



## Processos de confronto dos enfermeiros face à morte inesperada de crianças e adolescentes

Nurses' coping with the unexpected death of children and adolescents

Lígia Maria Monteiro Lima<sup>1</sup>, Cândida Assunção Santos Pinto<sup>2</sup>, Sandra Maria de Barros Gonçalves<sup>2</sup>

**Objetivo:** compreender as estratégias de confronto utilizadas pelos enfermeiros para lidar com a morte inesperada em pediatria. **Métodos:** pesquisa qualitativa com seis profissionais de enfermagem que trabalham em serviços de urgência e cuidados intensivos pediátricos. Procedeu-se a análise de conteúdo. **Resultados:** dos dados emergiram dois grupos: Estratégias centradas na avaliação da situação em que os profissionais tentam, através de processos racionais, compreender e aceitar a morte inesperada; estratégias centradas na gestão emocional, em que é reconhecido o sofrimento resultante do confronto com a morte inesperada, procurando estratégias de melhor gestão desse confronto. **Conclusão:** os profissionais sofrem e procuram mecanismos de confronto para gerir o processo de luto com a morte inesperada de criança/adolescente.

**Descritores:** Enfermagem Pediátrica; Morte; Transtornos de Estresse Traumático.

**Objective:** to understand the coping strategies nurses use to cope with unexpected death in pediatrics. **Methods:** qualitative research involving six nursing professionals working in pediatric emergency and intensive care services. Content analysis was performed. **Results:** two groups of categories emerged from the data describing coping processes: strategies focused on assessing the situation in which the professionals try, through rational processes, to understand and accept the unexpected death; strategies focused on emotional management, in which the suffering resulting from the confrontation coping with the unexpected death is acknowledged, seeking strategies to better manage the event. **Conclusion:** the professionals suffer and seek coping mechanisms to manage the process of mourning over the unexpected death of a child/adolescent.

**Descriptors:** Pediatric Nursing; Death; Stress Disorders, Traumatic.

<sup>1</sup>Escola Superior de Enfermagem de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal

<sup>2</sup>Serviço de Urgência Pediátrica. Funchal, Portugal.

Autor correspondente: Cândida Assunção Santos Pinto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 830, 4200-072. Porto, Portugal. E-mail: candidapinto@esenf.pt

## Introdução

As crianças em cuidados intensivos ou em serviços de urgência são utentes altamente vulneráveis, que exigem cuidados contínuos, complexos, num frágil equilíbrio entre a vida e a morte. Por sua vez, a infância está indubitavelmente associada à saúde e longevidade, pelo que quando ocorre uma situação de morte inesperada, tal evento configura-se como potencialmente traumático, capaz de afetar emocionalmente os profissionais que trabalham nesses serviços, nomeadamente os enfermeiros<sup>(1)</sup>.

A morte da criança, pela sua magnitude, é assumida como uma tragédia; como um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde; sendo que há uma reconhecida falta de preparação para enfrentar estas situações<sup>(2)</sup>. A morte inesperada de uma criança/adolescente é um incidente crítico que pode ser definido como um evento inesperado que provoca um impacto emocional que pode comprometer a capacidade de confronto em pessoas saudáveis, neste caso, nos profissionais de saúde, provocando profundo stresse<sup>(3)</sup>.

A alta tecnologia presente nos serviços de cuidados intensivos, e mesmo serviços de urgência, visa à recuperação do estado de saúde de utentes em estado crítico. Porém, nem sempre o sucesso ocorre, pelo que a morte neste mundo altamente tecnológico é assumida como um fracasso. Embora, por vezes, os profissionais tendam a racionalizar sobre a morte encontrando sentido para a libertação de um grande sofrimento, a aceitação da morte de uma criança/adolescente é muito difícil. É um acontecimento não normativo, que afeta profundamente não só os familiares, como os profissionais<sup>(4-5)</sup>. Geram-se sentimentos de frustração e impotência<sup>(5)</sup> que são exponenciados quando morre uma criança/adolescente<sup>(6)</sup>. A evidência mostra que a morte de uma criança/adolescente tem elevada probabilidade de desencadear nos profissionais de saúde sintomas de intrusão, hiperativação e evitamento, considerados como dimensões de Stresse Traumático Secundário<sup>(1)</sup>. Este sofrimento, que decorre de cuidar

de outros, é também denominado como fadiga por compaixão, e é ainda frequentemente acompanhado pela presença de sintomas como cefaleias, dificuldades no sono, fadiga e depressão<sup>(4,7-8)</sup>.

Face ao reconhecimento deste acontecimento como um potencial stressor, surgiram várias tentativas de descrever e classificar os processos de confronto dos profissionais de saúde com estas situações. Estes processos são descritos em termos de estratégias de confronto<sup>(9)</sup>, que se caracterizam por um conjunto de comportamentos, emoções ou processos cognitivos, aos quais o indivíduo recorre para lidar com situações internas ou externas, que são avaliadas como excedendo os seus recursos pessoais. As estratégias de confronto são divididas em duas categorias funcionais: confronto focalizado no problema e o confronto focalizado na emoção<sup>(9)</sup>. O primeiro, centrado no problema organiza-se em função de uma ação direta sobre o problema, assumindo mudanças comportamentais, ou intervindo de modo a alterar o meio, como por exemplo, procurar informação, ajuda profissional, alterar estilos de vida. Por sua vez, o confronto centrado na emoção orienta-se para a regulação das emoções, produzindo mudanças subjetivas de modo a reduzir as emoções desagradáveis, através de estratégias como o evitamento, a minimização, distanciamento, a atenção seletiva entre outras<sup>(9)</sup>. Nesta perspetiva, a eficácia dos processos de confronto depende da controlabilidade da situação, o que pressupõe a avaliação da mesma. Assim, as estratégias focalizadas no problema são mais adaptativas quando a situação problema é considerada controlável. Por sua vez, as estratégias centradas mais nas emoções podem ser adaptativas, quando a situação não é controlável, ou modificável<sup>(9)</sup>.

Numa recente revisão sistemática sobre as estratégias de confronto dos profissionais de enfermagem face à morte de pacientes em idade adulta, foram identificados dois tipos de recursos: internos e externos<sup>(10)</sup>. Os recursos internos referem-se aos recursos pessoais que os profissionais de enfermagem utilizam para lidar com a morte, e incluem o estabelecimento de limites através do distanciamento ou o controlo

emocional, a reflexão, a expressão de emoções (nomeadamente através do choro) as crenças sobre a morte, as experiências pessoais e profissionais, e as rotinas e atividades diárias. Por sua vez, os recursos externos reportam-se à procura de suporte social, quer junto de colegas, amigos e família, as práticas espirituais e o treino e formação para lidar com as situações de morte.

Assim, objetivou-se compreender as estratégias de confronto utilizadas pelos enfermeiros para lidar com a morte inesperada em pediatria. Pretende-se dar contributos para o desenvolvimento de intervenções que ajudem a minimizar o impacto negativo deste tipo de acontecimento na saúde dos profissionais de enfermagem, melhorando também a qualidade dos cuidados que prestam.

## Métodos

Desenvolveu-se um estudo qualitativo em dois hospitais centrais de Portugal, um da região Norte e outro de uma região insular. Como critério de inclusão definimos a experiência profissional com vivência de situações de morte inesperada em crianças e adolescentes. Foi constituída uma amostra de conveniência, característica de pesquisa qualitativa, em que os participantes eram enfermeiros que exerciam funções nos serviços de urgência e serviço de medicina intensiva pediátrica, e que aceitaram participar no estudo. A amostra foi constituída por seis enfermeiros, sendo cinco do sexo feminino, sendo o número de sujeitos, determinado pelo critério de saturação teórica<sup>(11)</sup>. As idades variaram entre os 32 e os 53 anos de idade e cinco eram casados e tinham filhos. Os dados foram recolhidos em 2013, entre fevereiro e março, fazendo parte de um estudo académico de cariz misto. Posteriormente em 2015 os dados qualitativos, pela riqueza dos mesmos, foram reanalisados.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi uma entrevista semiestruturada, tendo sido desenvolvido um guião (formulário) com questões do tipo aberto, que abordavam quer o impacto do acontecimento

morte inesperada, quer os processos de confronto utilizados. Relativamente ao confronto, e na sequência da exploração do impacto emocional das situações de morte inesperada em pediatria, os entrevistados foram questionados se tinham sentido necessidade de mobilizarem estratégias para ultrapassarem estas situações. Foi-lhes ainda pedido que enumerassem e descrevessem as estratégias usadas. Assim, a investigação foi norteadada pela seguinte questão: que processos de confronto utilizam os enfermeiros perante a morte inesperada de uma criança/adolescente?

Foi solicitado o consentimento informado aos participantes, e garantido o anonimato no tratamento e informação de dados. Neste pressuposto foi utilizado aquando da transcrição das falas o código EP, colocando-se um numero entre as duas letras, que se reporta ao numero da entrevista, como por exemplo E4P. As entrevistas foram gravadas com recurso a gravador áudio, transcritas na íntegra sendo os registos posteriormente apagados, após a sua análise. Os textos foram analisados segundo o método de análise de conteúdo<sup>(12)</sup>. Foram cumpridas as etapas de codificação e formulação de categorias e subcategorias. No sentido de assegurar a consistência da análise de dados, depois de desenvolvido o sistema de categorização, dois investigadores procederam de forma independente à análise de dados, e posteriormente foi avaliado o nível de concordância entre as duas análises. O estudo foi aprovado pelos conselhos de ética de ambos os hospitais sob pareceres nº 306/2013 e nº 1/2013.

## Resultados

A partir do processo de análise de conteúdo realizada emergiram dois grupos de processos de confronto utilizados para lidar com a morte inesperada de crianças e adolescentes. Um primeiro grupo é centrado em processos de avaliação da situação, em que através da reflexão e análise do acontecimento, os enfermeiros procuram tornar mais compreensível ou aceitável a morte inesperada pediátrica, tentando inclusive, através de processos de ordem racional,

retirar-lhe a sua carga emocional, potencialmente traumática para o enfermeiro. O segundo grupo de estratégias está focado mais diretamente na gestão emocional do acontecimento, incluindo-se aqui processos que, partindo do reconhecimento do sofrimento emocional causado pela morte inesperada, procuram de alguma forma minimizá-lo ou torna-lo mais gerível sob o ponto de vista pessoal.

### **Estratégias centradas na avaliação da situação**

Os enfermeiros referiram que procuravam enfrentar o acontecimento da morte inesperada em pediatria através de processos de análise cognitiva. Ao dividir o problema num conjunto de facetas ou dimensões, centravam-se apenas em alguns mais específicos, tais como os aspetos clínicos (as circunstâncias da morte, as atitudes na reanimação e o tipo de morte) ou o desempenho profissional, processo que foi denominado de focalização nos aspetos clínicos ou profissionais. Segundo os entrevistados, esta estratégia permitia fazer um distanciamento da situação, principalmente em relação ao seu carácter mais ameaçador/perturbador, e assim facilitar o confronto. *Centro-me mais no ponto de vista clínico vá lá...o que se passou, o que é que se fez, se fizemos bem ou mal, fizemos aquilo ou isto... se correu bem se correu mal... É mais isto, é mais objetivo...* (E4P). Ao avaliar a situação sob o ponto de vista mais racional e como tal, menos perturbadora, é possível manter uma maior percepção de controlo ou competência, na medida em que esta estratégia permite que o profissional avalie a sua atuação como a mais adequada à situação.

No entanto, nem sempre estes esforços de separar as dimensões mais objetivas do exercício profissional e o seu impacto na vida pessoal são experienciados como sendo totalmente bem-sucedidos. *O trabalho fica aqui na porta. No entanto, por muito que nós queiramos separar as coisas, os nossos sentimentos em casa mudam. ...porque é naquela altura em que a gente como mãe, para pensar que damos demasiada importância a coisas que não têm importância nenhuma. ...Mas nessas alturas a gente trava, ...porque eles pintam as paredes e neste momento alguém já não vai ter quem lhes pinte as paredes. Então pára-se aí um bocadinho* (E5P).

Na análise dos discursos emergiram também outro tipo de estratégias do tipo avaliativo, como por exemplo, a procura de um sentido para o acontecimento, em que o enfermeiro procura mentalizar-se da inevitabilidade da morte. *Eu sei que se calhar há destino ...ou alguma sina que seria escrita* (E4P), e inclusive manter presente que a morte é uma situação comum na profissão e principalmente nos serviços de cuidados críticos. *O que eu pensei foi: eu tenho que aprender a lidar com isto senão eu estou a trabalhar no sítio errado!* (E1F). Nos relatos há também referência ao facto de ser mais fácil aceitar a morte da criança/adolescente, quando se pensa na condição em que este ficaria se permanecesse vivo, ou seja, uma tentativa de reavaliação do acontecimento procurando realçar uma perspetiva mais favorável ou menos negativa. *Penso assim, se estivesse vivo ia ficar muito pior* (E3P). *A valorização do papel do enfermeiro no apoio dado aos pais nas situações de morte inesperada. Nós próprios nos sentimos profissionalmente mais valorizados. Emocionalmente sentimo-nos mais aliviados ...Quando saem daqui, o filho morreu aqui, mas também terem a noção de que nós fizemos tudo o que podia ser feito ...temos de dar sempre aquela esperança de que foi feito tudo o que tinha a ser feito, que foi a última possibilidade... ...transmitir aos pais que tudo foi feito, que não ficou nada por fazer que deveria ser feito* (E6P).

### **Estratégias centradas na gestão emocional**

As estratégias de gestão emocional descrevem processos que, partindo do reconhecimento do sofrimento emocional causado pela morte inesperada, procuram de alguma forma diminuí-lo. Englobam a contenção das emoções, através da supressão de impulsos, mas também a sua expressão aberta. Foram ainda referidos processos mais ativos de gestão de sentimentos emergentes, através da procura de apoio emocional, da realização de rituais de luto ou de atividades promotoras de relaxamento e bem-estar.

Foram descritos pelos enfermeiros entrevistados esforços de controlo de expressão das emoções face à morte inesperada pediátrica. *Há situações diferentes...algumas mais marcantes que outras e que transtornam mais... mas eu considero que já tenho uma boa carapaça!* (risos) *...pelo menos consigo não me comover... consigo manter-me calma, serena,*

*sem me demonstrar* (E4P). A sua capacidade de não se emocionar, em contexto profissional, é considerada como um fator facilitador da adaptação ao acontecimento e, assim, uma forma de controlo emocional. *Não choro. É engraçado eu...analisando eu era basicamente uma adolescente do tipo "pita chorona" e quando comecei aqui a trabalhar tinha 22 anos e noto agora que não choro...muito raramente choro* (E5P). Este controle emocional perante a família da criança/adolescente foi inclusive referido como representando um sinal de respeito pela sua dor. *Eu tento não me mostrar indiferente, mas também tento não me comover e estar calma e... estando eles, não faço parte do grupo deles. Estou com eles, mas não faço parte do grupo deles* (E4P).

No entanto, foi feita também a referência à expressão aberta de emoções, mais especificamente ao chorar, como estratégia de gestão emocional. *Chega a um ponto que tento descarregar de alguma maneira para não interiorizar* (E6P). Nesta categoria foram ainda descritos pelos enfermeiros entrevistados algumas atividades de lazer e passatempos como estratégias de relaxamento e gestão das emoções mais perturbadoras. Foram feitas referências à jardinagem, à leitura e a outras atividades de alteração das rotinas, entre outras atividades. *Eu tenho o meu espaço livre, que é onde tenho a minha horta, o meu quintal, que é onde eu fico...e aí sim...penso muito* (E4P). *Ir dar uma volta, assim inesperada, é uma coisa ótima para mim. O facto de saber por exemplo que amanhã estou de folga e vou aquele lado ou aquele outro, ou vou cozinhar, fazer uma coisa que eu gosto... Eu gosto de pintar* (E6P).

Os comportamentos de procura de apoio emocional junto dos elementos da equipa, outros profissionais ou mesma da família, foram também incluídos neste grupo de estratégias de gestão emocional. Os enfermeiros revelaram procurar suporte junto dos colegas da equipa, nomeadamente para falar acerca do acontecimento ou simplesmente para sentirem empatia pelo que estavam a vivenciar, a fim de ultrapassar melhor a situação. *Sim, nós normalmente falamos depois de acontecer, de alguma coisa acontecer, pelo menos nos primeiros dias, até porque são situações que às vezes são mais marcantes e acabamos por comunicar de uma forma, de uma maneira informal* (E6P). Nos relatos, estes momentos de partilha ocorrem essencialmente de forma informal e não planeada, embora

tenha sido feita também referência à organização de jantares, cuja finalidade seria também a de proporcionar oportunidades de partilha e discussão. Porém, a procura de suporte ocorre também junto de familiares e amigos. *Tenho uma tia que trabalhou muitos anos cá, era auxiliar, e às vezes eu digo "o turno hoje foi muito mau" e já não preciso dizer mais nada* (E1F). *Às vezes tenho necessidade de falar ...tenho necessidade de chegar a casa e comentar alguma coisa para conseguir libertar-me* (E4P).

Por vezes, o suporte dos enfermeiros acontece fora do contexto profissional, como por exemplo participando nos funerais das crianças/adolescentes. Estar presente neste tipo de rituais expressa ainda uma tentativa de processar a perda, diminuindo assim o seu impacto emocional. *Vou muitas vezes aos funerais dos garotos. ... Ajuda a fazer o luto e ajuda a por um ponto final na história... achei que em algumas alturas era importante eu ir ... que era necessário eu ir para pôr um ponto final na história. Na minha e na deles... Normalmente, há um ou outro que eu fui sozinha... há duas ou três pessoas, colegas de trabalho, que acabam por ser minhas amigas ...porque temos uma maneira de lidar com a morte muito semelhante.....nós vamos e ela também vai, não falamos no porquê, mas ela também precisa de por um ponto final na situação...e avançamos* (E5P).

## Discussão

Assumindo as limitações do estudo, que decorrem de uma amostra pequena, e de uma realidade específica, há reflexões que emergem dos seus resultados. As situações clínicas em unidades de cuidados intensivos são complexas e altamente vulneráveis. Porém, a formação dos profissionais de saúde em geral, e em particular dos enfermeiros, enfatiza a cura ou controlo das situações fruto da evolução científica e tecnológica na área da saúde. Neste sentido, o confronto com a morte de uma criança é um acontecimento perturbador, inesperado e trágico, porque ocorre no início do desenvolvimento humano<sup>(5)</sup>. Tudo isto configura a necessidade de mobilizar um conjunto de estratégias para gerir estas situações, o que é evidenciado no presente estudo e de algum modo corroborado em investigação prévia.

Na análise das entrevistas foram descritas

pelos enfermeiros várias estratégias de confronto. Isto sugere que a experiência de morte inesperada em pediatria é efetivamente um *stressor* com potenciais características traumáticas, pelo que os enfermeiros desencadeiam diversas formas para lidar com o acontecimento.

Num primeiro grupo de estratégias, que se denominou de centradas na avaliação da situação, incluíram-se três subtipos de estratégias. O grupo inicial de estratégias identificadas - que foram denominadas de focalização nos aspetos clínicos - tem como característica central a tentativa de enquadrar o acontecimento da morte inesperada em pediatria, dentro de circunstâncias mais aceitáveis, seja porque se conclui que foram garantidos todos os esforços possíveis sob o ponto de vista da atuação profissional, seja porque se avaliou este acontecimento como algo inevitável.

Assim, e através de processos de natureza racional, os enfermeiros procuraram identificar várias facetas ou dimensões do fenómeno, para se centrarem naqueles que os protegiam do carácter mais perturbador do acontecimento e que mais frequentemente são os de carácter técnico ou de atuação clínica. Num estudo de revisão sistemática<sup>(10)</sup> há também referência a esta estratégia, denominando-a de estabelecimento de limites e incluindo-a no grupo dos recursos intrínsecos ou pessoais. Esta estratégia, que permite fazer um distanciamento dos aspetos mais desequilibradores, foi também já descrita anteriormente noutros estudos e é frequentemente denominada de compartimentalização<sup>(6,13)</sup>. A utilização desta estratégia permite também “dar tempo” aos profissionais para lidarem com o impacto emocional do acontecimento mais tarde, garantindo assim uma atuação profissional mais “facilitada” no momento próximo à perda do utente<sup>(6)</sup>. No presente estudo, que é corroborado pela literatura, há também referência ao facto de que, apesar dos enfermeiros procurarem usar este tipo de estratégia, eles referem que nem sempre é eficaz e que apesar de estes tentarem não levar o trabalho para casa, por vezes isso revela-se difícil<sup>(14)</sup>.

Outra estratégia identificada foi a procura de um sentido para o acontecimento, encarando a morte

como um desfecho previsível/inevitável dada a situação clínica da criança/adolescente ou como acontecimento esperado nos serviços críticos. Porém, como nos é referido num estudo recente cada pessoa interpreta esse sentido de acordo com as experiências prévias, o seu sistema de crenças e a própria relação com a criança<sup>(15)</sup>. Também foi já descrito que a morte é percecionada como alívio de sofrimento, onde o desfecho é considerado o melhor, dada as circunstâncias, o que de algum modo ajuda a dar sentido à situação, e conseqüentemente uma melhor aceitação. Por sua vez, num estudo desenvolvido com enfermeiros de cuidados críticos estes processos foram descritos sob a denominação de aceitação, argumentando-se que envolvem dois processos complementares que são a resignação e a normalização do fenómeno, tal como acontece no presente estudo<sup>(16)</sup>.

Por fim a reavaliação cognitiva, também descrita dentro desta categoria das estratégias do tipo avaliativo, envolve esforços para uma reestruturação mental do evento, para que sejam realçados os seus aspetos mais positivos. Apoiar a família da criança/adolescente pode ser um aspeto positivo, pois poderá facilitar o luto dos pais, mas simultaneamente beneficiar também o confronto dos enfermeiros<sup>(14)</sup>, na medida em que se estes se sentem úteis e competentes perante um acontecimento tão devastador. A evidência aponta que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde aos pais, num momento em que estes estão emocionalmente tão afetados, são fundamentais para o confronto com a situação<sup>(3,7)</sup>. Acresce ainda que a realização profissional e a satisfação com o seu papel como profissional parecem funcionar como um fator de proteção para o enfermeiro em relação à exposição aos acontecimentos traumáticos<sup>(17)</sup>. A satisfação profissional é também reportada como uma variável moderadora do sofrimento e do *burnout*<sup>(4)</sup>.

Um segundo grupo de estratégias descrito pelos enfermeiros entrevistados está focado mais diretamente nos processos de regulação emocional. Incluíram-se aqui estratégias que, partindo da identificação do sofrimento emocional causado pela morte inesperada, focam-se numa tentativa de o atenuar sob várias

formas, como o controlo de emoções ou a sua expressão entre outras. O controlo da expressão emocional passa por estabelecer limites e distanciar-se emocionalmente da morte<sup>(10)</sup>.

Porém, o controlo emocional é difícil perante a morte de crianças e adolescentes, o que leva muitas vezes à exaustão emocional expressa por cefaleias, fadiga e depressão<sup>(4)</sup>. Neste sentido, o chorar pode ser um modo de os profissionais de enfermagem expressarem as suas emoções e lidarem com a morte de um paciente<sup>(10)</sup>. No entanto, pode apontar-se uma posição de compromisso, na medida em que o enfermeiro pode-se expressar através do choro, mas dentro de limites razoáveis, a fim de que não se criem situações constrangedoras nem de troca de papéis<sup>(2)</sup>.

Uma das estratégias de confronto mais utilizada pelos enfermeiros de urgência face à morte reportadas na bibliografia é a prática de passatempos, como a prática de exercício físico e meditação o que se traduz em valores significativamente mais baixos de *burnout*<sup>(18)</sup>.

A procura de apoio ou suporte é frequentemente citada na literatura como estratégia de confronto com situações de morte dos pacientes<sup>(10,19)</sup>. Num estudo esta surge como a estratégia mais frequentemente relatada pelos participantes que, para além de enfermeiros, incluía também médicos e técnicos de serviço social<sup>(6)</sup>. Enquanto estratégia promotora do confronto, o apoio dos pares traduz-se na possibilidade de receber uma validação da vivência, que contribui para a obtenção de um sentimento de autoconfiança e de partilha/universalidade a propósito das dificuldades sentidas<sup>(20)</sup>. A partilha e discussão e experiências entre colegas é também uma estratégia que resulta facilitadora do confronto, na medida em que constitui também uma oportunidade de aprendizagem, pois ajuda a validar a experiência e compreender também o impacto negativo nos outros<sup>(6)</sup>.

No entanto, o suporte de pares pode ser também negativo, podendo exacerbar o stresse. A partilha de emoções por vezes por revelar-se pouco benéfico na gestão da exaustão física e emocional decorrente do confronto com a morte de uma criança ou adoles-

cente<sup>(4)</sup>. Ao partilhar os aspetos mais negativos da experiência existe o risco de se prolongar o seu impacto emocional e de exacerbar a uma leitura mais negativa do acontecimento, porque há um reforço mutuo desta perceção por parte dos profissionais envolvidos<sup>(6)</sup>. Outra estratégia referenciada é a participação nos rituais de luto, sendo que essa prática tem influência na capacidade de confronto com a morte da criança/adolescente<sup>(5)</sup>. Esta participação pode enquadrar-se na dimensão da espiritualidade pode ser significativa nestas situações, conduzindo a uma reconsideração e reavaliação dos pressupostos da vida<sup>(6)</sup>.

## Conclusão

Com esta investigação foi possível conhecer os processos de confronto utilizados pelos enfermeiros, tendo-se verificado que estes dispõem de um repertório diversificado de estratégias de confronto. Apesar da tentativa do controlo emocional e a redefinição cognitiva, emerge destes resultados as dificuldades pessoais em gerir de forma adequada estas situações, o que é corroborado pela literatura consultada. Essa dificuldade é bem expressa na necessidade de extravasar emoções, e mesmo a participação de atos fúnebres, ou mesmo projetando a realidade vivida na sua vida pessoal.

## Colaborações

Lima LMM contribui na conceção do projeto, análise e interpretação de dados e redação do artigo. Pinto CAS contribui na análise e interpretação de dados e redação do artigo e na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Gonçalves SMB contribuiu na conceção do projeto, na colheita de dados e revisão do artigo.

## Referências

1. Mealer M, Jones J, Meek P. Factors affecting resilience and development of posttraumatic stress disorder in critical care nurses. *Am J Crit Care*. 2017; 26(3):184-92. doi: dx.doi.org/10.4037/ajcc2017798

2. O'Malley P, Barata I, Snow S. Death of a child in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2014; 40(4):301-4. doi: dx.doi.org/10.1016/j.jen.2014.05.002
3. Boer J, Rikxoort S, Bakker AB, Smit B J. Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews *Nurs Crit Care*.2014 19(4):166-74 doi: dx.doi.org/10.1111/nicc.12020
4. Adwan JZ. Pediatric nurses' grief experience, burnout and job satisfaction. *J Pediatr Nurs*. 2014; 29(4):329-36. doi: dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.011
5. Rockembach VJ, Casarin TS, Siqueira HC. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Rev Rene* [Internet]. 2010 [citado 2018 out. 13];11(2):63-71. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027970007>
6. Forster E, Hafiz A. Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *Int J Palliat Nurs*. 2015; 21(6):294-301. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.6.294>
7. Curcio D. The lived experiences of nurses caring for dying pediatric patients. *Pediatr Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2018 jan. 13]; 43(1):8-14. Available from: [academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1193&context=gc\\_etds](http://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1193&context=gc_etds)
8. Meyer RL. Caring for children who die unexpectedly: patterns that emerge out of chaos. *J Pediatr Nurs*. 2014; 29(1):23-8. doi: dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2013.03.008
9. Mitrousi S, Travlos A, Koukia E, Zyga S. Theoretical approaches to coping. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan. 23]; 6(2):131-7. Available from: [www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/14.%20Zyga%20ORIGINAL.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/14.%20Zyga%20ORIGINAL.pdf)
10. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2018; 27(1-2):e39-49. doi: dx.doi.org/10.1111/jocn.13975
11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2):388-94. doi: 10.1590/S0102-311X2011000200020
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Kellogg MB, Barker M, McCune N. The lived experience of pediatric burn nurses following patient death. *Pediatr Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan. 23]; 40(6):297-30. Available from: <https://www.highbeam.com/doc/1G1-395845986.html>
14. Stayer D, Lockhart JS. Living with dying in the Pediatric Intensive Care Unit: a nursing perspective. *Am J Crit Care*. 2016; 25(4):350-6. doi: dx.doi.org/10.4037/ajcc2016251
15. Lindsay J, Heliker D. The unexpected death of a child and the experience of emergency service personnel. *J Emerg Nurs*. 2018; 44(1):64-70. doi: dx.doi.org/10.1016/j.jen.2017.06.002
16. González MG, Gallego FR, Vargas LF, Hidalgo BA, Alameda GM, Luque CF. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2011; 22(1):13-21. doi: dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2010.11.003
17. Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2015; 47(6):522-8. doi: dx.doi.org/10.1111/jnu.12162
18. Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, et al. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *J Trauma Nurs*. 2014; 21(4):160-9. doi: dx.doi.org/10.1097/JTN.0000000000000055
19. Boer J, Van Rikxoort S, Bakker AB, Smit BJ. Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. *Nurs Crit Care*. 2014; 19(4):166-74. doi: dx.doi.org/10.1111/nicc.12020
20. Gunusen NP, Wilson M, Aksoy B. Secondary traumatic stress and burnout among muslim nurses caring for chronically ill children in a Turkish hospital. *J Transcult Nurs*. 2018; 29(2):146-54 doi: dx.doi.org/10.1177/1043659616689290