



ENFERMAGEM E CUIDADO HUMANÍSTICO ÀS MÃES DIANTE DO ÓBITO NEONATAL

NURSING AND HUMANISTIC CARE TO MOTHERS AS THEY FACE NEONATAL DEATH

ENFERMERÍA Y ATENCIÓN HUMANISTA A LAS MADRES DELANTE DEL ÓBITO NEONATAL

Leiliane Martins Farias¹, Janaína Gondim Freire², Edna Maria Camelo Chaves³, Ana Ruth Macedo Monteiro⁴

Objetivou-se investigar os sentimentos de mães diante do óbito neonatal do filho. Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, cujos sujeitos foram 11 mães com filhos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de um hospital público de Fortaleza-CE, que evoluíram para o óbito neonatal. Os dados foram coletados em outubro e novembro de 2010 mediante entrevista semiestruturada e organizados em três categorias: Sentimentos das mães diante do óbito neonatal, Suporte familiar e Assistência de enfermagem às mães, analisadas à luz da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad. Mágoa, ressentimento, luto, perda, culpa foram alguns dos sentimentos demonstrados pelas mães. Concluiu-se que a enfermagem demonstrou-se presente no momento do luto das mães pesquisadas.

Descritores: Recém-Nascido; Atitude Frente a Morte; Teoria de Enfermagem; Enfermagem.

The aim of this study was to investigate the feelings of mothers facing the death of her newborn child and describe the family support as well as nursing care to the mothers. This is a qualitative, exploratory and descriptive study. The subjects were 11 mothers with children hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit of a public hospital in Fortaleza, who had a neonatal death. Data was collected in October and November 2010 through a semi-structured interview and organized into three categories: Feelings of mothers throughout the neonatal period; Family support; and Nursing assistance to mothers, seen in light of Humanistic Nursing Theory of Paterson and Zderad. Sorrow, resentment, grief, loss, guilt were some of the feelings demonstrated by some of the mothers. It was concluded that nursing was present in this moment of mothers' grief.

Descriptors: Infant, Newborn; Attitude to Death; Nursing Theory; Nursing.

El objetivo fue investigar los sentimientos de madres delante de la muerte neonatal del hijo. Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo cuyos sujetos fueron 11 madres con hijos hospitalizados en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, de hospital público, en Fortaleza-CE, Brasil, que evoluiron para la muerte neonatal. Los datos fueron recogidos en octubre y noviembre de 2010 a través de entrevista semiestructurada y organizada en tres categorías: Sentimientos de las madres delante del óbito neonatal, Apoyo familiar y Asistencia a las madres, analizadas a la luz de la Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad. Dolor, resentimiento, pérdida, culpa fueron sentimientos señalados por las madres. Se concluyó que la enfermería ha demostrado presente en el momento de luto de las madres investigadas.

Descritores: Recién nacido; Actitud Frente a la Muerte; Teoría de Enfermería; Enfermería.

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro do projeto de pesquisa "Saúde do Binômio Mãe-filho/UFC" (SABIMF). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: leiliane.martins@hotmail.com

²Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: janynhagondim@hotmail.com

³Enfermeira. Doutoranda em Farmacologia pela UFC. Docente da FAMETRO. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: ednacam3@hotmail.com

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e FAMETRO. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: anaruthmacedo@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O período neonatal corresponde ao intervalo de tempo entre o nascimento e o 28º dia de vida⁽¹⁾. Os óbitos ocorridos nesse período apresentam estreita relação com a atenção à saúde de crianças e mães, associados, principalmente, a falhas na assistência pré-natal, durante o parto e ao recém-nascido⁽²⁾.

No Brasil, os óbitos neonatais representam a maior parcela dos óbitos em menores de um ano, dos quais há um aumento crescente de crianças que morrem antes de completarem sete dias de vida⁽³⁾. Destaca-se, todavia que o parto prematuro é o determinante mais importante da mortalidade neonatal em países desenvolvidos e em desenvolvimento⁽⁴⁻⁵⁾. Neste contexto, o suporte tecnológico da Unidade de Terapia Intensiva (UTIN) incide de forma importante na área da saúde, em particular, na neonatal, que demonstra uma redução do índice de morbidade e mortalidade. Assim, a complexidade das condutas terapêuticas e os procedimentos técnicos favorecem maior sobrevivência aos recém-nascidos (RN), considerados inviáveis⁽⁶⁾.

Entretanto, em alguns casos a morte neonatal é inevitável, o que implica em sentimentos negativos para a mãe que gestou a criança, principalmente, porque após o parto, a puérpera sonha em ter o filho em seus braços. Assim, quando isto não ocorre, surge, portanto, sentimento de despersonalização pelo desejo não cumprido conforme imaginado⁽⁷⁾.

Nesse caso, o enfermeiro deve estar preparado para atuar junto à mãe que perdeu o filho, colocando-se como profissional que reconhece o sofrimento do outro, promovendo apoio, conforto, esclarecendo dúvidas e desenvolvendo diálogo, com vistas a uma comunicação verbal e não verbal acolhedora e reconfortante durante o processo de luto. Pois, para a efetiva humanização, é necessária comunicação verbal e não verbal com o outro⁽²⁾.

Porquanto, aponta-se que o cuidado humanizado não deve ser interpretado como compaixão ou pena por parte do enfermeiro e dos outros profissionais da UTIN, mas entendido, considerando a mãe sujeito único que vivencia uma situação subjetiva e existencial frente à morte do filho.

Dessa forma, o enfermeiro realiza um cuidado propício para que a mãe busque vivenciar esse momento de sofrimento com vistas à superação e aceitação no processo de enfrentamento da morte do filho.

Para o enfermeiro enfrentar com a mãe e a família a perda do filho, exige-se um diálogo autêntico e genuíno, conforme a Teoria Humanística de Enfermagem que elucida a enfermagem como um diálogo entre os seres humanos, os quais estão dispostos a integrar um relacionamento existencial um com o outro⁽⁸⁾.

Desse modo, entende-se ser imprescindível estabelecer um canal de comunicação de forma mais efetiva com a mãe e a família do RN por meio da presença autêntica, do face a face, da relação EU-TU, ou seja, relação sujeito-sujeito⁽⁹⁾, pois todos os momentos do ciclo vital sejam de alegria ou tristeza precisam ser respeitados e vivenciados pelo enfermeiro junto ao cliente de forma digna, respeitável e humana.

Nesse sentido, os pressupostos da enfermagem humanística seriam os homens (mãe e enfermeiro), reunidos em uma transação intersubjetiva (ser e acontecer) com um fim determinado (nutrir o bem-estar e o estar-melhor)⁽¹⁰⁾.

Diante dessa problemática e por considerar que a compreensão do sentimento ante o óbito neonatal, na ótica das mães, é pertinente para favorecer o entendimento do enfermeiro acerca desse fenômeno, visualizando-o como um momento singular e subjetivo na vida da mãe e da família, optou-se por realizar esta pesquisa, utilizando a Teoria Humanística de

Enfermagem de Paterson e Zderad, que compreende os fundamentos e significados humanos da enfermagem para direcionar o desenvolvimento do cuidado respeitando-se o contexto e a relação humana⁽¹¹⁾.

Com base nessas reflexões, emergiram os seguintes questionamentos: quais os sentimentos de mães diante do óbito neonatal do filho? Qual o suporte familiar da mãe diante do óbito neonatal do filho? Quais as intervenções de enfermagem destinadas à mãe diante do óbito neonatal do filho?

Dessa forma, objetivou-se analisar os sentimentos de mães diante do óbito neonatal do filho e descrever o suporte familiar destas no momento de luto, assim como a assistência de enfermagem às mães diante do óbito neonatal do RN internado em uma UTIN.

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, qualitativo, desenvolvido em uma UTIN, de maternidade pública de Fortaleza-CE, em outubro e novembro 2010.

Os sujeitos do estudo foram 11 mães de RN internados em uma UTIN que evoluíram para o óbito, cujos critérios de inclusão foram: ser mãe com idade superior a 18 anos, multípara, que esteve internada na UTIN antes do óbito, independente do diagnóstico, idade gestacional, índice de Apgar e tempo de internação, o contrário determinaria a exclusão do binômio.

A escolha dos sujeitos foi por amostragem intencional, cujo critério amostral dado pela saturação de dados consistiu em uma ferramenta conceitual frequentemente empregada em relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde⁽¹²⁾.

O desenvolvimento das etapas do Processo de Enfermagem Fenomenológico forneceu suporte metodológico como processo de investigação e os pressupostos teóricos inerentes à Teoria Humanística

promoveram aporte teórico como referencial para análise dos dados. Ademais, as etapas metodológicas direcionaram o caminho a ser percorrido durante a investigação do estudo e subsidiaram a preparação para a coleta de dados e realização desta, formação das categorias e análise dos resultados.

Assim, seguiram-se as quatro etapas do Processo da Enfermagem Fenomenológica da Teoria Humanística de Paterson e Zderad: preparação da enfermeira para vir-a-conhecer; enfermeira conhece intuitivamente o outro; enfermeira conhece cientificamente o outro e enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas⁽⁸⁾.

Na primeira fase, ocorreu a preparação para a coleta de dados propriamente dita, em que se buscou conhecer introspectivamente a fim de investigar novas realidades, sem julgamentos ou preconceitos frente a fatos que seriam retratados pelas mães do estudo. Por conseguinte, iniciou-se a preparação para vir-a-conhecer, em que se intentou conhecer sobre os sentimentos das mães diante da morte do filho, logo surgiram as limitações e fragilidades no tocante ao assunto. Além dessas, ocorreram as fases de reflexões, autoconhecimento, leituras acerca da teoria humanística, da temática referente à pesquisa, bem como do reconhecimento do cenário, no qual o estudo foi desenvolvido, visando maior interação entre os profissionais e as pessoas envolvidas na assistência ao RN.

A segunda fase, na qual a enfermeira conhece intuitivamente o outro, consistiu no momento da coleta de dados, estabelecida através da relação EU-TU. Fase considerada transacional, quando as enfermeiras estão na arena com os outros e assim se relacionando entre iguais⁽⁸⁾.

Realizou-se encontro com as mães, após o óbito neonatal, convidando-as a participarem da entrevista com roteiro semiestruturado, o qual delineava sobre os

sentimentos das mães diante do óbito do filho, o suporte emocional oferecido pelos familiares e as principais intervenções de enfermagem realizadas junto à mãe diante do óbito na ótica materna, bem como preenchimento dos dados dos prontuários para futura caracterização, com as informações da mãe: idade, estado civil e tipo de parto. E, os dados do RN: sexo, idade gestacional, Apgar, diagnóstico médico e tempo de internação. Destaca-se que se optou pelo ambiente reservado da UTIN para a coleta dos dados.

Imersas nesse cenário, desenvolveu-se uma postura receptiva, isentas de qualquer preconceito e com a mente aberta para as experiências que relatadas. Intentou-se manter uma relação subjetiva, ou seja, sujeito-sujeito, buscando compreender seus sentimentos frente ao sofrimento de perder um filho colocando-se no lugar das mães, em uma atitude existencial. Assim, durante o encontro proporcionou-se a presença autêntica e relacionamentos como iguais para compreensão da vivência das mães em relação ao óbito do filho recém chegado. Essa presença ou estar-com as mães mediou a experiência de conhecer os sentimentos delas em um momento tão doloroso. O que resultou em um conhecimento imediato, independente do raciocínio⁽¹³⁾, ou seja, o conhecimento intuitivo.

A terceira etapa da enfermagem fenomenológica, correspondente ao conhecimento científico da enfermeira em relação ao outro, trata-se do momento de distanciamento do objeto de investigação deste estudo, tanto em termos de tempo quanto de espaço, caracterizando a relação EU-ISSO, ou seja, a relação sujeito-objeto, visualizando o outro como um objeto a ser analisado, sintetizado, classificado⁽⁸⁾. Nesta etapa, procedeu-se à fase inicial de análise dos dados, através de leituras exaustivas e reflexivas das narrativas apresentadas nas entrevistas, pois cada experiência materna relatada refletia seus sentimentos, bem como sua vivência em enfrentar o óbito do seu filho.

Nessa fase, direcionou-se o olhar para o objeto investigado, com vistas a compreendê-lo e raciociná-lo de forma científica, pois somente dessa forma, poder-se-á vislumbrá-lo como algo a ser analisado e discutido objetivamente. Para extração dos significados das narrativas e, em seguida categorizá-las e descrevê-las, é preciso visualizar as experiências das mães através da relação sujeito-objeto, comparando e contrastando as semelhanças e diferenças do fenômeno estudado, e assim realizando uma análise reflexiva acerca dos fatos expressos.

A partir dessa análise e considerando o relacionamento junto às mães, pretendeu-se sintetizar temas e interpretar suas experiências dentro da realidade vivida⁽⁹⁾. Em seguida, prosseguiu-se para a quarta fase, na qual a enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas. Nesta, comparou-se e sintetizou as múltiplas realidades, apresentando uma visão ampliada do fenômeno estudado⁽⁸⁾.

A visão ampliada emerge da fusão dos conhecimentos intuitivos com os científicos apreendidos pela enfermeira frente às experiências relatadas pelas mães. O significado do fenômeno estudado apresenta-se mais concreto e organizado por categorias temáticas convergentes das narrativas das mães.

Após a leitura e análise das narrativas, destacaram e dividiram-se as que convergiam para a mesma temática ou significado, formando as seguintes categorias temáticas: Sentimentos das mães diante do óbito neonatal; Suporte familiar; e Assistência de enfermagem às mães em face do óbito neonatal, analisadas através da Teoria Humanística.

A autorização prévia para realização deste trabalho consta do parecer nº 08090310, da Comissão Científica e de Ética da instituição sede do estudo. Para preservar anonimato, foi atribuída às mães a letra M, seguida do número de ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos do estudo

As 11 mães tinham idades entre 21 e 40 anos, todas em situação de perda do filho, no período neonatal. Quatro solteiras e sete casadas ou em união estável. Três tiveram partos normais e oito partos cesáreos. Oito mães planejaram e desejaram a gestação.

Quatro RN eram do sexo masculino e sete do feminino, sete com idade gestacional menor de 37 semanas (pré-termos), e quatro com idade gestacional superior a 37 semanas e 6 dias (a termos). O índice de Apgar dos oito RN pré-termos variou entre 5 e 6, no primeiro e quinto minuto, respectivamente; e dos três RN a termos, variou de 8 a 9, no primeiro e quinto minuto, respectivamente. O diagnóstico dos RN pré-termos foi de prematuridade e dos RN a termos, de Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR). O tempo de internação dos RN na UTIN variou de dois a sete dias.

Sentimentos das mães diante do óbito neonatal

No contexto da perda do filho recém-nascido, os sentimentos das mães se encaixaram no significado de tristeza e pesar, conforme discursos. *Meu filho chegou quase morto aqui nesse hospital, eu já tinha o pressentimento que ele não ia viver. Vi quando ele partiu, estou arrependida de ter feito laqueadura, pois agora não poderei ter mais filhos (M2). Já tenho dois filhos e não planejei essa criança, mas todo mundo estava feliz com a chegada dele, não sei por que isso aconteceu, minha gravidez foi sadia e o meu filho nasceu no tempo certo (Choro) (M3). A enfermeira me falou que a nova medicação era a última que tinha eu entendi que não tinha mais nada que pudesse ser feito pela minha filha (Choro), ela morreu devido ao inchaço nos pulmões (Choro) (M4). Minha filha nasceu quase morta, tive muita água saindo pelas pernas, acho que minha bolsa rompeu, mas cheguei no hospital e os médicos demoraram muito para fazer meu parto, passei um dia esperando, foi por isso que minha filha nasceu preta, ela ficou na UTIN, mas morreu no dia seguinte (Choro) como vou chegar em casa sem minha filha, o que eu faço com as coisas dela, meu Deus como dói (M8). Já tenho*

seis filhos, não planejei essa gravidez, mas não queria que ele morresse, é meu primeiro filho que morre, tenho consciência que a culpa foi minha, pois sou viciada em drogas, uso maconha, crack. Não fiz pré-natal, não me cuidou. O médico disse que ele nasceu muito novo, ele era muito pequeno para viver. Agora que isso aconteceu, vou procurar ajuda para deixar esse vício (M9). Dói, muito perder um filho eu passei nove meses sonhando, imaginando, sem dizer a vergonha de não conseguir levar minha filha para casa (Choro) as pessoas cobram muito, estou cansada de tentar engravidar e quando nasce, meus filhos morrem, o que fiz para merecer isso (M10).

Os relatos expressaram sofrimento, dor, culpa, punição, revolta, desilusão e desamparo pela perda do filho. Algumas mães pressentiram a morte do filho e em algumas vezes demonstraram tristeza através do choro. Em alguns relatos, verificou-se a consciência das implicações para a causa da morte do RN, principalmente, quando descreveram detalhes do trabalho de parto ou uso de drogas, assim assumindo a culpa pela morte do filho.

O uso de drogas pela mãe contribui para a mortalidade neonatal, configurando, pois, o sentimento de culpa da mãe, evidenciado nos relatos sobre a morte do filho, uma vez que afirmaram que não cuidaram e protegeram o filho de maneira adequada, corroborando achado de outro estudo⁽⁹⁾.

Nesse contexto, a sensibilidade e a percepção do enfermeiro devem ser aguçadas para o encontro com a mãe para melhor identificar sentimentos e assim conduzir de forma humana a situação inicial de constatação da morte do filho. O choro, o desabafo, as expressões dos sentimentos, devem ser respeitados e aceitos pelo enfermeiro ou profissional que comunicou a notícia de morte.

O modo de comunicar uma má notícia ou a morte pelo enfermeiro influencia a aceitação da morte do RN. O enfrentamento da situação vivida pela mãe e família ao receber uma a notícia está associado à percepção da maneira como os profissionais da saúde abordam⁽¹³⁾.

O diálogo autêntico por parte do enfermeiro, realizado através do envolvimento humanizado,

pressupõe atitude bilateral, estabelece espaço de mútua descoberta e aprendizagem⁽¹³⁾.

A intersubjetividade que envolve a mãe e o enfermeiro no momento da perda do filho acontece mediante uma relação entre iguais, em que o enfermeiro visualiza a mãe como uma pessoa que está em sofrimento emocional intenso e que sua presença não somente como profissional da saúde, mas também como ser humano, é imprescindível como demonstração de apoio e amparo, caracterizando o estar-com⁽⁸⁾.

O estar-com ou o estar-ali é um tipo de relacionamento que implica a presença ativa da enfermeira, ou seja, permanecer atento a uma abertura aqui e agora na situação de comunicar a disponibilidade, envolvendo o estar presente, que constitui uma chamada e uma resposta⁽¹⁰⁾.

Estudo realizado em hospital público de Fortaleza-CE acerca dos sentimentos de profissionais de enfermagem atuantes em UTIN em relação à morte do RN comunga os achados com as respostas dadas pelas mães deste estudo, pois os principais sentimentos expressos foram: culpa, fracasso, frustração, fraqueza e incapacidade. Esses sentimentos que emergem da subjetividade dos profissionais de enfermagem são inerentes ao ser humano, refletindo seu encontro com a sua humanidade⁽¹⁴⁾.

Essa comunhão de sentimentos favorece o desenvolvimento de uma assistência humanística, na qual enfermeira ao lidar em comunidade experimenta o cotidiano das pessoas, famílias ou qualquer ambiente mentalmente delimitado por ela para desenvolver uma relação NÓS com o objetivo de promover o estar-melhor ou o bem-estar das pessoas envolvidas⁽⁸⁾.

Assim, salienta-se que as experiências que situam a enfermeira diante da morte da criança são permeadas de muitas surpresas e dúvidas, acarretando, algumas vezes, medo e insegurança. Por isso, torna-se pertinente que os profissionais vulneráveis a estas situações

revejam os próprios sentimentos e o conceito de morte, bem como as estratégias que podem utilizar, nesse momento, que promoverá maior segurança⁽¹⁵⁾.

Suporte familiar junto às mães diante do óbito neonatal

A família é vista como sistema composto por várias partes, cada um responsável por uma função, mas que se inter-relacionam, o que implica que uma mudança em uma dessas partes alterará o funcionamento de todas as outras e do sistema como um todo⁽¹⁶⁾. Assim, compreende-se que o suporte familiar possui significativa importância para o processo de enfrentamento na busca pela aceitação, conformação e pelo restabelecimento em relação à morte do RN que, muitas vezes, ainda na gestação, já é considerado novo membro da família.

As seguintes narrativas expressaram como se desenvolveu a presença da família no contexto do luto do filho. *Tenho cinco filhos que estão em casa, meu marido é caminhoneiro e está em Salvador, estou sozinha aqui no hospital e minha família ainda não sabe da notícia da morte do bebê* (M2). *Minha família está aí fora, meu marido e filhos estão desesperados, desejamos muito essa criança* (M3). *Sou casada e tenho um filho de 7 anos, estávamos querendo muito a Mariana* (Choro) *graças a Deus minha família me ajuda muito nesse momento difícil* (M6). *Tenho uma família maravilhosa, filhos bons e amigos, marido presente, não entendo porque isso foi ocorrer meu filho tinha 39 semanas, era bonito e grande, não entendo porque os médicos demoraram tanto para fazer meu parto, meu filho nasceu quase morto e não resistiu meu filho mais velho está inconformado, ele disse que o bebê vai ser novo anjinho do céu* (Choro) (M8). *Não tenho ninguém, sou sozinha, meu marido é pescador e quando volta do mar bebe muito e ainda bate em mim e nas crianças acho que ele nem quer saber se morreu ou não essa criança* (M9).

O apoio dos entes queridos é fundamental para que a mãe perceba que não está sozinha nesse processo de enfrentamento e que pode compartilhar os sentimentos de tristeza, sofrimento e angústia.

Embora a família participe do sofrimento da perda do RN, esta precisa ser conscientizada de que os pais,

principalmente a mãe, precisam de apoio emocional incondicional, uma vez que a morte do filho é uma das situações de extrema complexidade na vida do ser humano.

A união familiar favorece a superação da mãe junto aos seus familiares, ou seja, maximiza o potencial da pessoa que vivencia uma situação de sofrimento extremo. O vir-a-ser oportuniza a mãe a realizar escolhas e mudanças com o intuito do bem-estar e do estar-melhor.

Em consequência disso, enfatiza-se que o vir-a-ser não se limita à mãe em seu contexto familiar, estende-se ao enfermeiro, pois juntos promovem apoio mútuo no enfrentamento do luto, pois o enfermeiro apóia o outro, quando este necessita, e pede ajuda, reconhecendo suas limitações e ao mesmo tempo tentando extrair o que ambos têm de melhor, criando um ambiente que favorece condições para que o outro seja capaz de superar sua situação no processo de morte do RN.

Por isso, no contexto de morte do RN na UTIN, é importante que o enfermeiro em harmonia com a família compreenda suas necessidades particulares de expressão no mundo e com o outro, bem como as potencialidades inerentes ao momento do cuidado.

Quando a família está ausente, muitas vezes, a mãe se apresenta desamparada sem nem mesmo ter alguém para comunicar a notícia como observado em alguns relatos. Nesses casos, a enfermagem se apresenta como uma resposta confortadora para outra em um momento de necessidade, com vistas ao desenvolvimento do bem-estar e do vir-a-ser referência. E a presença do enfermeiro consiste na qualidade de estar aberto, receptivo, pronto, disponível para a mãe de modo recíproco⁽¹⁰⁾.

Assistência de enfermagem às mães diante do óbito do filho

As respostas das mães acerca da assistência de enfermagem diante do óbito do filho, sinaliza a relação existencial e subjetiva que se estabelece entre o profissional enfermeiro e as mães, considerando que o enfermeiro possui papel muito importante na humanização do cuidado prestado na UTIN, por ser uma das pessoas que mais têm contato com os clientes e, por este fato, possui a responsabilidade de estar atento aos sentimentos e às manifestações dos pacientes no processo de enfrentamento da doença e no processo de morrer e morte que vivenciam⁽¹⁷⁾.

Dessa forma, os relatos expressaram a assistência de enfermagem na ótica das mães. *A enfermeira já tinha me dito que meu filho era bastante pequeno ela me ajudou muito no momento que ele morreu, pois ficou do meu lado, me consolou me deu orientações de como fazer para enterrar meu filho (M1).* *A equipe de enfermagem desse hospital é muito presente, mas no momento que minha filha morreu, foi a assistente social que falou comigo (M5).* *Faz quatro dias que estou aqui com minha filha, não tive resguardo, estou muito cansada, mas as enfermeiras desse hospital são muito legais quando minha filha morreu elas me deixaram colocar minha filha no colo, eu vesti minha filha (M7).* *Achei que a equipe é muito atenciosa e orientam muito a gente, a enfermeira chefe conversou comigo e disse que meu filho só tinha 24 semanas e bebê desse tamanho é muito difícil de se recuperar, mas que iriam fazer tudo para conseguir dar certo foi ela que me deu a notícia da morte de meu filho, ela até chorou comigo (M8).*

Os pais, em especial a mãe, sujeitos deste estudo, têm o direito de receber todas as informações, orientações e apoio diante do diagnóstico de saúde do filho. O simples fato de não ser esclarecida a real situação de saúde do filho gera sentimentos de desencanto, inconformismo e incompreensão da situação vivida, produzindo, dessa forma, intenso sofrimento às mães.

Por isso, é importante que a enfermeira direcione a assistência à mãe no momento do luto pela perda do filho recém-nascido, compreendendo-a em sua totalidade e vendo-a como um todo no seu contexto de vida.

As preocupações dos pais durante a hospitalização de seus filhos são muitas, eles ficam confusos, desejam entender a doença do RN, porém temem à morte⁽⁷⁾. Por isso, aponta-se que a equipe que acompanha o RN de perto, no caso a equipe de enfermagem da UTIN, tem condições de prestar assistência voltada para o acolhimento dessa mãe diante do óbito de seu filho. Portanto, a enfermeira comprometida em prover conforto e bem-estar ao processo de viver e morrer do RN e ainda assistir a seus familiares no processo de morte⁽¹⁸⁾.

Os enfermeiros, por sua maior proximidade com os familiares, têm a difícil responsabilidade de preparar a mãe para o prognóstico, muitas vezes não satisfatório, do filho. Informar quanto ao estado do RN, preparando-a para o enfrentamento do luto ou até mesmo para informar o falecimento, são essas atitudes esperadas e necessárias para o enfermeiro desempenhar com a família do RN em face do óbito⁽¹⁹⁾.

Nesse momento de angústia e sofrimento, a mãe necessita do contato, um alento do outro, permeado de respeito e compreensão diante da dor do outro, em virtude da perda do filho. É preciso que o profissional de saúde tente conhecer a mãe e se transportar para o lugar dela, ante a morte do filho, de modo a proporcionar a recuperação da mãe de forma satisfatória em meio ao momento de luto⁽²⁰⁻²¹⁾. Esse conhecimento determina a situação de enfermagem concebida por Paterson e Zderad como a fusão do *self* com o espírito rítmico do outro, ou seja, quando o sujeito se põe no lugar do outro, obtém um conhecimento especial, intuitivo e inexpressável⁽⁸⁾.

Consequentemente, o cuidar humanístico revela-se emocional e concretamente. O enfermeiro, embasado na competência técnica, sem perder a ternura, mune-se de docilidade e buscar transmitir à mãe as informações que necessita saber para se tranquilizar mediante o momento do óbito do filho⁽²⁰⁻²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo como um todo conduziu a reflexões que motivaram a melhor compreensão acerca dos sentimentos da mãe em face da morte do filho que se encontrava internado em uma UTIN.

Compreendeu-se que o profissional precisa se reportar ao lugar do outro. Isto é, aguçar os sentidos para perceber, não apenas através das palavras, mas em gestos e, sobretudo, em sinais não verbais o que significa para a mãe a morte do filho RN.

Ademais, assinala-se que as enfermeiras percebiam que o significado de cuidar do RN em situações dolorosas requeria responsabilidades e preparo profissional, em que por sua vez deveriam envolver atitudes que demonstrassem amor, carinho, respeito e responsabilidade para a realização da assistência de enfermagem.

Ressalta-se que ainda persiste a dificuldade para realização de práticas humanísticas em ambientes como o da UTIN, cujo cuidado de enfermagem se desenvolve em um ambiente conturbado, de muitos aparelhos, com ausência de privacidade, dependência da tecnologia, dentre outros, tornando-o impessoal para os RN, seus familiares e a equipe de enfermagem e, assim dificultando o desdobrar de um diálogo autêntico.

Todavia, tal situação deve ser motivo para que os enfermeiros da UTIN transponham o olhar técnico e busquem humanizar a assistência, oportunizando relações, aperfeiçoando seus conhecimentos quanto à comunicação não verbal.

Portanto, reconhece-se que as dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras mediante o estabelecimento do diálogo com as mães, em um ambiente reservado da UTIN, em virtude da morte do filho foi fator primordial, pois o ato de ouvir, de perceber os chamados ainda apresenta-se difícil de serem realizadas. Talvez pela própria carência de preparo do profissional enfermeiro para lidar com a morte, considerando que a sobrevivência e a melhora do estado clínico dos RN são mais gratificantes por gerar sentimentos de alegria e contentamento à mãe, família e equipe.

Espera-se que este estudo instigue a reflexão perante a atuação profissional do enfermeiro em neonatologia diante da morte do RN. A pesquisa permitiu melhor visibilidade na prática da teoria humanística, explicitando sua contribuição científica na ampliação dos conhecimentos da enfermagem em Neonatologia, no cotidiano vivenciado das enfermeiras que atuavam junto às mães de RN, respeitando-se a subjetividade inerente ao ser humano. Portanto, implicações visíveis no aspecto prático-científico e teórico da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Rosa R, Martins FE, Gasperi BL, Monticelli M, Siebert ERC, Martins N. Mãe e filho: os primeiros laços. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(1):105-12.
2. Farias LM, Cardoso MVLML, Oliveira MMC, Melo GM, Almeida LS. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na unidade neonatal. *Rev Rene*. 2010; 11(2):37-43.
3. Almeida MF, Guinsburg R, Martinez FE, Procianoy RS, Leone CR, Marba ST, et al. Perinatal factors associated with early deaths of preterm infants born in Brazilian Network on Neonatal Research centers. *J Pediatr*. 2008; 84(4):300-7.
4. Joseph KS, Liston RM, Dodds L, Dahlgren L, Allen AC. Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services. *CMAJ*. 2007; 177(6):583-90.
5. Mathews TJ, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 2004 period linked birth/infant death data set. *Natl Vital Stat Rep*. 2007; 55(14):1-32.
6. Oliveira MMC, Barbosa AL, Galvão MTG, Cardoso MVLML. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. *Rev Rene*. 2009; 10(3):44-52.
7. Beserra MA, Corrêa MSM, Andrade PCAS, Andrade YFV. Profile of the mortality of infants affected by. *Rev Enferm UFPE*. 2010; 4(4):1835-41.
8. Paterson JG, Zderad LT. *Enfermeria humanistic*. México: Editorial Limusa; 1979.
9. Campos ACS, Cardoso MVMML. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. *Cienc Enferm*. 2006; 12(1):73-81.
10. Santos MCL, Pagliuca LMF, Fernandes AFC. Cuidados paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(2):350-4.
11. Rolim KMC, Cardoso MVLML. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(4):515-23.
12. Fontanela BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
13. Lúcio IML, Pagliuca LMF, Cardoso MVLML. Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém-nascido. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):173-80.
14. Silva LCSP, Valença CN, Germano RM. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma

unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Bras Enferm. 2010; 63(5):770-4.

15. Brandão FRM. A repercussão da morte de um filho na organização e estrutura familiar: uma revisão de literatura [Internet]. [citado 2010 jun 05]. Disponível em: www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0184.pdf.

16. Pinheiro EM, Balbino FS, Balieiro MMFG, De Domenico EBL, Avena MJ. Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(1):77-84.

17. Poles K, Bousso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14(2):207-13.

18. Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Nurses experiences with death in the neonatal intensive care unit. Acta Paul Enferm. 2006; 19(2):131-7.

19. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. Rev Eletr Enferm. 2007; 9(1):200-13.

20. Beck CLC, Lisbôa RL, Tavares JP, Silva RM, Prestes FC. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(1):54-61.

21. Campos ACS, Cardoso MVLML. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. Rev Latinoam Enferm. 2004; 12(4):606-13.

Recebido: 15/12/2010

Aceito: 08/08/2011