

A equipe de enfermagem e a morte do recém-nascido

Nursing staff performance in the face of newborn death

Rendimiento del personal de enfermería ante la muerte del recién nacido

Ana Paula de Souza Ribeiro^{1*}, Jannaína Sther Leite Godinho Silva², Tayná Costa de Medeiros³

Como citar esse artigo. Ribeiro, A.P.S.; Silva, J.S.L.G.; Medeiros, T.C. A equipe de enfermagem e a morte do recém-nascido. Revista Pró-UniversUS. 2020 Jan./Jun.; 11 (1):129-135.

Resumo

A convivência com as situações de terminalidade faz parte do cotidiano dos profissionais de Enfermagem, mais especificamente dos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs). A morte é um evento biológico natural e inevitável da vida humana. Ao mesmo tempo, provoca reações e sentimentos variados em todas as pessoas. No cenário das instituições hospitalares, a morte se encontra presente de maneira mais constante. O presente estudo propõe identificar os aspectos emocionais da equipe de enfermagem relacionados ao enfrentamento da morte do RN na UTI Neonatal. Trata-se de uma revisão integrativa que explorou 24 artigos nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bireme, Google acadêmico e MEDline. Tendo como resultado o constante sofrimento motivado pelo fim da vida do paciente, sendo necessário criar atitudes para que o enfermeiro possa extravasar os seus sentimentos. Por conseguinte, o profissional conseguirá obter melhor preparo para lidar com o processo de morte, tornando a assistência mais apropriada e humana. Conclui-se que o tema morte e o relacionamento com estes pacientes precisam ser amplamente discutido nas estruturas curriculares das universidades com vistas à desmistificação dos significados do fenômeno que estejam associados à ideia de medo e pavor e que possa, dessa maneira, surgir uma nova forma de entendimento e sensibilidade para lidar com o processo de morte.

Palavras-chave: Enfermagem; Morte; Recém-Nascido; Emoções.

Abstract

Living with terminal situations is part of the daily life of nursing professionals, more specifically those who work in Neonatal Intensive Care Units (NICUs). Death is a natural and inevitable biological event of human life. At the same time, it causes varied reactions and feelings in all people. In the setting of hospital institutions, death is present more constantly. This study proposes to identify the emotional aspects of the nursing staff related to coping with newborn death in the neonatal ICU. This is an integrative review that explored 45 articles in the databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American Literature and Caribbean Health Sciences (LILACS), Bireme, Google Scholar, and MEDline. As a result of the suffering suffered motivated by the end of the patient's life, patients need to create attitudes so that the nurse can extravasate their feelings. Therefore, the professional will be better able to deal with the death process, making the care more appropriate and humane. It is concluded that the theme of death and the relationship with these patients needs to be widely discussed in the curricular structures of universities with a view to demystifying the meanings of the phenomenon that are associated with the idea of fear and dread, and thus, a new form may arise. understanding and sensitivity to deal with the death process.

Keywords: Nursing;; Death; Newborn; Emotions.

Resumen

Vivir con situaciones terminales es parte de la rutina de los profesionales de enfermería, más específicamente aquellos que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La muerte es un evento biológico natural e inevitable de la vida humana. Al mismo tiempo, provoca reacciones y sentimientos variados en todas las personas. En el entorno de las instituciones hospitalarias, la muerte está presente más constantemente. Este estudio propone identificar los aspectos emocionales del personal de enfermería relacionados con el manejo de la muerte de recién nacidos en la UCI neonatal. Esta es una revisión integradora que exploró 24 artículos en las bases de datos: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura latinoamericana. Ciencias de la Salud de América y el Caribe (LILACS), Bireme, Google Scholar y MEDline. Como resultado del sufrimiento que sufre motivado por el final de la vida del paciente, es necesario crear actitudes para que la enfermera pueda expresar sus sentimientos. Por lo tanto, el profesional estará en mejores condiciones para lidiar con el proceso de muerte, haciendo que la atención sea más adecuada y humana. Se concluye que el tema de la muerte y la relación con estos pacientes deben ser ampliamente discutidos en las estructuras curriculares de las universidades con miras a desmitificar los significados del fenómeno que están asociados con la idea del miedo y el temor, y así puede surgir una nueva forma. comprensión y sensibilidad para lidiar con el proceso de muerte.

Palabras clave: Enfermería, muerte, recién nacido, emociones.

Afiliação dos autores:

1. Acadêmico do Curso de Enfermagem, Universidade de Vassouras. RJ, Brasil. Email: anapaula.s.ribeiro91@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1479-4609>
2. Mestre. Docente do Curso de Enfermagem, Universidade de Vassouras. RJ, Brasil. Email: jasther@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8308-2093>
3. Acadêmico do Curso de Enfermagem, Universidade de Vassouras. RJ, Brasil. Email: taynacostamedeiros@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6537-8034>

* Email de correspondencia: anapaula.s.ribeiro91@gmail.com

Introdução

A unidade de terapia intensiva (UTI) é diferente de outras unidades de internação. O tratamento implantado nesse ambiente é considerado agressivo e invasivo traduzindo-se por alta intensidade e complexidade de eventos e situações, tanto para o paciente como para sua família. Pode ser menos hostil se os profissionais de saúde perceberem cada ser humano como um indivíduo único, com necessidades específicas¹.

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um local de alta tecnologia que, aliado ao conhecimento técnico especializado dos profissionais, tem proporcionado boa assistência e melhoria nas taxas de sobrevivência de recém-nascidos (RN) gravemente doentes².

Todos profissionais de terapia intensiva devem ter amplo domínio da área para empregar técnicas avançadas baseadas em diagnósticos específicos. O médico é o responsável pela análise dos exames clínicos, laboratoriais, pela monitorização de parâmetros, por alterar as prescrições e pela realização de procedimentos. O trabalho do enfermeiro é caracterizado por atividades assistenciais e gerenciais, cuja tomada de decisões e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida e à morte das pessoas. Ao técnico de enfermagem cabe prestar assistência de enfermagem aos clientes, sob supervisão do enfermeiro, preparar e administrar medicações, segundo prescrição médica, cumprir prescrições de assistência médica e de enfermagem, além de realizar a movimentação e o transporte de clientes de maneira segura. O fisioterapeuta é responsável pela mobilização e técnicas de cinesioterapia do paciente crítico e ainda por auxiliar na assistência respiratória do paciente³.

Os óbitos dos recém-nascidos ocorrem na maioria das vezes no período de 12h a 168h após o parto. Nestes foram encontrados os seguintes fatores de risco relacionados aos óbitos de recém-nascidos: idade gestacional de 23-27 semanas; ausência de síndrome hipertensiva; escore de Apgar entre 0-6 no 5º minuto e presença de síndrome do desconforto respiratório⁴.

Com isso, o enfermeiro inserido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatológica (UTIN) convive diariamente com a situação de morte iminente do recém-nascido (RN), e com a presença constante dos pais que reconhecem a fragilidade da situação de seu filho correlacionando a questão da UTIN e morte, o que pode implicar diretamente na conduta deste profissional, dificultando o modo de atuar diante da morte que se torna tão evidente para todos⁴.

No Brasil, nas últimas décadas, este fenômeno também vem ocorrendo e a mortalidade infantil teve um declínio forte a partir dos anos 80. Porém nessa década o componente pós-neonatal foi superior ao neonatal:

27,8 por mil nascidos vivos e 20,3 por mil nascidos vivos respectivamente. No final da década de 90 houve a inversão esperada onde a mortalidade neonatal passou a ser quase duas vezes maior que a pós-neonatal, isso é, a mortalidade infantil em 2000 foi de 21,3 por mil nascidos vivos, sendo a neonatal de 13,6 por mil nascidos vivos e a pós-neonatal de 7,7 por mil nascidos vivos⁵.

Entre 2000 e 2010 caiu de 26,6 para 16,2 por mil nascidos vivos respectivamente, mas continuaram com importantes desigualdades regionais. Em 2010, o período de maior risco continuou sendo o neonatal (zero a 28 dias de vida), com 69% dos óbitos infantis, pois a queda é mais expressiva no componente pós-neonatal em todas as regiões do país. Nesse mesmo período, a TMI na região Nordeste reduziu de 38,4 para 20,1 por mil nascidos vivos e, destes, a taxa de mortalidade neonatal reduziu de 22,7 para 14,3. Dessa forma, o período pós-neonatal apresenta a taxa de mortalidade de 5,8 enquanto que o neonatal 14,3.²

Neonato é todo recém-nascido que está nos primeiros vinte e oito dias de vida, período considerado de adaptações no meio extrauterino e, portanto, susceptível a óbito por diversos fatores que resultam de uma cadeia complexa de determinantes biológicos, socioeconômicos e relacionados à atenção à saúde no Pré-natal, parto e puerpério⁶.

A taxa de mortalidade infantil do Brasil em 2011 foi 15,3 por mil nascidos vivos, alcançando a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, compromisso dos governos integrantes das Nações Unidas de melhorar a saúde infantil e reduzir em 2/3 a mortalidade infantil entre 1990 e 2015. No entanto, considera-se que estes níveis de mortalidade estão aquém do potencial do país, e refletem condições desfavoráveis de vida da população e da atenção de saúde, além das históricas desigualdades regionais e socioeconômicas⁷.

O Brasil em 2012 ocupou a 94ª posição no ranking mundial da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), em crianças menores de um ano de vida, com 20,5 por mil nascidos vivos. Os primeiros lugares foram ocupados por nações com índices de mortalidade muito elevados como o Afeganistão (1º lugar) com 121,63 de TMI; Níger (2º lugar) com 109,98 e Mali (3º lugar) com 109,08. Já os países com menor TMI foram Mônaco (1,8), Japão (2,21) e Bermudas (2,47).⁸

A probabilidade de morte neonatal diminui significativamente à medida que aumenta a duração da gestação: entre os nascidos vivos pré- termo, a mortalidade neonatal mostra-se 28 vezes mais elevada que entre os nascidos vivos de gestações a termo. A criança pós-termo (42 semanas e mais), por sua vez, tem probabilidade de morte 1,7 vezes maior que aquela nascida a termo.⁹

A literatura comprova que no ambiente hospitalar existe uma “regra” que o bom profissional não se

envolve sentimentalmente com assuntos relacionados aos pacientes. Então, como o profissional não encontra uma fresta para expressar os seus sentimentos, ele cria mecanismos de defesa para manter a distância e aparentar equilíbrio para lidar com a situação, o que torna a situação de morte como algo “comum”.⁶

A morte é considerada como inimiga vergonhosa e, quando ocorre, é percebida por muitos profissionais de Enfermagem como um momento a ser combatido ou amenizado. Ela proporciona um sentimento de profundo desconforto, causando momentos de angústias, desesperos, dramas, revoltas e interrogações. O momento da morte do paciente suscita, com frequência, nos profissionais, inúmeras emoções e reações, pois a ocorrência desse evento remete à lembrança da própria finitude.³

É possível observar que frequentemente os sentimentos dos profissionais da saúde são ignorados, sendo priorizados técnica e discurso racional, no entanto, as emoções dos profissionais ao realizar suas atividades influenciam diretamente o cuidado prestado ao paciente¹⁰.

Objetiva-se com o estudo identificar os aspectos emocionais da equipe de enfermagem relacionados ao enfrentamento da morte do RN na UTI Neonatal.

Metodologia

Tratou-se de um estudo qualitativo, exploratório descritivo que foi realizado através de uma revisão integrativa de literatura. A revisão integrativa de literatura é um método de pesquisa que constitui ferramenta importante, pois permite a análise de subsídios na literatura de forma ampla e sistemática, além de divulgar dados científicos produzidos por outros, destaca-se pela exigência dos mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizados em estudos primários, além de constituir-se a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões de literatura, é o cumprimento das etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas; avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; categorização dos estudos; avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa.

O estudo foi iniciado em fevereiro de 2019 através de buscas nas bases de dados BIREME, LILACS e SCIELO e MEDLine usando a junção dos descritores: “Enfermagem”, “morte”, “emoções” e “recém-nascido”, “Nursing”, “death”, “newborn”, “emoticons”. Foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: estudos disponíveis na íntegra com resumos e textos completos disponíveis para análise; publicados nos idiomas português e inglês, entre os anos 2009 e

2019.

Foram encontrados um total de 191 artigos, dentre os quais foram utilizados 24 estudos. Os demais foram descartados pelos motivos: por ter mais de 10 anos, por estar repetido e por não atenderem o objetivo da pesquisa. Foram selecionados para esta pesquisa 24 estudos sendo entre eles 20 artigos e 4 dissertações compondo o conteúdo do presente estudo. Os 24 estudos foram lidos e avaliados visando extrair informações para a coleta de dados e os resultados foram submetidos à análise descritiva, uma vez que as publicações obtidas apresentaram desfechos distintos.

Após a coleta de dados, os mesmos serão transcritos de forma íntegra e elencados por categorias com análise de conteúdo pelo método de Bardin.

A categorização é a realização da classificação de elementos que fazem parte de um conjunto por diferenciação e posteriormente por agrupamento dos elementos de acordo com as semelhanças.¹¹ As categorias são consideradas grupos, que possuem um título genérico que agregam um conjunto desses elementos, o agrupamento é realizado devido a características comuns apresentadas por eles.

De acordo com a pesquisa foram desenvolvidas as seguintes categorias temáticas: aspectos emocionais da equipe de enfermagem relacionados ao enfrentamento da morte do RN na uti neonatal, abordagem do tema morte durante a formação dos profissionais, preparo profissional para lidar com a perda e formas de enfrentamento, sentimentos desenvolvidos pelos profissionais, o profissional no processo de morte, vivência profissional x vida pessoal e apoio psicológico fornecido aos profissionais.

Após coleta de dados, os mesmos serão transcritos de forma íntegra e elencados por categorias com análise de conteúdo pelo método. “As diferentes fases da análise de conteúdo, são organizadas em torno de três polos cronológicos, sendo eles: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados”.^{11:125}

Ainda, a categorização é a realização da classificação de elementos que fazem parte de um conjunto por diferenciação e posteriormente por agrupamento dos elementos de acordo com as semelhanças.^{11:147} As categorias são consideradas grupos, que possuem um título genérico que agregam um conjunto desses elementos, o agrupamento é realizado devido a características comuns apresentadas por eles.

De acordo com a pesquisa foram desenvolvidas as seguintes categorias temáticas: aspectos emocionais da equipe de enfermagem relacionados ao enfrentamento da morte do RN na UTI neonatal, abordagem do tema morte durante a formação dos profissionais, preparo profissional para lidar com a perda e formas de enfrentamento, sentimentos desenvolvidos pelos profissionais, o profissional no processo de morte,

vivência profissional x vida pessoal e apoio psicológico fornecido aos profissionais.

Resultados

Observa-se que o ano de 2015 foi o que mais se teve publicações falando sobre o tema da pesquisa, em relação aos demais anos.

Observa-se que o estado de São Paulo foi o que mais realizou publicações a respeito do tema da pesquisa.

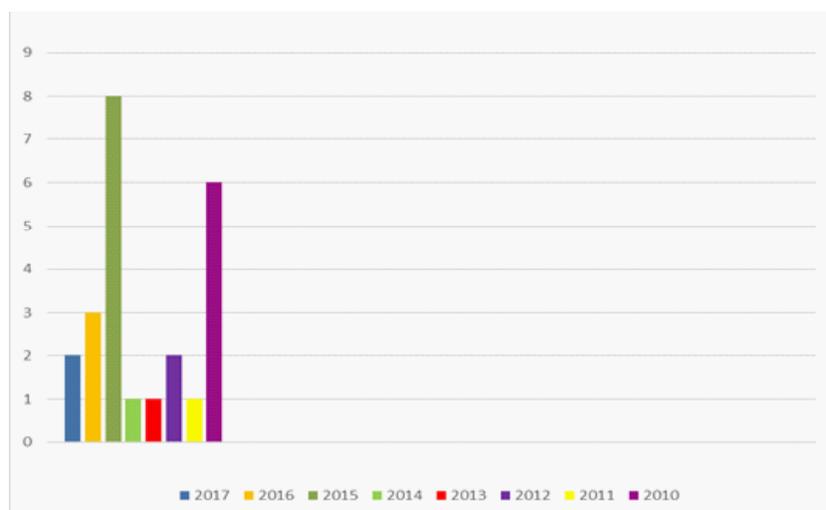
Aspectos emocionais da equipe de enfermagem relacionados ao enfrentamento da morte do RN na UTI Neonatal

A morte na UTIN é, antes de qualquer evento, uma grande perda que faz surgir tristeza, angústia e empatia, sentimentos indicativos de intenso sofrimento diante das perdas, não há dúvidas que o profissional sofre ao se deparar com a situação de morte, sendo difícil a aceitação¹².

Nos dias de hoje, falar sobre a morte é considerado tabu, sendo representada como algo horrível, observa-se que a forma como se compreende a morte está relacionada com tempo e cultura. Nas sociedades tecnológicas atuais, a morte é vista como fracasso, algo que insufla insegurança e temor, assim, a sociedade prova claramente sua dificuldade de enfrentar a morte como a última e natural fase da vida¹³.

Ainda que a morte deva ser acolhida como parte inerente à vida, existe complicações em enfrentá-la, principalmente quando se trata de RN e crianças, pois

Gráfico 1. Distribuição das publicações quanto ao ano de edição.



Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 2. Distribuição das publicações quanto ao local de origem.



Fonte: Dados da pesquisa

quando ela incide no período da infância, ocorre a inversão da ordem natural da vida na qual todos temos que nascer, crescer e morrer, deste modo, aceitar o óbito de um RN ou criança pode ser mais complexo do que de um idoso¹².

Compreende-se que a morte causa dificuldade emocional para o profissional que cuida, e essas dificuldades relacionam-se com o despreparo desse profissional para aguentar com a situação de finitude e com o sofrimento dos familiares¹⁴.

Como parte integrante da sociedade, os profissionais da saúde compartilham as mesmas crenças sobre a morte, tendem a encará-la como fracasso, o que, no caso, perpassa a dimensão social e se estende à esfera profissional, conforme sugere a literatura^{15,16}.

É possível notar que os profissionais exibem dificuldades em lidar com a situação de morte e com os sentimentos que são exteriorizados por tal situação, as instituições hospitalares concedem pouco ou, talvez nenhum suporte psicológico a esses profissionais, o que pode ocasionar agravos na saúde mental deles¹⁴.

A adversidade em lidar com o óbito neonatal e pediátrico é tão grande que, em algumas circunstâncias, a equipe de enfermagem precisa buscar a ajuda de outros profissionais como no momento de comunicar a notícia de morte para os familiares, compreendemos que o trabalho em uma UTI envolve grande carga emocional, o que acaba sendo desgastante e frustrante, gerando sensações como fracasso, impotência e incapacidade¹⁴.

O sentimento de fraqueza pode ser associado com o fato de o profissional cria um vínculo com a criança e, em consequência de sua morte, esse vínculo se quebra e o sente a perda, e acaba por desenvolver o sentimento de sentir-se incapaz, impotente¹⁴.

Por ser uma situação muito particular, a morte faz o profissional repensar em questões relacionadas à sua própria existência de terminalidade e, por isso, tenta manter distância emocional do que acontece em seu trabalho, como mecanismo de defesa¹².

Nesse contexto é válido lembrar que os profissionais de enfermagem encaram desafios rotineiros no intuito de preservar a vida, contudo quando ocorre o contrário a frustração por não ter conseguido preservar a vida do paciente, causa um impacto negativo na vida dos profissionais quando não é possível evitar a morte e o enfrentamento disso na sua rotina, isso gera um esforço físico e mental podendo ocasionar diversas doenças que desgastam o bem-estar profissional, o que lhes tornam mais suscetíveis a adquirir patologias¹⁷.

Uma das patologias é o estresse que pode acontecer em vários contextos, exigindo que o indivíduo se adapte ao agente estressor, na assistência diante ao risco iminente de morte se tem ressaltado uma preocupação relacionada ao estresse em condições de trabalho¹⁸.

As consequências patológicas provocadas nos membros da equipe de enfermagem são diversas, no

meio dos que trabalham na área da saúde, os que atuam em enfermagem estão entre os que mais têm facilidade de ter problemas mentais, com risco de suicídio e depressão, porque lidam com o sofrimento humano, a dor, a alegria, tristeza, e além de tudo, precisam oferecer ajuda aqueles que mais necessitam de seus cuidados^{19,20}.

Os estressores vivenciados envolvem frequentemente, acompanhar o intenso sofrimento da criança e de seus familiares, tomar conhecimento do agravamento do quadro clínico, e de seu desfecho fatal, estar sujeito a cometer erros, lidar com as consequências da recidiva ou morte repentina do paciente, incapacidade de prestar cuidado de qualidade devido à percepção de sobrecarga de trabalho, entre outros fatores adversos¹⁸.

Associada ao estresse está a ansiedade que também afeta muitos dos profissionais, ambos podem alterar o ritmo dos trabalhadores e suas produtividades gerando ausência e até o afastamento do serviço, isso pode causar no trabalho dor sintomas que para alguns podem ser duvidosos. Podem ser confundidos com comodismo, preguiça e desinteresse, mas podem mascarar possíveis transtornos psiquiátricos²¹.

Os transtornos psíquicos são caracterizados por reações de angústia, insônia, ansiedade, estresse, relações interpessoais mal estabelecidas, hipersensibilidade emotiva, pânico e depressão, esses efeitos em longo prazo podem vir a causar síndromes como a de Burnout²².

Essa síndrome é caracterizada por ser uma síndrome psicológica que é resultada da resposta aos agentes estressores interpessoais permanentes vivenciados no ambiente de trabalho, esgotamento de energia é gerada de uma má adaptação à longa exposição a estressantes condições e com alta carga tensional, essa síndrome tem três dimensões: Esgotamento ou exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoa¹⁴.

Além dos transtornos já mencionados o técnico de enfermagem e o enfermeiro que convivem com a morte no seu dia-a-dia, podem acabar adquirindo a depressão que tem como característica o prolongamento de sintomas depressivos e variação de humor, os altos índices de depressão e riscos para suicídio estão em contraste com as funções que são desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, na maioria das vezes de quem esperamos receber cuidados, pode estar necessitando ser cuidado^{19,23,24}.

O sentimento de impotência manifestado pelos membros da equipe de enfermagem sob a terminalidade da vida, mostra sua falta de preparação para passar por este momento, diariamente, a equipe de enfermagem de um UTIN enfrenta situações de atendimento ao paciente no processo de morte, para passar por essas situações de maneira efetiva, é indispensável que o enfermeiro e técnico de enfermagem intensivista, estejam preparados, esta preparação é fundamental não só para que o enfermeiro seja capaz de atuar eficientemente em

atividades técnicas, gestão e atendimento ao paciente, mas, acima de tudo, para garantir o seu próprio físico e mental^{25,26,27}.

A equipe de enfermagem sofre quando os pacientes morrem; no entanto, o sofrimento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem não são frequentemente reconhecidos ou discutidos. Além disso, pouca atenção é dada à preparação do profissional para essa experiência nas escolas de enfermagem e nas orientações às organizações de saúde²⁸.

O despreparo dos profissionais para lidar com a morte, pode causar esgotamento emocional, sendo assim esses profissionais são os mais afetados por essa síndrome²⁹.

Nas pesquisas são observados que perante a morte os sentimentos da equipe de enfermagem são: tristeza, culpa, impotência, compaixão, ansiedade, negação, envolvimento emocional, empatia e indiferença. Podemos observar que não são apenas sentimentos ruins os sentidos pelos profissionais de enfermagem, como por exemplos que foram citados empatia e compaixão³⁰.

Levando tudo isso em consideração é importante que o profissional de enfermagem crie um mecanismo de defesa para não sofrer ou diminuir o sofrimento, de acordo com pesquisadores, quando o profissional utiliza mecanismos de defesa, a morte começa a ser vista com mais naturalidade e passa a ser considerada como algo normal, e esse ponto de vista nada mais são do que um indicativo de que o profissional de saúde de um modo geralmente falta de preparo para tais situações^{31,14}.

Acerca de todos esses sentimentos podemos entender que o profissional precisa ser flexível e compreender a morte como parte do ciclo biológico, isso pode ajudar a equipe de enfermagem a passarem por essas situações com menos sofrimento, após compreender suas limitações e aceitar a morte como um evento natural, os profissionais precisam refletir sobre sua vivência com o cuidado^{32,33}.

Observou-se que o despreparo durante a formação profissional pode refletirem sua prática, já que a morte, especialmente de pacientes neonatais, pode trazer danos psicológicos aos profissionais, portanto é imprescindível que a tanatologia seja inserida na matriz curricular e que a equipe de enfermagem receba continuamente capacitações e aperfeiçoamento que irão lhes ajudar a encarar o processo de morte³⁰.

Diante a essas dificuldades, podemos ver que existe uma ampla necessidade de que os profissionais busquem uma formação com maior embasamento para enfrentar o processo de morte e morrer, as instituições devem oferecer uma formação não só voltada para as ações técnicas, uma vez que a maior parte das dificuldades citadas se relaciona com o não saber lidar com o acontecimento³⁴.

É constante o sofrimento motivado pelo fim da vida do paciente, sendo necessário criar atitudes para

que o enfermeiro possa extravasar os seus sentimentos, por conseguinte, o profissional conseguirá obter melhor preparo para lidar com o processo de morte, tornando a assistência mais apropriada e humana¹⁴.

Conclusão

Diante das argumentações sobre o tema proposto, posso assegurar que refletir sobre as experiências da equipe de enfermagem de UTI em relação à morte do recém-nascido, faz-se necessário. Primeiramente, porque além da UTI ser considerada um dos locais mais estressantes de um hospital, fazendo com que a equipe de enfermagem se angustie ainda mais frente à possibilidade de morte de seus pacientes, e posteriormente porque foi constatada a necessidade de apoiar esses servidores e a urgência de repensar certas condutas e atitudes tomadas por alguns membros da equipe multiprofissional.

A equipe de enfermagem são os primeiros profissionais a lidar com a morte, a sentir a morte, uma vez que presta cuidados ininterruptos ao paciente e, apesar da morte fazer parte da rotina, todos anseiam sempre que aconteça em outros plantões que não os seus. A morte é uma evidência do nosso limite, da nossa mortalidade e da nossa condição humana.

Compreender a morte como sendo a solução da dor, da angústia e de todo o processo que envolve o morrer é uma maneira que os profissionais encontraram para se proteger do sofrimento psíquico decorrente da perda do paciente que estava sob os seus cuidados.

Atualmente o mundo não ensina as pessoas a morrer, tudo é feito para se ocultar a morte. Os projetos de vida são feitos em longo prazo, como se o homem fosse imortal. Tão pouco nas universidades se ensina, discute-se ou reflete-se sobre a morte e o morrer. Aprendemos, sim, a salvar e curar e não a acompanhar o indivíduo para a morte. Não conseguimos calcular a finitude do paciente, assim como a nossa própria. A dificuldade de lidar com a morte, como processo natural do viver, leva o profissional, muitas vezes, ao esquecimento de conceitos básicos, como o de qualidade de vida, e a tentativas desesperadas de manter vivas as pessoas que se sabe biologicamente mortas. O tema morte e o relacionamento com estes pacientes precisam ser amplamente discutido nas estruturas curriculares das universidades com vistas à desmistificação dos significados do fenômeno que estejam associados à ideia de medo e pavor e que possa, dessa maneira, surgir uma nova forma de entendimento e sensibilidade para lidar com o processo de morte.

Considero que os objetivos de identificar os aspectos emocionais da equipe de enfermagem relacionados ao enfrentamento da morte do recém-nascido na UTI neonatal foram contemplados, pois consegui descrever sobre o tema a partir da literatura

científica retratando os fatores que interferem na assistência de enfermagem diante da morte do RN.

Referências

1. Simoni RCM, Da Silva MJP. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2012;46(1):65-70.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. Brasília (DF): 2011.
3. Lima MGR, Nietsche EA, Teixeira JA. Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2012;14(1):181-188.
4. Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AKB, Ximenes LB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2006;19(2):131-137.
5. Araújo BFD, Tanaka ACDA, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2016;5, 463-469.
6. Nascimento RM, Leite AJM, Almeida NMGS, Almeida PC, Silva CF. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 mar; 28(3):559-72.
7. Lansky S. et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014;30:192-207.
8. Teixeira GA, Costa FM, Mata M, Carvalho JBL, De Souza NL, Da Silva RAR. Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 2016;8(1):4036.
9. Ortiz LP, Oushiro DA. Perfil da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo. *São Paulo Perspectiva*. 2008; 22(1): 19-29.
10. Victorino AB, Nisenbaum EB, Gibello J, Bastos MZN, Andreoli PBA. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Rev SBPH*. 2007;10(1):53-63.
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições, v. 70, p. 279, 2011.
12. Rockembach JV, Casarin ST, Siqueira HCH. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho da enfermeira: sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Rev. Rene*. 2010, 11(2):1-212.
13. Cervantes LFL. Comunicação da morte em uma unidade de terapia intensiva pediátrica: entendimento e realidade [dissertação]. [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
14. Araújo SAN, Belém KF. O processo de morte na unidade de terapia intensiva neonatal. *Ver ConScientiae Saúde*. 2010, 9(2):290-9.
15. Silva Borges M, Freitas GF, Gurgel WG. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 2012; 6(3):113-126.56.
16. Monteiro DT, Reis CGC, Quintana AM, Mendes JMR. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *EstudPesqui Psicol*. 2015;15(2):547-67.
17. Silva AF, Bulhões CM, Cavalcante AL et.al. Os principais problemas de saúde desencadeados pelo enfrentamento do processo de morte e do morrer: Uma revisão integrativa de literatura. *Ver. Ciências biol*. 2016;3(2):161-176.
18. Santos AF, Santos MA. Estresse e Burnout no trabalho em oncologia pediátrica: Revisão integrativa de literatura. *Psicologia ciência e profissõo*. 2015;35(2)437-456.
19. Silva DSD, Tavares NVS, Alexandre ARG et.al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Ver.Esc. Enferm. USP*. 2015;49(6):1027-1036.
20. Barbosa KKS, Vieira KFL, Alves ERP, Virgínio NA. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 2012;2(3):515-522.
21. Pimenta EAG, da Silva Andrade KC, Delmiro ARDCA, de Sena AJF, Leite ICPCR, Brasil MDGL. Experiência De Enfermeiras Assistenciais No Cuidado Integral À Crianças Portadoras De Feridas Complexas. IN: Feridas e estomias: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar, ético e humanizado: uma coletânea/ organizadoras: Maria Genilde das Chagas Araújo Campos... [et al.]. – E-BOOK. João Pessoa: Ideia, 2018.
22. Farias LM, Cardoso MVLML, Oliveiram MC, Melo GM, Almeida LS. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na unidade neonatal. *Ver. Rene*, 2010;11; 37-43.
23. Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP. Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. *Rev. Esc.Enferm USP*. 2011;45(2):487-93.
24. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. *Rev. Latino Am Enfermagem*. 2010;18 :413-20.
25. Menin GE, Petteon MK. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. *Revista Bioética*, 2015;23(3).
26. Moro CR, Almeida IS, Rodrigues BMED, Ribeiro IB. Desvelando o processo de morrer na adolescência: a ótica da equipe de enfermagem. *Rev Rene*. 2010;11(1):48-57.
27. Preto VA, Pedrão LJ. O estresse entre enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva. *RevEscEnferm USP*. 2009;43(4):841-848.
28. Jonas-Simpson C, Pilkington FB, MacDonald C, McMahon E. Nurses' experiences of grieving when there is a perinatal death. *Sage Open*, 3(2):2158244013486116.
29. Rocha MCP, de Souza AR, Rossato LM, Fossa AM, Horibe TM. A experiência do enfermeiro no cuidado paliativo ao neonato/criança: a interface com o processo de morrer e do luto. *Saúde em Revista*, 15(40), 37-48.
30. Portela NLC. Profissionais de enfermagem e a morte em unidade de terapia intensiva: Revisão integrativa de literatura. *Ver Augustus*. 2014;19(38):36-43.
31. Rocha DDD, Nascimento ÊCD, Raimundo LP, Damasceno AMB, Bondim HFFB. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de Enfermagem diante de morte em unidade de terapia intensiva neonatal. *Mental*, 2017;11(21), 546-560.
32. Almeida FA, Moraes MS, cunha MLR. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. *VerEscEnferm USP*. 2016;50:122-129.
33. Bloomer MJ, O'Connor M, Copnell B, Endacott R. Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: nurses' emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study. *Australian Critical Care*, 2015;28(2): 87-92.
34. Barros RNS, Oliveira SC, Gonçalves LC, Santos EC, et.al. Percepções da equipe de enfermagem frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. *Ver. UNINGÁ*. 2017;32(1):137-146.