

# Sofrimento e Libertação: Significações Sobre a Morte na UTI Pediátrica

Evandro de Quadros Cherer  
Alberto Manuel Quintana  
Ursula Maria Stockmann Pinheiro

*Universidade Federal de Santa Maria  
Santa Maria, RS, Brasil*

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar a significação feita, em relação à morte, por médicos e enfermeiros de uma UTI Pediátrica. Empregou-se abordagem qualitativa, com aplicação de entrevistas semiestruturadas guiadas por eixos norteadores. Participaram deste estudo oito profissionais que atuavam em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, a saber, quatro enfermeiros e quatro médicos. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo, da qual surgiram duas categorias: “A morte como sofrimento” e “A morte como libertação”. Destaca-se o sofrimento diante do contraste entre morte e vida, isto é, quando a morte se opôs às características de vitalidade, expectativas e fantasias de vida. Em contrapartida, a morte ainda pôde ser significada como uma libertação, ou seja, como o fim do sofrimento, diante do processo de morrer entendido como mais ansiogênico do que a própria morte.

**Palavras-chave:** Morte; Psicologia; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

## ABSTRACT

*Suffering and Liberation: Significances of Death in a Pediatric ICU*

This study aimed to investigate the significance of death to physicians and nurses in a pediatric ICU. The research was designed considering a qualitative approach and its data gathering was carried out through semistructured interviews guided by primary questions. Four nurses and four physicians who work in the pediatric ICU took part in this study. Data was analysed through content analysis, in which appeared the following two categories: “Death as suffering” and “Death as liberation”. In one side, the suffering before the contrast between death and life was highlighted, which means when death is opposed to the characteristics of vitality, expectations and fantasies of life. In another side, death still might be meant as a liberation or as the end of suffering for the dying process, which was understood as more anxiogenic than the death itself.

**Keywords:** Death; Psychology; Pediatric Intensive Care Unit.

## RESUMEN

*Sufrimiento y Liberación: Significaciones Sobre la Muerte en una UTI Pediátrica*

El presente estudio tuvo como objetivo investigar la significación dada a la muerte por médicos y enfermeros de una UTI pediátrica. Se empleó un abordaje cualitativo, con aplicación de entrevistas semiestruturadas guiadas por ejes norteadores. Participaron de este estudio ocho profesionales que actuaban en una unidad de terapia intensiva pediátrica, a saber, cuatro enfermeros y cuatro médicos. Los datos fueron analizados utilizando el análisis de contenido, del cual surgieron dos categorías: “La muerte como sufrimiento” y “La muerte como liberación”. Se destaca el sufrimiento delante del contraste entre muerte y vida, o sea, cuando la muerte se opone a las características de vitalidad, expectativas y fantasías de vida. En contrapartida, la muerte todavía puede ser significada como una liberación, es decir, como el fin del sufrimiento delante del proceso de morir, entendido este como más ansiogénico que la propia muerte.

**Palabras clave:** Muerte; Psicología; Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico.

## INTRODUÇÃO

A definição da morte envolve uma série de critérios que com o desenvolvimento e sofisticação da tecnologia vão ficando mais específicos e seletivos. Atualmente, o critério que determina a morte é a ausência das funções cerebrais, caracterizadas pela dilatação e não reação das pupilas, ausência de respiração espontânea e traçado plano de eletroencefalograma (EEG) durante um período de tempo (INCA, 2008).

A morte é uma das poucas certezas do ciclo vital humano, devendo ser, portanto, natural no que diz respeito à sua aceitabilidade, uma vez que ocorre com todos os seres vivos (Oliveira, Quintana e Bertolino, 2010). Entretanto, na psique humana o corpo é concebido como imortal (Botega, 2006) e, distintamente dos demais animais, o ser humano é o único ser metafísico, pois sabe da sua morte antes mesmo dessa ocorrer. Sendo assim, o seu sofrimento se estende para além do presente, indo para as dimensões do passado e do futuro e uma vez que sua única certeza é a de estar destinado a morrer, o ser humano passa a se perguntar pelo sentido de sua existência (Giacoaia, 2005).

No âmbito da saúde, entende-se que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destina-se à assistência de enfermos graves e recuperáveis, possuindo atendimento integral e especializado (Sanchez e Carvalho, 2009). Somando-se a isso, a morte de crianças é relatada na literatura como mais penosa, trazendo grande sofrimento para a equipe (Azambuja, Pires, Vaz e Marziale, 2010; Gutierrez e Ciampone, 2007; Mattos, et al., 2009). Desse modo, considera-se que os profissionais da saúde conduzem suas atividades além de suas competências técnicas, lidando com o sofrimento e exercendo o trabalho numa zona limítrofe entre a vida e a morte (Osório, 2003).

Especificamente, o trabalho com pacientes em unidades críticas, como a unidade de terapia intensiva pediátrica, abrange a imprevisibilidade, onde se enfatiza a grande relação dos profissionais com questões pertinentes ao processo de morrer. Esse cotidiano é permeado por experiências relacionadas ao sofrimento, medo, desamparo, desesperança, e perdas de vários tipos (Machado e Merlo, 2008). Nessas circunstâncias pode haver o desejo de que a morte de pacientes aconteça no plantão de outros colegas, havendo diversas reações que procuram anular o ocorrido e o vazio do leito que, em breve, é preenchido por outra pessoa (Ribeiro, Baraldi e Silva, 1998).

Nesse sentido, diante de trabalhos com exigências intensas, normalmente os profissionais da saúde permanecem comprometidos com os pacientes, não

possuindo uma disponibilidade para se voltarem a si mesmos ou para seus colegas. Desse modo, devido às situações cotidianas que passam no contexto hospitalar, os médicos e enfermeiros acabam por não corresponderem à necessidade de cuidado que possuem, sendo que essas situações limites também se relacionam ao mundo interno, a partir da formação profissional e pessoal (Pessini e Bertachini, 2004). Além do mais, o convívio constante com o processo de morrer pode favorecer os profissionais a naturalizarem a morte ou ainda a significarem com frieza. Somando-se a isso, o contexto hospitalar, muitas vezes, possui o funcionamento no qual se compreende que o bom profissional não se envolve com o paciente. Portanto, não havendo lugar para a expressão da angústia, o sujeito pode negar e ocultar seus sentimentos (Aguiar et al., 2006).

Diante desse contexto, este artigo traz alguns resultados oriundos de uma pesquisa que teve como objetivo principal investigar as significações da morte atribuídas por médicos e enfermeiros de uma UTI pediátrica.

## MÉTODO

A seguir, são abordados os aspectos referentes ao método proposto para a investigação, descrevendo-se o tipo de estudo, cenário, população e amostra, tratamento dos dados e aspectos éticos relacionados ao estudo.

### Tipo de estudo

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos optou-se por uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Trata-se de uma pesquisa descritiva uma vez que essa abordagem de pesquisa visa descrever os fenômenos ou fatos de certas realidades, solicitando do pesquisador informações sobre o que objetiva estudar (Leopardi, 2002). A escolha por um método qualitativo explica-se pelo fato que esta abordagem preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser mensurado, correspondendo a um mundo mais profundo dos fenômenos e relações e que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis (Minayo, 2010).

### Cenário do estudo

Após selecionar a temática de pesquisa e delinear o objetivo proposto, optou-se por desenvolvê-lo em um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. Nesse escopo, como local de estudo foi selecionado a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do hospital acima referenciado. Este serviço atende pacientes com idade a partir de 29 dias até 14 anos 11 meses e 29

dias. Esta UTI pediátrica possui capacidade de 5 leitos, contando com uma equipe multidisciplinar composta por 7 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, 7 auxiliares de enfermagem, que dividem-se entre os períodos diurno e noturno, 11 médicos, 8 médicos residentes do primeiro ano, 5 do segundo ano e 1 do terceiro ano, além de 1 psicólogo e 3 fisioterapeutas.

### **Sujeitos da pesquisa**

Para compor a amostra optou-se por eleger aqueles profissionais que tivessem maior interação com os pacientes, assim como estivessem em maior número na unidade, ou seja, os médicos e enfermeiros, incluindo-se os médicos residentes. Neste estudo os sujeitos de pesquisa, ainda que pertencentes a duas categorias profissionais distintas, foram compreendidos como pertencentes à mesma amostra, correspondendo, assim, aos objetivos de investigar os enfermeiros e médicos em conjunto, como representantes significativos da equipe de saúde que atende a UTI pediátrica. Para tanto, empregou-se da amostragem por conveniência, isto é, quando os elementos escolhidos são aqueles julgados típicos da população que se deseja estudar, sendo, portanto, uma amostra não aleatória.

Para definir o número de sujeitos a serem entrevistados foi utilizado o critério de saturação da amostra (Fontalella, Ricas e Turato, 2008), logo, o número de sujeitos ocorreu pela própria saturação, ou seja, quando novos dados relevantes deixaram de surgir, não justificando a procura de outros participantes (Victoria, Knauth e Hassen, 2000). A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual, frequentemente, empregada nos relatórios de investigação qualitativa em diferentes áreas, no campo da saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (Fontalella, Ricas e Turato, 2008).

Nesse sentido, a amostra foi composta por oito sujeitos, quatro médicos e quatro enfermeiros que trabalham em uma UTI pediátrica do hospital acima citado. Os participantes possuíam tempo variado de experiência profissional, sendo todos do sexo feminino, excetuando-se um médico. Os critérios de inclusão foram, a saber, ser médico ou enfermeiro com tempo de atuação profissional de, no mínimo, seis meses na unidade, pois se acredita que a complexidade da

unidade e o contexto de trabalho com o processo de morrer exigem um determinado período para que os profissionais possam corresponder aos objetivos da pesquisa, uma vez que se buscou explorar as vivências acerca da morte.

O convite à participação foi realizado por meio de contato pessoal com cada um dos profissionais, momento no qual se apresentou a pesquisa, a fim de obter a concordância dos sujeitos em integrar o corpo da pesquisa. O sigilo dos sujeitos integrantes do estudo foi preservado por meio da adoção de códigos para identificação das falas, a fim de manter a sua privacidade, tais como as siglas MED e ENF para médicos e enfermeiros, respectivamente, seguidos de números, os quais auxiliarão na identificação das falas. Por exemplo: ENF1, ENF2, MED1, MED2, e assim sucessivamente.

### **Coleta de dados**

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, tendo a questão norteadora: Como é para você a morte em seu cotidiano na UTI Pediátrica? O entrevistador conduziu a entrevista através dos seguintes eixos norteadores: a morte do primeiro paciente e na atualidade; comunicação da morte aos familiares; situações que mais o marcaram durante o trabalho na UTI pediátrica em relação à morte; a morte na UTI pediátrica e na UTI adulto; a comunicação com os colegas sobre a morte; a inserção na UTI e a vida pessoal; a morte na história pessoal dos pesquisados.

Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, com registro das falas em meio digital e posteriormente transcritas na íntegra. O local da realização da entrevista foi em uma sala cedida pelo hospital, podendo ter sido ainda na casa ou consultório do entrevistado, conforme sua escolha, sendo que a data e o tempo para a realização da entrevista foi agendado conforme a disponibilidade do participante da pesquisa. Dessa maneira, evitaram-se interrupções e garantiu-se tranquilidade aos mesmos, bem como se preservaram a privacidade e identidade dos sujeitos.

### **Considerações bioéticas**

Esta pesquisa observou os procedimentos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Para a realização da pesquisa foi solicitada a autorização da chefia médica e de enfermagem da UTI Pediátrica, da mesma forma foi registrado na Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão

do hospital e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino à qual o hospital está vinculado. As atividades de campo previstas em tal pesquisa apenas ocorreram após a aprovação pelo comitê de ética da instituição em que foi realizada, sendo o projeto aprovado sob número CAAE 0157.0.243.000-11.

Uma vez que a participação de seres humanos em pesquisa é completamente voluntária, os sujeitos do estudo foram convidados à participação e esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, o caráter confidencial e anônimo das informações, assim como, acerca da autonomia de decidir pela não participação. Nesse sentido, foi pedida primeiramente a concordância verbal. Em seguida ao aceite foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi elaborado em duas vias, de igual teor, e entregue a cada participante, antes do início das entrevistas, sendo assinado tanto pelo pesquisado como pelo pesquisador.

### **Análise e discussão dos dados**

Os dados assim obtidos foram tratados de acordo com a análise de conteúdo, método de reconhecida importância nas pesquisas qualitativas. Este método utiliza um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados à pesquisa qualitativa, com o objetivo de compreender os discursos dos sujeitos de pesquisa (Bardin, 2008). Segundo Minayo (2010), a análise de conteúdo possibilita a visualização dos diferentes sentidos, manifestos e latentes, das falas dos sujeitos da pesquisa. Desse modo, após a “leitura flutuante” do material coletado foram categorizados os tópicos emergentes “segundo os critérios de relevância e repetição” (Turato, 2003).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da análise das entrevistas emergiram temas de relevância para a investigação das significações feitas, em relação à morte, por médicos e enfermeiros de uma UTI Pediátrica. A seguir, são desenvolvidas algumas considerações sobre as categorias e subcategorias que dizem respeito às temáticas.

### **A morte como sofrimento**

Para os sujeitos de pesquisa, a morte no contexto da UTI pediátrica possuiu um caráter singular, uma vez que o falecimento de crianças foi significado como mais árduo e inesperado. Tal ocorrido relacionou-se com as significações de vitalidade infantil e o desejo de imortalidade expresso nos filhos, assim como ao sofrimento no trabalho.

### **A morte e a vitalidade infantil**

Salienta-se, no grupo pesquisado, a relevância do sofrimento diante do óbito do paciente infantil. Desse modo, geralmente, esse ocorrido mobilizou mais os profissionais, já que esse ocorrido escaparia da ordem apropriada da existência humana.

“Porque a evolução natural da vida não é essa. A evolução da vida é primeiro morrer os mais velhos, para depois uma criança.” (Enf. 2)

“A criança é um ser humano que ainda tem toda a vida pela frente. Ainda vai crescer, ainda vai passar por uma série de experiências, vai ficar adulto, vai trabalhar, vai constituir uma família e tudo mais, então ela ainda está conhecendo o mundo.” (Med. 4)

Nesse sentido, usualmente a morte de uma criança promoveu sofrimento psíquico ainda maior (Sulzbacher, et al., 2009). O pesar pelo fim de uma vida curta e entendida como não vivida o suficiente foi relacionado com sentimentos mais caóticos, mobilizando intensamente os profissionais (Mattos, et al., 2009; Silva, Valença e Germano, 2010). A significação da morte, muitas vezes, depende da idade do paciente falecido, uma vez que quanto mais tardio no ciclo vital essa ocorre, menor é o grau de estresse relacionado (Vieira, Souza e Sena, 2006). Corroborando-se isso, a fala dos profissionais expressa a diferente compreensão entre o falecimento de um adulto e de uma criança.

“É bastante difícil porque a nossa área pediátrica [...] parece que ela toca mais, a gente não espera nunca que uma criança morra.” (Med. 3)

Para os médicos e enfermeiros entrevistados, a morte de uma criança se revelou mais surpreendente, havendo maior expectativa de sucesso terapêutico para essa do que para um adulto. No entanto, ainda que seja difícil de ser imaginado, o óbito de crianças ocorre, contrariando muitas vezes as expectativas dos profissionais. Também se percebeu nas falas dos entrevistados, que a significação da criança foi fortemente vinculada à vitalidade, sendo que ao paciente infantil atribuíram-se características ímpares relacionadas à vida.

“Porque eu acho que criança é vida.” (Enf. 2)

Entretanto, essa concepção de infância como atrelada à vitalidade e distinta dos demais períodos

do desenvolvimento humano não é algo que sempre existiu. Ariès (1981) elucida que até o final da Idade Média a infância não era concebida como um estágio específico do desenvolvimento humano. A criança era entendida como um miniadulto, não possuindo direito a momentos lúdicos, assim como de vestuário próprio a sua idade. A infância não possuía espaço na sociedade, ocorrendo certo isolamento, ratificado pela prescrição de hábitos adultos às crianças. Durante a transição da Idade Média para a Idade Moderna, ocorreram alterações no modo de como a criança era compreendida, uma vez que essa passou a ser paparicada e mimada, percebida como forma de entretenimento dos adultos. A infância passou a ser significada como um estágio de fragilidade e ingenuidade, devendo obter todos os apoios possíveis para sua felicidade. Desse modo, a criança passou a ocupar um novo espaço nas sociedades modernas, sendo valorizada e reconhecida distintamente dos adultos (Ariès, 1981).

### ***Filhos: o desejo de imortalidade***

Compreende-se que gerar um filho remete ao desejo de continuidade, de espelhar-se e encontrar na criança uma autoduplicação de si mesmo. O filho, dessa forma, expressa a imortalidade. A criança seria como que um elo na grande cadeia que vincula os pais aos seus filhos. A vontade de ter um filho inclui o desejo de ter nesse os sinais da própria criatividade e da capacidade de educar e criar (Brazelton e Cramer, 2002). Nesse escopo, os participantes da pesquisa relataram que a constante presença da morte de crianças entrelaçou-se com prévias experiências pessoais. Com isso, atribuiu-se como mais difícil o processo da morte dos pacientes quando esses remetem a alguma relação pessoal do profissional, ganhando notoriedade às concernentes aos filhos.

“Às vezes chega um paciente que é muito semelhante ao teu filho ou com alguém, com alguém teu que seja importante pra ti, então essas coisas mexem muito com a gente.” (Enf. 2)

Esses tipos de acontecimentos relacionam-se ao conceito de deslocamento, uma vez que esse se trata essencialmente da substituição de uma representação por outra inicialmente menos intensa, vinculada à primeira por uma cadeia associativa (Laplanche e Pontalis, 2004). Com efeito, apesar de alguns entrevistados chegarem a vincular a morte de pacientes infantis à morte de seus filhos, eles não associam que, em última análise, ambas remetem às suas próprias fantasias de imortalidade. O relato a seguir elucida que experiências atuais de morte de pacientes mobilizam

os profissionais, atingindo-os no tocante às fantasias de imortalidade.

“Internam uma criancinha super grave com meningite e tudo, ah é a cara da minha filha, fico pensando. Bah! Imagine se morresse! Tipo tem aquela transferência que tu quer fazer. Então por isso que eu procuro não pensar muito na morte.” (Med. 1)

Nesse sentido, entende-se que os filhos podem ser a expressão do desejo de duplicar-se, podendo a mulher ser influenciada na aspiração de ter filhos, através do desejo narcisista de conservar uma imagem idealizada de si mesma, como um ser completo e onipotente. Tanto a gravidez como a criança satisfazem esse desejo de completude. O desejo masculino de ter filhos, semelhantemente ao feminino, baseia-se em fatores diversos, muitos deles semelhantes aos presentes na mulher e citados anteriormente. Pertinente no homem se faz o desejo em igualar-se à mãe. Outras determinações também se fazem presentes, como o desejo narcisista de ser completo e onipotente ao produzir e se identificar com o próprio filho. Influências edípicas igualmente se fazem presentes, já que ter um filho iguala o homem ao seu pai e criar um filho é a oportunidade de superar o próprio pai (Brazelton e Cramer, 2002).

Nessa perspectiva, os profissionais expuseram haver mudanças de como vivenciam a morte de crianças após a transição para a parentalidade. Desse modo, o fato de terem se tornado pai ou mãe e de exercerem as funções parentais causaram repercussões no contexto de trabalho na UTI pediátrica, como pode ser visto nos relatos abaixo.

“É diferente pra gente quando tem filho, quando tu não tem filho né. A gente teve colegas aqui que depois que tiveram filho acabaram saindo, se transferindo da unidade, porque a gente se reporta muito para os filhos da gente, alguma patologia, mais a morte.” (Enf. 3)

“Tu olha e tu já pensa nos teus filhos, quem tem filho a primeira coisa que pensa é na parte dos filhos.” (Enf. 2)

Pode-se inferir que a morte dos pacientes, remetendo-se aos filhos dos profissionais, vai de encontro às fantasias que buscam encontrar nas crianças a imortalidade, assim como as demais expectativas concernentes à parentalidade. Sendo assim, as falas a seguir demonstram que alguns profissionais procuraram construir uma cisão a fim de

não vivenciarem a morte de pacientes como a de seus próprios filhos e, em última análise, a deles mesmos.

“Eu acho que não é certo eu pegar e querer ser o pai de todos aqui de dentro. Não, até porque pai não consegue tratar o filho.” (Med. 1)

“São pacientes, não são filhos da gente.” (Enf. 3)

Nesse sentido, considerando-se que vínculos atuais são reedições de anteriores, pode-se conjecturar que perdas atuais são também reedições das antecedentes ou possuem potencial de ocasionar reações análogas às que elas provocaram. Portanto, entende-se que o luto no âmbito hospitalar, se não vivenciado, pode conduzir o profissional a uma posição de vulnerabilidade semelhante a qualquer sujeito que experimente um luto e que se utiliza de artifícios defensivos a fim de se resguardar da dor da perda (Pessini e Bertachini, 2004).

### ***Sofrimento no trabalho***

Nas falas dos médicos e enfermeiros entrevistados foi relatado que a convivência com as experiências da UTI pediátrica proporcionou um aprendizado, onde o sofrimento dos profissionais foi minimizado com o tempo. Beck et al. (2006) salientam que a banalização do sofrimento, pessoal e do outro, pode ocorrer, pois os profissionais podem acostumar com o que vivenciam e especialmente com o que sentem concernente ao seu processo de trabalho, sendo isso exemplificado pela fala abaixo.

“Estando aqui a gente acaba se acostumando e aprendendo a lidar com o sentimento da gente mesmo.” (Enf. 1)

O sofrimento muitas vezes pôde ser entendido como um elemento não aceitável no contexto da UTI pediátrica. Assim, não houve um espaço onde o profissional pôde colocar-se a fim de obter auxílio. Em contrapartida, em algumas circunstâncias, a mesma equipe que não aprovou a excessiva emotividade e o sofrimento, serviu como fonte de apoio.

“Na verdade até a equipe se apóia assim, um ajuda o outro.” (Med. 4)

Todavia, através das narrativas dos entrevistados pode-se inferir que esse apoio prestado possui, em última análise, o objetivo de conter o sofrimento manifesto, assegurando, assim, o controle sobre os temores da realidade de trabalho. Nessa perspectiva, de maneira usual, pôde ser percebida a constante

banalização do sofrimento. Entretanto, Beck et al. (2006) ressaltam que a banalização do sofrimento, a fim de sustentar o equilíbrio, não pode ser entendida como um recurso que ocasione benefícios duradouros, sendo, assim, fugaz.

### **A morte como libertação**

Frequentemente na fala dos médicos e enfermeiros, foi descrita a vivência de mortes entendidas como aceitáveis, podendo inclusive haver um alívio com o acontecimento dessas. Nesse sentido, pôde ser compreendido que a morte pode também ser significada por esses profissionais como uma libertação.

### ***A espera do alívio da morte***

Comumente os profissionais narraram grandes sofrimentos diante de um longo período de adoecimento dos pacientes, entretanto, aparentemente, essa vivência também aludia aos próprios entrevistados. Compreendendo-se que a morte no contexto da UTI frequentemente é previsível, pode-se inferir que os profissionais possivelmente se incomodaram mais com a espera da morte do que com essa em si. Assim, os profissionais podem permanecer em um estado de extremo mal-estar, aguardando e desejando a morte, como a conclusão de seus sofrimentos.

“A gente fica nessa situação também, esperando que a cada dia que chegue aqui será que vai tá, será que já morreu.” (Enf. 1)

“Sem vida de relação nem nada, eu preferiria o óbito a isso. Porque eu acho que isso não é vida. Nem pra quem está ali vegetando e nem pra quem está ao redor.” (Med. 3)

“Chega um ponto que é melhor que descanse do que ficar sofrendo mais.” (Enf. 1)

Desse modo, através das falas dos participantes pode-se inferir que diversas vezes não é a morte em si que se teme, mas o morrer. Corroborando, Botega (2006) esclarece que ao morrer se relaciona os temores de sofrimento, dor, isolamento e abandono.

### ***A morte aceitável***

Os entrevistados relataram que diante da morte de crianças consideradas sem perspectivas na qualidade de vida, esse falecimento era mais admissível, já que os pacientes apresentavam graves comprometimentos físicos ou neurológicos. Nessas ocasiões, a morte foi apresentada como aceitável, sendo inclusive um benefício, uma vez que foi entendida como descanso

para o falecido, proporcionando alívio até mesmo para a equipe e familiares da criança, como é exemplificado pelos depoimentos abaixo.

“Tem aquelas mortes que são aceitáveis como eu digo [...] tu se sente com o teu dever cumprido. Então assim, quando esses pacientes que já estão há muito tempo e não tem mais condições mesmo de viver, a gente se sente tranquila, se sente confortável.” (Enf. 2)

“Eu acho que nessas situações assim ela [a morte] não é tão traumática, eu acho que ela é até de alívio assim, de descanso até. Tanto nosso, quanto dos familiares.” (Med. 3)

Sanches e Carvalho (2009) apontam para a aparente aceitação dos profissionais em relação à morte. Essa é significada como a solução da angústia, assim como de todo o processo penoso relacionado ao morrer, podendo de fato ser uma estratégia utilizada a fim de se proteger contra o sofrimento psíquico promovido pela perda do paciente.

Desse modo, percebe-se que a vitalidade infantil não foi atribuída a todos os pacientes, mas somente aqueles que ainda conservaram uma vida de interação com os profissionais, assim como as características físicas marcadamente infantis. A morte desses foi considerada chocante, por serem crianças consideradas muitas vezes “saudáveis”, ou seja, a elas foram atribuídas qualidades antagônicas à morte.

“Mas tem hora que choca, quando chega criança que sabe que era uma criança saudável não tinha nada e de um dia pro outro se depara com isso, está entre a vida e a morte.” (Enf. 1)

“Pacientes saudáveis que teriam uma condição de vida e tudo, e a gente não tem o que fazer por eles, isso é muito difícil.” (Enf. 2)

Contrapondo-se a morte de crianças significadas como “saudáveis”, portadoras de vitalidade e de grande expectativa de vida, estão as que sofreram descaracterização de suas características infantis. Essas geralmente passaram por um período longo de hospitalização, muitas vezes com tratamentos invasivos e dolorosos que acarretaram em radicais alterações em sua fisionomia e em sua capacidade de relação. O relato dos entrevistados a seguir elucidada que a significação da morte nesse contexto é mais branda, uma vez que a interação despertada pela beleza dos aspectos infantis não se apresenta mais.

“Às vezes é uma questão de só estar ali, presencial. Não interage com o meio ou esse tipo de coisa assim. Eu acho que nesse caso é um pouco mais fácil de lidar com a morte.” (Med. 4)

“Chega a determinado ponto que na realidade não é nenhuma pessoa que ta ali na tua frente.” (Med. 3)

Nesse sentido, os profissionais expressaram que o óbito de crianças é passível de ser significado como aceitável. Esse fato, entretanto, só foi possível porque o processo de adoecer e de morrer descaracterizou o paciente das características relacionadas à vida. Sendo assim, os profissionais não atribuíram mais à criança expectativa de vida, mas a perceberam de modo despersonalizado, havendo uma falta de reconhecimento do paciente como um ser humano.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das considerações tecidas na discussão dos resultados, destacam-se as repercussões que a morte e o processo de morrer possuem em termos de sofrimento psíquico para os médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos entrevistados. O sofrimento diante da morte se apresentou entrelaçado com o seu oposto, isto é, a vida. Nesse sentido, quando a morte se opôs às características de vitalidade, expectativas e fantasias de vida, foi percebido que esse contraste foi gerador de intenso sofrimento.

Contrapondo-se, a morte ainda pôde ser significada como uma libertação, isto é, como o encerramento do sofrimento. Assim, compreendeu-se que o processo de morrer destacou-se como mais ansiogênico do que a própria morte. Inclusive, uma vez havendo menor investimento no falecido, ou seja, existindo pouca expectativa quanto à vida, os entrevistados relataram vivenciar a morte na UTI Pediátrica de modo mais ameno. Assim, pode ser percebido que a morte foi significada de acordo com o nível de investimento que os entrevistados tinham com o falecido no tocante aos atributos relacionados à vida. Compreende-se que esse investimento não ocorre de forma aleatória, mas relaciona-se com a formação profissional e pessoal do profissional, repercutindo em suas expectativas e frustrações.

Ao final do estudo, cabe destacar, todavia, que se considerem as limitações do presente trabalho. Entre as possíveis limitações, é concernente a cautela quanto uma generalização dos resultados, ainda que se tenha empregado método de notória relevância. Acredita-se que a abordagem teórica empregada possibilitou acesso aos significados dos participantes sobre a morte.

Contudo, ainda que tenha sido empregado um método consagrado de pesquisa qualitativa, é compreendido que não se esgotou o entendimento da totalidade do fenômeno. Outra possível limitação, é que a estrutura de categorias aqui apresentada é uma das possíveis formas de avaliar a significação da morte de médicos e enfermeiros no contexto da UTI pediátrica, a partir de ideias de diferentes autores da teoria psicanalítica. Nesse sentido, acredita-se que estudos futuros possam trazer importantes contribuições ao tema, assim como estudar a significação da morte em outros contextos.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, I. R., Veloso, T. M. C., Pinheiro, A. K. B. & Ximenes, L. B. (2006). O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta paulista de enfermagem*, São Paulo, 19(2), 131-137.
- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família* (2ª ed.). Trad. Dora Flaksman Rio de Janeiro: Edições Guanabara Koogan.
- Azambuja, E. P. De, Pires, D. E. P., Vaz, M. R. C., & Marziale, M. H. (2010). É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? *Texto contexto – Enferm.*, Florianópolis, 19(4), 658-666.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (11ª ed.). Edições 70.
- Beck, C. L. C., Stekel, L. M. C., Gonzales, R. M. B., & Donaduzzi, J. C. (2006). O Trabalho da Enfermagem em Unidades Críticas e sua Repercussão sobre a Saúde dos Trabalhadores. *Esc. Anna Nery R. Enferm*, 10(2), 221-227.
- Botega, N. J. (2006). Reação a doença e a hospitalização. In: Botega, N. J. et al. *Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (2ª ed.) (pp. 49-66). Porto Alegre: Artmed.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (2002). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1), 17-27.
- Giacóia, J. O. (2005). A visão da morte ao longo do tempo. *Medicina*, Ribeirão Preto, 38(1), 13-19.
- Gutierrez, B. A. O. & Ciampone, M. H. T. (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, 41(4), 660-667.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). (2008). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço* (3ª ed. atual amp.). Rio de Janeiro.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2004). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Leopardi, M. T. (2002). *Metodologia da pesquisa na saúde* (2ª ed. rev. e atual.). Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem.
- Machado, A. G. E. & Merlo, Á. R. C. (2008). Cuidadores: seus amores e suas dores. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 444-452.
- Mattos, T. A. D., Lange, C., Cecagno, D., Amestoy, S. C., Thofehn, M. B. & Milbrath, V. M. (2009). Profissionais de enfermagem e o processo de morrer e morte em uma unidade de terapia intensiva. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte: Coopmed, 13(3), 337-342.
- Minayo, M. C. De S. (org.). (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Oliveira S. G., Quintana A. M. & Bertolino K. C. O. (2010). Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 63(6), 1077-1080.
- Osório, L. C. (2003). *Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre: Artmed.
- Pessini, L. & Bertachini, L. (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Edições Loyola.
- Ribeiro, M. C., Baraldi, S. & Silva, M. J. P. (1998). A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós-morte”. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 32(32), 117-123.
- Sanches P. G., & Carvalho M. D. B. (2009). Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, 30(2), 289-296.
- Silva, A. L. P. (2003). O acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos terminais no cotidiano hospitalar. *Interação em Psicologia*, 7(1), 27-35.
- Silva, L. C. S. P., Valença, C. N., & Germano, R. M. (2010). Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 63(2), 238-242.
- Sulzbacher, M., Reck, A. V., Stumm, E. M. F. & Hildebrandt, L. M. (2009). O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 19(1), p. 11-16, jan./mar.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (2ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Victoria C. G., Knauth D. R. & Hassen M. N. A. (2000). *Pesquisa Qualitativa em saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Vieira, M. A., Souza, S. J. & Sena, R. R. (2006). Significado da morte para os profissionais de enfermagem que atuam no CTI. *REME – Rev. Min. Enf.*, 10(2), 151-159.

Recebido em: 04.11.2012 Aceito em: 30.05.2013

### Autores:

Evandro de Quadros Cherer – Psicólogo, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS.

Alberto Manuel Quintana – Psicólogo, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutor em Ciências Sociais (Antropologia Clínica). Professor do Curso de Psicologia e dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia (Mestrado) e Enfermagem (Mestrado) da UFSM.

Ursula Maria Stockmann Pinheiro – Enfermeira, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UFSM).

### Endereço para correspondência:

Evandro de Quadros Cherer  
Segunda Avenida, bloco 1080, nº 06 – Núcleo Bandeirante  
CEP 71715-029, Brasília, DF, Brasil.  
E-mail: quadroscherer@gmail.com