

Terminalidade: fator de risco para a saúde mental dos profissionais de terapia intensiva oncopediátrica

Terminality: risk factor for the mental health of professionals of an oncopediatric intensive therapy

Terminalidad: factor de riesgo para la salud mental de los profesionales de cuidados intensivos oncopediátricos

Elida Gabriela Serra Valença Abrantes¹, Geilsa Soraia Cavalcanti Valente², Elaine Antunes Cortez³, Norielle Macedo Alves⁴, Samhira Vieira Franco de Souza⁵

Como citar esse artigo. Abrantes EGSV. Valente GSC. Cortez AE. Alves NM. Souza SVF. Terminalidade: fator de risco para a saúde mental dos profissionais de terapia intensiva oncopediátrica. Rev Pró-UniversSUS. 2023; 14(3) Especial:100-107.



Resumo

Este artigo ressalta a crescente necessidade de assistência aos trabalhadores do Centro de Terapia Intensiva (CTI) oncológico pediátrico quanto promoção da saúde mental, diante da terminalidade em pediatria. A vulnerabilidade ao esgotamento emocional é claramente perceptível entre profissionais de Terapia Intensiva, em um cenário transformado pela terminalidade. Objetivo: Identificar aspectos inerentes ao cuidado prestado no CTI oncopediátrico que podem interferir na saúde mental dos trabalhadores. Metodologia: Um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. Tem como cenário o CTI Oncológico Pediátrico de um hospital público federal, referência em oncologia, no Rio de Janeiro. Participaram da pesquisa a equipe de Enfermagem e de serviços gerais do CTI, excluindo os afastados por licença médica. Assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, a coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2020 a abril de 2021, realizada mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense. Foi realizada análise estatística de dados objetivos e análise de dados subjetivos das entrevistas (tratados pelo software IRaMuTeQ®). Resultados: Foram identificados fatores de risco como conflitos, envolvimento excessivo, necessidade de aquisição de conhecimento e falta de apoio no enfrentamento de situações difíceis. O estudo deu origem as categorias: “O impacto da terminalidade nas emoções daqueles que cuidam: um risco psicossocial”; e “A morte: o momento mais difícil”. Conclusão: Constatou-se, na pesquisa, que o cuidado em terapia intensiva oncopediátrico reflete na saúde mental, tornando-se imprescindível a oferta de ferramentas tecnológicas e educativas promotoras da qualidade de vida de todos os envolvidos.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Enfermagem; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador.

Abstract

This article highlights the growing need for assistance to workers at the pediatric oncology Intensive Care Center (CTI) regarding the promotion of mental health, in the face of terminal illness in pediatrics. Vulnerability to emotional exhaustion is clearly noticeable among Intensive Care professionals, in a scenario transformed by terminality. Objective: To identify aspects inherent to the care provided in the oncopediatric ICU that can interfere with the mental health of workers. Methodology: A descriptive and exploratory study with a qualitative approach. The setting is the Pediatric Oncology CTI of a federal public hospital, a reference in oncology, in Rio de Janeiro city. Participated in the research the Nursing team and general services of the CTI, excluding those on medical leave. Signed the free and informed consent form, data collection took place from August 2020 to April 2021, carried out with the approval of the Research Ethics Committee of the hospital and the Faculty of Medicine of the Universidade Federal Fluminense. Statistical analysis of objective data and analysis of subjective data from the interviews (treated by the IRaMuTeQ® software) were performed. Results: Risk factors such as conflicts, excessive involvement, need to acquire knowledge and lack of support in dealing with difficult situations were identified. The study gave rise to the categories: “The impact of terminal illness on the emotions of those who care: a psychosocial risk”; and “Death: the most difficult moment”. Conclusion: The research found, that care in oncopediatric intensive care reflects on mental health, making it essential to offer technological and educational tools that promote the quality of life of everyone involved.

Keywords: Pediatric Intensive Care Unit; Nursing; Mental health; Worker's Health.

Resumen

Este artículo destaca la creciente necesidad de asistencia a los trabajadores del Centro de Cuidados Intensivos (CTI) de oncología pediátrica en relación a la promoción de la salud mental, frente a la terminalidad en pediatria. La vulnerabilidad al agotamiento emocional se nota claramente entre los profesionales de Cuidados Intensivos, en un escenario transformado por la terminalidad. Objetivo: Identificar aspectos inherentes a la atención prestada en la UTI oncopediátrica que pueden interferir en la salud mental de los trabajadores. Metodología: Estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo. El escenario es la UTI de Oncología Pediátrica de un hospital público federal, referencia en oncología, en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Participaron de la investigación el equipo de Enfermería y de servicios generales de la UTI, excluyendo aquellos con licencia médica. Después de la firma del formulario de consentimiento libre e informado, la recolección de datos ocurrió de agosto de 2020 a abril de 2021, realizada con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del hospital y la Facultad de Medicina de la Universidade Federal Fluminense. Se realizaron análisis estadísticos de datos objetivos y análisis de datos subjetivos de las entrevistas (tratadas por el software IRaMuTeQ®). Resultados: Se identificaron factores de riesgo como conflictos, involucramiento excesivo, necesidad de adquirir conocimientos y falta de apoyo en el manejo de situaciones difíciles. El estudio dio origen a las categorías: “El impacto de la terminalidad en las emociones de quienes cuidan: un riesgo psicossocial”; y “La muerte: el momento más difícil”. Conclusión: La atención en terapia intensiva oncopediátrica se refleja en la salud mental, por lo que es fundamental ofrecer herramientas tecnológicas y educativas que promuevan la calidad de vida de todos los involucrados.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; Enfermería; Salud mental; Salud del Trabajador.

Afiliação dos autores:

¹Discente do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Email: elidagabriela2005@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1669-2932>

²Docente do Curso de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Email: geilsavalente@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4488-4912>

³Docente do Curso de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Email: naniacortez@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3912-9648>

⁴Discente do Mestrado de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Email: noriellemacedo@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4227-0466>

⁵Discente do Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Email: samhirafranco@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6942-6833>

* Email de correspondência: elidagabriela2005@yahoo.com.br

Recebido em: 16/03/23. Aceito em: 22/09/23.

Introdução

Encarado como fatal há décadas, o câncer pediátrico representa a primeira causa de morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos¹, tornando-se amplamente tratável na atualidade. Com o advento das técnicas duras e sua evolução, a expectativa de vida ascendeu significativamente, passando a necessitar e até mesmo depender dessas complexas tecnologias, importantes colaboradoras na resolução de quadros agudos como sepses e insuficiência respiratória, que nada mais são do que complicações advindas do tratamento com quimioterapias pesadas e radioterapias.

Tais avanços permitiram o prolongamento da vida, mas também reforçaram a chamada “morte institucionalizada”, pela dificuldade de se manter a terapêutica adequada ao paciente terminal no ambiente doméstico, possibilitar em tempo oportuno situações de risco às ocorrências de dor e /ou desconfortos.

Não obstante a esta discussão, cabe a diferenciação entre os tipos de tecnologias proposta por estudiosos da temática. Conforme os autores², a tecnologia leve pauta-se na comunicação, aspectos relacionais, acolhimento, vínculo e escuta ativa. Já a tecnologia leve-dura diz respeito às especialidades da área, correlacionada aos saberes estruturados, enquanto as tecnologias duras representam aos equipamento e máquinas que compõe o material relacionado ao cuidado em saúde, como monitores multiparâmetros, bombas de infusão contínua, ventiladores mecânicos, entre outros.

Diante de um quadro de gravidade, a necessidade de constantes intubações no Centro de Terapia Intensiva não é incomum. Contudo é possível observar que 25% dos casos não respondem à terapia antineoplásica, culminando no tratamento paliativo que, por vezes, é conduzido também no ambiente de cuidados intensivos³.

A tecnologia dura é reconhecida como boa auxiliadora no cuidado humanizado uma vez que favorece uma precisa comunicação do estado geral do paciente crítico a equipe especializada. Capazes de identificar situações de risco às ocorrências de dor e/ou desconfortos desnecessários, a intervenção se dá de forma mais precisa e prévia à intercorrências, com vista ao monitoramento contínuo, característico de CTI⁴.

Desse modo, o novo contexto dentro de Terapia Intensiva desconstrói o que fora alicerçado durante toda a formação do intensivista, com o agravante de se tratar de uma clientela pediátrica, e acarreta a incompreensão de fatos dos quais não temos controle. É importante ressaltar a necessidade vital de atenção ao princípio da não maleficência nas escolhas das condutas adotadas junto ao paciente terminal. Entendendo a não maleficência como o ato de não infringir danos

intencionalmente com o objetivo único de manter a vida.

Hoje já é possível observar que a não maleficência tem sido alvo do cuidado de alguns trabalhadores contagiados pela empatia e, até mesmo, pela compaixão.

Mediante essa demanda que a oncologia pediátrica exige, e os sinais de uma variabilidade de sensações observadas na equipe, frente a situações de alto impacto emocional na assistência, torna-se necessário pesquisar sobre a saúde mental dos profissionais que trabalham em um cenário tão complexo. Isso porque considera-se que, na assistência voltada ao processo de morte e morrer de uma criança, podem emergir sentimentos perturbadores, conflituosos e de difícil aceitação.

Assim, diante do exposto o presente estudo tem como objetivo: identificar aspectos inerentes ao cuidado prestado no CTI oncopediátrico que podem interferir na saúde mental dos trabalhadores.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa.

O cenário escolhido foi o CTI pediátrico de um hospital de referência oncológica, situado no município do Rio de Janeiro. A população foi constituída por trabalhadores de Enfermagem e de serviços gerais do referido cenário por serem considerados os trabalhadores que permanecem mais próximos entre si e do cuidado à criança e seus familiares.

Sendo assim, como critério de inclusão estabelecido, têm-se os trabalhadores de Enfermagem e serviços gerais com lotação fixa e permanente no CTI Oncopediátrico por um período mínimo de dois anos. Como critério de exclusão, define-se os trabalhadores de Enfermagem e serviços gerais afastados por férias, licença médica e/ou maternidade, como também os que desejarem não participar da pesquisa.

A pesquisa foi realizada com 11 enfermeiros, 12 técnicos de Enfermagem e 03 trabalhadores serviços gerais, totalizando 26 profissionais. O instrumento utilizado para coleta dos dados foi a entrevista com o auxílio de um roteiro semiestruturado contendo perguntas abertas e fechadas. As entrevistas ocorreram entre agosto de 2020 e abril de 2021 com duração de 25 a 40 minutos.

Primeiramente foram coletados dados gerais de identificação e a seguir foram apresentadas

questões abertas sobre o conhecimento dos participantes a respeito do cuidado prestado às crianças internadas no ambiente da terapia intensiva oncopediátrica. O local escolhido para a realização de cada entrevista foi a sala de reuniões do CTI, previamente agendada com os participantes e a chefia do referido setor.

O registro das entrevistas em forma de gravação com auxílio do *smartphone* da pesquisadora e ocorreu somente após a autorização prévia, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando-se anonimato dos participantes e sua identificação através da numeração cardinal em ordem crescente, seguido da abreviação da categoria profissional.

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados os princípios éticos, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde⁴. A solicitação de autorização da

pesquisa foi encaminhada previamente ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição cenário do estudo para a devida autorização. O projeto foi aprovado mediante o parecer nº 4.193.716 e CAAE: 30116420.7.3001.5274.

Ademais, a análise das entrevistas foi realizada com o auxílio do software IRaMuTeQ® 0.7 Alph 2.

Dessa forma, se fez possível a concentração de palavras estatisticamente significativas, originando as classes ou categorias favorecendo a análise aprofundada e qualitativa das entrevistas.

Resultados e Discussão

Caracterização dos participantes no IRaMuTeQ®. Foram 26 participantes atuantes no ambiente de terapia intensiva oncopediátrica. A Tabela 1 apresenta o detalhamento dos dados.

Tabela 1. Caracterização dos participantes segundo dados coletados do roteiro de entrevista Enf.: Enfermeira (o); Téc. Enf.: Técnico de Enfermagem. TSG: Trabalhador de Serviços Gerais.

COD	COD IRAMUTEQ	CAT	SEX	FILHOS
n01	*trab_01	Enf.	F	S
n02	*trab_02	Enf.	F	S
n03	*trab_03	Téc. de Enf.	F	S
n04	*trab_04	Téc. de Enf.	F	N
n05	*trab_05	Téc. de Enf.	M	N
n06	*trab_06	Enf.	F	S
n07	*trab_07	Enf.	F	N
n08	*trab_08	Téc. de Enf.	M	S
n09	*trab_09	Téc. de Enf.	F	S
n10	*trab_10	Enf.	M	N
n11	*trab_11	Téc. de Enf.	F	N
n12	*trab_12	Enf.	F	N
n13	*trab_13	Enf.	F	S
n14	*trab_14	Téc. de Enf.	F	S
n15	*trab_15	Téc. de Enf.	F	S

Tabela 1 (cont.). Caracterização dos participantes segundo dados coletados do roteiro de entrevista Enf.: Enfermeira (o); Téc. Enf.: Técnico de Enfermagem. TSG: Trabalhador de Serviços Gerais.

COD	COD IRAMUTEQ	CAT	SEX	FILHOS
n16	*trab_16	Enf.	F	N
n17	*trab_17	Enf.	F	S
n18	*trab_18	Téc. de Enf.	F	S
n19	*trab_19	Téc. de Enf.	F	N
n20	*trab_20	Enf.	F	S
n21	*trab_21	Téc. de Enf.	F	S
n22	*trab_22	Téc. de Enf.	M	N
n23	*trab_23	Enf.	M	N
n24	*trab_24	TSG	F	S
n25	*trab_25	TSG	F	S
n26	*trab_26	TSG	F	S

Fonte. Elaborada pelas autoras, 2023.

De acordo com as suas categorias, a quantidade de trabalhadores foi de onze (42%) enfermeiros, doze (46%) técnicos de Enfermagem e três (12%) trabalhadores de serviços gerais. Destaca-se a variável sexo com o predomínio de 81% do sexo feminino, característico da profissão do cuidar, como também o fato de uma maioria vivenciar a condição de pais, 62%. Tais dados corroboram com os encontrados nas produções selecionadas durante o estudo.

Outrossim, do conteúdo analisado das entrevistas por meio do software IRaMuTeQ®, emergiram duas categorias, a saber: “O impacto da terminalidade nas emoções daqueles que cuidam: um risco psicossocial”; e “A morte: o momento mais difícil”.

O impacto da terminalidade nas emoções daqueles que cuidam: um risco psicossocial

Nessa categoria observou-se a importância da compreensão do conceito de terminalidade, fim de vida e paliativismo como uma possível forma de prevenção aos riscos psicossociais, principalmente para um grupo que tem como característica cultural

o salvar vidas, única e exclusivamente através da cura.

Durante as entrevistas, todos responderam sobre o que entendem por terminalidade, sendo possível perceber que a grande maioria se aproxima do conceito. No entanto, as ideias de terminalidade e fim de vida se confundem para alguns trabalhadores.

Terminalidade eu entendo que é o fim de vida né? Um paciente terminal, que está em últimos cuidados, cuidados em fim da vida. (n03, Téc. Enf.)

Terminalidade de vida é parte do que a pessoa está passando, mas não é muito falada nas academias e nos processos de ensino, mas faz muito parte de tudo isso. A gente só aprende a cuidar; só aprende a salvar; a gente não aprende que a terminalidade também está dentro do pacote. (n05, Téc. Enf.)

A terminalidade de vida é quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde, e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível⁵. O indivíduo se torna irrecuperável e caminha para a morte sem que se consiga reverter este caminhar. Enquanto o fim de vida é o período de

aproximadamente 72 horas antes da ocorrência do evento morte⁶. E segundo a Organização Mundial da Saúde, são definidos cuidados paliativos em pediatria, o cuidado ativo total do corpo, mente e espírito da criança, envolvendo também o suporte à família⁷.

Nesse contexto, enfrentar a terminalidade em pediatria ainda é e sempre será entendido como um processo antinatural. Tal sensação não é diferente para a equipe que trabalha em terapia intensiva pediátrica. Sendo assim, existe uma dedicação em ofertar esperança até pelas experiências vividas por parte dos profissionais da área.

O mais difícil foi se adequar às novas regras da terminalidade. A gente não pode, em momento nenhum, interferir na parte espiritual a não ser dar o conforto para cada uma das pessoas, entendeu? A diferença está na aceitação de cada família. (n21, Téc. Enf.)

Foi quando veio essa coisa de FPCA e eu não conhecia esse termo. Chegando aqui, com esse diagnóstico de FPCA, é diferente e eu não conhecia! E você fica cuidando, cuidando, cuidando... e saber que a pessoa não vai evoluir para cura é difícil! Saber que ela não vai evoluir para uma melhora? É difícil entender! (n18, Téc. Enf.)

A expressão Fora de Possibilidade de Cura Atual (FPCA) é bastante utilizada pela medicina para definir o esgotamento da perspectiva de cura de determinado paciente, a partir disso a assistência passa a ser voltada à palição do cuidado. Paliar é “tornar menos intenso; abrandar, amenizar, atenuar”⁸.

A “finitude humana” aponta para a “vulnerabilidade humana” que é característica de todo ser vivente, ou seja, não infinito, sendo o seu fim a morte, opositora da vida⁹. A terminalidade causa impacto por ser um caminho irreversível em direção à finitude, e não temos por hábito pensar no assunto.

Aqui a gente vê, todo dia, que nós somos finitos! A gente não pensa nisso, né? Eu não sou a mesma pessoa depois que eu entrei aqui. Eu sou uma pessoa totalmente diferente. (n12, Enf.)

Nessa perspectiva, emerge a necessidade de adaptação a novas condutas quando são criados mecanismos de defesa para o enfrentamento do cuidar de pessoas em sofrimento de maneira a prevenir-se do adoecimento. Mesmo procurando manter uma certa distância da dor, percebe-se que foi possível fazer o bem, oferecendo qualidade de vida.

Dejours, psicanalista especializado em Medicina do Trabalho, explica que mecanismos de defesa são estratégias de enfrentamento aos distúrbios psicossociais

originários das experiências vividas no ambiente do trabalho. O autor investiga o comportamento e sensações dos trabalhadores com o intuito de compreender o que há entre o patológico e os mecanismos de defesa, individuais ou coletivos, que levam ao equilíbrio psíquico, capacitando o trabalhador ao enfrentamento de uma rotina marcada pelo sofrimento do outro. Conclui-se que são tais estratégias psíquicas de defesa que possibilitam a integridade emocional frente ao sofrimento vivenciado¹⁰.

[...] mas eu tento me esquivar delas, vamos dizer assim. Tento me esquivar para que não tenham impacto na minha vida, nas minhas emoções, nem na minha vida pessoal. Eu tento fazer com que elas não venham me impactar. (n14, Téc. Enf.)

[...] a gente tenta criar mecanismos de defesa pra não deixar que aquilo te adoça, mas não tem como. A gente é ser humano e não tem como você não se emocionar diante da realidade que a gente vive aqui. Por mais que você procure fazer com que aquilo não te afete, não tem jeito. Você sempre vai ser afetado. Não que você leve para casa. Mas você fica pensando... Determinados momentos você chora no serviço, diante determina situação. (n20, Enf.)

Dessa maneira, as histórias de vida presenciadas pelos trabalhadores do CTI oncopediátrico conduzem, inevitavelmente, a uma reflexão profunda da própria vida e o que poderá ocorrer, de forma construtiva ou não.

Todos os momentos difíceis que eu tive, foi quando eu tive que lidar com crianças que tinham uma semelhança com meu filho. (n20, Enf.)

[...] uma paciente de cinco anos... seis anos, senão me engano. O nome dela era P. e ela tratou aqui um tumor de Wilms e aí essa menina se apegou muito a mim e eu também me apeguei muito a ela, ao ponto de eu sair do outro serviço para vim aqui, porque ela tinha hemodiálise para fazer e ela só deixava punccionar fistula comigo. Eu saía de lá e vinha pra cá, para poder convencer ela a deixar a punccionar a fistula. Assim foi, e eu vinha fazer curativo, porque ela não deixava ninguém fazer, e isso foi me aproximando. Eu fui me apegando, até o momento em que não deu mais para cuidar dela e ela veio a óbito. (n22, Téc. Enf.)

Os conflitos de conduta também foram colocados como um dos fatores que tornam difícil o enfrentamento das emoções vividas frente à terminalidade, podendo serem atenuados com acolhimento efetivo na entrada das famílias na instituição e conceitos bem embasados postos em prática.

O mais difícil é essa transição mesmo, quando a criança deixa de ter possibilidade de cura e essa transição até a família aceitar. Eu acho que é difícil. Ficam conflitos entre equipes. Depois que aceita os cuidados terminais, isso daí eu lido muito bem com isso. Mas aquele período de conflitos entre a equipe é difícil. Por Exemplo: Faz isso... Não! Não faz. Já é FPCA. Não é! Sabe aquele conflito? (n06, Enf.)

Alguns dos relatos exibem claramente a angústia gerada devido ao longo caminho vivenciado por essas crianças que, na maioria dos casos, seguem até a determinação do quadro de impossibilidade de cura. Nesse contexto, os resultados deste estudo estão consonantes com estudo anterior¹¹ ao constatar que “a falta de preparo da equipe” foi considerada um fato desencadeador de conflito.

Em se tratando de um cenário cercado de recursos tecnológicos e altamente invasivos, por vezes este parece “ofuscar a visão”, confundindo e pondo em dúvida o momento certo de parar de “insistir”, de resistir ao que “faz parte do curso natural da vida”, ao que é inerente à condição humana. Para tanto, com uma equipe bem respaldada, fica muito mais fácil alcançar um cuidado coeso e de qualidade de maneira que todos, quem cuida e quem é cuidado, experimentem a satisfação.

Eu não consigo aceitar e entender o sofrimento humano. Eu acho que você tem que dar qualidade. (n23, Enf.)

Nesse contexto, o cuidado paliativo é inserido como uma abordagem que promove a qualidade de vida através da prevenção e do alívio do sofrimento dos pacientes e seus familiares que enfrentam doenças ameaçadoras à continuidade da vida. Tal abordagem requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual⁷.

Com a presença do Cuidado Paliativo (CP) na terapia intensiva faz-se necessário a concordância da assistência prestada, objetivando minimizar conflitos. Os conflitos de conduta são geradores de estresse, insegurança e ansiedade, além de interferir danosamente na comunicação entre equipe de saúde e família

Trabalhar o conhecimento junto aos profissionais favorecendo seu discernimento é uma forma eficaz de prevenção ao adoecimento. Expostos rotineiramente a situações de dor e morte, cada indivíduo adota sua própria maneira de enfrentamento, podendo ou não resultar em adoecimento, o que sugere um modelo de gestão preventiva.

A morte: o momento mais difícil

Alguns autores iniciaram sua obra falando da finitude desde a Idade Média, quando o fim da vida se dava de forma natural em um ambiente comum a toda família. No entanto, no século XX a morte ganha sua forma institucionalizada como fruto de uma dedicação a longevidade, com o auxílio da hospitalização, todavia sem processos de capacitação adequados aos trabalhadores deste cenário¹².

Dessa maneira, é possível afirmar pelos dados da pesquisa, que 99% dos participantes admitiram que o pior enfrentado no dia a dia de assistência no CTI

OncoPed é o momento do óbito. Alguns chegam a associar a figura do paciente a de uma pessoa amada, como um filho ou irmão. Surgem então pensamentos como: “Será mesmo isso o que eu quero para minha vida toda?”. A possibilidade de desistir desta caminhada é real para alguns, que não desejam presenciar tanta tristeza o tempo todo e ainda por um longo tempo de exercício profissional.

[...] associação que eu faço dessa criança com meu filho. Eu fico imaginando aquela mãe, naquela situação e eu não queria estar naquele lugar. Aí essa sensação de impotência, que remete ao meu filho, me levou várias vezes situações que eu fiquei me sentindo muito mal e perturbada. (n20, Enf.)

É a relação tão próxima estabelecida com os pais que torna esse momento ainda mais pessoal e doloroso para o profissional que busca dar apoio sem se dar conta, naquele momento, de que ainda vivenciará esse mesmo cenário inúmeras vezes em sua trajetória profissional.

O pai estava a caminho e não sabia que a criança tinha ido a óbito. Ele chegou na porta do CTI e me chamou pelo nome. Ele me viu ali, de longe, e falou: n10 vem aqui! E aí? Como está meu menino? E aí, como só estava eu na hora, eu tive que conversar com ele e eu acho que esse dia foi um dia bastante pesado. (n10, Enf.)

Amãe tirou a criança do leito, ficou abraçada com a criança no colo; não queria deixar a gente preparar o corpo. (n05, Téc. Enf.)

Eu tenho uma cena ficou muito difícil. Uma criança veio a óbito e a mãe, desesperadamente, me agarrou dizendo assim: Por que a minha filha? Ela não me soltava de jeito nenhum. Eu levei quase 4h com aquela mãe. (n17, Enf.)

Todo o percurso da família e da criança durante o tratamento até a terminalidade tem sua dor. Não há dúvida de que, quando o momento da despedida chega, tudo se torna mais pesaroso especialmente pelo sofrimento da família. Existem algumas crianças que chegam a verbalizar sua própria necessidade de descanso, o que é compreendido e respeitado por alguns pais, porém não é comum a todos. Na verdade, essa postura é fruto de uma árdua caminhada. Uma caminhada onde se pode alcançar o amadurecimento pela orientação oferecida aos pais, e pela fé que é regada durante todo o caminho.

Para mim o que mais me deixa assim... muito mal mesmo... o momento mais difícil é o momento da morte. Porque muitas vezes você olha pra criança e você pensa assim... até de uma forma fria... Poxa! Descansou! Mas você vê o sofrimento da mãe e da família... Não tem como você não fazer parte daquilo! O momento da morte para mim é o pior! Eu me emociono... Eu já chorei várias vezes. (n07, Enf.)

[...] difícil foi ver uma criança falar, um adolescente, que não aguentava mais aquilo e que não queria mais continuar. (n19, Téc. Enf.)

O profissional tem na mãe, no acompanhante,

um valioso apoio para o bom cuidado prestado à criança que sofre. Essa mãe é sempre incluída e ouvida, a mesma mãe que depois sofre sua perda e precisa de cuidado, de amparo. É um trabalho encarado como missão pela possibilidade do envolvimento empático (empatia – “sentir dentro”) e fazer o que estiver ao alcance naquele momento, personificando a compaixão (ação).

Aí ela um dia falou: R., você me dá uma boneca do meu tamanho? E eu fui lá e comprei. Ela viu a boneca e gostou demais e eu fiquei muito satisfeita [...] aí ela ficou passando muito mal e queria ficar no meu colo. [...] Ela esperou eu chegar lá e morreu... A avó queria que eu levasse a boneca e aí eu falei que não, para colocar dentro do caixão. (n25, TSG)

Eu gostava dela... Eu até ficava em casa e pensava nela! Quando ela morreu eu sofri e só não fui ao enterro porque quero lembrar só de como ela era! Ver ela deformada, não dá não! Não desce! (n25, TSG)

Ainda assim, existem crianças que resistem bem e permanecem por um tempo significativamente longo com a equipe por consequência de quadros crônicos, mantendo uma condição de dependência do suporte de tecnologias duras. O convívio torna a criança e a família totalmente integrada ao ambiente. Entretanto, a estabilidade do quadro não a isenta de uma ocorrência inesperada, pelas próprias características da hospitalização. A partir daí, o desfecho de um óbito, de forma súbita ou não, leva a uma experiência bastante marcante para toda a equipe.

[...] ficou internada com a gente aqui quase dois anos. Era uma criança super dócil. De repente, de uma hora para outra ele veio a óbito! Isso foi muito chocante. (n09, Téc. Enf.)

[...] eu acompanhava aquela vida sofrida daquela mãe sem nenhum familiar próximo, porque ela era de longe. Ela sozinha, se deparando ali com aquele sofrimento e com a proximidade da morte da filha. Foi o momento mais difícil! (n02, Enf.)

E eu estava lá, justo no momento em que a mãe chegou e ficou sabendo da notícia e começou a gritar chorando, e aí eu estava grávida, a gente já fica mais sensível. Sempre que é dado essa notícia para os pais de que a criança morreu, para mim, é o mais difícil. (n01, Enf.)

Com uma equipe formada majoritariamente por mulheres e sendo a grande maioria das crianças acompanhadas também por mulheres, como mães, avós, tias e irmãs, o sentimento materno é marcante e as histórias pessoais vêm à tona, ocasionando empatia e compaixão, assim como o medo diante da morte.

Eu estava com meu bebê recém-nascido praticamente! Ele tinha quatro meses e eu tinha acabado de vir da licença maternidade. Ele amamentando ainda! Então me chocou muito a morte de uma criança aqui que foi a primeira que eu peguei. Era um menino [...]. (n03, Téc. Enf.)

Eu me deparei com muitas mortes, tendo que cuidar

*de crianças morrendo, meu filho pequeno em casa, eu tinha vindo de uma licença maternidade e tipo assim, eu queria estar cuidando dele... (n14, Téc. Enf.)
Aqui é mais difícil de trabalhar que no adulto! Ainda mais a gente que tem filho pequeno. (n24, TSG.)*

O lidar com o sofrimento do outro no ambiente de trabalho é algo que não pode ser negligenciado, mas uma condição que deveria receber a oportunidade de compartilhamento de vivências, de prazer e sofrimento, com o intuito de favorecer a compreensão e apoio emocional. Ao expor as conexões e sentimentos gerados no ambiente de trabalho, torna-se possível descobrir o que habita nosso íntimo e que não é possível enxergar sozinho¹⁰.

Um estudo¹³ descreve a Enfermagem como a categoria mais acometida pelos sentimentos gerados no processo de morte e morrer de uma criança, sendo os mais habituais à compaixão, indiferença, impotência, ansiedade, culpa, negação, envolvimento emocional, empatia, angústia e tristeza, bem como a escassez de discussões filosóficas e treinamentos que aprimorem a assistência de crianças FPCA.

Ademais, o tratamento intensivo tem se revelado uma boa alternativa no final da vida, e que a carência quanto ao treinamento da equipe, para realidade de finitude, ainda é muito significativa. Em se tratado de um paciente tido como FPCA, em um ambiente tecnicista, o profissional deverá se voltar às medidas menos agressivas, descartando o raciocínio técnico sempre que necessário¹¹.

Por fim, essa é a categoria que evidencia o que é imutável, devendo ser avaliada com primor, a fim de oferecer aos trabalhadores estratégias de enfrentamento efetivas, promovendo o equilíbrio de suas emoções. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) emerge como estratégia para o embasamento dos profissionais que, cotidianamente, são confrontados por questionamentos, desafios e temas que necessitam de especial atenção, por meio de discussões reflexivas e construtivas¹⁴.

Trabalhar no ambiente entendido, socialmente e culturalmente, como local de mau prognóstico tem o poder de impactar significativamente as emoções do trabalhador, e nem sempre é possível perceber isso.

Há uma tendência em não admitir o quanto vivenciar situações de sofrimento e angústia, cotidianamente, pode levar a uma condição de

“endurecimento” diante de questões do dia a dia. Existe ainda o risco de tornar-se “cego” emocionalmente, impedindo a percepção de um inconsciente repleto de experiências que são carregadas de frustração, angústia, tristeza e ansiedade. O acúmulo de tais sentimentos pode resultar em sensações de terror e pânico, relacionadas a experiências vividas no trabalho, que se tornam gatilhos quando vividas na vida fora do ambiente laboral.

Conclusão

Diante dos dados da pesquisa, foi possível concluir que os aspectos inerentes ao cuidado prestado no CTI oncopediátrico que podem interferir na saúde mental dos trabalhadores são fatores de risco constatados e o impacto que as experiências no trabalho geram nas emoções dos trabalhadores podem afetar a vida profissional e pessoal do trabalhador. Portanto, é importante que os profissionais possam compartilhar, no coletivo, suas angústias e medos no que concerne à atuação constante frente ao processo de terminalidade da vida de crianças vítimas do câncer.

Outrossim, torna-se imprescindível a oferta de ferramentas tecnológicas e educativas, que tenham como base saberes capazes de oferecer aos trabalhadores a orientação necessária à manutenção e promoção da qualidade de vida. Nesse sentido, a EPS apoiada pelas tecnologias educacionais configura como uma estratégia promotora da saúde mental dos trabalhadores. Tal promoção terá como consequência a preservação da excelência na assistência em saúde e a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Limitações do Estudo

Como limitações do estudo, ressalta-se o pouco suporte psicológico oferecido aos familiares e pacientes, por déficit de recursos humanos especializados, quiçá profissionais direcionados para atendimento à equipe de saúde, dificultando o trabalho emocional dos mesmos mediante o lidar com a morte de quem recebe o cuidado e seu processo.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Gomes Alencar [Internet]. Brasil: INCA; 04/03/2021 [citado 2021 set. 30]. Câncer infanto juvenil; [1 tela]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>.
2. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde: um*

desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

3. Rodrigues AJ, Bushatsky M, Viaro WD. Palliative care in children with cancer: integrative review. *J Nurs UFPE on line.*, Recife, 2015; 9(2):718-30. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.7028-60723-1-SM.0902201530>.
4. Santana JCB, Dutra BS, Carlos JMM, Barros JKAD. Orthothanasia in intensive care units: perception of nurses. *Rev. Bioét.* 2017; 25(1):158-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017251177>.
5. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. [cited 2021 set. 30]. Available from: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/consop/index.html.
6. Gutierrez PL. O que é o paciente terminal? *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2001 jun;47(2):85-109. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200010>.
7. Francisconi CF, Goldim JR. Problemas de fim de vida: paciente terminal, morte e morrer. Programa de Atualização em Medicina Intensiva da Associação de Medicina Intensiva Brasileira-Ciclo, 2, 65-81; 2011.
8. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care in children. World Health Organization. 1998. [cited 2021 set. 30]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42001>.
9. Houaiss. Dicionário Eletrônico Houaiss. Editora Objetiva; 2009.
10. Schramm FR. Finitude e Bioética do Fim da Vida. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 2012 mar;58(1):73-8. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n1.1436>.
11. Dejours C. Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap: EAESP/FGV; 1999.
12. Silveira NR, Nascimento ERP, Rosa LM, Jung W, Martins SR, Fontes MS. Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(6):1012-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0267>
13. Santos RAD, Moreira MCN. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014 dez;19(12):4869-78. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.18862013>
14. Souza PDSND, Conceição ADOF. Processo de morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev. Bioét.* 2018 jan-apr;26(1):127-34. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261234>
15. Silva CC, Bonvicini C, Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (2014). *Psicodinâmica do Trabalho*. 1a ed. Editora: Atlas. *Rev. Psicol Saúde e Debate.* 2018 jul;4(2):138-47. doi: <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V4N2A10>.