

Sobre a morte e o morrer: concepções de profissionais de saúde envolvidos em uma investigação sobre óbito infantil em Porto Alegre

*On death and dying: conceptions of healthcare professionals
involved in the investigation of child death*

RESUMO

O objetivo deste artigo é analisar as concepções sobre a morte e o morrer entre profissionais de saúde envolvidos na investigação do óbito infantil. A partir de um estudo qualitativo, enfocamos agentes que integram o Comitê de Prevenção de Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI) e os que atuam na Atenção Primária em Saúde do município de Porto Alegre/RS. A coleta de dados ocorreu por pesquisa documental, observação sistemática das reuniões do CMI e entrevista individual, com base em roteiro semiestruturado. A técnica de Análise de Conteúdo Temática foi aplicada aos dados qualitativos. Dentre as diversas percepções acerca da morte e do morrer, destacamos: a morte como passagem, evento que ocorre no futuro; a morte como perda, produtora de sofrimento; a morte como finitude e a revolta em face da morte inesperada. As concepções dos participantes dessa pesquisa influenciam sua vida profissional. Os autores concluem ser necessária, para profissionais de saúde, a implementação de educação para a morte, a partir de seus questionamentos. É preciso entender a morte para lutar pela vida.

Palavras-chave: Óbito infantil – Educação para a morte – Mortalidade – Profissionais de saúde – Porto Alegre.

ABSTRACT

The article analyzes the conceptions about death and dying among health professionals involved in the investigation of child death. From a qualitative study, it focuses on agents who are part of the Committee for the Prevention of Late Fetal and Infant Mortality (CMI) and those who work in primary health care in the city of Porto Alegre/RS. Data collection was conducted through documentary research, systematic observation of CMI meetings and semi-structured interviews. The method of Thematic Content Analysis was applied to qualitative data. Among the different perceptions about death and dying, the article highlights: death as a passage, an event that occurs in the future; death as loss, producing suffering; death as finitude; revolt in face of unexpected death. The world view of the participants in the research influence their professional life. The authors conclude that it is necessary for health professionals to implement education for death, based on their daily questions. It is necessary to understand death to fight for life.

Keywords: Infant death – Education for death – Mortality – Health professionals – Porto Alegre.

* Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é fisioterapeuta, no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. CV: <http://lattes.cnpq.br/1618699946447187>

** Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEDU/UFRGS). Atualmente, é Professora Associada I da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atuando junto ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. Também é Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFRGS) e do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEDU/UFRGS). CV: <http://lattes.cnpq.br/6227320473881539>

*** Doutor em Ciências Médicas, especialização em Pediatria pela UFRGS. Atualmente é Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS, Professor-Orientador do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFRGS, Médico Assistente da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Coordenador da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes. CV: <http://lattes.cnpq.br/0186503713483096>



Morrer é a realidade mais evidente da existência humana. Contudo, em geral, tememos a morte e não a desejamos. O modo como o tema da morte é compreendido é variado e tem sido alvo de reflexão por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento. Em cada tempo e cultura existe um significado atribuído à morte, pois, por meio das ações e das relações sociais que o indivíduo estabelece com o meio, ele internaliza os conteúdos e significados externos pertencentes à cultura a partir de sua subjetividade, transformando-se num instrumento subjetivo da relação do indivíduo consigo mesmo (Combinato e Queiroz, 2006).

No século passado, a morte de crianças era frequente no Brasil. Nas décadas de 1930 a 1970, registrou-se uma taxa de mais de 100 crianças mortas no primeiro ano de vida para cada mil nascidas vivas. Com o progresso da medicina e o desenvolvimento da puericultura, as doenças passaram a ser mais controláveis e controladas e, conseqüentemente, houve uma queda na mortalidade infantil (IBGE, 1999).

Há quem pense que os profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos e outros), que lidam com o prenúncio de morte no seu dia a dia de trabalho, estão acostumados com ela. Entretanto, isso nem sempre ocorre, pois, lidar com a morte é uma tarefa que gera sofrimento e questionamentos sobre a sua atuação profissional (Cunha, 2012). “Para que o trabalho do terapeuta possa se realizar é preciso que a morte encontre o seu lugar” (Herzlich, 1993, p. 7). Para muitos profissionais de saúde a morte é considerada natural, mas está associada a sentimento de impotência, culpa, fracasso, pois foram formados para combatê-la. No entanto, precisamos compreender a morte como um evento integrante da vida e não como um evento a ser combatido a qualquer custo (Silva et al., 2009).

Apesar de a morte ser o destino de todas as pessoas, há variações no período de duração da vida e na maneira de morrer. Se é difícil aceitar a morte como uma etapa natural da nossa vida, aceitar a morte de uma criança pode ser mais difícil, sobretudo a partir do século XIX. Ariès (1981) menciona as mudanças de concepção sobre as crianças de “pequenos adultos”, cujas mortes ocorriam em profusão, a uma concepção de um ser fragilizado, que merece cuidados e proteção.

A infância é uma fase da vida que exige cuidados peculiares, pois a criança é um ser frágil e dependente dos adultos. As diferentes formas de acesso às instalações sanitárias, à alimentação e aos serviços de saúde interferem na probabilidade de vir a morrer antes do primeiro ano de vida. Nas últimas décadas a redução do óbito infantil tem sido uma das principais metas das políticas públicas em diversos países (Frias e Navarro, 2013).

Para reduzir as taxas de mortalidade infantil no Brasil, a vigilância do óbito infantil tornou-se uma importante estratégia realizada pela equipe de atenção básica. Esta efetua um levantamento dos possíveis problemas que envolveram a morte de uma criança na sua área de responsabilidade, juntamente com uma equipe multiprofissional que compõe os comitês de prevenção do óbito infantil, que analisam se a morte foi por uma causa evitável e avaliam as medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. Se considerarmos que as concepções sobre a morte influenciam a vida das pessoas e sua atividade profissional, é preciso refletir a



respeito dos aspectos psicossociais envolvidos na morte.

Os profissionais de saúde que participam de ações de investigação do óbito infantil (profissionais da assistência hospitalar com a participação de profissionais da atenção básica e da equipe de saúde da família) enfrentam a morte da criança propriamente dita e precisam oferecer ajuda aos familiares daqueles que morreram. Se a postura atual de profissionais que lidam com a morte é de negação da própria finitude, nos perguntamos quais sensações podem ser desencadeadas quando se deparam com a morte de uma criança em sua atuação profissional? Esta questão nos conduziu à busca de entendimento acerca dos modos como aqueles profissionais que lidam com a morte apenas por contato com registros de informações de óbitos ocorridos e os profissionais que visitam e entrevistam a família do caso de óbito investigado consideram a morte e o morrer.

Nossa proposta na pesquisa que realizamos foi indagar os profissionais de saúde que atuam na investigação do óbito infantil sobre a morte e o morrer e gerar conhecimentos que contribuam no aperfeiçoamento dos profissionais para a execução destas investigações. O objetivo deste estudo foi analisar as concepções dos atores envolvidos na investigação do óbito infantil sobre a morte e o morrer.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, que propõe trabalhar com o universo dos significados, atitudes, valores, aspirações e crenças, a fim de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, descrevendo as características da população e do fenômeno envolvido. O estudo foi realizado no município de Porto Alegre/RS, no período de abril de 2015 a abril de 2017. O campo de estudo foi o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI) e a Rede de Atenção Primária em Saúde (APS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre.

Foi utilizada amostra não probabilística por conveniência, determinada por resolução do pesquisador, de acordo com a facilidade de acesso aos participantes da pesquisa. Os participantes do estudo foram os profissionais que compõem o CMI, que estavam frequentando as reuniões, e os trabalhadores da APS que efetivamente realizaram alguma visita domiciliar para investigação de óbito ocorrido em seu Distrito Sanitário (DS). Mais adiante apresentaremos o quantitativo e o perfil dos profissionais que participaram da pesquisa. Para o fechamento amostral foi utilizado o critério de saturação de dados, o que significa que foi suspensa a inclusão de novos participantes quando o teor das respostas obtidas demonstrou uma lógica interna para o objeto de estudo (Minayo, 2017).

A coleta de dados ocorreu por: pesquisa documental junto à Coordenação do CMI e à Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente da SMS; observação sistemática de reuniões mensais do CMI durante um período de dois anos (abril de 2015 a abril de 2017), com registro em diário de campo; e realização de entrevista individual com os profissionais descritos anteriormente que aceitaram participar da pesquisa (de novembro de 2015 a março de 2017).



Os instrumentos de coleta de dados foram: um roteiro semiestruturado de entrevista para os integrantes do CMI e um roteiro semiestruturado de entrevista para os profissionais da APS que realizaram a entrevista domiciliar, com o objetivo de apreender aspectos sociodemográficos dos participantes e suas concepções sobre a morte e o morrer. As variáveis pesquisadas foram: gênero, idade, estado civil, local do nascimento, religião, número de filhos, formação profissional, nível educacional, tempo de formação, local de trabalho e tempo de trabalho nos referidos locais.

As entrevistas foram realizadas pelo investigador, com registro em gravador. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O tempo para realização das entrevistas foi aproximadamente de 20 a 30 minutos. Para garantir o anonimato dos participantes foram utilizadas as siglas CMI para os integrantes do comitê de mortalidade infantil e PAP para os profissionais da APS. Os depoimentos dos participantes estão identificados pelas siglas, seguidos pela numeração em ordem cronológica da realização das entrevistas. Para os integrantes do CMI que também são profissionais da APS, os depoimentos estão identificados com as duas siglas.

Para análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), que se aplica a discursos extremamente diversificados. As entrevistas foram transcritas para posterior análise. Dentre as várias técnicas utilizadas pela análise de conteúdo, foi selecionada a análise de conteúdo temática, que consiste em revelar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Essa técnica é realizada a partir de desmembramento do texto em unidades ou categorias, segundo reagrupamentos análogos, construindo as categorias conforme os temas emergem do texto. Para classificar os elementos em categorias, é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. Os dados dos aspectos sociodemográficos dos participantes serão apresentados pela estatística descritiva.

O projeto de pesquisa obteve anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA) e foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da SMSPA.¹

Resultados e discussão

O sentido adquirido sobre a morte não é natural. Ao analisarmos a dificuldade de profissionais de saúde em lidar com a morte, devemos refletir sobre ela em seu processo de construção e em sua historicidade. Afinal, “a morte não é somente um fato biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais” (Brêtas et al., 2006, p. 478).

Ariès (1981, p. 12) refere que, até o século XVIII, a sociedade via a criança com indiferença, pois o conceito de infância não existia. Quando a criança apresentava algum desenvolvimento físico era logo misturada aos adultos e a sua socialização não era assegurada pelos pais. A passagem da criança pela família e pela sociedade era muito breve, dado que elas “morriam



em grande número” (Ariès, 1981, p. 57), não permitindo tocar a sensibilidade dos familiares. Quando a criança morria, logo seria substituída por outra (Ariès, 1981, p. 58).

A partir do século XVII, a criança deixou de ser misturada aos adultos. A família começou a se organizar ao redor da criança e a perda por morte passou a representar enorme sofrimento. A partir do final do século XVIII, segundo Ariès (1981), começou um longo processo de enclausuramento das crianças (ao qual dá-se o nome de escolarização), que fez com que a família passasse a se organizar em torno da criança. Tal revolução escolar e sentimental teve como consequência a redução da natalidade e da mortalidade infantil, aumentando o compromisso dos pais com seus filhos (Ariès, 1981, p. 11-12).

Historicamente a mortalidade infantil aparece como um importante problema social. O declínio da mortalidade infantil na Europa Ocidental, desde o início do século XIX, e, posteriormente nos países em desenvolvimento, podem ser conferidas à implementação de tratamentos específicos e ações preventivas (IBGE, 1999). A expansão de serviços de saúde, o acesso a novas tecnologias e outros benefícios sociais foram contribuindo para a redução da mortalidade infantil, sendo observada tendência de diminuição do óbito infantil em todo o mundo, desde a década de 1950 e de forma mais volumosa a partir dos anos 1980 (Moreira et al., 2012).

Para medir os avanços e retrocessos atingidos na prevenção do óbito infantil podem-se analisar as trajetórias das taxas da mortalidade infantil de determinado espaço geográfico. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é uma estimativa da probabilidade de uma criança nascida viva morrer antes de completar 1 ano de idade. Ela é determinada pelo número de óbitos de menores de 1 ano de idade para cada 1.000 crianças nascidas vivas.

A TMI, além de estimar o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida, reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e à saúde da população infantil. Em um panorama internacional, existem grandes diferenças nos valores da TMI: países menos desenvolvidos alcançam valores acima de 100 e países desenvolvidos conseguiram reduções significativas (Frias e Navarro, 2013).

A queda expressiva na taxa nacional a partir da década de 1980 pode estar relacionada com o modelo de intervenção na área das políticas públicas e com a ampliação dos programas de saúde materno-infantil. Em 2000, a TMI estimada pelo IBGE foi de 29,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos, com redução para 13,8 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2015 (IBGE, 1999, 2016).

A redução da mortalidade infantil é uma das metas de saúde pública que tem como estratégia de ação analisar os óbitos ocorridos e verificar a sua evitabilidade, a fim de propor medidas corretivas. A vigilância dessas mortes evidencia as taxas de mortalidade no país, contribui para aprimorar o registro dos óbitos, permite a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde, informa sobre o contexto social e econômico da família enlutada e avalia as ações e os serviços de saúde. Essa atividade é de competência das três esferas de governo e obrigatória nos serviços de saúde que integram o SUS (Frias et al.,

2013).

As ações de investigação de óbitos datam do início do século XX com a organização dos Comitês de Morte Materna nos Estados Unidos. Em meados da década de 1990, no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), com ações e metas definidas para cada estado, as quais contemplavam incentivo e apoio à estruturação de comitês e à investigação de óbitos. Surgiram as primeiras iniciativas de implantação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, com a função de realizar a vigilância epidemiológica de óbitos (Brasil, 2009).

Existem Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal nos âmbitos de atuação internacionais, nacionais, regionais, estaduais e municipais. Em todos os âmbitos, as atividades dos comitês destacam-se pela atuação de uma equipe multiprofissional, de caráter interinstitucional, com representantes de instituições públicas e privadas, em nível de atenção primária, secundária e terciária (Ruoff et al., 2017).

Para melhor compreender os problemas ocorridos em cada evento de óbito infantil e possibilitar a prevenção de novos casos, é preciso obter informações detalhadas sobre o evento por meio do levantamento de dados do atendimento à gestante e à criança, de forma a reconstruir a história de vida e de morte da criança (Brasil, 2009).

O propósito não é responsabilizar pessoas ou serviços, mas prevenir mortes por causas similares no futuro. Por isso, a importância das discussões no sentido de promover a correção imediata de problemas que influenciaram o óbito e sensibilizar as pessoas diretamente envolvidas na assistência e no preenchimento dos registros de atendimento e da DO (Brasil, 2009, p. 31).

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal são organismos que congregam representantes de instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, nas três esferas de governo. Eles têm como objetivo avaliar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e demais ações para sua redução (Brasil, 2009). Os agentes envolvidos no processo de investigação do óbito são os profissionais dos estabelecimentos de saúde e os profissionais de saúde que compõem o Comitê de Mortalidade Infantil.

As etapas da investigação do óbito infantil e fetal, conforme o Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, são: identificação do óbito; aplicação dos critérios de inclusão/exclusão; entrevista domiciliar; levantamento de dados dos serviços de saúde por meio dos prontuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos serviços de urgência, de ambulatório de especialidades; prontuários hospitalares; laudos de necropsia/anatomopatológico; resumo, discussão e conclusão sobre o caso; análise de evitabilidade; identificação dos problemas relacionados aos óbitos; identificação das medidas de prevenção/intervenção necessárias (Brasil, 2009).

Ainda segundo o Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, após o término da investigação, está prevista a realização da análise



detalhada dos casos, indicando as conclusões sobre a evitabilidade do óbito. Para tanto, a equipe de vigilância de óbitos deve promover discussões com todos os profissionais envolvidos na assistência da criança, a fim de promover a correção dos problemas que influenciaram o óbito e promover uma reflexão conjunta sobre as ações para a prevenção do óbito (Brasil, 2009).

A seguir retratamos sobre os atores envolvidos na investigação do óbito infantil que participaram da pesquisa. Abordamos, primeiramente, os dados sociodemográficos para traçar o perfil dos participantes da pesquisa e, posteriormente, desenvolvemos os eixos temáticos *percepção e (re)ações* frente à morte e ao morrer, que emergiram da análise dos depoimentos obtidos.

O perfil dos participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 14 integrantes do CMI, 11 profissionais da APS e 4 integrantes do CMI que também são profissionais da APS e já realizaram alguma visita domiciliar para a investigação de óbito infantil com as famílias. Foi considerado como número total do grupo dos integrantes do CMI 18 participantes. Para o grupo dos profissionais da APS, foi considerado para o número total do grupo 15 participantes.

No grupo dos integrantes do CMI, foram entrevistados representantes das Gerências Distritais (GD), representantes de hospital e representantes da SMS. Dois integrantes se identificaram como representantes de mais de uma instituição, sendo, então, também representadas duas faculdades e um conselho/associação profissional. O tempo de participação no CMI dos participantes da pesquisa foi de, no mínimo, 1 ano e, no máximo, 8 anos, com média de 3,83 anos ($DP \pm 2,66$).

Com relação às visitas domiciliares realizadas para a investigação do óbito infantil pelos 15 profissionais da APS, 33,3% ($n=5$) dos entrevistados realizaram uma investigação e 66,7% ($n=10$) realizaram duas ou mais investigações do óbito infantil. Houve uma predominância do gênero feminino, com um percentual de 77,78% ($n=14$), em relação ao masculino, no grupo dos integrantes do CMI. No grupo dos profissionais da APS, todas as entrevistadas foram do sexo feminino. Nas Tabelas 1 e 2, a seguir, apresentamos dados sociodemográficos dos participantes.



Tabela 1. Medidas de tendência central e de dispersão dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa (em anos)

	Mínimo		Máximo		Média		DP	
	CMI	PAP	CMI	PAP	CMI	PAP	CMI	PAP
Idade	27	26	63	60	48,89	46,07	±9,77	±11,29
Tempo de formação	4	5	39	35	25,58	21,00	±9,72	±11,17
Tempo de atuação profissional	3	5	39	35	24,03	19,13	±9,99	±11,33

FONTE: Dados da pesquisa (2017)

Nos dois grupos, sobre a questão religiosa, mais da metade dos participantes que declararam possuir uma religião ou professar uma doutrina específica informaram não serem praticantes de sua religião ou doutrina. Com relação ao número de filhos, 66,7% (n=12) dos integrantes do CMI informaram possuir filhos, sendo o número médio de 1,11 filho. No grupo dos profissionais da APS, 66,7% (n=10) dos entrevistados informaram possuir filhos, sendo o número médio de 1,0 filho.

Tabela 2. Distribuição de frequência dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

	CMI		PAP	
	f	%	f	%
Formação profissional				
Medicina	11	61,1	0	0,0
Enfermagem	5	27,8	12	80,0
Odontologia	1	5,6	1	6,7
Terapia ocupacional	1	5,6	0	0,0
Técnico de enfermagem	0	0,0	2	13,3
Pós-graduação				
Especialização	14	77,8	10	66,7
Mestrado	2	11,1	3	20,0
Doutorado	2	11,1	0	0,0
Nenhuma	0	0,0	2	13,3
Local de trabalho				
Hospital	7	38,9	0	0,0
UBS	6	33,3	11	73,3
ESF	0	0,0	3	20,0
SMS-GD	5	27,8	1	6,7
Estado civil				

Solteiro	5	27,8	5	33,3
Casado	8	44,4	8	53,3
Divorciado	4	22,2	2	13,3
Viúvo	1	5,6	0	0,0
Local de nascimento				
Capital	11	61,1	3	20,0
Interior	6	33,3	11	73,3
Outro estado	1	5,6	1	6,7
Religião				
Católica	4	22,2	6	40,0
Luterana	4	22,2	2	13,3
Espírita	2	11,1	2	13,3
Judaica	1	5,6	0	0,0
Nenhuma	7	38,9	5	33,3

FONTE: Dados da pesquisa (2017)

Conceitos e atitudes em relação à morte e ao morrer

O tema da morte é controverso na história cultural da humanidade. Podemos ter ideias definidas, mas não definitivas. “Os inúmeros conceitos sobre a morte limitam-se a argumentos e hipóteses que não podem ser provados fora do campo biológico” (Chiavenato, 1998, p. 7). São as ideias, os argumentos e as hipóteses revelados pelos participantes da pesquisa, bem como suas reações e seus costumes diante da morte e do morrer, no âmbito pessoal e profissional, que vamos explorar nos dois eixos temáticos a seguir: 1) *percepção sobre a morte e o morrer* e 2) *(re)ações frente à morte e ao morrer*.

Percepção sobre a morte e o morrer

No decorrer da história da humanidade, temos duas constantes, aparentemente opostas e complementares: o nascimento e a morte. Na medida em que a morte pode ocorrer antes do nascimento, nos casos de morte fetal, ela é a única certeza absoluta no campo da vida. Uma coisa é pensar a morte como parte integrante do destino dos seres vivos, outra é pensar sobre o fato de cada morte individual (Rodrigues, 2006). “Para um ser pensante, não é a morte, categoria geral e indefinida, que coloca um problema, mas o fato de que ele, sujeito pensante, morre – o fato de que ‘eu’ morro” (Rodrigues, 2006, p. 17).

O medo do homem em relação ao desconhecido é sabido desde a criação do mundo, sendo que a morte e o morrer, ao longo do tempo, integram esse imaginário. “Aspectos referentes à morte e ao morrer continuam objeto de reflexões e ações, influenciadas por diversos fatores e abraçadas pela subjetividade de todos nós” (Azeredo, 2016, p. 21).

O evento da morte entre os animais não envolve comportamento convencional. Suas

respostas são definidas pelas leis de sua espécie e eles não possuem consciência da morte, pois o animal não é capaz de se reconhecer como indivíduo. A consciência da morte está relacionada à vida em sociedade organizada, é uma marca da humanidade. Deixa de ser uma questão de instinto e passa para a esfera do pensamento humano, produzindo uma variedade de representações em torno de sua morte e da morte dos outros, as quais podem variar: desde modificar a maneira de ver a vida até uma comoção em face da morte (Rodrigues, 2006).

A maioria dos participantes da pesquisa declarou não pensar sobre o que representa a morte e acerca do que significa morrer. Titubeavam ao responder às perguntas, evidenciando apreensão diante delas. Demonstraram não fazer distinção entre o significado de morte e do morrer. Quando falavam sobre a morte, se referiam à morte de outras pessoas e, ao se referirem à palavra morrer, associavam à própria morte.

A morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida e o morrer como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível, avançando na direção da morte (Moritz, 2005). No entanto, a morte não é apenas um evento biológico, mas uma construção social, de modo que seu significado pode ser construído em cada momento histórico (Azeredo, 2016).

Um grupo de entrevistados referiu que a morte representa uma fase ou uma etapa da vida, um ciclo de nossa existência humana que se encerra, ao afirmar que: "A morte é o final de um estágio. A única coisa certa que a gente tem na vida é que a gente vai morrer um dia. Então, eu acho que a vida é um processo dinâmico e a morte faz parte desse processo".² Siqueira (2005), reflete sobre a finitude e a transitoriedade da existência e demonstra como a vida e a morte estão entrelaçadas. "A morte representa, portanto, o fim da vida em duplo sentido: como fim cronológico da existência humana e, ao mesmo tempo, elemento que lhe oferece significado, dotando-a de sentido transcendente" (Siqueira, 2005, p. 38).

A resposta frequente nos depoimentos foi a representação da morte como um momento de "passagem" para outra etapa, para outra fase, para outro nível, afirmando a existência de outro plano após a morte: "Eu acredito muito na morte [como] uma passagem, não um ponto final, não uma coisa assim: morreu e acabou. Acredito muito que a gente tem um outro momento, num outro lugar, num outro espaço".³

Chiavenato (1998) refere que os religiosos desenvolverem uma teologia complexa e desprovida de racionalidade para a crença na vida após a morte. Apresentam a ideia da morte como uma nova vida, o que implica na imortalidade da alma. Em outros termos, significa que, com a morte, a alma se desprende do corpo e tal separação pode resultar na reencarnação ou em uma vida imaterial.

Em diferentes culturas, a morte abre as portas para outra vida, para um além, pois ela "é entendida como um deslocamento do princípio vital" (Rodrigues, 2006, p. 39). As culturas podem escolher uma imagem ou construir uma teoria ou uma crença para a morte como, por exemplo: uma imagem maternal em que a vida do aqui é como a vida de um feto, e a morte é considerada como o (re)nascimento; uma imagem de sono, em que a morte é tida como descanso; uma teoria de metempsicose, com a ideia de uma vida que se estende no tempo, passando através de vários corpos; uma reencarnação com a continuidade consciente da



personalidade através de vários renascimentos; uma ressurreição, restabelecendo a existência humana após a morte; e assim por diante (Rodrigues, 2006).

Ariès (2001) refere que, no século XII, acreditava-se que, com a morte, a alma deixava o corpo, e que havia uma preocupação com a escolha das sepulturas onde o corpo seria “deixado” para o repouso da alma. Essas representações tranquilizadoras são apenas um repertório de categorias gerais que a humanidade produziu ao longo do tempo, sendo sempre a morte, em suma, uma transformação. “Todavia, uma imagem nova da morte está aparecendo entre nós, característica provavelmente exclusiva de nossa civilização: a morte é um desaparecimento” (Rodrigues, 2006, p. 39).

Alguns participantes desta pesquisa, ao referirem que a morte representa uma “passagem” para outro mundo, complementaram a resposta, dizendo que percebem essa “passagem” como uma evolução, um crescimento, um aprendizado, tanto para quem morre como para quem permanece vivo.

Quando uma pessoa morre, desaparecem com ela não apenas os sentidos e a funcionalidade orgânica. Esvaece o que aquela pessoa representou na sociedade, em sua família, trabalho etc. Não se fala apenas de ausência de sentidos, “mas da ausência da pessoa, a qual passa a ser história dado o legado biográfico construído por ela mesma ao longo do seu processo de formação pessoal” (Chaves, 2009, p. 108). A morte é complexa porque não ocorre apenas biologicamente, “mas também morre o ser que habita aquele corpo, há morte profissional, familiar, dentre outras” (Alves e Casagrande, 2016, p. 3).

Alguns depoimentos indicaram a percepção da morte como “passagem”, associada a um momento de “perda”, em que os profissionais demonstram o sofrimento com a morte, expressando sentimento de “dor” e “saúde”⁴; “perder um pedaço de ti mesmo”⁵; “não ter mais materialmente as pessoas que tu amas”⁶. Chiavenato (1998) faz referência ao apego do homem moderno às pessoas, de modo que a morte de uma pessoa é sentida como uma perda pessoal, análoga à perda de um objeto. O outro que morre é subtraído de seu convívio. As pessoas ficam sem a posse do morto e sem os favores, prazeres, entre outras coisas, que eram proporcionados pelo falecido. “A sensação de ter, de ser dono, transforma o outro em coisa. Assim como as coisas se estragam, as pessoas morrem. Essa falsa consciência determina a relação e entendimento da morte e antecipa, durante a vida, a angústia da perda inevitável” (Chiavenato, 1998, p. 106).

Chaves (2009) analisa a ligação da morte com o sofrimento humano, questionando se é necessário relacionar a variável morte com a variável sofrimento e em que medida tal associação ocorre. Defende a tese de que morte e sofrimento humano são distintos e não caminham juntos necessariamente. Considera que a morte, por ser talvez o último dos processos dinâmicos da vida, “como uma necessidade tanto para a vida sensível quanto para

⁴ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a CMI 12, 27 anos, em 08/12/2016, no bairro Sarandi, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

⁵ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a PAP 12, 26 anos, em 24/02/2017, no bairro Hípica, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

⁶ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a CMI 15, 47 anos, em 27/12/2016, no bairro Centro Histórico, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

a vida racional” (Chaves, 2009, p. 109). No entanto, o sofrimento humano é considerado por ele como eventual, podendo ser vivido ou não por uma pessoa. Refere que o sofrimento pode se revelar fisicamente em quem está sofrendo de uma doença e pode se manifestar psicologicamente em quem acompanha o doente físico. Descreve, também, sobre o sofrimento moral, decorrente dos recursos escassos da saúde pública, que raramente contemplam as demandas da população. Afirma que, de fato, uma parte do sofrimento humano, no que tange à vida e à morte, está vinculada a questões públicas de falta de recursos e acesso à saúde, o que, conseqüentemente, não promove uma morte digna, sem sofrimento.

Podemos relacionar a visão de Chaves (2009) com o processo de investigação do óbito infantil. Ao pretender identificar se o óbito infantil investigado poderia ser evitado, a equipe que está envolvida na pesquisa se depara com falhas na política pública de saúde, sofrendo psicologicamente: “É o rompimento de um vínculo que gera um impacto muito grande, tanto na família quanto na sociedade. E, para nós, que zelamos para que se tenha saúde, acho que a morte vem nos [jogar] um balde de água fria”.⁷

Alguns depoimentos indicaram um cunho religioso e filosófico na percepção da morte, sendo a doutrina religiosa ou filosófica usada como argumento para justificar a resposta referente à concepção de morte:

*Representa uma passagem. Como eu sou espírita, é uma passagem para um outro mundo, uma nova experiência espiritual. Eu vejo assim [...] eu acho que continua um aprendizado na vida espiritual porque eu também acredito que tu vais ter que retornar.*⁸

*Para mim, a morte é uma outra etapa. Porque eu não sou ligada à religião, mas eu sou ligada à filosofia. E a minha filosofia é reencarnacionista. Então, a morte, para mim, não é uma perda, é uma passagem para uma outra etapa.*⁹

A percepção sobre a morte e o morrer pode ser diferenciada conforme a religião ou a filosofia escolhida para refletir sobre o fenômeno. Para Chiavenato (1998), não é possível precisar quando surgiu a ideia de vida após a morte. Essa crença se apresenta de diversas maneiras em diferentes culturas. No Egito Antigo, os egípcios acreditavam que os mortos precisavam de alimentos e condições para continuar a viver em seus túmulos. Os religiosos e os crentes veem na morte uma “passagem” para outro estágio, pois ela é uma nova etapa existencial. Somente os ateus avaliam que a morte extingue o ser humano.

Um pequeno número de participantes referiu que a morte representa a finitude e, também, foi associada à “perda” e sofrimento. A ausência de religião foi utilizada para justificar sua percepção de finitude: “Representa o fim da vida. Eu não tenho outra perspectiva diferente. Eu não sou uma pessoa religiosa, eu não acredito em ressurreição. Então, em princípio, é o

⁷ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a PAP 6, 34 anos, em 28/11/2016, no bairro São José, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

⁸ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a PAP 5, 56 anos, em 25/11/2016, no bairro Santa Teresa, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

⁹ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a CMI 4 e PAP 1, 50 anos, em 06/05/2016, no bairro Morro Santana, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

final da vida”.¹⁰

Segundo Moritz (2005), a palavra morte frequentemente está associada a sentimentos de dor, separação e perda. A civilização ocidental foge desse tipo de sentimentos. A autora atribui o tabu da morte ao sofrimento gerado nas pessoas. Ariès (2001) referiu que, a partir da segunda metade do século XX, a morte passou a ser camuflada, escondida, saindo do ambiente familiar e indo para as instituições hospitalares. A modificação no ato de morrer juntamente com a transformação da sociedade, transformando a morte num acontecimento assustador também influenciam no desenvolvimento de uma atitude que foi identificada como tabu da morte.

Para Chiavenato (1998), a morte transformou-se em tabu devido aos condicionantes culturais que construíram a personalidade histórica do homem, citando em especial os condicionantes religiosos:

Ao viver em uma civilização judeu-cristã estamos submetidos a valores religiosos impostos durante séculos. Nossas ideias sobre a morte estão impregnadas desses condicionamentos. Porque não inventamos o conceito de morte para criticá-los. Nós o criticamos porque ele existe, já foi “inventado”: e é um fenômeno cultural criado pelas crenças judeu-cristãs. Se admitimos que a ideia da morte foi forjada originalmente pelos mitos e se reforçou pelos dogmas, estamos criticando um mito e não uma realidade (Chiavenato, 1998, p. 97).

Para Moritz (2005), a morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida e o morrer como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível progredindo para a morte. Segundo Chiavenato (1998), a morte que conhecemos é a morte do outro, a nossa consciência é da morte alheia, nós não temos ensaio pessoal da morte:

O que temos é a experiência da morte e não a experiência pessoal da nossa morte. A consciência ou experiência da morte pessoal inexistente e é diferente da consciência ou experiência do morrer – o morrer pode ser vivenciado, mas não a morte: com a morte e o fim da vivência do morrer, perdemos a consciência do real, portanto da própria morte (Chiavenato, 1998, p. 105).

Segundo José Carlos Rodrigues, a “morte do outro é o anúncio e a prefiguração da morte de ‘si’, ameaça da morte do ‘nós’” (2006, p. 82). Isso foi evidenciado durante a realização das entrevistas. Após responder sobre sua percepção sobre a morte e sobre as questões referentes à investigação do óbito infantil, ao buscar dar significado para ‘o morrer’, percebe-se que os entrevistados não fazem diferenciação entre o significado da morte e significado do morrer. Em alguns depoimentos, ao se referirem ao ‘morrer’ manifestaram suas percepções, dúvidas e anseios em torno da própria morte:

¹⁰ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a CMI13, 41 anos, em 15/12/2016, no bairro Santa Cecília, na cidade de Porto Alegre, Brasil.



O mais difícil de morrer é quando [sabemos] que isso vai acontecer, se é uma morte anunciada por doença ou por velhice. É que tu sabes que vai deixar de ver as pessoas que tu amas, materialmente. Medo eu não tenho.¹¹

Até uma certa idade eu nunca pensei que eu era mortal. Eu procuro não pensar muito, procuro pensar em viver muito intensamente cada dia. Mas é uma coisa que me assusta em relação a como vai ser. Isso é o que me preocupa.¹²

Os depoimentos dos entrevistados que realizam as investigações do óbito infantil não pareciam refletir sobre a morte e o morrer no cotidiano de sua atuação, nos fazendo pensar que o tema do morrer lhes parecia distante. Porém, ao refletir sobre o tema, durante as entrevistas, expressaram sentimentos diferenciados, revelando uma compreensão da fragilidade e da finitude do ser humano. Para Melo, “ao se deparar com a morte o homem pode perceber o quanto é frágil e vulnerável e ao perceber o morrer, novas realidades são criadas a partir da finitude do ser” (2004, p. 3).

Além de descrever como os profissionais envolvidos no processo da investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre concebem a morte, vamos apresentar no próximo item como expressaram suas emoções e quais as suas atitudes, ao conversar sobre o tema e ao se deparar com a morte.

(Re)ações frente à morte e ao morrer

Ariès (2000, 2001) observou as atitudes do homem diante da morte sob o ponto de vista histórico e sociológico, analisando comportamentos e transformações na conduta humana, conforme o período histórico e a cultura pesquisados.

A abordagem histórica de Ariès é fundada na concepção de uma degradação progressiva da relação com a morte estabelecida pelos indivíduos e sociedades. Sua visão é particularmente crítica quanto ao período moderno, que afastou a morte do cotidiano, transformando-a em tabu e privando o homem de sua própria morte (Menezes, 2004, p. 27).

Neste item, agrupamos os depoimentos sobre as reações e atitudes dos entrevistados diante da morte e do morrer. Destacamos que, durante as entrevistas, os participantes também manifestaram suas ações frente à morte, principalmente no que tange à sua atividade profissional e em torno de sua atuação no processo de investigação do óbito infantil. O comportamento do profissional de saúde que enfrenta a morte no ambiente hospitalar foi objeto de falas, como:

¹¹ Idem a nota de rodapé nº 6.

¹² Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a CMI 16 e PAP 11, 54 anos, em 17/01/2017, no bairro Restinga, na cidade de Porto Alegre, Brasil.



quem sabe que um dia vai morrer e que isso é inevitável, [...] vive mais tranquilo. Não tem como lutar contra a morte. Um dia tu vais morrer, tomara que seja com idade bem avançada, morrer de velho. Mas, a morte, ela faz parte da vida e a gente tem que saber lidar com ela, tem que saber encarar.¹³

Eu tenho essa coisa familiar de ver a morte com naturalidade. Para mim a morte é uma coisa natural. Por outro lado, quando a gente trabalha com morte em atendimento, acabas te protegendo. Se não, tu ias trabalhar numa UTI chorando o tempo inteiro e não ia conseguir nem trabalhar.¹⁴

Poucos entrevistados referiram encarar a morte com naturalidade e consideraram que esse comportamento permite viver com mais tranquilidade. Atribuíram essa atitude ao entendimento sobre o tema existente no seu ambiente familiar.

Ariès (2000, 2001), em suas pesquisas sobre as transformações dos costumes coletivos no enfrentamento da morte, desde a Alta Idade Média até o século XX, descreve cada período histórico. Na Alta Idade Média havia uma familiaridade com a morte e o homem não pensava em evitá-la, apenas a aceitava. Entre o século XI e o XIV houve um reconhecimento da finitude humana. A partir do século XIX, a morte tornou-se dramática e intolerável, iniciando um processo de alienação social da morte (Menezes, 2004, p. 28-29). Na sociedade ocidental europeia, a morte era vivenciada de modo mais familiar e onipresente, como um evento visível e frequente, o que não significava ser uma experiência tranquila. "O nascimento e a morte tinham caráter público: constituíam acontecimentos sociais, vividos na e pela comunidade, menos privatizado que no século XX" (Menezes, 2004, p. 29).

Com os avanços técnicos da medicina houve condições de prolongar a vida, acarretando uma redução das taxas de mortalidade, especialmente a infantil. Os cuidados para com o moribundo deixaram de ser responsabilidade absoluta da família, que a partir do século XIX passou a delegar os cuidados para o médico e as instituições hospitalares. A própria medicina, por meio da prevenção e do controle coletivo da saúde e da doença, passou a exercer um papel importante no afastamento da morte das consciências pessoais (Menezes, 2004, p. 30-38).

Poderíamos pensar que nosso alto grau de emancipação, nosso conhecimento da ciência e do homem nos proporcionaram melhores meios de nos prepararmos e às nossas famílias para este acontecimento inevitável. Ao contrário, já vão longe os dias em que era permitido a um homem morrer em paz e dignamente em seu próprio lar (Klüber-Ross, 1985, p. 19).

Essa mentalidade contemporânea nos remete às respostas de entrevistados, que referiram que suas reações de aceitação da morte dependem da situação em que a morte ocorreu. Alguns entrevistados manifestaram aceitação da morte em casos de doença terminal

¹³ Idem a nota de rodapé nº 9.

¹⁴ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a CMI 9, 58 anos, em 18/11/2016, no bairro Praia de Belas, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

e expressaram aborrecimento com o que avaliaram tratar-se de uma morte antecipada. Ao falar sobre o falecimento de pessoas com vínculo afetivo, há manifestação de sofrimento e, também, de aceitação em relação a casos de doença terminal:

As mortes prematuras incomodam muito. Morte depois de um período de doença muito complicado é mais confortável. A morte prematura, a morte violenta, a morte que podia ter sido evitada, essa me inquieta, me incomoda. Mas a morte que vem depois de um período prolongado de doença, de uma idade avançada, é mais tranquila. Já trabalhei em coisas muito pesadas na vida em terapia intensiva. Eu vi a morte muito de perto, por isso eu tenho uma tranquilidade maior em relação à morte.¹⁵

Um grupo de entrevistados, ao descrever suas atitudes e reações perante a morte, relatou suas condutas profissionais, declarando apoiar e confortar os familiares do falecido ou do moribundo:

Quando a gente perde um paciente, a minha reação é de empatia com os familiares, porque essas perdas são difíceis para eles. Tentar fazer com que eles superem este trauma, que não tragam conflitos maiores para a família. Ficar disponível nesse momento que é crítico, muito difícil.¹⁶

Quando [a morte] era de pacientes, eu me compadecia muito com a família que eu ficava próxima. A gente fica triste junto com o familiar, se coloca no lugar do familiar que está ali com aquela dor, com aquele sofrimento. A gente tenta falar algumas palavras.¹⁷

A médica psiquiatra Klüber-Ross (1985) projetou-se pelo mundo como especialista no tema da morte e do morrer. Dedicando-se a analisar os significados da morte para os pacientes, descreveu os estágios emocionais pelos quais passa um indivíduo em contato com a terminalidade¹⁸. Após conversar com grupos de pacientes terminais e ouvir seus mitos e anseios em relação à sua doença e à morte e escrever sobre a assistência a esses pacientes, afirma que “o que mais os confortava era o sentimento de empatia, mais forte do que a tragédia imediata da notícia [...] de que sempre havia um fio de esperança, até mesmo nos casos mais avançados” (Klüber-Ross, 1985, p. 48).

Um grupo de entrevistados expressou sentimentos de tristeza, raiva, medo e saudade. A emoção mais frequente foi a tristeza, a consternação diante da morte, tanto no ambiente familiar como no profissional. Em relação à morte de familiar, a tristeza é acompanhada pela saudade. Na situação de morte no ambiente de trabalho, a tristeza ocorre em solidariedade

¹⁵ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a CMI 8 e PAP 3, 57 anos, em 08/11/2016, no bairro Camaquã, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

¹⁶ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a CMI 7, 57 anos, em 03/08/2016, no bairro Farrapos, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

¹⁷ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a CMI 11, 29 anos, em 07/12/2016, no bairro Santa Teresa, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

¹⁸ Klüber-Ross (1985) descreveu cinco estágios de como a pessoa reage quando toma conhecimento da iminência ou da ocorrência de uma perda significativa. Essas fases não são, necessariamente, vivenciadas da primeira até a quinta, podendo uma se sobrepor à outra, ocasionando reações simultâneas, bem como sendo possível o retorno às primeiras fases.

aos familiares do falecido, mas, ao mesmo tempo, há uma aceitação e concepção de que a morte faz parte da vida. Worden (2012) apresenta uma lista de sentimentos, sensações físicas, cognições e comportamentos frequentemente presentes em pessoas em situação de luto. O autor afirma que a tristeza é o sentimento mais encontrado em pessoas em luto, muitas vezes manifestada no choro.

O sentimento de raiva também foi abordado por Worden (2012) e frequentemente é experimentado após uma perda. É um dos sentimentos que podem acarretar confusão em uma pessoa em luto, constituindo problema no processo de luto. Para Klüber-Ross (1985, p.61), o sentimento da raiva integra uma etapa nos cinco estágios¹⁹ de enfrentamento do luto. Em alguns depoimentos, a raiva é associada à frustração por não ter evitado a morte. Os participantes também referiram raiva em certas situações, como:

Mortes traumáticas de acidentes violentos isso me dá raiva. Uma gestante, por exemplo, uma gestação legal, bem acompanhada e o bebê morre no parto. Se eu souber que foi erro médico ou de enfermagem, aí eu fico enlouquecida. Então, a morte ela tem para mim várias facetas, algumas situações de raiva, de indignação.²⁰

Sinto indignação e às vezes um pouco de raiva. Como que não enxergam tal coisa ou por que deixam acontecer? Por que não se sentem mais responsabilizados pelo que estão fazendo? Eu me sinto responsável por aquela situação que não tem mais solução porque penso que ela deve desencadear ações preventivas.²¹

Apesar da referência a sentimentos socialmente considerados como negativos em associação com a morte e o morrer, alguns entrevistados indicam que ter esperança é fundamental nessa hora, pois ninguém sabe o momento de cada um. Declararam um aprendizado na vida profissional, mencionando a existência de casos em que a morte era incontestável e o indivíduo sobreviveu:

Em primeiro lugar eu nunca tiro a esperança de ninguém. E isso eu aprendi ao longo da minha vida profissional. A gente nunca sabe a hora que a pessoa vai morrer. [...]. Eu sou muito pequena para entender toda essa grandeza que é a vida. A minha reação é sempre de muita esperança [...] porque a gente nunca sabe o momento da morte de cada um.²²

¹⁹ Os cinco estágios descritos por Klüber-Ross (1985) são: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. A fase da negação – a primeira – é o momento em que a pessoa não aceita o fato ocorrido. É uma defesa temporária, geralmente substituída por uma aceitação parcial. Quando não é mais possível manter a etapa da negação, a pessoa passa a aceitar a realidade, mas com sentimento de revolta e ressentimentos, constituindo o estágio da raiva. Na terceira fase, a da barganha, a pessoa percebe que de nada adiantam seus protestos e passa a negociar algum tipo de acordo que adie o desfecho inevitável. Surge um sentimento de grande perda, a etapa da depressão, em que a pessoa se conscientiza de que não há caminho de volta e busca o isolamento para interiorização e preparação para a aceitação. A quinta fase é a aceitação, que ocorre após a superação dos estágios anteriores. Nessa fase, a pessoa não sente mais depressão nem raiva e reconhece e aceita a situação

²⁰ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a PAP 2, 52 anos, em 19/07/2016, no bairro Bom Jesus, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

²¹ Entrevista realizada por Maria da Graça Alexandre a CMI 3, 63 anos, em 29/02/2016, no bairro Independência, na cidade de Porto Alegre, Brasil.

²² Idem a nota de rodapé nº 2.

Na quinta etapa de elaboração do luto descrita por Klüber-Ross (1985, p.146), a fase da aceitação, um aspecto fundamental é a não eliminação da esperança. Nos depoimentos coletados durante as entrevistas diversos sentimentos foram referidos em relação à morte e ao morrer, especialmente a expectativa de encontro de uma forma de seu enfrentamento.

Considerações finais

A investigação do óbito infantil como estratégia para redução da mortalidade infantil está estabelecida e bem delineada no município de Porto Alegre. Além da disposição do poder público em promover as estratégias, seu funcionamento depende dos atores sociais envolvidos no processo da investigação. No entanto, é sentido pelos participantes da pesquisa a necessidade de uma preparação para lidar com a morte e o morrer a fim de contribuírem efetivamente neste processo.

Para incrementar a participação dos integrantes do CMI e dos profissionais da atenção primária no desempenho das suas funções na investigação do óbito infantil faz-se necessário uma reflexão sobre o tema da morte e do morrer para reintroduzir a morte no seu pensamento. O mundo institucional (instâncias de gestão e de assistência à saúde pública) não possibilita os profissionais de saúde a expressar o quanto eles estão preocupados com essas questões. A educação para a morte, uma proposta para promover a reflexão e o debate sobre o tema, deve acontecer a partir do cotidiano das pessoas, necessita ser embasada nos seus questionamentos. As suas concepções sobre a morte e o morrer influenciam na vida profissional, sendo importante refletir e discutir sobre esse tema para um melhor desempenho das suas funções. Essa reflexão sobre a morte e o morrer deve ser ampliada para refletir sobre a finalidade do processo desta investigação: que as mortes de crianças, provocadas ou permitidas, possam ser evitadas. Mesmo sendo a morte um evento natural, não é permitido causá-la no outro. Refletir sobre a morte é refletir sobre a vida e a qualidade dela.

Analisando os sentidos conferidos e as representações existentes em relação à morte em nossa sociedade é preciso refletir sobre a maneira como os profissionais se sentem e conseguem oferecer ajuda aos familiares enlutados. Participar da investigação do óbito infantil, com a finalidade de analisar a situação de sua ocorrência e propor ações que promovam a redução destes óbitos, também é uma forma de trabalhar na promoção da vida, mas os sentidos atribuídos ao tema podem ser diferenciados em cada situação.

Dentre as percepções acerca da morte e do morrer que surgiram nesta pesquisa destacamos: a morte como passagem, um evento que ocorre no futuro; a morte como perda, gerando dor e sofrimento pela separação; a morte como finitude, com manifestação de tristeza e revolta com a morte inesperada. A ausência de reflexão sobre o tema entre os profissionais de saúde aqui estudados foi evidenciada. Tais percepções estão relacionadas com o comportamento, as atitudes e as reações das pessoas frente à morte e remetem aos cinco estágios categorizados por Klüber-Ross (1985).



Em relação às limitações dessa pesquisa, podemos indicar o fato de ter sido realizada em apenas um Comitê de Mortalidade Infantil de uma capital brasileira. Deste modo, não foi possível produzir generalizações significativas a partir dos resultados encontrados. A carência de pesquisas sobre o tema da investigação do óbito infantil, com abordagem qualitativa, também representa uma limitação. Por outro lado, os resultados aqui apresentados poderão representar uma oportunidade para identificar lacunas investigativas e, conseqüentemente, propiciar novas pesquisas.

Considerando a relevância social e técnico-científica dos comitês de prevenção da mortalidade infantil, propomos esta reflexão aos leitores e, em especial, aos atores sociais envolvidos na investigação do óbito infantil, para que novas pesquisas que abordem essa temática sejam realizadas.

Com certeza, aprender a viver é aprender a amar e, portanto, aprender a perder. Evidentemente, tudo isso é indissociável. Mas justifica-se dizer que não podemos 'aprender' a morrer, uma vez que não temos qualquer meio de 'exercitar-nos'. Aprender a amar é aceitar nossos limites, assumir nossa impotência e somente estar presente na aceitação do desenrolar das coisas, do que é. A vida é essa aprendizagem: a aceitação do real (Hennezel e Leloup, 1999, p. 69).

Reiteramos, assim, a relevância de abordar o tema, para encarar a própria morte ou a de outros.

Referências Bibliográficas

ALVES, Natália Lima; CASAGRANDE, Maria Lourdes. Aspectos éticos, legais e suas interfaces sobre o morrer. *Revista Científica do ITPAC*. Araguaína, v. 9, n. 1, pub. 2, fev. 2016. Disponível em: https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/77/Artigo_2.pdf. Acesso em: 26 out. 2017.

AQUINO, Thiago Antônio Avellar de et al. Visões da morte, ansiedade e sentido da vida: um estudo correlacional. *Revista Psicologia Argumento*. Curitiba, v.28, n.63, p.289-302, out./dez. 2010.

ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1981. 279 p.

ARIÈS, Philippe. *O homem perante a morte I*. Portugal: Biblioteca Universitária, Publicações Europa-América Ltda., 2000. 340 p.

ARIÈS, Philippe. *História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001. 304 p.

AZEREDO, Nara Selaimen Gaertner. *O cuidado com o luto para além das portas das unidades de terapia intensiva: uma aposta e uma proposta*. 2016. Tese (Doutorado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. 195 p.



BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

BRÊTAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo de; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 477-483, 2006.

CHAVES, Noêmia de Souza. Bioética: morte e sofrimento humano. *Cadernos de Ética Filosofia Política*. São Paulo, n. 15, p. 105-121, fev. 2009. Disponível em www.journals.usp.br/cefp/article/download/82610/85571. Acesso em: 25 fev. 2018.

CHIAVENATO, José Júlio. *A morte: uma abordagem sociocultural*. São Paulo: Moderna, 1998. 126 p.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. *Revista Estudos de Psicologia*. Campinas, v.11, n.2, p.209-216, 2006.

CUNHA, Cecília Rezende da Silva. *Perdendo todos os dias: sobre a possibilidade de elaboração do luto em uma equipe de saúde*. 2012. 34f. Monografia (Especialização em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto). Quatro Estações Instituto de Psicologia. São Paulo, SP, 2012.

FRIAS, Paulo Germano de et al. Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. In: BITTENCOURT, Sônia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos; WAKIMOTO, Mayumi (orgs.). *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro. EAD/ENSP, 2013. p. 201-246.

FRIAS, Paulo Germano de; NAVARRO, Leila Monteiro. Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. In: BITTENCOURT, Sônia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos; WAKIMOTO, Mayumi (orgs.). *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro. EAD/ENSP, 2013. p. 91-121.

HENNEZEL, Marie de; LELOUP, Jean-Yves. *A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 143 p.

HERZLICH, Claudine. *Os encargos da morte*. Tradução Jane Dutra Sayd. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 1993. 40p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). Departamento da População e Indicadores Sociais. *Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. 45 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica número 36. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 138 p.

KLÜBER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1985. 296 p.

MELO, Celene Vasconcelos. *O significado da morte nas diferentes etapas da vida humana*.



2004. Monografia (Especialização em Psicologia) – Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2004. 60 p.

MENEZES, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004. 225 p.

MINAYO, Maria Cecília. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/315756131_AMOSTRAGEM_E_SATURACAO_EM_PESQUISA_QUALITATIVA_CONSENSOS_E_CONTROVERSIAS_SAMPLING_AND_SATURATION_IN_QUALITATIVE_RESEARCH_CONSENSUSES_AND_CONTROVERSIES. Acesso em: 25 fev. 2018.

MOREIRA, Laura Monteiro de Castro *et al.* Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, v.22, s.7 p.48-55, 2012. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/644/v22s7a07.pdf>. Acesso em: 30 abr 2020.

MORITZ, Rachel Duarte. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Revista Bioética*. Brasília, v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005. Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/107/112. Acesso em: 18 jun. 2014.

RODRIGUES, José Carlos. *Tabu da Morte*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 258 p.

RUOFF, Andriela Backes; ANDRADE, Selma Regina de; SCHMITT, Márcia Danieli. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 38, n. 1, s/p., mar. 2017.

SILVA, Karen Schein da *et al.* Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.62, n.3, p.451-460, maio/jun, 2009.

SIQUEIRA, José Eduardo de. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. *Revista Bioética*. Brasília, v. 13, n. 2, p. 37-50, 2005. Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/106/111. Acesso em: 14 dez. 2017.

WORDEN, J. William. *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. 4th ed. New York: Springer Publishing, 2012. 337 p.

Recebido em: 29 de fevereiro de 2020

Aprovado em: 29 de maio de 2020

