

**DANIELE REZENDE SILVA HADDAD**

**A MORTE E O PROCESSO DE MORRER DE  
CRIANÇAS EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:  
VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO**

**Belo Horizonte**

**Escola de Enfermagem da UFMG**

**2006**

**DANIELE REZENDE SILVA HADDAD**

**A MORTE E O PROCESSO DE MORRER DE  
CRIANÇAS EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:  
VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Estelina Souto do Nascimento

**Belo Horizonte**

**Escola de Enfermagem da UFMG**

**2006**

Haddad, Daniele Rezende Silva  
F126m A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva  
pediátrica: vivência do enfermeiro/Daniele Rezende Silva Haddad.  
Belo Horizonte, 2006.  
74f.  
Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.  
Escola de Enfermagem  
Orientadora: Estelina Souto do Nascimento  
1.Enfermeiras/psicologia 2.Atitude frente a morte 3.Morte  
4.Criança hospitalizada 5.Unidades de terapia intensiva pediátrica  
6.Relações enfermeiro-paciente 7.Relações profissional-família  
I.Título

NLM: WY 87  
CDU: 616-083

Para Mônica, minha mãe, pela ajuda no momento em que mais precisei e por acreditar que o  
sonho poderia se realizar.

Para Élio, meu pai, que sempre me estimulou e contribuiu para minha formação.

Para Eid, meu marido, que mesmo distante me ofereceu apoio e incentivo.

Para o Pequeno Bernardo, luz de minha vida, pela inocência e ternura.

Amo vocês!

À Estelina, pessoa dotada de honrosa sabedoria, que me conduziu de maneira rígida, porém tranqüila no meu caminhar desta pesquisa, proporcionando-me assim, um aprendizado prazeroso.

Agradeço ao Neocenter, instituição onde tudo começou, onde surgiu minha inquietação, os laços de amizade. Fonte de conhecimentos e de vivências que despertou a busca para novos horizontes.

Às colegas enfermeiras, que de forma muito transparente colocaram suas vivências proporcionando-me um estudo agradável e emocionante.

Aos membros do NUPEQS, que me acolheram de braços abertos e contribuíram com trocas de idéias no sentido de enriquecer meu trabalho.

Ao Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, que me ofereceu a oportunidade de obter grande conhecimento e crescimento pessoal e profissional.

E a todas as pessoas que fazem parte do meu mundo-vida e que, de alguma maneira, participaram da construção deste sonho.

*O avanço da ciência e da tecnologia também muito tem contribuído para reforçar a visão de que temos de dominar a morte. No entanto, não há o que dominar, há que se compreender.*

Estelina Souto do Nascimento

## RESUMO

Este estudo teve início a partir de minha inquietação em relação à morte de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva em que trabalhava como enfermeira. Não me sentia à vontade diante do processo de morte e do morrer das crianças, por isso interroguei se os demais enfermeiros que trabalhavam com terapia intensiva também sentiam algo diferente diante desse tipo de situação. Dessa maneira, neste estudo, meu objetivo é compreender a vivência do enfermeiro de terapia intensiva em relação ao processo de morte e do morrer da criança. A fenomenologia, como modalidade da pesquisa qualitativa, me possibilitou compreender a vivência do enfermeiro a partir de entrevistas realizadas com oito enfermeiras, que relataram de maneira muito rica suas vivências a partir da questão norteadora: Qual é a vivência do enfermeiro de terapia intensiva diante do processo de morte e do morrer da criança? Busquei as descrições seguindo os passos da fenomenologia, tendo chegado a nove unidades de significado. Realizei a interpretação a partir do referencial fenomenológico sociológico de Alfred Schütz. O discurso das enfermeiras mostra que elas lutam sempre para tentar combater a morte e se sentem impotentes diante da morte de crianças; elas se recusam a aceitar a morte inesperada e se envolvem, bem como sofrem com a morte da criança; em alguns casos, a morte de uma criança traz alívio dado o estado de gravidade e sofrimento dela; elas sofrem junto com os pais a dor da perda de um filho; ficam mais sensibilizadas depois que se tornam mães, além de construírem uma “armadura” para continuar trabalhando no local onde a morte é um fenômeno quase rotineiro. Assim, neste trabalho, mostro que as enfermeiras são seres que mantêm uma relação de intersubjetividade com as crianças e com os pais delas, que vivenciam de maneira muito próxima a dor e o sofrimento dessas pessoas e que tentam criar barreiras no sentido de sofrerem menos no desenvolvimento de suas atividades.

## **ABSTRACT**

This study started from my restlessness in relation to the death of children hospitalized in an intensive care unit in which I worked as a nurse. I didn't feel comfortable in the face of the death process and of the dying of children. Because of this I asked the other nurses that worked with intensive care if they also felt something different in front of this kind of situation. Thus, in this study, my goal is to understand the experience of the intensive care nurse in relation to the death process and the dying of children, The phenomenology, as modality of qualitative research, made it possible for me the understanding of the nurse experience from the interviews made with eight nurses, that reported in a very active way their experiences from a direct question: What is the experience of the intensive care nurse like in the face of the death process and the dying of the child? I searched the descriptions following the steps of the phenomenology and I got to nine meaning units. I interpreted from the sociological phenomenological referential of Alfred Schütz. The speech of the nurses show that they always fight to combat the death and they feel impotent when they face the death of children; they refuse to accept the unexpected death and get involved, as well as suffer, with a child's death; in some cases, a child's death brings relief if his or her state is very serious and it is causing too much suffering; They (the nurses) suffer along with the parents the pain caused by the loss of a child; they get more sensitized after they become mothers. Besides they build an "armor" to continue working in a place where death is an almost habitual phenomenon. Thus, in this work, I show that the nurses are beings that keep an intersubjectivity relation with the children and with their parents and follow in a very close way the pain and the suffering of these people and try to create barriers aiming less suffering in the development of their activities.



## RESUMEN

Este estudio tuvo inicio a partir de mi inquietud en relación a la muerte de los niños hospitalizados en una unidad de terapia intensiva donde trabajaba como enfermera. No me sentía a discreción delante del proceso de muerte y del morir de los niños. Por ello cuestioné los demás enfermeros que trabajaban con terapia intensiva si también sentían algo diferente delante de este tipo de situación. De esta manera, en este estudio, mi objetivo es comprender la vivencia del enfermero de terapia intensiva en relación al proceso de muerte y del morir del niño. La fenomenología, como modalidad de la pesquisa cualitativa, me permitió comprender la vivencia del enfermero a partir de entrevistas realizadas con ocho enfermeras, que relataran de manera muy rica sus vivencias a partir de la cuestión directa: ¿Como es la vivencia del enfermero de terapia intensiva delante del proceso de muerte del niño? Busqué las descripciones siguiendo los pasos de la fenomenología, llegando a nueve unidades de significado. He realizado la interpretación a partir del referencial fenomenológico sociológico de Alfred Schütz. El discurso de las enfermeras muestra que ellas luchan siempre para intentar combatir la muerte y se sienten impotentes delante de la muerte de niños; ellas se recusan a aceptar la muerte inesperada y se envuelven, así como sufren con la muerte del niño; en algunos casos, la muerte de un niño trae alivio en relación a su estado de gravedad y sufrimiento. Ellas sufren junto con los padres el dolor de la pérdida de un hijo; se quedan sensibilizadas después que se tornan madres, tras construir una “armadura” para continuar trabajando en el sitio donde la muerte es un fenómeno casi rutinario. Así, en este trabajo, muestro que las enfermeras son seres que mantienen una relación de intersubjetividad con los niños y con sus padres, que vivencian de manera muy próxima el dolor y el sufrimiento de estas personas y que intentan crear barreras en el sentido de sufrir menos en el desarrollo de sus actividades.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 ENTREVISTAS E MEU CAMINHAR ATÉ AS UNIDADES DE SIGNIFICADO.....</b>	<b>22</b>
<b>3 SOCIOLOGIA COMPREENSIVA DE ALFRED SCHUTZ.....</b>	<b>25</b>
<b>4 MORTE E MORRER DA CRIANÇA VIVÊNCIA: DO ENFERMEIRO.....</b>	<b>29</b>
<b>4.1 COMBATENDO A MORTE.....</b>	<b>29</b>
<b>4.2 SENTINDO IMPOTÊNCIA DIANTE DA MORTE.....</b>	<b>31</b>
<b>4.3 RECUSANDO A MORTE INESPERADA.....</b>	<b>33</b>
<b>4.4 VIVENDO A HISTÓRIA DA CRIANÇA.....</b>	<b>35</b>
<b>4.5 SOFRENDO COM A MORTE DA CRIANÇA.....</b>	<b>37</b>
<b>4.6 SENTINDO ALÍVIO COM A MORTE DA CRIANÇA GRAVE.....</b>	<b>40</b>
<b>4.7 VIVENCIANDO A DOR JUNTO COM OS PAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>4.8 AUMENTANDO A SENSIBILIDADE COM A MATERNIDADE.....</b>	<b>45</b>
<b>4.9 COLOCANDO “ARMADURA” CONTRA O SOFRIMENTO.....</b>	<b>47</b>
<b>5 REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE MORTE E MORRER..</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 1 – ENTREVISTAS.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A morte é um acontecimento na vida dos seres vivos que sempre me despertou interesse. Mas a vontade de estudar sobre esse assunto surgiu com mais clareza quando comecei a trabalhar com terapia intensiva pediátrica e presenciava a morte de crianças que estavam internadas para a cura de alguma patologia instalada, mas nunca para a morte.

Dessa forma, percebi que estava preparada para a vida e não enxergava a morte conforme a afirmação de Bellato (2001), segundo a qual a imagem da morte acompanha o existir humano desde o seu alvorecer, abrindo um enorme vazio diante da vida. Percebi, ainda, que a morte é uma presença constante na vida de todos os seres vivos, mas há certa dificuldade em aceitá-la. Na maioria das vezes, a morte é tratada de forma desprezível, rejeitada, ignorada, negada.

De acordo com a visão ocidental sobre a finitude, Batista (2001, p.19) afirma:

Morrer é um ponto culminante e crítico da existência humana, habitualmente relacionado, em nossa sociedade ocidental, à tristeza e ao sofrimento. Falecer significa se despedir, deixar de fazer parte deste único mundo que conhecemos, afastar-se do convívio de pessoas queridas. Morrer causa temor. É o desconhecido que está por vir. Ademais, a morte está geralmente relacionada, em nosso universo conceitual, ao sofrimento de uma doença grave e mitigante ou à crueza de um acidente ou outra causa violenta de fenecer, que ceifa a vida nos melhores dias.

Mas, historicamente, a morte não foi sempre concebida dessa maneira. De acordo com Santos (1993), durante quase todo período da Idade Média, a morte era doméstica, familiar, um acontecimento vivido coletivamente como questão comunitária. Segundo a autora, o moribundo se preparava para morrer e administrava a própria morte imbuído de um sentimento de imortalidade, isto é, a morte não representava uma ruptura definitiva com relação à vida.

Para os cristãos dos primeiros séculos, segundo Rodrigues (1983), a morte era o caminho para a eternidade; cria-se na ressurreição da carne. Segundo ele, os cristãos acreditavam na vida após a morte, o que transmitia um sentimento de conforto, já que o morto renasceria e se encontraria com seus entes em outra vida, concebida como eterna. A morte era apenas um momento de separação temporária entre os familiares, já que era oferecida uma vida plena diante de Deus. Dessa maneira, diz o autor, a imagem imperante da época era a de

um laço contínuo entre vivos e mortos, unidos na Terra e unidos na eternidade, o que era evocado nos sermões dominicais.

O referido autor observou que o axioma fundamental da morte é que ela não aniquila o ser; ela abre as portas para o além, para outra vida: inferno ou céu, para cristãos e muçulmanos; Campos Elísios, para os gregos antigos; reencarnação e metempsicose, na filosofia oriental; passagem para o reino dos ancestrais, na África. Por toda parte a morte é entendida como um deslocamento do princípio vital.

Sendo assim, os sentimentos de dor e perda eram atenuados, pois, de acordo com Rodrigues (1983), a morte não provocava grandes aflições nos indivíduos que iam morrer porque estes não viam entre a vida do aqui e a do além uma ruptura radical, bem como porque viviam/morriam na esperança de despertar em um paraíso assegurado. Conforme esse mesmo autor, a crença na ressurreição da carne e a não-exasperação do valor da individualidade não despertavam aflições especiais quanto à perda da integridade da personalidade individual.

Dessa maneira, Santos (1993) afirma que a morte e o morrer faziam parte de um processo coletivo: o doente não tinha pressa em morrer e também participava de todo ritual existente na época. Segundo ela, o moribundo permanecia em casa, ao redor da família e de toda a vizinhança esperando o fato acontecer. As portas e janelas da casa ficavam abertas no sentido de facilitar a entrada da morte, já esperada, e o ritual do velório se dava da mesma maneira com o corpo do morto exposto em sua própria casa, não escondendo a cara da morte instalada e mostrando a relação pacífica ocorrida entre o doente e a morte. Em todos os níveis, a morte é pública e comunitária. O detestável era morrer em segredo, longe, inesperadamente, sem testemunha e sem cerimonial (RODRIGUES, 1983).

É ainda na Idade Média que se iniciam os conflitos e as transformações sobre vida e morte. Surgem dúvidas sobre a imortalidade, a salvação eterna, a questão da individualidade e, principalmente, explicita-se um sentimento de amor à vida. Conforme afirma Santos (1993), as transformações vão-se operando e se reformulando com o desenvolvimento e florescimento da burguesia, para a qual separação corpo e alma, vida e morte se integram ao pensamento ocidental.

Assim, com o desenvolvimento da individualização e o aparecimento de uma consciência especial na biografia individual, a morte no leito se carrega de um sentido dramático (RODRIGUES, 1983). A partir desse momento, a morte passa a ser, então, um fenômeno temível por todos os seres humanos. Santos (1993) diz que, diante da certeza da morte, como um desastre pessoal extremo, a existência deixa de ser a plenitude de uma vida

em sua duração total e o homem se torna um eterno inconformado com a idéia de não ser imortal.

Então, para Morin (1997), o homem passa a ter horror da morte, o que pode ser traduzido na dor pelo funeral, pelo terror da decomposição do corpo, pela obsessão da morte e, principalmente, pela perda da individualidade. Quanto mais o homem descobre a perda da individualidade por trás da realidade putrefatória de um cadáver em decomposição, mais ele fica traumatizado.

Com a ascensão do pensamento burguês e a consolidação da sociedade industrial capitalista, a morte passa, assim, a ser negada. Não há lugar para a morte, fala-se dela o menos possível ou, quando é mister fazer alusão a ela, recorre-se a eufemismos no intuito de mantê-la distante do mundo dos vivos (SANTOS, 1993).

Desde então, segundo Lunardi Filho (2001), o homem vê a morte como uma barreira intransponível, um corte no tempo, a quebra do curso normal das coisas. Para o autor, a sociedade contemporânea vem rejeitando falar sobre a morte e sobre seu impacto na vida pessoal de cada um, apesar de ser algo presente no dia-a-dia.

Segundo Pitta (2003), o médico, desde a Idade Média até o século XIX, tomava a iniciativa de prevenir a morte próxima, com uma baixa probabilidade de erros de prognósticos, dado o pequeno arsenal de possibilidades terapêuticas disponível. Para ela, após o século XIX, coincide com o desenvolvimento científico e tecnológico da medicina a recusa do médico de querer falar sobre doença e morte aos pacientes. Doravante, o médico, segundo a mesma autora, falará quando indagado, produzindo-se na sociedade a cultura do “poupar” e “aliviar” o doente das más notícias sobre seu estado.

A autora diz ainda que se constituiu dever da família e do médico dissimular ao moribundo a gravidade do seu estado. Ele não mais deverá saber, salvo raras exceções, que seu fim se aproxima. O fato é que, com os progressos da terapêutica e cirurgia, sabe-se cada vez menos quando uma doença grave será mortal ou não. As possibilidades de escapar de qualquer vaticínio são muitas, portanto é melhor silenciar que arriscar palpites.

Apesar disso, houve a preocupação de parte dos profissionais de saúde com os cuidados em fim de vida, ou cuidados paliativos, nos quais se incluem uma atenção integral, que permita ao doente e à sua família explicitar seus sentimentos e angústias.

Entretanto, Kübler-Ross (1998) diz que a morte constitui, ainda, um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal. Isso coloca à tona toda a fragilidade humana diante desse fenômeno que a ciência tenta incansavelmente descobrir a maneira de

exterminar. E, de acordo com Morin (1997), a consciência da morte causa o traumatismo da morte, porque este torna mais real a consciência da morte e mais real o apelo da imortalidade.

O pavor da morte, acrescido pelo avanço da burguesia, do capitalismo, da tecnologia, fez com que o homem criasse o hospital como o lugar para se morrer. A morte não é mais pública. A família transferiu o moribundo para o hospital. Dessa maneira, doença e morte, graças à modernidade e às mudanças que se processaram na sociedade, passaram a ocorrer hospitais deixando de acontecer nos lares, como outrora (SOUSA; ALMEIDA, 2003).

Para Rezende *et al.* (1996), a transposição da morte da casa para os hospitais nos foi imposta por uma sociedade progressista que aposta e investe no progresso científico e tecnológico em busca de vida eterna. Dessa forma, negamos e rejeitamos a morte como parte da vida e transmudamos os ritos mortuários a fim de adequá-los à nossa nova forma de viver – sem morte.

A impregnação da morte fica distanciada da moradia e, também, dos familiares. As marcas, os sinais da morte ficam, assim, reservados a um lugar impessoal, longe dos lugares de afeto e de convívio da família (REZENDE *et al.*, 1996).

A modernidade mudou o leito de morte das pessoas. O que antes acontecia em casa, ao redor da família e dos amigos, passou a acontecer nos leitos dos hospitais, asilos, casas de convalescença, onde o moribundo permanece quase sempre sozinho, a não ser com a equipe de saúde, principalmente enfermeiros. Ao ocupar os hospitais, a morte passa a ser experimentada por outras pessoas além dos familiares, bem como a fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde (SOUSA; ALMEIDA, 2003).

Dessa maneira, o hospital passa a ser parte integrante de todo um sistema de saúde que tem como uma de suas principais finalidades preservar a vida, ou seja, combater a morte (MAGALHÃES; SANTOS; CALDEIRA, 1995). Boemer e Valente (2000) reforçam que a morte, um fenômeno natural, passa a ser sinônimo de fracasso profissional, e os pacientes à morte acabam por destoar dos objetivos de um hospital, dada sua ênfase na cura e na vida.

Assim, os profissionais de saúde se revestem de uma grande importância e tomam para si a responsabilidade de “salvar”, “curar” ou “aliviar” – sempre com o sentido de preservar a vida. A morte é sempre vista como um fracasso e duramente combatida (MAGALHÃES; SANTOS; CALDEIRA, 1995).

Nas unidades de terapia intensiva, o risco de morte está exacerbado em todas as pessoas que entram nessas unidades para realizar tratamento intensivo. E esse risco de morte, normalmente, gera um clima tenso. A qualquer momento pode acontecer algo que tire a vida

de uma pessoa. Esse clima de tensão acontece, muitas vezes, em decorrência da formação do profissional de saúde voltada para a área curativa, conforme a afirmação de Nascimento *et al.* (1999, p. 33):

[...] para os profissionais de saúde a morte do outro é parte do cotidiano. Apesar disso, eles, muitas vezes, também têm dificuldade nesse sentido, pois a morte do outro projeta, para eles, sua própria finitude. Sua formação se baseia em conhecimentos que cultuam apenas a vida, numa verdadeira separação entre vida e morte.

Dessa maneira, atender uma pessoa em fase terminal, normalmente, é uma experiência extremamente difícil para a maioria das pessoas. Os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros que prestam cuidados diretos e contínuos, ao assistirem a pacientes em fase terminal, confrontam-se tanto com a finitude e a mortalidade como com seus afetos (LUNARDI FILHO, 2001). Para Rodrigues (1983), a morte do outro evocará sempre minha própria morte: ela testemunhará minha precariedade, ela me forçará a pensar nos meus limites. Com isso, a morte de um paciente é sentida como um fracasso, trazendo uma carga de angústia e estresse para o enfermeiro (HORTA *et al.*, 1989).

Sabendo que a morte pode desencadear uma série de conflitos pessoais, é necessário perceber o profissional enfermeiro como ser emergente e configurado numa trama de relações sociais, em que a subjetividade de cada um está determinada histórica e socialmente: cada um é portador de uma história individual e coletivo-organizacional (FERNANDES *et al.*, 2001). Para esses autores, é necessário, também, buscar caminhos para que os profissionais possam lidar eficazmente com a morte no seu ambiente de trabalho, de forma a atender às necessidades de cada um e às exigências da situação.

Na prática profissional, a atenção àquele que está morrendo e à sua família restringe-se, na maioria dos casos, aos cuidados técnico-burocráticos necessários. Tais cuidados, em geral higiênicos, de posicionamento no leito e de conforto, ocupam o profissional de saúde na assistência ao moribundo. Quanto à família, limita-se às informações vagas, rápidas, pouco esclarecedoras, ou, muitas vezes, a um silêncio significativo, que revela a conduta escapista do profissional e dificulta a autêntica participação dos familiares na morte do ente querido (REZENDE *et al.*, 1996).

Assim percebe-se que os enfermeiros desenvolvem sua prática com grandes dificuldades em estabelecer vínculos com pacientes terminais e que essas dificuldades

poderiam ter origem em sua formação acadêmica, que muitas vezes tem se mostrado ausente nas discussões sobre o processo de morte e morrer (LUNARDI FILHO, 2001).

Nascimento *et al.* (2003), ao analisarem o currículo de enfermagem em relação ao conteúdo relativo à morte e ao morrer, dizem que a abordagem do “morrer” limita-se, em geral, ao “preparo do corpo” gerando, conseqüentemente, uma assistência de enfermagem centrada em aspectos predominantemente técnicos.

Outro aspecto a ser considerado seria quanto à formação acadêmica na qual se valoriza e muito a manutenção da vida e o controle das emoções. Essa postura leva muitas vezes, entre outros problemas, a conflitos e a dificuldades, fazendo com que se assumam uma postura impessoal, um ser inautêntico, deixando de agir por si mesmo, mas agindo como a profissão determina (SOUSA; ALMEIDA, 2003).

Para Cruz *et al.* (2000, p. 470),

apesar da falha acadêmica, é preciso preparar os profissionais nos centros de formação para lidarem com a morte, não apenas tecnicamente, mas emocionalmente, embora saibamos que sempre será difícil viver este momento, pois sob qualquer ponto de vista; profissional, pessoal, cultural, estaremos lidando com a sensação de perda de um ser humano.

Dessa maneira, trabalhar com a morte, com o sofrimento do outro não é tarefa fácil para a maioria dos seres humanos. Segundo Atkinson e Murray (1989), essa experiência parece ser ainda mais difícil e vista como inesperada quando o paciente é jovem ou da mesma idade dos filhos ou parentes próximos da enfermeira, em decorrência dos mecanismos de projeção e empatia envolvidos durante o ato de cuidar.

Nesse ato de cuidar, Sousa e Almeida (2003) percebeu que os membros da equipe de enfermagem não possuem a concepção de que desde que um ser nasce ele é um ser-para-a-morte, sendo suficientemente velho para morrer, o que, muitas vezes, pode gerar sentimentos conflituosos nessas pessoas. Já que são preparados para o evento da vida, os profissionais da área de saúde, quando presenciam a morte, sentem-se contristados, despreparados, constrangidos e frustrados (SOUSA; ALMEIDA, 2003). Em relação à morte infantil, demonstram sentimentos de frustração pelo não-uso do tempo que seria possível aproveitar (REZENDE *et al.*, 1996).

Diante desses sentimentos, Batista (2001) afirma que a supressão do bem maior da vida, tanto de forma insidiosa quanto de forma abrupta, possibilita a adoção de uma postura



reflexiva, com revisão de conceitos e paradigmas daqueles que experimentam a proximidade da morte como os profissionais da área de saúde.

O sentimento de angústia, de frustração, de medo e o despreparo de alguns enfermeiros em lidar com o processo de morte e morrer, muitas vezes, é relatado como uma falha do ensino de graduação, que não prepara esse profissional para a dura rotina dos hospitais, que é conviver com o sofrimento alheio.

Diante dessa convivência com os mais diversos tipos de sentimentos, percebo que a enfermagem é uma profissão complexa, principalmente quando se trata de desenvolver as atividades em unidade de terapia intensiva pediátrica: lida-se com a morte e com o sofrimento do outro rotineiramente e, ao mesmo tempo, convive-se com o sorriso de recuperação da criança. Trabalhar com criança é uma tarefa que exige do profissional cautela, paciência e muito carinho.

Como alguém que trabalha em uma dessas unidades, vejo todos os dias crianças prematuras, pós-cirúrgicas, sindrômicas, politraumatizadas, com doenças infecto-contagiosas, tristes, chorosas, sedadas sofrendo vários tipos de procedimentos médicos e de enfermagem e, principalmente, com risco de morte. Esse tipo de situação, apesar de rotineira, desperta em mim, muitas vezes, sentimentos de angústia, dor, aflição, estresse. Faz-me levantar questionamentos sobre como os demais enfermeiros trabalham seus sentimentos, como lidam com a morte e com o sofrimento do outro.

Sinto que nesse local há sempre um clima diferente, tenso, desconfortante, quando há alguma criança gravemente enferma, correndo risco de morte ou já com prognóstico reservado. Sinto, também, que toda a equipe trabalha de uma maneira diferente. Às vezes, parecem distantes, angustiados, pensativos, estressados, calados ou verbalizando demais, e até mesmo tristes.

Creio que esse clima ocorre por um motivo maior, que é o sentimento de medo da morte, que também é o sentimento que mais me inquieta. Esse medo é encoberto pelo modelo biomédico predominante. O medo da morte é descrito por Rezende *et al.* (1996, p.18):

Este se fragmenta em vários medos correlatos: medo do processo de morrer; de enfrentar a dor, a angústia, o desconforto, a solidão, a impotência e a decrepitude; o medo dos mortos, do cadáver e de seus pertences, da estranheza que agora ele representa, como a máxima alteridade; medo da decomposição, da desagregação, da perda de autonomia; medo da morte de pessoas queridas, cujo abandono nos parece insuportável; medo da morte prematura, violenta ou repentina, para a qual 'não estamos preparados'; medo do desconhecido, de enfrentamento do 'depois'.

Esse sentimento de medo me faz refletir que, já que o enfermeiro é um ser participativo e atuante da equipe de terapia intensiva, que além de cuidador ainda tem a tarefa de líder, que é solicitado tanto pela equipe de enfermagem quanto pelos pais ou responsáveis das crianças internadas para, muitas vezes, dar suporte no processo de morte e morrer, ele cria mecanismos e formas para vivenciar a situação que podem ser positivas ou negativas tanto para si mesmo quanto na relação com os outros.

Minhas reflexões não foram, no entanto, compartilhadas de forma sistemática, da mesma forma como os demais enfermeiros pensam e enfrentam as situações que incluem a morte ou sua possibilidade muito próxima. Sendo assim, interrogo: Qual é a vivência do enfermeiro de unidade de terapia intensiva pediátrica no processo de morte e morrer?

Desse modo, esta investigação tem por objetivo compreender a vivência do profissional enfermeiro no processo de morte e morrer da criança. Espero que ela possa servir de apoio aos enfermeiros, que lidam com crianças com risco de morte, na compreensão desse processo.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

A temporalidade do ser vivo é algo que sempre me intrigou. Ao iniciar meu trabalho como enfermeira assistencial em unidade de tratamento intensivo pediátrico, comecei a deparar mais vezes com a morte. Ela aparecia de várias formas para dar fim a vidas iniciadas há tão pouco tempo, o que despertava em mim sentimentos mais diversos e também me fazia questionar se as demais enfermeiras sentiam o mesmo diante da morte de crianças. Sendo assim, busquei na pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica a compreensão para minhas indagações. E, sem a pretensão de esgotar o assunto, fiz uma breve síntese sobre a fenomenologia.

A fenomenologia é uma palavra de origem grega derivada de *phainomenon* (aquilo que se mostra) e *logos* (discurso esclarecedor), que surgiu com Edmund Husserl no início do século XX. É uma nova forma destinada a fundamentar tanto a filosofia como as ciências. É também uma abordagem que se opõe de modo direto ao positivismo e, como outras concepções, é um pensar a realidade de modo rigoroso ou, como costuma ser dito, é um modo científico de conhecer a realidade (BICUDO, 1997).

Husserl (1965), segundo Lopes (1995), reconhece não ser possível encontrar respostas para os problemas do homem sem que se saiba de que modo esse homem tem consciência como ser situado histórica e culturalmente em determinado grupo social. Segundo a autora, esse filósofo propõe o estudo das experiências vividas como um saber não sobre o sujeito, mas do sujeito.

Sendo assim, a experiência do sujeito passa a ter um outro significado, iniciando uma ciência para as experiências vividas; do vivido enquanto tal. E esse projeto não consiste em erguer uma ciência exata, pois esta já tem seu modelo na matemática. A fenomenologia irá preocupar-se com o fenômeno (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990).

Assim, nessa nova maneira de pesquisar, a fenomenologia ou ciência dos fenômenos, o que se busca é a descrição do fenômeno: é o “ir às coisas mesmas”. Para Martins e Bicudo (1983) ir-às-coisas-mesmas significa que o campo de inquérito é infinito e que inclui as possibilidades dos fenômenos, quando elas se doam à experiência.

Nessa modalidade de pesquisa, as pessoas não são consideradas como objetos nem são vistas separadas do seu mundo. Elas são valorizadas como sujeitos inseridos em um mundo-vivido, e suas atitudes são vistas como experiências vivenciadas, e não como reações (AMORIM, 1997).

Segundo Lopes (1995), o fenômeno surge diante do sujeito interrogador não com sua demonstração ou relação causal, mas como um refletir a partir do retorno ao já vivido. Portanto, fenômeno é aquilo que surge e se manifesta para uma consciência como resultado de uma interrogação (FINI, 1997).

Na fenomenologia, consciência é uma ação que envolve todo o ser, que tem como característica básica o estar voltado para (ROCHA, 1997). Consciência é intencionalidade que, de acordo com Dartigues (1973), é sempre “consciência de alguma coisa”. Ela só é consciência quando se dirige para um objeto.

A fenomenologia proposta por Husserl (1965) é uma volta ao mundo da experiência, pois esse é o fundamento de todas as ciências (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990). Mas a ciência não tem e não terá, jamais, o mesmo sentido de ser-com-o-mundo e de percebê-lo diretamente, porque a ciência, com toda sua metodologia e controle exercidos, é racional e explicativa.

Dessa maneira, a fenomenologia tem a preocupação de descrever o fenômeno, e não de explicá-lo, não se preocupando com o buscar de relações causais. A concentração será no sentido de mostrar, e não de demonstrar, e a descrição prevê ou supõe um rigor, pois fazendo uso da rigorosa descrição é que se pode chegar à essência do fenômeno (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990). O que interessa na descrição são os fenômenos que se manifestam, tais como são, para a consciência, pois a fenomenologia nada mais é que o estudo desse modo de aparecer das coisas para a consciência humana (BRONDI, 1997).

Fini (1997) afirma que, para o pesquisador, ao mesmo tempo em que o fenômeno lhe causa certa estranheza, ele também lhe é familiar, pois faz parte do seu “mundo vida”. Ela diz que a experiência de vida do pesquisador é que lhe permite interrogar o mundo e os fenômenos. Mas, segundo a autora, essa realidade não é ainda conhecimento, porque existem dúvidas que o pesquisador deve buscar responder, algo que ainda deve conhecer. É, nessa busca pelo conhecimento que o pesquisador vai seguir o caminho para a compreensão do fenômeno questionado.

Para a autora, nesse movimento da consciência, que é intencional, ou seja, a consciência movendo-se para o fenômeno, este é interrogado pelo sujeito por meio dos

sentidos e se mostra para esse sujeito com uma aparência que é uma primeira abordagem para a compreensão da essência. E, compreender a essência é voltar ao mundo do vivido enquanto tal.

É importante ressaltar que, durante essa trajetória, o pesquisador deve se situar no momento chamado *époché*, que significa suspensão de qualquer julgamento, ou seja, “dar um passo atrás” e parar com as formas familiares e comuns de olhar as coisas, as quais impedem que sejam vistas (MARTINS; BICUDO, 1983). Para Fini (1997), deve-se abandonar, ou deixar de lado, por enquanto, os pressupostos ou preconceitos estabelecidos *a priori*, a fim de permitir o encontro do pesquisador com o fenômeno.

De acordo com Fini (1997), a obtenção dos dados da experiência se dá por meio das descrições dos sujeitos que o vivenciam. Para ela, na pesquisa fenomenológica, os dados não são descobertos ou não existem *a priori*, mas constituem a experiência do sujeito que os vivencia. Os dados são, pois, as situações vividas pelos sujeitos, que são tematizadas por eles, conscientemente, nas descrições que fazem.

Na pesquisa fenomenológica, o dado é relatado de diferentes maneiras, pois o significado expresso pelos sujeitos sobre suas experiências pode variar de sujeito para sujeito fornecendo ao pesquisador um conjunto de significados (FINI, 1997).

Não há preocupação com o número de sujeitos. A representatividade numérica não cabe à fenomenologia, pois, segundo Fini (1997), não há preocupação com a quantidade de significados, mas procura-se qualidade diferenciada das percepções dos sujeitos sobre suas experiências.

Normalmente, em fenomenologia trabalha-se com um número menor de sujeitos, porque as descrições tendem a evocar significados percebidos como equivalentes pelo pesquisador a ponto de permitir que o fenômeno se mostre para ele (FINI, 1997).

De acordo com Minayo (1999), em uma pesquisa qualitativa, uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, permitindo certa reincidência das informações, sem desprezar as informações ímpares, considerando que, na sua homogeneidade fundamental, o conjunto de informações pode ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças. A trajetória da pesquisa é formulada dependendo da maneira como o fenômeno é interrogado, além do campo de estudo e do próprio fenômeno.

Nessa modalidade, as descrições são baseadas nas descrições “ingênuas” dos sujeitos com o propósito de trabalhar a essência do fenômeno individual por meio das

descrições (FINI, 1997). Nas descrições feitas pelo sujeito, o interesse não está em saber o que o sujeito pensa ou qual é sua opinião, mas aquilo que ele está experienciando (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990). Para Machado (1997), descrições “ingênuas” são aquelas vistas como naturais, espontâneas verbalizadas pelo sujeito.

De acordo com Martins, Boemer, Ferraz (1990), após a compreensão individual de cada descrição, o pesquisador busca as convergências ou invariantes, o aspecto comum que permaneceu em todas as descrições. Para tanto, são necessários quatro momentos diferentes de compreensão citados por Martins, Boemer, Ferraz (1990):

- Leitura da descrição do princípio ao fim sem buscar ainda qualquer interpretação ou identificar qualquer atributo ou elemento, a fim de chegar a um sentido geral do que está descrito.
- Depois de apreender um sentido, o pesquisador volta ao início e lê novamente o texto, agora tentando apreender unidades de significado, dentro de uma perspectiva e focalizando o fenômeno que está sendo pesquisado.
- Após obter unidades de significado, o pesquisador percorre todas as unidades identificadas e expressa o significado contido nelas.
- Finalmente, o pesquisador sintetiza todas as unidades de significado para chegar a uma estrutura ou essência do fenômeno.

Uma unidade de significado em geral é uma parte da transcrição cujas frases relacionam-se umas às outras para indicar momentos distinguíveis. Para Machado (1997), as percepções que os sujeitos têm da sua vivência passam a constituir as unidades de significados.

Para Fini (1997), o próximo momento é o da interpretação, que são as generalizações feitas a partir das convergências das unidades de significado que, entretanto, permanecem abertas à novas interpretações.

Não haverá preocupações em concluir, uma vez que o fenômeno estará sempre se desvelando e se ocultando, numa visão dialética (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990).

Nesse ponto, o pesquisador vai construir resultados a partir da sua interpretação, que para fenomenologia significa transcendência, ou seja, realizar uma reflexão sobre a própria reflexão (FINI, 1997). Comumente, os pesquisadores fenomenológicos buscam interpretar seus dados à luz de um referencial filosófico que fundamente o seu pensar.

A busca de compreensão jamais revela a totalidade do fenômeno, pois ele se dá sempre em perspectivas. O fenômeno não se esgota nos significados a ele atribuídos, por isso a pesquisa sempre prossegue e torna relativas todas as nossas compreensões (BRONDI, 1997).

Sendo assim, diante da minha vivência em terapia intensiva pediátrica, o fenômeno do processo de morte e morrer surge para minha consciência e se manifesta como resultado desta interrogação: Qual é a vivência do enfermeiro de unidade de terapia intensiva pediátrica no processo de morte e morrer?

Os sujeitos desta pesquisa tiveram garantia de sigilo baseado na Resolução n. 196. Como pesquisadora, assegurei a confiabilidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização, garantindo a não-utilização das informações em prejuízo dos sujeitos, até mesmo em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro (BRASIL, 2002).

As enfermeiras sujeitos da minha pesquisa se dispuseram a me conceder entrevistas que foram gravadas após concordarem e tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nas entrevistas, interroguei a vivência delas no processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva.

Já que a pesquisa fenomenológica busca a essência do fenômeno e as descrições do vivido dos sujeitos são uma das maneiras para se chegar a ela, foi por meio das entrevistas que dei continuidade à minha trajetória metodológica. Nessa fase, também busquei as convergências ou invariantes descritas pelos sujeitos, que foram realizadas após transcrições e leitura das entrevistas. As entrevistas cessaram quando se mostraram repetitivas.

Finalizadas as entrevistas, iniciei uma leitura mais atenta das descrições com o objetivo de compreender a vivência das enfermeiras no processo de morte e morrer da criança, focando, com isso, o fenômeno investigado.

Ao chegar à compreensão do fenômeno, iniciei a fase de interpretação. Durante essa fase, realizei a transcendência, construindo resultados a partir da interpretação realizada sem, contudo, ter a pretensão de concluir algo sobre o fenômeno, já que ele é inesgotável, dado seu caráter perspectival.

Minhas interpretações foram realizadas à luz do referencial filosófico de Alfred Schütz, no sentido de fundamentar meu pensamento, a partir das descrições dos sujeitos da minha pesquisa.

## 2.2 ENTREVISTAS E MEU CAMINHAR ATÉ AS UNIDADES DE SIGNIFICADO

Desde o início do estudo na busca pela compreensão da vivência do enfermeiro de unidade de terapia intensiva pediátrica no processo de morte e morrer e durante as entrevistas com minhas colegas de trabalho houve muitas dúvidas, angústia e, principalmente, aprendizado.

Para a realização das entrevistas, vivi momentos de ansiedade e expectativa. Ansiedade, por ter de realizar algo novo no qual dependia das pessoas, apesar de ter sido muito bem recebida por todas elas, e pela expectativa para ouvir a vivência de cada enfermeira sobre a morte e o morrer da criança em terapia intensiva.

Na escolha das pessoas que foram entrevistadas, optei por enfermeiros com experiência em terapia intensiva que tivessem vivência no processo de morte e morrer da criança nesta unidade, no sentido de relatar o vivido tal como ele se apresenta na sua vivência (CARVALHO, 1987). Não foi difícil, então, selecioná-las, pois havia trabalhado em um centro de terapia pediátrico, local onde surgiu minha inquietação sobre o fenômeno morte e morrer, bem como tinha um bom relacionamento com minhas colegas de profissão.

Assim, passei a contatá-las informando que o período de entrevistas para o meu estudo havia chegado – todas sabiam do estudo e da entrevista – e se haveria possibilidade de elas falarem sobre a vivência de cada uma no processo de morte e morrer da criança na terapia intensiva.

Uma de minhas dificuldades na realização das entrevistas foi conseguir um horário para as entrevistas, já que todas trabalham em esquema de plantão e em outros locais, tendo com isso uma carga horária grande e, conseqüentemente, pouco tempo para discutir ou verbalizar vivências da profissão. A outra foi saber ouvir meu sujeito da pesquisa. De acordo com Carvalho (1987), escutar a palavra do entrevistado não é ouvir por complacência ou misericórdia, não é ouvir mesmo por acaso ou coincidência, mas é tornar-se sensibilidade e intuição.

As entrevistas, assim, foram realizadas no local e no horário marcados pelas enfermeiras da minha pesquisa. Todas reclamaram um pouco sobre o uso do gravador, dizendo-se constrangidas, mas isso foi somente no início das entrevistas. No decorrer do tempo ficaram mais relaxadas e falaram com clareza sobre o objeto contido na minha questão norteadora: Qual sua vivência no processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva?



Apesar do discurso claro e fluido, foi necessário realizar, durante as entrevistas, outras questões para as enfermeiras, no sentido de manter uma continuação das falas, enriquecê-las e sanar minhas dúvidas e inquietação em relação à vivência do processo de morte e morrer da criança.

Antes de iniciar cada entrevista, ofereci o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que pudessem ler e assinar, concordando em participar do estudo. Perguntei também se gostariam que os discursos utilizados fossem identificados com o próprio nome ou com pseudônimos. Deixaram essa questão em aberto, não expressando empecilhos por utilizar o próprio nome. Assim, decidi por identificá-las por apelidos carinhosos já utilizados nas nossas conversas amistosas.

Após cada entrevista, elas foram transcritas, para que eu revivesse cada fala e também memorizasse as expressões enfáticas repletas de gestos e sentimentos descritos pelas enfermeiras conforme diz Merleau-Ponty (1971), citado por Carvalho (1987, p.19):

A linguagem está inserida no corpo, superando a dicotomia sujeito-objeto. O corpo, por sua vez, pode ser sintetizado com a afirmação de que 'tudo permanece nele'. Assim, a palavra não está separada do gesto, mas ela é, em verdade, 'um verdadeiro gesto'. O gesto designa, por si mesmo, o seu 'sentido', contendo um modo de estar no mundo e se oferece a uma compreensão. E, por conseguinte, o corpo enquanto lugar do 'fazer ver', também 'fala' e também se 'mostra'.

No decorrer das entrevistas e durante a leitura da transcrição delas, o fenômeno começou a se revelar quando os relatos começaram a se tornar repetitivos. Resolvi interromper as entrevistas na oitava enfermeira.

No passo seguinte, deu-se o início de um caminhar solitário: a leitura e releitura exaustiva de cada uma das entrevistas.

Durante esse trabalho, foi necessário entrar na "alma" das entrevistadas, fazendo o exercício de *époche*, para não conduzir este estudo com a minha visão de morte e morrer.

Nesse caminhar, comecei a buscar as unidades de significado de maneira mais ampla, procurando nas descrições as convergências, grifando o que achava relevante e escrevendo do lado da folha um tema para cada frase grifada. Em seguida, enumerei todos os temas encontrados com suas respectivas frases. Observei que muitas frases encaixavam-se em um mesmo tema. Resumi, então, fazendo um entrelaçamento até obter os temas mais coesos e significativos, surgindo, assim as unidades de significado.

Dessa maneira, conforme a abordagem fenomenológica, cheguei à fase em que o fenômeno se desvelou, realizando a compreensão da vivência do enfermeiro no processo de morte e morrer da criança em unidade de terapia intensiva pediátrica.

Passei, então, à fase de interpretação das unidades de significado a partir do referencial da fenomenologia sociológica de Alfred Schütz, sem a pretensão de chegar a alguma conclusão, uma vez que não há conclusão na pesquisa fenomenológica. O fenômeno é perspectival (FINI, 1997). Alfred Schütz foi escolhido como referencial por estudar a intersubjetividade do mundo social que, de acordo com Capalbo (1979), é constituído de “fatos sociais” em que as expressões da inteligência, da vontade e da afetividade não podem deixar de ser levadas em consideração, além de possibilitar a compreensão da vivência do outro como forma experimentada no conhecimento cotidiano e nos afazeres humanos.

### 3 SOCIOLOGIA COMPREENSIVA DE ALFRED SCHÜTZ

Ao trabalhar com terapia intensiva pediátrica, eu vivenciava com frequência o processo de morte e morrer de crianças. Essa situação vivencial me deixava intrigada, pois sentia emoções diferenciadas para cada criança hospitalizada que passava pelo processo de morte e morrer.

Minhas inquietações e o desejo de entender um pouco mais sobre o fenômeno morte despertaram em mim a curiosidade no sentido de compreender como os demais enfermeiros, que também trabalham com terapia intensiva pediátrica, vivenciavam a situação do processo de morte e morrer.

A partir de meu mundo-vida e refletindo sobre o fenômeno morte em crianças, minha angústia acentuou-se e uma série de conflitos pessoais foram despertados, deixando clara minha fragilidade diante da finitude dos seres humanos. Isso me leva a pensar que o enfermeiro tem uma ação subjetivamente significativa diante do processo de morte e morrer da criança.

Dessa maneira, a abordagem compreensiva de Alfred Schütz oferece um caminho para chegar a um conhecimento perspectival do processo de morte e morrer da criança, a partir da subjetividade das enfermeiras, consideradas sujeitos sociais.

Alfred Schütz nasceu em Viena em 1899. Estudou Direito e Ciências Sociais na Universidade de Viena. Faleceu nos Estados Unidos em 1959 (SCHÜTZ, 1972). Schütz (1972) embasa sua obra questionando e apoiando Max Weber no estudo sobre as ciências sociais que tem como principal função ser compreensiva, isto é, compreender o significado subjetivo da ação social. Ele também trabalha seu pensamento nas idéias de Husserl, fundamentando filosoficamente as ciências sociais, procurando saber o que é a sociologia nela mesma (CAPALBO, 1979).

Para Schütz, sujeitos sociais pertencem a um mundo social que, de acordo com Nascimento (1993), é o mundo cotidiano dos indivíduos que nele vivem; o significado desse mundo inclui tanto o observador social quanto o ator que nele age.

Para Capalbo (1979), o mundo social designa o meio em que o indivíduo se encontra no seio de seu tempo-espaço histórico-cultural; assim o sujeito é “de” um mundo social e o mundo social é sempre o mundo “de” um sujeito. Os sujeitos de minha pesquisa, que são as enfermeiras que trabalham em terapia intensiva, vivenciam o processo de morte e

morrer da criança envolvidas tanto pela cultura e conhecimentos adquiridos anteriormente como pelas experiências vividas juntamente com pais, crianças e demais profissionais da saúde.

Segundo Nascimento (1993), o investigador social, cujo campo de observação é o mundo social, trabalha com acontecimentos que possuem uma significação particular e uma estrutura pertinente para os seres humanos que vivem, pensam e agem nesse mundo. Nesse caso, o fenômeno morte era algo que me intrigava, que despertava em mim uma significação particular quando acontecia com crianças em terapia intensiva e, ao mesmo tempo, despertava a dúvida se isso também acontecia com outros enfermeiros pertencentes a este mesmo grupo social.

Schütz estuda a fenomenologia da ação social no sentido de compreender o comportamento social, ou seja, as condições e situação existencial de motivos que caracterizam essa ação (JESUS, 1999). Nesta pesquisa, o objetivo é justamente tentar compreender a ação de enfermeiras que estão inseridas em um mundo social restrito e complexo, tendo como rotina o processo de morte e morrer da criança.

Para Capalbo (1979, p. 28),

a tarefa da fenomenologia consistirá em mostrar como o outro, o mundo social, cultural, histórico e natural, ao invés de serem 'fatos' já constituídos para um sujeito, ao contrário, são constituídos pelo sujeito. Os 'fatos sociais' não são 'dados' objetivos, mas sim 'constituídos' ou 'fundados' pelos atos da consciência do sujeito.

Schütz (1972) define ação como uma atividade espontânea orientada para o futuro, de maneira consciente. Já a ação social ocorre quando duas ou mais pessoas atuam entre si, ou seja, as duas são participantes, estabelecendo uma ação cujo significado é subjetivo (JESUS, 1999). A profissional enfermeira tem uma ação particular diante do processo de morte e morrer da criança, conforme suas experiências anteriores, seus aprendizados, suas reflexões, sua cultura, bem como sua relação de intersubjetividade com as pessoas pertencentes a esse mundo social.

De acordo com Jesus (1999), significado é uma maneira de olhar para um aspecto de uma vivência que nos pertence. Vivência é fonte dos significados humanos que incluem momentos do tempo passado, presente e futuro. Assim, Schütz (1972) diz que o estabelecimento e a interpretação do significado estão pragmaticamente determinados na esfera intersubjetiva.

A relação de intersubjetividade se desenvolve no mundo – vida no qual nossas ações exercidas são eminentemente sociais, pois elas nos colocam em relação uns com os outros e o outro nos aparece em sua unidade e em sua totalidade (CAPALBO, 1979).

Para Schütz (1972), somente a partir da situação face a face, da vivência comum do mundo com os outros, é que se pode constituir o mundo intersubjetivo.

Schütz (1972) diz também que a experiência é uma síntese de nossas experiências, produzidas por uma construção passo a passo, tendo como elemento básico a intersubjetividade.

A vivência com as crianças, com os pais e com as próprias profissionais enfermeiras acontece em uma relação de intersubjetividade que se constrói passo a passo, e a partir dessa relação é que a enfermeira realizará as ações diante do processo de morte e morrer da criança. O que pode se verificar da fala de Capalbo (1979) é que a intersubjetividade é um “dado” intramundano sob o qual se ergue toda e qualquer atividade do eu de relação e da própria ciência social.

Diz a autora:

A experiência ‘com os outros homens como meus semelhantes e companheiros’ se faz em três níveis: com o mundo do predecessor que é vivido como modo passado, com o mundo do sucessor é vivido como perspectiva que se entreabre a um futuro, e o contemporâneo como aquele com quem realizo uma troca, um intercâmbio social atual (p. 18).

No mundo dos contemporâneos, ressalta-se a chamada relação face a face que de acordo com Schütz (1972) é a relação que se dá quando duas pessoas se encontram e uma alcança a experiência direta da outra. Para Nascimento (1993), nessa relação um participante está consciente da presença do outro, e vice-versa. Não é a simples percepção da presença do outro, mas a sua participação que constitui a relação social, a qual só é possível na realidade social diretamente vivenciada.

A relação social existe para mim se mantenho uma orientação-outro para meu companheiro e verifico se ele está também vivenciando uma orientação-outro para mim. Quando a experiência do outro flui paralelamente a minha, quando posso a qualquer momento olhar para o outro e captar seus pensamentos à medida que se produzem, posso dizer que estamos envelhecendo juntos. (SCHÜTZ, 1972)

A unidade de terapia intensiva passa a ser o mundo-vida, o mundo social de enfermeiros, crianças e pais. Por um determinado período acontece uma forte relação de

intersubjetividade entre estas pessoas, vive-se uma relação face a face, vivenciam-se as experiências do outro, envelhecem-se juntos, constituindo, dessa maneira, uma relação social.

Vive-se uma pura relação nós. É nessa relação que a intersubjetividade do mundo vida se desenvolve e se confirma constantemente; o fato é que o mundo-vida não constitui o mundo de um, nem o do outro, nem mesmo o mundo dos dois, mas o mundo de experiências de ambos (NASCIMENTO, 1993). A enfermeira vive uma relação “nós” com as crianças, com os pais das crianças e com os próprios colegas enfermeiros. É por estar inserida neste mundo social que suas ações sociais tornam-se significativas diante do processo de morte e morrer da criança.

Assim Capalbo (1979, p. 77) deixa claro que

o mundo da vida é intersubjetivo desde o início, nossas ações são eminentemente sociais, pois elas nos colocam em relação uns com os outros. No nível mais fundamental encontramos a comunicação e a relação ‘entre nós’ na situação ‘face a face’. Nela a intersubjetividade aparece em toda sua densidade, podemos ‘experimentalmente’ o outro na sua unidade e na sua totalidade na sua simultaneidade viva.

A relação face a face ocorrida com os sujeitos da minha pesquisa aconteceu de maneira fluida e espontânea, o que me permitiu compreender o significado subjetivo da ação da profissional enfermeira diante do processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva.

A compreensão foi possível porque o discurso das enfermeiras pesquisadas deixou clara a relação de intersubjetividade vivida entre elas, os pais das crianças e as próprias crianças. O mundo-vida da unidade de terapia intensiva pediátrica é rico em diversas culturas, em conhecimentos diferenciados e envolvidos em determinado tempo-espço que permite que na relação “nós” haja troca de experiências, de vivências. E essa relação com o outro é que permitiu que as enfermeiras descrevessem de maneira tão rica a vivência delas no processo de morte e morrer da criança.

## **4 MORTE E MORRER DA CRIANÇA: VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO**

As unidades de significados descritas a seguir surgiram de minha trajetória na busca de compreensão da vivência da enfermeira no processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva. Procurei colocar em suspensão minha vivência com o fenômeno, buscando penetrar no mundo-vida de cada sujeito e deixando prevalecer a vivência deles. Desse caminhar emergiram as unidades de significados apresentadas a seguir:

- a) combatendo a morte;
- b) sentindo impotência diante da morte;
- c) recusando a morte inesperada;
- d) vivendo a história da criança;
- e) sofrendo pela morte da criança;
- f) sentindo alívio com morte da criança grave;
- g) vivenciando a dor junto com os pais;
- h) aumentando a sensibilidade com a maternidade;
- i) colocando “armadura” contra o sofrimento.

A partir de então, inicio a compreensão dos discursos no sentido de buscar entendimento para minhas inquietações, interpretando-os à luz do referencial de Alfred Schütz e de alguns outros autores.

### **4.1 COMBATENDO A MORTE**

A fala das enfermeiras de minha pesquisa mostra que, profissionalmente, existe um esforço para tentar salvar uma criança da morte. Uma parada cardiorrespiratória, por exemplo, faz uma equipe voltar a atenção para a criança em questão, no sentido de evitar que a criança venha morrer. Os sentimentos, muitas vezes, são de tristeza quando não há possibilidade de ressuscitação e de alívio, de bem-estar, quando existe melhora da criança em estado grave.

É o que mostra os seguintes discursos:

*Então eu tenho muita dificuldade de trabalhar com crianças que estão à beira de uma morte. Eu gosto de Centro de Tratamento Intensivo, de terapia intensiva em criança exatamente porque é algo que você pode fazer para tentar salvar. Mas quando a gente vê que não tem jeito, eu me sinto muito mal, muito mal em saber que tudo que foi feito já não tem mais resposta. (Rafa)*

*Agora, chegando um paciente previamente hígido dentro da unidade e de repente faz uma parada cardíaca e não consegue voltar, as pessoas ficam em torno daquele paciente para tentar fazer com que ele volte à vida [...] Lili*

*Quando a criança começa a responder, ou mesmo assim ainda está grave, mas está mais estável, a gente sente alívio e vê que aquilo que a gente está fazendo está surtindo efeito. (Gi)*

O discurso dessas enfermeiras mostra que conviver com a morte da criança não é fácil e nem aceitável, mas trabalhar em terapia intensiva, por ser um local “que você pode tentar salvar”, é uma maneira de tentar combater a morte, o que faz com que elas se sintam bem, sintam-se aliviadas quando existe recuperação da criança hospitalizada.

A partir do avanço da medicina, o homem também começou a pensar e a tentar combater a morte, já que esta amedronta e angustia toda humanidade. Em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, os esforços parecem maiores no sentido de salvar a vida da criança. Para Rezende *et al.* (1996, p.146),

*avanços tecnológicos e de conhecimentos médico-biológicos determinaram a ‘medicalização’ social e fizeram do ser humano consumidor de cuidados de saúde. Todavia não afastaram a angústia do homem diante da morte, apesar da parafernália da ‘tecnologização’ da saúde. A ciência não pôde curar o homem da morte e nem do medo que ela suscita.*

Combater a morte é algo aprendido social e profissionalmente pelas enfermeiras, já que pertencem a uma sociedade ocidental que não aceita a finitude do homem. Capalbo assim se posiciona sobre essa não-aceitação (1979, p. 39)

*Recebemos a maior parte de nossos conhecimentos em formas aceitas pelo grupo, através de nossos pais, professores e das pessoas mais velhas em geral. Recebemos uma certa visão de mundo e uma série de tipificações e modos de tipificar, geralmente admitidos no seio do grupo social onde nascemos e crescemos: são os costumes e hábitos, maneiras típicas de se comportar para alcançar certos fins típicos.*



Assim, vivendo essa realidade social, a enfermeira age na tentativa de salvar a criança da morte utilizando a tecnologia presente na unidade de terapia intensiva e não deixando de lado sua bagagem histórica e social adquirida com o decorrer do tempo.

De acordo com Schütz (1972, p.16),

as ciências culturais devem, por tanto, ocupar-se de valores. Mas só podem fazê-lo adequadamente em função de um ciência objetiva dos valores. Esta, por sua vez, só pode originar-se de uma filosofia da história. [...] Nossos valores determinam nosso ponto de vista.

As enfermeiras vêm de uma história acadêmica e social em que os valores colocados são para que façam o possível para salvar vidas. A morte de uma criança desencadeia sentimentos de perda. Quando alguma criança sobrevive à doença grave, com risco de morte, o sentimento é de alívio e bem-estar.

#### **4.2 SENTINDO IMPOTÊNCIA DIANTE DA MORTE**

A vivência de enfermeiras em terapia intensiva pediátrica é cercada de dor, de impotência, de desânimo. Um sofrimento que elas, muitas vezes, levam para sua vida particular e que também dificulta na execução do cuidado, já que todos os esforços dispensados foram em vão, além de sempre ter o pensamento que algo mais poderia ter sido feito, numa tentativa acirrada de combater a morte.

Outra vivência dessas profissionais refere-se à dificuldade de motivar a equipe de enfermagem, de maneira geral, a cuidar de uma criança sem nenhuma expectativa de vida. Ninguém quer cuidar de uma criança quase cadáver. Os sentimentos de impotência e finitude ficam escancarados no leito desses pacientes. As seguintes falas retratam o sentimento de impotência das enfermeiras diante da morte:

*Mas quando a gente começa a fazer as coisas e aí a impressão que dá é que a impressão não, na verdade a criança não está respondendo, você começa a sentir uma impotência [...] (Gi)*

*De chegar em casa e estar arrasada, ou de chegar para ir para dar o plantão e saber que você está diante de um caso grave, de uma leucemia que*

*não tem cura, de um tumor gigantesco no sistema nervoso ou o que for, algo que você vê que não tem expectativa, que já foi feito tudo e chegar no plantão e ainda trabalhar com esta criança, para mim é complicado. (Rafa)*

*[...] você está vendo que ela [a criança] está partindo, então você não consegue salvar, eu sinto um pouco de impotência, porque a criança está partindo e você não consegue salvar. (Gi)*

*[...] você faz, faz, faz e a criança está morrendo, você não está conseguindo segurar... Então você vai se sentindo impotente, como se tudo o que eu soubesse não estivesse adiantando, não estava conseguindo ajudar a criança. E a criança morre. (Gi).*

*[...] mas também existe aquele desânimo intenso das pessoas na hora que o paciente, a impotência quando o paciente vai a óbito. Então os profissionais se sentem impotentes. Eu não consegui fazer você viver. (Lili)*

*Eu acho que a frustração é quando você acha que teria mais coisas para fazer e não foi feito. (Jô)*

*Mas quando eu estou diante de um leito de CTI em que já foram feitos todos os esforços e aquela criança não responde, dá uma frustração violenta como pessoa, como enfermeira e você já tentou fazer tudo que você tinha, e você já não tem mais e a criança não responde, é muito ruim, muito, muito ruim. [...]. (Rafa)*

*[...] o paciente em morte cerebral, como eu vou lidar com este paciente e com a família deste paciente, as pessoas não sabem o que fazer? Existe uma dificuldade grande nisso. O funcionário vai cuidar do paciente como se fosse um boneco ali, né? Vão estar tratando ali um boneco, já está morto mesmo teoricamente, mas não consegue se aproximar mais, não consegue conversar com o paciente em coma **depasse** por exemplo, não consegue conversar e é sabido que espiritualmente esta pessoa está 'ligada' né? (Lili)*

O discurso das enfermeiras mostra que existe um sentimento ruim quando a criança morre. Trabalham no sentido de salvar a criança, e não de perdê-la. Quando a criança passa, então, pelo processo de morte e morrer, a impotência e o desânimo aparecem com todo vigor. Não há aceitação da morte, não há aceitação do fim.

Para Schütz (1972, p.111),

*[...] a configuração total de nossa experiência é uma síntese de nossas experiências já vividas, produzidas por uma construção passo a passo. A esta síntese corresponde um objeto total, a saber, o conteúdo do nosso conhecimento no aqui e agora.*

As enfermeiras vivenciam a morte de maneira muito próxima e freqüente. O sentimento de impotência aparece diante de inúmeros casos vividos de tentativa de salvar a

criança da morte cujo resultado foi em vão. Dessa maneira, elas lutam para salvar a criança mesmo tendo consciência de que existe um fim, mas sentem-se frustradas diante de casos em que não houve melhora.

De acordo com o autor, as vivências do outro ocorrem simultaneamente com minhas próprias interpretações subjetivas de suas palavras e gestos. O corpo da criança “fala”, “expressa” o processo de morte e morrer, fazendo com que as enfermeiras vivenciem esse processo com toda sua bagagem histórica, social e profissional na luta para combater a morte e sentindo-se impotentes diante desta.

No discurso em que Lili fala da morte cerebral e da dificuldade de cuidar dessa criança, Rezende *et al.* (1996) auxilia no entendimento quando diz que o modelo biológico-racionalista, predominante entre os profissionais de saúde, procura “desritualizar” a finitude do ser humano e, assim, a insere no rol dos eventos que devem ser enfrentados por meio de atitudes impessoalizadas.

A equipe de enfermagem não quer cuidar de um morto-vivo. Ela sofre com a constatação de que a morte é inevitável, está encoberta pelo empenho em adiá-la mais e mais com ajuda da medicina e da previdência, e tem esperança de que isso talvez funcione (ELIAS, 2001).

Mesmo sabendo que a morte é um fenômeno do ser vivo, as enfermeiras tentam, de todas as maneiras possíveis, combater a morte. O sentimento de impotência torna-se mais evidente diante de casos em que houve tentativas exaustivas e em vão de luta contra a morte.

### **4.3 RECUSANDO A MORTE INESPERADA**

Quando uma criança doente há algum tempo falece, aflora uma cascata de sentimentos de tristeza, de perda, de impotência, de frustração, de medo. Mas a morte súbita de uma criança previamente hígida é algo quase inaceitável para a profissional enfermeira, conforme os seguintes discursos:

*Mas a criança que chega conversando e rindo e brincando, na hora em que ela piora de repente aí é traumatizante da mesma forma. (Lê)*

*Que vem de mal súbito, que não estava esperando, a criança adoece de repente e morre de repente, assusta tanto a família quanto a equipe. (Jô)*

*O que me marca muito é enquanto mãe e não enquanto profissional é as questões das coisas súbitas [morte súbita]. Uma criança hígida até então que de repente evolui com quadro grave e vai a morte. Isto é uma coisa que me assusta muito. (Jô)*

*[...] quando era uma criança de assim uns 5 anos, que não tinha nenhuma história assim antes e acontece alguma doença grave e a criança falece, eu acho muito mais difícil porque os pais não estavam esperando, eu não, eu não consigo lidar direito com a morte da criança e com os pais. (Gi)*

As enfermeiras entrevistadas relatam como a morte súbita assusta. Isso se deve ao fato de que uma morte inesperada alerta a todos que estão à volta que existe um fim, que a humanidade é finita e que pode acontecer a qualquer momento, sem muitas vezes ter o “aviso” da doença.

De acordo com Schütz (1972) a antecipação de uma ação futura é muito vaga e indeterminada em comparação com a coisa real quando esta finalmente ocorre, e isto é certo tanto a respeito de uma ação racional como de qualquer outra. A morte repentina de uma criança desestrutura tudo o que foi planejado, esperado e desejado para ela. Isso assusta a enfermeira, que também tem planos para o futuro, e reafirma de maneira transparente que não existe hora e nem idade para morrer.

A morte, por si só, é terrivelmente assustadora para o ser humano. A morte repentina amedronta a enfermeira de tal maneira que, faz com que ela reflita sobre sua própria finitude, sobre a de seus familiares. De acordo com Bellato (2001), é essa compreensão, característica própria do humano e implícita já no dado pré-histórico que, longe de se refletir em aceitação, o leva a revoltar-se contra sua inelutável finitude, ávido de uma imortalidade que desejaria realizar.

Para a enfermeira, a morte repentina de uma criança desestrutura toda a equipe e a família do morto, já que morrer de repente não tem as características clássicas de adoecer, manter-se hospitalizada para tentar manter a vida e passar pelo processo de morte e morrer. Esse tipo de morte comove a enfermeira de terapia intensiva pediátrica, que a considera traumatizante. De acordo com Morin (1997, p. 327) há uma classificação de luta contra a morte:

*Todos os métodos de luta contra a enfermidade se prolongam em métodos de luta contra a velhice. Todos os métodos de luta contra a velhice se prolongam em métodos de luta contra a ‘bela’ morte. Todos os métodos de luta contra o acidente se prolongam em métodos de luta contra a morte ‘feia’.*

Por mais complicado que seja o processo de morte e morrer de uma criança que estava hospitalizada e o decorrer da doença a leva ao óbito, uma morte súbita assusta, amedronta, dói muito mais na enfermeira por ser considerada, na verdade, uma morte “menos esperada”.

#### 4.4 VIVENDO A HISTÓRIA DA CRIANÇA

A profissional enfermeira muitas vezes se envolve com as crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva por passar a conhecer a história de vida dessas crianças, os familiares, o motivo da internação e simplesmente pelo fato de serem crianças. Mas esse envolvimento pode ser doloroso para a profissional que se apegou a uma criança que foi a óbito. A enfermeira sofre, então, pela perda da criança, pela dor dos pais e pela sua própria finitude.

Este trabalho foi desenvolvido em uma unidade de terapia intensiva que também recebia neonatos, e ficou em evidência que as crianças despertam nestas profissionais um sentimento maior de perda e de sofrimento, pela própria história de vida anterior com a família, diferente do neonato que, apesar de ser esperado e desejado, não participou da rotina familiar.

*[...] o pediátrico ele já chega lá com uma vivência de vida, ela [a criança] já chega lá com foto, a mãe leva foto, leva os brinquedinhos, você conhece a família dele, porque acaba a família frequentando o setor, então você conhece como era aquela criança em casa. (Lê)*

*[...] mas como não se envolver com uma criança? É difícil. Algum laço ali você tem com aquela criança, e você não consegue ser totalmente fria com uma criança, não deixa de formar um certo laço. (Jô)*

*[...] logo que eu entrei no Santa Rita [Hospital], essa criança deveria ter uns sete anos, ele se envolveu com mais duas crianças com uma arma de fogo de um tio e a arma disparou e este menino tomou um tiro na cabeça. Ficou muito tempo no centro de terapia intensiva, e passou por uma cirurgia. Ele recuperou aos poucos, é, o primeiro contato que ele teve foi comigo, ele conversou comigo primeiro, então eu me envolvi demais. Levava iogurte para ele, ajudei ele a começar a caminhar, participei dos trabalhos da fisioterapia, da fonoaudiologia junto com ele, este menino veio a piorar, ele apresentou crise convulsiva, piora do padrão respiratório, retornou para o*

*centro de terapia intensiva e ele veio a falecer comigo. Então, isso me marcou muito, eu não esqueço, esta foi a primeira morte que eu presenciei, disso eu lembro até hoje, desta criança. Então, a partir daí meu sentimento já mudou, eu parei de me envolver com os pacientes. (Ju)*

*Na terapia intensiva, a gente sente bastante a morte das crianças menores, mas não é tanto quanto o menino que já foi em casa e voltou, né? O menino que já foi em casa, já vivenciou com os pais, já tem aquela afetividade é muito pior para a gente, esta relação de ver o sofrimento do pai, o sofrimento da família em relação com a morte e à vezes acontece, como acontecia na oncologia, às vezes o sumiço de algum profissional de perto da criança por conta deste deparo dele com a própria morte, né? Esta dificuldade dele ver a própria morte vendo a morte da criança e o sofrimento dos pais. Então existe um afastamento [...] (Lili)*

*Existe grande dificuldade, principalmente com os pacientes pediátricos porque é um paciente que já foi em casa, já tem um vínculo familiar e existe uma dificuldade muito grande disto. Então quantas e quantas vezes a gente já entrou com os pais, os pais chorando e a equipe inteira chorando, daquela dor que os pais estão sentindo a gente começa a estar sentindo também junto com eles aquela dor. É muito difícil. (Lili)*

*[...] você fica muito ligada à criança, porque você vive a história que ela viveu nas fotos, tem mãe e pai que trazem vídeo de aniversário. E infelizmente quando acontece dele morrer, a gente sente mesmo, sente muito, fica todo mundo triste, fica todo mundo abalado, a noite acaba. (Lê)*

*Quando os bebês que acabaram de nascer morrem com a gente é diferente das crianças maiores porque os bebês não têm relação de família ainda. É uma criança esperada, mas não tem o vínculo familiar que tem a criança maior. (Ju)*

O discurso das enfermeiras mostra que elas se envolvem com as crianças. Elas passam a conhecer, a vivenciar, a se relacionar com criança e com seus pais. Conhece os familiares, os coleguinhas, a escolinha, o animal de estimação, o mundo-vida da criança pelas fotos. Diante do sofrimento da criança e dos pais, a enfermeira também sofre. Sofre pela perda que os pais têm, pela criança e pela sua própria finitude.

Para Schütz (1972), uma vez suposta a existência do tu, já se tem o domínio da intersubjetividade. O indivíduo vivencia, então, o mundo como algo compartilhado por seus congêneres, quer dizer, como um mundo social. Para o autor, quando tenho uma vivência de você, esta é, todavia, minha própria vivência. Nessa simultaneidade de consciência envelhecemos juntos

A enfermeira vivencia, então, uma relação de intersubjetividade; ela envelhece junto com as crianças hospitalizadas, ela participa do mundo da criança por meio dos familiares, dos brinquedos, das falas, dos gestos.

De acordo com Schütz (1972, p.192),

[...] uma pessoa colocada dentro do alcance de minha experiência direta quando ela compartilha comigo uma comunidade de espaço e uma comunidade de tempo. Uma comunidade de espaço quando está presente em pessoa e eu tenho consciência dela como tal. E uma comunidade de tempo quando sua experiência flui paralelamente a minha.

A enfermeira toma consciência da criança e vice-versa, ambas estão inseridas em um mundo-social em que a enfermeira vivencia o processo de morte e morrer da criança, de maneira sofrida, havendo uma troca de experiências tanto com a criança quanto com seus pais.

O compartilhar do mundo social no processo de morte e morrer da criança pode ser compreendido, conforme Rodrigues (1983, p. 24):

Aproximar da consciência da morte não se iguala à experiência da morte do próximo, à de um ser ao qual se está afetivamente ligado, com o qual se constituiu um 'nós', com o qual se edificou uma comunidade que parece romper-se. Na medida em que esta comunidade é, de algum modo, eu mesmo, experimento algo de morte dentro de mim.

Na vivência do processo de morte e morrer da criança, em que houve uma relação de intersubjetividade entre a enfermeira e a criança, Bellato (2001) diz que, diante do morrer do outro, vemo-nos confrontados com nossa própria finitude na qual estão expressos o temor, a revolta diante do inelutável, e a angústia que provoca a agonia do moribundo.

É em decorrência da relação face a face que a enfermeira tem acesso à vida da criança, o que permite, então, vivenciar com ela todo sofrimento decorrente do processo de morte e morrer. A enfermeira vivencia essa situação de maneira muito clara, relacionando sempre essa angústia e sofrimento com sua própria vida.

#### **4.5 SOFRENDO COM A MORTE DA CRIANÇA**

A fala das enfermeiras nos diz que não existe aceitação da morte de uma criança. Muitas vezes, os sentimentos se misturam em dar alívio para a criança que está à beira da morte ou ficar cuidando de uma criança seqüelada, vegetando, mas viva.

O sentimento de perda em relação a uma criança é muito maior que de uma pessoa idosa. Quando a criança morre, surge o questionamento: Por que aconteceu com a criança que tinha uma vida inteira pela frente? Por que criança tem que morrer? Esses questionamentos vão novamente despertar também os sentimentos de não-aceitação, de impotência, de perda, de finitude da enfermeira e de toda sua família, conforme os discursos citados:

*Quando me falaram que a menina tinha morrido, eu não aceitava de jeito nenhum. Mesmo sabendo que o final dela ia ser este, eu não estava preparada para ouvir aquilo naquele momento. Então assim me marcou bastante, eu sofri muito. (Ana)*

*[...] um sentimento de perda mesmo de uma vida, de um menino que não passou por nada ainda, que simplesmente morreu do nada, sem ninguém pudesse fazer nada por ele. (Ju)*

*Pela visão de saber que acabou e ela é uma criança e ela estaria no início da vida dela e de repente acabou a vida. (Rafa)*

*Porque tão inocente, tão pequena, porque que tem que passar por todo um sofrimento, toda uma angústia e porque que tem que morrer tão cedo. (Dani)*

*Porque a criança não merecia ter rompido, porque a gente não está acostumada com isto, a gente está acostumada a nascer, crescer, desenvolver, procriar, envelhecer e morrer, e como é que este negócio acaba antes de passar por todo este processo, porque que foi antes, porque que tinha que acontecer com aquela criança, porque não aconteceu com um idoso, porque aquela leucemia não foi com uma senhora de 80 anos. Então é complicado isto. Ela já viveu e essa criança não viveu isto tudo, então isto é muito complicado para mim, aliás, eu te diria que na terapia intensiva é o que mais me incomoda, ter que preparar o corpo, ter que saber que não tem mais nada para fazer, é muito ruim. (Rafa)*

*Seja ela qual for a doença, porque que não poderia ser diferente, porque que não poderia ser uma pessoa que tivesse vivido mais, e lá ele coitadinho cinco anos. (Rafa)*

*Perder um filho não é fácil. Porque é uma parte de você ali que está indo embora. Às vezes você sabe que aquela criança está precisando ir [morrer], está sofrendo mas você tem um certo 'egoísmo' que você quer, quer pra você, entendeu? Você quer para você. Às vezes, racionalmente você pensa que é melhor morrer mesmo, que ficar tetraplégico, que ficar com paralisia cerebral e tudo, ficar sofrendo, você não quer que ele sofra, você quer que ele morra ao invés de ficar sofrendo, mas lá no fundinho, no fundinho, no seu egoísmo de tudo, você queria aquela pessoa mesmo assim com você, para você ter ela. É uma coisa assim meio doentia, mas de vez em quando passa isso na cabeça da gente sabe? (Jô)*



Esta claro no discurso que a enfermeira sofre com a morte de uma criança. Sofre também ao ver o sofrimento dela em um leito hospitalar, mas, quando a criança passa pelo processo de morte e morrer, surge questionamentos em vão, conforme descreve Zaidhaft (1990, p. 105):

A morte de uma criança, atualmente, é a que desperta maior dor entre os que ficam (pelo ciclo de vida que não se teria cumprido? Por ela ser desprotegida? Por ser o símbolo de nossa imortalidade que se vai?) talvez as regras todas sejam exatamente por conta da dor despertada pelo morrer de uma criança e nosso pasmo frente as suas perguntas, para as quais não temos resposta.

Os questionamentos surgidos também vão de encontro ao ciclo de vida aprendido pela sociedade, que é nascer e morrer na velhice, e na tentativa das ciências médicas que busca não só a longevidade da população, mas, principalmente, aniquilar com a morte, conforme as palavras de Bellato (2001, p. 54):

A medicina desnuda a morte buscando munir-se, através dela, de conhecimentos e de técnicas para ludibriar, ou pelo menos adiar, a finitude humana. Assim, morrer de velhice passa a ser considerada forma de morte natural. Por consequência, todas as outras maneiras de se morrer são consideradas contra a natureza e, por isso, mortes desnecessárias.

A dor maior da enfermeira diante da morte da criança ocorre muitas vezes por causa do fim de uma vida que estava no início, da interrupção da infância, do não saborear as mudanças da adolescência, de não passar pela fase de trabalho, casamento, filhos, de não poder desfrutar uma boa velhice. Enfim, de uma vida cheia de promessas, sendo uma delas, quem sabe, a cura para a morte. Elias (2001, p. 77) retrata muito bem o sentimento das pessoas diante da morte da criança quando diz: “É terrível quando pessoas morrem jovens, antes que tenham sido capazes de dar um sentido às suas vidas e de experimentar suas alegrias.”

De acordo com Schütz (1972), o corpo é espacial, não meramente no sentido de que seja um objeto físico ou fisiológico, mas, sim, no sentido que é um objeto psicofísico, quer dizer, um campo de expressão de suas vivências. A enfermeira sofre pela morte da criança ao tomar consciência que aquele corpo tão pequeno retrata justamente que o fim chegou mais cedo diante de uma vida inteira preconizada pela cultura de morrer na velhice.

#### 4.6 SENTINDO ALÍVIO COM A MORTE DA CRIANÇA GRAVE

A morte também pode ser vivida, com menor frequência, como alívio para o sofrimento. Fica claro que por mais que a enfermeira sofra com a morte da criança, ela também não se sente bem ao vivenciar o sofrimento da criança e muito menos o sofrimento dos pais dela. Conviver com uma criança doente e sem expectativa de melhora faz com que a enfermeira se sinta aliviada quando essa criança vai a óbito, pois ela acredita que a morte traz alívio para o sofrimento de dor, de vida vegetativa, de doenças crônicas.

Muitas vezes, a enfermeira passa por uma situação de luta consigo mesma, já que ela deseja a morte de uma criança, o que vai contra todos os seus preceitos de combater a morte, mas o sofrimento da criança e o da família é tão grande que a morte passa a ser um alívio, apesar de todo o sofrimento, agora da perda, como pode ser percebido nas seguintes falas:

*[...] quando a gente se vê diante de casos tão graves, a criança com sofrimento de dor, com sofrimento de drenos, com prótese, com oxigênio em casa, aí você fala – ‘Será que essa morte não vai ser bom porque ele vai parar de sentir isto tudo, será que não é muito egoísmo da gente querer que esse menino fique com essa família mas nessas condições, será que não está na hora dele realmente subir, ir embora’? (Rafa)*

*[...] tem hora que a gente não aceita, mas diante de alguns casos de tanto sofrimento, você até pede para que vá e vá com Deus, para que não fique nesta mexeção. (Rafa)*

*[...] se tem menino que é todo sindrômico, que não tem expectativa de vida e prognóstico nenhum, e o povo fica investindo nos meninos e você fica pedindo pelo amor de Deus pro menino ter sossego. É esta a palavra. Para ele ter sossego e para os pais terem sossego. Que às vezes é um menino que está totalmente dependente, vegetando numa cama, é esta a palavra. Não conecta com nada, respira através de aparelhos e dá um trabalhão para os pais, apesar de que, a mãe e o pai não enxergam isto, claro que não, eles querem mais é a vida do filho. Mas eu acho que por este lado os pais ficam egoístas, eles se culpam às vezes por os filhos estarem desta forma, então eles querem mais que os filhos vivam. Mas não é desta forma. Aí a gente já estava pedindo para um menino deste nem ficar com a gente. A gente pede mesmo que descanse. Eu acho que tem que ser isto. (Ju)*

*Quando você tem uma criança que você sabe que é inviável, uma criança que está sofrendo muito, de uma certa forma te abala, mas não te abala tanto, né? Você fica com pesar, mas às vezes você fala assim: ‘Graças a Deus descansou, foi embora, por tanto que sofreu.’ (Jô)*

*[...] a gente que trabalha em centro de terapia intensiva sabe que tem certas patologias que o final é a morte. Então, assim, tem vez que a gente fica até pedindo pelo amor de Deus para aquela criança morrer, porque o sofrimento é muito grande. (Ana)*

*Se a criança estava grave, tão grave a ponto de deixá-la sequelada, eu falava assim: 'Não, ela tem que morrer mesmo, porque ela está muito sequelada, a família vai sofrer, a criança vai sofrer, então você, claro você fazia tudo ali para a criança sobreviver, mas se ela não sobrevivia, você falava assim: 'Oh! foi melhor para todo o mundo daquele jeito.' (Lê)*

*[...] Deus é tão grande, é tão generoso, será que não são os desígnios também, será que não era a hora daquela pessoa? Porque às vezes a pessoa vai parar no melhor médico, no melhor pronto atendimento e ela morre. Era a hora dela. Não adianta ela ir no melhor médico e no melhor pronto atendimento porque ali era a hora dela. (Jô)*

As enfermeiras, em seus discursos, dizem que existe um momento em que elas vão contra tudo o que aprenderam cientificamente. Isso se deve à dor sentida por elas diante de uma criança sofredora no processo de morte e morrer. Muitas vezes a patologia é tão grave que deixa seqüelas tão intensas que a possibilidade de manter uma vida sem sofrimento com qualidade é praticamente nula. Diante desses casos, as enfermeiras desejam a morte como alívio para aquela situação complicada.

De acordo com Schütz (1972, p. 202),

*como observador direto, posso captar não somente as manifestações exteriores sim também os processos nos quais se constituem as vivências conscientes que estão por trás delas. Isto é possível porque as vivências do outro ocorrem simultaneamente com minhas próprias interpretações subjetivas de suas palavras e gestos.*

As enfermeiras vivenciam, numa relação de intersubjetividade com as crianças que estão no processo de morte e morrer, todo seu sofrimento de dor, de tristeza. Elas percebem, pelos gestos, expressões, fâcias e até mesmo pelo conhecimento científico, que existe um grande sofrimento na criança gravemente enferma. De acordo com Schütz (1972), na imediatez espacial do outro, seu corpo está presente para mim como um campo de expressão de suas vivências. É por essa relação de intersubjetividade, pela percepção da vivência sofrida com a patologia, que a enfermeira chega a desejar a morte como alívio para a criança.

Para Nascimento (1993), a situação biográfica de cada indivíduo é, assim, sedimentada pelas experiências humanas anteriores, organizadas e interpretadas segundo sua

reserva de conhecimento disponível. A enfermeira, diante de uma situação de sofrimento, de casos de patologias sem expectativa de uma vida de qualidade, luta contra suas próprias vivências adquiridas ao longo de sua vida social e acadêmica. Por mais dolorosa que seja a morte, existe um momento em que ela é desejada, no sentido de aliviar o sofrimento da criança, de sua família e da própria enfermeira.

E é nesse momento de grande angústia para a enfermeira que a morte como finitude pode se apresentar como possibilidade mais concreta e próxima para aquelas pessoas doentes hospitalizadas que são portadoras de doenças crônicas incuráveis (BELLATO, 2001).

#### 4.7 VIVENCIANDO A DOR JUNTO COM OS PAIS

As enfermeiras, em seus discursos, dizem que um dos momentos mais marcantes para elas é quando se deparam com os pais da criança morta. Existe um grande receio até de falar com esses pais depois que a criança morre. Nessa hora, há uma fuga da unidade de terapia intensiva, a enfermeira não quer encarar os pais da criança, não quer ver o sofrimento, o desespero estampado no rosto deles. Nesse momento, o sofrimento, a dor e a angústia que a enfermeira sentia por aquela criança que estava em cuidados intensivos são transferidos para as pessoas mais próximas da criança, que são os pais. É como se houvesse um alívio pelo sofrimento da criança e que esse sofrimento passa a ser, agora, dos pais. A enfermeira vivencia essa situação de maneira muito real porque se coloca e presencia um momento muito difícil, como mostram as seguintes falas:

*[...] para mim, uma das coisas mais difíceis, quando morre uma criança aqui no centro de terapia intensiva, é quando entram os pais [...]* (Gi)

*Eu acho que é um processo muito difícil que para mim, porque assim eu não sei o que eu falo para eles. A impressão que eu tenho é que tudo o que eu falar naquele momento eles ou não vão estar ouvindo ou eles devem pensar assim: 'O que ela está falando que vai me ajudar, não vai trazer meu filho de volta.'* (Gi)

*[...] quando eles entram, eu realmente saio. Saio, deixo eles chorando, eles lá no momento de luto deles, eu não consigo ficar perto, eu não dou, eu não consigo mais dar palavra de apoio porque eu já não sei mais o que falar para eles. Eu acho isto muito difícil, uma parte que eu não sei trabalhar direito. É a morte da criança e em relação à família.* (Gi)

*Na verdade, eu não falava nada, nem uma palavra assim, nem tentativa de conforto, porque eu não conseguia achar uma palavra para tentar confortar o desespero que o pessoal estava sentindo. (Gi)*

*Mas eu não quero ter que preparar este corpo, eu não quero ter que ver o pai sofrendo [...] (Rafa)*

*[...] quando você vai preparar o corpo, vai dar a notícia e vê os pais naquela situação, menina, não tem coisa pior. (Rafa)*

*[...] é muito complicado a gente lidar com isso, na hora lá [que um paciente morre] a gente não sabe o que que fala para os familiares, a gente sabe que quer falar, mas é difícil de você passar isto para aquela pessoa, entendeu? (Ana)*

*[...] até a morte dela, foi a Lorraine e foi muito triste, eu não estava lá no dia em que ela morreu, graças a Deus! Eu pedi muito para não estar lá, por causa dos pais. Muitas crianças eu pedia para não estar lá por causa dos pais [...] (Dani)*

*Acho que o meu problema maior é com os pais, na hora de falar assim: 'É não deu, seu filho morreu.' A minha incapacidade, que às vezes eu vejo, é com os pais, com a família da criança. (Dani)*

*[...] mas meu problema maior eu acho que é com os pais. A incapacidade assim com os pais, de falar com eles, de dar um conforto na hora da morte. Porque antes a gente conversa, a gente fala, a gente conforta, mas na hora da morte mesmo eu não me sinto confortável em dar conforto para eles. (Dani)*

*Ainda mais quando você sente algo com os pais antes, muitas vezes quando eu tinha contato com os pais o máximo que eu podia fazer era dar um abraço, eu não falava nada, eu me sentia incapaz de falar qualquer coisa, dava um abraço [...] (Dani)*

*Quando tem óbito, eu não preparo o corpo, não fico muito próximo porque é como eu já te falei, fica mais pesado, a gente sofre mais, você tem um tanto de sentimento para com a família, você relaciona o sentimento deles com o seu. (Lê)*

*[...] mas na hora que acontece o fato e o menino morreu, dar a notícia para a família, ficar próximo do sentimento da família, isto pesa bem mais. (Lê)*

*Então, eu me senti incapaz de confortar porque não existia, não tem conforto para você dar para uma mãe na hora da morte de seu filho, acho que não existe. Você pode falar: 'Eu sinto muito, Meus pêsames, Queria que não fosse assim', mas não dá, não vai trazer o filho de volta, a dor dela não vai deixar de ser maior. (Dani)*

*Ver uma mãe falando do amor que ela tem por um filho, quando ela perde acho que não tem conforto. (Dani)*

As falas das enfermeiras mostram o desconforto que sentiram ao encarar os pais da criança que morreu. É um incômodo tão grande que elas não querem nem se encontrar com os pais, e quando isso acontece sentem que não existem palavras ou gestos que possam confortar a perda de um filho. Elas vivenciam de tal maneira com os pais o processo de morte e morrer da criança, que quando ocorre o óbito não querem nem mesmo preparar o corpo, ou desejam que a criança não faleça no plantão delas para não terem de sofrer a perda com os pais.

Na intencionalidade vivente dessa experiência “te ‘compreendo’ sem prestar necessariamente atenção alguma nos atos de compreensão mesmos. Isso ocorre porque vivo no mesmo mundo que tu, vivo nos atos de compreender-te” (SCHUTZ, 1972). A enfermeira sofre juntamente com os pais das crianças porque vivencia com eles, participa do mundo, da realidade de sofrimento, de angústia. Durante o processo de morte e morrer da criança, a incapacidade das enfermeiras de encarar os pais ocorre porque elas compartilham, compreendem a dor vivenciada por eles ao perder um filho.

A enfermeira compreende a dor vivida pelos pais porque também não aceita a morte nem da criança e nem a sua própria. Para Rodrigues (1983, p. 24), [...] “a morte do outro evocará sempre minha própria morte; ela testemunhará minha precariedade, ela me forçará pensar os meus limites”. A enfermeira, muitas vezes, não quer presenciar a situação de compartilhar a morte da criança com os pais por temor de também vivenciar isso algum dia.

As enfermeiras e os pais, de acordo com a fala de Schütz (1972, p. 172),

[...] estão no mesmo mundo de realidade social diretamente vivenciada: o mundo que me rodeia no meu Aqui e Agora corresponde ao que te rodeia no teu Aqui e Agora. Meu Aqui e Agora te inclui junto com tua consciência de meu mundo, tal como eu e meu conteúdo consciente pertencem a teu mundo no teu Aqui e Agora.

Pais e enfermeiras vivenciam a mesma realidade social de sofrimento. Compartilham o processo de morte e morrer da criança de maneira mútua. As experiências, as vivências se fundem direcionadas num mesmo olhar de dor e sofrimento.

#### 4.8 AUMENTANDO A SENSIBILIDADE COM A MATERNIDADE

Essa unidade de significado apresentou uma particularidade que considerei uma situação biográfica, já que todas as pessoas entrevistadas foram do sexo feminino, sendo que, coincidentemente, quatro delas são mães ou estavam grávidas.

Assim, foi possível experienciar que a fala das enfermeiras mostra que a maternidade muda a visão em relação à morte da criança, muda no sentido de prestar mais atenção nos pais, nos momentos difíceis por que eles estão passando vendo seus filhos à beira da morte. É como se elas vivenciassem a situação de morte da criança como se fosse a de seu próprio filho, sentindo a dor da perda, sofrendo junto com os pais e relacionando-a com sua finitude e a da sua família.

*[...] hoje grávida, não preparo corpo, não consigo. Morreu eu deixo para as pessoas prepararem, eu não consigo ficar muito próximo, porque ele ficou pesado, bem mais pesado. (Lê)*

*[...] depois que eu engravidei, que fui mãe eu já comecei a ter este sentimento [de perda] mais aflorado dentro de mim de novo porque nem tanto para com a pessoa que morreu, mas sim com a família [de quem morreu] a mãe e o pai principalmente, porque eu fico me vendo no lugar deles. (Ana)*

*Eu vivi isto solteira, sem ser mãe. Você sente, sente pela perda do outro e tudo, mas depois que você vira mãe, você consegue se colocar no lugar da outra, visando à outra, à perda, à dor da perda da outra. (Jô)*

*Eu fiquei muito mais sensível agora que sou mãe. (Ju)*

*E depois que eu engravidei e tive meus filhos, aí eu já comecei a me envolver não tanto com as crianças, meu carinho para com as crianças e para com o centro de terapia intensiva ele mudou, mudou muito, principalmente com os pais, minha relação com os pais mudou mais ainda. Então eu tento me colocar na posição deles, como eu sentiria no lugar deles se meu filho estivesse ali, passando por aquilo tudo e correndo risco de vida e principalmente se eu tivesse de me deparar com a morte de um menino desses me colocando no lugar de meus filhos. (Ju)*

*E como é no centro de terapia intensiva neonatal e pediátrico a gente lida diretamente com criança, com recém-nascido, então você reflete ali o que a mãe dele [criança] está sentindo no momento dele estar ali. (Lê)*

*Acho que isto dá uma baqueada boa na gente, dá uma baqueada boa na vida da gente também, pra gente pensar que o filho da gente não está isento disto e muito menos a gente. (Jô)*

As enfermeiras dizem que existe uma mudança de sentimentos na vida delas após a maternidade. A sensibilidade fica mais aguçada, muitas vezes em relação aos pais da criança. Elas vivenciam e sofrem de maneira mais intensa, junto com eles, a perda do filho.

A profissional enfermeira que é mãe vivencia de maneira diferente o processo de morte e morrer da criança. Ela relaciona, muitas vezes, sua experiência vivida com a criança e com os pais antes e depois da sua maternidade. Suas ações, seu olhar, passam a ser diferenciados não no sentido de negligência para com o cuidado, mas no sentido de vivenciar o processo de morte e morrer da criança como se fosse o de seu próprio filho. A dor dos pais passa a ser a dor dela. Aquilo que antes da maternidade já lhe causava desconforto, agora passa a ser real, mais sofrido. Schütz (1972, p. 68), em seu discurso, afirma:

Minha ação tal como ocorre me apresenta como uma série de vivências existentes e presentes, vivências que nascem e morrem. A ação a que tendo me apresenta como uma série de vivências futuras. Meu ato terminado, completado me apresenta como uma série de vivências terminadas que contemplo em minha memória.

Para Rezende *et al.* (1996, p.146),

os enfermeiros interagem profissionalmente, como um ser-no-mundo. Seu universo profissional situa-se num mundo humano relacionando-se, portanto, socialmente. Antes de profissionais são seres sociais e, como tal, também participam das representações coletivas sobre a morte e o morrer.

Por serem ser-no-mundo, as enfermeiras que são mães vivenciam juntamente com os pais das crianças o processo de morte e morrer delas. Nesse momento o sentimento materno sobressai, e a enfermeira vivencia a morte da criança hospitalizada como a morte de seu filho.

A experiência vivenciada pela enfermeira juntamente com os pais das crianças é algo tão forte e concomitante que, de acordo com Schütz (1972), “não somente te vivencio conscientemente, mas, sim, vivo contigo e envelheço contigo.” Para o autor, na intencionalidade vivente da relação social direta, os participantes estão face a face, suas correntes de consciência estão tão sincronizadas e engrenadas umas às outras que cada uma delas atua de forma imediata sobre a outra.

A finitude da enfermeira e a de seu filho fica evidenciada cada vez que ela passa pelo processo de morte e morrer da criança. Ela também é retratada de maneira artística por meio da *Pietà* de Michelangelo – a mãe em prantos com o corpo de seu filho continua



compreensível como obra de arte, mas dificilmente imaginável como situação real (ELIAS, 2001). Por mais que a enfermeira sofra essa vivência de perda com pais de crianças hospitalizadas, por mais que ela veja a finitude de seu filho esculpida em uma obra de arte, ela não consegue aceitar a morte.

#### 4.9 COLOCANDO “ARMADURA” CONTRA O SOFRIMENTO

As enfermeiras discursam que o convívio com a morte freqüente fez com que elas criassem maneiras de não sofrer diante da morte de crianças alheias, passando a conviver com o sofrimento das pessoas de maneira mais superficial, na tentativa de não se envolver e não colocar esse sofrimento na vida pessoal. Deixaram claro que em relação ao cuidado profissional não houve mudanças.

Essa defesa por parte das enfermeiras se deu depois de sofrerem muito junto com as crianças e seus pais, numa tentativa de fuga mesmo, já que a parte emocional ficava muito abalada. Com isso, elas podiam trabalhar sentindo-se melhor emocionalmente, como mostram os seguintes discursos:

*É depois de várias experiências de ter visto pessoas morrerem eu me tornei uma pessoa fechada. É parece que a gente coloca uma armadura na gente para que isto não nos atinja. (Ju)*

*A gente tenta se preservar profissionalmente porque se a gente for envolver caso por caso a gente pira, né? (Jô)*

*Aí, com o passar do tempo, fui ficando fria com relação a este sentimento [de perda]. As crianças, as pessoas iam morrendo, e assim eu não tava nem aí mais, morrer, morreu. (Ana)*

*A gente não acostuma, mas durante o processo às vezes a gente acaba fazendo coisas por impulso, cuidando de uma forma que a gente meio que quer esconder o que que está na nossa frente meio por defesa. (Dani)*

*[...] antes eu via mais como profissional, deixava o lado mais emocional de lado, é como se morresse, morreu. No outro dia era como se nada tivesse acontecido. Você não se relaciona muito com a situação, com o envolvimento familiar, o sentimento familiar, você não participa deste processo. (Lê)*

*[...] quando você se depara com o paciente em morte cerebral, como a gente está tendo, você vê um afastamento maior do pessoal da área de saúde.*

*Existe um afastamento para proteção própria de como lidar com aquela situação. (Lili)*

*Esta dificuldade existe, e a gente sente certinho que a gente fez uma barreira de contato com aquele paciente. Por exemplo, eu adoro fulaninho, adoro Henrique por exemplo, Henrique é um menino que vive aqui com a gente, a gente tem aquela ligação afetiva com ele, ele morre, aí a gente faz a barreira para não sofrer. Isso é muito comum de acontecer. Todo mundo faz um pouco disso e eu também faço um pouco deste exercício para poder não haver sofrimento, não haver envolvimento com a situação. (Lili)*

*[...] você se torna mais madura e tenta fazer com que as coisas não atinjam a gente e aí você consegue conviver com a morte das pessoas. Eu acho que toda enfermeira é assim, se não você não consegue sobreviver na sua profissão, porque você tem que lidar com a morte todos os dias [...] (Ju)*

*[...] às vezes o sumiço de algum profissional de perto da criança por conta deste deparo dele com a própria morte, né? Essa dificuldade dele ver a própria morte vendo a morte da criança e o sofrimento dos pais. Então existe um afastamento [...] (Lili)*

Nesses discursos percebe-se que as enfermeiras não querem sofrer pelas crianças que passam pelo processo de morte e morrer. Elas vivenciam a morte no cotidiano, por isso sofrer, vivenciar cada perda é uma situação muito desgastante. Com o passar do tempo, elas se tornam mais maduras e tentam não se envolver tanto com as crianças para que não sintam tanto a realidade da finitude humana.

De acordo com Schutz, uma ação é consciente no sentido de que antes que a realizemos teremos em nossa mente uma imagem do que vamos fazer (SCHUTZ, 1972). A enfermeira, então, tenta praticar uma ação consciente de não se envolver com a morte da criança para fugir da verdade exposta, que é o limite humano, que é a própria finitude.

O processo de morte e morrer da criança, seu sofrimento como ser humano são vivências quase rotineiras para os enfermeiros. Essas rotinas o desgastam de tal forma profissional e emocionalmente que, conforme diz Elias (2001), a visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a idéia de sua própria morte.

A situação face a face pressupõe uma simultaneidade que duas correntes de consciência separadas têm uma com a outra (SCHUTZ, 1972). A enfermeira, numa relação de intersubjetividade com a criança que está no processo de morte e morrer, vivencia seu sofrimento, o que traz à tona outras vivências, e como mecanismo de defesa ela constrói uma barreira no sentido de não sofrer diante dessa situação.

Assim, a enfermeira constrói uma proteção, uma armadura para que ela não se depare continuamente com sua finitude, para que ela não se desestruture diante de cada caso de criança que passa pelo processo de morte e morrer.

## 5 REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE MORTE E MORRER

Realizar uma pesquisa tendo como assunto a morte foi algo intrigante desde o início, com o surgimento de minha inquietação quando ocorria de eu vivenciar o processo de morte e morrer da criança hospitalizada em terapia intensiva, local onde desenvolvia minhas atividades como enfermeira.

Sentia que o processo de morte e morrer da criança era algo diferente. Acompanhar uma criança doente, hospitalizada mesmo diante de casos graves ou doenças crônicas, era algo muito esperançoso. Todas as atenções profissionais e tecnológicas ficavam voltadas para aquela criança. Havia uma verdadeira luta contra o fim daquele paciente tão jovem. Pensava-se sempre em recuperação, quase nunca na morte. Sabia que todo ser é para a morte, mas de uma criança, que situação complicada de aceitar!

Diante desta minha angústia surgiu a inquietação: Como será que os demais enfermeiros vivenciam essa situação?

Dessa maneira, comecei minha busca solitária nos livros, no sentido de estudar mais sobre a morte. A compreensão da evolução do ser humano me levou a conhecer que a morte nem sempre foi temida. Havia um laço entre a vida e morte, uma continuação da vida após a morte que não desesperava quem permanecia vivo; havia quase uma garantia de reencontro.

Com o passar do tempo, com o chegar da cultura, dos pensadores, da individualização humana, das ciências médicas e da modernização, a visão sobre a morte sofreu sérias transformações. A morte então colocou o homem numa situação não imaginada, numa situação de sofrimento ao decretar que para ele havia um fim.

A partir de então, o homem passou a enxergar a morte como inimiga. Voltou muito de sua atenção no sentido de aniquilá-la. Aquele que antes falecia em casa, junto da família e dos amigos, passou a morrer em um leito hospitalar, longe das pessoas queridas, mas perto de pessoas desconhecidas, que têm como objetivo adiar a tenebrosa finitude.

Os profissionais enfermeiros são, então, pessoas que rotineiramente vivenciam a morte. A partir de minha vivência e da minha inquietação diante do processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva, fui em busca de outras colegas enfermeiras para que pudessem descrever, em forma de entrevista, qual era a vivência delas diante do processo de morte e morrer da criança, no sentido de compreendê-las diante dessa situação.

Após a realização das entrevistas e diante de relatos ricos em experiências vivenciadas pelas enfermeiras, o fenômeno se desvelou, o que me possibilitou encontrar nove unidades de significados interpretados à luz do pensador Alfred Schütz.

Assim, pude compreender que a enfermeira gosta de trabalhar em terapia intensiva justamente por causa da tecnologia e da possibilidade de cura, mas luta contra a morte da criança com muito afinco. Sente-se confortada quando uma criança consegue se recuperar, mas sente-se triste e impotente quando ela morre.

As mortes inesperadas assustam, e muito, a enfermeira em razão de sua característica trágica e, principalmente, por mostrar que a sua própria finitude e a de seus familiares pode estar muito próxima.

Por ser criança, esse tipo de paciente tem quase um dom de cativar as pessoas. Com a enfermeira isso não é diferente. Ela, muitas vezes, se envolve com as crianças que passam pelo processo de morte e morrer, vivenciando com ela, com seus familiares, a dor desse momento, além de confrontar sua própria dor.

Assim, quando acontece de a criança morrer, a enfermeira sofre sua morte. Sofre por ver nela sua finitude, por ser apenas uma criança que não teve tempo de desfrutar os prazeres da vida e por não ter passado pelo ciclo de vida estipulado pela sociedade, que é nascer, crescer, procriar, envelhecer e morrer.

Mas também existem situações em que a enfermeira deseja a morte de uma criança. Isso ocorre quando o sofrimento dela é tão grande que a única possibilidade de diminuir sua dor é com o acontecimento da morte. Apesar de ir contra toda sua história cultural, a morte de uma criança sofredora traz alívio para essa profissional.

Diante do processo de morte e morrer da criança, muitas vezes, a enfermeira mantém maior contato com os pais. Isso se dá porque ela fica cara a cara com o sofrimento dos pais, vivenciando junto com eles o sofrimento e a perda da criança, além de enxergar neles sua própria dor.

Percebi que a maternidade, dom da vida, modifica o olhar da enfermeira diante do processo de morte e morrer da criança. Elas se colocam em situações antes e depois da maternidade e percebem que a experiência de ter um filho as tornam mais sensíveis, mais fragilizadas, colocando-se sempre no lugar dos pais, como se a perda daquela criança fosse a perda da sua própria criança.

Outra situação demonstrada é que a morte causa tanto desconforto no ser humano que a enfermeira tem de aprender a lidar com ela fazendo uma barreira, uma proteção. O

discurso mostra que a enfermeira não quer sofrer diante de cada caso de criança que passa pelo processo de morte e morrer; chega determinado momento em que ela não mais vivencia a situação como se fosse dela. Ela passa a vivenciá-la de maneira mais afastada, um pouco indiferente com os sentimentos alheios, não de maneira tão envolvente como anteriormente, mas nunca deixando de lado o cuidado com as crianças e com seus familiares.

Sem querer concluir, já que o fenômeno é inesgotável, de caráter perspectival, pude compreender que a enfermeira vivencia o processo de morte e morrer de acordo com a situação apresentada, mas mantendo como princípio combater a morte. Ela é um ser que vivencia de tal maneira o sofrimento da criança, dos pais, dela própria até determinado momento que a clareza da finitude faz com que ela se distancie para poder continuar trabalhando sem sofrer tanto com cada criança que passa pelo processo de morte e morrer.

Nos discursos das enfermeiras também foi possível sentir que elas interagem intersubjetivamente com as crianças, com os pais, com a equipe de enfermagem. Cada uma vem com um acervo histórico e cultural em relação à morte e que continua em construção por trabalhar em um local repleto de situações que as fazem refletir enquanto vivenciam com as crianças o processo de morte e morrer. Percebi que os pensamentos e as ações delas vão se modificando nessa relação enfermeira-criança-pais, em que “envelhecem juntos”. As enfermeiras são ser-com, que vivenciam o processo de morte e morrer com as crianças, muitas vezes de maneira diferenciada, mais madura, mas não sem se envolverem ou se emocionarem completamente com o sofrimento de um ser tão pequeno e com o de seus pais.

Senti que por mais que as enfermeiras vivenciem a morte de maneira rotineira e com o passar do tempo de maneira mais distante, há sempre um processo de morte e morrer da criança em que o envolvimento será maior por algum motivo particular, por alguma afinidade, afeição ou sensibilidade. Assim, senti também que estudar a morte é algo que ajuda, e muito, a trabalhar com sua presença constante, mas, por ser a morte um fenômeno com caráter perspectival, poderá ocorrer um processo de morte e morrer da criança em que a vivência será de maneira mais sofrida, mais dolorosa. Desse modo, este trabalho se abre para novas perspectivas, outras vivências, compreensões e interpretações diversas para vivência do enfermeiro no processo de morte e morrer da criança.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, Torcata. *Prevenção do câncer cérvico-uterino: uma compreensão fenomenológica*. 1997. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.
- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogah, 1989.
- BATISTA, Rodrigo Siqueira. O médico diante da morte. Perspectiva de discussão ética com Base na Filosofia de Immanuel Kant. *Revista da FMT*, Florianópolis, v. 3, n.1, p. 18-22, fev.2001.
- BELLATO, Rosenev. *A vivência da hospitalização pela pessoa doente*. 2001. 210 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. Sobre a Fenomenologia. In: BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha (Org.) *A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. 2. ed. Piracicaba: Unimep, 1997. cap. 1, p. 15-22.
- BOEMER, Magali Roseira; VALENTE, Sílvia Helena. A sala de anatomia enquanto espaço de convívio com a morte. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 53, n.1, p. 99-108, jan./mar. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual operacional para comitês de ética em pesquisa*. Brasília: Série CNS – Cadernos Técnicos, série A. Normas e Manuais Técnicos, n.133, 2002.
- BRONDI, Maria Lúcia. *O tema da morte enquanto possibilidade de acesso à dimensão existencial do educando*. 1997. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.
- CAPALBO. Creuza. *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz*. Rio de Janeiro: Antares Universitária, 1979.

CARVALHO, Anésia de Souza. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CRUZ, Claudia *et al.* O "pacote" e a enfermagem: análise crítica de uma cena de morte. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 53, n. 3, p. 467-471, jul./set.2000.

DARTIGUES, André. *O que é fenomenologia*. Tradução de Maria José J. G. de Almeida. Rio de Janeiro: Eldorado, 1973. Original francês.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos, seguidos de envelhecer e morrer*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. Título original: *Über die einsamkeit der sterbenden*.

FERNANDES, Josicelia Dumêt *et al.*. De portas fechadas com a morte. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 25-38, set./dez. 2001.

FINI, Maia Inês. Sobre a pesquisa qualitativa em educação, que tem a fenomenologia como suporte. In: BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha (Org.) *A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. 2. ed. Piracicaba: Unimep, 1997. cap. 2, p. 23-34.

HORTA, Ana Lúcia de Moraes *et al.* Criança com doença terminal: reações da família, assistência prestada e dificuldades sentidas pelo enfermeiro de unidade pediátrica. São Paulo, 1987. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 27-38, abr. 1989.

HUSSERL, E. *A filosofia como ciência de rigor*. Trad. Albin Beau. Coimbra: Atlântica. 1965

JESUS, Maria Cristina Pinto de. *Educação sexual: o cotidiano de pais e adolescentes*. Juiz de Fora: Feme, 1999.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998. Original inglês.

LOPES, Regina Lúcia Mendonça *et al.* Fenomenologia e a pesquisa em enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 49-52, maio 1995.



LUNARDI FILHO, Wilson Daniel *et al.* Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 3, n. 3, p. 60-81, set/dez. 2001.

MACHADO, Ozeneide Venâncio de Mello. Pesquisa qualitativa: modalidade fenômeno situado. In: BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha (org.) *A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. 2.ed. Piracicaba: Unimep, 1997. cap. 3, p. 35-46.

MAGALHÃES, Zídia Rocha; SANTOS, Geralda Fortina dos; CALDEIRA, Walda da Penha. Morte nas instituições de saúde: uma abordagem ética. *Enferm. Rev.*, Belo Horizonte, v.2, n.4, p. 15-19, dez. 1995.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. *Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação*. São Paulo: Editora Moraes, 1983.

MARTINS, Joel; BOEMER, Magali Roseira; FERRAZ, Clarice Aparecida. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa – algumas considerações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 33-47, ago. 1990.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da percepção*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1971.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MORIN, Edgar. *O homem e a morte*. Tradução de Cleone Augusto Rodrigues. Rio de Janeiro: Imago, 1997. cap. 1, p. 23-38. Original francês.

NASCIMENTO, Estelina Souto do *et al.* Morte e criança. *Rev. Min. Enf.*, Belo Horizonte, v. 3 (1/2), p. 32-40, jan./dez., 1999.

NASCIMENTO, Estelina Souto do. *O cotidiano em saúde-doença de crianças escolares*. 1993.141 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca *et al.* Preparo do corpo pela equipe de enfermagem (reflexões a partir de objetos pessoais que identificam um ser humano). *Enfermagem Brasil*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 302-308, set./out. 2003.

PITTA, Ana. *Hospital dor e morte como ofício*. 5. ed. São Paulo:Hucitec, 2003.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de *et al.* *Ritos de morte na lembrança de velhos*. Florianópolis: editora da UFSC, 1996.

ROCHA, Maria Alice de Castro. O falar como expressão do ser na visão de Merleau-Ponty. In: BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha (Org.) *Joel Martins... um seminário avançado em fenomenologia*. São Paulo: EDUC, 1997. p. 97-111.

RODRIGUES, José Carlos. *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Achiamé. 1983. p. 296.

SANTOS, Geralda Fortina dos. A morte sob a ótica da racionalidade. *Enferm. Rev.*, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 59-65, out. 1993.

SCHUTZ, Alfred. *Fenomenologia del mundo social*; introducción a la sociologia comprensiva. Tradução de: Eduardo J. Prieto. Buenos Aires: Paidós, 1972. Título original: *Der sinnhafte aufbau der sozialen welt*.

SEGRE, Marco. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In: COHEN, Cláudio. *Bioética*. 2. ed. São Paulo: Edusp, 1999. p. 23-29.

SOUSA, Emiliani Maria de; ALMEIDA, Maria Filomena P. V. A enfermagem interagindo com pais em situação de morte perinatal: uma visão fenomenológica. *Enfermagem Brasil*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 302-308, set./out., 2003.

ZAIDHAFT, Sérgio. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora. 1990.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – ENTREVISTAS

#### ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA ANA

##### **Questão norteadora: Qual sua vivência no processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva?**

Quando eu era pequena, eu tinha muito medo da morte, da morte em si não, mas de quem já morreu, isto tudo por influência da minha mãe, que também tinha este medo pavoroso, então passava para mim. Aí, resolvi me ingressar na carreira de Enfermeiro, né? Fui trabalhar na área da saúde. Para mim, para lidar com aquele defunto que eu tinha que estudar foi uma dureza danada. Tanto que até a professora fez um trabalho separado comigo, para eu ir me aproximando para poder seguir adiante. Aí, eu fui vendo que não tinha nada haver, que pelo menos morte nestas pessoas que eu nem conheço não tinha nada haver. Aí, quando eu comecei a trabalhar na área da saúde, quando eu entrei no hospital para trabalhar como acadêmica eu fiquei assim, é muito apegada a uma senhora bem velhinha que estava lá, e fiz amizade com ela, ia e conversava com ela e coisa e tal. Quando foi um belo dia que eu cheguei lá, a dona na estava mais lá no leito dela. Aí eu cheguei e perguntei cadê d. Maria, aí eles viraram e disseram d. Maria morreu. Então esta foi minha primeira experiência com a morte de uma pessoa que eu conheci, e assim foi muito triste, fiquei muito sentida, assim foi dolorido, parecia que era uma pessoa da minha família que tinha morrido, eu senti uma perda, uma perda mesmo, parecia que tirou uma pessoa da minha família.

Aí, com isso, com o tempo eu fui amadurecendo, fui aprendendo mais a lidar com isto, até que eu entrei para trabalhar no CTI pediátrico. A minha primeira experiência com morte de uma criança também foi muito triste porque esta criança ela tava internada, ela tinha hidrocefalia e a mãe simplesmente largou ela lá. Então assim não tinha ninguém para visitá-la e acabou que eu tomei as dores. Ia levava coisas para a menina, sabia que aquela menina não ia ter um final muito feliz. Então assim o pouco que ela pode viver e que eu pude ajudar eu ajudei. Aí, um belo dia, cheguei lá também para trabalhar, a menina tinha morrido. Aí, quando me falaram isto, assim, sabe, parecia também que era até uma pessoa da minha família porque eles estavam fazendo é assim: ‘Oh! Você conta para ela, não você conta’. Eles estavam tentando arranjar uma pessoa para me dar notícia de que ela tinha morrido. Aí, foi desse jeito, quando me falaram que a menina tinha morrido, eu não aceitava de jeito nenhum, mesmo sabendo que o final dela ia ser este, eu não estava preparada para ouvir aquilo naquele momento. Então assim me marcou bastante, eu sofri muito. Aí, com o passar do tempo, fui ficando fria com relação a este sentimento (de perda). As crianças, as pessoas iam morrendo e assim eu não tava nem aí mais, morrer, morreu. Aí foi quando eu comecei me interessar pela religião Espírita, comecei a ler livro, por mim mesmo, por minha vontade e conta na doutrina Espírita que a pessoa não morre, né? Ela passa para uma outra dimensão e realmente eu acho que isso deve existir, entendeu? Então eu era muito fria com relação a este sentimento, depois que eu engravidei, que fui mãe eu já comecei a ter este sentimento (de perda) mais aflorado

dentro de mim de novo porque nem tanto para com a pessoa que morreu, mas, sim, com a família (de quem morreu) a mãe e o pai principalmente, porque eu fico me vendo no lugar deles. Então, assim é muito complicado a gente lidar com isso, na hora lá (que um paciente morre) a gente não sabe o quê que fala para os familiares, a gente sabe que quer falar, mas é difícil de você passar isto para aquela pessoa entendeu? Então assim é um assunto muito polêmico e que ao meu ver hoje em dia, eu acho que a morte é simplesmente a passagem desta vida para o outro lado que com certeza um dia eu acho que a gente vai encontrar.

### **Como você se sente em relação à criança que está em processo de morte?**

Com certeza, que a gente sofre. A gente sabe que a criança vai morrer, mas também depende da criança. Igual por exemplo, a gente que trabalha em CTI, sabe que tem certas patologias que o final é a morte. Então assim, tem vez que a gente fica até pedindo pelo amor de Deus para aquela criança morrer, porque o sofrimento é muito grande. Então assim, nesta parte a gente é muito fria, nem sei se é frieza do meu lado ou o quê que é, entendeu? Então quando morre, assim eu não sinto nem um pingo de pena, não sei se é esta frieza que a gente fala que tem, eu fico até com medo, será que sou uma pedra, será que eu não tenho sentimento. Então é isso, é complicado.

## **ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA DANI**

### **Questão norteadora: Qual sua vivência no processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva?**

Quando eu fiz a escolha de trabalhar em pediatria, eu fiz porque eu gostava de criança, mas eu não tinha a idéia do que eu ia viver lá dentro não. Eu até no começo eu assustei com coisas que eu vi. A primeira criança que eu peguei morrendo, apesar de não ter acompanhado, foi nos primeiros dias, eu via uma criança morrendo, então eu fiquei bastante assustada porque eu gosto de criança, mas eu gostava de criança viva, poderia ser doente, mas eu nunca tinha visto uma criança morrer. Então, aí eu tive aquela coisa assim: ‘Será por que, né? Porque tão inocente, tão pequena, porque que tem que passar por todo um sofrimento, toda uma angústia e porque que tem que morrer tão cedo?’ Mas foi indo e agente, não acostuma, mas durante o processo às vezes a gente acaba fazendo coisas por impulso, cuidando de uma forma que a gente meio que quer esconder o quê que está na nossa frente meio por defesa. E às vezes que eu via que eu estava usando isto até me corrigia porque eu acho que a gente não tem que tratar a criança, o paciente como um objeto nem por defesa. Mas muitas vezes numa parada, num procedimento assim de correria às vezes que você tem que agir rápido, você acaba muitas vezes esquecendo do que está ali na sua frente que é uma criança, que é um paciente. Às vezes tem pai perto e você tem aquele desespero de tirar pais. Então assim no começo eu fiquei superassustada, mas conseguia conversar com os pais direito no processo, a gente sabia o quê estava acontecendo, o que me deixava indignada era a mentira de alguns profissionais de dar esperança, esperança que a gente sabia que não existia para o pai, e aí o pai vinha falar para a gente: ‘Eu tenho fé que meu filho vai sair daqui’. Acho que por mais que a gente sabe que a fé não pode morrer nunca, eles davam falsas esperanças, eles podem não tirar elas, mas você aumentar a esperança e fé de um pai, eu acho que isso eles não podem fazer não, eu acho que isto só causa mais sofrimento. Então assim, um caso que eu vivi no começo quando eu entrei lá que foi o da Lorraine, então ver o sofrimento dos pais dela, com profissionais médicos que deram esperança de que ela ia andar de bicicleta, que ela ia sair, aquilo tudo para mim, eu tava no comecinho, acho que tinha dois meses que eu estava ali,

quando a Lorraine chegou no hospital, né? Eu entrei na instituição e ela entrou no mesmo dia que eu e depois de dois meses vendo o pai dela e a mãe dela naquele sofrimento, achando que a filha... e aí foi a única vivência que eu peguei uma criança, que apesar de ser um pouco maior ne! Até o final, até a morte dela, foi a Lorraine, e foi muito triste, eu não estava lá no dia em que ela morreu, graças a Deus! Eu pedi muito para não estar lá porque, por causa dos pais. Muitas crianças eu pedia para não estar lá por causa dos pais, a gente acaba tendo uma empatia e aí... por fim agora quando eu saí desta instituição foi uma outra mãe, do Zinho que morreu, também logo que eu saí de lá, também eu pedia todo dia para o Zinho não morrer no nosso plantão porque eu não ia conseguir olhar para a mãe dele, porque a gente conversou bastante, eu dei muita força para ela, eu já tava naquela fase que eu conseguia ajudar a mãe, tentar confortar e tal, mas eu não teria coragem de olhar para a mãe. Acho que o meu problema maior é com os pais, na hora de falar assim: 'É não deu, seu filho morreu'. A minha incapacidade, que às vezes eu vejo, é com os pais, com a família da criança. E para a criança eu tento fazer o máximo que eu posso para confortar, para acalmar, para diminuir a dor mas às vezes a gente chora escondido, a gente sofre meio calado assim, mas meu problema maior eu acho que é com os pais. A incapacidade assim com os pais, de falar com eles, de dar um conforto na hora da morte. Porque antes a gente conversa, a gente fala, a gente conforta, mas na hora da morte mesmo eu não me sinto confortável em dar conforto para eles.

**O que você sente em relação aos pais que te dá esta incapacidade de chegar neles?**

Eu acho que o sofrimento... Eu sou louca com criança, sou louca para ser mãe. E a incapacidade que eu vejo é porque assim, eu não sou mãe ainda e eu já tenho um amor para os meus futuros filhos bem antes deles existirem. Eu acho assim que... ver uma mãe falando do amor que ela tem por um filho, quando ela perde acho que não tem conforto. Não existe conforto que vai diminuir a dor daquela mãe, sabe! Então assim, eu me sinto incapaz pela própria incapacidade mesmo, acho que não existe uma coisa que vai trazer o conforto maior para aquela mãe, por mais que o filho tava sofrendo, parou de sofrer, foi melhor assim, Deus quis que fosse assim, mas e o porquê. Eu acho que para uma mãe sempre fica o porquê tirar ele de mim. A mãe do Zinho mesmo falou uma vez comigo que quando ela engravidou, ela teve eclampsia, ela desmaiou, ficou ruim no CTI, o Zinho nasceu prematuro, falaram para a família que ela poderia ficar com seqüela por causa que ela entrou num coma e ela não teve nada, o Zinho também não teve nada e depois ele com quatro anos teve um ca, teve um câncer no pulmão e ele morre. Então assim, e ela quando descobriu, quando falaram com ela, ela falou porquê? Porquê que Deus não quis tirar ele de mim quando eu fiquei grávida e tive eclampsia e agora porquê Deus vai tirar ele de mim? Deus não quer isto, eu sei que Deus não quer, Deus não vai tirar o Zinho de mim agora, eu não posso mais viver sem ele, o único filho que eu poderia ter era o Zinho. Então sabe é aquela incapacidade de falar assim porque eu, eu não tenho porque, ninguém sabe porque um criança tem câncer de pulmão com quatro anos de idade, que palavra eu tenho para esta mãe, nenhuma. Então assim eu me senti incapaz de confortar porque não existia, não tem conforto para você dar para uma mãe na hora da morte de seu filho, acho que não existe. Você pode falar eu sinto muito, meus pêsames, queria que não fosse assim, mas não dá, não vai trazer o filho de volta, a dor dela não vai deixar de ser maior. É esta incapacidade que eu senti sabe? Ainda mais quando você sente algo com os pais antes, muitas vezes quando eu tinha contato com os pais o máximo que eu podia fazer era dar um abraço, eu não falava nada, eu me sentia incapaz de falar qualquer coisa, dava um abraço, Quando a gente, quando o pai e a mãe tinham um contato maior comigo, porque se não tinha nem o que falar, nem o que fazer.

## ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA LILI

### **Questão norteadora: Qual sua vivência no processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva?**

Há muito tempo atrás, em uma instituição, eu fiz um levantamento sobre este trabalho de morte da criança dentro da terapia intensiva e o quê que o pessoal de enfermagem via sobre essa relação de morte com a criança. E nesta época a gente fez algum levantamento com alguns pais sobre a vivência de estar dentro da terapia intensiva, a proximidade da morte da criança dentro da terapia intensiva e com os funcionários também, a gente fez também um trabalho em cima disso e o que a gente viu é que existe um grande despreparo do pessoal, tanto de enfermagem e dos pais principalmente porque eles não estão nunca esperando que o filho dele vai mal. Então é esta questão é uma questão muito interessante porque antes da terapia intensiva eu vivenciei oncologia. Na oncologia a gente tinha aquela amizade com o paciente, aquela interação com os pacientes, principalmente porque eram pacientes crônicos e a dificuldade que a gente tinha quando o paciente ia a óbito era muito grande. Na terapia intensiva a gente, crianças menores a gente tem assim, sente bastante a morte desta criança, mas não é tanto quanto o menino que já foi em casa e voltou, né? O menino que já foi em casa, já vivenciou com os pais, já tem aquela afetividade é muito pior para a gente, esta relação de ver o sofrimento do pai, o sofrimento da família em relação com a morte e à vezes acontece, como acontecia na oncologia, às vezes o sumiço de algum profissional de perto da criança por conta deste deparo dele com a própria morte, né? Esta dificuldade dele ver a própria morte vendo a morte da criança e o sofrimento dos pais. Então existe um afastamento, isto aí eu vi e vivenciei na oncologia clínica onde os médicos principalmente saíam fora, porque eles estavam vendo o quimioterápico, a medicação, a evolução do paciente com o quimioterápico e não como ser humano que daí a pouco ia morrer. E na unidade de terapia intensiva pediátrica a gente vê aquela corrida atrás do paciente, sem estar vivenciando muito a questão do óbito em si. Tanto que quando você se depara com o paciente em morte cerebral, como a gente está tendo, você vê um afastamento maior do pessoal da área de saúde. Existe um afastamento para proteção própria de como lidar com aquela situação. Então no geral a gente vivencia isto, eu acredito que dentro da realidade de todas as unidades de terapia intensiva deveria ter uma pessoa que trabalhasse o perfil das pessoas, porque não é questão de falta de humanidade é questão de trabalhar as pessoas de poder estar deparando com este tipo de situação, o paciente em morte cerebral, como eu vou lidar com este paciente e com a família deste paciente, as pessoas não sabem o quê fazer, existe uma dificuldade grande nisso. O funcionário vai cuidar do paciente como se fosse um boneco ali, né? Vão estar tratando ali um boneco, já está morto mesmo teoricamente, mas não consegue se achar mais, não consegue conversar com o paciente em coma **depasse** por exemplo, não consegue conversar e é sabido que espiritualmente esta pessoa está ligada, né? E as pessoas não conseguem fazer este tipo de contato. Tem muita dificuldade. E o médico, fisioterapeuta, as enfermeiras todo mundo tem, a gente tem, se você olhar de longe existe uma dificuldade grande sim. Se você for lá dentro agora, você vai ver isto, a dificuldade de chegar. Uma máquina ligada, o paciente está respirando, está hipotérmico, mas existe aquele contato. Agora chegando um paciente previamente hígido dentro da unidade e de repente faz uma parada cardíaca e não consegue voltar, as pessoas ficam em torno daquele paciente para tentar fazer com que ele volte a vida e a gente tem que é assim, bem mecânico mesmo, a dosagem, não sei o quê, tá, tá, tá, massagem cardíaca, ver como é que tá a frequência, mas também existe aquele desânimo intenso das pessoas na hora que o paciente, a impotência quando o paciente vai a óbito. Então os profissionais se sentem impotentes, eu não consegui fazer você viver. Então isto aí é uma

coisa importante que a gente vive na terapia intensiva, na realidade é isto, é basicamente isto, este conflito das pessoas, o que a gente coloca bastante é isto, as pessoas não estão preparadas para poder lidar com a morte. A gente pode ver isto em qualquer unidade de terapia intensiva.

### **E você, como vive isso?**

Na realidade a gente vive esta questão com esta mesma dificuldade. Quando eu fiz a minha primeira terapia foi exatamente por causa disto, a dificuldade de lidar com a morte, a dificuldade de lidar com a morte na minha família, com a minha mãe, eu não conseguia fazer o luto, né? Porque precisa fazer o luto e eu iniciei fazendo terapia exatamente por causa disto porque eu não conseguia fazer o luto dos pacientes, eu tava com dificuldade de enfrentar estes pacientes na oncologia clínica e comecei a trabalhar isto. Existe esta dificuldade, agora às vezes eu tento até conversar com os pacientes, mas acabo não conversando tanto porque as pessoas nossa está aí é doída coitada, tá lá conversando com o paciente morrendo, que coisa! Então assim, esta dificuldade existe e a gente sente certinho que a gente fez uma barreira de contato com aquele paciente, por exemplo, eu adoro fulaninho, adoro Henrique por exemplo, Henrique é um menino que vive aqui com a gente, a gente tem aquela ligação afetiva com ele, ele morre, aí a gente faz a barreira para não sofrer. Isto é muito comum de acontecer. Todo mundo faz um pouco disto e eu também faço um pouco deste exercício para poder não haver sofrimento, não haver envolvimento com a situação.

### **Em relação aos pais, você tem alguma coisa para falar?**

Em relação aos pais, existe uma dificuldade muito grande de abordar os pais quanto a morte do paciente, aqui no serviço, por exemplo, quem aborda os pais a respeito do óbito da criança são os médicos. Mas eu já tive experiências de ter que abordar os pais, o paciente foi a óbito, o médico não abordar e a enfermeira ter que abordar, dá a notícia que o paciente faleceu. Existe grande dificuldade, principalmente com os pacientes pediátricos porque é um paciente que já foi em casa, já tem um vínculo familiar e existe uma dificuldade muito grande disto. Então quantas e quantas vezes a gente já entrou com os pais, os pais chorando e a equipe inteira chorando, daquela dor que os pais estão sentindo a gente começa a tá sentindo também junto com eles aquela dor. É muito difícil.

## **ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA GI**

### **Questão norteadora: Qual sua vivência no processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva?**

Eu tenho experiência de 2 anos em CTI neonatal e pediátrico, e eu já vi num dos meus serviços que foi a Santa Casa que foi o meu 1º CTI que trabalhei muitos casos de cirurgia cardíaca que a chance da criança morrer é muito grande. Então, você já chegava, às vezes até com comentários dos colegas antes de pegar o plantão que o caso da criança é muito grave, que está criança, ah! Não vai sobreviver! Comentários da equipe médica, de enfermeiros e da enfermagem. Ficava até com receio da hora em que a criança chegasse, de você receber, por causa do pós-operatório tão mal recomendado. E às vezes a criança realmente, vinha, vinha muito grave e às vezes morria e às vezes não, era investido, a gente usava os recursos que dispunha no momento, e a criança se recuperava. Isto era bom porque você começava a ver que você não pode deixar se influenciar pela opinião das outras pessoas, você pode ouvir, mas

você tem que esperar para tomar a sua e não seguir a opinião dos outros, porque você via várias crianças saindo dos casos mais graves.

Aqui na rede que a gente trabalha, nós temos casos graves, mas não são a maioria, porém dos casos que a gente tem é... são casos alguns recuperaram, outros não, mas na minha experiência, quando tem uma criança muito grave, que eu to no plantão, a gente procura fazer o máximo, uai, todos os recursos, drogas, aparelhagens. Quando a criança começa a responder ou mesmo, assim ainda tá grave, mas tá mais estável, a gente sente alívio e vê que aquilo que a gente tá fazendo, tá surtindo efeito. Mas quando a gente começa a fazer as coisas e aí a impressão que dá é que a impressão não, na verdade a criança não está respondendo, você começa a sentir uma impotência, que a impressão que você ficou na faculdade aquele tempo todo, médicos, fisioterapeuta, todo mundo que estudou aquele tanto de tempo, aquele tanto de drogas no mercado, tudo que você faz para a criança não dá efeito, então você faz, faz, faz e a criança tá morrendo, você não tá conseguindo segurar...então você vai se sentindo impotente, como se tudo o que eu soubesse não tá adiantando, não to conseguindo ajudar a criança. E a criança morre. Mas para mim, uma das coisas mais difíceis, quando morre uma criança aqui no CTI, é quando entra os pais e quando entra os pais e principalmente quando era uma criança de assim uns 5 anos, que não tinha nenhuma história assim antes e acontece alguma doença grave e a criança falece, eu acho muito mais difícil porque os pais não estavam esperando, eu não, eu não consigo lidar direito com a morte da criança e com os pais. Eu acho que é um processo muito difícil que para mim, porque assim eu não sei o que eu falo para eles, a impressão que eu tenho é que tudo o que eu falar naquele momento eles ou não vão tá ouvindo ou eles devem pensar assim: o que que ela tá falando que vai me ajudar, não vai trazer meu filho de volta. Inclusive eu já ouvi isto alguma vez, a gente vai contar, talvez acalantar e a família, a família fala: não adianta você falar nada, você não conseguiu salvar o meu filho. Então isto é muito difícil. Eu acho que a experiência durante o processo da criança conforme ela... você tá vendo que ela tá partindo, então você não consegue salvar, eu sinto um pouco de impotência, porque a criança tá partindo e você não consegue salvar. E depois que ela morre, eu não consigo ficar muito perto, assim, a gente prepara o corpinho para os pais entrarem, quando eles entram, eu realmente saio. Saio deixo ele chorando, eles lá no momento de luto deles, eu não consigo ficar perto, eu não dou, eu não consigo mais dar palavra de apoio porque eu já não sei mais o que falar para eles. Eu acho isto muito difícil, uma parte que eu não sei trabalhar direito. É a morte da criança e em relação à família.

### **Diante de toda esta situação, como você se sente?**

Eu tive um caso de uma criança na em outra instituição, que evoluiu muito rapidamente com uma doença, inclusive o diagnóstico não ficou bem fechado, uma menina de 5 anos, que ela morreu em 24 h, então eu peguei plantão no outro dia de manhã e a menina tinha acabado de falecer, faleceu umas 6:30h. aí tava toda a família chegando e naquele dia a médica pediu para que eu cuidasse caso, daquela família, encaminhasse família porque ela tava muito nervosa. A mãe da menina só chorava, a avó tava muito desesperada, gritava, gritando que queria a menina de volta, que queria a princesinha dela de volta, o que que a gente tinha feito com a menina, que ela não ia saber viver sem a menina, porque que não conseguiu salvar, o quê que a menina tinha. Assim eles não tinham visto o corpo ainda, eles tavam numa anti-sala lá desta instituição, mas eles tavam chorando demais; e era cada um ia passando informação para o outro no celular e a família ia só chegando. Aí teve uma hora que a salinha já não comportava todo pessoal da família e a médica pediu para eu encaminhar a família lá para o necrotério, inclusive para fazer o acerto dessas coisa de enterro. Aí eu desci com a mãe, o pai e a avó que estava muito nervosa, a gente chegou até a parte da funerária do



hospital, o corpo foi encaminhado ao necrotério e ainda ninguém da família tinha visto. Aí eu fiquei junto com a mãe. Só a família foi chegando, chegando e eu fiquei a manhã toda do meu plantão atrás desta família, que chegava um tanto de gente na portaria, era aquele desespero, chegava a beirar um escândalo, porque eles gritavam muito, aí eu ia lá, pegava a família e levava para encontrar com o restante lá na funerária, eu ia buscava outro, eu fiquei assim, o dia todo, andando pelo hospital, pegando a família, juntando todo mundo chorando. Na verdade, eu não falava nada, nem uma palavra assim, nem tentativa de conforto, porque eu não conseguia achar uma palavra para tentar confortar o desespero que o pessoal tava sentindo. Mas teve oportunidade, de eu conseguir com o rapaz do necrotério que a mãe pudesse ver a menina, e eu fui junto com a mãe, com medo talvez dela até desmaiar ou alguma coisa assim, e oh, muito até durante o choro, enquanto foi ver a menina, ela sempre tava assim abraçada (abraçada junto a Gi, ela fez o gesto), então acho que, mesmo não falando nada, eu tando junto com ela, eu era um ponto de apoio apesar de não falar nada, nem uma palavra de conforto, às vezes, a gente, eu até balbucionava alguma coisa, eu tentava falar, mas eu não achava nada que conseguisse confortar esta família, mas mesmo a minha presença para eles dava certo apoio, eu senti isto.

### **O que você sentiu em relação a essas atitudes?**

Apesar de eu ter falado que eu não consigo ficar muito perto desses casos é que quando a criança morre eu, eu, tendo, eu saio, eu tenho essa tendência de sair, deixar a família mais sozinha, este dia eu recebi uma ordem que era pra tá acompanhando a família, então, não tinha para onde ir, e assim, eu senti que apesar de tudo de eu não saber o que falar, eu não ter o que falar, a minha presença para eles foi um ponto de apoio. Então, senti que, mesmo calada, foi presente, resgatando os familiares, oferecendo água, essas coisas, eu consegui acalantar um pouco a dor desta família.

## **ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA LÊ**

### **Questão norteadora: Qual sua vivência no processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva?**

Bom eu divido a minha experiência em dois momentos: um antes e outro depois de estar grávida. Porque realmente muda muito o pensamento da gente em tudo, inclusive em relação ao trabalho. E como é no CTI neonatal e pediátrico a gente lida diretamente com criança, com recém-nascido, então você reflete ali o quê que a mãe dele (criança) está sentindo no momento dele estar ali. Você pensa naquilo imediatamente, tanto que antes, vou falar um pouco do antes, as crianças morriam e eu tinha uma relação mais profissional do que sentimental. Porque assim, o que eu via acontecer com as funcionárias que já eram mãe, era muito diferente do que acontecia comigo. Se a criança estava grave, tão grave a ponto de deixa-la sequelada, eu falava assim: ‘Não ela tem que morrer mesmo, porque ela tá muito sequelada, a família vai sofrer, a criança vai sofrer’. Então você, claro, você fazia tudo ali para a criança sobreviver, mas se ela não sobrevivia, você falava assim: ‘Oh! Foi melhor para todo o mundo daquele jeito’.

E o recém-nascido, bem mais tranqüilo com este sentimento que em relação ao pediátrico. Porque o pediátrico ele já chega lá com uma vivência de vida, ela já chega lá com foto, a mãe leva foto, leva os brinquedinhos, você conhece a família dele, porque acaba a família freqüentando o setor, então você conhece como era aquela criança em casa. E aquilo

para a gente é bom porque ajuda muito no tratamento, ajuda muito no vínculo com criança pediátrica que é complicado, porque eles são muito arredios da gente, mas ao mesmo tempo você fica muito ligada à criança, porque você vive a história que ela viveu nas fotos, tem mãe e pai que trazem vídeo de aniversário. E infelizmente quando acontece dele morrer, a gente sente mesmo, sente muito, fica todo mundo triste, fica todo mundo abalado, a noite acaba. Principalmente se é uma situação de repente, não é crônico, não estava esperando, morreu de repente.

É, então teve uma criança lá que ela chegou com uma pneumonia, coisa que teoricamente simples, mas que não se sabe porque ela evoluiu com um sangramento pulmonar, mas ela chegou falando, conversando, entrou no CTI, deitou na cama e começou a ficar com mais taquipnéia, taquipnéia, aí foi entubada, foi sedada e na mesma noite ela morreu. Impressionante. Apesar de não ter tido um tempo para ter vínculo, você viu a criança andando, conversando, eu esperava que ela fosse sair. Porque quando chega muito grave a gente pensa logo; ‘Vai ser difícil, né’? O que acontecesse dali de melhor é vantajoso. Mas a criança que chega conversando e rindo e brincando, na hora em que ela piora de repente aí é traumatizante da mesma forma. Agora depois da gestação eu já vejo mais o lado da mãe. Então na hora que chega um recém-nascido a termo no CTI eu já começo a ficar traumatizada. Aí você já começa a investigar a história da mãe, o quê que a mãe fez para este menino parar num CTI. Aí começo a investigar contexto infeccioso, se ela teve infecção de urina você diz: ‘Ai meu Deus, já tive duas’! Aí, você começa a refletir tudo em sua vida, você começa a pensar um monte de coisas, e a gente só pensa no pior. Ontem quando uma criança piorou de repente, tava bem aí parece que ele teve uma hipoglicemia, uma hipoglicemia do nada, ele começou a ter hipoglicemia e convulsionou porque a mãe deixou de dar uma dietinha para ele, mas ele já tinha um quadro antes, ele já tinha hipoglicemia e ela deixou ele dormir um pouco a mais ele não conseguiu mamar, porque já devia estar com a glicose bem baixa e ele não tinha força para mamar. Aí ela foi e deixou, aí a glicose caiu mais ainda e ele convulsionou. Aí, ele foi para o CTI, ficou grave, agora está tranquilo. Tem hipoglicemia, mas está melhor. Aí, você começa a pensar: “Ai meu Deus, vou ficar 24 horas, vou acordar o menino de 2/2h para mamar para não ter hipoglicemia, vou ficar espetando os dedinhos dele todo para fazer destotix, vou ficar mais estressada” (se referindo a ela mesmo que está grávida). Mas acho que vou me relacionar mais, tem uma relação com a mãe muito mais de perto, você começa a sentir o que ela está sentindo, isto com os recém-nascidos. E os pediátricos da mesma forma, começa a ter mais carinho, mais paciência do que não tinha antes. O pediátrico fica chutando, gritando, não deixa você colocar a mão, a gente sem paciência nenhuma, eu agarrava mesmo, segurava mesmo, sem paciência nenhuma. Hoje é diferente, já converso, já brinco, já tento descontrair porque você já vai começando a refletir que aqui dentro é CTI. O contexto profissional continua o mesmo, mas você envolve bem mais.

### **Mas, então, você sofre com o processo?**

Hoje em dia sim, antes eu via mais como profissional, deixava o lado mais emocional de lado, é com se morresse, morreu, no outro dia era como se nada tivesse acontecido, você não se relaciona muito com a situação, com o envolvimento familiar, o sentimento familiar, você não participa deste processo. Você sente muito pela família, mas... agora na hora que morre você pensa direto: ‘Nossa, a mãe deve estar arrasada’. Você já sente o que ela sente, você já tem uma proximidade bem maior o lado emocional pesa bem mais. Pesa tanto quanto o profissional, mas o emocional se sobressai. Hoje eu converso com os bebês, eu já conversava, mas eu hoje converso bem mais, converso muito com as mães, você tem uma

relação bem mais próxima, você sente o que ela sente, apesar dela te falar tudo antes que ela sentia, mas você não correlacionava porque nunca viveu aquele processo. Agora você relaciona e sente tanto quanto. O processo que acontece eu, hoje grávida, não preparo corpo, não consigo. Morreu eu deixo para as pessoas prepararem, eu não consigo ficar muito próximo, porque ele ficou pesado, bem mais pesado. Tanto que eu achava que no início, quando eu voltei agora de férias, eu achava que eu não ia conseguir ficar no CTI pediátrico, eu achei que não ia conseguir ficar pela situação dos recém-nascidos prematurinhos, porque é uma relação direta que eu estou fazendo, mas tá dando para ficar. Quando tem óbito, eu não preparo o corpo, não fico muito próximo porque é como eu já tive falei, fica mais pesado, a gente sofre mais, você tem um tanto de sentimento para com a família, você relaciona o sentimento deles com o seu.

### **Mas você atende no caso de uma parada cardiorrespiratória?**

Ah! Não atendo! Atendo normalmente. O processo continua o mesmo, mas na hora que acontece o fato e o menino morreu, dar a notícia para a família, ficar próximo do sentimento da família, isto pesa bem mais. Depois que voltei (de férias) teve umas quatro mortes direto, é impressionante! E o pior todos comigo, mas é porque tinha menino crônico que iria a óbito mesmo.

### **Lá no seu serviço, quem dá notícia são vocês?**

Não, mas a gente fica junto com o médico para dar apoio à família, chamar parente, porque tem muita gente do interior, às vezes estão sozinhos ou tem que ligar para alguém aqui em Belo Horizonte, tem que ligar para o interior, tem que orientar como que é a relação com a funerária, tem um monte de parte burocrática e quem dá este suporte é a gente. E a noite não tem muito o que fazer, então a família acaba sofrendo muito porque não tem um cartório aberto à noite, tem que ficar para o outro dia, e acaba que isto rende a noite inteira.

## **ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA JÔ**

### **Questão norteadora: Qual sua vivência no processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva?**

Depois que você vira mãe é diferente. Eu vivi isto solteira, sem ser mãe, você sente, sente pela perda do outro e tudo, mas depois que você vira mãe, você consegue se colocar no lugar da outra, visando a outra, a perda, a dor da perda da outra. Quando você tem uma criança, que você sabe que é inviável, uma criança que está sofrendo muito, de uma certa forma te abala, mas não te abala tanto, né? Você fica com pesar, mas às vezes você fala assim: 'Graças a Deus descansou, foi embora, por tanto que sofreu'. Agora aquela criança, que principalmente que é filho único, que o mal é súbito, né? Que vem de mal súbito, que não estava esperando, a criança adoece de repente e morre de repente, assusta tanto a família quanto a equipe. Acho que isto dá uma baqueada boa na gente, dá uma baqueada boa na vida da gente também, pra gente pensar, que o filho da gente não está isento disto e muito menos a gente. De uma hora para outra a gente pode ser acometido de uma enfermidade e em pouco tempo você evoluir para a morte. E a morte para a gente é uma coisa que o homem tem certeza que vai ocorrer com ele é a única certeza que ele vai morrer, mas é o grande mistério da vida do homem, ele não sabe o quê que tem após a morte. Então eu acho que esta incerteza

após a morte, junto com o sentimento que você tem de perda, é que te dá esta frustração muito grande, esta dor muito grande.

### **Então, como você sente quando uma criança...**

Ah! Eu sofro. E eu chego em casa e muitas vezes e falo com meu marido: ‘Vamos ajoelhar e agradecer a Deus os filhos que nós temos’. Porque não é fácil não. Perder um filho não é fácil. Porque é uma parte de você ali que está indo embora, às vezes você sabe que aquela criança está precisando ir (morrer), está sofrendo, mas você tem um certo “egoísmo” que você quer, quer pra você, entendeu? Você quer para você. Às vezes, racionalmente, você pensa que é melhor morrer mesmo que ficar tetraplégico, que ficar com paralisia cerebral e tudo, ficar sofrendo, você não quer que sofra, você quer que morra ao invés de ficar sofrendo, mas lá no fundinho, no fundinho, no seu egoísmo de tudo, você queria aquela pessoa mesmo assim com você, para você ter ela. É uma coisa assim meio doentia, mas de vez em quando passa isso na cabeça da gente sabe?

### **Os pais devem sentir isso, não é?**

Eu acho que os pais sentem isso porque não é fácil não.

### **Olhando o lado da criança, você tem algum sentimento pela criança que está doente, pela criança que está morrendo ou pela criança que morreu?**

Olha depende do envolvimento que você tem. A gente tenta se preservar profissionalmente porque se a gente for envolver caso por caso a gente pira ne! Então eu tento, mas como não se envolver com uma criança? É difícil. Algum laço ali você tem com aquela criança e você não consegue ser totalmente fria com uma criança, não deixar forma um certo laço. Então crianças que estão mais tempo com a gente na terapia intensiva e que são crianças cativantes e que estão sempre ali com a gente, vai para o CTI, sai do CTI, volta para o CTI e são crianças que você vê que elas têm maior consciência da doença delas e de uma certa forma elas aceitam aquela doença, tipo a Bia que a gente tinha lá, né? A Bia entubada você não precisava sedar ela porque ela sabia que ela precisava daquele tubo, ela ficava lá... no dia que a Bia morreu foi muito difícil, porque a Bia era muito cativante. A Bia era muito esperta, ela passava uma coisa boa, uma coisa cativante para gente que mesmo no estado em que ela estava, ela estava bem, que ela não estava sofrendo. Então aí eu acho pior ainda. Aí eu acho mais difícil. Agora tem muito que você vê que chega lá, desculpe o termo, aquelas crianças morredoras mesmo, que já chega em certos estado de choque e tudo, se elas não sobrevivem, não te afeta tanto porque você viu elas num estado muito ruim, mas quando elas sobrevivem e sobrevivem com uma qualidade de vida boa, a satisfação profissional é muito grande. A gratificação profissional que você tem, a satisfação de você ter participado daquele processo ali da criança ter saído daquele quadro ali sem seqüelas ou que seja seqüelas poucas, né? Ter boas condições aquela criança, né? É muito gratificante.

### **Como você se sente quando essa criança morre?**

É, eu acho que depende muito do caso. Eu acho que a frustração é quando você acha que teria mais coisas para fazer e não foi feito. Mas quando você vê que tudo foi feito ali, tudo feito que eu falo do ponto de vista médico, que foi tudo feito dentro do viável ou não foi feito, mas foi ponderado, não vamos fazer isto porque isto não daria lucro, não daria certo quando

tudo é pensado, quando você vê que o caso foi bem conduzido, você não tem frustração. Agora se o caso não é bem conduzido, baixa uma certa frustração, quem sabe se tivesse sido conduzido de outra forma... mas você vem e pensa assim: 'Deus é tão grande, é tão generoso, será que não são os desígnios também? Será que não era a hora daquela pessoa'? Porque às vezes a pessoa vai parar no melhor médico, no melhor pronto atendimento e ela morre, era a hora dela. Não adiante ela ir no melhor médico e no melhor pronto atendimento porque ali era a hora dela. Então eu acho que você deve pensar muito nisso também, mas que passa um certo sentimento de frustração na gente passa sim, a gente não pode negar que a gente não fique não. Porque a gente lida é com vida, então a morte para a gente é difícil sim.

### **Há alguma coisa que marcou você?**

O que marca muito é, eu enquanto mãe e não enquanto profissional é as questões das coisa súbitas (morte súbita). Uma criança hígida até então que de repente evolui com quadro grave e vão a morte. Isto é uma coisa que me assusta muito. Mas a gente tem lembranças muito boas de crianças que saem de um quadro grave e que esta criança vem a te ligar, igual aconteceu outro dia na Uniminas, nós transportamos uma criança de 10 anos, chocada, chocada para gente durante o vôo, a gente achou que a menina não fosse sobreviver e depois de alguns dias a gente recebe um telefonema, no telefone aquela voz mais bonitinha falando assim; 'Oi tia Jô, aqui é Ana Laura que você transportou'. Nó você gela, é bom demais!

### **Fala da Jô em relação a uma paciente específica.**

A Bia mexeu muito comigo. Eu fiquei muito sentida com a morte da Bia, porque Bia era... você passava toda hora, toda hora ela ria, toda hora você brincava, a gente tinha um envolvimento muito grande com a T (mãe da criança) e quando a Bia morreu a T chegou para mim e falou assim; 'Jô, a nossa Bia foi embora'! Sabe quando ela falou a nossa Bia foi embora, me deu um troço porque ela dividiu a Bia com a gente, então foi difícil, muito difícil a perda da Bia.

## **ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA JU**

### **Questão norteadora: Qual sua vivência no processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva?**

Bom a experiência que tenho para falar sobre a morte vem desde a época em que eu era acadêmica no Hospital Santa Rita, que entrei no 3º período de Enfermagem e não tinha experiência nenhuma com relação nem ao que era ser Enfermeiro e o que eu ia vir a ser Enfermeiro, né?, quanto mais a me deparar com a morte de alguém. Então o que eu posso falar é que as minhas primeiras vivências, as primeiras crianças que morreram comigo me marcaram bastante, principalmente pelo fato de eu ter me envolvido com estas crianças, o que não acontece hoje. Hoje não, hoje eu não digo isto, que não acontece, o que não aconteceu após eu ter me formado porque eu fiquei mais, é, fria pra lidar com esta situação, para me proteger do que eu ia sentir perante a morte de pessoas não só de crianças. É depois de várias experiências de ter visto pessoas morrerem eu me tornei uma pessoa fechada, é parece que a gente coloca uma armadura na gente para que isto não atinja. E depois que eu engravidei aí eu já tive outra visão. Aí eu me tornei mãe e eu vejo a morte de outra forma, principalmente com relação aos pais destas crianças que morreram porque...

Quando os bebês que acabaram de nascer e morrem com a gente é diferente das crianças maiores porque os bebês ele não têm relação de família ainda. É uma criança esperada, mas, não tem o vínculo familiar que tem a criança maior. Então eu me imagino no lugar deles (os pais), então é aí que eu sinto perante a morte. Eu fiquei muito mais sensível agora que sou mãe. E no início quando eu era acadêmica, eu não tinha maldade para lidar com isso, então eu via um paciente numa situação crítica, eu me envolvia com os pacientes, principalmente as crianças. É tem até um caso de um menino logo que eu entrei no Santa Rita, essa criança deveria ter uns 7 anos, ele se envolveu com mais duas crianças com uma arma de fogo de um tio e a arma disparou e este menino tomou um tiro na cabeça, ficou muito tempo no CTI, ele passou por uma cirurgia, ele recuperou aos poucos, é, o primeiro contato que ele teve foi comigo, ele conversou comigo primeiro, então eu me envolvi demais. Levava iogurte para ele, ajudei ele a começar a caminhar, participei dos trabalhos da fisioterapia, da fono junto com ele, este menino veio a piorar, ele apresentou crise convulsiva, piora do padrão respiratório, retornou para o CTI e ele veio a falecer comigo, então isto me marcou muito, eu não esqueço, esta foi a primeira morte que eu presenciei, disto eu lembro até hoje, desta criança. Então, a partir daí meu sentimento já mudou, eu parei de me envolver com os pacientes.

**Esse seu sentimento era como, Ju, na hora em que você perdeu essa criança?**

É não era, não era, vamos dizer que eu não sentia porque não podia fazer nada com relação a isto não, é um sentimento de perda mesmo de uma vida, de um menino que não passou por nada ainda, que simplesmente morreu do nada, sem ninguém pudesse fazer nada por ele. E eu acho que pelo fato dele estar recuperando, eu acho que o que mais marcou foi esta parte, eu ter me envolvido com ele e ele ter morrido. Eu nunca tinha passado por isto, nunca tinha presenciado a morte de ninguém e ainda mais no hospital, recém formada, não sabia nada, nada de nada. E aí a partir daí, foi igual eu falei, você se torna mais madura e tenta fazer com que as coisas não atinjam a gente e aí você consegue conviver com a morte das pessoas. Eu acho que toda Enfermeira é assim, se não você não consegue sobreviver na sua profissão, porque você tem que lidar com a morte todos os dias, você não sabe o que está por vir. E eu acho que é por aí. E depois que eu engravidei e tive meus filhos, aí eu já comecei a me envolver não tanto com as crianças, meu carinho para com as crianças e para com o CTI ele mudou, mudou muito, principalmente com os pais, minha relação com os pais mudou mais ainda. Então eu tento me colocar na posição deles, como eu sentiria no lugar deles se meu filho estivesse ali, passando por aquilo tudo e correndo risco de vida e principalmente se eu tivesse de me deparar com a morte de um menino desses me colocando no lugar de meus filhos. Então eu acho que a gente fica mais sensível com os pais depois que a gente se torna mãe. Aí, não tem jeito de você colocar aquela armadura mais, eu acho que a gente ainda coloca, mas de outra forma. Então tem um mediador e até mesmo para não deixar que a morte de um paciente venha te atingir tanto também, mas sempre atingiu, toda forma.

Eu acho que lidar com a morte é uma coisa complicada para qualquer um. Só que morte de paciente a gente tem uma visão, morte de um familiar, de ente querido é outra visão, completamente diferente.

**Como você se sente em relação à criança que está em processo de morte?**

Claro que eu sofro. Depende do caso, pois se tem menino que é todo sindrômico, que não tem expectativa de vida e prognóstico nenhum, e o povo fica investindo nos meninos e você fica pedindo pelo amor de Deus, pro menino ter sossego. É esta a palavra. Para ele ter

sossego e para os pais terem sossego. Que às vezes é um menino que está totalmente dependente, vegetando numa cama, é esta a palavra. Não conecta com nada, respira através de aparelhos e dá um trabalhão para os pais, apesar de que a mãe e o pai não enxergam isto, claro que não, eles querem mais é a vida do filho. Mas eu acho que por este lado, os pais ficam egoístas, eles se culpam as vezes por os filhos estarem desta forma, então eles querem mais que os filhos vivam. Mas não é desta forma. Aí a gente já estava pedindo para um menino deste nem ficar com a gente. A gente pede mesmo que descanse. Eu acho que tem que ser isto.

## **ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA RAFA**

### **Questão norteadora: Qual sua vivência no processo de morte e morrer da criança em terapia intensiva?**

Dani, o que eu acho é o seguinte: morte para mim ela é realmente obscura, eu não sei o quê que é isto, é a morte, morreu, mas aí? E aí que provavelmente na minha concepção de vida e de morte tenha uma outra vida, a minha idéia. Mas quando eu estou diante de um leito de CTI que já foi feito todos os esforços e aquela criança não responde, dá uma frustração violenta como pessoa, como enfermeira, e você já tentou fazer tudo que você tinha, e você já não tem mais e a criança não responde, é muito ruim, muito, muito ruim. Pela visão de saber que acabou e ela é uma criança e ela estaria no início da vida dela e de repente acabou a vida. Isto é muito ruim. Então eu tenho muita dificuldade de trabalhar com crianças que estão à beira de uma morte. Eu gosto de CTI, de terapia intensiva em criança exatamente porque é algo que você pode fazer para tentar salvar. Mas quando a gente vê que não tem jeito, eu me sinto muito mal, muito mal em saber que tudo que foi feito já não tem mais resposta. Então a experiência assim que eu tenho de 10 anos de terapia intensiva, muito com adulto, mas a maioria com criança, é muito ruim. De chegar em casa e estar arrasada, ou de chegar para ir para dar o plantão e saber que você está diante de um caso grave, de uma leucemia que não tem cura, de um tumor gigantesco no sistema nervoso ou o que for, algo que você vê que não tem expectativa, que já foi feito tudo e chegar no plantão e ainda trabalhar com esta criança, para mim é complicado. Mas... uma criança vê outras vêm e a gente vê que num montante aqui é um lugar que você pode fazer alguma coisa com esta criança grave.

### **Como você se sente com esta criança que está neste processo?**

Sofro muito a ponto de levar para casa os problemas, a ponto de pensar nesta criança, a ponto de quando chegar no plantão será que ela já foi (morreu), porque se não, ô meu Deus, leva esta criança longe de mim, não deixa morrer comigo não, não deixa o ato acontecer no meu plantão, que já seja tudo acontecido, que quando eu esteja lá o Box esteja vazio. Mas eu não quero ter que preparar este corpo, eu não quero ter que ver o pai sofrendo, porque além disto tudo Dane, a gente acaba vivendo este luto no dia-a-dia com os pais. Você está vendo este vai e volta, os pais tendo esperança e muitas vezes você tem que dar esperança de uma coisa que não existe. Que é questão de dias, que é questão de horas, que a criança não vai agüentar e vai morrer, que você está sabendo que as drogas estão na dose máxima, que já foi feito tudo e a mãe e o pai estão lá, quando você vai preparar o corpo, vai dar a notícia e vê os pais naquela situação, menina não tem coisa pior. Porque a criança não merecia ter rompido, porque a gente não está acostumada com isto, a gente tá acostumada a nascer, crescer, desenvolver, procriar, envelhecer e morrer e como é que este negócio acaba antes de passar por todo este processo, porque que foi antes, porque que tinha que acontecer com aquela

criança, porque não aconteceu com um idoso, porque que aquela leucemia não foi com uma senhora de 80 anos. Então é complicado isto, ela já viveu e esta criança não viveu isto tudo, então isto é muito complicado para mim, aliás, eu te diria que na terapia intensiva é o que mais me incomoda, ter que preparar o corpo, ter que saber que não tem mais nada para fazer, é muito ruim.

Dane, este problema de morte na pediatria, com criança, a acadêmica de Enfermagem da Previdência, que me acompanha na Previdência, ela... uma das coisas que ela percebeu que a equipe se torna mais frustrada, que mais incomoda a equipe de enfermagem ou seja, os auxiliares, os técnicos e os Enfermeiros é exatamente o óbito da criança. E lá na pediatria ainda tem aquela coisa de vínculo porque desde o dia que adoeceu até o dia de você consumir a morte e assinar o óbito e preparar o corpo, ela ficou com você. Você conheceu a mãe, você conheceu o pai, você conheceu a história daquela criança e diante disto chegou o final. Então este problema a gente pôs como um dos diagnósticos que a acadêmica de enfermagem fez. Fez um trabalho na pediatria com terapia para a equipe, no sentido de nos preparar para receber este óbito. Eu não consigo esquecer nunca na minha vida, quando eu tinha mais ou menos uma semana na pediatria e uma criança de 5 anos, tinha uma semana, não tinha vínculo com ele, ta! Eu conhecia ele. E assim foi a óbito na frente da avó, na frente da mãe, eu segurando o oxigênio na cabeça dele e o médico. E esse menino foi parando, parando, sem condições terapêuticas nenhuma de fazer nada. Foi uma emoção tão grande, mas uma emoção tão grande que eu senti na hora em que estava segurando aquele oxigênio, ele dando aquela respiração agônica horrorosa e ele cada vez mais roxo, a saturação caindo, a frequência cardíaca caindo a única coisa que eu fiz, Dane porque eu sou Espírita, foi uma oração para que ele fosse embora com os anjinhos da guarda dele porque ele tinha que ir, mas eu vou te falar que eu fiquei mais de um mês com aquela cena na cabeça e a única coisa que eu pude fazer por ele foi segurar o látex de oxigênio e foi muito emocionante, foi algo assim que nunca mais aquela avó conseguiu chegar naquele lugar, naquele ambiente, nunca mais a gente teve notícia da família, mas foi muito ruim, então assim o foco, a morte na pediatria ela não é, a gente não consegue aceitar. Seja ela qual for a doença, porque que não poderia ser diferente, porque que não poderia ser uma pessoa que tivesse vivido mais, e lá ele coitadinho 5 anos. Inclusive assim antes dele ir a óbito eu autorizei o passarinho dele a entrar, as coleguinhas do jardimzinho, então assim, coisas que a gente não faz eu faço porque vai ser a última coisa que o menino vai ver, vai ter. O que que você quer, o que que você quer comer, ele não pode comer marmitinha, mas vende na porta do hospital uma marmitinha que custa R\$ 1,50, deste tamanico, você não sabe nem como é que é feito, mas ele quer, ele quer, o sonho dele é comer na marmitinha que eu autorizo na hora, eu autorizo sim, o menino vai comer na marmitinha sim, se tiver uma diarreia, teve diarreia. Mas ele quer, o negócio era só abrir a marmita, deu duas colheradas e não comeu mais e porque quem eu não vou deixar. Ah minha filha entra passarinho, entra todo mundo que quiser, porque você tem que fazer o gosto é a única coisa que ele quer, depois ele não vai querer mais isto, sabe, na minha concepção de morte, a morte é vista como renascimento, só que é um renascimento só que do lado de cá fica gente e gente sofrendo. Então eu acredito que a morte tem uma equipe de socorrista fazendo um amparo a esta criança que esteja renascendo lá do outro lado. Mas para gente que fica dando auxílio aqui na parte de cá fica muito ruim porque o menino vai embora, né? Então é difícil, mas eu encaro assim umas têm que nascer, umas têm que morrer, mas bem que podia morrer um pouco mais velho, logo na primeira parte da vida, que é tão legal, que é tão bacana e ao mesmo tempo Dane, quando a gente vê diante de casos tão grave, a criança com sofrimento de dor, com sofrimento de drenos, com prótese, com oxigênio em casa, aí, você fala: Será que essa morte não vai ser bom porque ele vai parar de sentir isto tudo, será que não é muito egoísmo da gente querer que esse menino fique com essa família, mas nessas condições, será



que não está na hora dele realmente subir, ir embora? Tá porque ficar sofrendo também não tem graça, criança tem que estar brincando, criança tem que estar alegre, criança tem direito de um monte de coisas, e ela de repente não tem direito a isso, entendeu? Então assim é muito questionável tem hora que a gente não aceita, mas diante de alguns casos de tanto sofrimento, você até pede para que vá e vá com Deus, para que não fique nesta mexeção. Eu acredito nisto.

## **ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

N.º Registro CEP: 0255.0.203.000-05

Telefone COEP: 3499 – 4592.

#### **Título do Projeto: Processo de morte e morrer: vivência do enfermeiro**

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

#### **1 – Introdução**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa \_\_\_\_\_. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta entrevista.

Você foi selecionado por causa da sua experiência em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, mas sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Universidade Federal de Minas Gerais.

É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

#### **2 – Objetivo**

O objetivo deste estudo é compreender a vivência do enfermeiro de unidade de terapia intensiva pediátrica em relação ao processo de morte e morrer. E os sentimentos do enfermeiro relativo a este processo.

#### **3 – Procedimento do estudo**

Se concordar em participar deste estudo, você será solicitado a responder a uma entrevista gravada sobre seus sentimentos, sua experiência e sua vivência diante do processo de morte e morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica.

#### **4 – Riscos e desconfortos**

Esta pesquisa será realizada se você se sentir em boas condições psicológicas para falar sobre sua vivência em relação ao processo de morte e morrer no sentido de não trazer nenhum risco ou transtorno para sua pessoa.

O pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à sua saúde psicológica.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais deverá ser informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

#### **5 – Benefícios**

A participação nesta pesquisa não lhe acarretará gasto, sendo totalmente gratuita.

A pesquisa poderá ou não trazer-lhe benefícios, mas as informações obtidas por meio deste estudo poderão ser importantes para diminuir os transtornos em relação ao objetivo proposto.

#### **7 – Custos/Reembolso**

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo.

#### **8 – Caráter confidencial dos registros**

Algumas informações obtidas a partir de sua participação neste estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pode precisar consultar seus registros. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza as inspeções em seus registros.

#### **10 – Participação**

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista gravada à pesquisadora. É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades. Em caso de decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao pesquisador que esteja atendendo-o.

#### **11 – Para obter informações adicionais**

Você receberá uma cópia deste termo, na qual consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento com a pesquisadora no telefone \_\_\_\_\_.

#### **12 – Declaração de consentimento**

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os métodos, riscos, benefícios deste estudo.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar deste estudo.

---

Nome do participante (letra de forma)

---

Assinatura do participante

data

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação nele. Acredito que o participante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível, e que compreendeu essa explicação.

---

Assinatura do pesquisador

data