cada vez mais distante; e vista como um fracasso, algo vergonhoso e frustrante pela interrupção das metas de vida. Mas, mesmo que a vida possa ser prolongada, ou que a morte possa ser adiada, dela ninguém pode escapar, apenas não se pode responder quando, onde e como será^{4,24}.

O homem tenta se defender de várias maneiras contra o medo da morte e contra a incapacidade de prevê-la, dominá-la e evitá-la. No inconsciente humano, não se pode aceitar a própria morte, mas acredita-se na própria imortalidade. Conquanto todo homem tente adiar ou impedir o contato com a morte e com as questões referentes a ela, só se sentirá capaz de enfrentá-la quando iniciar um processo de reflexão sobre a finitude de sua própria existência^{6,26}.

As cinco fases vividas pelos pacientes terminais e suas famílias a partir do diagnóstico de uma doença grave: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Estas fases não acontecem necessariamente nesta ordem e nem todas as fases ocorrem com todas as pessoas¹¹.

Primeiro estágio: negação e isolamento

A negação e o isolamento são mecanismos de defesas temporários do ego contra a dor psíquica diante da morte. A intensidade e a duração desses mecanismos de defesa dependem de como a própria pessoa que sofre e as outras pessoas ao seu redor são capazes de lidar com essa dor; geralmente a negação e o isolamento não persistem por muito tempo.

Segundo estágio: raiva

Devido à raiva, surge a impossibilidade de o ego manter a negação e o isolamento, e os relacionamentos se tornam problemáticos e todo o ambiente é hostilizado pela revolta de quem sabe que vai morrer. Junto com a raiva, também surgem sentimentos de revolta, inveja e ressentimento.

Nessa fase, a dor psíquica do enfrentamento da morte se manifesta por atitudes agressivas e de revolta.

Transformar a dor psíquica em agressão é, mais ou menos, o que acontece com crianças com depressão. É importante, nesse estágio, haver compreensão sobre a angústia transformada em raiva na pessoa que sente interrompidas suas atividades de vida pela doença ou pela morte.

Terceiro estágio: barganha

Havendo deixado de lado a negação e o isolamento, percebendo que a raiva também não resolveu, a pessoa entra no terceiro estágio: a barganha. A

maioria dessas barganhas é feita com Deus e normalmente mantidas em segredo.

Como dificilmente a pessoa tem alguma coisa a oferecer a Deus, além de sua vida, e como Deus parece estar tomando-a, as barganhas assumem mais os aspectos de súplicas.

A pessoa implora que Deus aceite sua oferta em troca de vida; por exemplo, promessa de uma vida dedicada à igreja, aos pobres, à caridade e outras. Na realidade, a barganha é uma tentativa de adiamento. Nessa fase, o paciente se mantém sereno, reflexivo e dócil.

Quarto estágio: depressão

A depressão aparece quando o paciente toma consciência de sua debilidade física, quando já não consegue negar suas condições de doente, quando as perspectivas da morte são claramente sentidas. Evidentemente, trata-se de uma atitude evolutiva; negar não adiantou, agredir e se revoltar também não, fazer barganhas não resolveu. Surge então um sentimento de grande perda. É o sofrimento e a dor psíquica de quem percebe a realidade nua e crua, como ela é realmente; é a consciência plena de que nascemos e morreremos sozinhos. Aqui a depressão assume um quadro clínico mais típico e característico; desânimo, desinteresse, apatia, tristeza, choro e outros.

Quinto estágio: aceitação

Nesse estágio, o paciente já não experimenta o desespero e nem nega sua realidade. Esse é um momento de repouso e serenidade antes da longa viagem.

O processo até a morte pode ser experimentado em clima de serenidade por parte do paciente e pelos que ficam. Estes procuram dar conforto, compreensão e colaboração para com o paciente.

Existem muitas razões para se fugir de encarar a morte com calma. Uma das mais importantes é que, atualmente, morrer é triste demais e sob vários aspectos, solitário, mecânico e desumano¹¹.

Na perspectiva da reação do enfermeiro, ao cuidar da criança agonizante, a morte é um dos aspectos mais estressantes da enfermagem em cuidados críticos ou na oncologia, conforme mostra o *Foco na Família*²⁷. O enfermeiro apresenta reações a uma doença fatal que são muito similares às respostas dos membros da família, incluindo negação, raiva, depressão, culpa e sentimentos ambivalentes.

*Foco na família
Uma criança Agonizante:
Perspectiva de uma Enfermeira*

*Claire não apresentava resposta, com respiração lenta, entrecortada. Sua mãe perguntou o que eu achava que estava acontecendo. Respondi honestamente, "Sua filha está morrendo devido ao tumor cerebral." A mãe passou seus braços ao meu redor e chorou. Nós cuidamos do batismo de Claire.
Honestidade. Dolorosa como é a morte de uma criança, meu trabalho é ajudar a família durante esta experiência. Embora eu geralmente espere até ter um momento privado, como ao voltar para casa, encontrei lágrimas rolando pelo meu rosto quando a família e os amigos reuniram-se para o batismo de Claire. Fui para a cozinha para me compor, apenas para encontrar vários de meus colegas chorando também. Dizer adeus a uma criança agonizante sempre será uma experiência difícil, mas compartilhada.*

*Jeane O' Connor Egan, RN, MSN
Especialista clínica pediátrica, Children's Hospital Washington, DC*

1.3 A Enfermagem, a Família, a Morte e a Criança

Os trabalhadores da área de saúde encontram-se mais suscetíveis em conviver com os sentimentos provocados pela morte, pois ela está constantemente presente nas instituições hospitalares, razão pela qual é tema relevante, mas de difícil abordagem reflexiva no cotidiano da prática de cuidado da enfermagem. Neste intento, vivencia-se um dilema existencial devido ao valor negativo dado à finitude; sendo a vida valorizada e a morte a cessação total do ser⁸.

As ações profissionais não são reflexos puros do social e sim a sua inscrição recriada no próprio transcurso do trabalho, face às relações, tensões, reflexões que os envolvem, que inserem a possibilidade de participação ativa do trabalhador e uma assunção ética comprometida com possíveis mudanças²⁸.

O hospital, um ambiente onde se estabelecem várias relações de características peculiares, que podem resultar em sentimentos, atitudes e comportamentos diferentes dependendo da maneira como cada um enfrenta as situações do cotidiano²⁹.

A doença traz insegurança, ansiedade, medo da morte. O ambiente hospitalar destaca estes sentimentos, por seus aspectos e diante de um modelo biomédico focalizado apenas na doença, que não valoriza as características subjetivas como os sentimentos do indivíduo; diversas vezes, os profissionais de saúde, envolvidos na atividade técnica, não percebem os sentimentos envolvidos³⁰.

Atualmente, a sociedade ocidental compreende a morte como sendo um tabu, um tema interdito e sinônimo de fracasso profissional para quem atua na área da saúde¹⁵.

A morte existe, sendo consequência da própria vida; todos morrem e as pessoas podem se preparar psicologicamente. A tentativa de elaboração de que não se é eterno como se gostaria, mas que se é vulnerável e finito, não deixa de ser uma conscientização que nos levaria a viver melhor estas experiências que fazem parte da vida pessoal e profissional do ser humano³¹.

A percepção das vivências de morte e morrer tem sofrido transformações ao longo da história, passando de uma experiência tranquila e até mesmo desejada a uma possibilidade impregnada de angústias e que deve ser evitada a qualquer custo; neste processo, os profissionais de saúde têm uma responsabilidade grande em discutir e refletir sobre a questão de maneira que possam oferecer um cuidado autêntico e comprometido com o ser humano, em sua plenitude²⁴.

Existem diferentes maneiras de lidar com o processo de morrer e com a morte no cotidiano dos hospitais, especialmente, pelas equipes que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Logo, a identificação e compreensão de como isso ocorre pode favorecer intervenções capazes de reduzir as cargas inerentes a esse trabalho, e como favorecer a assistência humanizada³².

A enfermagem se destaca pela preocupação de seus profissionais em cuidar do paciente, o que envolve o olhar, a escuta, a percepção e a disponibilidade para atender as necessidades do mesmo. E além de

procedimentos técnicos, há a preocupação com o alívio do sofrimento, que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida nas dimensões física, psíquica, social e espiritual²⁰.

“A enfermeira atua como fulcro de um processo do qual emerge a prática total da enfermagem entendida como a ciência e a arte de ajudar a indivíduos, grupos e comunidades, em situações nas quais não estejam capacitados a prover o autocuidado para alcançar seu nível ótimo de saúde”³³.

Tem-se como pressuposto no cuidado ao paciente terminal, especialmente a criança, que os profissionais de enfermagem têm limitado conhecimento para trabalhar com a terminalidade, com embasamento nas ações técnicas e práticas e com pouca formação nas reais necessidades do paciente e sua família que fazem parte deste processo; há dificuldade em dar apoio e conforto¹⁵.

A morte na área da saúde ocorre com frequência para os profissionais, deixando o trabalhador exposto a diversas situações, visto que os hospitais são caracterizados como instituições de cura e recuperação, e as UTIs, locais reservados para manutenção da vida a qualquer custo. Todavia, em geral, observa-se em unidades críticas, atenção às técnicas, à tecnologia que dá suporte para manutenção da vida, em perda à condição humana e às necessidades emocionais do paciente⁸.

Profissionais de saúde apresentam: ansiedades provocadas pelo trabalho, fragmentação da relação profissional/paciente, despersonalização e negação da importância da pessoa, distanciamento e repressão de sentimentos e até mesmo não assumir responsabilidades pelas decisões¹⁸.

Uma das grandes dificuldades dos profissionais de saúde que prestam atendimento a pacientes terminais, é não reconhecer a própria finitude; utilizam de mecanismos de defesa para negar um acontecimento natural e inevitável da vida: a morte^{6,34}.

Na formação acadêmica do enfermeiro, a morte não foi vista como invencível, pois em seu estágio em UTIs e nas Unidades de Emergência, quando bem aparelhadas, dispendo de ventiladores mecânicos, drogas potentes e profissionais altamente qualificados, são encorajados a pensar que, utilizando-se do melhor conhecimento científico, poderão manter a vida e vencer a morte³⁵.

Assim, não se pode falar em morte, sem se falar em vida, mesmo que esta esteja se esvaindo, como não se pode falar em enfermagem sem se falar em cuidado; cuidar de quem está partindo ou já partiu, é considerada uma tarefa difícil, na qual são exacerbados sentimentos naturais de vivência pessoal e familiar de quem cuida. O trabalho é então cercado de muita emoção e questionamentos, uma vez que não foram preparados para trabalhar com a morte, e sim para trabalhar com a vida⁸.

A morte, mesmo fazendo parte da rotina profissional, provoca o anseio que sempre aconteça no plantão subsequente, e várias reações surgem para negar tal acontecimento, principalmente o silêncio e o vazio do leito, que será ocupado por outro paciente. Para alguns pacientes, a expectativa da equipe é que descansem logo, em virtude do sofrimento¹⁰.

O sofrimento da equipe de enfermagem parece disfarçado pelo cumprimento das rotinas; este sofrimento, devido ao envolvimento emocional da equipe, é vivenciado na unidade hospitalar e está relacionado aos valores pessoais, à história de vida e à patologia do paciente. Para a equipe de enfermagem, a morte será aceita como descanso e alívio do sofrimento³⁶.

De outra forma, não conseguir evitar ou adiar a morte, não ser possível aliviar o sofrimento, podem trazer ao profissional a vivência de seus limites, impotência e finitude, o que pode ser imensamente doloroso¹⁹.

Para a enfermagem, surgem dificuldades em lidar com os problemas do cotidiano, pois estes estão mais próximos do paciente e dos familiares e desafiam um estresse de difícil resolução; o sentimento gerado nesta condição traduz-se em impotência, frustração, culpa, irritação, entre outros podendo tumultuar a eficácia dos cuidados²⁰.

O trabalho em saúde é vivido com prazer e angústia; prazer segundo a valorização social que esse cuidado tem em nossa cultura ocidental e, conseqüentemente, os profissionais são igualmente valorizados por serem pessoas destinadas ao cuidar de quem está sofrendo. Angústia, por trazer ao profissional o contato com sua impotência frente à morte, o que pode ser fonte de estresse e sofrimento psíquico para esses trabalhadores¹⁸.

O enfermeiro, em contato com esses sentimentos vividos pelos pacientes e familiares pela aproximação com a morte, está diante do conflito de como

posicionar-se frente ao sofrimento e à dor, que nem sempre pode aliviar. Este convívio com a dor, perda e morte, traz ao enfermeiro a vivência de seus processos internos, fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que nem sempre encontram um espaço de compartilhamento; essas situações podem levar a uma sobrecarga conhecida como síndrome de “burnout”²⁰.

A síndrome de “burnout” é entendida como uma sobrecarga física e emocional que pode levar a pessoa a um esgotamento, que se manifesta por sintomas físicos e psíquicos e, em circunstâncias mais graves, conduz ao adoecimento e à incapacitação para o trabalho. Pode ser entendida também como uma reação à tensão emocional e crônica de pessoas que cuidam de uma maneira muito intensa de outras³⁷.

O que sempre se busca pelo profissional é a melhora da saúde do paciente; se este morre, a atuação pode ser para ele e para outros como fracassada. Desta forma, percebe-se que a morte não é mais considerada o limite natural da vida humana, ou algo inerente à própria existência; nessa ideia, o modelo de curar, vencer a morte, facilmente, torna o profissional prisioneiro do poder tecnológico e científico³⁸.

Sabe-se que é difícil aceitar que a morte aconteça precocemente, ou seja, nos primeiros anos de vida; especialmente para as famílias, que têm em risco a vida de uma criança. No entanto, a morte de uma criança é uma situação que não pode sequer ser pensada pela família, pois comum seria que os pais morressem antes das crianças, na expectativa do ciclo vital³⁹.

A família da criança, parte essencial para o cuidado de enfermagem, é indiscutível; o enfermeiro frequentemente está envolvido com a família na fase de sofrimento e assim tem uma oportunidade única de fazer diferença na vivência de seu sofrimento. No entanto, são muitos os obstáculos dos que se dispõem a ajudá-la³⁹.

Na interação dos indivíduos no meio familiar, o estado de saúde e doença de cada um de seus membros afeta e é afetado pela família. Crianças, especialmente com doenças graves, afetam toda a família e as interações de seus membros. Sob esse aspecto, torna-se paciente e receber cuidados de saúde engloba uma série de eventos que compreendem a interação entre várias pessoas; a família, os amigos e profissionais de saúde⁴⁰.

Alguns autores citam que a morte é uma questão que se reflete em prioridades de vida, reforçando a relação familiar, como uma experiência que atinge todo sistema familiar. Assim torna-se essencial considerar a família nesse contexto; no cuidado da criança durante o processo de morte, sendo a morte uma experiência vivida por todos os seus membros, que necessitam de atenção⁴¹⁻⁴².

Considerando grandes transformações da sociedade, os profissionais de enfermagem precisam adotar mecanismos que permitam a discussão sobre a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, bem como à autenticação desse cuidado como foco principal do trabalho da equipe de enfermagem, o qual visa à valorização do ser humano, desde o nascer até o morrer. O cuidado deve ser integral. Assim, o paciente e seus familiares devem ser considerados como seres sociais e históricos, especialmente na vivência da situação de morte⁴³.

O cuidado complexo envolve necessidades biopsicossócio-espirituais e afetivas relacionado diretamente ao processo de comunicação entre o enfermeiro e o paciente; para este cuidado, ambos os sujeitos precisam compreender as relações interpessoais, através da comunicação verbal e não verbal. A comunicação entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares favorece um relacionamento de confiança e de bons resultados para assistência com qualidade; o cuidador tem que saber ouvir, estar presente e ser empático; isto remete à humanização e interação entre os cuidadores e familiares⁴⁴.

O profissional, estando atento aos familiares, poderá perceber a manifestação das angústias e dúvidas, inclusive sobre falar ou não com a criança a respeito de sua doença e sobre a morte, e fazer com que o processo de morrer seja mais humanizado e não delegado à instituição, como simples assistência ao corpo⁴⁵.

Assim, no hospital, o cuidado direcionado a pessoas em sofrimento e, muitas vezes, em processo de morte, constitui-se em determinante de sentimentos contraditórios na equipe, pelo simples motivo de estar em contato prolongado, com o paciente e seus familiares. Por isso, o sofrimento psíquico, com sua natureza silenciosa, está ligado ao processo produtivo do profissional de enfermagem³².

No geral, observa-se que o foco da assistência de enfermagem é o atendimento às necessidades do paciente. No entanto, este não é o único a sofrer

com a doença e com a hospitalização; os familiares e outras pessoas envolvidas diretamente com o paciente, também compartilham a angústia, o medo e o sofrimento neste momento. Assim, é importante que o profissional de saúde dispense atenção aos familiares, para facilitar o enfrentamento dessa experiência⁴⁶.

A maioria dos profissionais tem um bom nível de conhecimento e percepção na assistência dispensada à criança hospitalizada em unidades pediátricas⁴⁷.

Embora a morte e o morrer sejam aspectos ligados à condição humana, parece mais dolorosa, quando se trata de criança. Aceitar a morte de uma criança parece recolher a esperança, diante do fim de uma existência, das limitações e confrontos de nossa própria finitude, e a dos outros fica patente a necessidade de cuidado ao cuidador, seja este o profissional ou o familiar que acompanha este processo⁴⁸.

Atualmente quando se fala em criança, isto traz consigo a ideia de vida, futuro, alegria, embora esta não tenha sido ao longo da história a perspectiva predominante; vale ressaltar que a infância traz consigo muito mais do que a divisão em faixas etárias ou características relacionadas ao crescimento e desenvolvimento⁴⁸.

No Brasil, a partir do final da década de 80, a família começou a participar do cuidado da criança hospitalizada. São Paulo foi o primeiro Estado brasileiro a assegurar este direito às famílias, através da resolução SS-165 de 1988, que propôs o programa mãe-participante em todos os estabelecimentos hospitalares do Estado; segundo este programa, todas as crianças deveriam ser acompanhadas durante sua internação pela mãe ou responsável, não sendo esta uma realidade em muitas instituições e estados brasileiros⁴⁹.

Na década de 90, a regulamentação da lei 8069, que disciplina o Estatuto da Criança e do Adolescente, tornou universal o seu direito de usufruir da presença do familiar/acompanhante no período de sua hospitalização⁵⁰.

Na hospitalização infantil, a criança hospitalizada passa por restrições e sofrimentos psíquicos. Ela necessita de outra pessoa, durante a hospitalização, pois deixa sua casa e família, indo para um lugar desconhecido⁹.

No hospital, o medo se evidencia e cresce quando a saúde não está bem;

a criança percebe pelos olhos e expressões dos pais e da equipe de saúde. A percepção de sua condição de doente e ser finito está atenta; porém, é necessário que os profissionais e a família permitam a expressão de seu sentimento, estando ao seu lado neste processo⁴⁸.

A criança hospitalizada se vê afastada do ambiente que lhe era familiar, privada de dar continuidade a aspectos vitais do seu cotidiano, especialmente o convívio de pessoas queridas, o andar, o passear, o conversar, o comer, dentre outros, e, tudo isso faz com que o seu sofrimento seja exacerbado, pois, frequentemente, é centralizada a atenção daqueles que cuidam no hospital, na tecnologia utilizada⁵¹.

A troca no cuidado à criança, entre a equipe de saúde e a família, pode favorecer uma melhor identificação das necessidades da criança possibilitando, assim, o planejamento de um cuidado mais integral, holístico e humano; essa troca de experiências entre os cuidadores pode possibilitar um melhor relacionamento entre os profissionais, a criança e sua família, diminuindo a vivência e o sofrimento da família com a doença e a hospitalização⁴⁹.

A assistência de enfermagem voltada à criança, assume um papel de alto destaque, já que o assistir em enfermagem pediátrica não deve ser desvinculado da família e de suas necessidades; portanto, espera-se dos profissionais o domínio dos avanços científicos na área, ligado à peculiaridade para trabalhar nesse aspecto⁵².

Embora a morte seja um evento presente no cotidiano do enfermeiro, observa-se dificuldade, não apenas em aceitar, mas, como controlar de modo adequado a situação, sobretudo, quando envolve uma criança e sua família; uma das razões desta dificuldade é o fato de o enfermeiro considerar sua atuação com o papel de promover a cura, destacando-se o objetivo do cuidado no início do percurso profissional⁵³.

Ainda que em algumas situações não seja possível impedir a morte da criança, o papel do enfermeiro não se esgota apenas nessa condição, pois a família necessita de cuidado e atenção para que possa vivenciar esse momento de maneira mais equilibrada⁵³⁻⁵⁴.

O aprimoramento da prática de enfermagem em pediatria e a busca de qualidade na assistência exigem que haja atualização dos profissionais de

enfermagem, especialmente do enfermeiro, nas áreas técnicas e científicas, para que se incorpore um processo de cuidar que equilibre a relação afetivo-emocional entre o cuidador e quem é cuidado, para alcançar a saúde e o bem-estar da criança hospitalizada⁴⁷.

No hospital, encontra-se um número grande de pacientes; entre eles, crianças, com grave prognóstico e em fase avançada da doença. Entretanto, os profissionais de saúde devem estar preparados para receber e cuidar dessas crianças e suas famílias, para compreender as reações e comportamentos que estes apresentam diante da morte para assisti-los no processo de terminalidade¹⁵.

A equipe de saúde atende com frequência, especialmente, pessoas em situação da hospitalização gerada por circunstâncias que normalmente implica mudanças profundas para o indivíduo, como o afastamento do lar, da família, dos amigos, de seus sonhos. No entanto, nem sempre esta característica é perceptível diante da perspectiva funcionalista do tratamento, valorizando-se apenas a patologia. Alguns serviços hospitalares vêm desenvolvendo equipes para o atendimento destas situações, porém, restritas ao serviço de psicologia³⁰.

Para a reação da família, a notícia, construída sócio-historicamente, deve também trabalhar psicologicamente a construção da significação quanto à noção de hospitalização e morte; abordando crenças e fantasias, não negando que ocorram sentimento e sofrimento no momento da notícia, mas que esses significados possam ser trabalhados a partir de um acompanhamento psicológico centrado na relação e história da rede familiar⁵⁵.

A família de uma criança com diagnóstico de doença grave apresenta árduo sofrimento; enfrentar o tratamento e acompanhar a enfermidade da criança são tarefas que tornam o acompanhamento psicológico imprescindível. Contudo, no caso de morte da criança, é essencial que toda família receba suporte para elaboração do luto⁵⁶.

A família, ao entrar no ambiente hospitalar, apresenta problemas emocionais decorrentes do próprio ambiente e sua dinâmica de trabalho, ligado ao fato de ter que conviver com a doença do filho²⁹.

Ao estabelecer uma relação de confiança e respeito entre a família e os profissionais, existe a possibilidade de transformar o ambiente hospitalar em um local de menos sofrimento para a criança, família e profissionais. Valorizar a

confiança estabelecida significa construir um elo importante entre as pessoas envolvidas na hospitalização da criança e, para isso, a equipe de saúde deve saber identificar os sentimentos decorrentes do sofrimento e os comportamentos que os caracterizam⁵⁷.

Os trabalhadores de enfermagem têm histórias de vida singulares, possuem desejos, aspirações, motivações que lhes conferem uma identidade. Nesse contexto, a organização de um processo terapêutico precisa reconhecer todos os sujeitos envolvidos na assistência à criança hospitalizada, respeitando suas capacidades, desejos e sentimentos, numa organização do trabalho que seja eticamente prescrita, respeitando os potenciais e limites da condição humana. Cada indivíduo é um sujeito sem outro igual, portador de desejos e projetos enraizados na sua história singular que, de acordo com aquilo que caracteriza a organização de sua personalidade, reage à realidade de maneira estritamente original⁵⁸.

A hospitalização da criança e a relação com a equipe de saúde geram sentimentos negativos e positivos; isto mostra que se pode amenizar significativamente o sofrimento psíquico se forem estabelecidas mudanças na prática assistencial ressaltando um cuidado humanizado aos pacientes e familiares. Portanto, é necessário preparo desse acompanhante para compreender o motivo da internação da criança, qual é a sua patologia e de que maneira este pode participar dos cuidados prestados à criança contribuindo para seu tratamento; sendo assim, a equipe de saúde deve centrar o foco de sua assistência na humanização²⁹.

A assistência à criança hospitalizada vem sofrendo transformações e as novas tecnologias trouxeram um universo mais amplo à assistência à criança. Essas mudanças atingiram também o papel do trabalho nas unidades de pediatria, não só no aspecto da sua racionalidade e na recuperação do corpo anatomofisiológico da criança, mas também na preocupação com a família e a qualidade de vida⁵⁹.

A presença dos pais em período integral no ambiente hospitalar, a sua participação no cuidado e a relação entre crianças, famílias e profissionais, têm aberto novos caminhos na organização da assistência à criança hospitalizada. Nesse aspecto, torna-se necessário voltar o olhar para a família como parte do

cuidado, na perspectiva de produção de relações e intervenções, além da assistência clínica⁵⁹.

Os profissionais devem promover a preservação da dinâmica familiar na hospitalização, de forma única, pois não há um modelo para enfrentá-la, uma vez que cada família vê a vivência de maneira particular. O que está ao alcance do profissional é a capacidade de facilitar a maior conscientização do acompanhante diante da realidade vivida na hospitalização e assim promover a conservação do vínculo família e criança⁶⁰.

O ser humano tem necessidades biopsicossociais e espirituais que precisam ser atendidas; as crianças, especialmente, pois estão em crescimento e desenvolvimento⁶¹.

A situação de hospitalização é um fator gerador de ansiedade para qualquer pessoa, especialmente para uma criança. Os fatores que influenciam a adaptação da criança ao meio hospitalar podem ser exógenos, relacionar-se à atitude dos pais e ao tempo de permanência da criança no hospital, além do tipo de experiências que a criança venha a vivenciar; e endógenos, como os aspectos internos do paciente para enfrentar esta crise, como também o tipo de doença que o paciente apresenta. Assim, não apenas a presença dos pais ou responsáveis oferecerá conforto à criança internada, como também sua ausência, quando ocorrer, será um fator de angústia⁶².

A ciência não é o único fator que explica sobre as razões e causas perante a doença da criança, pois a família procura apoio também na espiritualidade, que a encoraja e produz sentimentos de esperança ou de aceitação da doença da criança. Assim, a religião tem fornecido conforto aos familiares, facilitando-lhes compartilhar as experiências⁶³.

Geralmente, a enfermagem destaca a importância de reconhecer a religião e a espiritualidade como fontes de fortalecimento para o enfrentamento da doença, a serem consideradas no cuidado à saúde, em apoiar a família e respeitar suas crenças e valores⁶⁴.

A morte pode ocorrer a qualquer momento; existe concordância que seja tranquila, sem dor e desconforto para os pacientes, crianças ou adultos. Nesse aspecto, quando identificadas situações irreversíveis, cabe à equipe abrir um momento de discussão baseada em ética e moral, que inclua toda a equipe e os familiares⁶⁵.

“Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”⁶⁶.

Resolução do Conselho Federal de Medicina 1805

Atualmente, conforme Levetown (1994) *apud* Carvalho *et al* (2001)⁶⁷, nos países desenvolvidos, aumenta a tendência a não se adotar a filosofia da preservação da vida a qualquer custo em pacientes com doenças ou condições irrecuperáveis; valoriza-se a qualidade de vida, o respeito à vontade e ao melhor interesse do paciente.

1.4 O Enfrentamento

A enfermagem como profissão desenvolve características específicas de atuação, sustentada em um processo interativo e valorizador da visão humanística. Considerando as características de ser sensível e perceptiva, a enfermagem, além de sua habilidade técnica, deve ter o papel de promotora de adaptação do ser humano diante dos processos de transições existenciais, através do enfrentamento³⁰.

Na hospitalização, geralmente os pais acompanham as crianças participando do cuidado, pois a família atua procurando facilitar a interação entre a criança e a equipe de saúde, enquanto a criança reage de várias maneiras à abordagem terapêutica, podendo se mostrar como negação, raiva, ansiedade ou desconforto; a hospitalização infantil pode trazer danos psicológicos e físicos para a criança, pois muda toda sua rotina de vida; nesse aspecto, o desafio dos profissionais de saúde é apoiar as famílias, para que estas consigam enfrentar as situações de estresse, tensões e problemas na vida diária⁶¹.

O cuidado prestado na unidade pediátrica hospitalar tem suas especificidades. Sendo realizado em uma instituição burocratizada, que tem uma organização definida de espaços, tem regulamentos de funcionamento, onde as ações têm agentes, lugares e perfis definidos. Assim, se a organização do trabalho não disponibilizar maneiras para o trabalhador enfrentar seu sofrimento,

cabe ao indivíduo desenvolver mecanismos de defesa, sejam esses coletivos e ou individuais⁶⁸.

Para lidar com a angústia, todo indivíduo utiliza mecanismos de defesa e, ao utilizar estes mecanismos, os profissionais de enfermagem podem deixar de perceber as limitações e angústias do paciente, não proporcionando a estes assistência emocional; no entanto, faz-se necessária a minimização de angústias e medos, o que torna menos dolorosa sua aproximação e separação do paciente terminal. Em parte, os mecanismos de defesa protegem o profissional de enfermagem de vivenciar as perdas e tristezas às quais está sujeito dentro do hospital³⁴.

O enfrentamento remete ao conjunto de esforços que o indivíduo direciona ao meio interno e externo, para trabalhar com situações estressoras avaliadas como excessivas. Enfrentar e enfrentamento implicam uma reação diante de algo difícil, um problema, um desafio, com papel adaptativo do comportamento na relação entre organismo e o ambiente adverso, com um conjunto de estratégias para lidar com a situação ameaçadora⁶⁹.

As respostas de enfrentamento classificam-se em funções; divididos em dois conjuntos; enfrentamento voltado para o problema; nesse caso, o indivíduo busca manejar a situação estressora, focando-se no problema a fim de lidar com o dano e enfrentamento voltado na emoção. Esse conjunto de resposta de enfrentamento foca a regulação emocional causada pela situação estressora e pode ser caracterizada por atitudes de afastamento em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva⁷⁰.

Vale ressaltar que o ser humano, diante de situações adversas, pode apresentar-se de maneira defensiva, fazendo uso de estratégias para o enfrentamento de situações adversas ou estressantes; a este conjunto de estratégias é dado o nome de “coping”⁷¹⁻⁷².

Analisando as pesquisas sobre “coping” em crianças, há um pequeno número de pesquisadores nessa área, indicando a necessidade de elaboração e adequação de instrumentos dirigidos a crianças em condição de estresse⁷³.

Nesse contexto, o câncer infantil é um tratamento prolongado e muitas vezes irreversível, que requer hospitalização e expõe a criança a procedimentos invasivos e desagradáveis, no aspecto físico e emocional; logo, a criança precisa

adaptar-se a essa nova vivência, sendo essencial a utilização de estratégias de enfrentamento adequadas⁷⁴.

Há a necessidade de ter conhecimento do que o indivíduo está enfrentando, pois, quanto mais clara estiver a situação a ser enfrentada, mais eficaz será articular o ato ou pensamento particular de enfrentamento com determinada situação⁷⁵.

O “coping” em 1984 foi definido como sendo um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelo indivíduo com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e podem ser avaliadas como sobrecargas ou mesmo excesso de seus recursos pessoais⁷⁵.

Para os profissionais de saúde, o estresse é um fato que vem desempenhando uma função importante no processo de trabalho-saúde-doença⁷⁶.

O estresse pode ser associado à necessidade de manter-se sempre em equilíbrio diante de algumas situações; como cuidar de pacientes graves com pouca proposta terapêutica, com necessidades de cuidados intensivos e prolongados e a elevada proximidade com o familiar⁷⁷⁻⁷⁸.

O profissional destinado a cuidar de pacientes em fase terminal deve ser preparado para enfrentar situações de sofrimento e morte, pois a morte reflete no limite da capacidade do profissional⁷⁹.

O sofrimento depende do grau do vínculo estabelecido com os pacientes no processo de cuidar, geralmente a morte da criança é menos aceita pela enfermagem por compreender que não faz parte do ciclo vital; para enfrentar o sofrimento causado pela morte, a enfermagem utiliza algumas estratégias e mecanismos de defesas individuais e coletivos: a negação, a repressão, racionalização, a naturalização e a criação de rotinas, recursos que ajudam a minimizar o sofrimento nessa perspectiva⁸⁰.

Outro fator considerado como mecanismo de defesa da morte no geral é quando o enfermeiro se reporta à crença religiosa e a sentimentos de missão cumprida, no intento de compreendê-la como parte do processo de viver, e aceitá-la com menos sofrimento, porém, diante da morte da criança, o sofrimento psíquico é maior⁸¹.

No processo da reação do enfermeiro no cuidado da criança terminal, as estratégias que podem ajudar a enfermeira a manter a capacidade de trabalhar com eficiência nesses ambientes incluem manter boa saúde, desenvolver interesses amplos, usar técnicas de distanciamento como passar algum tempo fora, se necessário, desenvolver e usar maneiras de apoio profissional e pessoal, ser empático, centralizar-se nos aspectos positivos do papel profissional, basear as intervenções de enfermagem em teoria sólida e observações empíricas²⁷.

1.5 A Morte e a Humanização

A prática dos profissionais de saúde, no hospital, vem desumanizando-se frente à atenção ao doente. A humanização, então, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios da prática profissional, além de um cuidado digno, solidário e acolhedor pelos profissionais da saúde ao paciente, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. Nesse contexto, muitos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estar cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações profissionais, especialmente as relacionadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana⁸².

Promover, reconhecer a humanização, perceber se o paciente requer uma ação humana baseada em considerações éticas exige rever ações e posturas dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente na assistência ao paciente. No código de ética dos profissionais de enfermagem (CEPE), encontram-se os valores morais desse grupo profissional⁸³. O artigo terceiro dirige a prática para o respeito à vida, à dignidade e aos direitos da pessoa humana, sem qualquer discriminação, estabelecendo a responsabilidade pela promoção do ser humano em suas múltiplas dimensões⁸⁴.

A humanização hospitalar como expressão da ética requer, em suma, a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais que considerem com justiça os seres humanos e seus direitos⁸⁵. Assim, o significado de valorizar a humanidade no trabalhador, favorecendo o desenvolvimento de sua sensibilidade e competência, com mudanças nas práticas profissionais, de maneira a

reconhecer a singularidade dos pacientes, encontrando, com eles, estratégias que facilitem a compreensão e o enfrentamento do momento vivido⁸².

O profissional da saúde tem argumentos que valorizam o seu trabalho por um conhecimento socialmente identificado e por subjetividades que permeiam ações do cotidiano, um meio de cuidar, no qual o paciente é visto como merecedor de respeito e consideração⁸⁶.

A abordagem da humanização do atendimento em saúde faz-se diferente no contexto atual, uma vez que tendo como base princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, requer a revisão das práticas cotidianas⁸⁷.

“Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam no serviço de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos, é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia”⁸⁸.

“Outro aspecto que envolve reflexão e mudança por parte da equipe de saúde para a humanização da assistência diz respeito ao vínculo. Criar vínculos implica em estabelecer relações muito próximas e claras que todo o sofrimento do outro nos sensibiliza”⁸⁹.

A partir da década de 90, avança a compreensão da humanização restrita à relação intersubjetiva com o paciente, incluindo questões ligadas à estrutura administrativa do local de trabalho, à técnica como projeto político para garantir um atendimento humano, à constituição de um sistema de saúde que assegure valores como a equidade e a integralidade da atenção⁹⁰.

Percebe-se que a humanização da assistência, bem como o cuidado centrado na família, são vistos como a filosofia ideal para o cuidado da criança e sua família; no entanto, medidas para sua implementação ainda não estão bem estabelecidas. É necessário que se ofereçam habilidades às enfermeiras que trabalham com famílias em situações de crise nas diferentes realidades da prática, com a finalidade de que estas sejam capazes de oferecer um ambiente sensível a fim de reduzir o estresse e os conflitos da família com a equipe⁹¹.

Atualmente, tem-se observado certo constrangimento relacionado ao tema morte. Nota-se, por um lado, a negação velada da morte quando se

procuram evitar situações envolvendo terminalidade. Ao mesmo tempo, percebe-se um crescente aumento de estudos relacionados com a morte e o morrer⁹².

O cuidar pode ser caracterizado pela atenção, zelo e preocupação com o outro, está inserido do nascer ao morrer. O papel desta ação implica aliviar, ajudar, pois a cura não é o fim, devendo estar presente no processo de morrer⁹³.

Sendo muito grandes os avanços tecnológicos e terapêuticos em saúde, habitualmente os profissionais não estão preparados para atender pessoas em fase de morte, bem como lidar com seus sentimentos e emoções nessa perspectiva⁹⁴.

Apesar da supressão do luto com a negação dos sinais de morte e os fatores socioculturais envolvidos, as pessoas devem ser estimuladas a dividir os sentimentos relacionados à perda e ao luto evitando assim comprometimentos psíquicos futuramente, pois a assistência não acaba na morte do paciente, sendo responsabilidade de o enfermeiro prestar cuidados aos que vivenciam o luto; esse processo é necessário e penoso diante da morte de alguém querido, onde se reveem conceitos sobre a existência, a vida e a morte, a fim de, com cada situação, agir adequadamente e de forma humanizada⁹³.

Atualmente, é difícil para a criança compreender a morte como algo natural, pois não lhe é dado o direito de conviver com ela dentro de sua própria família⁹⁵. Conforme Ariés 1989¹⁷, a família foi privada de seu papel como principal responsável pelo cuidado da saúde de seus membros, favorecendo a instituição hospitalar, que passou a assumir essa função. Igualmente, a presença dos familiares em momentos cruciais de mudança familiar tornou-se cada vez menos frequente e pouco incentivada, especialmente para as crianças, cuja visita a pessoas doentes ou moribundas não é habitualmente permitida nos hospitais, sendo também pouco comum a sua presença em velórios e cemitérios.

Todavia, quando a criança adoece gravemente é que o confronto com a morte ocorre de maneira mais direta. Sendo assim, além do medo da morte, que representa o desconhecido e que, por si só, provoca angústia e sofrimento, ela teme o sofrimento causado pelo tratamento e pelas separações frequentes das pessoas da família, com a hospitalização. Revive, deste modo, a separação da mãe, tal qual no momento do nascimento, em que perdeu o ambiente seguro e protetor do útero materno, receando ser esquecida por ela e pelo seu grupo

social, o que não deixa de representar uma forma de morte⁹⁶.

As crianças com doenças graves e de ruim prognóstico provocam intensos dilemas éticos nas equipes. É imensamente difícil estabelecer fronteiras entre o que é cuidar e aliviar o sofrimento, fornecendo conforto e morte digna e usar medidas invasivas e dolorosas baseadas nos avanços tecnológicos, que só prolongam o sofrimento por algum tempo⁹⁷.

Quando a criança permanece um longo período, hospitalizada, modifica sua rotina diária, percebe-se a desestruturação familiar. A família e a criança necessitam de suporte fornecido pelo enfermeiro através do cuidado solidário. Este é percebido pelo vínculo, interesse, contato, diálogo, suporte, apoio, ser presença, ouvir, pela empatia, transmissão de confiança e esperança que se estabelece pelo trabalho multiprofissional, preparo da equipe, conhecimento, disponibilidade e respeito pelo outro. O cuidado solidário é um processo, um acontecimento que pode ser considerado um novo modelo para a realização do cuidado de enfermagem, que proporciona um crescimento mútuo, a construção de novos saberes; possibilita também uma relação afetiva, reflexiva, humana, empática entre enfermeiro, criança e família⁹⁸.

No ramo da saúde, dependendo da área escolhida, a morte pode ocorrer com frequência, e por ser culturalmente difícil de ser aceita, é pouco estudada nos cursos da área de saúde, especialmente na enfermagem. Por ser um tema complexo que exige vários conhecimentos, além da prática, os profissionais deveriam trabalhar mais esse conteúdo na graduação, para auxiliar o paciente e sua família em todos os momentos e fases da vida, sem tantos sofrimentos para os profissionais⁹⁹.

A questão morte deve ser motivo de estudo desde a graduação, visando a um preparo do profissional no aspecto técnico, científico, emocional, ético e legal. A finalidade é reduzir o estresse e a ansiedade dos profissionais que convivem diariamente com essas situações de sofrimento.

O processo de morrer é enfrentado com dificuldade pelo enfermeiro especialmente em unidade pediátrica.

Em função dessa problemática apresentada, propõe-se desenvolver o presente estudo no intuito de levantar as dificuldades enfrentadas, mecanismos e rotinas utilizados pelo enfermeiro no processo de morrer em unidade pediátrica.

2. *Objetivos*

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Levantar as dificuldades enfrentadas, mecanismos e rotinas utilizados pelo enfermeiro em sua unidade pediátrica ao vivenciar o processo de morrer.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao vivenciar o processo de morrer em unidade pediátrica.
 - ✓ Identificar os mecanismos utilizados pelo enfermeiro ao vivenciar o processo de morrer em unidade pediátrica.
 - ✓ Identificar a rotina utilizada pelo enfermeiro ao vivenciar o processo de morrer em unidade pediátrica.
-

3. Casuística e Método

3.1 Tipo de Estudo

A presente investigação é um estudo exploratório, descritivo¹⁰⁰⁻¹⁰², com enfoque quantitativo¹⁰²⁻¹⁰⁴, cujos dados foram apresentados por meio de tabelas de distribuição de frequências dos enfermeiros respondentes nas questões pesquisadas para estabelecer padrões de comportamento.

3.2 Participantes do Estudo

A população de interesse do estudo foi constituída pelos enfermeiros sócios da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP) no período de 2007 a 2008, sendo incluídos na casuística os que aceitaram participar da pesquisa, conforme proposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹⁰⁵ (TCLE / apêndice 1).

3.3 Procedimentos Éticos

Após a autorização da aquisição dos endereços em reunião extraordinária da SOBEP em 2007, o projeto em estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP tendo sido aprovado em 03/09/2007 por meio do ofício 285/2007.

Os participantes foram informados sobre os objetivos, métodos, benefícios, de acordo com as recomendações das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos regulamentada pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰⁵.

Foram incluídos na pesquisa os enfermeiros que responderam total ou parcialmente ao questionário e os que devolveram em branco com justificativa, tendo o TCLE assinado.

3.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados mediante questionário (Anexo 1) e o TCLE (apêndice 1) enviado pelo serviço de correio convencional e eletrônico, juntamente com envelope e carta resposta.

Estabeleceu-se um prazo máximo de 30 dias para o preenchimento do questionário e sua devolução, que poderia ser feita via correio convencional ou eletrônico. Esgotado esse período, foi remetida nova solicitação aos sócios que ainda não haviam respondido, prorrogando o prazo por mais 30 dias. Este foi o prazo final para a devolução do questionário.

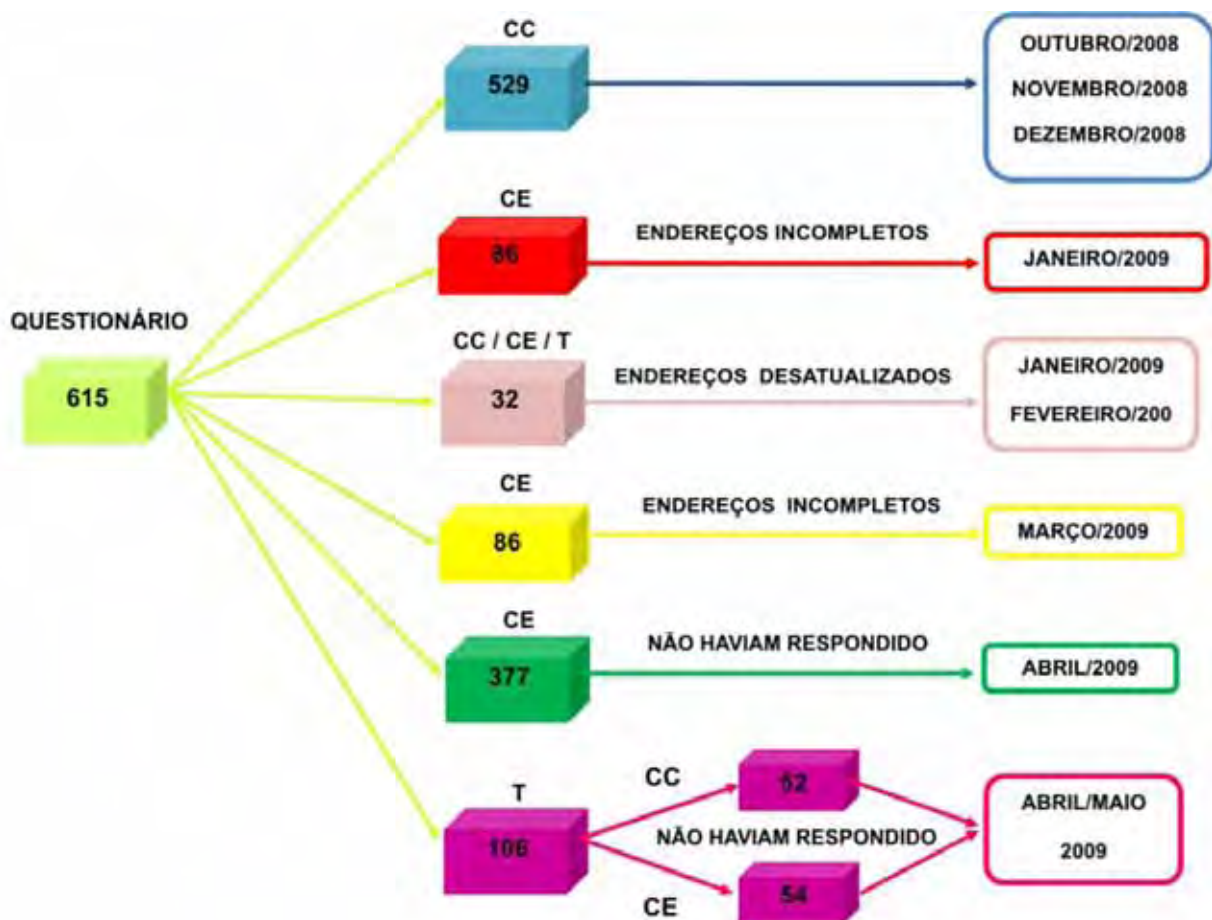
Os questionários devolvidos nesse período formaram a casuística do estudo.

Foram enviados 615 questionários conforme a descrição a seguir:

- ✓ 1º envio - 529 cartas por correio convencional no mês de outubro, novembro e dezembro de 2008;
 - ✓ 2º envio - 86 questionários e TCLE por e-mail em janeiro de 2009 para os enfermeiros que estavam com o endereço incompleto no banco de dados. Após esta fase, trabalhou-se com as correspondências que não retornaram, e também com as que retornaram em virtude de os endereços estarem desatualizados, atualizando-as e reenviando-as.
 - ✓ 3º envio – de 42 correspondências com endereços desatualizados, conseguiram-se atualizar 32 por meio de telefone, e-mail do banco de dados e curriculum plataforma lattes.
 - ✓ 4º envio – reenviados 86 questionários e TCLE por e-mail para os enfermeiros que estavam com o endereço incompleto no banco de dados, em março de 2009;
 - ✓ 5º envio - reenviados 377 questionários e TCLE por e-mail em abril de 2009 para todos os enfermeiros que não haviam respondido e constava o endereço eletrônico no banco de dados;
-

- ✓ 6° envio – foi feito contato telefônico para 331 enfermeiros, tendo sucesso de comunicação apenas com 106. Destes 106 foram reenviados o questionário por correio convencional (52) e e-mail (54), conforme fluxograma 1.

Fluxograma 1 - Descrição dos envios no processo da coleta de dados dos participantes do estudo



Legenda

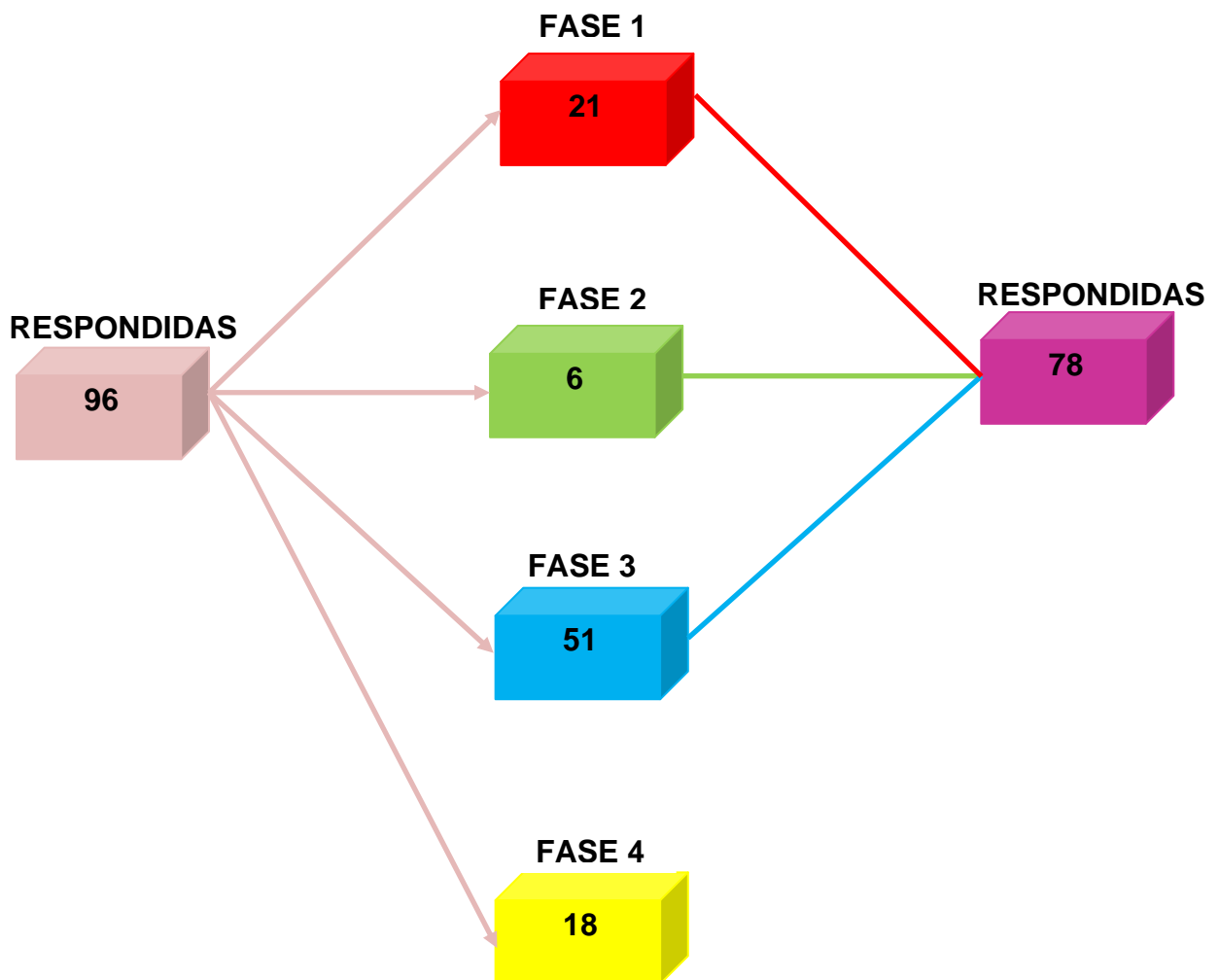
- 1° ENVIO / CORREIO CONVENCIONAL (CC)
- 2° ENVIO / CORREIO ELETRÔNICO (CE)
- 3° ENVIO / CORREIO CONVENCIONAL / CORREIO ELETRÔNICO / TELEFONE (CC,CE,T)
- 4° ENVIO / CORREIO ELETRÔNICO (CE)
- 5° ENVIO / CORREIO ELETRÔNICO (CE)
- 6° ENVIO / TELEFONE (T)

Descrição dos períodos relacionados às respostas da coleta de dados, sendo importante citar que cada período se deu em relação aos envios acima descritos:





- ✓ 1° período – 55 cartas foram devolvidas, sendo que destas 44 responderam ao questionário total ou parcialmente e 11 devolveram o questionário em branco, relatando não atuar em unidade pediátrica, e ainda 42 questionários retornaram por motivo de endereços desatualizados: ainda neste período, quatro responderam apenas à caracterização profissional por não estarem atuando em unidade pediátrica especificamente, ou seja, apesar de atuarem com crianças, não estavam diretamente ligados à unidade pediátrica;
- ✓ 2° período - dos 86 questionários que foram enviados por e-mail, não se obtiveram respondentes;
- ✓ 3° período – 42 correspondências retornaram (1° envio), destas foram atualizadas 32, tendo como respondentes: quatro por atualização do endereço por telefone do banco de dados e dois por e-mail, um por atualização do endereço profissional; ainda nesta fase, um respondeu apenas à caracterização profissional pelos motivos descritos acima;
- ✓ 4° período – corresponderam retornando um questionário em branco justificando não atuar em unidade pediátrica;
- ✓ 5° período – corresponderam retornando cinco questionários em branco justificando não atuar em unidade pediátrica;
- ✓ 6° período – oito respondentes por correio convencional, 14 respondentes por e-mail; destes, um respondeu apenas à caracterização profissional, e ainda nesta fase um questionário em branco.

Contudo obtivemos 96 respondentes; destes, 18 devolveram o questionário em branco relatando não atuar em unidade pediátrica e seis responderam apenas à caracterização profissional relatando não atuarem em unidade pediátrica especificamente, totalizando 78 participantes que responderam total e parcialmente, conforme mostra o fluxograma 2.

Fluxograma 2 – Descrição das fases da obtenção da coleta de dados dos participantes do estudo



Legenda

-  Fase 1 - 1ª e 2ª PARTE RESPONDIDAS
-  Fase 2 - 1ª PARTE / CARACTERIZAÇÃO (TOTAL E OU PARCIALMENTE RESPONDIDAS)
-  Fase 3 - 1ª e ou 2ª PARTE INCOMPLETAS (TOTAL E OU PARCIALMENTE RESPONDIDAS)
-  Fase 4 - 1ª e 2ª PARTE EM BRANCO

3.5 Instrumento da coleta de dados

Foram elaboradas questões fechadas e abertas contemplando variáveis relacionadas à identificação profissional (dados acadêmicos da graduação, especialização, mestrado e doutorado) e dados da atuação profissional (tempo de atuação em unidade pediátrica, unidade que atua, tempo de atuação nesta unidade, curso/atualização/outro preparo profissional que ajuda em dar apoio ao familiar que esta vivenciando a morte da criança e tipo de atualização).

Em relação às questões sobre o tema foram abordados:

- ✓ Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança e ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade.
 - ✓ Mecanismos utilizados pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança e ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança.
 - ✓ Rotina utilizada pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança e ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade.
 - ✓ Rotina mediata utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade.
 - ✓ Rotina imediata utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade.
-

4. Resultados

A apresentação dos resultados foi realizada utilizando o total de 78 questionários preenchidos total e ou parcialmente relacionados aos enfermeiros com atuação em unidade pediátrica, Tabela 1. Sendo expressivo que o período de ingresso na universidade foi entre 1972 e 1984, enquanto o período de conclusão do curso entre 1997 e 2009. A categoria da universidade com o percentual maior em relação ao número de graduandos foi a federal, seguida da particular e por fim a estadual.

Tabela 1 – Distribuição de frequências dos respondentes nos aspectos do curso de graduação.

| Aspecto de Formação | Categoria | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|--------------------------------------|----------------|---------------------|-------------------------|
| Atuação em Unidade Pediátrica | Atuam | 78 | 100,00 |
| Ano de Ingresso | 1960 1972 | 4 | 5,12 |
| | 1972 1984 | 29 | 37,18 |
| | 1984 1996 | 22 | 28,21 |
| | 1996 2008 | 22 | 28,21 |
| | Sem informação | 1 | 1,28 |
| Ano de Conclusão | 1961 1973 | 2 | 2,56 |
| | 1973 1985 | 22 | 28,21 |
| | 1985 1997 | 21 | 26,92 |
| | 1997 2009 | 32 | 41,03 |
| | Sem informação | 1 | 1,28 |
| Categoria da Universidade | Estadual | 19 | 24,36 |
| | Federal | 34 | 43,59 |
| | Particular | 24 | 30,77 |
| | Sem Informação | 1 | 1,28 |

Dos 78 enfermeiros participantes do estudo, apenas 67 cursaram especialização, conforme mostra a Tabela 2. Tendo início em sua maioria entre -1 e 9 anos após a graduação (80,60%). O período de maior ingresso na especialização foi entre 1999 e 2009, enquanto o maior período de conclusão e previsão de conclusão entre 2000 e 2011. A categoria da universidade com o percentual maior em relação ao número de egressos no curso de especialização foi a federal, seguida da particular e estadual. Mostra ainda que a maioria dos

enfermeiros, na monografia da especialização, pesquisou na área de enfermagem pediátrica (62,69%), seguida de enfermagem geral (25,37%), tendo como sujeito da pesquisa a criança (37,31%), equipe (16,42%), criança/família (8,96%), criança/equipe/família (7,46%) e criança/equipe (4,48%). O tema desenvolvido na monografia como trabalho de conclusão realizado pelos enfermeiros tem como descritores: cuidado (20,90%), educação (16,42%) e câncer (7,46%).

Tabela 2 – Distribuição de frequências dos respondentes nos aspectos dos que cursaram especialização.

| Aspectos de Formação | Categoria | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|---|-------------------|---------------------|-------------------------|
| Especialização | Sim | 67 | 100,00 |
| | 1 9 | 54 | 80,60 |
| Período para Iniciar a Especialização em Relação à Graduação | 9 19 | 10 | 14,93 |
| | 19 29 | 1 | 1,49 |
| | 29 39 | 0 | 0,00 |
| | 39 49 | 1 | 1,49 |
| | Sem informação | 1 | 1,49 |
| Ano de ingresso | 1977 1988 | 19 | 28,36 |
| | 1988 1999 | 9 | 13,43 |
| | 1999 2009 | 38 | 56,72 |
| | Sem informação | 1 | 1,49 |
| Ano de Conclusão e de Previsão de Conclusão | 1978 1989 | 19 | 28,36 |
| | 1989 2000 | 9 | 13,43 |
| | 2000 2011 | 37 | 55,22 |
| | Sem informação | 2 | 2,99 |
| Categoria da Universidade | Estadual | 14 | 20,90 |
| | Federal | 37 | 55,21 |
| | Particular | 14 | 20,90 |
| | Sem informação | 2 | 2,99 |
| Área | Enfermagem | 17 | 25,37 |
| | Jornal científico | 1 | 1,49 |
| | Pediatria | 42 | 62,69 |
| | Saúde pública | 6 | 8,96 |
| | Sem informação | 1 | 1,49 |

Tabela 2 – Distribuição de frequências dos respondentes nos aspectos dos que cursaram especialização – continuação.

| Aspectos de Formação | Categoria | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|----------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|
| Sujeito | Adolescente | 4 | 5,97 |
| | Criança | 25 | 37,31 |
| | Equipe | 11 | 16,42 |
| | Família | 1 | 1,49 |
| | Criança/ Equipe | 3 | 4,48 |
| | Criança / Família | 6 | 8,96 |
| | Criança/Equipe/ Família | 5 | 7,46 |
| | Equipe/ Família | 1 | 1,49 |
| | Sem Informação | 11 | 16,42 |
| Descritor | AIDS | 1 | 1,49 |
| | Alta hospitalar | 1 | 1,49 |
| | Amamentação | 1 | 1,49 |
| | Cardiopatia | 1 | 1,49 |
| | Câncer | 5 | 7,46 |
| | Cuidado | 14 | 20,90 |
| | DSTgravidez | 1 | 1,49 |
| | Educação | 11 | 16,42 |
| | Estresse | 1 | 1,49 |
| | Gestão | 1 | 1,49 |
| | Gravidez | 1 | 1,49 |
| | Icterícia | 1 | 1,49 |
| | Infecção | 1 | 1,49 |
| | Integração | 1 | 1,49 |
| | Interação | 1 | 1,49 |
| | PCR | 1 | 1,49 |
| | Plantão | 1 | 1,49 |
| | Pneumologia | 1 | 1,49 |
| | Recursos Humanos | 2 | 2,99 |
| | Saúde | 2 | 2,99 |
| | Sequelas | 1 | 1,49 |
| | Sexualidade | 1 | 1,49 |
| SAE | 3 | 4,49 | |
| Teste do pezinho | 1 | 1,49 | |
| VM | 2 | 2,99 | |
| Sem informação | 10 | 14,94 | |

Na Tabela 3 mostra-se que dos enfermeiros que cursaram mestrado, iniciaram em sua maioria entre 5 e 10 anos após a graduação (46,00%). O período de maior ingresso no mestrado foi entre 1987 e 1999, enquanto o maior período de conclusão e previsão de conclusão entre 1989 e 2000 e também entre 2000 e 2011. A categoria da universidade com o percentual maior em relação ao número de egressos no curso de mestrado foi a federal, seguida da estadual e por fim a particular. Mostra ainda que a maioria dos enfermeiros na dissertação do mestrado investigou na área de enfermagem pediátrica (66,00%), seguida de enfermagem geral (26,00%), tendo como sujeito da pesquisa a criança (32,00%), equipe (24,00%), família/criança (12,00%), criança/equipe (10,00%) e equipe/família/criança (8,00%). O tema desenvolvido na dissertação pelos enfermeiros tem como descritores: cuidado (32,00%), câncer (12,00%) e educação (8,00%), que ocorre também na especialização.

Tabela 3 – Distribuição de frequências dos respondentes nos aspectos dos que cursaram mestrado.

| Aspectos de Formação | Categoria | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|---|----------------|---------------------|-------------------------|
| Mestrado | Sim | 50 | 100,00 |
| Período para Iniciar o Mestrado em Relação à Graduação | 1 5 | 11 | 22,00 |
| | 5 10 | 23 | 46,00 |
| | 10 15 | 9 | 18,00 |
| | 15 20 | 4 | 8,00 |
| | 20 25 | 2 | 4,00 |
| | Sem Informação | 1 | 2,00 |
| Ano de ingresso | 1975 1987 | 4 | 8,00 |
| | 1987 1999 | 27 | 54,00 |
| | 1999 2009 | 18 | 36,00 |
| | Sem Informação | 1 | 2,00 |
| Ano de conclusão e de Previsão de Conclusão | 1978 1989 | 4 | 8,00 |
| | 1989 2000 | 21 | 42,00 |
| | 2000 2011 | 21 | 42,00 |
| | Sem Informação | 4 | 8,00 |
| Categoria da Universidade | Americana | 1 | 2,00 |
| | Estadual | 18 | 36,00 |
| | Federal | 28 | 56,00 |
| | Particular | 2 | 4,00 |
| | Sem Informação | 1 | 2,00 |

Tabela 3 – Distribuição de frequências dos respondentes nos aspectos dos que cursaram mestrado - continuação.

| Aspectos de Formação | Categoria | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Área | Enfermagem | 13 | 26,00 |
| | Pediatria | 33 | 66,00 |
| | Saúde pública | 3 | 6,00 |
| | Sem Informação | 1 | 2,00 |
| Sujeito | Adolescente | 1 | 2,00 |
| | Criança | 16 | 32,00 |
| | Equipe | 12 | 24,00 |
| | Adolescente/Equipe | 1 | 2,00 |
| | Criança/Adolescente/Família | 1 | 2,00 |
| | Criança/Equipe | 5 | 10,00 |
| | Equipe/Família/Criança | 4 | 8,00 |
| | Família/ Criança | 6 | 12,00 |
| | Ratos | 1 | 2,00 |
| | Sem Informação | 3 | 6,00 |
| | Descritor | Acidentes de trabalho | 1 |
| Aleitamento | | 1 | 2,00 |
| Amamentação | | 1 | 2,00 |
| Auto cuidado | | 1 | 2,00 |
| Câncer | | 6 | 12,00 |
| Cateter | | 1 | 2,00 |
| Cateter venoso periférico | | 2 | 4,00 |
| Comunicação | | 1 | 2,00 |
| Contaminação Almotolias | | 1 | 2,00 |
| Cuidado | | 16 | 32,00 |
| Drogas | | 1 | 2,00 |
| Educação | | 4 | 8,00 |
| Exame Físico | | 2 | 4,00 |
| Glicemia /esvaziamento gástrico | | 1 | 2,00 |
| Hospital | | 3 | 6,00 |
| Infecção Hospitalar | | 1 | 2,00 |
| Leite Humano | | 1 | 2,00 |
| Morte | | 1 | 2,00 |
| Programa saúde da família | | 1 | 2,00 |
| SAE | | 1 | 2,00 |
| Sem Informação | | 3 | 6,00 |

A Tabela 4 mostra que os enfermeiros que cursaram doutorado, iniciaram em sua maioria entre 1 e 5 anos após o mestrado (55,88%). O período de maior ingresso foi entre 1991 e 2001, enquanto o maior período de conclusão foi entre 1995 e 2005. A categoria da universidade com o percentual maior em relação ao número de egressos no curso de doutorado foi a estadual, seguida da federal e por fim a particular. Mostra ainda que a maioria dos enfermeiros na tese de doutorado estudou na área de enfermagem pediátrica (79,41%), seguida de enfermagem geral (20,59%), tendo como sujeito da pesquisa a criança (23,53%), criança/ família (20,59%), criança/equipe/família (17,65%) e criança/equipe (14,71%). O tema desenvolvido na tese pelos enfermeiros tem como descritores: cuidado (38,24%), educação (11,76%) e câncer (8,82%), que ocorrem também na especialização e mestrado.

Tabela 4 – Distribuição de frequências dos respondentes nos aspectos dos que cursaram doutorado.

| Aspectos de Formação | Categoria | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|--|----------------|---------------------|-------------------------|
| Doutorado | Sim | 34 | 100,00 |
| Período para Iniciar o Doutorado em Relação ao Mestrado | 1 5 | 19 | 55,88 |
| | 5 10 | 10 | 29,41 |
| | 10 15 | 5 | 14,71 |
| | 1981 1991 | 1 | 2,94 |
| Ano de Ingresso | 1991 2001 | 18 | 52,94 |
| | 2001 2009 | 15 | 44,12 |
| | 1985 1995 | 1 | 2,94 |
| Ano de conclusão e de Previsão de Conclusão | 1995 2005 | 17 | 50,00 |
| | 2005 2013 | 13 | 38,24 |
| | Sem Informação | 3 | 8,82 |
| | Estadual | 17 | 50,00 |
| Categoria da Universidade | Federal | 15 | 44,12 |
| | Particular | 2 | 5,88 |
| | Enfermagem | 7 | 20,59 |
| Área | Pediatria | 27 | 79,41 |

Tabela 4 – Distribuição de frequências dos respondentes nos aspectos dos que cursaram doutorado - continuação.

| Aspectos de Formação | Categoria | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|----------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|
| Sujeito | Criança | 8 | 23,53 |
| | Equipe | 2 | 5,88 |
| | Criança/Equipe | 5 | 14,71 |
| | Criança/Família | 7 | 20,59 |
| | Criança/Equipe/Família | 6 | 17,65 |
| | Mulheres | 2 | 5,88 |
| | Ratos | 1 | 2,94 |
| | Sem Informação | 3 | 8,82 |
| Descritor | Aleitamento | 1 | 2,94 |
| | Câncer | 3 | 8,82 |
| | Cirurgia | 1 | 2,94 |
| | Cuidado | 13 | 38,24 |
| | Educação | 4 | 11,76 |
| | Estresse | 1 | 2,94 |
| | Hospital | 2 | 5,89 |
| | Imunização | 1 | 2,94 |
| | Infusão Venosa | 2 | 5,89 |
| | Mortalidade | 1 | 2,94 |
| | Morte | 1 | 2,94 |
| | Puericultura | 1 | 2,94 |
| | Sem Informação | 3 | 8,82 |

A maioria dos profissionais enfermeiros participantes da pesquisa atua na área de ensino (33,33%), seguido da área assistencial em diversas unidades: unidade de internação (28,23%), UTI (11,54%), CTI (2,56%) sendo que alguns profissionais atuam tanto no ensino como na assistência, conforme Tabela 5. Em relação ao tempo de atuação em unidade pediátrica, a maioria tem menos de 10 anos de experiência (52,56%), seguido de 10 e 20 anos (26,93%) e 20 e 30 anos (16,67%). Logo, em relação ao tempo de trabalho na atual unidade pediátrica, a maioria atua menos de 10 anos (57,69%), e a minoria atua entre 30 e 40 anos (1,28%). Ao serem questionados sobre o curso de atualização profissional do tema em estudo, percebe-se que apenas 20,51% informam ter realizado, seguido de 73,08% que não realizaram.

Tabela 5 – Distribuição de frequências dos respondentes segundo aspectos de atuação e preparo profissional.

| Características da Atuação e Preparo Profissional | Categoria | Frequência Absoluta | Frequência Relativa (%) |
|--|---------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Área de Atuação | Aposentada | 2 | 2,56 |
| | CTI | 2 | 2,56 |
| | Ensino | 26 | 33,33 |
| | Unidade | 22 | 28,23 |
| | UTI | 9 | 11,54 |
| | CTI/Ensino | 1 | 1,28 |
| | CTI/Unidade | 2 | 2,56 |
| | Ensino/Unidade | 2 | 2,56 |
| | UTI/Unidade | 1 | 1,28 |
| | Sem informação | 2 | 2,56 |
| | Não atua no momento | 9 | 11,54 |
| Período de Atuação em Unidade Pediátrica | 0 10 | 41 | 52,56 |
| | 10 20 | 21 | 26,93 |
| | 20 30 | 13 | 16,67 |
| | 30 40 | 1 | 1,28 |
| | Sem informação | 2 | 2,56 |
| Período de Atuação na Atual Unidade Pediátrica | 0 10 | 45 | 57,69 |
| | 10 20 | 13 | 16,67 |
| | 20 30 | 6 | 7,69 |
| | 30 40 | 1 | 1,28 |
| | Sem informação | 13 | 16,67 |
| Curso de Apoio ao Familiar | Sim | 16 | 20,51 |
| | Não | 57 | 73,08 |
| | Sem informação | 5 | 6,41 |
| Tipo de Curso | Atualização | 16 | 20,51 |
| | Sem informação | 62 | 79,49 |

A apresentação dos resultados em relação às questões abertas sobre o tema foi realizada utilizando o total de 78 questionários preenchidos total ou parcialmente relacionados aos enfermeiros com atuação em unidade pediátrica.

Ao serem questionados sobre as dificuldades enfrentadas ao vivenciar a morte da criança em sua unidade, a Tabela 6 mostra que dar apoio à família é uma das mais expressivas dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro (50,00%). Outra dificuldade considerada foi atuar diante da vivência de morte da criança (39,74%). Além disso, mostra ainda que quase a totalidade dos enfermeiros não enfrenta dificuldades: em atuar diante da falta de unidade especializada (UTI) e preparo psicológico da equipe, diante do despreparo da equipe e dos procedimentos técnicos, manter a equipe atenta às necessidades da criança e trabalhando com as outras crianças hospitalizadas no momento da morte, em 1,28% respectivamente.

Tabela 6 - Distribuição dos relatos das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança em sua unidade.

| Dificuldades Enfrentadas | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|--|---|------------------------|-------------|
| Dar apoio à família | Dar apoio à família | 12 | |
| | Dar apoio à família e a equipe | 5 | |
| | Dar apoio à família e comunicar o óbito | 4 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante da vivência de morte | 4 | |
| | Dar apoio à família e vínculo com a criança | 2 | |
| | Dar apoio à família, equipe e outros acompanhantes, comunicar o óbito | 1 | |
| | Dar apoio à família, outras crianças e seus acompanhantes, falta de unidade especializada (UTI) e despreparo médico | 1 | |
| | Dar apoio à família, despreparo médico e planta física inadequada | 1 | |
| | Dar apoio à família, comunicar o óbito e vínculo com a criança | 1 | |
| | Dar apoio à família e equipe, atuar diante da vivência de morte, manter a equipe atenta às necessidades da criança | 1 | |
| | Dar apoio à família e a equipe, atuar diante da vivência de morte, vínculo com a criança e família e falta de preparo psicológico da equipe | 1 | |
| | Dar apoio à família e equipe, comunicar o óbito e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio à família e equipe e falta de Psicólogo | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante da vivência de morte e falta de psicólogo | 1 | |
| | Dar apoio à família e a outros acompanhantes | 1 | |
| | Dar apoio à família, equipe e a outros acompanhantes, atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio à família e equipe, atuar diante da vivência de morte | 1 | 39 (50,00%) |
| Atuar diante da vivência de morte | Atuar diante da vivência de morte | 14 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e dar apoio à família | 4 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e dar apoio à equipe | 3 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar apoio à família e equipe, manter a equipe atenta às necessidades da criança | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar apoio à família e equipe, vínculo com a criança e família, falta de preparo psicológico da equipe | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar apoio à família e equipe e comunicar o óbito | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e vínculo com a família | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar apoio à família e falta de psicólogo | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, vínculo com a família e criança | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, comunicar o óbito e procedimentos técnicos | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar apoio à família, equipe e outros acompanhantes | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, comunicar o óbito e dar apoio à equipe | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e dar apoio à equipe | 1 | 31 (39,74%) |

Tabela 6 - Distribuição dos relatos das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança em sua unidade – continuação.

| Dificuldades Enfrentadas | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|--|---|------------------------|-------------|
| Dar apoio à Equipe | Dar apoio à equipe | 2 | |
| | Dar apoio à equipe e família | 5 | |
| | Dar apoio à equipe e atuar diante da vivência de morte | 3 | |
| | Dar apoio à equipe, família e outros acompanhantes, comunicar o óbito | 1 | |
| | Dar apoio à equipe, outras crianças e seus acompanhantes | 1 | |
| | Dar apoio à equipe e família, atuar diante da vivência de morte, manter a equipe atenta as necessidades da criança | 1 | |
| | Dar apoio à equipe e família, atuar diante da vivência de morte, vínculo com a criança e família, falta de preparo psicológico da equipe | 1 | |
| | Dar apoio à equipe e família, comunicar o óbito e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio à equipe e família, falta de psicólogo | 1 | |
| | Dar apoio à equipe, família e outros acompanhantes, atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio à equipe, comunicar o óbito e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio à equipe e família, atuar diante da vivência de morte | 1 | 19 (24,35%) |
| | Comunicar o óbito | Comunicar o óbito | 2 |
| Comunicar o óbito e dar apoio à família | | 4 | |
| Comunicar o óbito, dar apoio à família, equipe e outros acompanhantes | | 1 | |
| Comunicar o óbito, dar apoio à família e vínculo com a criança | | 1 | |
| Comunicar o óbito e manter a equipe trabalhando | | 1 | |
| Comunicar o óbito, dar apoio à família e equipe, atuar diante da vivência de morte | | 1 | |
| Comunicar o óbito, atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos | | 1 | |
| Comunicar o óbito, dar apoio à equipe e atuar diante da vivência de morte | | 1 | 12 (15,38%) |
| Atuar diante do vínculo com a Criança | Vínculo com a criança, dar apoio à família e comunicar o óbito | 1 | |
| | Vínculo de todos com a criança, falta de psicólogo para a família e equipe | 1 | |
| | Vínculo da equipe com a criança e família | 1 | |
| | Vínculo com a criança e família, dar apoio à família e equipe, atuar diante da vivência de morte e falta de preparo psicológico da equipe | 1 | |
| | Vínculo com a criança e família, atuar diante da vivência de morte | 1 | 8 (10,25%) |
| Dar apoio aos outros acompanhantes | Dar apoio aos outros acompanhantes, outras crianças e equipe | 1 | |
| | Dar apoio aos outros acompanhantes e à família | 1 | |
| | Dar apoio aos outros acompanhantes, família e equipe, comunicar o óbito | 1 | |
| | Dar apoio aos outros acompanhantes, outras crianças e família, falta de unidade especializada (UTI) e despreparo médico | 1 | |
| | Dar apoio aos outros acompanhantes, família e equipe, atuar diante da vivência de morte | 1 | 5 (6,4%) |

Tabela 6 - Distribuição dos relatos das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança em sua unidade – continuação.

| Dificuldades Enfrentadas | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|--|---|-------------------------------|--------------|
| Atuar diante da falta de psicólogo | Falta de psicólogo e assistente social, planta física inadequada | 1 | |
| | Falta de psicólogo para a família e equipe, vínculo de todos com a criança | 1 | |
| | Falta de psicólogo, dar apoio à família e equipe | 1 | |
| | Falta de psicólogo, dar apoio à família e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Falta de psicólogo e assistente social | 1 | 5 (6,4%) |
| Atuar diante do vínculo com a Família | Vínculo com a família e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Vínculo com a família e criança, atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Vínculo da equipe com a família e criança | 1 | |
| | Vínculo com a família e criança, dar apoio à família e a equipe, atuar diante da vivência de morte e falta de preparo psicológico | 1 | 4 (5,12%) |
| Atuar diante da planta física inadequada | Planta física inadequada, falta de psicólogo e assistente social | 1 | |
| | Planta física inadequada, dar apoio à família e despreparo médico | 1 | |
| | Planta física inadequada e despreparo da equipe | 1 | 3 (3,84%) |
| Dar apoio às outras crianças | Dar apoio às outras crianças, acompanhantes e equipe | 1 | |
| | Dar apoio às outras crianças, acompanhantes e família, falta de unidade especializada (UTI) e despreparo médico | 2 | 2 (2,56%) |
| Atuar diante do Despreparo médico | Despreparo médico, dar apoio à família e planta física inadequada | 1 | |
| | Despreparo médico, dar apoio à família, outras crianças e acompanhantes, falta de unidade especializada (UTI) | 1 | 2 (2,56%) |
| Atuar diante da falta de Assistente Social | Falta de Assistente Social e Psicólogo, planta física inadequada | 1 | |
| | Falta de Assistente Social e Psicólogo | 1 | 2 (2,56%) |
| Outras respostas | Atuar diante da falta de unidade especializada (UTI) | 1 | 1 (1,28%) |
| | Atuar diante da falta de preparo psicológico da equipe | 1 | 1 (1,28%) |
| | Manter a equipe atenta às necessidades da criança | 1 | 1 (1,28%) |
| | Manter a equipe trabalhando com as outras crianças | 1 | 1 (1,28%) |
| | Atuar diante do despreparo da equipe | 1 | 1 (1,28%) |
| | Atuar diante dos procedimentos técnicos | 1 | 1 (1,28%) |
| Não atuam em unidade pediátrica especificamente | Não responderam ao tema em estudo | 6 | 6 (7,69%) |

Ao serem indagados sobre as dificuldades enfrentadas ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade, a Tabela 7 mostra que dar apoio à família é uma das mais expressivas dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro (48,71%), seguido de atuar diante da vivência de morte (28,20%). Mostra ainda que quase a totalidade dos enfermeiros não enfrenta dificuldades: em atuar diante da falta de preparo espiritual, excesso de crenças, despreparo médico, falta de tempo devido à rotina de serviço, falta da rotina da visita domiciliar, falta de conhecimento da religião da família, falta de preparo psicológico da equipe, falta de vínculo com a criança pelo pouco contato, falta de assistente social, não ter a família 24h na unidade dificultando o luto e trabalhar com a população de baixa renda, em 1,28% respectivamente.

Tabela 7 - Distribuição dos relatos das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade.

| Dificuldades Enfrentadas | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|--|--|-----------------------------------|-------------|
| Dar apoio à Família | Dar apoio à família | 19 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante da vivência de morte | 6 | |
| | Dar apoio à família e equipe | 2 | |
| | Dar apoio à família, comunicar o óbito e falta de profissional habilitado | 1 | |
| | Dar apoio à família, falta de psicólogo, despreparo médico e profissional | 1 | |
| | Dar apoio à família, planta física inadequada e falta de profissional habilitado | 1 | |
| | Dar apoio à família e planta física inadequada | 1 | |
| | Dar apoio à família, falta de conhecimento da religião e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio à família e equipe, atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio à família e comunicar o óbito | 1 | |
| | Dar apoio à família e falta de psicólogo | 1 | |
| | Dar apoio à família, despreparo profissional e planta física inadequada | 1 | |
| | Dar apoio à família e despreparo profissional | 1 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante do vínculo com a família | 1 | 38 (48,71%) |
| | Atuar diante da vivência de morte | Atuar diante da vivência de morte | 10 |
| Atuar diante da vivência de morte e dar apoio à família | | 6 | |
| Atuar diante da vivência de morte, falta de preparo espiritual e excesso de crenças | | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte e planta física inadequada | | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte, falta de conhecimento da religião e dar apoio à família | | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte, dar apoio à família e equipe | | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte, falta de profissional habilitado e comunicar o óbito | | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte e vínculo com a família | | 1 | 22 (28,20%) |
| Atuar diante da planta física inadequada | | Planta física inadequada | 3 |
| | Planta física inadequada e despreparo profissional | 2 | |
| | Planta física inadequada e trabalhar com a população de baixa renda | 1 | |
| | Planta física inadequada e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Planta física inadequada e comunicar o óbito | 1 | |
| | Planta física inadequada, dar apoio à família e falta de profissional habilitado | 1 | |
| | Planta física inadequada e dar apoio à família | 1 | |
| | Planta física inadequada e falta de psicólogo | 1 | |
| | Planta física inadequada, despreparo profissional e dar apoio à família | 1 | |
| | Planta física inadequada, não ter a família 24h na UTI dificultando o luto | 1 | 13 (16,66%) |

Tabela 7 - Distribuição dos relatos das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade – continuação.

| Dificuldades Enfrentadas | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|---|---|------------------------|-----------|
| Comunicar o Óbito | Comunicar o óbito | 1 | 6 (7,69%) |
| | Comunicar o óbito, dar apoio à família e falta de profissional habilitado | 1 | |
| | Comunicar o óbito e planta física inadequada | 1 | |
| | Comunicar o óbito e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Comunicar o óbito e dar apoio à família | 1 | |
| Atuar diante da falta de profissional habilitado | Comunicar o óbito, falta de profissional habilitado e atuar diante da vivência de morte | 1 | 5 (6,41%) |
| | Falta de profissional habilitado | 1 | |
| | Falta de profissional habilitado, comunicar o óbito e dar apoio à família | 1 | |
| | Falta de profissional habilitado, comunicar o óbito e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Falta de profissional habilitado e vínculo com a criança pelo pouco contato | 1 | |
| Atuar diante do despreparo profissional | Falta de profissional habilitado, dar apoio à família e planta física inadequada | 1 | 5 (6,41%) |
| | Despreparo profissional e planta física inadequada | 2 | |
| | Despreparo profissional e dar apoio à família | 1 | |
| | Despreparo profissional, dar apoio à família e planta física inadequada | 1 | |
| Atuar diante da falta de psicólogo | Despreparo profissional e médico, falta de psicólogo, dar apoio à família | 1 | 4 (5,12%) |
| | Falta de psicólogo e despreparo médico | 1 | |
| | Falta de psicólogo e dar apoio à família | 1 | |
| | Falta de psicólogo e planta física inadequada | 1 | |
| Dar apoio à equipe | Falta de psicólogo e assistente social | 1 | 3 (3,84%) |
| | Dar apoio à equipe e família | 1 | |
| | Dar apoio à equipe, família e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| Atuar diante do vínculo com a família | Dar apoio à equipe, não há dificuldade e falta de preparo psicológico da equipe | 1 | 3 (3,84%) |
| | Vínculo com a família | 2 | |
| | Vínculo com a família e dar apoio à família | 1 | |
| Não existe dificuldade | Não existe dificuldade | 2 | 3 (3,84%) |
| | Não existe dificuldade, dar apoio à equipe e atuar diante da falta de preparo psicológico da equipe | 1 | |
| Outras respostas | Falta de preparo espiritual | 1 | 1 (1,28%) |
| | Excesso de crenças | 1 | 1 (1,28%) |
| | Trabalhar com a população de baixa renda | 1 | 1 (1,28%) |
| | Despreparo médico | 1 | 1 (1,28%) |
| | Falta de tempo devido à rotina do serviço | 1 | 1 (1,28%) |
| | Falta da rotina da visita domiciliar | 1 | 1 (1,28%) |
| | Falta de conhecimento da religião da família | 1 | 1 (1,28%) |
| | Falta de preparo psicológico da equipe | 1 | 1 (1,28%) |
| | Falta de vínculo com a criança pelo pouco contato | 1 | 1 (1,28%) |
| | Atuar diante de não ter a família 24h na unidade, dificultando o luto | 1 | 1 (1,28%) |
| Falta de Assistente Social | 1 | 1 (1,28%) | |
| Não atuam em unidade pediátrica especificamente | Não responderam ao tema em estudo | 6 | 6 (7,69%) |

Ao serem averiguados sobre os mecanismos utilizados ao vivenciar a morte da criança, os resultados mostram que dar apoio à família e atuar diante da vivência de morte são um dos mais expressivos mecanismos utilizados pelo enfermeiro (37,17%) Tabela 8. Outro mecanismo considerado foi dar apoio religioso (14,10%). Além disso, mostra ainda que quase a totalidade dos enfermeiros não utiliza mecanismos: em avaliar o processo de assistência, ter vínculo com a criança, cuidar da criança como gostaria que fosse cuidada, buscar fortalecimento na fé com a família e amigos, manter a distância da situação, ter apoio individual da família, deixar a equipe mais próxima da família atuar, deixar a área por falta de preparo, atuar diante da comunicação, ajuda do psicólogo e parte burocrática, em 1,28% respectivamente.

Tabela 8 - Distribuição dos relatos dos mecanismos utilizados pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança.

| Mecanismos Utilizados | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|--|---|------------------------|-------------|
| Dar apoio à família | Dar apoio à família | 9 | |
| | Dar apoio à família e equipe | 4 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante da vivência de morte | 2 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante do preparo profissional | 2 | |
| | Dar apoio à família, vínculo com a criança e cuidar como gostaria que fosse cuidado | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante de procedimentos técnicos e da vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio à família e permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante do preparo profissional e vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante da vivência de morte e permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| | Dar apoio à família, permitir a presença de outros familiares, deixar a equipe mais próxima dar assistência | 1 | |
| | Dar apoio à família e manter a distância da situação | 1 | |
| | Dar apoio à família e religioso, atuar diante da vivência de morte e preparo profissional | 1 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante do preparo profissional | 1 | |
| | Dar apoio à família e equipe, atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante da parte burocrática | 1 | 29 (37,17%) |
| Atuar diante da vivência de morte | Atuar diante da vivência de morte | 14 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e dar apoio religioso | 4 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e dar apoio à família | 2 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos | 2 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e avaliar o processo de assistência | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, procedimentos técnicos e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e preparo profissional, dar apoio religioso e familiar | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e ter oferecido a melhor assistência para a família e criança em vida | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar apoio à família e permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e espiritualidade | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e preparo profissional, dar apoio à família | 1 | 29 (37,17%) |
| | Dar apoio religioso | 4 | |
| Dar apoio religioso | Dar apoio religioso e atuar diante da vivência de morte | 4 | |
| | Dar apoio religioso e familiar, atuar diante da vivência de morte e preparo profissional | 1 | |
| | Dar apoio religioso e espiritual | 1 | |
| | Dar apoio religioso e ter apoio individual da família | 1 | 11 (14,10%) |

Tabela 8 - Distribuição dos relatos dos mecanismos utilizados pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança - continuação.

| Mecanismos Utilizados | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|---|--|-----------------------------------|-----------|
| Atuar diante do preparo profissional | Atuar diante do preparo profissional e dar apoio à família | 2 | |
| | Atuar diante do preparo profissional e ter crença religiosa | 2 | |
| | Atuar diante do preparo profissional vivência de morte e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante do preparo profissional | 1 | |
| | Atuar diante do preparo profissional, vivência de morte, dar apoio religioso e familiar | 1 | 7 (8,97) |
| Atuar diante de procedimentos técnicos | Atuar diante de procedimentos técnicos e da vivência de morte | 2 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e da vivência de morte, dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e ter crença religiosa | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos, dar apoio à equipe e família | 1 | 6 (7,69%) |
| Dar apoio a equipe | Dar apoio à equipe e família | 4 | |
| | Dar apoio à equipe e família, atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | 5 (6,41) |
| Atuar diante da espiritualidade | Atuar diante da espiritualidade e dar apoio religioso | 1 | |
| | Atuar diante da espiritualidade | 1 | |
| | Atuar diante da espiritualidade e vivência de morte | 1 | 3 (3,84%) |
| Permitir a presença de outros familiares | Permitir a presença de outros familiares e dar apoio à família | 1 | |
| | Permitir a presença de outros familiares, atuar diante da vivência de morte e dar apoio à família | 1 | |
| | Permitir a presença de outros familiares, dar apoio à família e deixar a equipe mais próxima dar assistência | 1 | 3 (3,84%) |
| Ter crença religiosa | Ter crença religiosa e atuar diante do preparo profissional | 2 | |
| | Ter crença religiosa e atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | 3 (3,84%) |
| Outras respostas | Avaliar o processo de assistência | 1 | 1 (1,28%) |
| | Ter vínculo com a criança | 1 | 1 (1,28%) |
| | Cuidar da criança como gostaria que fosse cuidada | 1 | 1 (1,28%) |
| | Buscar fortalecimento na fé com a família e amigos | 1 | 1 (1,28%) |
| | Deixar a equipe mais próxima da família atuar | 1 | 1 (1,28%) |
| | Manter a distância da situação | 1 | 1 (1,28%) |
| | Deixar a área por falta de preparo | 1 | 1 (1,28%) |
| | Ter apoio individual da família | 1 | 1 (1,28%) |
| | Atuar diante da comunicação | 1 | 1 (1,28%) |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo | 1 | 1 (1,28%) |
| | Atuar diante da parte burocrática | 1 | 1 (1,28%) |
| | Não vivenciou | 1 | 1 (1,28%) |
| | Não utiliza mecanismo | 4 | 4 (5,12%) |
| | Não atuam em Unidade pediátrica especificamente | Não responderam ao tema em estudo | 6 |

Ao serem indagados sobre os mecanismos utilizados ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança, percebe-se que dar apoio à família é um dos mais significativos mecanismos utilizados pelo enfermeiro (70,51%), seguido de atuar diante da vivência de morte (19,23%) Tabela 9. Mostra ainda que quase a totalidade dos enfermeiros não utiliza mecanismos como: dar orientações dos procedimentos a seguir, cuidar da criança como gostaria que fosse cuidada, comunicar o óbito, valorizar os momentos vividos com a criança, deixar a família optar em participar no cuidado ao corpo, atuar diante do vínculo com a criança, da ajuda multiprofissional e participação da família no cuidado à criança, em 1,28% respectivamente.

Tabela 9 – Distribuição dos relatos dos mecanismos utilizados pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança.

| Mecanismos Utilizados | Resposta Relacionada | Frequência de Resposta | Total |
|--|---|------------------------|-------------|
| Dar apoio a família | Dar apoio à família | 26 | 55 (70,51%) |
| | Dar apoio à família e orientações | 7 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante da vivência de morte | 5 | |
| | Dar apoio à família e religioso | 4 | |
| | Dar apoio à família, orientações e atuar diante da vivência de morte | 2 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante do preparo profissional | 2 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante do vínculo com a família | 2 | |
| | Dar apoio à família e orientações dos procedimentos a seguir | 1 | |
| | Dar apoio à família e permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| | Dar apoio à família, vínculo com a criança e cuidar da criança como gostaria que fosse cuidado | 1 | |
| | Dar apoio à família e comunicar o óbito | 1 | |
| | Dar apoio à família e orientações, permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| | Dar apoio à família e vínculo com a criança | 1 | |
| | Dar apoio à família, religioso e orientações, atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte | Atuar diante da vivência de morte | 3 | 15 (19,23%) |
| | Atuar diante da vivência de morte e dar apoio à família | 5 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar apoio à família e orientações | 2 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar orientações e apoio religioso | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar apoio religioso, familiar e orientações | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e valorizar os momentos vividos com a criança | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e deixar a família optar em participar no cuidado do corpo | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e ajuda do psicólogo, dar orientações e permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| Dar orientações | Dar orientações e apoio à família | 7 | 14 (17,94%) |
| | Dar orientações, apoio à família e atuar diante da vivência de morte | 2 | |
| | Dar orientações, apoio religioso e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar orientações, apoio à família e permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| | Dar orientações, atuar diante da ajuda da equipe multiprofissional e da participação da família no cuidado a criança | 1 | |
| | Dar orientações, permitir a presença de outros familiares, atuar diante da ajuda do psicólogo e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar orientações, apoio religioso e familiar, atuar diante da vivência de morte | 1 | |

Tabela 9 – Distribuição dos relatos dos mecanismos utilizados pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança – continuação.

| Mecanismos Utilizados | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|--|--|------------------------|-------------|
| Dar apoio religioso | Dar apoio religioso | 4 | 10 (12,82%) |
| | Dar apoio religioso e familiar | 4 | |
| | Dar apoio religioso, orientações e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio religioso, familiar e orientações, atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| Atuar diante do preparo profissional | Atuar diante do preparo profissional | 1 | 3 (3,84%) |
| | Atuar diante do preparo profissional e dar apoio à família | 2 | |
| Permitir a presença de outros familiares | Permitir a presença de outros familiares e dar apoio à família | 1 | 3 (3,84%) |
| | Permitir a presença de outros familiares, dar apoio à família e orientações | 1 | |
| | Permitir a presença de outros familiares, dar orientações, atuar diante da ajuda do psicólogo e diante da vivência de morte | 1 | |
| Atuar diante da ajuda do psicólogo | Atuar diante da ajuda do psicólogo | 1 | 2 (2,56%) |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo e diante da vivência de morte, dar orientações e permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| Atuar diante do vínculo com a família | Atuar diante do vínculo com a família e dar apoio à família | 2 | 2 (2,56%) |
| Outras respostas | Dar orientações dos procedimentos a seguir | 1 | 1 (1,28%) |
| | Atuar diante do vínculo com a criança | 1 | 1 (1,28%) |
| | Cuidar da criança como gostaria que fosse cuidado | 1 | 1 (1,28%) |
| | Comunicar o óbito | 1 | 1 (1,28%) |
| | Valorizar os momentos vividos com a criança | 1 | 1 (1,28%) |
| | Atuar diante da ajuda multiprofissional | 1 | 1 (1,28%) |
| | Atuar diante da participação da família no cuidado à criança | 1 | 1 (1,28%) |
| | Deixar a família optar em participar no cuidado ao corpo | 1 | 1 (1,28%) |
| | Não respondeu a essa questão | 1 | 1 (1,28%) |
| | Não vivenciou | 1 | 1 (1,28%) |
| | Não utiliza mecanismo | 1 | 1 (1,28%) |
| Não atuam em unidade pediátrica especificamente | Não responderam ao tema em estudo | 6 | 6 (7,69%) |

Ao serem questionados sobre a rotina utilizada pela sua unidade ao vivenciar a morte da criança, os resultados mostram que atuar diante de procedimentos técnicos é uma das mais expressivas rotinas utilizadas pelo enfermeiro (48,71%), seguido de atuar diante da vivência de morte (32,05%) Tabela 10. Mostra ainda que quase a totalidade dos enfermeiros não utiliza a rotina de afastar curiosos e dar apoio à equipe, em 1,28% respectivamente.

Tabela 10 – Distribuição dos relatos da rotina utilizada pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança em sua unidade.

| Rotina Utilizada | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|---|--|------------------------|-------|
| Atuar diante de procedimentos técnicos | Atuar diante de procedimentos técnicos | 9 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e comunicar o óbito | 3 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte | 3 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte, comunicar o óbito e dar apoio à família | 3 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e dar orientações | 2 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos, da vivência de morte e comunicar o óbito | 2 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte, dar orientações e comunicar o óbito | 2 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda multiprofissional | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda do assistente social | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte, dar orientações | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos, comunicar o óbito e dar orientações | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos, vivência de morte e ajuda do psicólogo | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda multiprofissional, dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda do psicólogo | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte, dar apoio religioso e familiar, comunicar o óbito | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda multiprofissional, dar orientações e comunicar o óbito | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda do psicólogo, comunicar o óbito e afastar curiosos | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte, comunicar o óbito e permitir a presença de outros familiares | 1 | |

Tabela 10 – Distribuição dos relatos da rotina utilizada pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança em sua unidade - continuação.

| Rotina Utilizada | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|---|--|------------------------|-------------|
| Atuar diante de procedimentos técnicos | Atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte, deixar a família optar em participar no cuidado do corpo | 1 | 38 (48,71%) |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda do assistente social, comunicar o óbito, deixar a família optar em participar no cuidado ao corpo, dar apoio religioso e familiar | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte | Atuar diante da vivência de morte | 3 | 25 (32,05%) |
| | Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos | 3 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, comunicar o óbito e dar apoio à família | 3 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e comunicar o óbito | 2 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, comunicar o óbito | 2 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, dar orientações e comunicar o óbito | 2 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e dar orientações | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e ajuda multiprofissional, dar orientações | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, dar orientações | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte | Atuar diante da vivência de morte, procedimentos técnicos e ajuda do psicólogo | 1 | 25 (32,05%) |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar orientações e comunicar o óbito | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, comunicar o óbito, dar apoio religioso e familiar | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e ajuda do assistente social, dar apoio à família e orientações | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, comunicar o óbito e permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, deixar a família optar em participar no cuidado do corpo | 1 | |
| | Comunicar o óbito | 1 | |
| Comunicar o óbito | Comunicar o óbito e atuar diante de procedimentos técnicos | 3 | 25 (32,05%) |
| | Comunicar o óbito, atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte, dar apoio à família | 3 | |
| | Comunicar o óbito e atuar diante da vivência de morte | 2 | |
| | Comunicar o óbito, atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos | 2 | |
| | Comunicar o óbito, dar orientações, atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte | 2 | |
| | Comunicar o óbito, atuar diante de procedimentos técnicos e dar orientações | 1 | |

Tabela 10 – Distribuição dos relatos da rotina utilizada pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança em sua unidade - continuação.

| Rotina Utilizada | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total | | |
|--|---|---|-------------|---|-------------|
| Comunicar o óbito | Comunicar o óbito, dar orientações e atuar diante da vivência de morte | 1 | 21 (26,92%) | | |
| | Comunicar o óbito, dar apoio à família e atuar com ajuda multiprofissional | 1 | | | |
| | Comunicar o óbito, atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, dar apoio religioso e familiar | 1 | | | |
| | Comunicar o óbito, atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda do psicólogo, afastar curiosos | 1 | | | |
| | Comunicar o óbito, atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte, permitir a presença de outros familiares | 1 | | | |
| | Comunicar o óbito, atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda multiprofissional, dar orientações | 1 | | | |
| | Comunicar o óbito, atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda da assistente social, deixar a família optar em participar no cuidado do corpo, dar apoio religioso e familiar | 1 | | | |
| | Dar apoio à família | 1 | | | |
| Dar apoio à família | Dar apoio à família, atuar diante de procedimentos técnicos e da vivência de morte, comunicar o óbito | 3 | 12 (15,38%) | | |
| | Dar apoio à família e atuar diante da ajuda do psicólogo | 1 | | | |
| | Dar apoio à família e atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | | | |
| | Dar apoio à família e atuar diante da ajuda multiprofissional | 1 | | | |
| | Dar apoio à família, comunicar o óbito e atuar diante da ajuda multiprofissional | 1 | | | |
| | Dar apoio à família e religioso, atuar diante de procedimentos técnicos e da vivência de morte, comunicar o óbito | 1 | | | |
| | Dar apoio à família, atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda multiprofissional | 1 | | | |
| | Dar apoio à família e orientações, atuar diante da vivência de morte e ajuda do assistente social | 1 | | | |
| | Dar apoio à família e religioso, comunicar o óbito, atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda do assistente social, deixar a família optar em participar no cuidado do corpo | 1 | | | |
| | Dar orientações | Dar orientações e atuar diante de procedimentos técnicos | | 2 | 11 (14,10%) |
| | | Dar orientações, comunicar o óbito, atuar diante de procedimentos técnicos e da vivência de morte | | 2 | |
| Dar orientações e atuar diante da vivência de morte | | 1 | | | |
| Dar orientações, atuar diante da vivência de morte e ajuda multiprofissional | | 1 | | | |
| Dar orientações, atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte | | 1 | | | |
| Dar orientações, comunicar o óbito e atuar diante de procedimentos técnicos | | 1 | | | |
| Dar orientações, comunicar o óbito e atuar diante da vivência de morte | | 1 | | | |
| Dar orientações e apoio à família, atuar diante da vivência de morte e ajuda do assistente social | | 1 | | | |
| Dar orientações, comunicar o óbito, atuar diante da ajuda multiprofissional e diante de procedimentos técnicos | | 1 | | | |

Tabela 10 – Distribuição dos relatos da rotina utilizada pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança em sua unidade - continuação.

| Rotina Utilizada | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|---|--|------------------------|-------------|
| Atuar diante da ajuda multiprofissional | Atuar diante da ajuda multiprofissional | 2 | 8 (10,25) |
| | Atuar diante da ajuda multiprofissional e vivência de morte | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda multiprofissional, comunicar o óbito e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda multiprofissional e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda multiprofissional e diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda multiprofissional, dar orientações, comunicar o óbito e atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda multiprofissional, dar apoio à família e atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| Atuar diante da ajuda do psicólogo | Atuar diante da ajuda do psicólogo e dar apoio à família | 1 | 4 (5,12%) |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo e diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo, diante de procedimentos técnicos e vivência de morte | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo e diante de procedimentos técnicos, comunicar o óbito e afastar curiosos | 1 | |
| Atuar diante da ajuda do assistente social | Atuar diante da ajuda do assistente social e diante de procedimentos técnicos | 1 | 3 (3,84%) |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social e diante da vivência de morte, dar apoio à família e orientações | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social e diante de procedimentos técnicos, comunicar o óbito, dar apoio religioso e familiar, deixar a família optar em participar no cuidado do corpo | 1 | |
| Dar apoio religioso | Dar apoio religioso e familiar, comunicar o óbito, atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos | 1 | 2 (2,56%) |
| | Dar apoio religioso e familiar, comunicar o óbito, deixar a família participar do cuidado ao corpo, atuar diante da ajuda do assistente social e diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| Permitir a presença de outros familiares | Permitir a presença de outros familiares e atuar diante da vivência de morte | 1 | 2 (2,56%) |
| | Permitir a presença de outros familiares, comunicar o óbito, atuar diante de procedimentos técnicos e da vivência de morte | 1 | |
| Deixar a família optar em participar no cuidado ao corpo | Deixar a família optar em participar no cuidado ao corpo, atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos | 1 | 2 (2,56%) |
| | Deixar a família optar em participar no cuidado ao corpo, comunicar o óbito, dar apoio religioso e familiar, atuar diante de procedimentos técnicos e da ajuda do assistente social | 1 | |
| Outras respostas | Afastar curiosos | 1 | 1 (1,28%) |
| | Dar apoio à equipe | 1 | 1 (1,28%) |
| | Não há rotina | 11 | 11 (14,10%) |
| | Não vivenciou | 5 | 5 (6,41%) |
| Não atuam em unidade pediátrica especificamente | Não responderam ao tema em estudo | 6 | 6 (7,69%) |

Ao serem averiguados sobre a rotina utilizada pela sua unidade ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança, percebe-se que dar apoio à família é uma das mais significativas rotinas ao apoiá-la (19,23%) Tabela 11, seguida de atuar diante de procedimentos técnicos (15,38%). Mostra ainda que quase a totalidade dos enfermeiros não utiliza a rotina de: dar apoio religioso, atuar diante da ajuda multiprofissional e permitir a presença de outros familiares, em 2,56% respectivamente.

Tabela 11 – Distribuição dos relatos da rotina utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade.

| Rotina Utilizada | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|---|--|------------------------|-------------|
| Dar apoio à família | Dar apoio à família | 4 | 15 (19,23%) |
| | Dar apoio à família, atuar com a ajuda do psicólogo e assistente social | 3 | |
| | Dar apoio à família, comunicar o óbito, atuar diante de procedimentos técnicos e da vivência de morte | 2 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante da ajuda do psicólogo | 2 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante da vivência de morte e permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante da ajuda do assistente social, psicólogo e diante dos procedimentos técnicos | 1 | |
| Atuar diante de procedimentos técnicos | Atuar diante de procedimentos técnicos e diante da vivência de morte, dar apoio à família e comunicar o óbito | 2 | 12 (15,38%) |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e dar orientações | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e diante da ajuda multiprofissional | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e dar apoio religioso | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e comunicar o óbito | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda do psicólogo | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos, dar apoio à família, atuar diante da ajuda do assistente social e psicólogo | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos, da vivência de morte e da ajuda do psicólogo, dar orientações e comunicar o óbito | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos, da vivência de morte e diante da ajuda do assistente social, dar orientações e comunicar o óbito | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e da vivência de morte, permitir a vivência de outros familiares | 1 | |

Tabela 11 – Distribuição dos relatos da rotina utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade – continuação.

| Rotina Utilizada | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|---|--|-------------------------------|--------------|
| Atuar diante da ajuda do psicólogo | Atuar diante da ajuda do psicólogo e assistente social, dar apoio à família | 3 | 11 (14,10%) |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo e dar apoio à família | 2 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo para equipe | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo e assistente social | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo e diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo, assistente social e atuar diante da vivência de morte, comunicar o óbito | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo, assistente social e atuar diante de procedimentos técnicos, dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo, diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, dar orientações e comunicar o óbito | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte | Atuar diante da vivência de morte | 1 | 10 (12,82%) |
| | Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, dar apoio à família e comunicar o óbito | 2 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e ajuda multiprofissional, dar orientações | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte | Atuar diante da vivência de morte, ajuda do psicólogo e assistente social, comunicar o óbito | 1 | 10 (12,82%) |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar apoio à família e permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, procedimentos técnicos e ajuda do psicólogo, dar orientações e comunicar o óbito | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte, procedimentos técnicos e ajuda do assistente social, dar orientações e comunicar o óbito | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| Atuar diante da ajuda do assistente social | Atuar diante da ajuda do assistente social | 1 | 8 (10,25%) |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social e psicólogo, dar apoio à família | 3 | |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social, psicólogo e diante da vivência de morte | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social e psicólogo | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social, psicólogo e diante de procedimentos técnicos, dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social, diante dos procedimentos técnicos e vivência de morte, dar orientações e comunicar o óbito | 1 | |

Tabela 11 – Distribuição dos relatos da rotina utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade - continuação.

| Rotina Utilizada | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|--|--|------------------------|-------------|
| Comunicar o óbito | Comunicar o óbito, dar apoio à família, atuar diante de procedimentos técnicos e da vivência de morte | 2 | 6 (7,69%) |
| | Comunicar o óbito e atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| | Comunicar o óbito, atuar diante da vivência de morte, da ajuda do psicólogo e assistente social | 1 | |
| | Comunicar o óbito, dar orientações, atuar diante da ajuda do psicólogo, da vivência de morte e procedimentos técnicos | 1 | |
| | Comunicar o óbito, dar orientações, atuar diante de procedimentos técnicos, ajuda do assistente social e diante da vivência de morte | 1 | |
| Dar orientações | Dar orientações | 1 | 5 (6,41%) |
| | Dar orientações e atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| | Dar orientações, atuar diante da vivência de morte e ajuda multiprofissional | 1 | |
| | Dar orientações, atuar diante da ajuda do psicólogo, da vivência de morte e procedimentos técnicos, comunicar o óbito | 1 | |
| | Dar orientações, atuar diante de procedimentos técnicos, da vivência de morte, da ajuda do assistente social e comunicar o óbito | 1 | |
| Dar apoio religioso | Dar apoio religioso | 1 | 2 (2,56%) |
| | Dar apoio religioso e atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| Atuar diante da ajuda multiprofissional | Atuar diante da ajuda multiprofissional e procedimentos técnicos | 1 | 2 (2,56%) |
| | Atuar diante da ajuda multiprofissional e vivência de morte, dar orientações | 1 | |
| Permitir a presença de outros familiares | Permitir a presença de outros familiares, atuar diante da vivência de morte e dar apoio à família | 1 | 2 (2,56%) |
| | Permitir a presença de outros familiares, atuar diante da vivência de morte e dar apoio à família | 1 | |
| Outras respostas | Não respondeu a essa questão | 19 | 19 (24,35%) |
| | Não há rotina | 18 | 18 (23,07%) |
| | Não vivenciou | 4 | 4 (5,12%) |
| Não atuam em unidade pediátrica especificamente | Não responderam ao tema em estudo | 6 | 6 (7,69%) |

Ao serem indagados sobre a rotina mediata utilizada pela sua unidade ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança, percebe-se que dar apoio à família é uma das mais expressivas rotinas utilizadas pelo enfermeiro (12,82%), conforme mostra a Tabela 12, seguido de atuar diante da ajuda do psicólogo (10,25%). Além disso, mostra ainda que quase a totalidade dos enfermeiros não utiliza a rotina mediata de: permitir a presença de outros familiares, comunicar o óbito, deixar a família optar em participar no cuidado do corpo, dar apoio aos outros acompanhantes, religioso e espiritual, em 1,28% respectivamente.

Tabela 12 – Distribuição dos relatos da rotina mediata utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade.

| Rotina Utilizada | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|---|---|------------------------|-------------|
| Dar apoio à Família | Dar apoio à família | 4 | 10 (12,82%) |
| | Dar apoio à família, atuar diante da ajuda da assistente social e procedimentos técnicos | 2 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante da ajuda da assistente social e psicólogo | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante da ajuda do psicólogo e diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar apoio à família e religioso, permitir a presença de outros familiares, comunicar o óbito, deixar a família optar em participar no cuidado do corpo, atuar diante de procedimentos técnicos, ajuda do psicólogo e assistente social | 1 | |
| Atuar diante da ajuda do psicólogo | Atuar diante da ajuda do psicólogo | 2 | 8 (10,25%) |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo e dar orientações | 2 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo, diante da vivência de morte e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo, assistente social e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo e assistente social | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo, assistente social e diante de procedimentos técnicos, permitir a presença de outros familiares, comunicar o óbito, deixar a família optar em participar no cuidado do corpo, dar apoio religioso e familiar | 1 | |
| | | | |
| Dar orientações | Dar orientações | 3 | 7 (8,97%) |
| | Dar orientações e atuar diante da ajuda do psicólogo | 2 | |
| | Dar orientações e apoio espiritual, atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Dar orientações e atuar diante da vivência de morte | 1 | |

Tabela 12 – Distribuição dos relatos da rotina mediata utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade - continuação.

| Rotina Utilizada | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|--|---|------------------------|-------------|
| Atuar diante da ajuda do assistente social | Atuar diante da ajuda do assistente social | 1 | 6 (7,69%) |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social, procedimentos técnicos e dar apoio à família | 2 | |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social, psicólogo e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social e psicólogo | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social, psicólogo e procedimentos técnicos, permitir a presença de outros familiares, deixar a família participar no cuidado ao corpo, comunicar o óbito, dar apoio religioso e familiar | 1 | |
| Atuar diante de procedimentos técnicos | Atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | 5 (6,41%) |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos, ajuda do assistente social e dar apoio à família | 2 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos, ajuda do psicólogo e assistente social, permitir a presença de outros familiares, comunicar o óbito, deixar a família optar em participar do cuidado do corpo, dar apoio religioso e familiar | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte | Atuar diante da vivência de morte e dar orientações | 1 | 3 (3,84%) |
| | Atuar diante da vivência de morte, dar orientações e apoio espiritual | 1 | |
| | Atuar diante da vivência de morte e ajuda do psicólogo, dar apoio à família | 1 | |
| Outras respostas | Dar apoio espiritual | 1 | 1 (1,28%) |
| | Permitir a presença de outros familiares | 1 | 1 (1,28%) |
| | Comunicar o óbito | 1 | 1 (1,28%) |
| | Deixar a família optar em participar no cuidado ao corpo | 1 | 1 (1,28%) |
| | Dar apoio religioso | 1 | 1 (1,28%) |
| | Dar apoio aos outros acompanhantes | 1 | 1 (1,28%) |
| | Não respondeu a essa questão | 31 | 31 (39,74%) |
| | Não há rotina | 15 | 15 (19,23%) |
| Não vivenciou | 3 | 3 (3,84%) | |
| Não atuam em unidade pediátrica especificamente | Não responderam ao tema em estudo | 6 | 6 (7,69%) |

Ao serem questionados sobre a rotina imediata utilizada pela sua unidade ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança, percebe-se que dar apoio à família e atuar diante da vivência de morte é uma das mais significativas rotinas utilizadas pelo enfermeiro (14,10%) Tabela 13. Mostra ainda que quase a totalidade dos enfermeiros não utiliza a rotina imediata de: dar apoio religioso e permitir a presença de outros familiares.

Tabela 13 – Distribuição dos relatos da rotina imediata utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade.

| Rotina Utilizada | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|--|---|-----------------------------------|-------------|
| Dar apoio à família | Dar apoio à família | 1 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante da vivência de morte | 2 | |
| | Dar apoio à família e comunicar o óbito | 2 | |
| | Dar apoio à família, apoio religioso e orientações | 1 | |
| | Dar apoio à família e atuar diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante da vivência de morte e ajuda do psicólogo | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda do psicólogo | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, permitir a presença de outros familiares | 1 | |
| | Dar apoio à família, atuar diante da vivência de morte, ajuda do psicólogo e assistente social | 1 | 11 (14,10%) |
| | Atuar diante da vivência de morte | Atuar diante da vivência de morte | 4 |
| Atuar diante da vivência de morte e dar apoio à família | | 2 | |
| Atuar diante da vivência de morte, ajuda do psicólogo e dar apoio à família | | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte e comunicar o óbito | | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte e procedimentos técnicos, permitir a presença de outros familiares e dar apoio à família | | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte, ajuda do psicólogo e assistente social, comunicar o óbito | | 1 | |
| Atuar diante da vivência de morte, ajuda do psicólogo e assistente social, dar apoio à família | | 1 | 11 (14,10%) |
| Atuar diante da ajuda do psicólogo e vivência de morte, dar apoio à família | | 1 | |
| Atuar diante da ajuda do psicólogo | Atuar diante da ajuda do psicólogo, assistente social e vivência de morte, comunicar o óbito | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo e serviço social, diante da vivência de morte, dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante da ajuda do psicólogo, diante de procedimentos técnicos e dar apoio à família | 1 | 4 (5,12%) |
| | Comunicar o óbito e dar apoio à família | 2 | |
| Comunicar o óbito | Comunicar o óbito e atuar diante da vivência de morte | 1 | |
| | Comunicar o óbito, atuar diante da vivência de morte, ajuda do psicólogo e assistente social | 1 | 4 (5,12%) |

Tabela 13 – Distribuição dos relatos da rotina imediata utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança em sua unidade – continuação.

| Rotina Utilizada | Resposta Relatada | Frequência de Resposta | Total |
|--|--|------------------------|-------------|
| Atuar diante de procedimentos técnicos | Atuar diante de procedimentos técnicos e dar apoio à família | 1 | 4 (5,12%) |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos, ajuda do psicólogo e dar apoio à família | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e ajuda multiprofissional | 1 | |
| | Atuar diante de procedimentos técnicos e vivência de morte, permitir a presença de outros familiares e dar apoio à família | 1 | |
| Dar orientações | Dar orientações | 2 | 3 (3,84%) |
| | Dar orientações, apoio religioso e familiar | 1 | |
| Atuar diante da ajuda do assistente social | Atuar diante da ajuda do assistente social, psicólogo e diante da vivência de morte, comunicar o óbito | 1 | 2 (2,56%) |
| | Atuar diante da ajuda do assistente social, psicólogo e diante da vivência de morte, dar apoio à família | 1 | |
| Atuar diante da ajuda multiprofissional | Atuar diante da ajuda multiprofissional | 1 | 2 (2,56%) |
| | Atuar diante da ajuda multiprofissional e diante de procedimentos técnicos | 1 | |
| Outras respostas | Permitir a presença de outros familiares | 1 | 1 (1,28%) |
| | Dar apoio religioso | 1 | 1 (1,28%) |
| | Não respondeu a essa questão | 36 | 36 (46,15%) |
| | Não há rotina | 15 | 15 (19,23%) |
| Não atuam em unidade pediátrica especificamente | Não responderam ao tema em estudo | 6 | 6 (7,69%) |

5. Discussão

Neste estudo, levantou-se a vivência do enfermeiro identificando as dificuldades, mecanismos e rotinas utilizados pelo enfermeiro nos possibilitando caracterizar as necessidades profissionais para o enfrentamento do processo de morrer em unidade pediátrica.

Analisando aspectos sobre as dificuldades enfrentadas ao dar apoio à família, na perspectiva de ouvi-la e apoiá-la neste momento tão peculiar que é o processo de morrer, tem sido difícil para a atuação profissional no dia a dia em sua unidade. Esses dados vêm ao encontro dos já existentes na literatura^{29,32,39,49} ao relatar várias dificuldades, ao dar apoio à família em sofrimento. Hoje em unidade de pediatria há uma valorização do processo de internação com abordagem centrada na criança e sua família, na elaboração do planejamento do cuidado e formação de uma rede de apoio ao familiar. Em outro referencial¹¹, percebe-se que o enfermeiro sente-se despreparado para conversar com a família a respeito da gravidade do estado de saúde da criança, pois receia tirar suas esperanças. A situação de terminalidade é um desafio à equipe de saúde, especialmente para a enfermagem que, profissionalmente, convive nos hospitais com situações de vida e morte em seu cotidiano. Os resultados deste estudo vêm corroborar com os existentes na literatura ao citar a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde no sentido de atender a criança e sua família no momento da hospitalização, principalmente sobre o tema em estudo: processo de morrer^{32,49}.

O enfermeiro, ao atuar em unidade pediátrica, enfrenta dificuldades diante da vivência de morte, relata sentimento de impotência, frustração, derrota e tristeza mediante a situação; talvez isso se dê pelo fato de os profissionais de enfermagem estar preparados para trabalhar com a vida, e não com a morte, assim torna-se difícil a sua atuação quando a morte acontece^{8,15,79}. Pode ser que a dificuldade esteja relacionada com a própria formação do profissional, que tem deixado de abordar discussões sobre o processo de morrer; então, sugere-se que desde a formação profissional haja um preparo abordando o tema e educação permanente nos hospitais em relação à morte, especialmente em unidades pediátricas, onde, muitas vezes, a expectativa do ciclo vital se rompe^{8,15}.

Ao analisar sobre as dificuldades enfrentadas quando oferece apoio ao

familiar que vivencia a morte da criança, o enfermeiro relata ter dificuldade em dar apoio à família, este dado coincide com as dificuldades relatadas pelo enfermeiro diante da vivência de morte em sua unidade. Talvez isso se deu pelo fato da complexidade do tema. A morte é considerada um dos aspectos mais estressantes na enfermagem em cuidados críticos, pois difícil como a morte da criança é dar apoio à família^{54,91}. O enfermeiro diversas vezes reflete sobre suas experiências pessoais, construindo uma postura diferenciada diante da família nessas situações, considerando-a como objeto do cuidado, de outra forma, quando ocorre a morte da criança como um evento hostil, a atuação no sentido de assistir a família tornam-se principiantes, pois o enfermeiro depara-se com situações nas quais se sente ameaçado e despreparado para lidar. Observa-se ainda que, desde a hospitalização da criança, a necessidade de um preparo adequado para assistir a família; é fundamental compreendê-la e aceitá-la, em sua dimensão psicológica e social. Estes dados vêm acrescentar com os existentes na literatura ao ter a família como parte no cuidado em unidade pediátrica, é preciso que o enfermeiro atue com preparo para apoiar a família em situações de crise nas diferentes realidades da prática, diminuindo assim a dificuldade em dar apoio à família, principalmente diante da situação do processo de morrer.

Diante das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança, o sentimento de despreparo diante da situação, é um fator delicado para o profissional que diariamente luta a favor da vida e muitas vezes se depara com a morte, nesse contexto atuar diante da vivência de morte é relatado como dificuldade ao oferecer apoio ao familiar, este dado está igualmente voltado a dificuldade do enfermeiro ao vivenciar a morte da criança. Porém nem sempre os recursos tecnológicos e científicos da hospitalização conseguem vencer a morte, e quando a criança morre representa um trauma significativo para a família, o que requer da equipe compreensão e apoio⁴⁸. Segundo relato, vivenciar a morte nas instituições de saúde não é fácil, porém deve-se atuar de forma consciente, ética e responsável, contribuindo para uma mudança de comportamentos e posturas em relação ao paciente terminal e suas famílias⁴³. Atuar diante da hospitalização e morte requer da família a reorganização diante de situações em sofrimento, sugerindo a criação de espaços

nas instituições, para os familiares expressarem o seu sofrimento, ampliando a concepção da família inserida no cuidado, fato cada vez mais desafiador para a equipe de saúde, especialmente para a enfermagem que convive com mais proximidade dos familiares.

Observou-se que dar apoio a família foi um dos mecanismos utilizados pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança, este dado coincide com os relatos das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança e ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança. Os profissionais se vêem envolvidos com a família que vivencia o processo de luto, sentem então a necessidade de oferecer apoio, permanecer próximo para acolher a família neste momento difícil⁹³. Durante a atuação do enfermeiro no processo de morrer, percebe-se sentimentos de impotência, tristeza, angústia, que por um lado, relaciona-se a assistência prestada também a família, mas por outro, apesar da vivência com a morte, o enfermeiro se sente sensibilizado, e muitas vezes convive em busca do equilíbrio entre cuidar do outro e de si mesmo, há uma preocupação com a família, de forma a inseri-la no contexto hospitalar. Atuar na saúde, diversas vezes, é coletivamente, mas nem sempre em equipe, especialmente quando o familiar está inserido no ambiente hospitalar⁵⁹. Além disso, é importante um auxílio aos profissionais de enfermagem para que possam utilizar mecanismos de enfrentamento diante do processo de morrer; seja de forma individual ou coletiva, por meio da comunicação no âmbito profissional e pessoal para melhor assistir e se sentirem assistidos nesses aspectos.

Ainda nos relatos dos mecanismos utilizados pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança, atuar diante da vivência de morte além de mecanismo, apresentou-se como dificuldade enfrentada pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança e ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança. Inexistem fórmulas que favoreça o enfrentamento da morte, mas o mesmo pode ser amenizado, a partir de que a morte seja vivenciada como um término natural do processo vital³². Então utilizar a vivência de morte como mecanismo é um meio do profissional lidar com a situação diante da morte; atuando com postura individual em cada situação vivida, que é particular para cada criança e sua família no âmbito bio-psíquico-sócio-espiritual. Nessa perspectiva sugere-se que o

enfermeiro em unidade pediátrica faça reflexões sobre sua postura profissional, tendo uma visão do ser humano de forma particular, baseado em suas necessidades individuais, como sujeito de direitos, em sua totalidade, assim poderá vivenciar o processo de morrer de forma mais natural e melhor atuar com as práticas e as pessoas envolvidas nesse contexto, de maneira mais humanizada. O cuidado de enfermagem baseado na humanização, aliando o cuidado técnico ao emocional, possibilita a solução de diversos problemas que interferem no relacionamento enfermeiro, paciente e família; favorece, ainda, ao profissional atuar com as limitações e conflitos de maneira mais saudável, respeitando valores e concepções do outro⁴⁴.

Verificou-se que nos relatos dos mecanismos utilizados pelo enfermeiro, ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança, apresentou-se o dar apoio à família, que também foi a dificuldade enfrentada pelo enfermeiro, que coincide com os mecanismos utilizados pelo enfermeiro diante da morte da criança. Estes dados talvez se coincidam pelo fato de que o enfermeiro atue no mecanismo de apoiar a família para suprir as dificuldades encontradas, pois ele utiliza o mesmo mecanismo ao vivenciar a morte da criança. No dia a dia, dos hospitais, encontram-se pessoas em processo de morrer; daí a necessidade dos profissionais de saúde estarem preparados para receber e cuidar dessas pessoas e de suas famílias, além de compreender reações e comportamentos apresentados por elas¹⁵. Dentre os seres vivos, o homem é o único que sabe que vai morrer, o que o leva a experimentar vários sentimentos, dentre eles o medo, os profissionais de enfermagem intervêm cotidianamente com as pessoas que vivenciam o processo de morrer, e apoia-los remete o olhar para o seu mundo, com compreensão, buscando entender a realidade¹⁰⁶.

O apoio ao familiar vai além do conhecimento técnico-científico, implica em empatia, escuta, paciência, zelo e autonomia. Assim, sugere-se cada vez mais a necessidade de construir alternativas para estimular os enfermeiros a pensar, discutir, compreender melhor o processo de morrer; principalmente na área de pediatria.

Vários são os fatores determinantes da falta de aceitação da morte, por meio de nossa cultura, especialmente quando ocorre na infância; pois a criança

representa a esperança, o futuro, mas também sofre, adoece e morre. Assim, o enfermeiro pediátrico e a equipe de enfermagem convive com a criança e sua família em situações de morte¹⁰⁷. Atuar diante da vivência de morte ao oferecer apoio ao familiar tem sido um desafio para o enfermeiro que após essa vivência passa a refletir sobre suas experiências pessoais¹⁵. Porém ao vivenciar a morte da criança o enfermeiro passa por um processo de crescimento profissional e percebe que por mais difícil que seja, cada um atua de forma individual de acordo com o seu mecanismo de defesa, que pode ser de maneira próxima ou distante da criança e sua família, nesse aspecto sugere-se uma revisão de atitudes dos profissionais diante do processo de morrer em pediatria.

Ao analisar sobre a rotina utilizada pelo enfermeiro, quando vivencia a morte da criança, houve relatos de atuar diante de procedimentos técnicos como: desligar os aparelhos, retirar tubos, drenos, cateteres, colher cultura desses materiais, preparar o corpo, realizar a higienização e vesti-lo, e depois encaminhar o corpo de acordo com a rotina de cada instituição, registrar no prontuário, dentre outros. Atuar diante de procedimentos técnicos faz parte do dia a dia, pois é continuidade dos procedimentos de enfermagem, em outro aspecto é um momento de respeito, reflexão; de que a morte é inerente à existência, tocar na pessoa pela última vez, deve ser um momento especial¹⁰, o morrer é um acontecimento que é percebido como momento de reflexão, pois lembra a finitude humana, e que a enfermagem deve ser compreendida como arte e ciência das pessoas conviverem e cuidarem de outras, onde há o atendimento, na medida do possível, das necessidades bio-psíco-sócio-espirituais, mantendo-se o princípio ético de manter ou restaurar a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida³. É perceptível que, mesmo quando se atua em rotinas, há uma reflexão sobre a morte e a finitude humana, pois não se pode esquecer de que antes que a morte aconteça, vivencia-se todo o processo em sofrimento. Assim, sugere-se que o profissional seja atuante com respeito e amor, lembrando-se da própria finitude humana.

No enfrentamento do sofrimento causado pela morte, os profissionais de enfermagem utilizam algumas estratégias e mecanismos de defesas individuais e coletivas, como a negação, a repressão, racionalização, a naturalização e a

criação de rotinas; certamente esses meios ajudam os trabalhadores a minimizarem o grau de sofrimento diante do processo de morrer⁸⁰. Outros estudos relatam que o enfermeiro apresenta reações à doença terminal que são semelhantes às respostas dos membros da família; dentre elas a negação, raiva, depressão, culpa^{11,27}. No cuidado à criança terminal, a morte é um dos momentos mais difíceis para a enfermagem, que muitas vezes fica fragilizada com esta vivência; nesse aspecto, sugere-se que o enfermeiro atue com eficiência, se desenvolva e tenha um apoio por meio de uma equipe multiprofissional.

Atuar durante a hospitalização com a criança e sua família não é uma tarefa fácil, a equipe deve estar preparada e estruturada, para atuar em alojamento conjunto, inclusive diante de realização de ações educativas, procedimentos e de apoio. É, pois, necessário mudança de atitude e comportamento do profissional ao atender o binômio criança e família¹⁰⁸. Na hospitalização infantil, observa-se a importância como os profissionais de saúde abordam a criança hospitalizada e sua família na aceitação do tratamento, para uma melhor condição de vida⁶¹. Logo a evolução de um tratamento se dá no dia a dia, e caso ocorram mudanças no prognóstico da doença e se a família e a criança se sentirem mais apoiadas a reação pode ser diferente mediante a situações adversas que trazem a hospitalização infantil e sua doença.

Atuar diante de procedimentos técnicos com ênfase ao preparo do corpo é a oportunidade que o enfermeiro encontra para finalizar a relação estabelecida com a criança, assim como concretizar o cuidado a família⁵³. Nos dias de hoje nos hospitais faz parte da rotina, atuar diante de procedimentos técnicos quando acontece a morte da criança, é papel da enfermagem esse cuidado, conforme identificado nesse estudo. Porém quando ocorre a morte de uma criança ao atuar diante da prática é uma forma de despedida, especialmente quando a criança esteve internada por longo período, os profissionais acabam formando grande vínculo com a criança e seu familiar, o que facilita o apoio ao familiar no momento da morte. Nessa perspectiva sugere-se que o profissional atuante nos procedimentos técnicos em relação ao óbito seja o que estiver mais próximo da criança e sua família, durante o processo de hospitalização, pois sabe-se que isso é possível em unidade pediátrica, diminuindo o rodízio de pessoal o que favorece

a criação do vínculo proporcionando uma assistência humanizada, atentando não somente para ações técnicas, mas numa ocasião especial de conforto e apoio para a criança, equipe e família.

Analisando as respostas sobre a rotina mediata utilizada pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança, manifestou-se o dar apoio a família, coincidindo com as dificuldades, mecanismos e rotina conforme dados anteriores nesse estudo. Ao compartilhar o processo de morte com a família, ocorre uma troca entre o enfermeiro e a família, seja próxima ou não, o enfermeiro participa, ou torna-se parte do processo, vivenciado pela família⁵⁴. O enfermeiro, em unidade pediátrica, ao incluir a família no planejamento do cuidado, percebe o trabalho mais satisfatório, em aspectos físicos e emocionais no processo de morrer; assim, sugere-se o apoio à família de forma mais interativa, para que a experiência de perda da criança seja menos sofrida para todos.

Ao analisar a rotina mediata, percebe-se que a ajuda do psicólogo faz parte dos relatos dados pelo enfermeiro ao oferecer apoio ao familiar que vivencia a morte da criança. Na perda de um filho, em especial a criança é um momento muito delicado, é nesse aspecto que o psicólogo atua, com um apoio mais especializado, ajudando a família na superação do luto¹². Na maioria das vezes o psicólogo não faz parte da equipe na atuação do processo de morrer, percebe-se nesse estudo por meio de todos esses dados relacionados as dificuldades, mecanismos e rotinas, a importância de contar com a ajuda do psicólogo, sugere-se então que as instituições hospitalares repensem sobre a atuação do serviço de psicologia para a equipe e familiar, principalmente neste momento tão peculiar que é o processo de morrer em unidade pediátrica, onde todos inseridos nesse contexto necessitam de apoio do psicólogo, ou melhor de uma equipe multiprofissional.

Observa-se que em relação a rotina imediata a enfermagem não se preocupa somente em assistir o paciente mas também a família, sendo está valorizada e inserida no meio hospitalar⁹³. Em função dos avanços científicos e tecnológicos a atuação do enfermeiro atualmente vem sendo revista, especialmente na área de pediatria que a criança hospitalizada tem o direito de

acompanhante⁵⁰, mesmo em UTI que na maioria das vezes a família não permanece por 24h, a enfermagem procura sempre uma forma de maior aproximação da família com a criança, especialmente diante do processo de morrer^{48,54,91}.

Percebemos que neste estudo os dados se coincidiram em todos os aspectos; dificuldades, mecanismos e rotinas, talvez isso nos mostre que os profissionais estão lutando com todas as suas forças em relação ao processo de morrer, mas sente-se a necessidade cada vez mais em sugerir um melhor preparo desses profissionais, por meio de educação permanente nas instituições hospitalares, apoio psicológico para os profissionais, pacientes e suas famílias, e até uma abordagem do tema em estudo desde a graduação, para melhor atender os pacientes e familiares que vivenciam o processo de morrer.

6. *Conclusão*

De acordo com os objetivos propostos, os resultados do presente estudo conduziram às seguintes conclusões.

- ✓ Os enfermeiros apresentam dificuldades ao assistir a criança, família e a equipe diante do processo de morrer.
 - ✓ Os enfermeiros expressam sentimentos de impotência, tristeza, angústia e despreparo profissional em situação do atendimento diante do processo de morrer.
 - ✓ Dar apoio à família, a equipe, atuar diante da vivência de morte, dar apoio religioso/espiritual, atualização profissional sobre a temática, atuar diante de procedimentos técnicos e permitir a presença de outros familiares são mecanismos utilizados pelo enfermeiro ao vivenciar a morte da criança.
 - ✓ Os enfermeiros utilizam-se de rotinas individuais e as estabelecidas pela instituição ao assistir a criança, família e a própria equipe diante do processo de morrer.
-

7. Considerações Finais

- ✓ O estudo realizado sobre o difícil enfrentamento do enfermeiro diante do processo de morrer na unidade de pediatria nos sugere a necessidade de maior ênfase sobre a temática, durante a formação profissional, no sentido do planejamento de a assistência ser direcionado ao ciclo vital (nascer, crescer e morrer).

 - ✓ Percebe-se ainda a necessidade de programação de educação permanente sobre a atuação dos profissionais de saúde diante do processo de morrer aos que atuam com a criança e seu familiar no ambiente hospitalar.

 - ✓ Há necessidade de apoio psicológico da própria equipe profissional, ao atender a criança e a família assim como uma formação de rede de apoio ao familiar, ao vivenciar a morte da criança hospitalizada.

 - ✓ Os resultados apontam que há necessidade de normas e rotinas que favoreça a comunicação entre os profissionais e com o familiar, tornando um ambiente mais humanizado diante da vivência do processo de morrer.
-

8. *Referências*

-
1. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
 2. Moreira AC, Lisboa MTL. A morte entre o público e o privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2006; 14:447-54.
 3. Spíndola T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. Rev Bras Enferm. 1994; 47:108-17.
 4. Ampese D, Perosa G, Haas RE. A influência da atuação da enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável. Cad Cent Univ São Camilo. 2007; 1:70-7.
 5. Pessini L. Eutanásia: por que abreviar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo; 2004.
 6. Heidegger M. Ser e tempo. 6ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1997.
 7. Bellato R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. Rev Latino-am Enferm. 2005; 13:99-104.
 8. Palú LA, Labronici LM, Albini L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Cogitare Enferm. 2004; 9:33-41.
 9. Bromberg MHPF, Kovacs MJ, Carvalho MMMJ, Carvalho VA. Vida e morte: laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
 10. Ribeiro MC, Baraldi S, Silva MJP. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo "pós morte". Rev Esc Enferm. 1998; 32:117-23.
-

11. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
 12. Souza AL, Wottrich SH, Seelig C, Viguera ESR, Ruschel PP. O acompanhamento psicológico a óbitos em unidade pediátrica. Rev SBPH. 2007; 10:151-60.
 13. Ruschel PP. Quando o luto adoece o coração: luto não elaborado e infarto. Porto Alegre: Edipucrs; 2006.
 14. Carvalho LS, Oliveira MAS, Portela SC, Silva CA, Oliveira ACP, Camargo CL. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. Rev Enferm. 2006; 14:551-7.
 15. 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 Enferm. 2005; 13:151-7.
 16. Boemer MR. A morte e o morrer. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.
 17. Ariés P. Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média. 2ª ed. Lisboa: Teorema; 1989.
 18. Pitta A. Hospital dor e morte como ofício. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
 19. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
 20. Kovacs MJ. Educação para a morte desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
 21. Poles K. O desenvolvimento do conceito de morte digna na UTI pediátrica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem do Estado de São Paulo; 2008.
-

-
22. Rotta AT. Cuidados no final da vida em pediatria: muito mais do que uma luta contra a entropia. *J Pediatr.* 2005; 81:93-5.
 23. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2003/2004; 8:73-92.
 24. Souza LGA, Boemer MR. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2005; 38:49-54.
 25. Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo; 2001.
 26. Kubler Ross E. *A roda da vida: memórias do viver e do morrer.* Rio de Janeiro: GMT; 1998.
 27. Wong DL. *Enfermagem pediátrica.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
 28. Mandu ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Rev Latino-am Enferm.* 2004; 12:665-75.
 29. Mianesi K, Collet N, Oliveira BRG. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59:769-74.
 30. Maas T, Zagonel IPS. Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare Enferm.* 2005; 10:68-75.
 31. Gonçalves MMC. Nós e a morte: um estudo psicológico “sivis vitam, para mortem”. *Rev Esc Enferm USP.* 1994; 28:243-50.
 32. Gutierrez BA, Ciampone MHT. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19:456-61.
-

-
33. Carvalho V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enferm.* 2004; 12:806-15.
 34. Martins EL, Alves RN, Godoy SAF. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. *Rev Bras Enferm.* 1999; 52:105-17.
 35. Clemente RPDS, Santos EH. A não-ressuscitação, do ponto de vista da enfermagem, em uma unidade de cuidados paliativos oncológicos. *Rev Bras Cancerol.* 2007; 53:231-6.
 36. Horta WA. Necessidades humanas básicas: considerações gerais. *Enf Novas Dimensões*; 1975.
 37. Shimizu HE. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital escola [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem do Estado de São Paulo; 2000.
 38. Moritz RD, Nasar SM. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. *Rev Brás Terap Intens.* 2004; 16:14-21.
 39. Bousso RS, Angelo M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Rev Esc Enferm USP.* 2001; 35:172-9.
 40. Ortiz MCA, Lima RAG. Experiências de familiares de crianças e adolescentes, após o término do tratamento contra câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Rev Latino-am Enferm.* 2007; 15:1-7.
 41. Wong FKY, Lee WM, Mok E. Educating nurses to care the dying in Hong Kong. *Cancer Nurs.* 2001; 24:112-21.
-

-
42. Román EM, Sorribes E, Esquerro O. Nurses' attitudes to terminally ill patients. *J Adv Nurs*. 2001; 34:338-45.
 43. Alencar SCS, Lacerda MR, Centa ML. Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o (des) cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. *Fam Saúde Desenvolv*. 2005; 7:171-80.
 44. Siqueira AB, Filipini R, Posso MBS, Fiorano AMM, Gonçalves SA. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. *Arq Med ABC*. 2006; 31:73-7.
 45. Domingues J. Uma janela para a alma: olhando a morte e a criança. *Rev Paul Enferm*. 1996; 15:66-74.
 46. Maruiti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*. 2007; 30: 37-43.
 47. Oler FG, Viera MRR. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. *Arq Ciênc Saúde*. 2006; 13:192-7.
 48. Silva LC, Weiss EM, Bernardes DB, Souza AIJ. Hospitalização e morte na infância: desafios das famílias. *Fam Saude Desenvolv*. 2006; 8:73-9.
 49. Gomes GC, Erdmann AL. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005; 26:20-30.
 50. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (DF): Ministério do Bem Estar Social; 1993.
-

-
51. Lima RAG. Criança hospitalizada: a construção da assistência integral [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1996.
 52. Lacaz CPC, Tyrrell MAR. A enfermagem e o cuidar de crianças com câncer: uma jornada pelo simbólico a partir da realidade vivenciada pelo universo familiar. *Acta Paul Enferm.* 2003; 16:33-40.
 53. Poles K. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem do Estado de São Paulo; 2003.
 54. Poles K, Bousso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Rev Latino-am Enferm.* 2006; 14:207-13.
 55. Stassun CCS, Radtke FM. Investigação dos impactos da relação da equipe de saúde perante a família no processo de hospitalização e morte de uma criança na UTI pediátrica e neonatal do hospital regional do Alto Vale. *Rev Caminhos.* 2006; 7:111-35.
 56. Bolze DAS, Castoldi L. O acompanhamento familiar antes e depois da morte da criança: uma proposta de intervenção para o psicólogo hospitalar. *Aletheia.* 2005; (21):79-91.
 57. Collet N, Rocha SMM. Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56:260-4.
 58. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
 59. Correa I. Vivências do profissional de saúde diante do familiar da criança internada na unidade pediátrica. *Rev Min Enferm.* 2005; 9:237-41.
-

-
60. Silva FM, Correa I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. *Rev Min Enferm.* 2006; 10:18-23.
 61. Saldanha MES, Moraes A, Mibrath V, Dias MBO. Opinião dos pais sobre a abordagem realizada pela equipe de saúde à criança hospitalizada. *Fam Saúde Desenvolv.* 2003; 5:133-40.
 62. Quintana AM, Arpini DM, Pereira CRR, Santos MS. A vivência hospitalar no olhar da criança internada. *Cienc Cuid Saude.* 2007; 6:414-23.
 63. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62:100-6.
 64. Leeuwen RV, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses professional responsibility. *J Clin Nurs.* 2006; 15:875-84.
 65. Carvalho PRA, Rocha TS, Santo AE, Lago P. Modos de morrer na UTI pediátrica de um hospital terceário. *Rev Assoc Med Bras.* 2001; 47:325-31.
 66. Resolução do Conselho Federal de Medicina n° 1805, de 09 de novembro de 2006. *Diário Oficial da União; poder executivo, Brasília, DF, 28 nov 2006. Seção 1, p.169.*
 67. Carvalho PRA, Rocha TS, Santo AE, Lago P. Modos de morrer na UTI pediátrica de um hospital terceário. *Rev Assoc Med Bras.* 2001; 47:325-31.
 68. Pagliari J, Collet N, Oliveira BRG, Viera CS. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. *Rev Eletron Enferm.* 2008; 10:63-76.
-

-
69. Medeiros VCC, Peniche AC. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Rev Esc Enferm.* 2006; 40:86-92.
 70. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicol Teor Pesqui.* 2001; 17:225-3.
 71. Folkman S, Lazarus RL, Dunkel SC, De Longis A, Gruen R. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Social Psychol.* 1986; 50:992-1003.
 72. Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Rev Psiquiatr Clin.* 1999; 26:1-7.
 73. Antoniazzi AS, Aglio DDD, Bandeira DR. O conceito de coping. *Estud Psicol.* 1998; 3:273-94.
 74. Motta AB, Enumo SRF. Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estud Psicol.* 2004; 21:193-202.
 75. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer; 1984.
 76. Servo MLS. Implantação de um hospital geral e o caminhar da coordenação do serviço de enfermagem: stress, copin e burnout. *Sitientibus.* 2006; (34):7-24.
 77. Chacón RM, Grau AJ. Burn out em enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Rev Cuba Oncol.* 1997; 13:118-25.
-

78. Medland J, Howard-Ruben J, Whitaker E. Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burn out and social support in the workplace. *Oncol Nurs Forum*. 2004; 31:47-54.
 79. Souza 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; 18:41-7.
 80. Shimizu HE. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:257-62.
 81. Sulzbacher M, Reck AV, Stumm EM, Hildebrandt LM. O enfermeiro em unidade de tratamento intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. *Sci Med*. 2009; 19:11-6.
 82. Backes DS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev Latino-am Enferm*. 2006; 14:132-5.
 83. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 1993.
 84. Resolução COFEN 240-2000 [Internet]. Código de ética dos profissionais. Capítulo 1 dos princípios fundamentais artigo terceiro [acesso 20 Ago 2008]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>
 85. Mendes HWA, Caldas JAL. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. *Rev Latino-am Enferm*. 2001; 9:20-6.
 86. Rolim KMC, Cardoso MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev Latino-am Enferm*. 2006; 14:85-92.
-

87. Casate JC, Côrrea AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-am Enferm.* 2005; 13:105-11.
 88. Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2000; 53:31-3.
 89. Rizzotto MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Rev Bras Enferm.* 2002; 55:196-9.
 90. Teixeira RA, Mishima SM. Perfil dos trabalhos de enfermagem no programa de saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2000; 53:386-400.
 91. Pauli MC, Bousso RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Latino-am Enferm.* 2003; 11:280-6.
 92. Barbieri A, Popim RC, Boemer MR. A morte no contexto da enfermagem obstétrica: uma perspectiva do cuidar. *Rev Gaúcha Enferm.* 1992; 13:11-6.
 93. Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AKB, Ximenes LB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19:131-7.
 94. Balsanelli AP, Santos KJ, Soler ZOSG. O trabalho do enfermeiro em unidades complexas: um enfoque sobre os sentimentos para o cuidado diário de pacientes com risco de morte. *Nursing.* 2002; 5:23-8.
 95. Almeida FA. Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. *Bol Psicol.* 2005; 55(123):149-67.
-

96. Kóvacz MJ. Morte no processo de desenvolvimento humano: a criança e o adolescente diante da morte. In: Morte e desenvolvimento humano. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 49-58.
 97. Poles K, Bousso RS. Morte digna da criança: análise de conceito. Rev Esc Enferm. USP 2009; 43:215-22.
 98. Alves AM, Gonçalves CSF, Martins MA, Silva ST, Auwerter TC, Zagonel IPS. A efetividade do cuidado solidário diante de eventos que acompanham a cronificação da doença da criança hospitalizada. Rev Eletron Enferm. 2006; 8:192-204.
 99. Mendes DA, Andraus LMS. O significado de vivenciar a morte de uma criança enquanto acadêmico de enfermagem. Rev Eletron Enferm. 2005; 7: 227-30.
 100. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. 5th ed. ST Louis: Elsevier; 2005.
 101. Lo Biondo-Wood G, Haber J. Nursing research: methods, critical appraisal, and utilization. 5th ed. ST Louis: Mosby; 2002.
 102. Souza VD, Driessnack M, Mendes IAC. An overview of research designs relevant to nursing: part 1: quantitative research designs. Rev Latino-am Enferm. 2007; 15:502-7.
 103. Codato LAB, Nakama L. Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa?. Rev Espac Saúde. 2006; 8:34-5.
 104. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Rev Saude Pública. 2005; 39: 507-14.
-

105. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196/96: normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
 106. Carvalho MVB, Merighi MAB. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude. *Rev Latino-am Enferm.* 2005; 13: 951-9.
 107. Stocco ECL, Back ET, Berretta IQ. A enfermagem e o paciente pediátrico terminal. In: *A enfermagem em pediatria e puericultura*. São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte: Atheneu; 1995. p. 469-77.
 108. Schmitz EMR. A problemática da hospitalização infantil: aspectos psicológicos. In: *A enfermagem em pediatria e puericultura*. São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte: Atheneu; 1995. p. 181-96.
-

9. *Anexos*

Anexo 1 - Instrumento da coleta de dados

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA

Departamento de Enfermagem

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014) 3811-6070/3811-6004 - FAX (014) 3813- 5264
email: cenf@fmb.unesp.br

**I – IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL****DADOS ACADÊMICOS****GRADUAÇÃO:**

Nome da Universidade _____

Ano/Ingresso _____ Ano/Conclusão _____

ESPECIALIZAÇÃO

Nome da Universidade _____

Ano/Ingresso _____ Ano/Conclusão _____

Área: _____

Título do trabalho de conclusão: _____

MESTRADO

Nome da Universidade _____

Ano/Ingresso _____ Ano/Conclusão _____

Área: _____

Título da Dissertação: _____

DOUTORADO

Nome da Universidade _____

Ano/Ingresso _____ Ano/Conclusão _____

Área: _____

Título da Tese: _____



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
Departamento de Enfermagem



BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014) 3811-6070/3811-6004 - FAX (014) 3813- 5264
email: cenf@fmb.unesp.br

DADOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Tempo de atuação em unidade pediátrica? _____

Qual unidade pediátrica que trabalha atualmente? _____

Tempo de atuação na atual unidade pediátrica? _____

Você tem algum curso/atualização outro preparo profissional que ajuda em dar apoio ao familiar que está vivenciando a morte da criança?

Sim () Não ()

Qual? _____

II – QUESTÕES SOBRE O TEMA

1. Quais as dificuldades enfrentadas ao vivenciar a morte da criança em sua unidade?
2. Quais as dificuldades enfrentadas ao oferecer apoio ao familiar que vivência a morte da criança em sua unidade?
3. Quais os mecanismos que você utiliza ao vivenciar a morte da criança?
4. Quais os mecanismos que você utiliza ao oferecer apoio ao familiar que vivência a morte da criança?
5. Qual a rotina utilizada pela sua unidade ao vivenciar a morte da criança?
6. Qual a rotina utilizada pela sua unidade ao oferecer apoio ao familiar que vivência a morte da criança?

Mediata

Imediata

10. Apêndices

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Morte: o difícil enfrentamento vivenciado pelo enfermeiro em unidade pediátrica

Convidamos você para participar do estudo intitulado “**Morte: o difícil enfrentamento vivenciado pelo enfermeiro em unidade pediátrica**”, cujo objetivo será analisar as dificuldades e os mecanismos de enfrentamento utilizado pelo enfermeiro que atua em unidade de pediatria ao vivenciar a morte da criança. Você deverá responder ao questionário sobre identificação profissional e os mecanismos de enfrentamento utilizados diante da “morte”, assim como o preparo da família durante e após a morte da criança na unidade pediátrica que atua.

Este questionário deverá ser devolvido a pesquisadora, juntamente com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido devidamente assinado no prazo de 30 dias da data do recebimento, utilizando para tanto o envelope resposta. A pesquisadora estará disponível para quaisquer esclarecimentos e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, se assim desejar, sem que isso acarrete prejuízo profissional e na sociedade a qual é sócio.

Informações adicionais poderão ser obtidas com a pesquisadora: Angélica Teresa Biral: angelbiral@yahoo.com.br – fone: (014) 38811667, (014) 81282709 e orientadora Prof^a Dr^a Ione Correa: icorrea@fmb.unesp.br – fone: (014) 38116070, fone/fax: (014) 38135264 ou celular (014) 97180559.

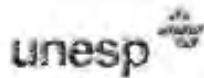
Comprometo-me respeitar as recomendações e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 196/96.

Esclarecemos que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp. Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa: “**Morte: o difícil enfrentamento vivenciado pelo enfermeiro em unidade pediátrica**”. Concordo em participar da mesma, respondendo as perguntas apresentadas no questionário.

Botucatu, ____ de _____ 2008/2009

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Apêndice 2 – Ofício Referente ao Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 16.818-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 03 de setembro de 2007

OF 285/2007-CEP


Ilustríssima Senhora
Profª Drª Ione Corrêa
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

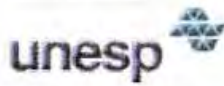
Prezada Drª Ione,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Morte: O difícil enfrentamento vivenciado pelo enfermeiro em uma Unidade Pediátrica" a ser conduzido por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião do CEP de 03/09/07.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

Apêndice 3 – Ofício Referente a Inclusão da Mestranda no Projeto de Pesquisa

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenação: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 18 de setembro de 2008

Of. 391/08-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^a Dr^a Ione Corrêa
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr^a Ione,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que nesta data (18/09/2008) foi autorizada a inclusão da aluna **Angélica Teresa Biral** como autora do Projeto de Pesquisa "**Morte: O difícil enfrentamento vivenciado pelo enfermeiro em uma Unidade Pediátrica**" aprovado por este CEP em 03/09/2007 através do ofício 285/2007, ficando a orientação a cargo de Vossa Senhoria.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "**Relatório Final de Atividades**".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

Apêndice 4 – Justificativa de Alteração do Título do Projeto de Pesquisa

unesp

DIVISÃO TÉCNICA ACADÊMICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

CÂMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA

Seção de Pós-Graduação

| |
|------------|
| Fis. |
| Proc. |
| Rub. |

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - PABX (0xx14) 3811-6022

JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa "MORTE: O DIFÍCIL ENFRENTAMENTO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO EM UNIDADE PEDIÁTRICA"

aprovado pelo CEP em 03/09/2007, teve seu título alterado para " O DIFÍCIL ENFRENTAMENTO DO PROCESSO DE MORRER VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO EM UNIDADE PEDIÁTRICA", sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Dissertação de Mestrado.

Botucatu, 23 /11/2009

Nome/Assinatura do(a) aluno(a) [Assinatura]

Nome/Assinatura do(a) orientador (a) [Assinatura]

Programa de Pós Graduação em [Assinatura]

09/09 24/11/2009 0000000 COMITE DE ETICOR EN PESQUISA PPG - UNESP