

# INVESTIGAÇÃO DOS IMPACTOS DA RELAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE PERANTE A FAMÍLIA NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO E MORTE DE UMA CRIANÇA NA UTI PEDIÁTRICA E NEONATAL DO HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE<sup>1</sup>

Cristian Caê Seemann Stassun<sup>2</sup>  
Franciane Meire Radtke<sup>3</sup>

**Resumo:** São vários os aspectos que existem no intrincado sistema de relações existentes dentro de um hospital, no que diz respeito à pacientes, médicos e familiares. Esse artigo é resultado de uma pesquisa acadêmica que investigou os impactos da relação entre a equipe de saúde e a família no processo de hospitalização e morte de uma criança na UTI pediátrica e neonatal do Hospital Regional Alto Vale (Rio do Sul - Santa Catarina). Utilizou-se de uma base epistemológica qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas, realizadas com três sujeitos: uma psicóloga da instituição e outros dois médicos com formações em diferentes anos. A psicóloga nos trouxe um perfil do trabalho que realizada dentro do hospital e os dois médicos falaram sobre o ensino da Psicologia nos currículos dos cursos de medicina considerando suas diferentes formações (um há mais de 15 anos formado e o outro recentemente). A intenção em pesquisar esse tema justificou-se pela problemática que circunscreve o processo de hospitalização que ocasiona no paciente, familiares e equipe de saúde, sintomas de estresse, tensão, isolamento, e tantos outros impactos psico-físico-sociais. A categoria morte, mais precisamente na relação com os familiares que, permanecem vivos, surgiu pela busca de um melhor enfrentamento das reações e dos impactos na subjetividade das pessoas, bem como a produção de conhecimentos para que essa relação seja mais efetiva, minimizando então o sofrimento dos envolvidos. Esta pesquisa procurou contribuir com estudos na área da saúde e ainda trouxe a referência da importância da aproximação dos profissionais de saúde, médicos e psicólogos, como uma necessidade medida à Psicologia Sócio-histórica, de não haver mais dicotomias entre corpo e mente, objeto e sujeito, como historicamente as epistemologias foram se delineando. Por este motivo, buscou-se aqui, uma visão mais abrangente do ser humano, promovendo o caminho da humanização, dignidade e respeito ao meio pesquisado. Alguns resultados desta pesquisa apontaram a necessidade e a falta de uma psicologia nos cursos de medicina, que aborde as relações conflituosas do médico com a família, paciente e equipe multiprofissional em todo processo de hospitalização e morte. Com relação à notícia da morte de uma criança dada pelo médico à família e os aspectos psicológicos que envolvem essa relação, outras informações indicaram que a notícia deve ser pautada na reação da família muito mais do que na forma como esta é passada. Identificou-se com as entrevistas que o acompanhamento psicológico é essencial para preparar a família para o processo de luto sendo que este deve ocorrer antes da morte da criança. A literatura aponta ainda que, existem algumas formas de enfrentamento da morte construídas pelas vivências dos profissionais e alguns procedimentos éticos importantes a serem seguidos, e que, tanto o impacto subjetivo naquele que passa a notícia (médico) e aquele que recebe (família), estão intimamente ligados às experiências sócio-históricas

---

<sup>1</sup> Projeto de Iniciação Científica do Artigo 170 desenvolvido na área de Psicologia Social .

<sup>2</sup> Acadêmico-pesquisador do Projeto de Iniciação Científica do Artigo 170. (Universitário de Psicologia - Universidade Para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí)

<sup>3</sup> Professora-orientadora do Projeto de Iniciação Científica do Artigo 170. (Mestre em Psicologia - Universidade Federal de Santa Catarina)

desses sujeitos, necessitando assim, maior aproximação do profissional psicólogo em todo processo da hospitalização e morte em UTI's pediátrica e neonatal.

**Palavras-chave:** Morte, Notícia, Equipe de Saúde.

**Abstract:** Is several the aspects that exist in the intricate system of existent relationships inside of a hospital, in what says respect, patients, doctors and family. This project is a result of an academic research that investigated the relation enters the team of health and the family in the hospitalization process and a child's death in Pediatric Intensive Care Unit and Neonatal of the Hospital Regional Alto Vale (Rio do Sul -Santa Catarina). We use a qualitative epistemologic base, with half-structuralized interviews, accomplished with three subjects: a psychologist of the institution and others two doctors with formations in different years. The psychologist in them brought a profile of the work that carried through of the hospital and the two doctors its different formations had inside said on the education of Psychology in the resumes of the medicine courses considering (one has 15 years more than formed and the other recently). The intention in searching this subject justified for the problematic one that it circumscribes the process of hospitalization that it causes in the patient, family and team of health, stress symptoms, tension, isolation, and so many others psico-physical-social impacts. The category death, more precisely in the relationship with the relatives that, they stay alive, it appeared to the search of a better confrontation of the reactions and of the impacts in the people's subjectivity and in order to produce knowledge for that relationship to be more effective, for the minimization of the suffering of those involved. This research looked for to contribute with studies in the health' area and still it brought the reference of the importance of the approach of the health professionals, doctors and psychologists, as a necessity measured to Partner-historical Psychology, of there not being more dichotomies between body and mind, object and subject, as historically the epistemologies were if delineating. For this reason, searched here, a more including vision of the human being, promoting the road of the humanization, dignity and respect to the half researched. Some results of this research pointed the need and the lack of a Psychology in the courses of Medicine, that approaches the doctor's conflicting relationships with the family, patient and multiprofessional team in every hospitalization process and death. With relation to the notice of the death of a child given for the doctor to the family, and the psychological aspects that they involve that relationship, other information indicated that, the notice should be ruled in the reaction of the family much more than in the form with this is passed. We identify with the interviews that the psychological accompaniment is essential to prepare the family for the process of fights it, and that he must occur before the death of the child. Literature still points that, exists some forms of confrontation of the death constructed by the experiences of the professionals and some ethical procedures important to be followed, and that, as much the subjective impact in that passes the notice (doctor) and that one that receives (family), are intimately linked to the partner-historical experiences of those subjects, thus needing, a bigger approach of the professional Psychologist in all process of hospitalization and death in the Pediatric Intensive Care Unit and Neonatal.

**Keywords:** Death, Notice, Team of Health.

## INTRODUÇÃO

Em Psicologia Hospitalar existem poucos estudos sobre as questões inerentes e cotidianas das práticas dos profissionais de saúde, pacientes e família em demandas sobre a doença e a morte de pacientes crianças. A formação do psicólogo nessa área segundo Angerami (1984), tem sido deficiente em relação aos subsídios teóricos que possam embasá-lo na prática institucional. A região do Alto Vale do Itajaí em Santa Catarina, que possui um hospital que atende uma população das 27 cidades vizinhas com 242.450 habitantes, (Homens, 122.586; Mulheres, 119.864; Urbana, 139.383; Rural, 103.067), tem essa carência de um estudo local sobre peculiaridades da atuação do psicólogo nessa área. O Hospital Regional Alto Vale funciona na cidade de Rio do Sul que está inserida na micro-região do Alto Vale do Itajaí, sendo município pólo da micro-região. (Fonte IBGE–Censo/2002).

Segundo Pereira (2000), a UTI pediátrica do Hospital Regional Alto Vale começou a funcionar em 20 de novembro de 2000. Antes, os pacientes recém-nascidos e as crianças tinham que ser transferidas para Blumenau, Lages ou Florianópolis por falta da ala de terapia intensiva em Rio do Sul. No total, são seis leitos disponíveis, sendo quatro deles para UTI Neonatal e dois para Pediátrica.

O processo de hospitalização em UTI's, segundo Angerami-Camon (2003), possui características específicas que interferem diretamente sobre o estado emocional do paciente: estresse e tensão constante, isolamento frente às figuras que lhe geram segurança e conforto, relação intensa com aparelhos extra e intracorpóreos, clima de morte eminente, visão estereotipada de irreversibilidade do quadro mórbido, perda da noção de tempo e espaço, e muitos outros fatores que interferem diretamente no estado clínico da criança. Quando nos referimos a bebês, esses efeitos têm forte transferência para os pais.

Problemas de saúde enfrentados por uma criança afetam toda família. Chiattonne (2003), apresenta a família como “unidade de representação básica da criança”, através da qual os primeiros aprendizados são feitos. Quando a questão doença e morte de um filho (criança) invadem o núcleo familiar, esta deve ser considerada e compreendida como um fenômeno social. O que ocorre, segundo a autora, com um membro da família, num sentimento compensatório, afetará outros membros. Quando se trata da morte de uma criança na família, os impactos são severos, desorganizam o grupo familiar e fazem explodir intensos sentimentos.

Partindo desse pressuposto, este projeto procurou investigar os impactos da relação da equipe de saúde perante a família no processo de hospitalização e morte de uma criança na UTI Pediátrica e Neonatal do Hospital Regional Alto Vale. Foram, dessa forma, escolhidas opções de trabalho dentro de uma epistemologia qualitativa, para alcançar considerações

importantes sobre como a morte e o estado de morte eminente de uma criança envolve a equipe médica e a família, em busca de mediações para que essa relação tenha conseqüências mais dignas, efetivas e mais facilmente enfrentadas.

Nesse sentido, a pesquisa amparou sua relevância social e apresenta seus resultados neste artigo, considerando que existe um interesse expressivo deste tema para a classe médica e principalmente para os psicólogos hospitalares que possuem em seu cotidiano, os problemas levantados por esta pesquisa, mas que, não tem acesso a aportes teóricos científicos contextualizados específicos da situação do Hospital Regional Alto Vale. Ampliando assim, a responsabilidade social da universidade no sentido de promover novas reflexões sobre o assunto. Integrando por intermédio da pesquisa acadêmica, o saber científico da psicologia com a promoção de qualidade de vida.

A partir dessa investigação científica puderam-se evidenciar alguns elementos psicológicos e sociais a respeito das questões levantadas. Sendo que, uma pesquisa de caráter exploratório, que tem como objetivo a compreensão de processos subjetivos, sociais e mediacionais, a perguntas de pesquisa foram: Quais os impactos da relação da equipe de saúde perante a família no processo de hospitalização e morte de uma criança na UTI Pediátrica do Hospital Regional Alto Vale? É necessário um acompanhamento psicológico para a família durante a hospitalização e a após a morte da criança? A Psicologia Sócio-histórica fornece aportes teóricos para a forma que a notícia de morte de criança pode ser repassada para a família, pelo médico?

O referencial teórico que sustenta a presente reflexão é a perspectiva da Psicologia Sócio-histórica e as proposições aqui apontadas refletem o trabalho de iniciação científica desenvolvido ao longo de quatorze meses, entre os anos de 2004 e 2005.

Neste sentido, cabe ressaltar um elemento interessante que diz respeito ao caráter heterogêneo e multiprofissional dos participantes da pesquisa. Os critérios de escolha dos participantes foram referentes à problemática proposta: dois médicos, um com mais de quinze anos de experiência (JULIANA<sup>4</sup>) e um recém-formado (JOÃO) que estiveram ou estão em processo de relação, tratamento de crianças terminais e que já tiveram que enfrentar a morte de uma criança e relação pós-morte com a família, para mostrar se existe diferença na formação e na experiência como aprimoramento da forma de enfrentamento do cotidiano do hospital. Foi entrevistada a psicóloga do Hospital (MARIA) com intuito de fornecer maiores informações deste processo, já que ela atua na unidade hospitalar e tem em seu cotidiano frequentemente o enfrentamento dessas situações.

---

<sup>4</sup> Por questões éticas identificamos todos os pesquisados com nomes fictícios. As citações subseqüentes com o nome “Juliana”, “João” e “Maria” se referem respectivamente, a médica, médico e psicóloga, que, foram entrevista dos por Cristian Caé Seemann Stassun, nos dias 30 jun./ 05 julh. e 02 jun. de 2005.

As fontes de informações da pesquisa foram obtidas através de entrevista semi-estruturada, seguindo critérios metodológicos suficientemente adequados aos seus propósitos: apreender o fenômeno com cientificidade e objetividade, tentando isentar-se de juízos, valor ou opiniões pessoais sem, contudo, suprimir seu movimento, seu processo e cair no “mito da neutralidade” do pesquisador. Neste sentido, a metodologia a ser utilizada acompanha o curso desse movimento, apreendendo o fenômeno em sua dinâmica social.

Referindo-se a esse processo de investigação da subjetividade, o modelo de generalização que vislumbramos nesta pesquisa, segundo Rey (2002), é aquele que busca transcender os procedimentos de repetição de teoria (verificabilidade), de padronização de categorias, de classificações totalizantes do indivíduo, de comprovações de variáveis, de constatação e de significação estatística (amostras), pautada em amostras numerosas a fim de “coisificar” o generalizado numa verdade absoluta, e ignoram a singularidade do sujeito. Foucault (1979), dispõe que esse tipo de processo legitima o poder-saber das especialidades (psiquiatras, psicólogos), sobre a sujeição e domínio de uma verdade ao sujeito. Nossa direção é a construção de conhecimento baseado na qualidade e profundidade do estudo da subjetividade e “significação deste dentro do universo teórico” (REY, 2002, p.176), através de núcleos de significação que geram novas idéias e baseiam o sujeito como processo dentro de uma subjetividade social.

### **A PRÁTICA MÉDICA E A HOSPITALIZAÇÃO SOBRE A ÓTICA DO NASCIMENTO DO HOSPITAL EM “FOUCAULT”.**

No livro “Nascimento da Clínica”, Foucault (1963), explicita a invenção histórica da medicina moderna. Não mais como um progresso da ciência, mas sim por “[...] vários elementos laterais (como as epidemias no século XVIII na Europa) e de situações político-institucionais precisas (como a ausência de um modelo de assistência que pudesse responder a essa nova realidade).” (FONSECA,1999) Outro exemplo de Foucault (1979), inicia-se na descrição do século XVIII, em Paris, onde uma política de corpos movia um mecanismo de exclusão, um mecanismo de purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. O exercício do poder que nessa época deu início a lei dos pobres (lei da prevenção de doenças), fez surgir uma instância desse poder, o Hospital.

O hospital, segundo Foucault (1979), não seguia mais descrições arquitetônicas. Ele assumia a funcionalidade e segurança que os agentes hospitalares pesquisavam e estruturavam, pois nascera um novo olhar do hospital, não apenas como depósito “de alguém esfaqueado na guerra que sangrava até morrer”, mas uma “Máquina de curar”.

Uma máquina que economizava a morte de soldados (pois o custo de “moldar” outros soldados era maior). A separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população, nessa época (séc. XVIII), desenvolveu em práticas possíveis, reter os indivíduos as “margens” (marginalizar). Pois a salvação, nessas “casas”, era mais espiritual do que material (apenas se adia a morte ao “céu”), pois não se tinham recursos tecnológicos suficientes e os agentes do hospital não eram destinados para a cura orgânica do doente, mas se manter vivo no meio deles entre doenças e pestes incuráveis. Num ambiente sobre o efeito do investimento do corpo pelo poder, surgia a necessidade do papel do médico como normatizador.

A população rica com seus “médicos de família” estava salva de ser vítima de epidemias originárias da classe pobre. Segundo Foucault (1979), a história observou o surgimento do Hospital como tecnologia médica, de uma instituição de assistência e confinamento de pobres até século XVIII, para transformação do Hospital como “máquina de curar”.

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, da qual data o final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. (FOUCAULT, 1979, p.99)

O papel do médico na história era mediar a luta entre a natureza e a doença. “A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. Nesta luta o médico desempenhava o papel de prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença.” (FOUCAULT, 1979, p.102,103) Este era o papel do médico até o surgimento do hospital. O primeiro empenho, com a criação dos hospitais foi o de alcançar a diminuição dos riscos e efeitos negativos que o próprio hospital oferecia aos doentes aos médicos. “Não se procurou primeiramente medicalizar o hospital mas purificá-lo dos efeitos nocivos, que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade que estava situado.” (FOUCAULT, 1979, p.103)

Outro aspecto interessante é que não foi a partir de uma técnica médica que os hospitais militares da época foram reordenados para diminuir esse efeito nocivo. Mas essencialmente, a partir de uma tecnologia que, segundo Foucault (1979), pode ser chamada de política: a disciplina. Foi o início da hoje chamada despersonalização dos pacientes, isto é, tornar os pacientes objetos e organizá-los como fora feitos no exército e nas escolas: por códigos, números, rótulos, ordens e patologias, ou torná-los ativos e seriados como em uma fábrica de cadeia produtiva. Primeiro se distribuía espacialmente os pacientes; depois deixá-los atentos não aos resultados de uma ação medicamentosa, mas ao desenvolvimento da situação do paciente como um todo; após amplificaria a vigilância

constante dos corpos, como um sistema de inspeção de uma fábrica e por fim fariam um registro contínuo através de avaliações e de exames. O saber e o poder dessa tecnologia se harmonizam numa simbiose progressiva de disciplinação dos corpos, em função do mecanismo de curar e confiando ao médico esse saber e esse poder.

Com essa classificação, o médico tornou-se um técnico, quase que um administrador tanto do hospital, como do paciente. Ele lhes ofereceu formas, normas, códigos e números para objetivar a terapêutica. Tanto seu conhecimento como a formação acadêmica na medicina positivista voltada a dinâmica da disciplinação, lhe retirou do currículo embasamentos teóricos e práticos do âmbito da psicologia de seu paciente.

No hospital, segundo Ribeiro (1983), a vontade do paciente foi aplacada, seus desejos coibidos; sua intimidade, invadida; seu trabalho, proscrito; seu mundo de relações, rompido. Ele deixa de ser sujeito e vira apenas objeto da prática do médico hospitalar, suspenso de sua individualidade, transformado em mais um caso a ser contabilizado. As questões emocionais, psicológicas do paciente (fora dessa construção histórica da medicina) acabaram ficando em segundo plano, seu enfrentamento a essas necessidades empíricas da prática cotidiana no hospital que são tão influentes na situação do paciente, quanto a degeneração orgânica do organismo, ficaram agora a cargo dos psicólogos. Segundo Angerami-Calmon (2003), a psicologia hospitalar tem como objetivo principal essa minimização do sofrimento provocado pela hospitalização:

“[...] ao trabalhar no sentido de estancar os processos de despersonalização no âmbito hospitalar, o psicólogo estará ajudando na humanização do hospital, pois seguramente esse processo é um dos maiores aniquiladores de dignidade existencial da pessoa hospitalizada. Um trabalho de reflexão que envolva toda a equipe de saúde é uma das necessidades mais prementes para fazer com que o hospital perca seu caráter meramente curativo para transformar-se numa instituição que trabalhe não apenas com a reabilitação orgânica, mas também o restabelecimento da dignidade humana.” (ANGERAMI-CAMON, 2003, p.18)

Em síntese, os pobres do século XVIII começam a ameaçar com doenças a classe rica da época e usam o Hospital para confiná-los a morte. Esses hospitais necessitaram de uma ordem sistemática para transformá-los em “Máquinas de curar”. Surge a disciplinação dos corpos. Médico vira técnico de espaços, leis, objetividade. Ocorre a despersonalização dos pacientes. Entra os psicólogos hospitalares para diminuir os efeitos dessa disciplinação dos médicos, que transforma o hospital em uma oficina de conserto, os médicos nos mecânicos e os pacientes em peças.

No Brasil é comum encontrar práticas de alguns profissionais de saúde dentro do regime hospitalar, que não possuem uma visão além da reabilitação orgânica, como o restabelecimento da dignidade humana após uma hospitalização, após a morte de um filho. Tratam o paciente como uma máquina que precisa de concerto, desprovida de subjetividade, individualidade, sentimentos:

“[...] os profissionais têm perspectivas e rotinas a cumprir: eles simplesmente nada têm a ver com os doentes que estão para morrer. O morrer é uma ameaça a essas funções desses profissionais e cria sentimentos de impropriedade, incompatíveis com suas funções definidas – de pessoas que efetivamente podem lidar com as doenças. Não há funções prescritas desses profissionais para que se comportem como seres humanos no atendimento a seus pacientes que se encontram à morte.” (ANGERAMI-CAMON, 2003, p.104)

Esta visão, mediada pela disciplina e padronização da rotina médica foi questionada aos sujeitos dessa pesquisa, e a explicação de como funciona o envolvimento do médico com a família e com o paciente (criança) hospitalizado, foi afirmado por Juliana. Para ela, o relacionamento dos pais dos bebês internados na UTI com o corpo médico da UTI, é um relacionamento de muita sinceridade.

“[...] um relacionamento muito tenso, porque as crianças que internam aqui são crianças que estão sobre risco de vida. Então, a gente trabalha com toda a parte técnica com os bebês e crianças maiores, mostrando para os pais a gravidade do quadro e mostrando que tem chance de recuperação. Infelizmente nós não temos o poder da vida e da morte. Sabe... isso aí não nos pertence: a possibilidade de cura de todo mundo. A gente faz a parte técnica, temos sucesso em grande parte dos casos, mas infelizmente nós acabamos perdendo algumas crianças. Por questão da gravidade da doença dela, e assim os pais ficam muito tensos durante a permanência das crianças aqui, e eles acabam se habituando também com toda dinâmica da UTI.” (JULIANA)

Dessa relação entre médico e família, os conflitos se estabelecem sutilmente, mas profundamente. Segundo o médico entrevistado, esse assunto tem várias fases:

Tem famílias que compreendem, e aceitam melhor as coisas aqui no hospital. Mas tem pais e mães de opinião formada sobre tudo que abrange a hospitalização, a conduta do médico, e a própria morte... aí é complicado. Pois eles nos provocam e nos colocam na parede, impedindo de que façamos o possível, que é a parte técnica. [...] Já foi ressaltado muito a diversidade de posturas, concepções, crenças das famílias. E de como eles chegam e muitas vezes atrapalham. Outros pais nem

ligam para a criança. Parece que eles vêm no hospital para visitar a cidade, o hospital, e ficam na janela. Outros pressionam a cura. (JOÃO)

Neste contexto histórico, esboçamos ao campo, a possibilidade de descoberta da realidade a fim de responder nossas perguntas de pesquisa e delinear em frente aos núcleos de significado, as informações apreendidas nas entrevistas.

## **REALIDADE DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DAS CRIANÇAS NO HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE**

A Psicologia Hospitalar, apontada por Crepaldi (2005), tornou-se expressiva no Brasil na década de 1970 e desde então tem produzido trabalhos de pesquisa e intervenção, mas poucos são os estudos que investigam a integração de práticas preventivas e de promoção de melhor qualidade de vida na assistência prestada, raramente é considerada a necessidade de verificar pelas investigações, de modo mais consistente, as relações estimadas entre doença física e prejuízos para o ciclo vital, ou o impacto da doença na vida do doente e de seus familiares.

Para Marcon (2005), embora seja identificada uma demanda crescente e um maior reconhecimento do psicólogo no contexto hospitalar, ainda observa-se no Estado de Santa Catarina, uma pequena inserção do psicólogo neste espaço de atuação, ou quando existente, é recente e em número insuficiente para suprir as necessidades da clientela.

O desafio do psicólogo hospitalar é, segundo Angerami-Camon (2003), enfrentar os impactos da hospitalização (perda de identidade para adquirir um estigma de doente que é passivo perante sua realidade), os novos significados adquiridos pelo paciente depois de estar internado, os novos vínculos e uma nova forma de agir nas suas relações sociais (equipe de saúde, família, amigos). Torna-se necessário para o psicólogo, o auxílio no restabelecimento da dignidade humana, para aliviar os procedimentos do hospital que são invasivos tanto fisicamente quanto psicologicamente. O psicólogo hospitalar, segundo Angerami-Camon (2003), tem como instrumental teórico que fundamenta sua prática, a psicoterapia clínica. Mas acaba aprendendo que seus referencias teóricos não são suficientes para embasar sua atuação. O seu objetivo principal dentro de um hospital será minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização, e quando tratamos de crianças, a hospitalização as coloca num nível de sofrimento emocional e físico enorme, o que aumenta ainda mais a responsabilidade do psicólogo.

Com o intuito de conhecer o serviço de psicologia do Hospital Regional Alto Vale, foi entrevistada a psicóloga hospitalar Maria, a fim de obter informações sobre o cotidiano dessa prática.

A psicóloga Maria relatou atender mais na UTI neonatal do que na pediátrica. Ela relatou que faz um trabalho de acompanhamento da família que tem a criança internada na UTI, sendo que, no começo, existe um acolhimento da família no que for preciso e depois na medida em que os médicos falam para os pais tudo o que está acontecendo no quadro clínico a psicóloga também intervém. Ela tem um papel importante no momento de dar a notícia aos pais da morte de uma criança, que segundo ela é dada, sempre que possível, pela chefe das enfermeiras, pela psicóloga e pelo médico responsável. Durante as entrevistas, também foi evidenciado pelo médico João a importância da psicologia neste contexto:

É necessário sim o acompanhamento da psicologia. Aqui neste hospital ela existe há pouco tempo no acompanhamento dos pacientes, o que tinha antes é uma psicóloga organizacional. O papel dela, vejo como uma pessoa que vai preparar, ou instrumentalizar a pessoa para o enfrentamento do sofrimento. (JOÃO)

Existe junto a esse trabalho no Hospital Regional Alto Vale, o desenvolvimento, através da psicóloga, de programas de assistência às mães, fazendo grupos de discussão. As crianças são envolvidas em dinâmicas de arte-terapia, que são atividades com objetivos de “fortalecimento de auto-estima e autoconhecimento criando oportunidades para que a criança possa retomar seu equilíbrio psíquico [...]” (CHIATTONE, 2003, p.103).

Em função deste pequeno relato sobre o exercício do profissional psicólogo neste hospital, podem-se observar aspectos da problemática do ensino da psicologia nas universidades para os profissionais de saúde, no que consiste em instrumentalizá-los para que o papel da psicóloga não exista apenas como emergencial, mas como um processo de construção junto a uma rede de atendimento multiprofissional.

### **SITUAÇÃO DO ENSINO DA PSICOLOGIA NAS FACULDADES DE MEDICINA E O IMPACTO NA FORMAÇÃO E NAS FORMAS DE ENFRENTAMENTO À REALIDADE**

Inicialmente tínhamos a proposta de ter usado o olhar da forma como o paciente (criança) e a família compreendem a sua situação enquanto hospitalização e morte (subjetividade, história, sociabilidade e sentidos atribuídos). Porém, foi previsto que não seriam alcançados resultados “eticamente possíveis<sup>5</sup>” (em concretude) a partir deste caminho. Nunes (1998), sobre esse olhar da criança, aponta que, tanto a experiência da criança com relação à morte quanto às representações formais à disposição na cultura, estão presentes na elaboração conceitual que as crianças fazem da morte, isto é, a relação da criança com a morte dá-se pelo seu aprendizado que teve sobre ela. Esse tipo de

aprendizado e essas compreensões são interessantes, mas não serão focos desta pesquisa, por entendermos que não é ético estar expondo a criança e a família a uma discussão delicada aonde o pesquisador poderia fazer surgir sentimentos, tanto na criança quanto na família pesquisada, de um processo já “finalizado” (luto) em sua dinâmica subjetiva.

Usamos então, o olhar do médico frente as situação de doença, morte e notícia à família que perde sua criança, trabalhando com questões de saber/poder, aprendizados, relações sociais e construções históricas em busca de apreender sua subjetividade individual. Buscamos analisar como funcionam essas questões, na procura de estratégias efetivas e, portanto, positivas de enfrentamento, em todos os âmbitos desse “fenômeno social”.

Como já mencionado, o médico João está formado a mais de três anos e médica Juliana a mais de vinte anos. Procurando analisar se a formação em medicina, em tempos diferentes, estabeleceu conhecimentos de psicologia, que auxiliaram e deram suportes práticos para o enfrentamento do cotidiano do exercício médico em um hospital. Visto que, os dois estudaram na Universidade Federal de Santa Catarina.

Segundo João, a psicologia na faculdade de medicina, antes e agora, continua pouco explorada. E até sob outros aspectos (como gestão de serviços, etc.) a faculdade de medicina não prepara. Mas quando se refere especificadamente a psicologia, o que ele sentiu mais necessidade do que foi escasso na faculdade, foi a situação e a temática das “relações humanas”. Tanto a relação com outros profissionais de saúde (multiprofissional), quanto à relação entre os médicos e a família. Pois esta é, segundo ele, a mais relevante relação que faltam quanto ao seu preparo, sendo que, é uma relação de tensão constante, dos próprios efeitos da hospitalização quanto à fatalidade da morte. Concordando com ele, a médica Juliana, também diz que a formação é muito ineficiente:

Tivemos psicologia, mas ela não aborda o que vamos enfrentar aqui de uma forma que nos possibilite aprender formas de enfrentamento da família e de nós mesmos frente ao que esta acontecendo, a morte. [...] Na faculdade seria preciso ensinar para nós, a lidar com a relação entre “eu” e a família, com meus sentimentos.  
(JULIANA)

Expomos quanto a isso, o resultado de outra pesquisa (RODRIGUES, 2003) com 29 médicos no Hospital das Clínicas da UNESP, sobre essa realidade do curso de medicina em relação a falta do ensino da psicologia, e essa necessidade que nossa pesquisa observou em campo sobre a notícia e diagnóstico:

---

<sup>5</sup> É arriscado colocar uma criança em uma situação de pesquisa em que o estado crítico de hospitalização já materializa impactos subjetivos problemáticos.

[...] considerando a possibilidade de aprender e treinar o comportamento para transmitir diagnóstico aos entrevistados, 86% dos profissionais declaram que sentem (essa) necessidade [...]. (E) sobre a possibilidade de terem aprendido essa habilidade no curso de graduação, 59% dos entrevistados relataram que o curso de medicina não propiciou esse aprendizado e 41%, que aprenderam, ainda que pouco, o conteúdo na graduação e na residência. (RODRIGUES, 2003, p.236)

Outra informação da pesquisa acima é que 75% dos sujeitos admitem que essa habilidade pode ser aprendida mesmo depois de formados, abrindo pressuposto para que os psicólogos ofereçam formação complementar na área, abrindo um campo vasto de exercício profissional.

Embora a realização de pesquisas na área da psicologia junto às instituições hospitalares não apareceram de forma significativa no Estado de Santa Catarina, segundo Marcon (2005), esta prática começa a ser observada de forma mais consistente (embora em focos isolados), e dá indicativos de amadurecimento profissional, e da percepção dos profissionais da necessidade de sistematização e produção do conhecimento na área, bem como da necessidade de se descrever procedimentos de atuação, além de incrementar sua capacitação profissional. Nesse sentido, este projeto, dentro da necessidade de acrescentar estudos na área vem atender a uma necessidade local, o Hospital Regional Alto Vale.

Complementando este fato, Sebastiani (2005), afirma que o não investimento em pesquisas em Psicologia Hospitalar implica numa crescente distorção dos trabalhos de ordem prática, fomentando ações focais emergenciais (e não preventivas, indicadas pela OMS) e mantendo o distanciamento entre a academia e os profissionais (relação multiprofissional que é tão importante nessa condição) que estão na linha de frente enfrentando as imensas demandas referentes a problemas de saúde da população.

Almeida (2000), coloca que é crescente o número de hospitais que tomam consciência da importância de se manter profissionais da área de psicologia para o atendimento de seus pacientes, principalmente, nas situações que envolvem diagnósticos de doenças como o câncer, a AIDS, a internação em Unidade de Terapia Intensiva e casos de amputação de membros.

Segundo João, existe também outro aspecto. “*Uma coisa é lidar na faculdade, na teoria e no estágio, que pouco existe de responsabilidade, pois faz-se exercícios básicos e sempre sob orientação, e outra coisa é lidar no cotidiano, na prática*”. Ele ressalta que tem médicos que evitam e até fogem de um contato ou relação com a família. Outro problema da formação apontado por ele, pelo menos na Universidade Federal de Santa Catarina (e em outras universidades do país) é o conservadorismo que exclui as outras ciências, entre elas, a própria Psicologia. Considera ainda que, a maneira de lidar com relações conflituosas

dependeu sim da sua formação, mas o que valeu mesmo foram as vivências pessoais. E aqui ressaltamos as vivências da trajetória de vida de uma pessoa *“o que me ajudou foi ter que enfrentar a morte de uma pessoa querida na minha família, minha avó”* (JOÃO). Confrontamos aqui outras visões que informalmente o conhecimento popular ressalva, “O médico não precisa ter um câncer para saber sobre ele, o padre não precisa casar para entender de casamento” (dito popular), e observo a importância da vivência pessoal, pois se impele uma relação e a força que repercute uma forte emoção, na formação de sentidos e significados individuais.

[...] emoção e o sentimento não são entidades absolutas ou lógicas do nosso psiquismo, mas significados radicados no viver cotidiano, isto é, modos de sentir e significar a experiência vivida que afetam nosso sistema psicológico que são expressos e mediados por modos especialmente construídos de manifestação e significação de emoções. (MOLON, 1999, p.13)

Com relação a isso Siegler (1977, em CHIATTONE, 2003), aponta que esse tipo de significação se estende a sociedade, visto que, pela impossibilidade de vivenciar conscientemente a própria morte, vivemos com uma relação de vivências da morte dos outros membros da sociedade na qual pertencemos. Desta forma, é dela que socialmente apreendemos os ritos, os mitos e tomamos consciência desta realidade. Sentindo, chorando e nos angustiando cada um em sua forma pessoal, sem que ninguém escape, negamos a morte, que segundo Morin (1975, em CHIATTONE, 2003), é consciente objetivamente, mas que é coberta pela apreensão subjetiva, com esperanças imortais ou transmortais através de crenças religiosos.

Para a médica Juliana, da mesma forma, conclui que foi a prática cotidiana que fomentou as formas de enfrentamento do seu exercício médico. O mesmo foi concluído pela psicóloga Maria:

Tive experiência na minha formação, no estágio que eu tive no hospital universitário. Por isso apesar de estar formada a pouco tempo e estar a pouco tempo no hospital, eu me preparei na formação. Mas a experiência e a forma como lhe dar com essa situação de sofrimento se deu pelo trabalho. Pois o desafio de enfrentamento se dá não pela falta ou não de confiança, somente pela falta de costume. (MARIA)

Rey (2002), assinala essa questão teoria e prática, dizendo que a teoria não serve para adequar a prática, ela não poder ser vista como algo cristalizado, a teoria também é processo, e ela precisa ser construída a cada momento. Foucault, sob esta ótica de avaliação, argumenta que: “Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e

é preciso a prática para atravessar o muro.” (1979, p.70) Ela nada mais é construção da interpretação humana da realidade, de idéias humanas que podem ter erros, conflitos e irrealidade. A tensão entre teoria e prática é necessária para a produção de conhecimento, num contínuo cuidado para evitar dogmas e verdades absolutas, tanto na experiência pessoal da prática, quanto da teoria. E essa noção de experiência e teoria acaba refletindo nos impactos subjetivos, na forma em que o médico lida com a morte da criança que abordaremos a seguir.

### A MORTE DA CRIANÇA E OS IMPACTOS NA SUBJETIVIDADE DO MÉDICO

Quando se trata de analisar os impactos subjetivos na realidade do médico é relevante ressaltar um conceito que pode ser considerado até sinônimo dessa condição, a afetividade. “Do ponto de vista constitucional do Aparelho Psíquico, pode-se definir Afeto como sendo: ‘a forma do indivíduo lidar com presenças e ausências na vida’.” (FONGARO, 2003, p.38) Afeto denotado do verbo afetar, isto é, os impactos subjetivos que se torna inerente a prática cotidiana do médico, no que concerne em lidar com as perdas que se referem a morte, e dela todo o silêncio, responsabilidade e angústia.

Segundo Chiattonne (2003), a morte é excluída da vida das pessoas, pois afastando esse medo o ser humano acaba se apegando mais na materialidade dos bens de consumo, o que serve como “arma” capitalista na sociedade atual. Deste efeito, e de muitos outros, se encontra o peso da responsabilidade do médico contra todo esse apego e luta para manter o projeto de vida familiar “aceso no foco” da esperança, da cura e do salvar. Sobre essa situação, o médico pesquisado acrescenta que:

O peso do saber médico, a responsabilidade da cura a gente lida com a família através da conversa. Até no juramento médico não juramos pela cura, mas sim pela minimização do sofrimento. Tem situações que nos sentimos muito mal, pois a família nos bota na parede, mesmo fazendo tudo de nós e os aparelhos. O problema não é a nossa responsabilidade, é que muito depende de como a criança reage, aos tratamentos, incisões, aparelhos, medicações, dependemos dela também e isso avisamos para a família de imediato. (JOÃO)

O saber do médico como verdade exercida sobre os outros, se transforma num exercício de forças, uma relação de poder. Segundo Foucault (1979), não por ter uma verdade universal, mas pela posição simbólica que ocupa. “Seu poder e o efeito que produzia sobre o doente, mais ainda que seu saber e a verdade daquilo que dizia sobre a doença.” (FOUCAULT, 1979, p.123) Esse saber-poder ao mesmo tempo em que é positivo para o médico para fazer o paciente aderir tratamento, acreditar diagnóstico, entre outros; é

extremamente conflituoso para ele frente a pressão, por exemplo, de pais que querem que seus filhos sejam salvos, única e exclusivamente sob a sua competência.

Assim sendo, a médica Juliana, complementa que uma de suas atitudes é a de informar para os pais toda a gravidade do quadro de saúde no qual a criança de encontra:

Se a criança está recebendo ventilação mecânica, ou seja, se ela estiver respirando com a ajuda de aparelho, se a criança está recebendo um medicamento para controlar a pressão arterial, e que principalmente que a criança está recebendo toda a estrutura que ela precisa para se manter viva. (JULIANA)

Ela declara que informa o quanto grave é cada caso, mas não deixando de dizer que estão investindo todo o possível para salvar a criança, mas que não depende só deles, depende do organismo da criança também reagir. Ela também sente todo um peso em cima do resultado da cura:

É muito estressante, pois eles depositam uma confiança muito grande na gente e na estrutura, e nem sempre a gente pode corresponder em função de que existem casos muito graves que independem de tudo que seja feito [...] e a criança não resiste. Então, nesse momento de dar a notícia do óbito é uma situação muito delicada. (JULIANA)

Existe aqui um contraponto, segundo Silva (2004), de médicos que estão habituados na faculdade de medicina a treinar com cadáveres desprovidos de reação, de subjetividade. Existe ainda, uma identidade (representação) social a zelar do profissional de medicina que são técnicos racionais da saúde humana, “senhores da vida e da morte”, constituídos de um “saber-poder” de curar as pessoas. Existe uma aprendizagem de racionalidade dentro do curso, e da própria sociedade que cultua a vida, a produtividade, corpos belos e reprodutivos e de um sistema capitalista que retro-alimenta esse movimento para eficiência e para o consumismo. Esse é o peso da impotência de situações que são inevitáveis.

A gente se sente muito impotente, e a gente acaba se envolvendo emocionalmente, pois a maioria aqui também é pai e é mãe, então a gente acaba fazendo um certo grau de transferência nesse momento do sofrimento, entendeu, e isso não nos impede de tratar de fazer toda técnica certa, mas assim, é uma perda que a gente também sofre junto com a família e só tu perder uma criança para entender. (JULIANA)

De acordo com a entrevista, foi questionado se existe uma certa mecanização por parte dos médicos, pelo fato de que tantos são os enfrentamentos na prática médica e se disso acabam tendo armas estratégicas para o próprio sofrimento. A resposta de Juliana foi “não”:

Não existe um tipo de postura entende, não é uma receita de bolo, tem famílias que você se envolve mais, tem família que você acaba se envolvendo menos, tem casos que são mais chocantes, tem umas tragédias realmente, que são coisas, sabe, absurdas do aspecto social. Então, você não fica imune, você não fica vacinado. Você sofre em toda perda, mesmo você vendo, estou a vinte anos formada, e cada criança que eu perco é um sofrimento, não existe um meio de se proteger, de ficar imune aquele tipo de coisa. É uma vida que você está perdendo, é uma coisa muito impotente por que você, no ímpeto nosso de querer melhorar cada dia para salvar, você esgota todas as possibilidades, a gente não entrega os pontos, a gente vai até a última. E a gente acaba sofrendo também. Porque acaba sendo muito interessante trabalhar dentro da UTI, a gente acaba envelhecendo mais cedo, a gente se estressa muito aqui dentro, porque o limite aqui é [...] toda hora, é a cada momento. A cada quinze minutos chega uma criança grave, bota a emoção na geladeira e oh [...] manda a razão em cima para tentar melhorar, tentar salvar. (JULIANA)

Esse tipo de reação é posta em todos momentos. A médica deixa claro que a relação com a morte é difícil e que lidar com a morte de criança é ainda pior. É nesse sentido que ela manifesta seus significados atribuídos neste contexto, que se modifica a cada momento, e a ele se advém como produto histórico de re-significações e apreensões subjetivas na relação com sua prática profissional. “[...] sentimento é histórico, que de fato se altera em meios ideológicos e psicológicos distintos apesar de que nele reste sem dúvida em certo radical biológico, em virtude do qual surge essa emoção.” (VIGOTSKI, 1996, p. 127). Isso se retrata relacionando com que, segundo ela, não é uma questão de “ser forte ou não”, é uma questão de estar mais preparada para este trabalho, pela formação e pela experiência de sua história.

Não existem armas para o sofrimento... todos choram. Mas existem daí o contraponto. Pois tem crianças que chegam aqui em estado gravíssimo e conseguimos salvar, aí dá o contraponto. Nós nos motivamos para continuar. Um reforço. (JULIANA)

Disposto a isto, a própria UTI incute um acontecimento esperado quanto a morte e a partir daí os médicos criam mecanismos de enfrentamento que muitas vezes acabam não percebendo, pois aprenderam sempre a cuidar da vida e não da morte. O que é necessário discernir, segundo Martins (2000), é que ser um bom profissional, não quer dizer ser alguém sem sentimento, medo, angústia e dificuldade. É ser capaz de assumir todas essas dificuldades, e não deixar que elas sejam empecilho para ir a busca de soluções.

Partindo desse pressuposto, falamos de como a relação médico-paciente se cristalizada historicamente. Segundo Silva (2004), existe uma concepção de que o cuidador

tem o poder de curar, e não precisa ser cuidado. Cabe aqui o alerta e até advindo da fala da Juliana, de todo sofrimento psicológico do médico na relação com a doença e a morte. Cabe, não tão somente levantar o problema, mas sim caminhar para que se reveja essa relação, que se resgate o papel do médico, também como um ser que possui subjetividade, que sofre, que chora, que sente. E que o cuidador seja cuidado, para que se caminhe numa direção de mais qualidade, humanização e respeito a ambas as partes no atendimento médico-hospitalar.

### **O DESAFIO DOS MÉDICOS AO PASSAREM A NOTÍCIA A FAMÍLIA DA MORTE DE UMA CRIANÇA**

Neste ponto, o enfrentamento do médico em relação à família parece se tornar ainda mais doloroso. O médico não enfrenta a simples dor da perda no rosto dos pais. Segundo Fongaro (2003), existe toda uma manifestação psicológica além, a esperança. Pois foi ela, a esperança, que permaneceu enquanto projeto de vida que os pais tinham para o futuro da criança, e aonde depositaram todas as expectativas de cura. E destes fenômenos psicológicos ainda:

Evidencia-se, em conseqüência, intensa desestruturação familiar, desencadeando-se forte sofrimento causado pela angústia de morte. A família perde sua conexão com o mundo habitual e o controle que exercia em sua estrutura pelas intensas vivências advindas pelo tratamento, pelo temor ao desconhecido, pela necessidade de constantes internações, tratamentos às vezes onerosos, pelo contato obrigatório com diferentes profissionais, pela exposição de sentimentos, pela perda, enfim, do controle do próprio destino. Ressalta-se também a perda da aptidão e plenitude de raciocínio decorrente da própria situação ameaçadora em si que traz questões sem respostas: “Por que isso foi acontecer com meu filho?”; “Aonde foi que eu errei?”; “Ele conseguirá suportar?; “O tratamento será efetivo?”; “Posso confiar a vida de meu filho a esses profissionais?” (CHIATTONE, 2003, p.107-108).

Essa relação se compreende desde a entrada da criança ou bebê na UTI. A relação dita pelos nossos pesquisados, a cumplicidade e verdade das informações do estado clínico da criança a cada passo, sem utilizar nenhum mecanismo de alívio instantâneo, pois que a realidade, neste caso, gera angústia, mas adentra ao processo de elaboração do luto na família, evitando que a morte inesperada seja ainda mais dolorosa.

Segundo Solnit e Green (1979), a morte de uma criança desperta no adulto a ansiedade de que alguém morre sem ter se realizado, sugerindo que o ocultamento

da verdade (seja por engano passivo ou engano aberto) prejudica a elaboração do luto, transtorna a evolução da criança a morte e perturba o vínculo dessa criança com o mundo adulto. (CHIATTONE, 2003, p.85)

Esse processo também é identificado pelos médicos investigados nesta pesquisa:

Eu conto tudo para os pais da situação. Quando são adultos teoricamente temos que contar, mas daí é diferente. Com os pais da criança não adianta a gente esconder. Tem casos de pacientes que vem transferidos de outros hospitais com desculpas do tipo “seu filho só está sendo transferido para ser melhor atendido” e parece que jogam a responsabilidade para nós dizermos que a criança está em estado grave, que vai ter seqüelas. (JOÃO)

Pode-se observar que na medida em que a conduta médica seja da revelação do estado de saúde do paciente à família, ela irá sofrer, durante todo processo. Agravando esse fato, Chiattonne (2003), destaca que além do conflito individual de cada membro da família frente à iminência de morte da criança, a família deve enfrentar o problema em si da criança, estando, evidentemente, quase sempre incapacitada e fragilizada para tal exigência, o que dificulta e agrava a redistribuição de cargas afetivas, necessárias para a manutenção da estrutura familiar nessa situação crítica. A notícia de morte proferida pelo médico, segundo o autor, pode ser considerada uma “bomba sobre uma base congelada e desestruturada.”

No decorrer das entrevistas delineou-se um padrão das respostas quanto a situação da notícia. A dificuldade enfrentada pelo médico para comunicar a notícia da morte de uma criança aos familiares ficou clara na objetivação de situações particulares evidenciando que a busca de melhores resultados em todo processo é necessidade para ambos os lados:

Situação sempre difícil, meu primeiro óbito foi do filho de um amigo meu. [...] Mas te digo, meu primeiro foi difícil. E olha que eu não sou muito de chorar. Mas o pai da criança era um amigo de infância, cresceu comigo, jogava tênis de mesa, bola, imagine a situação... (JOÃO)

Mostrada a realidade desta dificuldade, neste artigo problematizamos o fenômeno da notícia.

Ainda sobre a pesquisa realizada com 29 profissionais de saúde no Hospital das Clínicas da UNESP, por Rodrigues (2003), obteve-se informações que apontam para algumas condutas dos médicos que dão a notícia de morte da criança. Isso, dentro de uma necessidade da comunicação que busca encontrar elementos básicos de um mesmo universo

simbólico entre o médico e os familiares, e de referenciais que tornem o processo efetivo em direção ao objetivo, a minimização do sofrimento. De acordo com o Protocolo CLASS (RODRIGUES, 2003, citando PETRILLI et al., 1999), mostra-se que existem passos para esse processo. Que variam entre contexto físico (local apropriado, individual e sem interrupções; com disponibilidade de tempo); habilidade de escutar (criando um clima de acolhimento entre profissional e família); conhecimento (expor claramente todo processo, verificar a receptividade, acolher os sentimentos que surgiram); estratégia (esboçar um pequeno roteiro a partir da experiência, também considerando a resposta do paciente). Além dessas informações, sua pesquisa demonstra outros cuidados dos médicos como a preocupação de: adequar a terminologia técnica a família; tentar garantir o entendimento do processo; visualizar o efeito das palavras que vai dizer; olhar nos olhos enquanto fala com eles; saber o que vai falar; características da família (nível sócio-econômico e cultural (religioso)).

Nossos pesquisados também apontam algumas táticas de enfrentamento, explicitando que existem condutas específicas de médicos de acordo com sua relação vivenciada (histórico-social), segundo Molon (1999,) seguindo uma configuração absolutamente particular a partir de sua trajetória.

A notícia a gente tenta falar numa linguagem deles, mais simples do que a técnica. (JOÃO)

A notícia depende muito de cada médico. [...] Todo processo depende muito de cada médico, tem médico que a família entra e ele sai. (JOÃO)

Já vão criando um discurso, não direto ao ponto, mas aos poucos, para comunicar a notícia da morte a família. Já na fase terminal eles começam a abordar o assunto: “olha não está muito boa a situação do seu filho” Mas já percebi problemas. Pois “eu já cheguei a falar que tinha uma notícia não muito boa para contar. A mãe já caiu no choro. (JULIANA)

Contrapondo esse preparo apontado por Rodrigues (2003), em muitos casos não existe a formalidade de um relato aos pais, em uma sala fechada, juntos a toda equipe. O próprio contexto de tensão, angústia da relação médico-família, adianta o processo da notícia:

E é claro, quando a gente liga para a família 3 horas da manhã para que venham no hospital, eles já esperam a notícia. Às vezes só um abraço, só umas palavras bastam, quando eles chegam aqui. A notícia às vezes se resume em dizer: nós fizemos tudo que podia ser feito para salvar o seu filho, nos esforçamos o máximo mas infelizmente veio a óbito. (JOÃO)

E ainda mais do que isso, pode-se observar segundo as falas dos médicos aqui estudados, que muitas vezes não existem fórmulas. Na verdade elas existem, mas sem garantia de funcionamento efetivo quanto a minimização do sofrimento médico-família. O caminho não é antecipado, preocupa-se com o depois, com a reação da família. Pois, segundo Chiattonne (2003), cada membro da família apresenta uma forma peculiar de sentir e expressar seu sofrimento, perante a situação de doença e morte. E essa situação é relacionada com as relações sociais e históricas construídas pelos sujeitos com esses eventos, uma reação é construída.

(Onde) a palavra é um excitante, a palavra pronunciada é um reflexo que cria esse mesmo excitante. Estes reflexos reversíveis, que originam uma base para a consciência [...], servem de fundamento para a comunicação social e para a coordenação coletiva de comportamento. (VIGOTSKI, 1999, p.17)

Esses significados das palavras proferidas pelo médico na notícia geram as emoções. Mas essa condição intrapsicológica da emoção-reação, segundo Molon (1999), fora dessa forma, antes interpsicológica, ou mesmo segundo Rey (2003), (re)produzidas numa subjetividade social em confronto com a apreensão subjetiva individual, ou internalização intrapsicológica. Destes ao processo de hospitalização, doença, e morte.

Existe um modo muito pessoal de lidar com a notícia. (JOÃO)

A forma que nós temos aqui a notícia é mais em cima da reação da família, é dar suporte a família. Se precisar chorar, choramos. Ela acaba sabendo tudo que acontece das reações de seu filho. Lá na hora de contar, é sempre um choque, não tem como evita. Cada família manifesta a emoção de forma diferente. E é para essas formas de reação que temos lá os técnicos. Psicólogo, assistente social, médico para dar atenção para o depois, se a família precisar acompanhamento, pois nós médicos também não podemos ficar o tempo todo com eles. Tem mais crianças na mesma situação esperando por mim. (JULIANA)

A forma como é dita a notícia cada médico faz diferente, cada família reage diferente, e é assim que nós também aprendemos como lidar com essa situação. (JOÃO)

Não existem regras para a notícia, pois as reações das famílias são diversas, dão sentidos e significados diferentes. Quando morre, a pós-morte é encaminhada a família para a psicóloga para conversa - acolhimento. (MARIA)

Segundo Chiattonne (2003), essa situação é necessária, pois, como dito, cada membro da família reagirá de uma forma diversa esse sentir e expressar seu sofrimento no momento

da morte. Cabe, segundo esse efeito, preparar a família para, como aponta Klüber-Ross (1998), trabalhar os estágios do processo de morrer. Esses não são fixos ou cristalizados, demandam manifestações psicológicas comuns nos familiares, e a isso chamamos de “luto”. A autora apresenta que as primeiras reações se encontram na fase de choque e negação, depois uma de raiva e ressentimento com auto-análises de culpa pela acontecido, prosseguindo de tristeza depressiva até chega a condição de aceitação e volta a um cotidiano mais organizado. São essas fases pré-visualizadas, que demandam da relação criança-família, que podem ser superadas (até o nível da aceitação da morte) mais rapidamente e efetivamente. Se o acompanhamento psicológico acontecer no processo terminal do paciente focado num viés onde a realidade se impõe, nesta hora onde a explosão de sentimentos só regulada com remédios muitas vezes só tende a piorar a situação. Chiattonne (2003), anui que esse acompanhamento psicológico é necessário, visto que, essas reações depressivas tanto da criança hospitalizada como de sua família ao perder um filho, são esperadas e necessárias para a adaptação do processo de luto.

Torres (1990), chama a atenção para a necessidade de um suporte terapêutico emocional que possibilite aos pais dar a assistência de que a criança necessita, preservar os irmãos e permitir a equipe continuar terapeuticamente útil e suportiva, evitando assim o doloroso isolamento psicológico.

Desta forma, são esses procedimentos que aumentam a chance de minimização do sofrimento da rede familiar exposta, onde a forma com que é dada a notícia não marca tão drasticamente a dor da família, posto que o fato da morte é o fenômeno que eles irão significar mais intensamente e o que os familiares precisarão (re)produzir em um novo projeto de vida sob esse novo aspecto... “Meu filho morreu! (Mas o que ele foi) amado não se foi, pois agora eu o carregoo comigo e não posso perdê-lo nunca.” (CHIATTONE, 2003, p.131 citando PINCUS, 1989)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas foram as descobertas que pudemos perceber na caminhada desta pesquisa. Foi possível criticamente identificar a relevância social e científica do trabalho aqui apresentado, sendo que, a Psicologia coloca-se em um papel crucial no contexto hospitalar, mais precisamente no que diz respeito ao ambiente da UTI infantil. É preciso atentar ao fato de que tanto a família quanto a equipe de saúde precisam de preparos especiais para lidar com a realidade que enfrentam diariamente, a morte. Essas reflexões foram identificadas nos relatos dos entrevistados e merecem atenção especial por parte do ensino de graduação e das próprias instituições de saúde.

Podemos então, considerar que a notícia seja a relação mediada pela linguagem entre o médico e a família, acontece num intercâmbio coberto de signos que repercutem em significados sociais, sentidos subjetivos e emoções, em sujeitos não abstratos e nem individuais, mas constituídos sócio-historicamente. (REY, 2003; MOLON, 1999)

Distinguimos quanto a ela, que existem procedimentos éticos e usuais perante a necessidade de que a notícia seja transmitida coerentemente, enquanto melhoria e excelência no exercício de atendimento em saúde. Mas pelo fato de as pessoas se constituírem enquanto sujeito diferentemente na relação histórica-social intra e inter-psicologicamente, surge a necessidade de amparo e acolhimento às diferentes reações (emoção construída) da família no momento da comunicação, que segundo Rodrigues (2003), podem advir: choque, agressividade, desejo de morte, culpa.

Ainda consideramos a situação dos cursos de medicina no país não prepararem o médico para esse enfrentamento, demonstrando a necessidade de uma formação que aborde as relações conflituosas do médico com a família, paciente e equipe de saúde em todo processo de hospitalização e morte. Destacamos ainda, a importância do psicólogo para lidar com os conflitos dos familiares do paciente, e estabelecer uma rede multiprofissional de assistência.

É importante que um trabalho da psicologia respalde a equipe de saúde não apenas no momento do diagnóstico, mas também em todo o processo de tratamento e desenvolvimento da enfermidade, para que a família sinta, apesar das dificuldades encontradas, que é apoiada por profissionais confiáveis e que está sendo feito o melhor para seu filho e para toda a família. (RODRIGUES, 2003, p.244)

Essa relação é justificada, pois mesmo com os médicos alertando desde o início sobre o real estado clínico da criança, observa-se a necessidade de oferecer acompanhamento psicológico as famílias e a própria equipe de saúde (o médico também sofre, não é isento de significações e sentimento), de forma com que os preparem para o enfrentamento do luto e do fenômeno da morte.

Se basearmos mais na reação da família a notícia, sendo essa reação-emoção construída sócio-historicamente, devemos então trabalhar psicologicamente com a construção dessa significação quanto hospitalização e morte. Abordando crenças e fantasias, não negando que ocorra sentimento-sofrimento no momento da passagem da notícia, mas que se esses significados podem ser trabalhados a partir de um acompanhamento psicológico focado na relação e história da rede familiar neste processo descrito.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. C. **O Psicólogo no Hospital Geral**. Revista Psicologia: Ciência e Profissão. Nº 3. Ano 20. Conselho Federal de Psicologia, 2000.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.); **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- \_\_\_\_\_, V. A. (Org.); **O Doente, a Psicologia e o Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- \_\_\_\_\_, V. A. (Org.); **E A Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- \_\_\_\_\_, V. A. (Org.); TRUCHARTE, Fernanda A. R.; KNIJNIK, Rosa. B.; SEBASTIANI, Ricardo W. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- \_\_\_\_\_, V. A. **Psicologia Hospitalar: A Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar**. São Paulo: Traço Editora, 1984.
- CHIATTONE, H. B. C. **A Criança e a Morte**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.); et al. **E A Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- \_\_\_\_\_, H.B.C.; SEBASTIANI, R.W. **Introdução à Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Ed. Biblioteca Nêmeton, 1998.
- CREPALDI, M. A. **O Histórico e As Tendências Atuais de Pesquisa e Intervenção em Psicologia Hospitalar no Brasil**. [On-Line] UFSC. Disponível em: <<http://www.abrapso.org.br/anaisxinacional/mesa56.htm>>. Acesso em: 27 jan. 2005.
- \_\_\_\_\_, M. A. **Bioética e Interdisciplinaridade: Direitos de Pacientes e Acompanhantes na Hospitalização / Bioethics and interdisciplinarity: patients and companions rights during hospitalization**. Paidéia;9(16):89-94, jan.-jul. 1999.
- FONGARO, M. L. H.; SEBASTIANI, R. W. **Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral**. ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.); CHIATTONE, H. B. C.; et al.. **E A Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- FONSECA, M. A. **Colóquio Internacional Michel Foucault e a Medicina**. Caen: NetEstado, 1999.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- \_\_\_\_\_, M. (1963) **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- HOSPITAL DO CÂNCER** (1999). Disponível em: <[http://www.hcanc.org.br/dmeds/oncoped/hist\\_ped.html](http://www.hcanc.org.br/dmeds/oncoped/hist_ped.html)>. Acesso em: 10 jan. 2004.

- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- \_\_\_\_\_, E. **Morte, Estágio Final da Evolução**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1975.
- MARCON, C. **O Psicólogo Hospitalar no Estado de Santa Catarina: Perfil e Prática**. [On-Line] UFSC. Disponível em: <[http://www.abrapso.org.br/anaisxi\\_nacional/mesa56.htm](http://www.abrapso.org.br/anaisxi_nacional/mesa56.htm)>. Acesso em: 27 jan. 2005.
- MARTINS, J. J. **O Cotidiano de Trabalho da Enfermagem em UTI: Prazer ou Sofrimento?** Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2000.
- MOLON, S. I. **Subjetividade e Constituição do Sujeito em Vygotsky**. São Paulo: EDUC, 1999.
- NUNES, D. C.; CARRARO, L.; JOU, G. I.; SPERB, T. M. **As Crianças e o Conceito de Morte**. *Psicol. Reflex. Crit.* v.11 n.3 Porto Alegre, 1998.
- PEREIRA, A. **Jornal A Notícia**. (Joinville, 2000). [On-Line] Disponível em: <<http://www.an.uol.com.br/2000/nov/20/0ger.htm>>. Acesso em: 7 jan. 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DO SUL-SC. **Perfil do Município**. [On-Line] Disponível em: <<http://www.riodosul.sc.gov.br>>. Acesso em: 14 out. 2004.
- REY, F. L. G. **Sujeito e Subjetividade: Uma aproximação histórico-cultural**. Traduzido por: Raquel Souza Lobo Guzzo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- \_\_\_\_\_, F. L. G. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e Desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- RIBEIRO, H. P. **O Hospital: História e Crise**. São Paulo: Editora Cortês, 1983.
- RODRIGUES, O. M. P. R.; CASTRO, A. C. A.; DIAS, M. C. M. **Diagnóstico da Criança com Anomalia Congênita e/ou Gravemente Enferma: Aspectos da Transmissão e Recepção da Notícia**. IN: NEMES, C. M. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. (Orgs.); et al.. **Psicologia da Saúde: Perspectivas Interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003.
- SEBASTIANI, R. W. **Psicologia da Saúde no Brasil: 50 Anos de História**. [On-line] Disponível em: <<http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigos/Psicologia-da-Sa%C3%Bade-no-Brasil.doc>>. Acesso em: 24 jan. 2005.
- SILVA, G. S. N. **A Racionalidade Médica Ocidental e a Negação da Morte, do Riso, do Demasiadamente Humano**. IN: ANGERAMI-CAMON, V. A. et al. **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- TORRES, W. C.; GUEDES, W. G.; TORRES, R. C.; EBERT, T. H.. **A Criança Terminal: Vivência no Luto Antecipado**. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*;42(1):31-36, Dez. 1989-fev. 1990.
- VIGOTSKI, L. S. **Teoria e Método em Psicologia**. Tradução de: Claudia Berliner. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ANDRAUS, L. M. S.; MINAMISAWA, R.; MUNARI, D. B. **Cuidando da Família da Criança Hospitalizada** / Taking care of the hospitalized child's family. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum*;14(2):54-60, maio. ago. 2004.
- CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: A Atuação do Psicólogo em Hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.
- CHESSICK, D. R. **Why Psychotherapists Fail**. Mew Yor: Science House, 1971. IN: ANGERAMI-CAMON V. A. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learnig, 2003.
- HORTA, V. M. **A Criança e o Perigo de Morte**. / The child and the death risk. *J. pediatr. (Rio de Janeiro)*;52(5):357-60, 1982.
- MONDARDO, A. H. **O Papel do Psicólogo no Atendimento a Crianças Hospitalizadas**. *Psico (Porto Alegre)*;28(2):35-46jul./dez.1997.
- PEY, M. O.; BACCA, A. M.; Sá, R. S. **Apontamentos Para a Pesquisa de Instituições**. Rio de Janeiro: Achiamé, 2004.
- RIBEIRO, N. R. R. (2004) **Famílias Vivenciando o Risco de Vida do Filho**. [On-Line] Disponível em: <<http://www.nfr.ufsc.br/revista/teses/volume34.htm>>. Acesso em: 2 fev. 2005.
- SANTOS, M. E; et al.. **O Impacto Emocional da Hospitalização da Criança**. / Emotional impact in child hospitalization. *J. pediatr. (Rio de Janeiro)*;56(5):341-5, 1984.