

Morte e luto: vivências de pediatras em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal nas microrregiões de Barbacena e São João Del Rei

Death and mourning: experiences of pediatricians from pediatric and neonatal intensive care units in the microregions of Barbacena and São João del Rei

Maíra Costa Navais¹, Mônica Pereira Campanha Viegas¹, Renata Pereira Rodrigues¹,
Renata Tiemi Moreira de Resende¹, Luiz Chartuni Teixeira¹

DOI: 10.5935/2238-3182.20170010

RESUMO

¹ Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada – FUNJOBE, Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME, Barbacena, MG – Brasil.

Introdução: a atuação dos pediatras nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica (UTIN e UTIP) possui diversas singularidades. Nesse cenário, o pediatra depara-se com situações extremas ligadas à morte das crianças assistidas. Diante disso, não conseguir evitar a morte pode trazer ao profissional a vivência do luto e de seus limites. **Objetivo:** conhecer o significado da morte das crianças para os médicos pediatras das UTIN e UTIP das microrregiões de Barbacena e de São João del Rei, Minas Gerais. **Materiais e métodos:** trata-se de estudo clínico-qualitativo de oito pediatras nas UTIN e UTIP das duas microrregiões. Foram realizadas entrevistas semidirigidas e o material foi submetido à análise qualitativa de conteúdo. **Resultados:** os resultados indicam que as pediatras das UTIN e UTIP vivenciam o luto de forma diferente de acordo com o vínculo estabelecido com a criança e com a idade do paciente. Verificou-se também o sofrimento dos profissionais que não se sentem preparados para a comunicação da má notícia e reconhecem seus limites e medos. **Conclusão:** a morte gera sentimentos de pesar, impotência e angústia. O processo do luto do profissional ainda não é reconhecido e existe pouca oportunidade de expressão pública para facilitar sua vivência.

Palavras-chave: Morte; Pesar; Pediatria; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Introduction: The role of pediatricians in Neonatal and Pediatric Intensive Care Units (NICU and PICU) has several singularities. In this scenario, the pediatrician is faced with extreme situations linked to the death of the attended children. Being unable to prevent death, the professional may experience mourning and the limitations caused by death. **Goal:** To investigate the meaning of children's death to pediatricians of the NICU and PICU in the micro-region of Barbacena and São João del Rei, Minas Gerais. **Materials and methods:** It is a clinical-qualitative study of 8 pediatricians in NICU and PICU of the two micro-regions. Semi-structured interviews were conducted and the material was submitted to qualitative content analysis. **Results:** The results indicate that the pediatricians of the NICU and PICU experience grief differently, according to the bond established with the child and the age of the patient. It was also found suffering in the professionals, as they do not feel prepared for the communication of bad news, thus recognizing their limits and fears. **Conclusion:** Death generates feelings of grief, helplessness and distress. These professionals' grief is still not recognized and there is little opportunity for public expression to facilitate the experience of this process.

Key words: Death; Grief; Pediatrics; Intensive Care Units, Pediatric; Intensive Care Units, Neonatal.

Instituição:
Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE
Barbacena, MG – Brasil

Autor correspondente:
Renata Pereira Rodrigues
E-mail: natinhapr@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e pediátrica (UTIP) no Brasil experimentaram acelerado desenvolvimento nos últimos 20 anos, acompanhando a tendência mundial. Tornaram-se símbolo da Medicina moderna, representando acentuado impacto na redução da mortalidade.¹

De acordo com Barbosa², o surgimento das UTIs trouxe um universo mais amplo à assistência aos recém-nascidos e crianças, permitindo a sobrevivência destes, que teriam poucas chances há alguns anos. Ele ressalta, ainda, que, apesar da importância das UTIs para a Pediatria, contraditoriamente essa unidade, que deveria zelar pelo bem-estar da criança em todos os seus aspectos, é por excelência um ambiente nervoso, impessoal e até temeroso para aqueles que não estão adaptados às suas rotinas.

Considerando o alto nível de complexidade que permeia os ambientes das UTIN e UTIP, faz-se necessária a presença de uma equipe especializada de forma que se possa abordar de maneira abrangente todos os aspectos da criança e sua família durante o período de internação.

A formação do médico intensivista é um desafio antigo que se tornou fundamental com o acelerado desenvolvimento técnico-científico da área, exigindo treinamento contínuo e específico para os profissionais que atuam nessa especialidade. Os residentes são treinados para lidar com a situação clínica das crianças, intervenções necessárias no processo de tratamento dos pacientes, porém precisam lidar com situações subjetivas que entremeiam seu trabalho e interferem na relação profissional.^{3,4}

Nesse contexto, Roseiro e Paula⁵ descreveram em seu trabalho sobre os sentimentos dos profissionais atuantes em UTI neonatal. A impotência em relação ao grave quadro clínico de alguns recém-nascidos, comoção pelo seu estado e de sua família, responsabilidade pela sua melhora, bem como angústia devido ao longo tempo de internação são alguns dos sentimentos relatados.

Dessa forma, o pediatra, ao procurar fornecer atendimento de qualidade para a criança, leva em conta diversos fatores que diferem da gravidade da doença e do quadro clínico do paciente. Notam-se, então, a grande responsabilidade que é dada a esses profissionais e a necessidade de uma atenção difusa que englobe aspectos não só científicos, mas também econômicos e sociais relacionados aos pacientes pediátricos. Assim, pode ser criado um vínculo

entre médico e paciente devido ao próximo contato estabelecido entre eles.⁶

Nesse sentido, após estabelecimento de vínculo entre médico e paciente, Bellato⁷ mostra que a morte repentina amedronta o profissional de saúde. Há, então, um “choque temporal” carregado na morte infantil. Em seu estudo sobre uma “boa” morte em unidade de terapia intensiva pediátrica, Barbosa² enfatizou que a morte de uma criança, na cultura ocidental, desencadeia um dos processos de luto mais dolorosos. Essas mortes no ambiente hospitalar certamente trazem consequências diretas no desempenho dos profissionais de saúde.

A criança e o adolescente envolvem todo o ambiente familiar e representam a perspectiva do futuro. O envolvimento afetivo da equipe médica com esses pacientes muitas vezes é inevitável. E, embora seja difícil elaborar um padrão de aceitação da morte entre os médicos, é notável que estes enfrentem consequências pessoais diante da situação. O contato frequente com a morte conduz essas pessoas a refletir e questionar seus propósitos, possibilitando o enfrentamento a esse acontecimento. Contudo, no entender de Boemer⁸, é uma situação problemática para os profissionais, pois não se deve esquecer de que fica impossível manter o paciente vivo a qualquer custo enquanto a morte também é um processo natural do ser humano.

Em estudo sobre o trabalho do pediatra e suas vivências, Melo⁹ refere que existem sentimentos de culpa, ansiedade e revolta que permeiam as rotinas dos pediatras que trabalham em hospitais. Frequentemente eles dizem ter a sensação de que poderiam ter feito mais ou pelo menos ter dedicado mais tempo à criança. Diante de um óbito, os médicos sempre se perguntam se não teriam deixado de tentar uma terapêutica que pudesse ter obtido sucesso.⁹

Negar a morte pode dar a ideia de força e controle, entretanto, uma perda seguida de precária ou “má” elaboração do luto – não se permitindo a expressão da tristeza e da dor – tem trazido graves consequências como a maior possibilidade de adoecimento. O luto mal-elaborado está se tornando um problema de saúde pública, dado o grande número de pessoas que adoecem em função de excessiva carga de sofrimento sem possibilidade de elaboração. E isso também afeta os profissionais de saúde que cuidam do sofrimento alheio e que, muitas vezes, não têm espaço para cuidar da sua própria dor.¹⁰

Lipton e Everly¹¹ apresentam as recomendações de um painel organizado no ano de 2000, pela Associação Americana de Psicologia, realizado com o objetivo de

obter consenso sobre necessidades de saúde mental para os profissionais e usuários dos serviços de emergência pediátrica. Entre elas, enfatizam a necessidade da organização de serviços de apoio psicológico para profissionais e usuários do serviço de Pediatria, considerando as características desse ambiente de trabalho.

Assim, faz-se de grande relevância estudar a maneira como os médicos pediatras atuantes no ambiente de UTIN e UTIP lidam com sentimentos relacionados à morte de seus pacientes.

O objetivo geral deste estudo é conhecer o significado da morte das crianças para os médicos pediatras das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal das microrregiões de Barbacena e de São João del Rei, Minas Gerais.

Os objetivos específicos são investigar o impacto da morte nos médicos pediatras atuantes na UTIP e UTIN, como eles vivenciam o processo de morrer das crianças e neonatos e onde eles buscam preparo e apoio para enfrentar essas perdas.

METODOLOGIA

O método escolhido para a realização desta pesquisa foi o clínico-qualitativo. É um modelo humanístico e da saúde, que busca interpretar cientificamente os significados que serão trazidos pelas pessoas entrevistadas no serviço de saúde – um *setting* natural do profissional de saúde.¹²

O cenário do estudo foram as duas UTIN e UTIP das microrregiões de Barbacena e de São João del Rei, que atendem aproximadamente 740 mil habitantes. Foram selecionados médicos pediatras que atuam junto ao paciente internado na UTIP ou UTIN nos municípios estudados e que consentiram livremente em participar desta pesquisa. A pesquisa foi realizada com oito médicas nas unidades descritas.

A amostra foi composta de forma deliberada e o critério utilizado para o seu fechamento foi a saturação dos dados. Foi realizada entrevista semidirigida de questões abertas e como auxiliar uma questão disparadora que norteou a entrevista: “Fale-me como é para você quando morre uma criança que você acompanhou durante a internação na unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal”.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Parecer CAAE 39490414.0.0000.5128. Como parte da documentação prevista, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo qual

os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, os procedimentos, riscos, desconforto e benefícios, garantia de anonimato e respeito ao desejo de participarem ou não.

As entrevistas foram efetuadas pelos pesquisadores e gravadas após a permissão dos participantes e posteriormente transcritas de forma literal. Para a análise dos dados foi utilizada a análise qualitativa do conteúdo e posteriormente categorização e subcategorização do conteúdo das entrevistas em temáticas reconhecidas como importantes e então foi efetuada discussão dos resultados. Para este artigo, será debatida a categoria: “Quando morre uma criança maior é muito pior pra gente também...”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Quando morre uma criança maior é muito pior pra gente também...”

Com o desenvolvimento de técnicas e tecnologias voltadas para o suporte avançado em unidades de cuidados intensivos cada vez mais sofisticadas, tem sido possível o prolongamento da vida.¹³

Os estudos demonstraram que o desenvolvimento dos conhecimentos em Medicina perinatal e a sofisticação de terapias de suporte nas UTINs têm proporcionado sensível redução nos índices de mortalidade dos recém-nascidos de muito baixo peso. A tecnologia tem proporcionado a sobrevivência de recém-nascidos até há pouco tempo considerados inviáveis. No entanto, ainda as taxas de mortalidade são altas. No Brasil, sabe-se que o fator neonatal ainda é o principal responsável pela maior parte das taxas de mortalidade infantil nas últimas décadas. Embora se utilizem de todas as tecnologias terapêuticas, muitas vezes o desfecho não é favorável e a morte acontece.¹⁴

No presente estudo foi possível perceber, pelos relatos dos profissionais, a diferença ao vivenciar situações de morte neonatal e pediátrica em UTIN e UTIP. Tal achado pode ser peculiar ao contexto de estudo, pois se tratava de dois centros de terapia intensiva do interior de Minas Gerais que atendem desde o recém-nato até crianças maiores, onde não há separação de profissionais nem de espaço físico para os pacientes. Pelo fato de as bases referenciais apresentarem somente estudos embasados em locais que diferenciam o atendimento pediátrico e neonatal, houve di-

ficuldade em correlacionar os dados com a literatura, portanto, essa categoria apresenta esta nuance.

No contexto das UTIN e UTIP, é perceptível a diferença quando os profissionais lidam com a morte de crianças e de recém-natos, provavelmente porque os neonatos de baixo peso têm mais associação com morbimortalidade.

Eu sinto muito mais quando é menino pediátrico. Com os recém-nascidos, lógico que fico triste, mas eles nascem prematuros, se não existisse UTI eles morreriam. Eu acabo vendo essa UTI como se fosse um lucro, eles estão no lucro, eles sobrevivendo é tipo um lucro [...] (Flora).

Eu te falo que não sofro muito não, porque geralmente são aqueles prematuros muito extremos, às vezes nenenzinho de 500, 600 gramas que vive 2, 3 dias [...] (Leila).

Então geralmente as crianças neonatais, ou seja, os neonatos, a aceitação da morte é mais fácil, tá? Principalmente em criança muito prematura, né, um prematuro extremo que vem, essas crianças de muito baixo peso, em torno de 600 gramas, essa aceitação é mais fácil do neonato, né...?(Eva).

Outro fator importante descrito pelos profissionais que diferencia a vivência do luto de acordo com a faixa etária do paciente é o envolvimento emocional que a criança tem com a família.

Assim, foi possível evidenciar que os profissionais identificam nas crianças maiores um vínculo mais sólido com os pais, pelo tempo de convivência à qual foram expostos e, desta forma, entendem que quanto maior o convívio com os profissionais e com a família, mais difícil é o enfrentamento da perda.¹⁵

O pediátrico já tem uma história, ele já foi pra casa, então é diferente do outro... não é lucro, infelizmente ele adoeceu e precisou de vir para a UTI, poderia ter vivido a vida inteira sem precisar de vir pra UTI. O envolvimento é maior, aí eu choro [...] (Flora).

Mas quando você perde uma criança que já faz parte do vínculo familiar eu acho pior [...] (Júlia).

Maior é pior... Eu acho que é pior para uma mãe entender que uma criança, 5, 6 anos de idade, estava brincando e pulando num dia e agora está morta (Rita).

Sendo assim, percebe-se que o sofrimento parece ser ainda maior no contexto pediátrico, pois parece mais difícil e cruel para a equipe de uma UTIP aceitar o fato de uma criança, ainda com um futuro todo pela frente, ter sua vida abreviada tão precocemente, mesmo diante de todas as possibilidades proporcionadas pelas tecnologias de suporte avançado de vida nessas unidades.¹³

Neste estudo, ficou claro que o maior vínculo entre a família e criança foi um fator importante para que o profissional de saúde fosse sensibilizado ao lidar com a experiência de morte de seu paciente, uma vez que os recém-nascidos ainda estão estabelecendo vínculos e as crianças maiores já os têm consolidados.

A criança já tem uma história de vida, um vínculo com a família... na UTI neonatal os pais não levaram pra casa, sabem que já nasceram grave apesar do nenenzinho pré-termo vem pra cá, mas eles nunca tiveram história em casa, então é bem diferente, eu acho que é diferente [...] (Flora).

Outro aspecto relevante relacionado à faixa etária emergiu quando foi relacionado à maternidade e ao óbito na UTI. As pediatras que são mães declararam que sentem o luto de forma diferente ao lidar com crianças de idade correspondente à dos seus filhos.

Antes eu era mais seca, sentia, mas era diferente, principalmente se as crianças que estão internadas são da idade dos meus, aí depende da idade da criança (Flora).

[...] igual essa afogada que tem a idade da minha filha, o dia em que fiquei olhando para ela imaginando a minha, eu acho que se ela tivesse alguma coisa ali talvez eu não tivesse preparada [...] (Mara).

É horrível. É horrível não só pelo fato da minha incapacidade como médica de não conseguir evitar a morte do paciente. Então, não é só o fracasso profissional naquela hora, tua limitação, mas é ruim porque eu penso no meu filho (Rita).

Para Haddad¹⁶, a maternidade muda a visão em relação à morte da criança, muda no sentido de prestar mais atenção nos pais, nos momentos difíceis por que eles estão passando vendo seus filhos à beira da morte. É como se elas vivenciassem a situação de morte da criança como se fosse a de seu próprio fi-

lho, sentindo a dor da perda, sofrendo junto com os pais e relacionando-a à sua finitude e da sua família.

Esses achados corroboram o que Inácio *et al.*¹⁷ descreveram em seu trabalho sobre o profissional de saúde diante da morte de recém nascidos em UTI neonatal, evidenciando que o medo e as tensões que a morte provoca remetem ao sentimento de impotência, raiva, tristeza e negação. Dessa forma, quando as pediatras-mães relatam se lembrar de seus filhos quando lidam com crianças da mesma faixa etária, estão evidenciando que sofrem mais por refletir a fragilidade da sua vida e de seu ente querido. Como Palu¹⁸ afirma, ao cuidar do ser humano que está morrendo nos faz refletir sobre a fragilidade da vida e muitas vezes coloca aquele que cuida diante de suas impotências.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu ampliar o aprendizado e o convívio com os sentimentos advindos da morte de um paciente pediátrico e neonatal em unidades de terapia intensiva. Os dados empíricos evidenciaram que, para a maioria dos pediatras entrevistados, a morte gera sentimentos de pesar, impotência, choque e angústia.

As análises das entrevistas permitiram constatar que o processo do luto do pediatra nas UTIN e UTIP ainda não é reconhecido e existe pouca ou nenhuma oportunidade de expressão pública para facilitar a vivência desse luto.

Essa constatação reforça a necessidade, para as escolas de Medicina e as instituições de saúde, de considerarem as particularidades da situação de luto vivenciada por médicos.

As instituições de saúde devem oferecer subsídios psicológicos para que o profissional enfrente o luto. O apoio psicológico pode ser feito de forma individualizada ou em grupos, com a equipe médica. Grupos de autoajuda podem ser realizados nas UTIN e UTIP e possibilitarem um momento para que os pediatras compartilhem vivências emocionais e experiências semelhantes. Os profissionais precisam ser amparados no seu sofrimento e em situações de vulnerabilidade, de forma rotineira, auxiliando-os na elaboração e na expressão de seus sentimentos.

A inclusão de discussões sobre a morte nos currículos do curso de Medicina ainda é incipiente. Para mudança desse cenário é necessária, inicialmente, a capacitação dos docentes, uma vez que lhes cabe

auxiliar os alunos na compreensão da assistência ao paciente gravemente enfermo e com risco de morte. Simulações, vivências em campo poderiam ser incluídas nas atividades práticas.

A partir da convivência e da análise das entrevistas com os pediatras, percebeu-se que eles têm muito a dizer sobre os seus sentimentos e somente uma escuta sensível e atenta torna possível aproximar-se da realidade vivenciada por eles. Para esses profissionais, cada paciente é único e nenhum esforço é medido no sentido de salvar suas vidas. A perda de uma criança é trágica e tem significado e vivência única, conforme Bia relata:

[...] Você vê que a nossa função aqui é justamente que os bebês saiam bem. Em momento algum a gente queria dar essa notícia. E de forma alguma que o neném que morrer a gente vai pensar “mais um”. Cada neném é um bebê, uma família, uma mãe, um pai (Bia).

REFERÊNCIAS

1. Barbosa AP, Cunha AJLA, Carvalho ERM, Portella AF, Andrade MPF, Barbosa MCM. Terapia Intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade. *Rev Assoc Méd Bras.* 2002;48(4):20-2.
2. Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. *J Pediatr.* 2004;80(6):437.
3. Lacerda JC, Barbosa AP, Cunha AJL. Perfil profissional do intensivista pediátrico no estado do Rio de Janeiro, sudeste do Brasil. *Rev Bras Terapia Intensiva.* 2011;23(4):462-9.
4. Battikha EC, Carvalho MTM, Kopelman BI. A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32(1):11-6.
5. Roseiro CP, Paula KMP. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Estudos Psicol.* 2015;32(1):109-19.
6. Moreira Filho AA. A relação médico paciente: o fundamento mais importante da prática médica. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica; 2005.
7. Bellato R. A vivência da hospitalização pela pessoa doente [tese]. Riberão Preto: Escola de Enfermagem de Riberão Preto, Universidade de São Paulo; 2001. 2010f.
8. Boemer MR. O fenômeno da morte: o pensar, o conviver e o educar [tese]. Riberão Preto: Escola de Enfermagem de Riberão Preto, Universidade de São Paulo; 1989. 111 f.
9. Melo EMC. O trabalho do pediatra: um estudo das tarefas e das dificuldades vivenciadas em um serviço público de urgência [tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. 134f.
10. Kovács MJ. Educação para morte: desafio na formação de profissional de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. 180p.

11. Lipton H, Everly GS. Mental health needs for providers of emergency medical service for children (EMSC): a report of a consensus panel. *Prehospital Emerg Care*. 2002;6(1):15-21.
12. Turato ER. 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; 2003.
13. Lima BSF, Silva RCL. Morte e morre uma UTI pediátrica: desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida. *Ciênc Cuid Saude*. 2014;13(4):722-9.
14. Miranda AM, Cunha DIB, Gomes SMFA influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso. *REME - Rev Min Enferm*. 2010;14(3):435-42.
15. Rockembach JV, Casarin ST, Siqueira HCH. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Rev Rene*. 2010;11(2):63-71.
16. Haddad DRS. A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica: vivência do enfermeiro [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. 74 f.
17. Inácio AFL. Profissional de enfermagem frente à morte do recém-nascido em UTI neonatal. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2008;26(3):289-93.
18. Palu LA, Labronici LM, Albin LA. A Morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004. 62f.