

ARTIGO DE PESQUISA

O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL EM SITUAÇÃO DE MORTE IMINENTE DA CRIANÇA: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

Mariana Gomes Cardim¹

Débora Luiza de Oliveira Rangel¹

Maria Filomena Pereira Vancellote Almeida²

Maria Aparecida de Luca Nascimento³

Resumo

A constatação de um quadro clínico com um mau prognóstico gera uma carga de reações e sentimentos variados que influenciam todos na enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa com o objetivo de descrever a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da sua atuação junto à criança e à mãe/acompanhante após a constatação de um quadro clínico com mau prognóstico. Foram identificadas três categorias de análise: Os sentimentos frente ao “mau prognóstico” propiciando a crise; O cuidar da criança com mau prognóstico; e O cuidar da mãe/família da criança com mau-prognóstico. Concluímos que todo esse cenário que envolve a constatação de um quadro com mau prognóstico abrange o surgimento de novos sentimentos, talvez tão intensos que levam a uma mudança no relacionamento interpessoal dos profissionais de enfermagem com a criança em situação de morte iminente e seus familiares.

Unitermos: Mau Prognóstico. Relacionamento Interpessoal. Criança. Cuidado de Enfermagem.

Abstract

AN INTERPERSONAL RELATIONSHIP IN IMMINENT DEATH OF THE CHILD'S SITUATION: A challenge for nursing

The clinical situation with a bad prognostic verification produces a load of reactions and varied feelings that influence the whole infirmery. This is a descriptive exploratory study based on quantitative approach, whose goal is to describe the nursing professionals' perception about their performance with the child and the mother/attendant after a bad prognostic verification. After the analyses, three categories emerged: The feelings ahead of the “bad prognostic” propitiating the crisis; Taking care of the child with bad prognostic and; Taking care of the child's mother/attendant with bad-prognostic. We concluded that the whole scenery that involves the clinical situation with a bad prognostic verification includes the appearance of new feelings, maybe so intense, that makes a change in the nursing professionals' interpersonal relationship with the child in situation of imminent death and their relatives.

Key Words: Prognostic. interpersonal relationship. Child. Nursing care.

¹ Acadêmicas de Enfermagem. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto /EEAP. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UNIRIO.

² Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da EEAP/UNIRIO – Mestre em Enfermagem.

³ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da EEAP/UNIRIO - Doutora em Enfermagem.

Resumen

LA RELACIÓN INTERPERSONAL EN SITUACIÓN DE MUERTE INMINENTE DEL NIÑO:**Un desafío para la enfermería**

La situación clínica con una comprobación de pronóstico malo produce una carga de reacciones y sentimientos variados que influyen en la enfermería. Éste es un estudio exploratorio descriptivo basado en acercamiento cuantitativo cuya meta es describir la percepción de los profesionales de enfermería sobre su actuación con el niño y la madre/acompañante después de la comprobación de un cuadro clínico con pronóstico malo. Después de los análisis, tres categorías surgieron: Los sentimientos delante del “pronóstico malo” que propicia la crisis; El cuidar del niño con pronóstico malo; y El cuidar tomando de la madre/familia del niño con pronóstico malo. Se concluyó que todo ese escenario que involucra la constatación de un cuadro con comprobación pronóstico malo incluye el surgimiento de nuevos sentimientos, quizá tan intensos, que llevan a un cambio en la relación interpersonal de los profesionales de enfermería con el niño en situación de muerte inminente y sus parientes.

Palabras-clave: Pronóstico. Relación interpersonal. Niño. Cuidado de enfermería.

INTRODUÇÃO

O presente estudo surgiu a partir de nossas vivências como acadêmicas de enfermagem durante o ensino clínico da disciplina de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente II, do Curso de Graduação, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO), desenvolvido na enfermaria de neurocirurgia de um hospital pediátrico localizado no município do Rio de Janeiro.

Durante a nossa prática diária, cuidando de crianças hospitalizadas no setor supracitado, observamos que, ao ser constatado que a criança é portadora de uma patologia fatal, quando se esgotaram as possibilidades terapêuticas e a morte se torna iminente, ocorre uma mudança na dinâmica da enfermaria. Isso se dá porque tal situação gera uma carga de reações e sentimentos variados que influenciam a enfermaria como um todo, afetando diretamente os familiares da criança, a equipe de enfermagem e até mesmo as demais mães/acompanhantes que acompanham seus filhos dentro desse setor, uma vez que as crianças estão internadas com um quadro clínico que em algum momento se aproxima da realidade da criança com mau prognóstico.

Nesse sentido, vale ressaltar que, apesar da morte fazer parte do cotidiano dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar, observamos que esses profissionais apresentavam dificuldades para se relacionar e cuidar da criança e interagir com seus familiares após a

constatação do mau prognóstico e muitas vezes se afastavam da criança. Segundo Almeida e Leite (1997, p.57): “Quando a morte surge, em geral, os profissionais de saúde sentem-se despreparados para interagir com o paciente terminal e usualmente saem de cena”.

Os profissionais de enfermagem, por permanecerem 24 horas junto com a criança, assumem um papel de destaque em tal situação. Além de terem que lidar com seus próprios sentimentos e valores, frente à morte iminente da criança, precisam lidar com os novos anseios, reações e necessidades dos familiares da criança e com o reflexo deste prognóstico nos responsáveis das outras crianças internadas nessa mesma unidade.

Diante do exposto, fomos levadas a realizar este estudo, que tem por objetivo descrever a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da sua atuação junto à criança e à mãe/acompanhante após a constatação de um quadro clínico com mau prognóstico.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Estudo descritivo que utiliza a abordagem qualitativa que no entender de Polit e Hungler (1995, p.270): “baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores”.

Ainda para as referidas autoras: “Os pesquisadores qualitativos coletam e analisam materiais pouco

estruturados e narrativos que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos.”

Momento ético

Para a realização deste estudo, foi solicitada a devida autorização da instituição cenário, mediante a apresentação de um anteprojeto de estudo. Além disso, foi apresentado aos sujeitos do estudo um termo de consentimento livre e esclarecido a fim de orientá-los quanto aos objetivos do estudo, resguardando seu anonimato quando da apresentação de suas falas, conforme a Resolução 196/90.

O cenário

Um hospital pediátrico público situado no município do Rio de Janeiro.

Os sujeitos

A população-alvo foi composta por 10 profissionais de enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) que trabalham na área de pediatria. Cabe ressaltar, para que seja mantido o anonimato, os sujeitos do estudo receberam nome de flores.

Produção de informações

Para a coleta dos dados, utilizamos a entrevista semi-estruturada guiada por um roteiro com perguntas abertas, que, de acordo com Polit e Hungler (op.cit., p.168): “permitem uma perspectiva mais enriquecedora e completa em relação ao tópico de interesse”. As respostas foram gravadas em fita cassete com o consentimento das entrevistadas, e transcritas, a fim de possibilitar uma maior fidedignidade às entrevistas realizadas.

Trabalhando as informações

Após a transcrição das entrevistas, realizamos várias leituras enfocando a temática e o objetivo proposto. Assim, os trechos repetidos foram agrupados surgindo três categorias de análise denominadas:

- Os sentimentos frente ao “mau prognóstico” propiciando a crise;
- O cuidar da criança com mau prognóstico;
- O cuidar da mãe/família da criança com mau prognóstico.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Categoria um: Os sentimentos frente ao “mau prognóstico” propiciando a crise

No hospital, a morte e o ritual de luto que a ela segue estão permanentemente presentes no cotidiano dos profissionais de enfermagem, pois a vida e a morte não podem se separar. A morte faz parte da existência humana. O avanço da ciência e o tecnicismo fizeram com que crescesse no mundo contemporâneo uma cultura de negação à morte. Por isso, cada vez mais, as pessoas têm dificuldade em falar e vivenciar o outro morrer. Como diz o poeta Vinícius de Moraes (Soneto da Felicidade), “a morte é angústia de quem vive”.

Porém, sabemos que a morte não é o único fator que pode desencadear um luto, uma vez que possui, em um sentido mais geral, uma idéia de perda. Assim, a constatação de um quadro clínico com mau prognóstico, um diagnóstico de doença fatal de uma criança pode dar início ao sentimento de perda não só para os familiares desta criança como também para a equipe de enfermagem. Assim sendo, essa mudança de panorama acaba por propiciar uma crise nas pessoas (nos elementos) envolvidas, sendo necessário reflexão e reorganização para posterior adaptação. Segundo Maldonado (2002, p.23):

A crise pode ser definida como um período temporário de desorganização no funcionamento de um sistema aberto, precipitação por circunstâncias que transitoriamente ultrapassam a capacidade do sistema para adaptar-se interna e externamente.

Nesse sentido, nos depoimentos dos entrevistados apreendemos que, para os profissionais de enfermagem, o conviver com a morte iminente da criança traz à tona uma gama de sentimentos negativos, entre os quais a tristeza se faz mais marcante.

O sentimento de tristeza, descrito nas falas dos sujeitos de nosso estudo, se encaixa em três contextos distintos, porém correlacionados: 1) Relação de vínculo criança/profissional de enfermagem; 2) Projeção do sentimento de perda para o ambiente familiar; 3) Idealização da criança como potencial para a vida.

Durante a prática do cuidado, a interação entre clientes e a equipe de enfermagem contribui para a formação de laços afetivos entre eles. O tempo de internação e a singularidade da criança também são aspectos que intensificam o estabelecimento de vínculos cada vez mais demarcados, o que fica explicitado quando nos dizem:

“Eu me apego muito às crianças” (Orquídea).

“A criança, quando fica aqui muito tempo, a gente acaba se apegando” (Lírio).

“(…) normalmente as crianças já estão um certo tempo com a gente. A gente já está um pouco apegada (...) Então a gente fica com um sentimento de perda, né?!” (Gerânio).

Os profissionais de enfermagem, diante da constatação do mau prognóstico com relação ao quadro clínico da criança, experienciam a possibilidade próxima de afastamento e perda, o que os faz vivenciar a tristeza proveniente do sofrimento antecipado pela quebra do vínculo afetivo previamente estabelecido.

O ser humano, de uma maneira geral, não fica imparcial diante de uma possível perda sem se emocionar, ainda mais quando há envolvimento afetivo. Porém, podemos perceber que muitas vezes esse envolvimento não possui limites bem definidos, o que acaba por determinar o seu transbordamento imaginário para níveis extra-muros hospitalares, fato que pode ser exemplificado em:

“Eu fico chocada, ainda mais porque eu tenho duas crianças” (Lírio).

“Você acaba sentindo a mesma coisa, se colocando no lugar daquela mãe. Eu também sou mãe, né?!” (Rosa).

Observamos, então, que este tênue limiar entre o real vivido dentro da instituição e o imaginário projetado na vida pessoal coloca os profissionais diante do medo de sua própria morte ou de seus familiares. Malrieu (1996, p.37) nos reforça dizendo que: “O imaginário coloca-nos no centro das nossas preocupações ocultas, das nossas possibilidades”. Neste contexto, Wong (1999, p.11) acrescenta que: “As enfermeiras pediátricas precisam estar significativamente relacionadas às crianças e seus familiares e ainda separar-se suficientemente para distinguir seus próprios sentimentos e necessidade”.

Podemos inferir ainda na fala dos sujeitos entrevistados a idealização da criança como potencial para a vida como justificativa para o sentimento de tristeza, uma vez que a criança, segundo Almeida e Leite (1997, p.37): “é sempre encarada como portadora de alegria, crescimento e perspectiva de vida; uma contraposição à morte”. Ademais, podemos apreender alguns depoimentos que refletem tal idealização:

“A gente sente porque é uma criança e a vida dela vai ser abreviada daqui a um tempo, aí você vê que a criança não vai fazer todo aquele ciclo da vida...” (Rosa).

“(…) essas crianças vão ter uma vida corrida lá fora, quando sair, e aquela ali não (...)” (Flor de Liz).

Segundo Evans apud Zaidhaft (1990, p.105):

A morte de uma criança, atualmente, é a que desperta mais dor entre os que ficam (pelo ciclo de vida que não se teria cumprido? Por ela ser desprotegida? Por ser depositária de nosso narcisismo? Por ela ser o símbolo de nossa imortalidade que se vai? Quem sabe?).

Categoria dois: O cuidar de criança com mau prognóstico

Toda a gama de sentimentos experimentados a partir da constatação de um quadro clínico com um mau prognóstico, pode ou não interferir de alguma maneira na conduta do profissional de enfermagem em sua prática diária de cuidar.

Em alguns relatos dos depoentes, podemos destacar referência a um cuidado prestado de forma indiferenciada, ou seja, o prognóstico sombrio, e até mesmo duvidoso, por si só não serviria como aspecto gerador da distinção de cuidados durante a prática diária de assistência à criança. Tal fato pode ser percebido quando nos dizem:

“... Eu vou prestar a minha assistência de uma forma igual para todas elas, sem rotular nenhuma delas, para você não se envolver no fato do diagnóstico... Pra gente, no caso pra mim, é como se fosse cuidar de outra criança...” (Rosa).

“Eu acho que a maneira de eu cuidar vai ser sempre a mesma porque eu sou uma profissional” (Gerânio).

“Eu trabalho normal, como qualquer outra criança, sabendo do prognóstico, mas, tento não me envolver. Aí é emocionalmente mesmo” (Flor de Liz).

Podemos inferir que essa tentativa de uniformizar a assistência de enfermagem prestada à criança hospitalizada reflete um mecanismo de defesa dos profissionais. No entender de Pitta (1990, p.66), este é denominado “despersonalização e negação da importância do indivíduo”, onde “qualquer paciente é igual a qualquer outro paciente, portanto, ele não é alguém com registro afetivo diferenciado. Existe uma ‘ética’ implícita de que todos sejam tratados de igual maneira, e que não exista doentes ou doenças que se individualizem e personifiquem”.

Já em outros relatos percebemos a ênfase na aproximação entre o profissional e a criança após a definição do mau prognóstico com relação ao seu quadro clínico. Exemplificados em:

“A gente passa a cuidar mais ainda. A atenção é maior. A gente se apega mais a essa criança. E isso é mais difícil.”(Margarida).

“A gente acaba dando mais atenção àquela criança (...) Mas com o tempo eu acho que estou ficando mais triste com relação a isso” (Lírio).

A partir desses relatos, percebemos que a aproximação equipe de enfermagem/clientes busca compensar, de alguma maneira, a abreviação iminente da vida da criança. Porém, observamos que muitas vezes essa aproximação parecia ser somente física (relacionada à procedimentos técnicos).

Apesar da referência de maneira clara de uma indiferença ou aproximação com relação à conduta no trabalho prestado fica evidente em alguns momentos a necessidade de um afastamento emocional. Este pode ser caracterizado como mais um mecanismo de defesa adotado pelos profissionais de enfermagem, que é denominado por Pitta (Ibid, p.65) como “Fragmentação da relação técnico-paciente”, onde a autora acredita que: “quanto mais íntimo for este relacionamento, mais o técnico estará propício a experimentar angústia, portanto, vale qualquer iniciativa na direção de parcelar as tarefas no sentido de reduzir os tempos de contato do técnico com o doente”. Nesse sentido, destacamos alguns trechos dos discursos dos profissionais de enfermagem:

“Eu tento não me envolver tanto porque, as vezes em que eu me envolvi, eu fiquei arrasada...” (Flor de Liz).

“Tem tipo de caso que a gente faz o essencial e ‘cai fora’, porque, senão, a gente acaba levando isto para casa” (Margarida).

Sobre isso, encontramos apoio em Maranhão (1992, p.42) quando nos diz que “os profissionais da saúde podem alterar seu inter-relacionamento com os doentes, ao ponto de inconscientemente desertar deles psicologicamente, ao mesmo tempo em que intensificam a atenção às suas necessidades fisiológicas”. O mesmo autor complementa ainda dizendo “a técnica, nesta situação, freqüentemente é utilizada como barreira que cora a

possibilidade de um possível e indesejável envolvimento humano” (ibid, p.43).

No nosso entender, isso dificulta o interagir dos profissionais com a criança, como forma de solicitude, pois leva à fuga de si mesmo e conseqüentemente ao afastamento dessa convivência, contribuindo para que a criança se torne só.

Categoria três: O Cuidar da mãe/família da criança com mau prognóstico

Após análise dos depoimentos relativos à abordagem desta última categoria identificada, destacamos a existência de dois comportamentos caracterizadores da extensão ou não do cuidado de enfermagem à mãe/acompanhante das crianças hospitalizadas.

O primeiro comportamento observado se refere à maior aproximação do profissional com a família, em uma tentativa de proporcionar conforto e abrandar a natureza pesada que é ter um filho vivenciando um quadro clínico com mau prognóstico. Apontamos algumas falas que mostram essa sensibilização e posterior intervenção de enfermagem:

“Eu procuro confortá-las (...)” (Orquídea).

“A gente procura sempre dar uma força” (Lírio).

“(...) na medida do possível eu tento me aproximar bastante dela” (Girassol).

Tais afirmativas nos indicam que há uma preocupação em atender a criança de uma maneira global, sem separá-la de seu contexto familiar, uma vez que sabemos que a criança doente resulta em um adoecimento de toda família que, dessa forma, também precisa de cuidado.

O segundo comportamento observado se refere à dificuldade da equipe de enfermagem em estender seus cuidados profissionais à família, pois, segundo Duda (1989, p.160), “não existem palavras à sua dor se o seu filho estiver morrendo”. Tal fato, muitas vezes, deixa a equipe sem saber como intervir:

“Olha, às vezes eu sinto um receio de falar com a mãe porque você não sabe o que dizer” (Camélia).

“Eu fico até sem jeito de me aproximar daquela mãe” (Margarida).

Porém, outras vezes, esse afastamento pode se relacionar a um mecanismo de auto-proteção, como, por exemplo, quando dizem:

“As vezes você não se envolve muito com o acompanhante para que quando acontecer uma situação dessas, você não transportar aquilo que está acontecendo”(Rosa).

“A relação acaba sendo um pouco superficial” (Dama da noite).

Podemos ainda definir como uma característica marcante nos comportamentos descritos nas falas dos profissionais entrevistados: a expectativa da iniciativa apenas por parte da mãe/acompanhante no que se refere à busca de conforto ou diálogo com a equipe de enfermagem. As frases a seguir exemplificam bem o exposto anteriormente:

“Mas aí, com o tempo, até a mãe vai sentir uma necessidade maior de conversar, se ela não vier se abrir, aí a gente chega junto (...)” (Camélia).

“Eu fico até sem jeito de me aproximar daquela mãe”(Margarida).

“Eu, por exemplo, deixo ela ficar no espaço dela, se ela vier até a mim para poder desabafar (...)” (Gerânio).

“Vai depender muito da mãe” (Girassol).

Nesse sentido, Collet e Rocha (2000, p.60) acreditam que uma situação semelhante:

... requer dos enfermeiros o desenvolvimento de uma observação bastante aguçada não só a cerca da criança; mas também dos pais, requer aprimoramento na habilidade e sensibilidade do enfermeiro perceber o estado psicológico dos pais, ou seja, buscar identificar como eles têm se sentido no contexto da situação, como têm se relacionado com a criança, e como estão vivenciando este momento, que tipo de apoio/suporte estão precisando.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos possibilitou perceber que lidar com a morte, para os profissionais de enfermagem, é difícil, uma vez que, além de haver uma negação habitual da sociedade com relação à morte, como já referido anteriormente, essa dificuldade é acrescida do fato de a formação acadêmica priorizar o curar, o tratar e o prolongar como se a principal meta do profissional fosse vencer a morte.

Diante da possibilidade iminente de morte advinda da definição do mau prognóstico frente a um quadro clínico da criança hospitalizada, os profissionais apresentam a tristeza como sentimento mais marcante. Isso ocorre porque há a necessidade de um retraimento introspectivo

com a função de ajustar-se ao sentimento de perda. Essa perda torna-se significativa, uma vez que é estabelecida uma relação de vínculo criança/profissional de enfermagem, uma idealização da criança como potencial para a vida e, ainda, uma projeção para o ambiente familiar.

A partir disso, algumas vezes os profissionais mudam a direção de seu cuidado à criança, buscando, dessa forma, maior aproximação como um caráter compensador. Esse redirecionamento ocorre de maneira consciente, mesmo que propicie reforço ao sentimento negativo (de tristeza) experimentado.

Apontamos que a figura da mãe/acompanhante, nesse momento, não é encarada como sujeito da ação profissional, pois, mesmo quando a mãe/acompanhante é o centro da conduta, isso ainda ocorre com a concepção de atitude dicotômica com a prática profissional. Contudo, ressaltamos que a assistência de enfermagem deve abranger tanto as crianças quanto os pais e familiares, através da criação de um círculo de percepção-compreensão-ação que possibilite a qualidade e eficácia da prática assistencial em pediatria.

Observamos, ainda, nas falas dos sujeitos do estudo, a constante utilização da primeira pessoa do plural (exemplo: a gente, nós) para responder questionamentos sobre SUA prática profissional, até mesmo quando eles se referiam a sentimentos e reações – aspectos estritamente pessoais. Isso nos remete à necessidade que os profissionais têm em abordar de forma impessoal um assunto que lhe traz um profundo impacto, como se tentassem negar o envolvimento pessoal respaldando-se com a generalização da postura de todos os profissionais.

Acreditamos que o objetivo do estudo foi atingido a partir do momento que identificamos que todo esse cenário que envolve a constatação de um quadro clínico com um mau prognóstico abrange o surgimento de novos sentimentos que levam a uma mudança no relacionamento interpessoal dos profissionais de enfermagem com a criança em situação de morte iminente e seus familiares. Tal fato não nos assusta uma vez que sabemos que na relação de cuidado existem DUAS interfaces que pulsam, trocam energia e têm sentimentos. Porém, como acadêmicas de enfermagem e futuras profissionais de saúde, acreditamos que algumas vezes precisamos aprender a trabalhar nossas emoções, com vistas a um cuidado mais sensível, tanto às crianças quanto aos seus familiares.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.F.P.V., LEITE, J.L. **Um mergulho no cotidiano do ser-enfermeira-com-a-criança em fase terminal**. Rio de Janeiro: Gráfica Minister, 1997.

COLLET, N., ROCHA, S.M.M. Relação entre pais e enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada: um ensaio crítico. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, 2000.

DUDA, D. **Voltar para casa: um guia para o convívio com pacientes terminais**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da Gravidez**. 16 ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

MALRIEU, P. **A Construção do Imaginário**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

MARANHÃO, J.L.S. **O que é morte**. 4 ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.

POLIT, D., HUNGLER, F. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WONG, D.L. **WHALEY & WONG Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

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