

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE

**O IMAGINÁRIO NÃO RELATADO: A MORTE E O
MORRER NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL
EM PORTO ALEGRE/RS**

TESE DE DOUTORADO

MARIA DA GRAÇA ALEXANDRE

Porto Alegre, Brasil
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE

**O IMAGINÁRIO NÃO RELATADO: A MORTE E O
MORRER NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL
EM PORTO ALEGRE/RS**

MARIA DA GRAÇA ALEXANDRE

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Antonacci Carvalho

Co-orientadora: Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre
2018

Alexandre, Maria da Graça

O imaginário não relatado: a morte e o morrer na investigação do óbito infantil em Porto Alegre/RS / Maria da Graça Alexandre. -- 2018.

199 f.

Orientador: Paulo Roberto Antonacci Carvalho.

Coorientadora: Cristianne Maria Famer Rocha.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. morte e morrer. 2. mortalidade infantil. 3. profissionais de saúde. 4. investigação do óbito infantil. I. Carvalho, Paulo Roberto Antonacci, orient. II. Rocha, Cristianne Maria Famer, coorient. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE

ESTA TESE FOI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM:

23 DE MARÇO DE 2018

E, FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Profª Drª Maria da Graça Corso da Motta

(Departamento de Enfermagem Materno Infantil/PPGENF
Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. Clécio Homrich da Silva

(Departamento de Pediatria e Puericultura/PPGSCA
Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. Carlos Oscar Kieling

(Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me acompanha e me protege, agradeço por mais esta etapa vencida.

Ao meu esposo, Uelinton, pelo incentivo para o ingresso nesta jornada, e pelo apoio recebido me ajudando a prosseguir com este ideal. A minha sobrinha, Susana, pelas suas contribuições na confecção final deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Paulo Roberto Antonacci Carvalho, orientador deste trabalho, pelos ensinamentos, pela dedicação recebida e pela seriedade com que desenvolve os trabalhos.

A Prof. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha, coorientadora, pelo seu apoio essencial para a concretização deste trabalho.

A todos os professores, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos colegas do GAO (Grupo Aberto de Orientação), com os quais vivenciei bons momentos de debates e de crescimento.

A Coordenação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil, pela permissão para desenvolver a pesquisa e acolhimento nas reuniões, proporcionando desenvolver este trabalho.

RESUMO

Introdução: A mortalidade infantil é um problema de saúde pública que necessita estudos que analisem a complexa conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais. Para enfrentar esse desafio, todos os óbitos infantis que ocorrem nos municípios brasileiros são investigados a fim de qualificar as informações sobre esses eventos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar as visões dos profissionais envolvidos na investigação do óbito infantil sobre a morte e o morrer, no município de Porto Alegre/RS. **Métodos:** Consiste em um estudo quali-quantitativo a fim de proporcionar uma visão geral acerca da mortalidade infantil no município de Porto Alegre/RS, descrevendo as características da população e do fenômeno envolvido e trabalhando com o universo dos significados, das atitudes, dos valores, das aspirações e das crenças dos profissionais que compõem o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e dos que atuam na Atenção Primária em Saúde. Os dados foram colhidos por meio da pesquisa documental junto à Coordenação do CMI e à Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente da SMS; da observação sistemática das reuniões mensais do CMI com registro em diário de campo; da consulta na base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e da ferramenta *VITAIS – Análises em Saúde* da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da SMS; e da realização de entrevista individual com os profissionais participantes do estudo, utilizando um roteiro de entrevista semiestruturada e o questionário *Escala de Ansiedade Perante a Morte de Templer*. Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado. E para os dados quantitativos foi utilizada estatística descritiva. Participaram da pesquisa 18 integrantes do CMI, 15 profissionais da atenção primária em saúde. **Resultados:** Os integrantes do CMI apresentaram média de idade de $48,89 \pm 9,767$ anos; 44,4% são casados; 38,9% se declararam sem religião; a média do tempo de formado foi de $25,58 \pm 9,72$ anos e do tempo de atuação profissional foi de $24,03 \pm 9,99$ anos; 61,1% são médicos e 27,8% são enfermeiros. No grupo dos profissionais da atenção primária em saúde a média de idade foi de $46,07 \pm 11,298$ anos; 53,3% são casados; em relação a religião 40% dos entrevistados se declararam católicos; a média do tempo de formado foi de $21,00 \pm 11,17$ anos e do tempo de atuação profissional foi de $19,13 \pm 11,33$ anos; 80% são enfermeiros. Foi descrito o processo da vigilância do óbito infantil na cidade de Porto Alegre após a criação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI), analisando os indicadores da mortalidade infantil na perspectiva da evitabilidade do óbito. Os dados da mortalidade infantil em Porto Alegre, no período de 2006 a 2016, demonstram que a mortalidade pós-neonatal apresentou maior tendência de queda do que a mortalidade neonatal, mas ambas estão atreladas às causas preveníveis, sendo potencialmente evitáveis com os recursos disponíveis atualmente. A proporção de óbitos neonatais em relação ao total de óbitos ocorridos entre os menores de 1 ano foi de 68,11%, sendo a maioria no período neonatal precoce. A principal causa de óbito foram as afecções originadas no período perinatal. Em relação ao CMI, foi possível verificar como organizam a base de coleta, a produção e a análise dos dados para abastecer os sistemas de informações, bem como as suas ações na vigilância e análise da evitabilidade dos óbitos infantis. Algumas atribuições estão sendo aprimoradas na elaboração de estratégias de prevenção da ocorrência de novos óbitos evitáveis. Os eixos temáticos estabelecidos a partir dos depoimentos colhidos foram: **participação** (intencionalidade e efetividade dos agentes envolvidos), **capacitação/formação** para a investigação do óbito, **percepção** e **(re)ações** frente à morte e ao morrer. Ao analisar a participação dos profissionais, na perspectiva da intencionalidade de suas ações e da sua efetiva contribuição neste processo da investigação, a pesquisa evidenciou diferentes envolvimento entre os

participantes da pesquisa, os quais demonstraram interesse em desempenhar suas funções. No grupo de integrantes do CMI, a efetividade da participação da sociedade civil organizada por vezes é elementar. No grupo dos profissionais da atenção primária, a efetividade da sua ação, está prejudicada pela falta de compreensão do papel que desempenham e pela desarticulação com todo o processo da investigação. A necessidade de realizar algum tipo de capacitação dos profissionais para realizar a investigação do óbito infantil está presente na coordenação e nas reuniões do CMI. Todos os integrantes do CMI informaram não ter recebido capacitação para participar do comitê e somente três profissionais da atenção primária em saúde responderam positivamente. Os entrevistados referiram que, a fim de aprimorar seus conhecimentos para o desempenho de suas funções, realizaram uma ação autodidata através da leitura da legislação e dos manuais elaborados pelo Ministério da Saúde; buscaram capacitação por outras instâncias ou receberam o auxílio de outros colegas. A pontuação encontrada na tabulação dos escores das respostas da *Escala de Ansiedade Perante a Morte de Templer* demonstrou que mais de 70% dos entrevistados apresentaram ansiedade moderada perante a morte. A média de pontuação dos homens e das mulheres apresentou diferença mínima. O mesmo ocorreu entre os participantes que possuem e os que não possuem crença religiosa. Os indivíduos casados apresentaram elevada ansiedade perante a morte. Acerca das percepções sobre a morte e o morrer, destacamos: a morte como passagem; a morte como perda, gerando dor e sofrimento pela separação; a morte como finitude, com manifestação de tristeza; e a revolta com a morte inesperada. Em relação às reações e às atitudes dos participantes da pesquisa diante da morte e do morrer houve manifestações relacionadas, principalmente, com a sua atividade profissional e, também, em relação a sua atuação no processo da investigação do óbito infantil. Poucos entrevistados referiram encarar a morte com naturalidade. A maioria refere que as suas reações de aceitação da morte dependem da situação na qual a morte ocorreu, aceitando melhor a morte nos casos de doença terminal e rejeitando a morte antecipada. Expressaram reações por meio de sentimentos como a raiva, a tristeza, o medo, a saudade. A tristeza foi o sentimento mais frequente. Ficou evidenciada uma expectativa de encontrar uma forma de enfrentar a morte. **Conclusão:** Pode-se inferir que a análise da evitabilidade dos óbitos neonatais pode contribuir na avaliação da qualidade da assistência à saúde materno-infantil. A falta de reflexão sobre o tema foi evidenciada, e as percepções dos participantes da pesquisa sobre a morte e o morrer influenciam na vida profissional. Para incrementar a participação dos integrantes do CMI e dos profissionais da atenção primária em saúde no desempenho de suas funções na investigação do óbito infantil faz-se necessário capacitar esses profissionais para a execução de suas atividades específicas no processo da investigação e refletir sobre o tema da morte e do morrer para reintroduzir a morte no seu pensamento. Esta reflexão sobre a morte e o morrer deve ser ampliada para refletir sobre a finalidade do processo da investigação e promover um melhor desempenho das atividades profissionais no futuro. Refletir sobre a morte é refletir sobre a vida e a qualidade dela.

Palavras-chave: tanatologia; morte; profissionais de saúde; mortalidade infantil.

ABSTRACT

Introduction: Infant mortality is a problem of public health that demands researches analysing the complex group of biological, social, economical, and care factors. To face this challenge, every child death that takes place in Brazilian municipalities is investigated in order to qualify the information on such events. **Objective:** This study analyses the views that professionals involved in the investigation of child death have on death and dying, in the city of Porto Alegre/RS, Brazil. **Methods:** This is a qualitative and quantitative study intended to promote a panoramic view on infant mortality in the city of Porto Alegre/RS, Brazil, describing the characteristics of the population and of the phenomenon involved and working within the universe of meanings, attitudes, values, aspirations and beliefs of the professionals who belong to the Infant Mortality Prevention Committee and those who work in Primary HealthCare. Data was collected through: document search together with the CMI Coordination and the Technical Area of Children and Adolescent Health of the City Department of Health; systematic observation of CMI's monthly meetings recorded in field journals; the database of the Information System on Mortality (SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade), the Information System on Live Births (Sinasc - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), *VITAIS – Análises em Saúde* (Health Analysis) of the General Department of Health Surveillance of the City Department of Health; and individual interview with the professionals who accepted to participate in the survey, using a semi-structured interview script and the questionnaire from *Templer Death Anxiety Scale*. Qualitative data was analysed according to the Thematic Content Analysis technique, which consists of finding the nodes of meaning that compose a communication whose presence or frequency means something for the analytical goal intended. Descriptive statistics were used for quantitative data. The survey had 18 participants from CMI and 15 professionals from primary healthcare. **Results:** CMI interviewees presented an average age of 48.89 ± 9.767 years; 44.4% are married; 38.9% declared they did not belong to any religion; the average of time since graduation was 25.58 ± 9.72 years and time of professional activity was 24.03 ± 9.99 years; 61.1% are physicians and 27.8% are nurses. In the group of primary healthcare professionals the average age was 46.07 ± 11.298 years; 53.3% are married; 40% declared they did not belong to any religion; the average of time since graduation was 21.00 ± 11.17 years and time of professional activity was 19.13 ± 11.33 years; 80% are nurses. This study described the process of infant mortality surveillance in the city of Porto Alegre, Southern Brazil, after the creation of the Committee for the Prevention of Late Fetal and Infant Mortality (CMI), analysing the indicators of infant mortality within the perspective of avoidable mortality. Infant mortality data in Porto Alegre from 2006 to 2016 show that post-neonatal infant mortality has presented a higher trend of decrease than early neonatal mortality, but both are linked to preventable causes, being potentially avoidable with the resources currently available. The rate of neonate mortality related to the total of deaths among infants under 1 year old was 68.11%, and most of them during early neonatal period. The main causes of death were affections originated in the perinatal period. Regarding the CMI, it could be verified how they organize the base for collecting data, data production and analysis to feed the information systems, as well as their actions in surveillance and in the analysis of child death avoidability. Some attributions are being improved with the development of strategies for the prevention of new cases of avoidable deaths. The main thematic points established from the testimonies collected were: **participation** (intentionality and effectiveness of the players involved), **training** for death investigation, **perception** and **(re)actions** in face of death and dying. By analysing the participation of the professionals, in the perspective of the intentionality of their actions and their effective contribution for this investigation process, the survey evidenced different degrees of involvement in the

interviewees, who showed interest in fulfilling their roles. In the group from CMI, the effectiveness of the participation of organized civil society is somewhat elementary. In the group of primary healthcare professionals, the effectiveness of their actions is compromised by the lack of comprehension of the role they perform and by the disconnection with all the investigation process. CMI's coordination is aware of the relevance of offering training to the professionals for the investigation of child death, and that subject has been present during CMI meetings. All CMI professionals informed they did not receive any training prior to their participation in the committee, and only three primary healthcare professionals answered that they had been trained. The interviewees said that, in order to improve their knowledge for developing their work, they prepared themselves through the reading of legal documents and the manuals developed by the Ministry of Health, they looked themselves for training elsewhere or they received help from other colleagues. The scores taken from the answers to *Templer Death Anxiety Scale* showed that more than 70% of the interviewees presented moderate death anxiety. The comparison between men and women's average score presented very small differences. The same happened with the participants who have and those who do not have religious beliefs. Married individuals presented high death anxiety. Regarding the perceptions on death and dying, the following can be highlighted: death as a passage; death as loss, generating pain and suffering due to separation; death as finitude, with manifestations of grief; and shock or revolt at unexpected death. Regarding the reactions and attitudes of the interviewees related to death and dying, they also expressed themselves concerning their actions in face of death, specifically in their professional activity and in their actions during the process of investigation of child death. Few interviewees declared that they face death in a natural way. Most of them declares that their reaction of death acceptance depend on the situation of death, accepting death more easily in the cases of terminal diseases and rejecting early deaths. They expressed their reactions through feelings such as sadness, anger, fear, longing. Sadness was the most frequent feeling. It was evident that they were expecting to find a way of facing death. **Conclusions:** It can be inferred that the analysis of avoidable neonate mortality can contribute in the assessment of mother and child healthcare quality. The lack of reflections on the subject was very evident, and the perceptions of the participants of the research on death and dying influence their professional life. To increase the participation of CMI workers and primary healthcare workers in their responsibilities in the investigation of child death it is necessary to offer them training for the specific activities within the process of investigation and discuss the subject of death and dying to reintroduce death in their thinking. These reflections on death and dying should be expanded to discuss the goal of the process of the investigation and promote a better performance in future professional activities. Thinking about death is pondering on life and its quality.

Keywords: thanatology; death; health personnel; infant mortality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa dos distritos sanitários em Porto Alegre/RS.....	32
Figura 2 – Mapa com a distribuição das gerências distritais de saúde de Porto Alegre/RS.....	33
Figura 3 – Faixa etária e escolaridade maternas dos óbitos neonatais ocorridos em Porto Alegre no período de 2006 a 2016.....	44
Figura 4 – Tipo de gravidez e tempo de duração da gestação dos óbitos neonatais ocorridos em Porto Alegre no período de 2006 a 2016.....	45
Figura 5 – Local de ocorrência e tipo de parto dos óbitos neonatais ocorridos em Porto Alegre no período de 2006 a 2016.....	46
Figura 6 – Fluxo da investigação do óbito infantil em Porto Alegre.....	55
Figura 7 – Dados sobre a formação profissional dos entrevistados	78
Figura 8 – Dados sobre o local de trabalho dos entrevistados.	79
Figura 9 – Dados sobre a religião dos entrevistados.....	79
Figura 10 – Ansiedade perante a morte em relação à idade.	83
Figura 11 – Ansiedade perante a morte em relação ao nível de instrução.....	87
Figura 12 – Diferenças entre indivíduos com e sem filhos em relação à ansiedade perante a morte.....	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações populacionais dos distritos sanitários de Porto Alegre/RS.....	34
Quadro 2 – Nascimento e óbito infantil em Porto Alegre de 2006 a 2016.....	42
Quadro 3 – Óbito neonatal precoce e tardio em Porto Alegre de 2006 a 2016.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de mortalidade infantil, segundo as grandes regiões do Brasil – 2000/2010	48
Tabela 2 – Tempo de participação dos integrantes no CMI (em anos)	76
Tabela 3 – Dados de estado civil e local do nascimento dos entrevistados.....	77
Tabela 4 – Medidas de tendência central e de dispersão sobre a idade, tempo de formação e de atuação profissional dos participantes da pesquisas (em anos).....	78
Tabela 5 – Distribuição da pontuação da <i>Escala de Ansiedade Perante a Morte de Templer</i>	82
Tabela 6 – Medidas de tendência central e medidas de dispersão da <i>Escala de Ansiedade da Morte de Templer</i> dos grupos avaliados.....	82
Tabela 7 – Ansiedade perante a morte em relação ao gênero, ao estado civil e à crença religiosa.....	85

LISTA DE SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CMI	Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais em Saúde
COREN/RS	Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
CREMERS	Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DESA	Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas
DO	Declaração de Óbito
DP	Desvio Padrão
DS	Distritos Sanitários
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
EAD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EVEV	Equipe de Vigilância de Eventos Vitais e de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAP	Profissional da Atenção Primária
PNAD	Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios

PRMI	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SES/RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPRS	Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SOGIRGS	Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul
SSCA	Seção de Saúde da Criança e do Adolescente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	O INEVITÁVEL IMPENSADO: O ÓBITO INFANTIL NO MUNICÍPIO	21
2.1	REFLEXÕES SOBRE A MORTE E O MORRER.....	21
2.2	O ÓBITO INFANTIL.....	25
3	PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1	O LOCAL E O CAMPO DA PESQUISA.....	31
3.2	SELEÇÃO DA AMOSTRA E COLETA DE DADOS.....	34
3.3	METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	37
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	39
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
4.1	INDICADORES DA MORTALIDADE INFANTIL EM PORTO ALEGRE.....	41
4.2	A EVITABILIDADE DO ÓBITO INFANTIL	48
4.2.1	O Comitê de Mortalidade Infantil na investigação do óbito em um município.....	49
4.2.2	Da estrutura organizacional e dos processos da investigação do óbito infantil em Porto Alegre.....	56
4.2.2.1	Participação.....	57
4.2.2.2	Capacitação/formação.....	67
4.3	OS ATORES ENVOLVIDOS NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL.....	76
4.3.1	O perfil dos participantes da pesquisa.....	76
4.3.2	A ansiedade perante a morte na investigação do óbito infantil por meio da Escala de Templer.....	80
4.4	CONCEITOS E ATITUDES EM RELAÇÃO À MORTE E AO MORRER.....	89
4.4.1	Percepção sobre a morte e o morrer	89
4.4.2	(Re)ações frente à morte e ao morrer.....	96
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
	REFERÊNCIAS	105
	ARTIGO 1 - VIGILÂNCIA E EVITABILIDADE DO ÓBITO NUMA CAPITAL DO EXTREMO SUL DO BRASIL.....	113
	ARTICLE 1 – CHILD DEATH SURVEILLANCE AND AVOIDABILITY IN A CAPITAL IN THE SOUTH OF BRAZIL.....	131

ARTIGO 2 – SOBRE A MORTE E O MORRER: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL.....	148
ARTICLE 2 – ON DEATH AND DYING: CONCEPTIONS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS INVOLVED IN THE INVESTIGATION OF CHILD DEATH.....	165
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS INTEGRANTES DO CMI.....	181
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	183
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	185
ANEXO 1 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL: ENTREVISTA DOMICILIAR.....	186
ANEXO 2 – ESCALA DE ANSIEDADE PERANTE A MORTE.....	192
ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFRGS.....	193
ANEXO 4 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SMSPA.....	196

1 INTRODUÇÃO

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 bem controladas e, conseqüentemente, observou-se a queda na mortalidade infantil.

Esse avanço da ciência, ao invés de proporcionar meios de nos preparar para enfrentar a morte, parece desencadear um sentimento de temor e de negação desse acontecimento inevitável.

Antigamente, morria-se em casa, acompanhado dos familiares, inclusive das crianças, aparentando que a morte e o morrer eram vistos com mais naturalidade. No percurso da nossa história, percebemos mudanças nesse comportamento. As crianças passaram a ser afastadas destes rituais de despedida, e delas a morte de um familiar é, com muita frequência, omitida, embora a ausência de quem morreu seja percebida. Outra mudança é que hoje se morre com mais frequência no hospital, sozinho, sem despedidas dos familiares (MORITIZ, 2005; CEZARIO, 2012).

Se os adultos abordassem a terminalidade da vida com as crianças, haveria uma preparação gradual, e as crianças cresceriam encarando a morte e o morrer como parte da vida. Mas, em nossa realidade, é diferente. Pouco se fala sobre a morte na sociedade e também entre os profissionais de saúde e seus pacientes. Transformando-se em tabu, a morte assume significados particulares e, quanto menos se pensa ou se fala, menos se sabe sobre como aceitar e conviver com a morte e o morrer (MORITIZ, 2005; CEZARIO, 2012; SILVA *et al.*, 2009).

Historicamente, talvez o medo da morte tenha surgido da incerteza nos diagnósticos de morte e da desconfiança de ser enterrado vivo. Nos dias atuais, porém, os medos da morte são atribuídos à dor da perda, à dúvida de como será o período derradeiro e ao desconhecimento sobre o pós-morte (CEZARIO, 2012).

Segundo Combinato e Queiroz (2006), 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. “Dessa maneira, o conteúdo que tinha um significado externo passa por uma

mediação psíquica e adquire um sentido pessoal, singular, único para cada pessoa” (COMBINATO e QUEIROZ, 2006, p.214).

Há quem pense que os profissionais de saúde que lidam com o prenúncio de morte no seu dia a dia estão acostumados com ela. Entretanto, isso nem sempre é verdade, pois lidar com a morte é uma tarefa que gera sofrimento e questionamentos sobre sua atuação profissional (CUNHA, 2012).

Trabalhar em unidades de terapia intensiva, por exemplo, é um trabalho estressante e árduo. A alta tecnologia disponível nessas unidades, com o objetivo de curar e salvar vidas, desenvolve nesses profissionais um sentimento de que o importante é superar a morte a qualquer custo. E, quando a doença não pode ser curada, além de gerar uma frustração com o fracasso da abordagem terapêutica, esses profissionais também têm que lidar com o sofrimento de outrem sem nada poderem fazer para evitá-lo (VARGAS, 2009).

Nas discussões sobre a assistência e a promoção da saúde, a morte é um tema presente, mas, ao mesmo tempo, evitado. Para muitos profissionais de saúde, a morte é vista como um 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).

A morte de crianças é um fato que consterna a todos, principalmente aos familiares, pois para os pais a morte de um filho parece destoar da ordem natural da evolução humana.

A valorização da puericultura e a atenção à saúde da criança em geral são condições para poder garantir futuras gerações de adultos. Considerando que mais de 50% das mortes de crianças com menos de 1 ano acontecem no período neonatal, o Ministério da Saúde vem tentando garantir boas práticas de atenção às crianças, qualificando a rede de atenção materno-infantil em todo o país. Assim, inúmeras ações foram criadas modificando o cuidado às gestantes e aos recém-nascidos com o objetivo de diminuir as taxas de morbimortalidade materna e infantil no país (BRASIL, 2005a).

Apesar do declínio da mortalidade infantil no Brasil, ela ainda permanece como uma grande preocupação.

A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio no País para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo. Apesar da queda importante na última década, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida), os índices são ainda elevados, há uma estagnação da mortalidade neonatal no país (0 a 27 dias de vida) – principal componente da mortalidade infantil desde a década de 90 – e uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais. Esta situação é agravada quando se reconhece que em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados. (BRASIL, 2005a, p.7)

Para atingir a meta de redução das taxas de mortalidade no país, a vigilância da mortalidade infantil e fetal tornou-se uma importante estratégia. É de responsabilidade do gestor municipal a vigilância do óbito infantil, a qual deve ser realizada pela equipe de atenção básica a fim de levantar os possíveis problemas que envolveram a morte de uma criança na sua área de responsabilidade, possibilitando analisar se a morte foi por uma causa evitável e avaliar as medidas necessárias para prevenção de óbitos evitáveis (BRASIL, 2005a).

A mortalidade fetal e neonatal precoce constitui um importante indicador para a análise da assistência obstétrica e neonatal, propiciando identificar ações para a prevenção das mortes evitáveis (BRASIL, 2012a).

Em meados da década de 1990, surgiram as primeiras iniciativas de implantação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, com a função de realizar a vigilância epidemiológica dos óbitos infantis e fetais. Esses comitês são organismos que reúnem representantes das três esferas governamentais e da sociedade civil organizada. Eles têm como objetivo analisar os óbitos infantis e fetais ocorridos e recomendar adequações na assistência à saúde e outras ações necessárias para a redução desses óbitos (BRASIL, 2009).

A prática da investigação dos óbitos ocorridos na área de abrangência deve ser realizada mesmo onde não está estruturado o Comitê de Investigação de Óbito Infantil, para fomentar a compreensão da responsabilidade dos serviços de saúde sobre a ocorrência de óbitos preveníveis (BRASIL, 2005a).

A investigação do óbito infantil e fetal é um instrumento da vigilância epidemiológica que permite avaliar a qualidade da assistência prestada, bem como dar subsídio para as ações de intervenção e a formulação de políticas públicas. Porém, a qualidade insuficiente das informações das declarações de óbitos e dos questionários de investigação do óbito dificulta a análise dos fatores que influenciaram a mortalidade e as ações de intervenção (BRASIL, 2012a).

Morrer com dignidade, recebendo os cuidados adequados, é tão importante quanto receber os cuidados necessários para a promoção da saúde e manutenção da vida. Portanto, é importante tornar o tema da morte e do morrer um objeto de reflexão e de pesquisa porque trata do fato mais relevante do ser humano, sendo um aspecto de grande valor também na formação dos profissionais de saúde.

Considerando o sentido conferido e as representações sociais existentes em relação à morte e ao morrer em nossa sociedade e considerando minha atuação profissional em uma

unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, passei a refletir sobre como os profissionais se sentem enfrentando, constantemente, situações de morte iminente e a morte propriamente dita e como conseguem oferecer ajuda aos familiares daqueles que morrem.

Nesse contexto, surge também a reflexão sobre as visões dos profissionais de saúde sobre a morte e o morrer após o óbito de um paciente. Pensar sobre a morte pode trazer à tona lembranças de perdas anteriores, do luto, da sensação de finitude. Se a postura atual dos indivíduos é de negação da própria finitude, que sensações podem ser desencadeadas quando tomamos consciência da morte? Sentimentos como medo e ansiedade podem estar relacionados com as concepções individuais sobre a morte? Lidar cotidianamente com a morte pode levar o profissional ao desinteresse pelo assunto? O conhecimento mais aprofundado do assunto favorece o desempenho de quem trabalha com a morte?

Provavelmente, esses questionamentos já fomentaram estudos relacionados aos profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência ao paciente, mas nossa proposta será indagar os profissionais de saúde que atuam na investigação do óbito infantil sobre o morrer e a morte.

Este estudo tem como tema a mortalidade infantil no município de Porto Alegre/RS e, nesta conjuntura da investigação do óbito infantil, analisa as percepções, dos profissionais que operam a investigação de óbitos, sobre a morte e o morrer.

Estudar o processo de investigação do óbito infantil, os profissionais envolvidos e suas percepções sobre a morte e o morrer contribui para aprimorar esta estratégia de ação na busca de medidas para prevenção de óbitos evitáveis e para melhorar a qualificação dos profissionais que realizam essa investigação. Também destaca-se sua relevância para a comunidade científica na produção de conhecimento na área das ciências da saúde, em especial da saúde materno-infantil, e no campo da saúde pública.

Participar da investigação do óbito infantil com a finalidade de analisar a situação de sua ocorrência e propor ações que promovam a redução desses óbitos também é uma forma de trabalhar na promoção da vida. No entanto, os sentidos atribuídos ao tema podem ser diferenciados em cada situação. Assim, demanda compreender como os profissionais que lidam com a morte apenas por meio dos registros de informações dos óbitos ocorridos e os profissionais que visitam e entrevistam a família do caso de óbito investigado entendem a morte e o morrer.

Com base nesses aspectos e na delimitação do objeto foram traçados os objetivos. O **objetivo geral** deste estudo é analisar a compreensão dos profissionais envolvidos na investigação do óbito infantil sobre a morte e o morrer, no município de Porto Alegre/RS. Os

objetivos específicos são: a) analisar os indicadores da mortalidade infantil no município de Porto Alegre; b) identificar o nível de ansiedade, perante a morte, dos atores envolvidos durante a investigação do óbito infantil, por meio do questionário *Escala de Ansiedade Perante a Morte de Templer* (TEMPLER, 1970); c) descrever a percepção dos atores envolvidos na investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre (integrantes do Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI) e profissionais que realizam a visita domiciliar) sobre o morrer e a morte; d) gerar conhecimentos que contribuam para o aperfeiçoamento da investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre.

Recorrendo a alguns autores que trabalham com o tema da pesquisa, Minayo (2008, p.16) diz que entende por metodologia “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Esta pesquisa trabalha com pessoas, ou seja, com atores sociais, sendo necessária uma boa interação com o objeto de estudo e com os participantes da pesquisa para criar um conhecimento partindo da realidade. Por isso, o procedimento metodológico foi de fundamental importância para atingir um bom desempenho na pesquisa.

Na busca por compreender o contexto da investigação do óbito infantil, conhecendo a legislação vigente e a organização desse processo no município, foram encontrados dados considerados relevantes e dignos de serem publicados neste estudo. Assim, esta tese inicia com uma reflexão sobre a morte e o morrer e sobre o óbito infantil. Nessa reflexão, está contido o referencial teórico do estudo. Em seguida, são apresentados os aspectos metodológicos da pesquisa, os quais possibilitaram fazer uma leitura crítica da realidade encontrada, relacionando-a com a teoria. A análise e discussão dos resultados foi subdividida em três itens: primeiramente, são apresentados os indicadores da mortalidade infantil no município de Porto Alegre; após, aborda-se a investigação do óbito infantil propriamente dita, mesclando os dados primários da pesquisa de campo com os dados da pesquisa documental no que tange à organização, à estrutura e ao funcionamento da investigação do óbito infantil no município; por fim, tem-se a análise dos dados primários da pesquisa relacionados aos atores envolvidos na investigação do óbito infantil, descrevendo o perfil dos participantes da pesquisa, a análise da escala de ansiedade perante a morte e a análise dos eixos temáticos que emergiram dos depoimentos coletados.

2 O INEVITÁVEL IMPENSADO: O ÓBITO INFANTIL NO MUNICÍPIO

Houve um tempo em que nosso poder ante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar.

(ALVES, 2002, p.76)

2.1 REFLEXÕES SOBRE A MORTE E O MORRER

A morte é uma realidade natural. As pessoas também fazem parte da natureza e, por isso, assim como acontece com todos os outros seres vivos, os pertencentes à espécie humana também morrem. Se não houvesse morte, não haveria renovação nem evolução, e nós próprios não existiríamos. Mas, em geral, tememos a morte e não a desejamos. O modo como o tema da morte é encarado é muito variado e tem sido alvo de reflexão em muitas áreas como, por exemplo, a filosofia (GONÇALVES, 2007).

O termo *morte* é utilizado com vários sentidos, podendo significar o fim de alguma coisa. No seu sentido real, é utilizado, algumas vezes, com o significado de morrer e, em outras, no sentido de estar morto. Porém, para Gonçalves (2007), no sentido apropriado, a morte está entre o morrer e o estar morto, em que morrer é o processo que conduz a estar morto, e estar morto é um estado que ocorre após a morte.

A palavra *morte* vem do latim *mors* e refere-se à cessação definitiva da vida, ou seja, ao processo irreversível de cessação das atividades biológicas necessárias para a manutenção da vida. O conceito de morte define o que a morte é, mas, para determinar se um indivíduo está morto, conforme esse conceito, é necessário estabelecer os critérios de morte, isto é, as condições que irão definir se um indivíduo está morto. Esses critérios de morte são indicadores biológicos. No entanto:

Determinar se alguém está morto parece ser fácil e é-o geralmente. Porém, os conceitos de morte podem incluir, além dos aspectos biológicos, elementos de ordem filosófica, moral e religiosa, havendo discordâncias inconciliáveis entre alguns desses conceitos. (GONÇALVES, 2007, p. 245)

Ao longo do tempo, houve uma evolução dos conceitos da morte e dos critérios para determiná-la. Primeiramente, a morte era determinada pela observação da respiração do indivíduo – se ele respirava ou não determinava se estava vivo ou morto. Depois, passou-se a associar a observação da existência ou não de batimentos cardíacos. Com o surgimento da reanimação cardíaca e respiratória, em que a respiração e os batimentos cardíacos podem ser

restabelecidos após cessarem, a morte passou a ser determinada pela perda das funções cerebrais totais e do tronco cerebral (GONÇALVES, 2007).

[...] para o ser humano, o ato de morrer, além de um fenômeno biológico natural, contém intrinsecamente uma dimensão simbólica, relacionada tanto à psicologia como às ciências sociais. Enquanto tal, a morte apresenta-se como um fenômeno impregnado de valores e significados dependentes do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta. (COMBINATO; QUEIROZ, 2006, p.209)

Morrer é a realidade mais evidente da existência humana. Porém, assuntos como a morte, o cuidado do processo de morrer e o luto são pouco estudados na sociedade.

Na cultura ocidental, as visões sobre a morte apresentaram mudanças no transcorrer da história. Durante a Idade Média, a morte era um tema familiar, em que a pessoa, quando tomava consciência da sua morte, organizava previamente as precauções necessárias para o seu sepultamento (AQUINO *et al.*, 2010). “O moribundo, sentindo o seu fim próximo, tomava as suas disposições. Num mundo tão impregnado de maravilhoso como o da Távola Redonda, a própria morte era, pelo contrário uma coisa muito simples” (ARIÈS, 2000, p. 23).

Até o século XVIII, a morte não representava temor. Entretanto, no fim desse século, a morte passa a ser considerada uma ruptura com o cotidiano das famílias, tornando-se algo temido. Nos séculos XX e XXI, a morte ganha outra conotação e passa a ser considerada como fracasso (AQUINO *et al.*, 2010).

A área de investigação científica que estuda a morte e o morrer da espécie humana é denominada tanatologia. Com os trabalhos de Kübler-Ross e Saunders, a partir da década de 1960, houve grandes mudanças nessa área, trazendo o tema da morte para a discussão pública e desafiando o tema da morte como tabu (KOVÁCS, 2008).

A literatura tem-se dedicado a analisar os significados da morte para os pacientes. Por exemplo, o estudo clássico de Elisabeth Kübler-Ross, *Sobre a morte e o morrer*, descreveu os estágios emocionais pelos quais passa um indivíduo em contato com a terminalidade. Klüber-Ross, além de projetar-se pelo mundo como especialista no tema da morte e do morrer, também discutiu o modelo biomédico e hospitalar de assistência à saúde. Em sua obra, também mencionou a necessidade de preparo dos profissionais para lidar com as circunstâncias da morte e do morrer (AFONSO; MINAYO, 2013). Essa autora foi, portanto, um importante agente no crescimento do debate sobre a consciência da morte.

Os cinco estágios de como a pessoa reage quando toma conhecimento da iminência ou da ocorrência de uma perda significativa descritos por Klüber-Ross (1985) são: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. 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.

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 sentimentos 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 (KLÜBER-ROSS, 1985).

Ariès (2000; 2001), historiador contemporâneo, também se dedicou a investigar sobre as transformações nas atitudes coletivas frente à morte no Ocidente. Ele descreveu suas transformações nos diversos períodos históricos e procurou uma explicação para o comportamento do homem diante da morte na sociedade cristã ocidental, sob o ponto de vista histórico e sociológico, encontrando uma grande diversidade de atitudes.

Chiavenato (1998) analisou como a humanidade tem vivido e pensado a morte. Faz um histórico, do homem primitivo ao moderno, demonstrando que a preocupação com o morrer tem sido uma angústia da humanidade em todas as épocas.

Rodrigues (2006), em sua tese de doutorado em antropologia social, explorou uma antropologia da morte e, desse contrassenso, criou um meio para aprofundar a compreensão da própria vida.

Alguns estudos foram realizados a fim de tentar entender como a morte é concebida atualmente como, por exemplo, o estudo de Piccelli e Vianna (1998) sobre o perfil do estudante, do médico e do professor de medicina, em um hospital universitário, diante da morte e de pacientes terminais. Participaram desse estudo 81 estudantes do 1.º ao 4.º semestre (fase pré-clínica), 139 estudantes do 5.º ao 12.º semestre (fase clínica), 52 médicos (residentes e assistentes) e 54 professores. Os resultados demonstraram que o interesse pelo tema da morte foi de 93% do total da amostra e, desse total, 55% relataram algum grau de dificuldade para tratar do assunto; 52,3% da amostra referiu sentir medo da morte.

Outro estudo foi o realizado por Oliveira, Brêtas e Yamaguti (2007), com 40 estudantes de enfermagem, sobre as representações sociais acerca da morte e do morrer. Os resultados desse estudo foram organizados e dispostos em uma *árvore máxima*, tendo como

núcleo central da representação o evento morte e outras representações periféricas importantes sobre a postura dos estudantes perante a morte. Nesse estudo, foi demonstrado que um dos ramos importantes da representação da morte é o medo de sua ocorrência.

Nascimento e Roazzi (2007) estudaram a representação social da morte em equipes multiprofissionais de saúde na interface com a religiosidade, no que essa interfere nas significações atribuídas à morte por essa população em específico. Os resultados revelaram diversas caracterizações da morte para profissionais pesquisados, como: fim, passagem, mistério, perda, sono, corte, retorno, experiência macabra, experiência natural, experiência abstrata, experiência triste e encontro com a verdade. Além disso, revelaram uma interferência expressiva das crenças religiosas na estruturação da representação da morte. Os autores salientaram a importância das representações de morte na prevenção de agravos somatopsicológicos desses profissionais.

Azeredo (2007) analisou a preparação acadêmica de graduandos de medicina para o enfrentamento com a morte e buscou compreender o que significava para os acadêmicos participantes da pesquisa o enfrentamento com a morte em sua prática de educação em serviço no cenário hospitalar. Relatou que, em seu estudo, pôde perceber o medo, o sentimento de impotência e até a banalização da morte, demonstrando a necessidade de aprimorar a formação sobre o tema, inclusive no interior dos campos de prática educativa.

A pesquisa de Junqueira e Kovács (2008), realizada com 23 alunos do curso de psicologia de uma universidade pública, verificou como o tema da morte e do morrer está sendo tratado no curso de psicologia e como os alunos veem essa temática. Constataram que a temática da morte e do morrer é abordada superficialmente e que os alunos não se sentem preparados para lidar com a morte e demonstram insatisfação pela falta de informação proporcionada.

Borges e Mendes (2012) objetivaram, em sua pesquisa, apreender as representações sociais da morte e do processo de morrer para os profissionais de saúde. Os resultados ressaltam a necessidade de investir na capacitação dos alunos não somente no desenvolvimento de habilidades técnicas, mas também no desenvolvimento de habilidades interpessoais, elementos fundamentais para o cuidado humano, sobretudo diante da morte.

O sentido adquirido sobre a morte não é algo natural e, ao analisarmos a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a morte, devemos analisá-la no seu processo de construção, na sua historicidade e na sua essência. 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, OLIVEIRA e YAMAGUTI, 2006, p.478).

Se considerarmos que as concepções sobre a morte influenciam a vida das pessoas e a sua atividade profissional, precisamos fazer uma reflexão a respeito dos aspectos psicossociais envolvidos na morte e sensibilizar para a importância de refletir sobre esse tema.

A morte é uma questão implícita na prática e na formação dos profissionais da saúde. Há, todavia, uma tendência dos profissionais de saúde de restringir sua discussão aos aspectos meramente técnicos, seja na assistência à saúde, seja nas ações de saúde pública. (REGO; PALÁCIOS, 2006, p.1759)

Mesmo sendo a morte o destino de todas as pessoas, há variação no período de duração da vida e na maneira de morrer. Se já é difícil aceitar a morte como uma etapa natural da nossa vida, aceitar a morte de uma criança pode ser mais difícil ainda, pois podemos interpretá-la como uma interrupção do ciclo biológico normal. Assim, os profissionais que trabalham, de alguma forma, com o óbito infantil necessitam conhecer suas percepções sobre a morte para fortalecer sua atuação profissional.

2.2 O ÓBITO INFANTIL

A infância é uma fase da vida que exige cuidados especiais, pois a criança é um ser frágil e “dependente das decisões de adultos que podem pôr em risco sua vida, dignidade e potencial de desenvolvimento” (FRIAS e NAVARRO, 2013, p. 91).

Ao nascer e ao longo dos primeiros meses de vida, as crianças apresentam imaturidade imunológica que, associada às desigualdades de direitos, traduzidas por diferentes formas de acesso aos serviços de saúde, às instalações sanitárias, à alimentação e pelo nível socioeconômico materno, tem como consequência diferenças na probabilidade de vir a morrer antes do primeiro ano de vida. (FRIAS e NAVARRO, 2013, p. 92)

A mortalidade infantil refere-se ao óbito de crianças menores de 1 ano de idade. Possui dois componentes principais: a mortalidade neonatal, que se refere ao período de tempo do nascimento até o 27.º dia de vida; e a mortalidade pós-neonatal, que se refere ao período de tempo do 28.º ao 364.º dia de vida. O componente neonatal pode ainda se decompor em: neonatal precoce, período do nascimento até o 6.º dia de vida; e o neonatal tardio, período entre o 7.º e o 27.º dia de vida (BRASIL, 2009; FRIAS e NAVARRO, 2013).

É importante conhecer os fatores condicionantes envolvidos nos acontecimentos que induzem ao óbito infantil, isto é, conhecer os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) (BARROS *et al.*, 2015; BERNARDINO *et al.*, 2015).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores

de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78)

Para a análise dos determinantes do óbito infantil, Frias e Navarro (2013) apresentaram um modelo teórico adaptado e proposto por Mosley e Chen¹ que pode ser útil para a compreensão do fenômeno da mortalidade infantil e para auxiliar na investigação de óbitos pelos serviços de saúde e na atuação dos comitês de mortalidade infantil.

Esse modelo teórico privilegia o papel social e econômico e a ação de intervenções médicas para explicar a rede de determinação da mortalidade infantil. O modelo demonstra um conjunto de fatores socioeconômicos e demográficos (escolaridade da mãe, renda familiar, ocupação da mãe, tipo de moradia, abastecimento de água, coleta de lixo, esgotamento sanitário) agindo indiretamente sobre os fatores relacionados à atenção à saúde (acesso e qualidade da atenção pré-natal, história reprodutiva da mulher, tipo de parto, assistência ao parto, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação, assistência à criança doente), e esses influenciando os fatores biológicos (peso ao nascer, estado nutricional infantil, idade materna, malformação congênita, gestações múltiplas, idade gestacional, morbidade materna) que agem direto no óbito infantil (FRIAS e NAVARRO, 2013).

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 mil crianças nascidas vivas. Para o cálculo da TMI e seus componentes – neonatal e pós-neonatal –, é necessário o número exato de óbitos em cada faixa etária e o número de nascidos vivos de um município, estado e país no período de um ano (BRASIL, 2008; FRIAS e NAVARRO, 2013).

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. A TMI também expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade. Costuma-se classificar o valor da TMI como: alto quando apresenta 50 ou mais óbitos por mil nascidos vivos; médio quando o número varia entre 20 e 49 óbitos por mil nascidos vivos;

¹ MOSLEY, W. H.; CHEN, L. C. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. **Population and Development Review**, New York, v. 10, p. 25-45, 1984. Supplement.

baixo quando o número de óbitos é menor de 20 por mil nascidos vivos. Esses parâmetros necessitam de revisão periódica em função de mudanças no perfil epidemiológico. Valores abaixo de 10 óbitos por mil nascidos vivos são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas de mortalidade reduzidas podem estar encobrendo más condições de vida em segmentos sociais específicos (BRASIL, 2008).

A TMI é usada para: a) analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; b) contribuir com a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais; c) subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção ao pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil (BRASIL, 2008).

Altas taxas de mortalidade infantil refletem, em geral, ausência de saneamento básico e de segurança alimentar e nutricional; baixo grau de instrução materna; deficiência de acesso e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos. A taxa é sensível em identificar injustiças sociais e por isso fornece importantes subsídios para a implementação de políticas públicas equânimes e adequadas às distintas realidades. (FRIAS e NAVARRO, 2013, p. 92)

No Brasil, para o cálculo direto da TMI, o número de óbitos infantis é obtido por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Para os estados em que o SIM e o Sinasc apresentam registros inferiores aos números reais de óbitos e de nascidos vivos ocorridos, a TMI é estimada utilizando os dados informados ao SIM e ao Sinasc corrigidos por fatores de correção. Para municípios com baixo contingente populacional (inferior a 80.000 habitantes) é recomendado o acompanhamento da mortalidade infantil usando o número absoluto de óbitos infantis (BRASIL, 2008; FRIAS e NAVARRO, 2013).

A redução do óbito infantil tem sido uma das principais metas das políticas públicas em diversos países. 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).

No mundo, o *Relatório de níveis e tendências sobre mortalidade infantil 2015*, publicado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Grupo do Banco Mundial e pela Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (DESA), apontou que as mortes de crianças menores de 5 anos caiu de 12,7 milhões por ano para 5,9 milhões no período entre 1990 e 2015. Mesmo com essa queda, novas estimativas indicam que no

mundo, diariamente, morrem 16 mil crianças com menos de 5 anos de idade. O relatório também observou que o maior desafio permanece em torno do período do nascimento, referindo que 45% dos óbitos de crianças menores de 5 anos ocorrem no período neonatal e que a maioria dessas mortes são facilmente evitáveis por meio de intervenções já reconhecidas e disponíveis (UNICEF, 2015).

O mesmo relatório aponta que o Brasil é um dos 62 países que atingiu a meta de redução da mortalidade infantil, estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU) por meio dos Objetivos do Milênio, com uma redução de 73% no período de 1990 a 2015 (PORTAL BRASIL, 2017). A trajetória da taxa de mortalidade infantil, no Brasil, resultou de um processo dinâmico, no qual fatores interdependentes tiveram uma contribuição diferenciada, de acordo com o local e o tempo histórico (FRIAS e NAVARRO, 2013, p. 97).

Uma das metas do terceiro objetivo, o qual faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, consiste em acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e de crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por mil nascidos vivos até 2030 (UNICEF, 2015; BRASIL 2017).

O Relatório do UNICEF (2015) assinalou uma redução da TMI nos últimos 20 anos em praticamente todos os países, destacando o Brasil, que apresentou uma redução maior do que a média global. No entanto, o relatório ainda considera alto esse indicador do Brasil.

Um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1999) reuniu as informações sobre a mortalidade infantil obtidas em todos os censos demográficos realizados a partir de 1940 e nas Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios (PNAD) da década de 1990 e apresentou os resultados para o Brasil e regiões em anos específicos. Esse estudo demonstrou o panorama da mortalidade infantil durante o período de 1930 a 1990, revelando como esse processo aconteceu em cada região e, principalmente, as diferenças entre elas. Analisando as regiões brasileiras, o estudo demonstrou que as diferenças não eram muito marcantes no passado, mas que foram se acentuando ao longo do tempo. As diferenças de acesso aos serviços e de ações de saúde e políticas implementadas que existem entre as regiões do país é um grande desafio a ser superado na busca pela redução da TMI no Brasil (FRIAS e NAVARRO, 2013; UNA-SUS/UFMA, 2016a).

No período de 1930 a 1970, houve uma redução de 29,01% na TMI do país (de 162,4 para 115,0 óbitos por mil nascidos vivos). De 1980 a 2000, a queda foi de 56,5% (de 69,2 para 30,07 óbitos por mil nascidos vivos). Entre os anos de 2000 a 2009, o decréscimo foi de

25,28% (de 30,07 para 22,47 óbitos por mil nascidos vivos) (IBGE, 1999, 2010; 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 mil nascidos vivos, com redução para 13,8 mortes por mil nascidos vivos em 2015 (IBGE, 1999, 2016).

A redução dos óbitos infantis que o Brasil vem apresentando se dá, principalmente, naqueles ocorridos no período pós-neonatal, tornando os óbitos neonatais o principal componente da mortalidade infantil, em especial nas regiões que a TMI se encontra em patamares baixos. Nas regiões do país com a TMI mais elevada, prevalece o componente pós-neonatal dos óbitos, na medida em que uma parte significativa dos óbitos está relacionada com os fatores socioeconômicos e demográficos (ausência de saneamento adequado), com os fatores biológicos (desnutrição) e com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (IBGE, 2010).

A proporção de óbitos ocorridos no período neonatal que, em 1980, representava 40,70%, ampliou-se para 67,30%, em 2008, um aumento de 26,60 pontos percentuais em 28 anos. Já a proporção dos óbitos ocorridos entre o primeiro mês e o primeiro ano de vida em relação ao total de óbitos de menores de 1 ano, declinou de 59,30%, em 1980, para 32,70%, em 2008. (IBGE, 2010, p. 11)

Com esse cenário, estamos nos aproximando do que prevalece nos países em que a mortalidade infantil é significativamente baixa, principalmente se considerarmos o percentual de óbitos neonatais precoces em relação ao percentual de óbitos neonatais tardios. “Em países de alto grau de desenvolvimento econômico e social, estas mortes precoces são aquelas para as quais a Medicina ainda encontra sérias barreiras para evitá-las” (IBGE, 2010, p. 11).

Evidentemente que as taxas e respectivas reduções representam médias estatísticas para o País, as quais devem ser traduzidas e incorporadas também pelos contextos locais, particularmente naqueles onde ainda se encontram grupos populacionais em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica, para os quais o acesso aos serviços básicos de saúde é notoriamente limitado. É justamente nesta dimensão que se situa um dos grandes desafios nacional: reduzir drasticamente as desigualdades socio-regionais, o que transformaria os indicadores sociais que tratam de representar a média nacional em indicadores exemplares para o País como um todo, e cuja variabilidade não mais mostrasse tamanha distância entre o Brasil do Norte e Nordeste e o Brasil do Centro, do Sudeste e do Sul. (IBGE, 2010, p. 8)

Na *Síntese de indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira – 2016*, do IBGE, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, no ano de 2015, apresentaram TMI mais altas, respectivamente de 18,1, de 17,5 e de 14,8 óbitos por mil nascidos vivos. A TMI é quase a metade nas regiões Sul e Sudeste, que

mostraram taxas de 9,7 e 10,7 óbitos por mil nascidos vivos, abaixo da média nacional (IBGE, 2016).

Os estados que apresentaram TMI mais elevada foram o Amapá, com 23,5 óbitos por mil nascidos vivos, o Maranhão, com 22,4, e Alagoas, com 20,9. Em compensação, as menores taxas foram registradas no Espírito Santo, com 9,2, em Santa Catarina, com 9,5, e no Rio Grande do Sul, com 9,9 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2016).

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) divulgou, em solenidade no Palácio Piratini, em 06 de abril de 2016, os índices de mortalidade infantil no estado, que, em 2015, apresentou a menor taxa da história: 10,1 óbitos por mil nascidos vivos. Na década de 1970, a TMI era de 50,0 óbitos por mil nascidos vivos. Nas décadas de 1980 e 1990, o coeficiente foi reduzido para 16,0 óbitos por mil nascidos vivos. Na última década, também apresentou uma redução significativa, pois registrava 15,1 óbitos por mil nascidos vivos no ano 2000, reduzindo para 11,2 no ano de 2010.

Também no nosso estado, a diminuição da mortalidade infantil ocorrida nas últimas décadas não se manifesta de forma uniforme no território, pois, em 2015, cerca de 35% do total de municípios apresentou TMI superior à média do estado, conforme relatado no Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul (2017).

A partir dessas reflexões sobre a morte e o morrer e sobre a mortalidade infantil é que desenvolvemos nosso trabalho.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Algum dia saberemos que a morte não pode roubar nada do que nossa alma tiver conquistado, porque suas conquistas se identificam com a própria vida.
(TAGORE, 2017, s/p.)

Nossa proposta metodológica consiste em um estudo quali-quantitativo, a fim de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, descrevendo as características da população e do fenômeno envolvido.

Conforme Denzin e Lincoln:

Os pesquisadores qualitativos ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação. Esses pesquisadores enfatizam a natureza repleta de valores da investigação. Buscam soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado. Já os estudos quantitativos enfatizam o ato de medir e analisar as relações causais entre variáveis, e não processo. (2006, p.23)

A pesquisa qualitativa permite olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são peculiares a técnicas e paradigmas próprios. A perspectiva qualitativa propõe trabalhar com o universo dos significados, das atitudes, dos valores, das aspirações, das crenças (MINAYO, 2008).

A abordagem quantitativa permite mensurar opiniões, hábitos, atitudes em um universo, utilizando como instrumento para a coleta de dados questionários estruturados, elaborados com questões fechadas, aplicados por meio de entrevistas individuais. Obedece a um plano preestabelecido com a intenção de enumerar ou medir eventos empregando o instrumental estatístico para a análise dos dados.

Também são apreciados os indicadores de saúde do município de Porto Alegre, pois constituem importante ferramenta de avaliação da situação de saúde local. “Os indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde” (BRASIL, 2002, p. 11). Assim, servem para a vigilância das condições de saúde e o monitoramento dos objetivos e metas em saúde.

3.1 O LOCAL E O CAMPO DA PESQUISA

O local do estudo foi o município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. De acordo com o Censo Populacional do IBGE de 2010, a população de Porto Alegre era de 1.409.351 habitantes, representando 13,2% da população do estado e apresentando uma densidade demográfica de 2.837,52 habitantes por km² (PORTO ALEGRE, 2013).

A população está distribuída em uma divisão territorial que compõe 17 Distritos Sanitários (DS) com suas especificidades e vulnerabilidades locais (Figura 1). Cada DS tem definidos seus limites geográficos e sua população. Os distritos sanitários são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo Sul (PORTO ALEGRE, 2017).

Figura 1 – Mapa dos distritos sanitários em Porto Alegre/RS, 2017



As Gerências Distritais (GD) são estruturas administrativas e gestoras regionais em que são operacionalizadas as estratégias para a atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estão distribuídas em oito regiões de saúde que abrangem o território de um ou mais DS (Figura 2). As GD em Porto Alegre são: 1) Centro, 2)

Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, 3) Norte/Eixo Baltazar, 4) Leste/Nordeste, 5) Glória/Cruzeiro/Cristal, 6) Sul/Centro-Sul, 7) Partenon/Lomba do Pinheiro, 8) Restinga/Extremo Sul (PORTO ALEGRE, 2013).

Figura 2 – Mapa com a distribuição das gerências distritais de saúde de Porto Alegre/RS, 2012



FONTE: SMS/ CGVS/ EVEV. Set/2012.

A seguir, apresentamos um quadro com dados populacionais do município conforme distribuição territorial existente.

Quadro 1 – Informações populacionais dos distritos sanitários de Porto Alegre/RS, 2010

Distrito	População	Homem	Mulher	<1A	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-59a	60 e mais	Raça/Cor		Mulheres /idade/fértil
											Branca	Negra	10-49a
Humaitá/ Navegantes	44.779	20.941	23.839	547	2.307	3.041	3.460	3.431	26.101	5.876	35.181	9.095	14.419
Noroeste	130.769	59.049	71.719	1.112	4.228	5.617	6.749	7.734	79.530	25.798	120.649	9.620	39.371
Leste	112.448	52.550	59.898	1.359	5.250	7.358	9.063	8.785	64.811	15.821	81.946	30.403	35.853
Lomba do Pinheiro	57.849	28.112	29.737	940	3.674	4.998	5.811	5.591	31.908	4.926	38.420	19.969	19.062
Norte	95.603	45.259	50.345	1.262	4.788	6.659	7.749	7.623	55.628	11.887	74.373	20.840	30.630
Nordeste	38.847	18.904	19.943	689	2.755	3.931	4.410	3.922	20.587	2.553	23.807	14.381	13.047
Partenon	115.857	55.370	60.487	1.453	5.463	7.563	9.112	9.074	65.822	15.550	82.541	33.879	36.049
Restinga	60.592	28.835	31.757	963	3.922	5.330	6.263	5.640	32.587	5.886	36.715	23.382	19.767
Glória	56.385	26.691	29.694	783	3.071	4.148	4.903	4.719	32.121	6.639	41.224	11.497	18.423
Cruzeiro	62.665	29.093	33.572	801	3.252	4.470	5.323	5.196	34.374	8.513	43.157	20.661	19.419
Cristal	29.729	13.772	15.957	347	1.474	2.020	2.398	2.258	17.146	4.086	22.237	5.168	9.500
Centro Sul	108.026	50.111	57.914	1.228	4.776	6.555	8.005	7.968	64.149	15.223	84.789	22.985	34.441
Extremo Sul	33.818	16.495	17.323	455	1.801	2.450	3.160	2.932	18.811	4.080	28.073	5.499	10.620
Eixo Baltazar	93.517	43.620	49.897	1.187	4.368	6.050	7.058	7.336	56.018	11.498	69.778	23.964	30.400
Sul	83.632	39.269	44.363	934	3.738	4.903	5.946	5.893	49.864	12.346	72.033	11.964	26.112
Centro	276.508	121.461	155.047	2.019	6.957	8.859	10.524	14.330	173.682	60.128	254.607	9.080	84.576
Ilhas	8.330	4.256	4.074	153	538	805	877	836	4.301	803	6.525	1.742	2.546
Total População	1.409.354	653.788	755.566	16.232	62.362	84.757	100.811	103.268	827.440	211.613	1.116.055	274.129	444.235

FONTE: Censos demográficos – IBGE/2010

O campo de estudo para a pesquisa foi o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI) e as Unidades de Atenção Primária em Saúde do município de Porto Alegre. As unidades foram selecionadas conforme a ocorrência ou não de investigação de óbito infantil em sua área de abrangência.

3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA E COLETA DE DADOS

Foi utilizada amostra não probabilística por conveniência, em que os participantes do estudo foram os profissionais que compõem o CMI que estavam frequentando as reuniões e que aceitaram participar da pesquisa e os profissionais da atenção primária em saúde que efetivamente realizaram alguma visita domiciliar para a investigação de óbito ocorrido no seu distrito sanitário.

Primeiramente, o critério de seleção para as unidades de saúde foi escolher as unidades de duas GD com maior ocorrência de óbito infantil em seus DS de abrangência e duas GD em que não houvesse ocorrência de óbito infantil em seus DS no ano de 2013, abrangendo 50% das GD. Elegemos o ano de 2013 por ser o ano imediatamente anterior ao ano de elaboração do projeto de pesquisa que estava com a estatística da investigação do óbito infantil concluída.

No ano de 2013 houve óbito infantil em todas as GD e alteramos nossa seleção para as GD com menor ocorrência de óbito infantil.

A partir das GD identificadas com o maior e com o menor número de óbitos infantis em seus DS, os profissionais da atenção primária foram selecionados por meio da sua identificação no preenchimento da *Ficha de investigação de óbito infantil: entrevista domiciliar* (ANEXO 1), arquivada com a Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis, da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS). O contato com esses profissionais foi muito difícil porque muitos já não estavam mais trabalhando no mesmo local ou não podiam atender ao telefone durante seu horário de trabalho. Para complementar o quantitativo de entrevistados, foi necessária mudança nessa estratégia de seleção. Passamos a procurar os profissionais da atenção primária nas unidades de saúde em que realizaram a investigação de óbito infantil, durante o período de realização do estudo.

O critério de inclusão para os representantes do CMI foi estar no exercício da função há pelo menos um ano, e para os profissionais de saúde da atenção primária foi ter realizado pelo menos uma entrevista domiciliar na investigação do óbito infantil.

Para o fechamento amostral, foi utilizado o critério de saturação de dados, ou seja, foi suspensa a inclusão de novos participantes quando o teor das respostas obtidas demonstrou uma lógica interna para o nosso objeto de estudo, pois

[...] a pesquisa qualitativa, usando-se a linguagem de Kant, busca a “intensidade do fenômeno”, ou seja, trabalha muito menos preocupada com os aspectos que se repetem e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas. (MINAYO, 2017, p. 1)

A coleta de dados ocorreu por meio da pesquisa documental junto à Coordenação do CMI e à Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente da SMS; da observação sistemática das reuniões mensais do CMI com registro em diário de campo; e da realização de entrevista individual com os profissionais participantes do estudo, descritos anteriormente.

Em abril de 2015, iniciei a participação, como ouvinte, nas reuniões do CMI e o levantamento de dados junto à Equipe de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), para verificar o número de óbitos ocorridos em cada GD, no ano de 2013, e selecionar as fichas de investigação de óbito infantil referentes à visita domiciliar daquele ano a fim de identificar os profissionais que realizaram o preenchimento das fichas com as famílias.

A participação nas reuniões do CMI ocorreu no período de abril de 2015 a abril de 2017. O período das entrevistas com os representantes do CMI e com os profissionais de saúde que haviam realizado as visitas domiciliares foi de novembro de 2015 a março de 2017. Foram realizadas 29 entrevistas sendo: 14 com os integrantes do CMI; 11 com os profissionais da atenção primária em saúde; 4 com integrantes do CMI que também são profissionais da atenção primária e já preencheram a ficha de investigação do óbito infantil com as famílias. A distribuição por GD dos 11 profissionais da atenção primária entrevistados foi a seguinte: um profissional da GD 1, um profissional da GD 2, um profissional da GD 3, dois profissionais da GD 4, três profissionais da GD 5, um profissional da GD 6, um profissional da GD 7, um profissional da GD 8.

Os instrumentos de coleta de dados foram: um roteiro de entrevista semiestruturada para os integrantes do CMI (APÊNDICE 1); um roteiro de entrevista semiestruturada para os profissionais da atenção primária que realizaram a entrevista domiciliar (APÊNDICE 2); e o questionário *Escala de Ansiedade Perante a Morte de Templer* (TEMPLER, 1970), adaptado e traduzido para o português por Paula Isabel Gonçalves dos Santos, em 1994 (ANEXO 2), que foi respondido por todos os participantes da pesquisa.

O questionário apresenta-se em formato Lickert, convertido por Macmordie (1979) posteriormente à sua publicação original por Templer, contendo uma escala de cinco pontos desde *concordo muitíssimo* até *discordo muitíssimo* para cada item. Segundo Santos (1994), Macmordie “assume que a versão Likert aumenta a sensibilidade da escala bem como o poder discriminativo dos itens” (1994, p.182).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas pelo investigador, com registro em gravador, e foram agendadas em data e local de conveniência dos entrevistados a fim de garantir um local tranquilo e com privacidade. Após aceitarem o convite para participar da pesquisa, todos os entrevistados firmaram o seu consentimento por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). De todos os profissionais convidados, apenas um negou-se a participar. O tempo para a realização das entrevistas foi de 20 a 30 minutos aproximadamente.

O questionário foi preenchido pelo participante do estudo após a realização da entrevista. A fim de assegurar o sigilo das respostas o participante recebeu o questionário em um envelope e o respondeu sozinho. Após o preenchimento, o participante devolveu o questionário no envelope, que foi lacrado e separado nos subgrupos de participantes (os profissionais que compõem o CMI e os profissionais da atenção primária em saúde que

realizaram alguma visita domiciliar para a investigação de óbito no período do estudo) para posterior análise dos dados.

Para a coleta dos dados secundários, foram utilizados como fonte de pesquisa o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), ambos do Ministério da Saúde, e a ferramenta *VITAIS*, elaborada pela Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, que permite a tabulação dos dados dos sistemas SIM/Sinasc em valores absolutos, porcentagens e coeficientes.

3.3 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados qualitativos, foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), que se aplica a “discursos” extremamente diversificados. As entrevistas semiestruturadas foram transcritas para posterior análise.

Para Bardin, a expressão análise de conteúdo significa:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. (2011, p. 48)

Por trás de qualquer texto, de qualquer opinião aparentemente explícita, esconde-se um significado, um sentido que é importante desvendar. Portanto, analisar o conteúdo das entrevistas consiste em uma tarefa de “desocultação”, em que se é “agente duplo, detetive, um espião” (BARDIN, 2011, p.15).

Para Bauer:

A análise de conteúdo é apenas um método de análise de texto desenvolvido dentro das ciências sociais empíricas. Embora a maior parte das análises clássicas de conteúdo culminem em descrições numéricas de algumas características do corpus do texto, considerável atenção está sendo dada aos "tipos", "qualidades", e "distinções" no texto, antes que qualquer quantificação seja feita. Deste modo, a análise de texto faz uma ponte entre um formalismo estatístico e a análise qualitativa dos materiais. O divisor quantidade/qualidade das ciências sociais, a análise de conteúdo é uma técnica híbrida que pode mediar esta improdutiva discussão sobre virtudes e métodos. (2010, p.190)

Os textos produzidos em pesquisa, resultado das transcrições de entrevista e dos protocolos de observação, podem ser trabalhados pela análise de conteúdo. A análise de conteúdo é marcada por uma grande diversidade de formas e é adaptável a um vasto campo de aplicação.

Para Bardin:

A análise de conteúdo (seria melhor falar de análises de conteúdo) é um método muito empírico, dependente do tipo de ‘fala’ a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe o pronto-a-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes, dificilmente

transponíveis. A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos tem que ser reinventada a cada momento, exceto para usos simples e generalizados, como é o caso do escrutínio próximo da decodificação e de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas. (2011, p.36)

Assim, na análise do conteúdo de mensagens, é importante ir além do que se manifesta, ou seja, é fundamental descobrir o discurso por trás das palavras expressas.

A técnica de análise de conteúdo compõe-se de três grandes etapas. A primeira etapa, denominada pré-análise, como é a fase organizativa, pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na etapa seguinte, denominada exploração do material, os dados são codificados a partir das unidades de registro. Por fim, na última etapa, se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento em função de características comuns (BARDIN, 2011).

Dentre as várias técnicas utilizadas pela análise de conteúdo, foi selecionada a análise de conteúdo temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado. É realizada pelo desmembramento do texto em unidades ou categorias, segundo reagrupamentos análogos, construindo as categorias conforme os temas que emergem do texto. Para classificar os elementos em categorias, é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento.

As pesquisas qualitativas não descartam a coleta de dados quantitativos em etapas em que esses dados possam mostrar uma relação mais extensa entre fenômenos particulares, pois:

A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente. (FONSECA, 2002, p. 20)

Para a análise dos dados quantitativos foi utilizada estatística descritiva dos dados sociodemográficos e das variáveis consideradas no estudo por meio do cálculo de frequências e porcentagens, bem como da determinação de médias e desvios-padrão. Os dados foram agrupados em planilha eletrônica Excel 2010 para a realização de análise estatística pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18, a fim de verificar a distribuição das respostas e as possíveis relações entre as variáveis.

Os dados da *Escala de Ansiedade Perante a Morte* (TEMPLER, 1970) foram avaliados conforme adaptação realizada por Santos (1994). Em relação ao escore, a análise foi realizada considerando os 15 itens do questionário (ANEXO 2), nove dos quais são formulados na forma afirmativa (itens 1, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14), e seis na forma negativa

(itens 2, 3, 5, 6, 7 e 15). Para os itens formulados na forma afirmativa o escore é de 1, 2, 3, 4 e 5, e para os itens na forma negativa o escore é de 5, 4, 3, 2 e 1, sendo todos os valores somados no final. O escore varia de 15 a 75 pontos: quanto mais elevada a pontuação, maior o grau de ansiedade perante a morte.

Os dados do questionário foram correlacionados com os dados do perfil sociodemográfico dos participantes e com os eixos temáticos estabelecidos a partir da análise de conteúdo das entrevistas. Os dados secundários foram utilizados para contextualizar a situação da mortalidade infantil em Porto Alegre e a política de investigação do óbito infantil.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

A presente pesquisa respeita os preceitos éticos, conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, previstas na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012b).

Foi solicitada, instâncias envolvidas, autorização prévia para a coleta de dados e o projeto de pesquisa foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), conforme protocolo CAAE n.º 38570714.6.0000.5347 e n.º 38570714.6.3001.5338, respectivamente. O início da coleta de dados ocorreu somente após as aprovações nos referidos comitês.

Antes da entrevista, os convidados firmaram o seu consentimento em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3), ficando uma via com o entrevistado e outra com o pesquisador. Foi dada aos participantes do estudo a opção de se retirar da pesquisa a qualquer momento se assim desejassem.

Foi assegurado aos participantes da pesquisa o sigilo da sua identificação, garantindo que os dados seriam utilizados somente para questões científicas. Para manutenção do anonimato, os participantes foram identificados com siglas. A sigla CMI foi utilizada para identificar os integrantes do Comitê de Mortalidade Infantil, e a sigla PAP foi usada para identificar os profissionais da atenção primária em saúde.

Os registros dos dados coletados serão armazenados, sob a guarda do pesquisador, durante cinco anos. Após esse período, todo o material será destruído, de acordo com a Lei dos Direitos Autorais 9.610/98 (BRASIL, 1998).

Em relação aos riscos, nenhum participante alegou desconforto ao abordar o tema proposto. Caso isso tivesse ocorrido, teria sido dada a ele a possibilidade de desistência de continuar sendo entrevistado. Os benefícios dessa pesquisa, apesar de não estarem

diretamente associados aos participantes da pesquisa, poderão significar contribuição para o aprimoramento do conhecimento na elaboração e aplicação de programas de formação dos profissionais para o desempenho da função de investigar o óbito infantil no município.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.
(SCHOPENHAUER, 2012, p.157)

Neste capítulo, apresentamos os resultados encontrados e analisamos os dados da pesquisa agrupados em eixos temáticos que foram definidos a partir dos depoimentos coletados. Os eixos temáticos estabelecidos são: **particip(ação)** (intencionalidade e efetividade dos agentes envolvidos), **capacitação/formação** para a investigação do óbito, **percepção** e **(re)ações** frente à morte e ao morrer. Primeiramente, apresentamos os dados secundários da pesquisa por meio dos indicadores da mortalidade infantil no município e da contextualização da investigação do óbito infantil. Os dados primários da pesquisa e as análises dos eixos temáticos estão apresentados no subitem *A evitabilidade do óbito infantil*, no qual descrevemos sobre a estrutura e funcionamento do CMI e no subitem *Os atores envolvidos na investigação do óbito infantil*.

4.1 INDICADORES DA MORTALIDADE INFANTIL EM PORTO ALEGRE

A taxa de mortalidade infantil é um indicador de saúde que reflete a qualidade dos serviços de saúde e as condições de vida de determinada população (FRIAS *et al.*, 2010). Para enfrentar o desafio da redução da mortalidade infantil, todos os óbitos infantis que ocorrem nos municípios são investigados a fim de qualificar as informações sobre esses eventos.

A Equipe de Vigilância de Eventos Vitais e de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (EVEV), da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, gerencia o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do município e vem investindo na qualificação dos dados contidos na declaração de óbito (DO). Isso é feito por meio de revisão de prontuário hospitalar e ambulatorial, visita domiciliar, contato com o médico assistente e com a família e pesquisa em outros sistemas de informação.

Ao analisar os dados da mortalidade infantil, podemos evidenciar as alterações ocorridas no perfil epidemiológico da população de Porto Alegre e a complexa conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais presentes no óbito infantil.

No Quadro 2, apresentamos a série histórica, de 2006 a 2016, dos dados de nascimento e de óbito infantil em Porto Alegre e os respectivos coeficientes de mortalidade infantil. Nesse período, ocorreram 2.092 óbitos infantis, sendo 1.311 óbitos neonatais e 781 óbitos pós-neonatais.

Quadro 2 – Nascimento e óbito infantil em Porto Alegre de 2006 a 2016

	Nascidos vivos	Óbitos infantis	TM infantil	Óbitos neonatais		TM neonatal	Óbitos pós-neonatais		TM pós-neonatal
				f	%		f	%	
2006	18.383	223	12,13	131	58,74	7,12	92	41,26	5,01
2007	17.809	212	11,90	113	53,30	6,35	99	46,7	5,55
2008	18.553	216	11,64	141	65,27	7,60	75	34,73	4,04
2009	18.667	182	9,75	111	60,98	5,95	71	39,02	3,80
2010	18.314	192	10,48	124	64,58	6,77	68	35,42	3,71
2011	18.907	171	9,04	107	62,57	5,66	64	37,43	3,38
2012	19.457	178	9,15	110	61,79	5,65	68	38,21	3,50
2013	19.694	182	9,22	113	62,08	5,73	69	37,92	3,49
2014	19.163	186	9,71	126	67,74	6,58	60	32,26	3,13
2015	19.688	182	9,24	126	69,23	6,39	56	30,77	2,85
2016*	18.596	168	9,03	109	64,88	5,85	59	35,12	3,18

Fonte: Sinasc e SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA.

* Os dados do ano de 2016 ainda não foram finalizados, em nível federal, podendo sofrer discretas alterações.

Verificamos que a redução do coeficiente de mortalidade infantil no período de 2006 a 2016 foi de 25,55%, sendo que a taxa de mortalidade pós-neonatal apresenta uma tendência de declínio e a taxa de mortalidade neonatal apresenta-se mais constante. Atualmente, a mortalidade neonatal representa o principal componente da mortalidade infantil em Porto Alegre, onde a proporção de óbitos neonatais em relação ao total de óbitos ocorridos entre os menores de 1 ano de idade foi de 62,67%.

Os autores que investigam as possíveis causas dessa ocorrência têm apontado que a redução da mortalidade pós-neonatal está associada às melhorias na assistência à saúde, à expansão da rede de serviços básicos de saúde, ao incentivo à amamentação, às campanhas de vacinação e ao desenvolvimento tecnológico das unidades de terapia intensiva (IBGE, 2016; UNICEF, 2015).

O aumento percentual dos óbitos neonatais entre o total de óbitos infantis é compreensível na medida em que ocorre devido à redução dos óbitos pós-neonatais. O desafio está na redução da mortalidade neonatal, pois a principal causa desses óbitos são causas

perinatais. A maioria desses óbitos poderiam ser evitados se houvesse melhores condições na atenção ao pré-natal e na assistência ao parto (ROCHA *et al.*, 2011; VIEIRA *et al.*, 2015; ARAÚJO FILHO *et al.*, 2017).

O Quadro 3 apresenta os dados do óbito neonatal precoce e neonatal tardio com seus respectivos coeficientes de mortalidade. Observa-se que há um predomínio dos óbitos no período neonatal precoce.

Quadro 3 – Óbito neonatal precoce e tardio em Porto Alegre de 2006 a 2016

	Óbito neonatal precoce	Taxa de mortalidade neonatal precoce	Óbito neonatal tardio	Taxa de mortalidade neonatal tardia
2006	92	5,00	39	2,12
2007	74	4,15	39	2,18
2008	98	5,28	43	2,31
2009	72	3,85	39	2,08
2010	98	5,35	26	1,41
2011	67	3,54	40	2,11
2012	64	3,28	46	2,36
2013	87	4,40	26	1,31
2014	95	4,95	31	1,61
2015	78	3,96	48	2,43
2016*	68	3,65	41	2,20

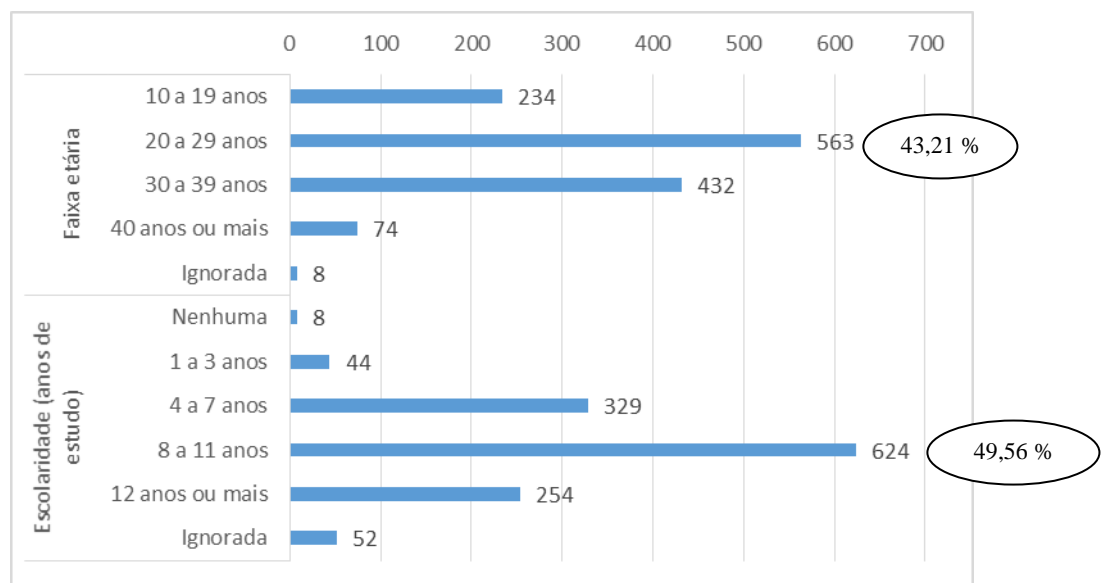
Fonte: Sinasc e SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA.

* Os dados do ano de 2016 ainda não foram finalizados, em nível federal, podendo sofrer discretas alterações.

Dos 1.311 óbitos neonatais ocorridos nesse período, 893 (68,11%) ocorreram no período neonatal precoce. Os fatores condicionantes da mortalidade neonatal frequentemente estudados são fatores relacionados às características da mãe (idade, escolaridade), à assistência ao pré-natal (número de consultas), às condições de nascimento e evolução dos recém-nascidos (tipo e duração da gestação, tipo de parto, peso ao nascer, sexo, índice de APGAR), ao acesso aos recursos de assistência neonatal e à descrição do óbito (causa básica, evitabilidade) (BRASIL, 2009; ROCHA, 2011; LANSKY *et al.*, 2006; MORAIS NETO e BARROS, 2000; KASSAR *et al.*, 2013; MIRANDA *et al.*, 2017).

Sobre os fatores relacionados às características da mãe, a variável idade da mãe é bem relevante nos estudos epidemiológicos para a morbimortalidade infantil e está relacionada com o baixo peso ao nascer e com a prematuridade (ROCHA, 2011; KILSZTAJN *et al.*, 2000; RIBEIRO *et al.*, 2000). O nível de escolaridade é considerado um indicador da condição socioeconômica materna e familiar e está associado aos cuidados de saúde que têm efeito significativo na mortalidade infantil: quanto menor a escolaridade, maior é o risco. A idade materna também pode ser considerada um fator de risco para a mortalidade infantil para as mães com idade inferior a 18 anos (ROCHA, 2011; MORAIS NETO e BARROS, 2000; SANTOS, 2012). A Figura 3 demonstra essas características da mãe nos óbitos infantis ocorridos em Porto Alegre.

Figura 3 – Faixa etária e escolaridade maternas dos óbitos neonatais ocorridos em Porto Alegre no período de 2006 a 2016



Fonte: SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA.

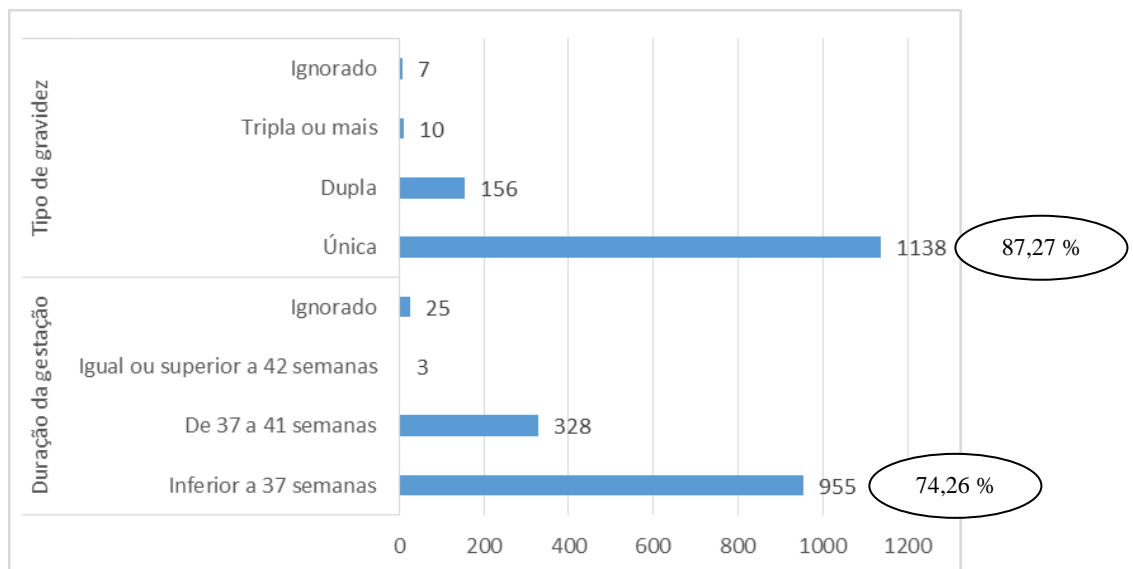
Os dados do ano de 2016 ainda não foram finalizados, em nível federal, podendo sofrer discretas alterações.

Observamos que o maior número de óbitos ocorreu entre mulheres com 20 a 29 anos de idade com a taxa de mortalidade de 6,30 óbitos por mil nascidos vivos. No entanto, a taxa de mortalidade para as mulheres menores de 19 anos e acima de 40 anos foi, respectivamente, 7,58 e 10,42 óbitos por mil nascidos vivos, demonstrando o impacto da faixa etária no óbito infantil.

Da mesma forma, analisando a escolaridade materna, a taxa de mortalidade no grupo de mães com menos de 8 anos de estudo, de 7,92 óbitos por mil nascidos vivos, foi maior do que a taxa para as mães com mais de 8 anos de estudo, de 5,5 óbitos por mil nascidos vivos, corroborando os estudos epidemiológicos existentes.

A seguir, apresentamos graficamente dados relacionados ao tipo de gravidez e à duração da gestação (Figura 4) e dados relacionados ao local e ao tipo de parto (Figura 5) dos óbitos ocorridos no período em análise.

Figura 4 – Tipo de gravidez e tempo de duração da gestação dos óbitos neonatais ocorridos em Porto Alegre no período de 2006 a 2016



Fonte: SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA.

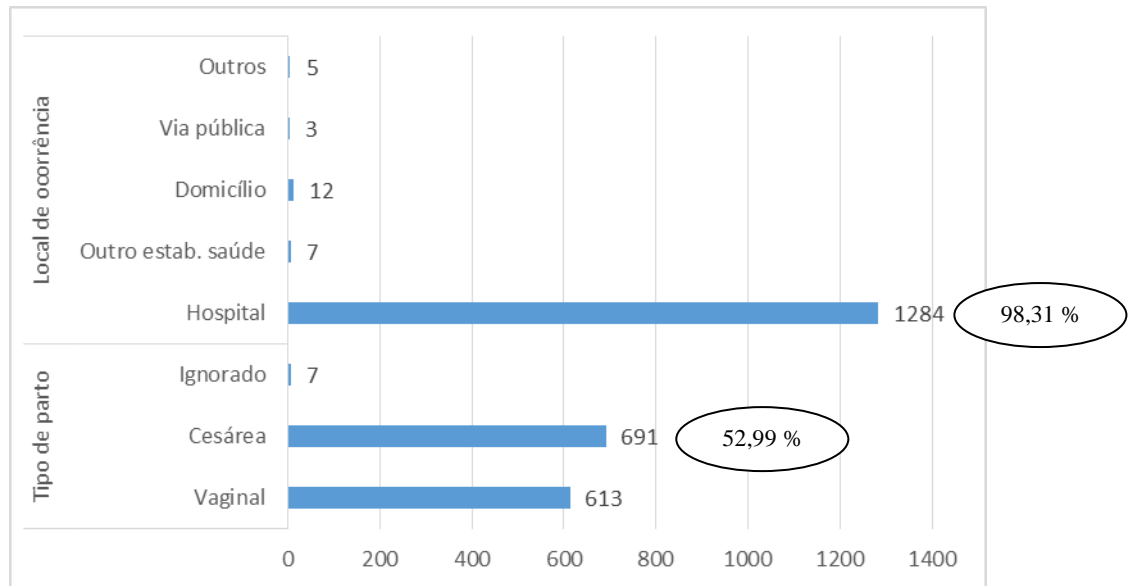
Os dados do ano de 2016 ainda não foram finalizados, em nível federal, podendo sofrer discretas alterações.

As condições de nascimento e evolução dos recém-nascidos também podem ser determinantes na mortalidade neonatal. O tempo de duração da gestação inferior a 37 semanas é considerado fator de risco para a mortalidade neonatal. Os principais mecanismos relacionados à etiologia da prematuridade são a ruptura prematura das membranas, o trabalho de parto prematuro e a interrupção precoce da gestação em razão de problemas relacionados à mãe ou ao feto (MORAIS NETO e BARROS, 2000; BERKOWITZ e PAPIERNIK, 1993).

O parto vaginal é o tipo de parto recomendado, desde que as condições do feto estejam adequadas. Por isso, também é recomendado que o parto seja realizado no hospital para a adequada avaliação das condições do nascituro. Os nascimentos ocorridos fora do

hospital são considerados de risco para a mortalidade neonatal (ROCHA, 2011; SCHOEPS *et al.*, 2007).

Figura 5 – Local de ocorrência e tipo de parto dos óbitos neonatais ocorridos em Porto Alegre no período de 2006 a 2016



Fonte: SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA.

Os dados do ano de 2016 ainda não foram finalizados, em nível federal, podendo sofrer discretas alterações.

Além de 72,84% (n=955) dos óbitos neonatais ocorridos nesse período serem em prematuros (idade gestacional menor que 37 semanas), 74,00% (n=974) apresentaram peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, caracterizando um risco de morte superior quando comparado a crianças com peso superior a 2.500 gramas. O peso médio ao nascer dos recém-nascidos que tiveram óbito neonatal foi de 1.628,68 gramas (DP=1.086,08 gramas), sendo o menor peso 305 gramas e o maior peso 5.135 gramas. A prematuridade e o baixo peso ao nascer são os fatores mais associados com a mortalidade neonatal. O risco de mortalidade aumenta para os recém-nascidos com baixo peso, pois eles são mais vulneráveis à imaturidade pulmonar e a transtornos metabólicos, fatores que podem causar ou agravar alguns eventos que acometem os recém-nascidos (MORAIS NETO e BARROS, 2000; BUCHALLA, 1988).

No período de 2006 a 2016, analisando a taxa de mortalidade para a idade gestacional e para o peso ao nascer percebe-se também o impacto do nascimento prematuro na mortalidade neonatal. A taxa de mortalidade foi de 40,92 óbitos por mil nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas e de 1,8 óbitos por mil nascidos vivos com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas. Os coeficientes de mortalidade para o baixo peso

ao nascer também são muito expressivos, com taxas de 47,77 óbitos para mil nascidos vivos com peso inferior a 2.500 gramas e 1,78 óbitos por mil nascidos vivos com peso igual ou superior a 2.500 gramas.

A proporção de óbitos ocorridos no sexo masculino foi de 55% (n=720) e no sexo feminino foi de 45% (n=585). Rocha (2011) refere que a menor proporção de óbitos no sexo feminino pode ser atribuída ao amadurecimento mais rápido do pulmão, dando consequência a menores complicações respiratórias. Porém, em outros estudos, como o de Moraes Neto e Barros (2000), a variável gênero não apresentou significância estatística para o risco de óbito neonatal.

Nos estudos de mortalidade, é relevante empregar as causas básicas da morte a fim de auxiliar no planejamento de ações para a redução da mortalidade (SANTOS, 2015). Os principais grupos de causas básicas de óbito neonatal encontradas no referido período foram: as afecções originadas no período perinatal em 70,02% (n=918); as malformações congênitas em 26,09% (n=342); algumas doenças infecciosas e parasitárias em 1,68% (n=22); as causas externas em 1,07% (n=14); outras causas em 1,14% (n=15). As afecções originadas no período perinatal são a causa básica de maior proporção. Isso é preocupante e pode ser associado à má qualidade dos serviços de assistência pré-natal.

Outro método importante usado no direcionamento de ações de saúde para a população infantil a fim de reduzir os óbitos evitáveis é a classificação de evitabilidade, que permite a identificação das causas predominantes (DIAS *et al.*, 2017). No Brasil, o primeiro método de classificação do óbito infantil foi a lista da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo (Fundação Seade). Posteriormente, Malta *et al.* (2007) elaboraram a denominada *Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde* (DIAS *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2007; MALTA *et al.*, 2010).

Segundo a classificação de Malta, no período apresentado, 62,01% (n=813) dos óbitos neonatais foram classificados como evitáveis, 37,83% (n=496) foram considerados não claramente evitáveis; 0,15% (n=2) foi classificado como causa mal definida. As categorias de evitabilidade que apresentaram maiores proporções foram: a adequada atenção à mulher na gestação, com 34,32% (n=450); e a adequada atenção ao recém-nascido, com 19,29% (n=253).

A produção desses dados deve ser realizada de forma cotidiana pela área técnica da Secretaria de Saúde e pelos gestores dos serviços de saúde a fim de sistematizar a informação.

4.2 A EVITABILIDADE DO ÓBITO INFANTIL

Segundo o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), a taxa de mortalidade infantil declinou em todo o Brasil no período de 2000 a 2010, passando de 29,7 para 15,6 crianças mortas por mil nascidas vivas. Analisando as grandes regiões demográficas, observamos uma disparidade entre elas, havendo um declínio de maior intensidade na região Nordeste (58,6%), sendo a região Sul a que apresenta a menor taxa de mortalidade, conforme Tabela 1.

Além das diferenças regionais, a taxa de mortalidade infantil também apresenta diferenças entre os grupos populacionais:

[...] as crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas e, a mortalidade infantil entre as crianças negras e indígenas é, respectivamente, cerca de 40% e 138% maior, quando comparada com a da população de crianças brancas. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA *apud* BRASIL, 2009, p. 8)

Tabela 1 – Taxa de mortalidade infantil, segundo as grandes regiões do Brasil – 2000/2010

Ano	Taxa de mortalidade infantil (‰)					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2000 ⁽¹⁾	29,7	29,5	44,7	21,3	18,9	21,6
2010	15,6	18,1	18,5	13,1	12,6	14,2

Fontes: IBGE. Censo demográfico 2000-2010.

(1) Valores harmonizados, utilizando os resultados do CD 2000 e de pesquisas anteriores.

A partir da década de 1990, a mortalidade infantil pós-neonatal apresentou maior tendência de queda do que a mortalidade neonatal precoce, mas continua sendo um problema, uma vez que a maioria das mortes está relacionada às doenças infecciosas e à diarreia, sendo potencialmente evitáveis, ou seja, com os recursos disponíveis atualmente esses óbitos poderiam ser prevenidos pela atuação dos serviços de saúde. Porém, a mortalidade neonatal precoce também está atrelada às causas preveníveis, relacionada à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2009). De acordo com o IBGE (2010), a taxa de mortalidade infantil no estado do Rio Grande do Sul apresentou, na década de 2010, uma queda significativa, passando de 15,1 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 11,5 óbitos por mil nascidos vivos, em 2011.

Em Porto Alegre, no mesmo período, a mortalidade infantil apresentou uma redução de 27%, passando de 16,0 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 11,6 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. O número absoluto de casos teve uma queda, passando de 296 casos, em 2001, para 178 casos em 2012.

Com a finalidade de intervir na redução da mortalidade infantil, inúmeras ações foram criadas, com a ampliação do acesso aos serviços de saúde e com iniciativas abrangendo o

binômio materno-infantil que mudaram a forma de cuidado destinado às gestantes e aos recém-nascidos (BRASIL, 2012a).

A redução da mortalidade infantil é um dos desafios para os serviços e para a gestão da saúde e fez parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU). O Objetivo de Desenvolvimento do Milênio número 4 teve como meta a redução em dois terços, entre 1990 e 2015, da mortalidade de crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2009). Assim, tanto os profissionais da assistência à saúde como os profissionais da gestão administrativa estão envolvidos no alcance desse objetivo.

Apesar do progresso na redução da mortalidade infantil no Brasil, ela ainda causa grande preocupação na saúde pública, persistindo problemas a superar, tais como a subnotificação de óbitos e a baixa qualidade das informações nas declarações de óbito, que prejudicam a análise dos fatores que influenciam a mortalidade e, conseqüentemente, dificultam as ações de intervenção. Além disso, a responsabilização e o compromisso dos serviços de saúde sobre a morte de uma criança de sua área de abrangência devem fazer parte do cotidiano de trabalho a fim de contribuir para a diminuição dos níveis de mortalidade infantil.

A estratégia de detecção e de mudança nos fatores determinantes de saúde individual ou coletiva é a vigilância epidemiológica. A legislação preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2009).

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.*, 2013a).

4.2.1 O Comitê de Mortalidade Infantil na investigação do óbito em um município

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, 2017).

A vigilância do óbito é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância no município de residência da mãe, e o instrumento que notifica o óbito e desencadeia o processo de investigação é a declaração de óbito (DO). As regionais, os municípios ou os distritos de saúde devem formalizar um fluxo e assegurar a chegada da DO nas secretarias municipais. Os óbitos, por sua vez, devem ser registrados nos sistemas de informação disponíveis – o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) –, permitindo a recuperação da informação para alimentar o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2009; UNA-SUS/UFMA, 2016b).

A vigilância epidemiológica do óbito infantil é uma atribuição das secretarias de saúde, que devem identificar profissionais de referência responsáveis pela vigilância dos óbitos nos municípios e nos estados. A equipe deve ser adequada ao contexto local, envolvendo profissionais da assistência com a participação de profissionais da atenção básica e da equipe de saúde da família (BRASIL, 2009).

A participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção básica, secundária e terciária) é importante, pois os objetivos principais do trabalho não são apenas a melhoria das estatísticas vitais, mas também a qualidade e organização do cuidado à saúde.

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)

Em 8 de março de 2004, a Presidência da República lançou o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e, em 28 de junho do mesmo ano, por meio da Portaria n.º 1258/GM, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal com a finalidade de assessorar e acompanhar os comitês estaduais e municipais e elaborar propostas para a indução de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e perinatal.

Também em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, que sistematizou as experiências de vigilância ao óbito infantil e fetal e dos comitês:

Trata-se de uma política pública do Ministério da Saúde e um dos eixos prioritários de atuação da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, por meio da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, por meio da Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica, que serve de referência para os locais que ainda não operam a vigilância do óbito ou não estruturaram os comitês e apoiar as iniciativas já existentes. (BRASIL, 2009, p. 46)

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).

O Poder Executivo Municipal, por meio da Lei n.º 10.545, de 30 de setembro de 2008, instituiu, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI) e determinou os objetivos, a finalidade, a composição, o funcionamento, as competências e a metodologia de análise dos óbitos. O CMI tem um caráter interinstitucional, ético e confidencial e tem como objetivo analisar as informações e os dados obtidos por meio das investigações dos óbitos fetais tardios e infantis de residentes no município de Porto Alegre e propor ações para a prevenção dos óbitos considerados evitáveis (PORTO ALEGRE, 2008).

O CMI possui um presidente e um secretário, com seus respectivos substitutos, eleitos entre seus membros, com mandato de dois anos, podendo haver recondução. Entre esses, prioritariamente, um representante deverá ser da Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente, e o outro deverá ser da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. As reuniões ordinárias são mensais, podendo ocorrer reuniões extraordinárias quantas vezes for necessário, por convocação da presidência ou por solicitação subscrita pela maioria de seus membros. O Regimento Interno é elaborado pelos membros do CMI e aprovado por maioria

absoluta. A proposta do regimento deve ser previamente enviada aos membros e constar na pauta convocatória da reunião (PORTO ALEGRE, 2008).

Segundo sua lei de criação, o CMI é composto por membros titulares e seus respectivos suplentes, designados pelo Secretário Municipal de Saúde mediante a indicação de instituições ou setores da sociedade civil. São membros titulares: I – representantes da Secretaria Municipal de Saúde; II – representante do Conselho Municipal de Saúde (CMS – POA); III – representante do Conselho Regional de Medicina (Cremers); IV – representante do Conselho Regional de Enfermagem (Coren/RS); V – representante do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA); VI – representante do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul – Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude; VII – representantes das sociedades de medicina, prioritariamente da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul (SPRS) e da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul (SOGIRGS); VIII – representante da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras (Abenfo); IX – representantes das sociedades científicas dos Conselhos de Medicina e Enfermagem; X – representantes dos cursos de medicina e enfermagem dos estabelecimentos de ensino do município de Porto Alegre; XI – representante da Seção de Saúde da Criança e do Adolescente (SSCA) da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; XII – representante da 1.^a Coordenadoria Regional de Saúde (1.^a CRS); e XIII – representantes dos estabelecimentos de saúde que prestam atenção à saúde da infância, da adolescência e das gestantes. Na representação da SMS devem estar prioritariamente representadas a Política de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente, a Política de Saúde da Mulher, a Coordenadoria Geral da rede de Atenção Básica de Saúde, a Gerência de Regulamentação de Serviços de Saúde e a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (PORTO ALEGRE, 2008).

Em dezembro de 2015, foram aprovadas, em reunião ordinária, algumas alterações no Regimento Interno no que se refere à composição do CMI. Na representação da SMS foram incluídos representantes da Coordenadoria da Média e Alta Complexidade, da Coordenadoria da Atenção Especializada, da Coordenadoria Municipal de Urgências, da Assessoria de Planejamento, das Gerências Distritais, do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas e do Hospital de Pronto-Socorro.

Atualmente, participam do CMI representantes do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul, da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras, da

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), da Faculdade de Enfermagem da UFRGS, da Faculdade de Enfermagem da PUCRS, da Faculdade de Enfermagem da UFCSPA e da Faculdade de Enfermagem do Instituto Porto Alegre.

Os estabelecimentos de saúde que integram o CMI são os hospitais com maternidade ou com internação pediátrica. Os hospitais indicados são: o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, o Hospital da Criança Conceição, o Hospital Fêmeina, o Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Hospital da Criança Santo Antônio e Hospital Santa Clara), o Hospital São Lucas da PUCRS, o Hospital Moinhos de Vento, o Hospital da Restinga e Extremo-Sul, o Hospital Mãe de Deus, o Hospital Divina Providência, o Hospital Ernesto Dornelles, o Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul e o Hospital Cristo Redentor.

Com a Portaria n.º 72/GM, de 11 de janeiro de 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS, sendo uma atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. A investigação, a análise e o monitoramento dos óbitos infantis e fetais devem ser realizados por profissionais de saúde designados pelas Secretarias Municipais, Estaduais e do Distrito Federal (FRIAS *et al.*, 2013a).

As Portarias GM/MS n.º 1119/2008 e n.º 72/2010 definem a declaração de óbito como o instrumento oficial de identificação dos óbitos e como base para desencadear a investigação.

Nos estabelecimentos de saúde, estruturas como o Núcleo de Epidemiologia ou o Comitê Hospitalar devem realizar diariamente a busca ativa dos óbitos infantis e fetais ocorridos no local e notificar o óbito ao serviço de vigilância epidemiológica municipal, disponibilizando o acesso aos prontuários para a equipe de vigilância de óbitos. A etapa de investigação ambulatorial e domiciliar deve ser realizada pela equipe da atenção básica da área de abrangência da residência da família (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.

A investigação do óbito procura obter informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção como também informações colhidas com a família. As

secretarias municipais de saúde devem instituir a vigilância do óbito, envolvendo profissionais da assistência e da vigilância epidemiológica. (BRASIL, 2009, p.28)

As etapas da investigação do óbito 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).

Considerando as prioridades para a redução da mortalidade infantil e fetal e o potencial de prevenção desses óbitos, são sugeridos, pelo Ministério da Saúde, critérios mínimos para a investigação dos óbitos no município ou região. São eles: os óbitos pós-neonatais; óbitos neonatais; óbitos fetais (natimortos); e óbitos ocorridos em domicílio. Conforme a capacidade de operacionalização do município, esses critérios podem ser estendidos para a investigação de óbitos de crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2009).

Para padronizar o processo de vigilância do óbito infantil, são utilizadas as *Fichas para a investigação do óbito infantil e fetal* (ANEXO 1). Essas fichas contêm campos referentes à identificação do caso investigado, aos dados da assistência pré-natal, parto e nascimento, aos dados sobre acompanhamento da criança e a informações fornecidas pelos familiares (entrevista domiciliar) (BRASIL, 2009; UNA-SUS/UFMA, 2016b).

O levantamento de dados nos serviços de saúde e as entrevistas domiciliares podem ser realizados simultaneamente em locais e por pessoas diferentes. No levantamento de dados dos serviços de saúde, os profissionais que preenchem as fichas devem transcrever apenas as informações contidas nos prontuários, e não a sua opinião. Da mesma forma, na entrevista domiciliar, a fala dos entrevistados deve ser registrada da maneira mais fiel possível, utilizando as próprias palavras dos entrevistados (BRASIL, 2009).

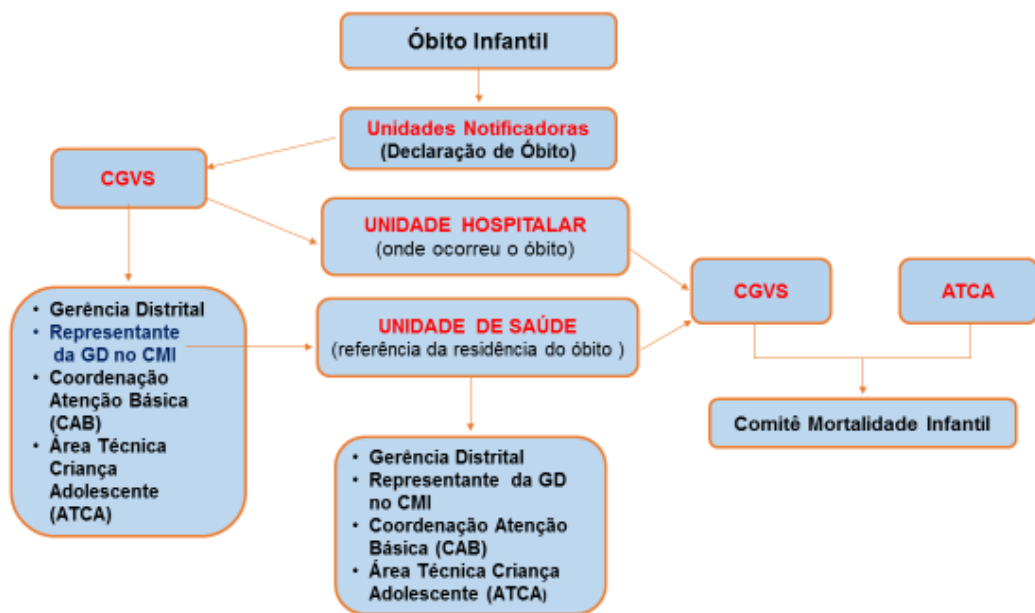
Após o término da investigação, está prevista a realização da análise detalhada dos casos, indicando as conclusões sobre a evitabilidade do óbito. Para tanto, a equipe de vigilância de óbitos deve promover discussões com todos os profissionais envolvidos na assistência da criança, a fim de promover a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

Dessa maneira, a vigilância dos óbitos pode ser efetivamente incorporada pelos profissionais para que possam avaliar os possíveis problemas ocorridos e contribuir para a construção de um olhar crítico e avaliativo com o objetivo de aperfeiçoar os processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde a fim de prevenir novas ocorrências. (BRASIL, 2009, p. 28)

As recomendações elencadas devem ser encaminhadas aos gestores de saúde, em todos os níveis, apontando “as medidas de prevenção de novas ocorrências de óbitos potencialmente evitáveis e as medidas de intervenção para a reorganização da assistência” (BRASIL, 2009, p.37).

A Figura 6 apresenta o fluxo da investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre no período da pesquisa.

Figura 6 – Fluxo da investigação do óbito infantil em Porto Alegre



Fonte: CMI com adaptação da autora

A busca das declarações de óbito nas unidades notificadoras é realizada pela Equipe de Eventos Vitais da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), que identifica o óbito e seleciona os óbitos de crianças menores de 1 ano e os óbitos fetais elegíveis para a investigação. Essa equipe encaminha as *Fichas para a investigação do óbito infantil e fetal* para os representantes das gerências distritais e para os respectivos serviços de saúde a fim de que os dados sejam coletados. Os dados coletados devem então retornar para a CGVS no prazo de 40 dias. Após, um grupo técnico do CMI realiza a análise das fichas de investigação, preenche a ficha síntese, alimenta o SIM e seleciona os casos para serem discutidos na reunião do CMI. Na reunião, todos os participantes analisam detalhadamente o caso e definem medidas para evitar novos óbitos.

As reuniões ordinárias ocorrem mensalmente e são conduzidas pelo presidente do comitê. Elas iniciam com a apresentação de todos os presentes, a leitura e aprovação da ata da reunião anterior e a apresentação da pauta da reunião. Há uma pauta permanente com informações sobre o andamento das investigações da mortalidade infantil. Nessa pauta, é apresentado o quantitativo de óbitos de crianças menores de 5 anos ocorridos em cada mês e o levantamento sobre o retorno das fichas de investigação do óbito pelos hospitais e pelas unidades de saúde, tanto a ficha ambulatorial como a ficha da visita domiciliar. A pauta da discussão de caso também é permanente. O caso apresentado para discussão é selecionado na reunião da presidência, considerando os problemas observados na avaliação das fichas de investigação dos óbitos ocorridos, com a finalidade de gerar medidas de intervenção para a redução da mortalidade infantil. Além disso, em algumas reuniões, a presidência do CMI também promove uma educação continuada, em que um convidado ou um participante do comitê desenvolve algum tema relacionado com o trabalho realizado. Para finalizar a reunião, são elencados os encaminhamentos e as recomendações que foram definidas após a discussão do caso, bem como é feita a apresentação de informes.

A seguir, apresentamos os dados da pesquisa documental associados com a análise temática de conteúdo das entrevistas.

4.2.2 Da estrutura organizacional e dos processos da investigação do óbito infantil em Porto Alegre

Durante o ano de 2015, primeiro ano em que acompanhamos as reuniões do comitê observando o seu desenvolvimento e a participação dos seus integrantes, destacamos dois pontos de pauta que estão relacionados com o tema deste estudo. São eles: as informações sobre o andamento da investigação de mortalidade infantil nas GD e hospitais e a discussão de caso.

Verificando a presença dos integrantes do CMI nas reuniões de 2015 e 2016, constatamos rara participação dos representantes do controle social e da sociedade civil organizada (associações, conselhos profissionais e faculdades de medicina e de enfermagem), sendo a maior participação por parte dos representantes das gerências distritais e dos hospitais de Porto Alegre.

O Regimento Interno vigente prevê a exclusão do representante que faltar sem justificativa a três reuniões consecutivas ou quatro alternadas no mesmo ano, devendo ser substituído. No ano de 2016, houve alteração de alguns representantes e estava previsto emitir nova portaria com a atual composição.

Observar a frequência dos integrantes do CMI nas reuniões nos compele a iniciar nossa análise pelo eixo temático **particip(ação)** (intencionalidade e efetividade) dos agentes envolvidos na investigação do óbito infantil.

4.2.2.1 Particip(ação)

O conceito de participação foi incorporado ao universo da saúde quando foi garantida, em sua legislação, a criação de espaços públicos com a participação da sociedade civil organizada nas três esferas de governo. A partir da Constituição Federal de 1988, a população, por meio de suas entidades representativas, pode participar do processo de formulação de políticas de saúde e do controle de sua execução nos serviços de saúde (FRIAS *et al.*, 2013b).

No SUS, em cada esfera de governo, os Comitês de Mortalidade são as instâncias colegiadas de participação popular especificamente designadas para discutir a redução da mortalidade materna, infantil e fetal. (FRIAS *et al.*, 2013b, p. 250)

Não vamos nos dedicar a examinar o estado das artes no que diz respeito ao conceito de participação no campo das ciências sociais, que teve diferentes definições em diversos momentos e contextos históricos. Queremos analisar as formas de participação dos atores da pesquisa, suas possibilidades e seus limites, no processo da investigação do óbito infantil.

Tomando por base que a participação social consiste em “intervir em processos decisórios que atingem o coletivo” (VIANNA *et al.*, 2009, p. 235), em fazer parte de ações que alcancem a coletividade, e também considerando o CMI como instância de participação da sociedade civil no sistema de saúde, vamos analisar a intencionalidade das ações e a efetiva contribuição dos agentes envolvidos para melhorias na investigação do óbito infantil e, conseqüentemente, para a redução da mortalidade infantil no município.

A partir de 1995, com o lançamento do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil, a implantação de Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal foi incentivada no Brasil. Pouco depois desse incentivo, havia comitês implantados em 20 estados e em diferentes estágios de organização. Porém, grande parte dessas primeiras experiências foi desarticulada após quatro anos. Em 2007, foi realizada uma pesquisa em todo o país com a finalidade de traçar um diagnóstico da atuação desses comitês. Os resultados demonstraram aumento no número de comitês implantados e diferenças inter-regionais existentes (FRIAS *et al.*, 2013b).

Fazendo uma retrospectiva histórica da criação do CMI, constatamos que, antes da sua instituição legal em 2008, já existiam ações em relação à vigilância epidemiológica do óbito realizadas pelo setor responsável da SMS. Vejamos a seguir depoimentos de entrevistados que participaram da constituição do CMI.

Eu participei, primeiro, de um grupo de trabalho que era um embrião do Comitê. Era um grupo de trabalho que discutia os óbitos. Antes deste grupo, a gente já trocava as informações, depois começou a ter um grupo de trabalho para analisar especificamente os óbitos. Então a gente se reunia e discutia os óbitos. Discutia dentro do que a gente tinha de informação. E não se tinha quase nada, era só a informação da DN e a informação da DO. [...]. Não se tinha uma investigação como é realizada hoje, com ficha ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Sempre foi muito difícil o preenchimento [da declaração de óbito] pelos profissionais da saúde. Então a gente sempre acabava fazendo uma investigação da DO. Quando o óbito acontecia no hospital e, com as informações que tinha no prontuário, alimentávamos essa discussão e chegávamos a alguma conclusão. Essa conclusão muitas vezes era falha porque tu estavas vendo só um documento que era a DN, um documento que era a DO e um documento que era o prontuário. Então, tu não tinhas a história da mãe, não tinha uma conversa com a mãe, não sabia o que tinha acontecido na unidade de saúde, se ela frequentava a unidade de saúde. Isso foi sendo ampliado pelo próprio Ministério da Saúde que começa a exigir a investigação. (CMI 9)²

Como estava tendo um estudo para criação do Comitê na Secretaria, me perguntaram se eu poderia participar como suplente da colega representante, que inicialmente era daqui do hospital. Aí eu comecei a participar e fiquei. (CMI 3)

Percebe-se que havia uma necessidade de qualificar as informações para a análise dos óbitos em Porto Alegre. Além disso, houve uma preocupação desses integrantes em regulamentar o CMI, conforme preconizava o MS, para aprimorar o processo de investigação do óbito infantil.

O Comitê começou em 2008 e as investigações começaram a ocorrer nas Unidades em 2010, quando eles descentralizaram. Eu comecei primeiro no Comitê e depois vieram as investigações. (CMI 4 e PAP 1)

O meu ingresso foi a pedido do meu chefe porque a maternidade precisava de um representante para participar das reuniões. A partir daí eu comecei a participar das reuniões. Foi muito tranquilo o ingresso. O comitê estava sendo criado. Participei da montagem do comitê, das reuniões na elaboração do Regimento Interno, da escolha do primeiro presidente. Participei de todo o processo, mas foi tudo tranquilo. (CMI 6)

Em nove anos de funcionamento, a busca da informação qualificada e da organização interna para o funcionamento do comitê permanece constante. Segundo Frias e colaboradores, “quanto à melhoria da qualidade da informação, a região Sul apresentou a maior proporção de municípios que realizam a correção da causa básica no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)” (2013b, p. 252).

² Os depoimentos dos participantes da pesquisa estão identificados pelas siglas CMI para os integrantes do Comitê de Mortalidade Infantil e PAP para os profissionais da Atenção Primária em Saúde, seguidos da numeração em ordem cronológica da realização das entrevistas. Os depoimentos dos integrantes do CMI que também são profissionais da Atenção Primária em Saúde estão identificados com as duas siglas.-

Em relação à organização interna, a composição do CMI com as representações de instituições e setores da sociedade civil tem grande importância. A ausência de algumas representações também foi referida nos depoimentos dos entrevistados. Vejamos:

[...] eu vejo que poderia ter mais envolvimento, ser mais efetivo dentro do Comitê. Muitas vezes se sobrepõem as datas de eventos e atividades e eu não tenho conseguido comparecer com efetividade no Comitê. (CMI 2)

Uma dificuldade que a gente tem é a própria participação dos integrantes. Nos óbitos neonatais, [não se tem] a participação da Obstetrícia. A gente tem muita participação de pediatras representando hospitais, de enfermeiras, mas os obstetras têm dificuldade de participação. Às vezes [a discussão de] um caso tem tudo para ser uma causa relacionada com a gestação, e fica difícil chegar a uma conclusão. [...]. Apesar da gente já ter melhorado, a participação no Comitê era para ser mais representativa do que ele é. Era para ter a Faculdade de Medicina, Faculdade de Enfermagem, Sindicato Médico, COREN³, CRM⁴. É claro que a gente sabe que é difícil as pessoas terem disponibilidade de uma vez por mês participar de uma reunião e de um assunto que não é fácil como a morte. Um assunto que não é tão fácil de ser discutido. (CMI 9)

Nunca se apresenta o Hospital X [naquela chamada]. Eu sinto falta porque é o Hospital que atende as nossas gestantes e a maioria das nossas crianças. Eu acho que podia ter um comprometimento maior de alguns setores. [...]. Tem Hospital privado [que comparece] e o Hospital X, que atende muito mais SUS do que o outro, não tem ninguém. (CMI 10 e PAP 7)

Nesses depoimentos, vemos a preocupação de CMI 2 com a sua própria frequência nas reuniões e, também, a preocupação dos integrantes com a participação dos demais, apontando que as ausências prejudicam a discussão dos casos na reunião e nas atividades diárias de trabalho. A dificuldade de participar frequentemente nas reuniões do CMI também foi justificada por alguns integrantes, principalmente pelos representantes indicados de instituições ou setores da sociedade civil.

Tu vais lá [e] não recebes ou o hospital está te pagando. Muitas vezes tu estás gastando a tua própria gasolina, [e o] estacionamento tu tens que pagar. Isso também é algo que vai contra a participação. Uma coisa é o pessoal funcionário da Prefeitura, outra coisa são os membros convidados (que não são os membros efetivos) e que vão lá apenas para tentar colaborar. (CMI 17)

Analisando a intencionalidade dos integrantes do CMI nos depoimentos, observamos o desejo de que a participação de todos seja efetiva a fim de colaborar para que o CMI desempenhe suas funções, ou seja, definir ações para a coletividade.

Segundo Frias e colaboradores (2013b), a estratégia relacionada à implantação de Comitês de Prevenção do Óbito Infantil tem tido uma boa adesão desde a sua proposição. Entretanto, a sua existência tem sido permeada de avanços e retrocessos que têm como fatores condicionantes o maior ou menor envolvimento da sociedade civil organizada, a capacidade

³ COREN – Conselho Regional de Enfermagem.

⁴ CRM – Conselho Regional de Medicina.

de indução do poder público, a disposição das autoridades sanitárias em promover estratégias, a existência de profissionais com interesse no tema, entre outros. Esses fatores foram evidenciados nos depoimentos dos participantes da pesquisa.

Alguns integrantes também expressaram suas ações particulares para além do comitê, ou seja, parece que a inevitabilidade do óbito infantil está presente em sua vida diária. Eles estão tentando levar essa ideia para suas instituições, para que todos se conscientizem e colaborem no controle do óbito infantil.

Eu acho bem rica as discussões. Eu sempre gosto de levar para a unidade as coisas que foram discutidas. Não sei se todo mundo também faz isso. (CMI 11)

Depois de um tempo lá discutindo a gente ouve bastante coisa, e se põe a questionar as atitudes, o processo de trabalho, algumas coisas do dia a dia. E eu procuro dividir com a equipe algumas coisas que a gente traz de lá e o que pode ser dividido com as demais equipes. [...]. E isso tem sido bem importante: distribuir um pouquinho de informação. (CMI 10 e PAP 7)

Eu trabalho no hospital privado eu não consigo levar as coisas do Comitê para o meu hospital e para os meus colegas. Eu não tenho esse espaço. [...]. As pessoas não entendem que a mortalidade é um todo. [...]. As pessoas têm que saber [porque] as pessoas trabalham em outros lugares. Eu discuto [no comitê do hospital] os nossos óbitos, o que a gente poderia melhorar, o que a gente fez que a gente poderia não fazer para não perder aquele bebê. Mas, trazer as coisas do Comitê para as nossas reuniões [no hospital] eu não faço. (PAP 15)

Percebe-se que essas ações individualizadas têm a finalidade de promover benefícios para a coletividade, porém poderiam ser discutidas dentro do comitê e ser implementadas numa construção coletiva de todos os representantes do CMI. Dessa forma, estariam realmente atuando dentro da concepção de participação.

Ao questionar os entrevistados sobre como consideram o seu trabalho no comitê, transparecem várias respostas falando do trabalho coletivo do comitê, apontando sua importância e revelando certa insatisfação com a efetividade das ações em relação às discussões e recomendações realizadas nas reuniões.

Eu acho que tem um papel muito importante. Talvez pouco valorizado pelo resto da equipe, mas eu acho muito, muito importante, sim. Eu tento valorizar bastante. (CMI 8 e PAP 3)

Eu acho que é uma medida muito boa porque se discute sobre casos que, infelizmente, já aconteceram, mas [é possível] pensar novas medidas para que, caso ocorra um outro caso parecido ou igual, a gente possa ter uma nova oportunidade de fazer uma coisa diferente. A gente fala sobre diversos óbitos, diversas causas, as condutas que foram tomadas, as condutas que não foram tomadas e, na discussão, na maioria das vezes se chega a um acordo do que deveria ter sido feito para que talvez pudesse ter salvo a vida daquele paciente. (CMI 12)

Eu acho bem interessante. Dos casos que são escolhidos para serem discutidos no comitê, várias coisas saem dali, porém, eu acho que deveria ser mais efetivo. Têm várias coisas que a gente discute, estabelece fluxos, e isso não acontece. Isso acaba

frustrando um pouco. Acho extremamente importante ter o Comitê em todos os municípios. (CMI 11)

Também expressaram uma crítica em relação às ações do CMI depois das discussões dos casos investigados e das propostas de recomendações para o gestor a fim de evitar novos óbitos.

Eu não considero [um trabalho] ótimo porque eu não acho um trabalho resolutivo. A gente sugere muito, mas tem pouco poder de resolução. [...]. Talvez a gente pudesse ganhar não só um poder de sugestão, mas um poder de resolução. [...]. Está faltando [o Comitê] ter o poder de determinar certas coisas e fazer andarem mais rápido. (CMI 6)

Eu acho que a gente faz pouco em relação ao tamanho da importância do Comitê. [...]. A gente avalia os óbitos, vê números e estatísticas, vê maneiras de como se poderia diminuir a mortalidade em determinados segmentos da população, em determinadas áreas de mortalidade mais específicas, principalmente neonatal. Mas, eu acho que de coisas concretas se faz pouco. [...]. Todo aquele pessoal capacitado que está no Comitê, representando os diversos distritos da cidade, representando os diversos hospitais da cidade, gente capacitada, gente que tem cabeças pensantes, ideias muito interessantes [colocadas] dentro da reunião [...] e que na prática a gente não vê. Dentro do hospital e nos locais finais, onde a gente deveria observar a redução de mortalidade, a minha sensação é que isso não se transforma em números. (CMI 13)

A gente propõe sugestões e mudanças e na outra reunião já muda de assunto. E nunca tem retorno. A gente só tem o que foi proposto, mas não [sabemos] se foi levado e se foi ouvido pelo Secretário da Saúde, se houve alguma mudança. Às vezes eu acho que [estamos] discutindo só entre a gente. [...]. [Nós tentamos] fazer o nosso trabalho de formiguinha, só que dali para fora a gente não tem nada, não [sabemos] como foi ouvido, se isso vai ter algum projeto de mudança. Quantas coisas a gente já conversou? Quantas pessoas a gente já levou lá para falar? Está mudando alguma coisa? É isso que eu fico pensando. (CMI 15)

Sinteticamente, as atribuições gerais dos comitês são: estimular a investigação dos óbitos pela equipe de vigilância do óbito; identificar os problemas relacionados ao óbito investigado e à classificação de evitabilidade; propor medidas de prevenção de novas ocorrências de óbitos; qualificar as estatísticas vitais; divulgar as informações e promover ações educativas sobre o tema; promover articulação interinstitucional (FRIAS *et al.*, 2013b).

As resoluções e recomendações emitidas pelo CMI são produtos de processos decisórios do seu colegiado, mas elas são parte de um processo muito maior e mais complexo que ocorre na esfera da saúde pública. Elas correspondem a parciais da dinâmica decisão-execução relacionada aos programas em andamento na esfera do SUS, principalmente quando se trata de introduzir inovações importantes (LABRA, 2009). Assim, pelos depoimentos dos integrantes do CMI entrevistados, o processamento das deliberações torna-se um entrave no seu funcionamento. No entanto, a efetividade das ações do CMI depende da participação e do comprometimento dos envolvidos.

A dificuldade em fazer cumprir as deliberações do comitê apareceu nas discussões das reuniões do CMI, pois algumas medidas definidas anteriormente não foram adotadas ou estão confusas na sua aplicação. Para superar esse problema, foi proposto estabelecer mecanismos de divulgação e de acompanhamento da aplicação das recomendações do comitê.

Observamos que as atribuições de divulgação dos resultados e de promoção de ações educativas sobre o tema e a promoção de articulação interinstitucional e intersetorial não estão consolidadas no funcionamento do CMI. Essas atribuições são de fundamental importância para um funcionamento efetivo.

A participação dos profissionais da atenção primária na investigação do óbito infantil ocorre na etapa de coleta de dados realizada por meio da visita domiciliar e do resgate dos dados nos serviços de saúde. Durante a visita domiciliar, o profissional de saúde faz a entrevista pessoal com o familiar da criança que morreu e preenche a ficha de investigação.

Ao questionar os entrevistados sobre como consideram o seu trabalho na visita domiciliar realizada na investigação do óbito infantil, muitos ponderam que o seu trabalho é importante, porque concordam com essa estratégia de ação para a redução da mortalidade infantil. Demonstram entender que a investigação do óbito infantil permite avaliar a qualidade da assistência prestada, bem como dar subsídios para as ações de intervenção e para a formulação das políticas públicas.

Eu acho que é muito importante para realmente saber se tu conseguirias, dentro de todas essas coisas que acontecem, mudar o desfecho. Se tem alguma coisa dentro do atendimento daquela criança, daquela unidade que tu pudesses modificar o desfecho, ou daquela mãe, dentro da questão do pré-natal. (PAP 4)

Muito importante, porque eu acho que nós temos que ter os dados. [...]. Saber por que certas coisas acontecem para que se possa tomar medidas para que não voltem a acontecer, ou para que tenha mudanças para que diminua essa incidência. (PAP 8)

Eu entendo a importância que toda a morte infantil deve ser investigada para que não aconteçam novas. [...]. Eu acho que essa investigação só vem para tentar melhorar o serviço para que não ocorram mais mortes. Sempre vai acontecer aquelas por malformação que não são evitáveis, mas sempre tem mortes evitáveis. Às vezes, na visita tu vais ver que a mãe não fez nenhuma consulta de pré-natal e a gente tem que ver onde houve a falha. Isso vai servir para melhorar a qualidade do serviço e para diminuir os óbitos que são evitáveis. (PAP 10)

No entanto, a intencionalidade da realização da visita foi diferente entre os profissionais. Houve profissionais que consideram a visita domiciliar importante para qualificar as informações por meio do relato do familiar, e houve profissionais que avaliam a visita importante para (re)estabelecer o vínculo do usuário com o serviço de saúde, verificar suas necessidades na área assistencial em saúde e fazer os devidos encaminhamentos.

Eu acho que é importante porque é um momento que a gente, profissional de saúde, pode escutar aquela paciente. Porque muitas vezes, depois dessa situação de perda, elas não voltam mais no posto. [...]. Eu acho [a visita domiciliar] importante para poder ouvir essa mãe e dar um encaminhamento para um psicólogo [se tu observas alguma necessidade], para retornar no posto e tentar de novo. [...]. Também falar com algum familiar que participa junto. É toda a família envolvida. (PAP 5)

Eu não vejo a visita no domicílio como importante. Eu posso convidar para ir no posto e fazer essa abordagem. Aquilo que eu estou vendo na ficha do domicílio eu posso fazer aqui, eu não preciso invadir o espaço dela. [Eu acho que não] vai mudar eu ver se ela tem dois quartos, se ela tem encanamento, se ela tem saneamento básico. Eu acho que eu vou conseguir mais se eu conseguir construir uma relação legal com ela do que de outra maneira. Não vejo que a ficha domiciliar mude alguma coisa. Às vezes que eu tive experiência aqui no consultório foi até melhor do que na visita. (PAP 11)

O profissional de saúde, por meio da técnica da entrevista, tem a função de obter informações de interesse para a investigação formulando perguntas orientadas com um objetivo definido. A visita domiciliar tem grande importância, pois permite avaliar as condições físicas e ambientais em que vive a família do falecido (FRIAS *et al.*, 2013a).

Percebemos que os profissionais, por considerarem a investigação importante, preenchem a ficha como uma tarefa obrigatória, sem valorizar o ato da entrevista com a família no contexto geral da investigação. Não compreendem a importância da entrevista para qualificar a investigação, uma vez que a qualidade insuficiente das informações dos questionários dificulta a análise dos fatores que influenciaram os óbitos e, conseqüentemente, dificulta as ações de intervenção. Esses profissionais estão desarticulados de todo o processo, conhecem apenas a parte que lhes compete, prejudicando a compreensão da sua função e a efetividade da sua ação.

O papel do profissional de saúde que levanta os dados não é encontrar a causa da morte que está investigando, mas obter da forma mais isenta possível os dados necessários para que o grupo técnico de vigilância do óbito, após a avaliação das fichas, seja capaz de elaborar a conclusão da investigação. Para isso, o profissional de saúde deve preencher as fichas adequadamente. (FRIAS *et al.*, 2013a, p. 219)

Ao acompanhar o andamento da investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre, constatamos alguns entraves no seu funcionamento, destacando o retorno das fichas de investigação pelos serviços de saúde da atenção primária, o qual é feito com atrasos, dificultando a sua finalização. Quando realizamos o levantamento dos profissionais da atenção primária para participar da pesquisa, o que foi feito por meio das fichas da visita domiciliar preenchidas no ano de 2013, constatamos o pequeno retorno das fichas preenchidas e, em algumas delas, a ausência de identificação do profissional que a preencheu. Encontramos relatórios informando, em certos casos, os motivos de não ser realizado o preenchimento da ficha da visita domiciliar. Durante os primeiros meses de participação nas

reuniões, percebemos que os atrasos no retorno das fichas de investigação pelos serviços de saúde da atenção primária eram um problema também nos anos seguintes.

A exigência, por parte da presidência do CMI, em relação ao retorno das fichas dentro do prazo necessário para a conclusão da investigação do óbito era constante nas reuniões que frequentamos. Na primeira reunião que participamos, quando o presidente abordou sobre o pequeno retorno das fichas de investigação ambulatorial e domiciliar em 2014 e nos primeiros meses de 2015, os representantes das gerências distritais responsáveis pela distribuição e pelo recolhimento das fichas nas unidades de saúde argumentaram sobre as dificuldades em realizar esse trabalho. Informaram que eles não têm retorno das fichas pelas unidades de saúde e que muitas unidades têm dificuldade em realizar a visita domiciliar por falta de estrutura dos serviços. Uma das dificuldades apontadas foi a de que os endereços das residências para a visita são distantes, de difícil acesso e não há transporte para os profissionais. Outras vezes, a região da residência é muito perigosa e os profissionais ficam com receio de realizar a visita por falta de segurança pessoal. Em compensação, também foi apontada uma estratégia para viabilizar a realização da visita domiciliar. Foi citado que, quando o endereço da família a ser entrevistada pertence a alguma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), as visitas são realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que já pertencem à comunidade, facilitando o acesso ao local.

Essas dificuldades foram apontadas em relatos sobre a visita domiciliar realizada por profissionais de saúde para o preenchimento da ficha de investigação do óbito infantil. Foi muito citada, principalmente pelos profissionais da UBS, a dificuldade de localizar as famílias para realizar a visita. Vejamos alguns depoimentos que corroboram as dificuldades apontadas:

Transporte a gente não tem. Quando é perto eu vou a pé. A gente tem um carro da Gerência que, se agendarmos, a gente consegue. Mas, às vezes, não consegue para o dia que precisamos. Quando tu consegues para o dia que tu queres, às vezes, não dá para sair. Então não é uma coisa tão fácil assim. (PAP 10)

Eu trabalho numa área que tem tráfico de drogas e as pessoas têm receio de responder algumas coisas. Já tive situação de investigação de óbito em que a família deu um endereço e não é onde ela mora. Isso ocorre por várias questões, por essas questões de tráfico. (PAP 4)

Aqui é um problema muito sério conseguir localizar os endereços em função de gangues. Eles trocam de endereço ou dão endereço errado. Teve uma vez que eu saí para fazer quatro avaliações e [não encontrei] nenhum endereço. Tinha um que era perto de um posto da Brigada, eu fui pedir ajuda e eles disseram: ‘não te arrisca a entrar porque é uma área invadida e eu não aconselho, eles já estão limpando, estão tirando as pessoas e tu não vai encontrar ninguém’. (PAP 11)

Os relatos dos profissionais de ESF também apontaram ser mais fácil para eles realizarem as visitas domiciliares nas investigações de óbito infantil.

Eu tenho o território definido, agente de saúde, a minha população já reconhecida, um limite geográfico não muito extenso. Assim como é fazer a visita domiciliar comum é fazer a visita domiciliar por este motivo. Não seria um problema para mim. Acredito que para outras equipes seja difícil o deslocamento porque é longe. Tem lugares que é de difícil acesso, o endereço e o telefone que têm não confere. (PAP 12)

Como é uma estratégia de saúde da família a gente já tem turnos predefinidos para realizar visita domiciliar. Então eu adequiei nos meus horários de visita domiciliar. (PAP 14)

Por ser um ponto de pauta permanente, em várias reuniões os representantes das GD apontaram suas dificuldades em retornar as fichas ao CMI no tempo estabelecido. Também apareceram como dificuldade: o atraso no recebimento das fichas para a investigação; dados incompletos para encaminhar as fichas para a investigação; falta de recursos humanos nas unidades de saúde para realizar a visita domiciliar e o preenchimento das fichas; necessidade das unidades de saúde de priorizar outras demandas mais urgentes na área da assistência; falta de comprometimento das unidades de saúde no preenchimento das fichas; falta de compreensão sobre a finalidade e a importância da investigação do óbito infantil; e falta de treinamento das equipes das unidades de saúde para realizar a visita domiciliar e para preencher as fichas. Foi citada a dificuldade de realizar a visita domiciliar pelo fato de abordar sobre a morte sem preparação para lidar com o sentimento de perda daquele familiar.

Os profissionais da atenção primária entrevistados também comentaram sobre como a investigação é enviada para a unidade de saúde, sobre quem deve realizar a investigação, sobre as estratégias de cada profissional para realizar a entrevista, sobre a ficha de investigação, etc.

Me enviaram os formulários e disseram que tinha que preencher. Eu sabia que era obrigatório fazer. Na graduação, eu tive contato com a vigilância na área de saúde coletiva. (PAP 12)

Eu sempre fiz desde que eu entrei lá. Porque eu não sei se tem uma profissão específica que seria apta a fazer essa investigação. Não seria uma coisa exclusiva do enfermeiro. Mas eu acho que tem que ter alguns critérios para fazer, para abordar a família, um pouco de vínculo, a forma como vai chegar. Porque, às vezes, é difícil para os pacientes entenderem porque estamos fazendo isso. Eles acreditam que estão querendo saber se o erro não foi deles, se eles foram negligentes ou não. (PAP 4)

Foi normal como uma visita. Tive todo um jeito, um carinho com a pessoa. Foi tudo bem calmo. Não tive pressa, deixei ela falar. Daí elas falam não só do filho, [mas] falam da vida delas, do marido. Começou a me contar toda [sua] vida. Eu acho que foi isso, foi tranquilo para mim. (PAP 5)

Eu li a folha antes. O que tinha que perguntar era tranquilo e estava bem claro para mim. O ruim é que quando a pessoa está muito abalada e tu começa a fazer muita pergunta tu te sentes meio constrangido. Tinha coisas ali que mais ou menos eu já sabia e nem perguntava, preenchi depois quando eu fui embora. Pedi o que ela tinha

para me comprovar e que eu pudesse olhar para não ficar perguntando. Ela me trouxe os documentos do hospital e eu fui anotando, para perguntar o mínimo possível para ela. Porque eu achei que ela não estava querendo falar muita coisa. (PAP 10)

Segundo Frias e colaboradores (2013a), a equipe da atenção básica da área de abrangência do local em que reside a família do falecido é que deve participar da investigação do óbito, pois favorece a coleta dos dados nos serviços de saúde e no domicílio em tempo adequado e facilita o estabelecimento de confiança e empatia com a família do falecido para obtenção de informações confiáveis na visita domiciliar.

Durante os primeiros meses em que acompanhamos as reuniões, verificamos que os principais problemas na investigação do óbito infantil eram os fluxos e o treinamento. Houve um posicionamento da presidência do CMI em relação às dificuldades elencadas pelos representantes das GD, no sentido de regularizar os encaminhamentos e fluxos, bem como de identificar os impedimentos para a realização da investigação do óbito infantil a contento (carência de recursos humanos, processo de trabalho) e encaminhar essas demandas ao gestor municipal. Tal fato gerou mudanças no fluxo da investigação do óbito infantil, determinadas pelo gestor municipal. A presidência do CMI relatou, em reunião, a preocupação do gestor municipal com o aumento da mortalidade infantil e que os novos fluxos foram elaborados em conjunto com o Secretário de Saúde e suas assessorias. A principal alteração foi no encaminhamento das fichas ambulatorial e domiciliar, que passaram a ser encaminhadas diretamente para as unidades de saúde e não para os representantes das GD. O papel desses representantes passou a ser o de monitorar o andamento da investigação, auxiliando e solucionando as dificuldades no preenchimento das fichas. Não houve alteração no fluxo dos encaminhamentos e preenchimento das fichas hospitalares.

A presidência do CMI também aponta algumas dificuldades para desenvolver o processo da investigação. Por exemplo, o mau preenchimento da declaração de óbito, especialmente em relação ao endereço, dificulta o georreferenciamento e o encaminhamento para a unidade de saúde correta, principalmente nos casos de residência em outro município, em que o óbito deve ser encaminhado para investigação no município de origem da criança. Outra dificuldade referida é a de que a ficha elaborada pelo Ministério da Saúde não contempla todas as informações necessárias para realizar a investigação, pois, nos casos de óbito neonatal, a ficha não aborda informações obstétricas da gestante, as quais podem esclarecer o desfecho ocorrido com o recém-nascido. Para driblar essas dificuldades, foi planejado capacitar os profissionais para o preenchimento da ficha conforme as suas necessidades, criando um instrumento em paralelo que aborda as informações que o CMI

deseja e que a ficha do Ministério da Saúde não contempla, pois a maioria dos óbitos do município são neonatais. Também foi solicitado aos hospitais que encaminhem, junto com a ficha hospitalar, uma cópia da investigação realizada pelos comitês hospitalares para complementar as informações necessárias a fim de auxiliar na apresentação do caso na reunião e na definição da causa do óbito.

O pouco contato com o tema da morte e o pequeno número de investigações realizadas por um mesmo profissional provocam um afastamento desse assunto que, geralmente, já é evitado por todos. É importante tornar esse tema um objeto de reflexão para os profissionais de saúde envolvidos na investigação do óbito infantil. Isso nos leva a discutir outro tema: que tipo de formação esses profissionais recebem para assumir suas funções. Recebem capacitação somente depois de estarem atuando? Ou, ainda, adquirem conhecimento somente com a sua prática? Essa questão será abordada no próximo eixo temático do nosso trabalho, ou seja, a **capacitação/formação** para a investigação do óbito infantil.

4.2.2.2 Capacitação/formação

Apesar da existência de legislação⁵ que oriente a constituição e o funcionamento dos comitês de mortalidade e do processo de investigação do óbito infantil, podemos verificar que o CMI e a investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre ainda encontram dificuldades de funcionamento concreto. A questão da necessidade de realizar algum tipo de capacitação dos profissionais de saúde para realizar a investigação do óbito infantil está presente na coordenação e nas reuniões do CMI.

Ao questionarmos os entrevistados sobre se receberam alguma modalidade de capacitação para ingressar no CMI e para realizar o preenchimento das fichas de investigação do óbito infantil, todos os integrantes do CMI informaram não ter recebido capacitação para participar do comitê. Somente três profissionais da atenção primária responderam positivamente.

No final de 2014, o pessoal do Comitê fez uma capacitação com a Gerência, porque foi uma das que tiveram mais óbitos [naquele ano], foi a terceira. [...]. Apresentaram os dados e fizeram uma capacitação/sensibilização com a Gerência e os representantes das unidades. (PAP 1)

Sim, eu tive uma capacitação sobre o óbito infantil. Eu lembro que foi bem interessante. Falou-se muito nas dificuldades de fazer esse trabalho. É bem difícil porque está lidando com sentimentos, como dor e, às vezes, revolta. Foi aqui na Gerência. (PAP 8)

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jan. 2010. Seção 1, p. 29.

Eu fiz uma capacitação para o preenchimento das fichas. Fiz lá na Prefeitura. Eu não lembro da carga horária, mas foi só sobre o preenchimento das fichas. (PAP 11)

Os demais entrevistados não foram capacitados previamente para desenvolver suas funções. Porém, ouvindo seus depoimentos sobre capacitação, podemos agrupar a capacitação em dois tipos, que definimos como: capacitação por outras instâncias e capacitação na prática.

Consideramos capacitação por outras instâncias quando os integrantes do CMI referiram ter recebido indicação de realizar um curso, na modalidade a distância, oferecido por uma instituição de saúde pública para integrantes de comitês de mortalidade. Um entrevistado realizou esse curso.

Eu fiz um curso a distância, pela Fiocruz, oferecido para integrantes dos Comitês e, quando terminou o curso, me convidaram para participar no Comitê do município, que estava se reestruturando. (CMI 3)

Quando iniciou o Comitê a Gerência deveria indicar um representante e a minha Gerência me indicou. Mas, na época, não teve nenhuma capacitação. Depois foi oferecido, para quem quisesse fazer, pela Fiocruz, um curso na modalidade EAD⁶. (CMI 4)

Eu iniciei, mas não concluí, um curso de investigação de mortalidade. Era um curso EAD. (CMI 14)

Outra situação referida pelos integrantes do CMI foi o auxílio recebido de outros colegas no esclarecimento e na orientação para seu ingresso no comitê. No entanto, isso não foi um curso de capacitação propriamente dito.

O representante que saiu me passou os documentos anteriores, me explicou o que é a investigação do óbito, para que serve. Ele falou como solicitar [as informações] para a unidade que teve óbito. O que ele me passou, numa reunião, foi isso. (CMI 11)

Não teve nenhuma capacitação. A enfermeira, que era responsável antes de mim, me passou o que ela sabia, os casos que ela tinha, mas não teve nenhuma capacitação. Nenhum curso, nada do tipo. (CMI 12)

Eu tive um treinamento diretamente com esse meu colega e com a enfermeira que fazia parte junto com. Eles [me explicaram] como se preenche as fichas, como eram as reuniões, essas coisas assim. Uma capacitação formal não teve. (CMI 13)

Alguns entrevistados referiram que a sua capacitação ocorreu no desenvolvimento das suas atividades relacionadas à investigação do óbito infantil. Essa capacitação denominamos capacitação na prática. São aqueles integrantes do CMI que participaram da criação do Comitê de Mortalidade (municipal ou hospitalar) e aqueles profissionais da atenção primária que foram adquirindo conhecimentos a partir de suas vivências. Vejamos os depoimentos de integrantes do CMI:

⁶ EAD – Educação a Distância.

Não tivemos capacitação. Quando eu participei da formação do atual comitê do hospital, tinha que iniciar do zero e não se tinha orientação. [Pegamos] o estatuto do Ministério de Saúde e estudamos, discutimos e fizemos o estatuto do comitê do hospital. Quando começamos a fazer as análises já tinha o Comitê do Município. Quando tínhamos dúvidas de como fazer e como concluir as análises, a gente conversava com o presidente para discutir algumas questões. Também lemos vários artigos que falava sobre conclusões de análise para nos instrumentalizar. (CMI 3)

Eu comecei a frequentar as reuniões, a investigar os óbitos e fui me apropriando mais disso fazendo isso. Eu fui aprendendo muito com as reuniões e aprendendo muito com as pessoas, porque ao investigar os óbitos as pessoas ensinam a gente também. (CMI 8)

Houve integrantes do CMI que se dedicaram a ler a legislação e os manuais elaborados pelo Ministério da Saúde numa ação autodidata de aprimorar seus conhecimentos para desempenhar adequadamente suas funções.

Nunca teve uma capacitação do Ministério da Saúde sobre as fichas e em relação à parte legal. Recebemos o material que o Ministério produziu e com esse material a gente teve que aprender e fazer. Eu acho que isso é uma coisa que atrapalha. Várias falhas que a gente tem acaba sendo exatamente por isso, porque a gente [não foi] capacitada de uma forma mais adequada para fazer este fluxo funcionar melhor. (CMI 9)

Eu fui descobrindo. Tinha um manual que eu li. Fui participando de todas as reuniões e fui entendendo como é que funcionava, o objetivo. Eu não imaginava que fosse tão instrutivo assim para mim e, aos poucos, eu fui gostando. (CMI 15)

Segundo os depoimentos dos profissionais da atenção primária, eles foram informados de que essa atividade deveria ser realizada, receberam as fichas e foram informados sobre o prazo da devolução. Portanto, aprenderam como fazer a partir da necessidade prática de realizar essa nova atividade estabelecida.

A gente recebe a ficha de investigação e faz a investigação. Preencho os dados conforme o prontuário responde às perguntas que tem ali, mas é baseado no que tu entendes de cada questão. Não teve nenhum momento que alguém sentasse e falasse o que seria importante ou não, ou se naquele momento seria adequado perguntar certas coisas. (PAP 4)

A gente tem uma enfermeira que é responsável na gerência por monitorar a investigação e ela me liga dizendo que tem até tal dia para fazer uma visita. Geralmente é logo depois do óbito. Ela me mandou os formulários, eu imprimi e me apropriei sobre eles. Tem um que é o domiciliar e tem outro que não, parecia, no começo, que eram iguais, mas depois eu li com calma e vi que eram diferentes. Depois eu fiz a visita domiciliar. (PAP 13)

Veio os papéis para a gente preencher, aquele questionário, e falaram que era para mais ou menos seguir o questionário. Mas não tive nenhuma oficina para investigação de óbito. Desde que eu estou aqui não teve nada. (PAP 14)

Observamos que os integrantes do CMI demonstram valorizar os momentos de participação nas reuniões como momento de capacitação, porém o ideal seria haver momentos

específicos a fim de desenvolverem melhor os conteúdos necessários para as suas atividades. Os profissionais da atenção primária manifestam seu posicionamento em relação à necessidade de capacitação e continuam buscando outras estratégias para adquirir melhor conhecimento.

Na capacitação na prática, houve aqueles profissionais que consideraram estar aptos a desempenhar as suas atribuições no processo de investigação do óbito porque possuem formação profissional na área da saúde, referindo a sua experiência profissional como uma capacitação. As manifestações desse tipo ocorreram mais no grupo dos profissionais da atenção primária.

As visitas domiciliares a gente já fazia por vários motivos, mas especificamente para esse preenchimento não. A gente foi, mas não teve uma capacitação específica. (PAP 1)

É tarefa da gente fazer isso, mas eu me senti bastante fragilizada e emocionada em função de reviver esse drama que ela tinha passado com a perda dos dois filhos. Então, foi bem sofrido para mim, mas deve ter sido muito mais sofrido para ela e para todas as pessoas envolvidas. (PAP 9)

Eu me senti capacitada para isso e fui sozinha com o questionário para preencher. [...]. Eu penso que quando tu escolhes fazer enfermagem tu já és uma pessoa que tem que ter um preparo psicológico para isso, porque em alguns momentos tu vais lidar com isso. Precisa de reforço. Precisa trabalhar e discutir essas coisas. [...]. Tu passas o dia inteiro trabalhando isso, situações de perda. E o que tu mais ouves é: ‘como é que eu lido com isso?’. Tu ficas triste como pessoa e como profissional, mas preparado psicologicamente. (PAP 15)

Veio para a coordenação do posto para fazer essa investigação do óbito infantil e eu me coloquei disponível para fazer sem ter tido nenhuma formação, só a minha formação técnica. (PAP 2)

É claro que um profissional de saúde tem condições de integrar um Comitê de Mortalidade ou realizar a visita domiciliar para preencher a ficha de investigação do óbito com a sua formação original. Porém, a capacitação/formação a que nos referimos consiste em preparar o indivíduo para assumir e exercer funções específicas e, sobretudo, lidar com a questão da morte e do morrer. O entendimento equivocado de que compreender e seguir as instruções de um manual prático é suficiente a fim de habilitar os profissionais para desempenhar essas funções demonstra a necessidade de capacitação/formação, ou seja, a necessidade de esclarecer e fazer entender aos indivíduos quais responsabilidades estão assumindo ao exercer essas funções.

[...] para a análise da situação de mortalidade, a execução de uma série de funções específicas e complementares da vigilância do óbito implica que cada profissional de saúde precisa saber de forma bem clara não só as suas próprias responsabilidades e atribuições, como as dos outros profissionais envolvidos na atividade. (FRIAS *et al.*, 2013a, p. 206)

Percebemos, nos depoimentos dos profissionais dos serviços de saúde, uma série de dificuldades em relação à ficha de entrevista domiciliar da investigação do óbito infantil. Esse é outro conteúdo que julgamos extremamente necessário ser abordado na capacitação/formação a fim de qualificar as informações para a análise fidedigna dos óbitos.

A seguir, veremos alguns depoimentos sobre a dificuldade com a ficha. Primeiramente, destacamos alguns depoimentos que se referem às perguntas que constam na ficha para a visita domiciliar. Os entrevistados não compreendem a necessidade de responder a algumas perguntas dependendo do caso investigado.

Porque tem coisas que são bem complicadas na ficha de investigação e a gente se questiona o que essas coisas que são perguntadas realmente fazem diferença ou não para a questão da investigação. Porque são coisas que estão bem dolorosas para quem sente a perda e também para quem trabalha, para quem tem filhos é complicado. Então, o que isso é realmente relevante para essa investigação. Se realmente aquele item que está ali vai fazer alguma diferença depois ou é uma simples pergunta. [...]. Por exemplo, perguntar para mãe se o bebê chorou quando nasceu é complicado. Faz diferença isso? Eu não sei, mas se está ali a gente faz. (PAP 4)

A gente tem dificuldade de entender alguns dados da ficha onde pergunta quantia de torneiras na casa, [por exemplo]. Isso para nós não é tão relevante, mas nos lugares que não tem é. Tem alguns itens que a gente não entende, mas eu vou estudar. [...]. Eu acho que consigo entender que algumas coisas influenciariam e outras não. [...]. Mas, eu entendo e consigo ter clareza de que se está ali na ficha é porque é importante para alguma coisa. Se eles estão perguntando para alguma coisa deve servir esse dado. Então, eu não deixo em branco, a não ser que não tenha mesmo como responder. (PAP 7 e CMI 10)

Percebe-se uma crítica dos profissionais de saúde entrevistados em relação à complexidade da ficha e à dificuldade em conciliar o roteiro a ser seguido com a interação com o familiar que a técnica da entrevista proporciona.

Eu acho bem complicada. Porque tu vais respondendo às perguntas, mas aquela mãe vai te contando. Até isso aconteceu na minha última visita. [...]. A pessoa vai falando e tu não pode seguir a ordem: agora eu vou para a primeira, agora eu vou para a segunda, agora vou para a terceira. Tem que esperar, deixar um tempo. Tudo tem que ser muito pausado. É bem demorada essa visita. São muitas perguntas, são folhas e folhas, mas deve ser importante todos aqueles dados. Eu acho que o formulário é muito grande, mas a gente segue. Por ser muito grande, às vezes, pode ser que falte alguma coisa. (PAP 5)

A ficha de investigação é bem complexa, às vezes, ela é repetitiva. Tem alguns dados que, no caso como eu fiz para gêmeos, eu tive que escrever praticamente as mesmas coisas. Com relação a gestante era tudo a mesma coisa. Ela tinha tido algumas intercorrências durante a gravidez. Neste momento de avaliar a ficha a gente também faz um ensaio, a gente também avalia do ponto de vista técnico e científico o que teria acontecido e as diversas causas que poderiam ter levado ao óbito. (PAP 9)

Os profissionais também comentaram sobre a extensão da ficha, o que torna o preenchimento cansativo, e consideraram repetitivo ter que preencher dois documentos com alguns dados idênticos.

Naquela época que eu fiz eu achei a ficha muito chata, era muita coisa. Eu acho que deveria ser muito mais sucinto. [A ficha] deveria ser muito prática. Por exemplo: fez pré-natal? Sim ou não. Por quê? É muita coisinha. [...]. Eu lia antes a ficha para me lembrar. Algumas coisas eu era obrigada a perguntar porque eu não me lembrava, mas uma grande parte das coisas eu ia perguntando porque eu achava que era aquilo. Eu acho que a ficha tem que ser muito prática, tem que ser bem sucinta. (PAP 10)

O preenchimento não foi tão difícil assim, ele é longo, extenso, maçante, repetitivo, mas em virtude de conhecer o caso não foi tão difícil de preencher. [...] São duas fichas, a ficha ambulatorial e a domiciliar, nas duas fichas pede a mesma coisa. Eu acho que poderia ser mais integrada, juntar as duas fichas. Eu sei que as perspectivas são diferentes. A ficha domiciliar é o que a mãe está falando e a outra é aquilo que unidade tem de informação. Só que se você acompanha o caso acaba sendo repetitivo e cansativo. Mas a gente precisa fazer, precisa fazer para ver o que se faz para evitar isso, para evitar o óbito infantil, evitar os problemas que existem na gestação. Isso acontece porque existe falha, em algum momento a falha está acontecendo. Eu acredito que através das investigações se consiga fazer alguma coisa. Então tu preenches na expectativa de que em algum momento, mais para frente, isso não aconteça mais. (PAP 12)

Os profissionais da atenção primária demonstraram interesse em realizar algum tipo de capacitação. Os motivos pelos quais esses profissionais consideraram necessário uma capacitação foram: ser difícil a abordagem da família no momento do luto; ter dúvidas sobre qual o melhor momento para conversar com a família sobre o óbito ocorrido; saber como lidar com as questões da morte de outrem sem se deixar afetar pelo sentimento do outro a ponto de atrapalhar a realização das perguntas; saber como superar o constrangimento de fazer algumas perguntas quando a família está muito abalada; entre outros. Um pequeno grupo disse não sentir dificuldade na abordagem da família em luto e em lidar com a dor da perda, e atribuiu essa facilidade à sua formação pessoal e experiência profissional. Esse grupo disse até aproveitar o contato com a família na investigação do óbito para verificar as necessidades na área assistencial em saúde e fazer os devidos encaminhamentos.

Eu acho importante as capacitações, porque nos fortalece com argumentos, com maneiras de como abordar. Eu não sei como eu vou dizer para a pessoa. Que é um formulário que veio da secretaria, que a gente tem que preencher com os óbitos menores de 1 ano. Eu tento explicar, mas eu queria estar mais empoderada desses dados. Que importância vai fazer na vida delas. A pessoa não quer falar sobre a dor dela para contribuir com dados. Porque para a pessoa não fica nada. Ela vai ter que abrir o coração dela, pegar os documentos e tal e para quê? Então, eu queria ter mais argumentos para poder fazer com que as pessoas colaborem para fornecer os dados. A capacitação dá mais subsídios. Capacitar a gente para fazer um trabalho legal e responder o questionário completo. (PAP 13)

Eu acho que teria que ter uma capacitação para a gente. Eu acho importante ter uma oficina. Quando chegou a investigação eu fiquei um pouco apreensiva de fazer sem ter um preparo. Por que é algo delicado. Acho que para as mulheres é ainda mais. As mulheres que não têm o costume e ainda têm filhos deve ser ainda mais delicado. (PAP 14)

O marco da reorganização do processo de trabalho nos estados e municípios para a vigilância do óbito infantil foi a Portaria n.º 72, de 11 de janeiro de 2010, e o lançamento do

Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (FRIAS *et al.*, 2013a).

As divisões de responsabilidades dos diferentes profissionais na execução e no monitoramento das etapas de vigilância do óbito garantem o cumprimento dos fluxos, dos prazos e da conclusão da investigação e estudo do óbito, e definições de medidas conforme as portarias que regulamentam a vigilância da morte materna, infantil e fetal. (FRIAS *et al.*, 2013a, p. 212)

Se considerarmos que as concepções sobre a morte influenciam a vida das pessoas e a sua atividade profissional, precisamos fazer uma reflexão sobre os aspectos psicossociais envolvidos na morte e sensibilizar sobre a importância de refletir sobre esse tema. A queixa da falta de preparo para abordar as famílias revela o medo do desconhecido. Assim, realizar atividades educativas e de discussão com as equipes de saúde a fim de realizar corretamente o levantamento dos dados e estudar o tema da morte pode trazer benefícios para esses atores no desempenho da função de investigar o óbito infantil (KOVÁCS, 2005; MORITZ, NASSAR, 2004).

É necessário capacitar/formar os profissionais de saúde para realizar a visita domiciliar e preencher a ficha na investigação do óbito infantil por meio da educação permanente em saúde. A educação permanente em saúde não é somente um treinamento, mas a construção do conhecimento movida pelo debate crítico, em que a aprendizagem é incorporada ao cotidiano do trabalho. A aprendizagem deve produzir um sentido para o sujeito (aprendizagem significativa) e fazer a interlocução com os problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências das pessoas (BRASIL, 2004).

Para tornar a aprendizagem significativa, o conhecimento precisa ser construído por meio da problematização. “Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e propondo soluções” (BRASIL, 2005b, p.8). O processo de capacitação dos profissionais de saúde para a investigação do óbito infantil deve se estruturar a partir da problematização da prática de realizar a investigação e dos problemas que impedem a qualidade das informações, permitindo refletir sobre dificuldades vivenciadas.

Frias e colaboradores (2013b) afirmaram que “grande parte do sucesso da vigilância do óbito depende da qualidade do processo de trabalho da equipe do município” (p. 243). A capacitação/formação torna todos os agentes envolvidos familiarizados com as suas atribuições e com o preenchimento da ficha de investigação. Os autores também sugerem como tópico para a capacitação/formação destes profissionais a “discussão das dúvidas e dos problemas vivenciados durante a atividade prática” (p. 243).

Assim, faz-se necessário: promover uma maior motivação e qualificação dos profissionais de saúde da atenção primária para realizar a investigação do óbito infantil; transformar a participação desses profissionais para que se tornem sujeitos ativos e não apenas executores de uma tarefa, integrando as ações do CMI com esses profissionais; e proporcionar a todos encontros periódicos para conversar sobre as suas dificuldades, suas inquietações, suas afetações, o que os mobiliza, tanto sobre o tema da morte quanto sobre a investigação do óbito.

Para concluir nossa análise sobre esse aspecto do processo de investigação do óbito infantil em Porto Alegre, apontamos a dedicação e o esforço que presenciamos, no período que frequentamos as reuniões, da presidência do comitê e da área técnica da saúde da criança da SMS em recuperar as fichas encaminhadas em 2015 a fim de qualificar a investigação realizada. Isso resultou positivamente, pois a maioria das unidades de saúde passaram a regularizar a devolução das fichas pendentes do ano anterior e a realizar as entregas do ano com menos atraso.

Em 2016, a presidência do CMI continuou intensificando a busca dos retornos das fichas e pudemos verificar um crescimento desses retornos em relação ao ano de 2015. Por exemplo, no período de janeiro a maio de 2015, houve 95 óbitos, e os percentuais de devolução das fichas ao CMI foram de 72% para as fichas hospitalares, 28% para as fichas ambulatoriais e 29% para as fichas domiciliares. No mesmo período de 2016, para um total de 69 óbitos, os percentuais foram de 75% para as fichas hospitalares, 61% para as fichas ambulatoriais e 70% para as fichas domiciliares.

Em relação à discussão de caso, em algumas reuniões, a discussão foi difícil devido à ausência dos profissionais da unidade de saúde envolvida no caso. Para esclarecer os fatos ocorridos e superar a insuficiência das informações apresentadas nas fichas da investigação, ficou estabelecido que os representantes das GD seriam informados previamente sobre o caso elencado para a próxima reunião, a fim de complementar as informações e chamar os serviços de saúde envolvidos para trazer informações complementares sobre os acontecimentos e detectar as falhas a serem corrigidas. A ausência nas reuniões dos representantes de alguns hospitais também prejudicou a discussão em alguns casos. Porém, conforme o Regimento Interno, esses participantes são membros indicados e deveriam estar presentes em todas as reuniões.

Podemos observar que, ao analisar as causas do óbito infantil, surgem questões relacionadas ao funcionamento em rede do sistema de saúde e às condutas profissionais propriamente ditas. Às vezes, houve discordância dos integrantes do comitê com as condutas

realizadas nos atendimentos prestados. Além disso, em muitas reuniões, ficou evidente o descumprimento de fluxos e protocolos estabelecidos para a rede de serviços.

Na última reunião de 2016, a presidência do CMI fez uma avaliação do ano em que apontaram a dificuldade no retorno das fichas de investigação, dificuldade essa que prejudicou a análise dos óbitos e de ações mais efetivas na evitabilidade do óbito infantil. Nos planos para 2017, foi elencado capacitar os profissionais da rede, melhorar o fluxo de cobrança e retorno das investigações, deliberar recomendações mais objetivas e fazer chegar aos profissionais/trabalhadores dos serviços de saúde os dados e as discussões realizadas no comitê. Essas são atribuições do CMI que precisam ser aprimoradas para incrementar a investigação do óbito infantil em Porto Alegre.

Após conhecer a estrutura organizacional e o funcionamento do CMI, vamos apresentar os participantes da pesquisa que desenvolvem as atividades da investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre.

4.3 OS ATORES ENVOLVIDOS NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL

Neste subitem abordamos, primeiramente, os dados sociodemográficos para traçar o perfil dos participantes da pesquisa. Depois, apresentamos os dados do questionário da *Escala de Ansiedade Perante a Morte de Templer* (ANEXO 2), e finalizamos com o desenvolvimento dos eixos temáticos **percepção** e **(re)ações** frente à morte e ao morrer.

4.3.1 O perfil dos participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 14 integrantes do CMI, 11 profissionais da atenção primária em saúde e 4 integrantes do CMI que também são profissionais da atenção primária e já preencheram a ficha de investigação do óbito infantil com as famílias.

Foi considerado como número total do grupo dos integrantes do CMI 18 participantes. Para o grupo dos profissionais da atenção primária, foi considerado como número total do grupo 15 participantes. As variáveis sociodemográficas pesquisadas foram gênero, idade, estado civil, local do nascimento, religião, número de filhos, formação profissional, nível de instrução, tempo de formação, local de trabalho, tempo de trabalho nos referidos locais.

No grupo dos integrantes do CMI, foram entrevistados representantes das GD, representantes de hospital e representantes da SMS-CGVS. Dois integrantes se identificaram como representantes de mais de uma instituição, sendo, então, também representadas duas faculdades e um conselho/associação profissional. Os dados sobre o tempo de participação dos integrantes no CMI estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Tempo de participação dos integrantes no CMI (em anos)

	n	Mínimo	Máximo	Média	DP
CMI	18	1	8	3,83	2,66

Fonte: Dados da pesquisa.

No grupo dos profissionais da atenção primária foram entrevistados 11 profissionais de UBS, 3 profissionais de ESF e 1 profissional da GD. Em relação às visitas domiciliares realizadas para a investigação do óbito infantil por esses profissionais, 33,3% (n=5) dos entrevistados realizaram uma investigação e 66,7% (n=10) realizaram duas ou mais investigações do óbito infantil.

No grupo dos integrantes do CMI, houve uma predominância do gênero feminino, com um percentual de 77,78% (n=14), em relação ao masculino, com um percentual de 22,22% (n=4). No grupo dos profissionais da atenção primária, todas as entrevistadas foram do sexo feminino.

Em relação ao estado civil, tanto no grupo dos integrantes do CMI quanto no grupo dos profissionais da atenção primária, houve um predomínio de pessoas casadas. No grupo dos integrantes do CMI, a maioria dos entrevistados nasceu na capital e, no grupo dos profissionais da atenção primária, a maioria dos participantes nasceu no interior do estado. A Tabela 3 apresenta os dados em relação ao estado civil e ao local de nascimento de cada grupo.

Tabela 3 – Dados de estado civil e local de nascimento dos entrevistados

	CMI		PAP	
	f	%	f	%
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

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados sobre a idade, o tempo de formado e o tempo de atuação profissional dos entrevistados em cada grupo encontram-se na Tabela 4. Observa-se uma grande variação entre o menor e o maior tempo de formado e de trabalho dos entrevistados.

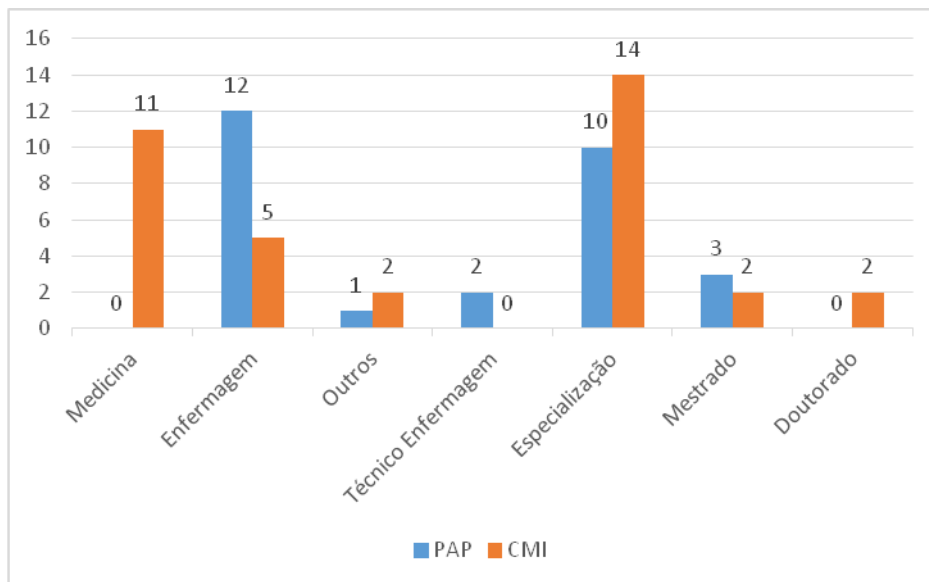
A formação profissional predominante no grupo dos integrantes do CMI foi medicina (61,1%), seguida de enfermagem (27,8%) e outras profissões da área da saúde (11,2%). Nesse grupo, todos possuem pós-graduação, com predomínio de 77,4% para especialização *lato sensu*. No grupo dos profissionais da atenção primária, a formação profissional mais frequente foi enfermagem, e todos os profissionais de nível superior desse grupo também possuem pós-graduação. A Figura 7 apresenta os dados sobre a formação profissional dos participantes da pesquisa.

Tabela 4 – Medidas de tendência central e de dispersão sobre a idade, tempo de formação e tempo de atuação profissional 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

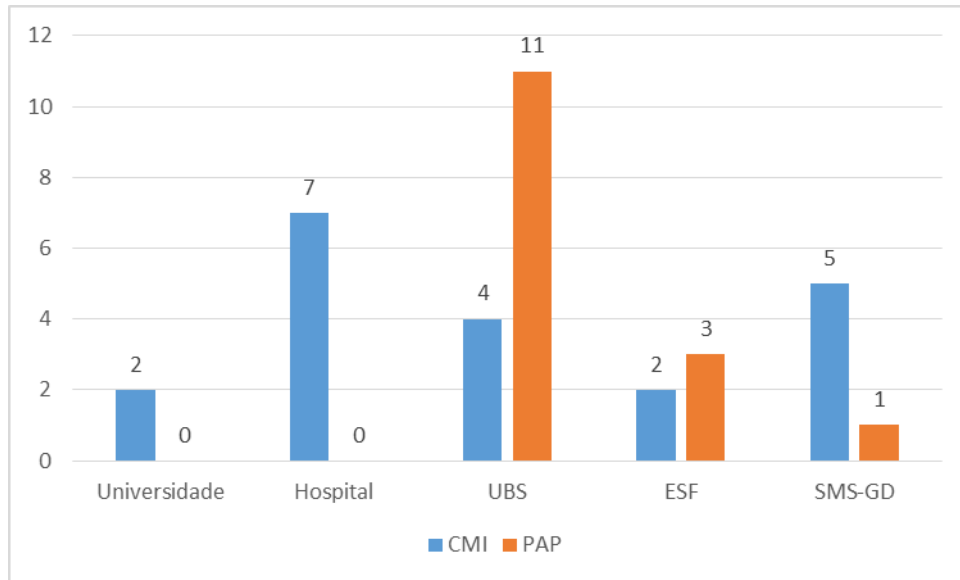
Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Figura 7 – Dados sobre a formação profissional dos entrevistados



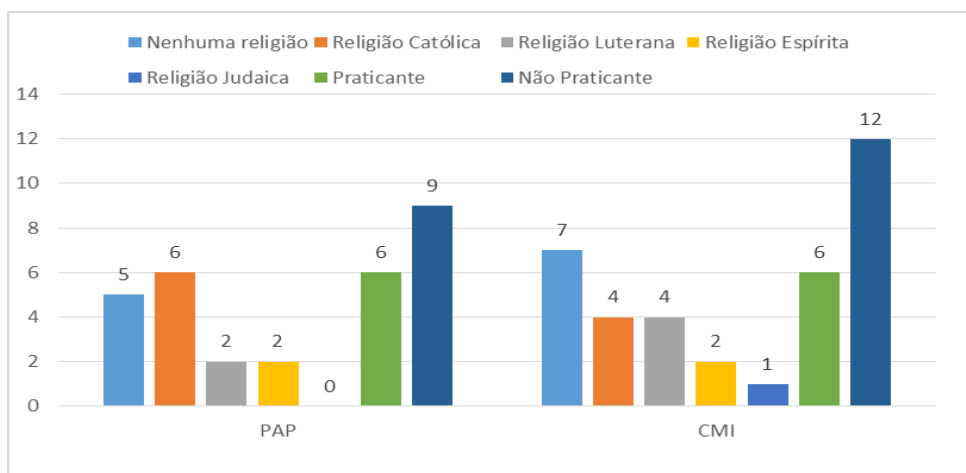
Fonte: Dados da pesquisa.

No grupo dos integrantes do CMI, o local de trabalho de maior ocorrência é o hospital e, no grupo dos profissionais da atenção primária, houve um predomínio de entrevistados que trabalham nas UBS. Dois integrantes do CMI representantes de hospitais também são professores universitários e se identificaram como representantes das faculdades da sua área profissional. Tal fato está incluído na Figura 8, que apresenta os dados sobre o local de trabalho dos entrevistados.

Figura 8 – Dados sobre o local de trabalho dos entrevistados.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na questão religiosa, no grupo dos integrantes do CMI houve um predomínio de entrevistados que se declararam sem religião (38,9%), diferentemente do grupo dos profissionais da atenção primária, em que 40,0% dos entrevistados se declararam católicos. Nos dois grupos, mais da metade dos participantes que declararam possuir uma religião ou professar uma doutrina específica informaram não serem praticantes da sua religião ou doutrina. A Figura 9 apresenta os dados sobre a religião de cada grupo.

Figura 9 – Dados sobre a religião dos entrevistados.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao número de filhos, no grupo dos integrantes do CMI, 66,7% (n=12) dos entrevistados informaram possuir filhos, sendo o número médio de 1,11 filho. No grupo dos

profissionais da atenção primária, 66,7% (n=10) dos entrevistados informaram possuir filhos, sendo o número médio de 1,0 filho.

Após a apresentação dos participantes da pesquisa, faremos a análise dos resultados da *Escala de Ansiedade Perante a Morte de Templer*.

4.3.2 A ansiedade perante a morte na investigação do óbito infantil por meio da Escala de Templer

O tema da finitude e da morte pode provocar sentimentos de medo e de ansiedade. Carneiro (2013), em seu estudo sobre a ansiedade perante a morte e imortalidade simbólica, aponta que, apesar dos esforços da psicologia na tentativa de operacionalização de conceitos e teorias sobre o tema da ansiedade perante a morte, há dificuldades para se chegar a um consenso, havendo discordâncias sobre a natureza uni ou multidimensional do conceito.

[...] Templer (1970, 1971, 1976) sendo um dos investigadores que mais importância deu a este tema, define mesmo quatro dimensões relativas à ansiedade perante a morte, e refere que a mesma está dependente do estado de saúde psicológica geral do indivíduo. Uma ligada à preocupação com o impacto cognitivo e emocional do morrer e da morte; outra associada à antecipação e medo das alterações físicas que o morrer e a morte acarretam; uma terceira relacionada com a percepção do tempo e por fim uma dimensão referente à preocupação com o stress e a dor que acompanham a incapacidade, a doença e a morte. (CARNEIRO 2013, p. 40-41)

Aquino e colaboradores (2010) realizaram um estudo que objetivou identificar as relações entre visões de morte, o nível de ansiedade perante a morte e o vazio existencial. Nesse estudo, apresentaram conceitos de vários autores sobre a ansiedade e fazem uma diferenciação entre ansiedade e medo:

Segundo Brandão (2005) e May (1991a), o medo se distingue da ansiedade na medida em que é uma reação a uma ameaça conhecida, dinamizada pela situação, em que o indivíduo reage para fugir ou evitar o perigo, enquanto que a ansiedade constitui uma resposta a situações desconhecidas – sentimo-nos ameaçados sem, porém, saber o que fazer para enfrentar o perigo. Nesse contexto, pode-se entender que a ansiedade é uma das grandes ameaças do ser humano. (AQUINO *et al.*, 2010, p. 293)

Assim, a ansiedade perante a morte será “um medo [...] mais ou menos concreto ou difuso [...] daquilo que rodeia o acto próximo e imediato de morrer e do que eventualmente acontecerá para além da morte” (SANTOS e PINTO, 2009, p. 383).

A ansiedade e o medo da morte podem ser correlacionados com variáveis como idade, gênero, religião, entre outras. Entretanto, alguns estudos parecem concluir que o medo da morte está mais relacionado com a personalidade e o sentido de bem-estar do que com essas variáveis (CAMPELOS, 2006).

Para avaliar a ansiedade, foi utilizada a *Escala de Ansiedade Perante a Morte de Templer* (1970), traduzida e adaptada por Santos (1994). Essa escala já foi traduzida em várias línguas, como árabe, chinês, holandês, alemão, indiano, italiano, japonês, coreano, espanhol, português, entre outras.

Os resultados que serão apresentados referem-se às análises estatísticas baseadas nos dados obtidos das respostas dos questionários, ou seja, o total de pontos obtidos na soma dos escores da escala utilizada. Os dados foram analisados por meio de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (valor mínimo, valor máximo, desvio-padrão) em associação com os dados do perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Nessa análise, foi considerado o total de 18 entrevistados para o grupo dos integrantes do CMI e o total de 15 entrevistados para o grupo dos profissionais da atenção primária.

A Tabela 5 apresenta a distribuição da pontuação encontrada na tabulação dos escores das respostas da escala dos participantes em cada grupo. Considerou-se a seguinte correspondência entre a pontuação da escala e a ansiedade perante a morte: de 15 a 35 pontos como pequena ansiedade; de 36 a 55 pontos como moderada ansiedade; de 56 a 75 pontos como elevada ansiedade. Podemos inferir que os dois grupos avaliados apresentaram uma moderada ansiedade perante a morte, com dados semelhantes entre os grupos.

A proporção no grupo dos integrantes do CMI foi de 11,12% para pequena ansiedade, 77,76% para moderada ansiedade e 11,12% para elevada ansiedade perante a morte. No grupo dos profissionais da atenção primária, a proporção foi de 6,67% para pequena ansiedade, 79,99% para moderada ansiedade e 13,34% para elevada ansiedade perante a morte. A Tabela 6 apresenta as medidas de tendência central e dispersão do grupo dos integrantes do CMI e do grupo dos profissionais da atenção primária.

Tabela 5 – Distribuição da pontuação da *Escala de Ansiedade Perante a Morte de Templer*

CMI			PAP		
Pontuação	f	%	Pontuação	f	%
33	1	5,56	31	1	6,67
34	1	5,56	42	1	6,67
36	1	5,56	43	2	13,33
39	1	5,56	44	1	6,67
41	1	5,56	46	1	6,67
42	3	16,65	48	2	13,33
44	3	16,65	49	1	6,67
48	1	5,56	50	2	13,33
50	2	11,11	52	2	13,33
51	1	5,56	57	1	6,67
54	1	5,56	59	1	6,67
57	1	5,56			
58	1	5,56			

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 6 – Medidas de tendência central e medidas de dispersão da *Escala de Ansiedade Perante a Morte de Templer* dos grupos avaliados

	n	Mínimo	Máximo	Média	DP
CMI	18	33	58	44,94	7,34
PAP	15	31	59	47,86	7,09

Fonte: Dados da pesquisa.

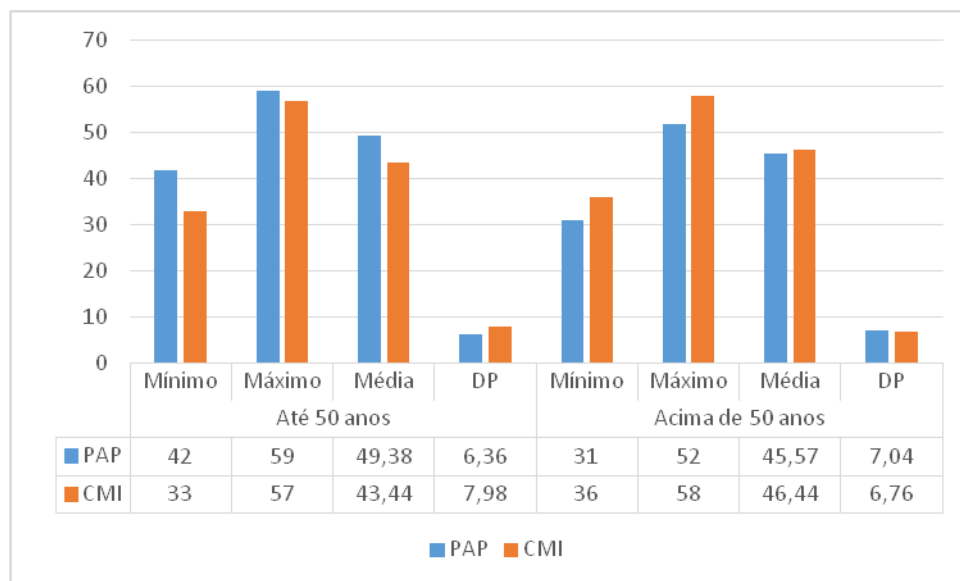
A idade tem sido considerada uma variável representativa da ansiedade perante a morte. Alguns estudos não encontraram relação entre a ansiedade perante a morte e a idade, e outros apontaram uma correlação negativa entre a ansiedade perante a morte e a idade (CARNEIRO, 2013; SANTOS e PINTO, 2009; CAMPELOS, 2006).

Há autores que aceitam uma relação direta entre a ansiedade perante a morte e a idade, ou seja, à medida que os indivíduos envelhecem e se aproximam da morte aumenta a sua ansiedade diante dessa realidade. Outros autores demonstram que a população idosa apresenta menos ansiedade perante a morte do que a população mais jovem, ou seja, quanto maior a

idade, maior é a maturidade psicológica e menor é a ansiedade perante a morte. Há uma ideia de que os idosos aceitam melhor a morte porque já tiveram tempo de viver plenamente e tendem a considerar suas vidas menos valiosas que a vida dos jovens. Porém, aspectos como a ocorrência de problemas de saúde, institucionalização, baixas crenças religiosas, entre outros, podem causar elevada ansiedade perante a morte (CARNEIRO, 2013; CÓTICA, 2011; CAMPELOS, 2006).

Para analisar se a ansiedade perante a morte varia com a idade nos participantes da pesquisa, cada grupo de participantes foi dividido pela faixa etária até 50 anos e acima de 50 anos de idade. A Figura 10 apresenta a relação da pontuação da escala com a idade. Observa-se que o grupo dos profissionais da atenção primária apresenta a média maior na faixa etária até 50 anos e que o grupo dos integrantes do CMI apresenta a média maior na faixa etária acima de 50 anos. Tal fato demonstra o debate entre alguns estudiosos em estabelecer uma relação direta entre a ansiedade perante a morte e a idade.

Figura 10 – Ansiedade perante a morte em relação à idade



Fonte: Dados da pesquisa.

Complementamos a relação do nível de ansiedade perante a morte indicado por meio da pontuação obtida na escala com alguns depoimentos dos entrevistados. Ao serem questionados sobre a sua percepção sobre a morte, percebemos uma relação com a idade. Vejamos:

Se tu me perguntasses isso há uns 40 anos atrás eu ia dizer que é pânico. Uma angústia no peito. Uma sensação assim: vou ser enterrada e agora acabou. Mas, a gente vai crescendo, vai vivenciando mortes de pessoas que tu gostas e tu imaginas

que tem que ter outra etapa depois da morte. Então, aquela angústia, aquele pânico, não tenho mais isso. (PAP 2)

Tu sabes que até uma certa idade eu nunca pensei que eu era mortal. Eu procuro não pensar muito, procuro pensar em viver muito intensamente cada dia. (CMI 16)

Eu às vezes penso, até por causa da minha idade, eu penso que é um momento que a gente vai passar, que não tem escapatória. (CMI 3)

Em relação ao gênero, parece existir uma tendência, em grande parte dos estudos, em não encontrar diferenças significativas na ansiedade perante a morte entre homens e mulheres. Mas há estudos que sugerem a ansiedade frente à morte em níveis mais elevados nas mulheres. Para explicar esses resultados, esses estudos justificaram que as mulheres têm menos dificuldades de expressar seus sentimentos e preocupações e que elas apresentam níveis mais altos nas investigações sobre ansiedade (CARNEIRO, 2013; SANTOS e PINTO, 2009; CAMPELOS, 2006).

A Tabela 7 apresenta a relação do resultado da escala com o gênero, com o estado civil e com a crença religiosa. Percebe-se uma diferença mínima na média da pontuação das mulheres e dos homens nos grupos estudados, sugerindo a mesma tendência referida anteriormente em alguns estudos, de que não há diferenças na ansiedade perante a morte entre homens e mulheres. Nas mulheres, as médias da escala nos dois grupos foram semelhantes.

No que tange ao estado civil, Minear e Brush (1980) e Santos (1999) verificaram que homens casados apresentavam menor ansiedade perante a morte que homens solteiros. Porém, vários estudos não encontraram diferenças significativas entre ansiedade perante a morte e estado civil (CARNEIRO, 2013). Em seu estudo, Carneiro (2013) analisou 103 pessoas e encontrou diferenças significativas na ansiedade perante a morte de acordo com o estado civil. Nesse estudo, indivíduos divorciados, solteiros e separados apresentaram mais ansiedade perante a morte do que indivíduos casados.

Com relação à ansiedade perante a morte em função do estado civil, podemos constatar que tanto nos profissionais da atenção primária quanto nos integrantes do CMI foram os indivíduos casados que apresentaram elevada ansiedade perante a morte. Esses achados corroboram com os estudos que não encontraram diferenças significativas para a ansiedade perante a morte em relação ao estado civil.

Tabela 7 – Ansiedade perante a morte em relação ao gênero, ao estado civil e à crença religiosa

	PAP					CMI				
	n	Mínimo	Máximo	Média	DP	n	Mínimo	Máximo	Média	DP
Gênero										
Homens	0	-	-	-	-	4	42	48	44,5	2,57
Mulheres	15	31	59	47,6	6,73	14	33	58	45,7	8,30
Estado civil										
Solteiro	5	43	52	48,8	3,42	5	36	50	43,2	6,45
Casado	8	42	59	49,5	6,04	8	33	58	47,0	8,60
Divorciado	2	31	43	37,0	8,48	4	34	48	41,5	5,74
Viúvo	0	-	-	-	-	1	-	51	-	-
Crença religiosa										
Sem religião	7	43	57	49,6	5,41	5	36	57	44,6	6,87
Com religião	11	31	59	46,6	7,36	10	33	58	45,2	7,94

Fonte: Dados da pesquisa.

Outra variável que vem sendo estudada é a crença religiosa. A maioria dos estudos evidencia que a crença religiosa não interfere na ansiedade perante a morte, mas canaliza o medo para os problemas específicos de cada religião. Outros estudos constataram que a pessoa mais religiosa está relacionada com menor ansiedade perante a morte (ANDRADE, 2007). Na opinião de Rebelo (2004), os ateus experimentam níveis moderados de ansiedade perante a morte porque, como não têm crença na vida para além da morte, preocupam-se, sobretudo, com o que desejavam fazer e não conseguiram durante a sua existência. Assim, não temem a morte, experimentando apenas alguma inquietação relacionada ao momento e à maneira como ela ocorrerá (CARNEIRO, 2013; CAMPELOS, 2006).

Na Tabela 7, podemos verificar que houve pequenas diferenças entre os participantes que possuem alguma crença religiosa e os que não possuem. A média da pontuação da escala

foi semelhante no grupo dos profissionais da atenção primária e no grupo dos integrantes do CMI, e a pontuação variou nas faixas de pequena, moderada e elevada ansiedade perante a morte.

A crença religiosa também foi abordada na entrevista semiestruturada, e podemos perceber que alguns entrevistados utilizam a crença religiosa como um suporte e um consolo nas situações em que precisam lidar com a morte. Acrescentamos alguns depoimentos que demonstram esses fatos.

Eu acredito que a espiritualidade ajuda muito. Eu sempre pergunto como é que está a espiritualidade [da pessoa]. Espiritualidade é Deus. Como está a relação com Deus, se tem alguma religião. Procura a tua religião, a tua espiritualidade. Acho que vai te ajudar bastante neste momento que tu estás passando. Acho que vai te dar um conforto. Aquela dor vai continuar, mas vai amenizar se tu tiveres aquela relação com Deus. Mas é que eu tenho isso, essa relação com Deus que me conforta. E eu acho que eu passo isso para eles. (PAP 5)

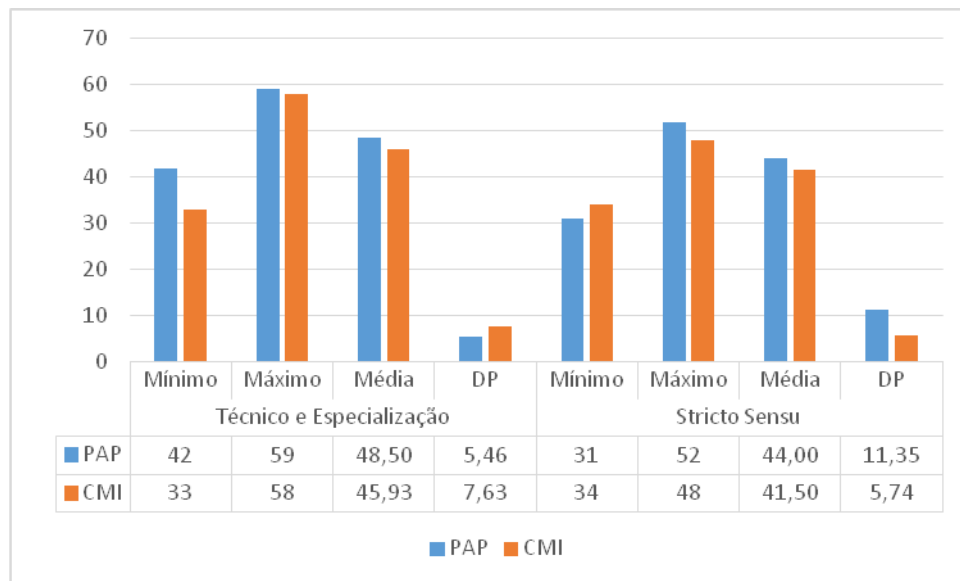
Eu acho que não só uma percepção com a morte, mas no viver. E quando pensa em viver a gente acaba pensando que tem um morrer também. O corpo tem um momento que ele vai morrer, mas essa questão do Espiritismo me dá ter fé, me dá um sentido para tudo que a gente está vivendo aqui. Por que a gente passa por certas coisas? Por que que é tão difícil algumas situações? Parece que ameniza buscar no espiritismo. Eu estou buscando. Eu comecei a ler algumas coisas e acho que dá um sentimento de alívio para as coisas que acontecem de ruim, que a gente fica triste. (CMI 11)

Eu não tenho religião. Eu penso na minha morte. Eu tenho medo da morte. Eu tenho medo principalmente dos meus morrerem. (CMI 5)

Em relação ao nível de instrução, Carneiro (2013) cita que Santos (1994) não encontrou diferenças significativas em relação à ansiedade perante a morte para níveis de instrução diferentes. No entanto, Bolt (1978) diz que a ansiedade perante a morte está inversamente relacionada com o grau de instrução.

Para analisar se a ansiedade perante a morte variou de acordo com o nível de instrução dos participantes, nós os dividimos em dois grupos: Grupo 1, com indivíduos com curso técnico profissionalizante e com especialização; Grupo 2, com indivíduos com mestrado e doutorado (*stricto sensu*). A Figura 11 apresenta os dados em relação ao nível de instrução dos participantes e demonstra que, no Grupo 1, houve maior dispersão na pontuação, ou seja, os entrevistados apresentaram pontuação nas três faixas (pequena, moderada e elevada intensidade). No Grupo 2, os entrevistados apresentaram pontuação para pequena e moderada intensidades perante a morte. Dessa forma, suspeita-se que a ansiedade perante a morte seja menor no grupo com indivíduos com mestrado e doutorado.

Figura 11 – Ansiedade perante a morte em relação ao nível de instrução



Fonte: Dados da pesquisa.

Relacionar o nível de instrução com a ansiedade perante a morte com profissionais da área da saúde pode ser ainda mais difícil na medida em que esses profissionais têm a sua formação voltada para curar doenças e prolongar a vida e não para enfrentar a morte e o processo de morrer, podendo gerar mais ansiedade. Vejamos alguns depoimentos que nos levam a pensar sobre como a formação profissional pode influenciar na percepção da morte.

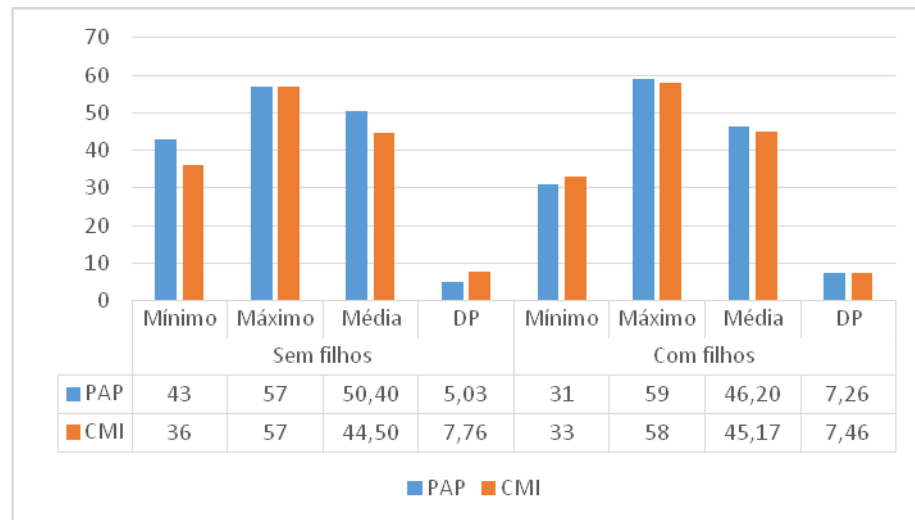
Eu resolvi trabalhar com ginecologia e obstetrícia porque eu preferia a vida. Na época da faculdade [sempre] a morte me chocava muito, essa ideia de finitude me chocava muito. (CMI 1)

Eu digo que, embora eu tenha 23 anos de terapia intensiva e de medicina, eu sempre choro as minhas mortes. Eu sempre sinto a morte dos meus pacientes. Para mim a morte de um paciente nunca é sem significado. (CMI 5)

Carneiro (2013) analisou em seu estudo se há diferença na ansiedade perante a morte em pessoas que possuem e que não possuem filhos. Foram analisadas 103 pessoas e não foram encontradas diferenças significativas entre indivíduos com e sem filhos.

A Figura 12 apresenta a relação da escala com o fato de possuir filhos ou não. Verifica-se uma semelhança entre os entrevistados sem filhos e os entrevistados com filhos nos dois grupos na pontuação da escala. O grupo dos profissionais da atenção primária sem filhos apresentou pontuação referente à moderada e elevada ansiedade perante a morte, e entre os demais também houve pontuação referente à pequena ansiedade perante a morte.

Figura 12 - Diferenças entre indivíduos com e sem filhos em relação à ansiedade perante a morte



Fonte: Dados da pesquisa.

No grupo dos profissionais da atenção primária que realizaram a visita domiciliar para a investigação do óbito infantil, as participantes que possuem filhos relataram dificuldades para realizar a entrevista com a mãe em luto, pois pensavam como estariam se fosse o óbito dos seus filhos. Pode-se perceber esse fato nos depoimentos a seguir:

Porque são coisas que estão bem dolorosas para quem sente a perda e, também, para quem trabalha, para quem tem filhos é complicado. Então, o que isso é realmente relevante para essa investigação. (PAP 4)

É tarefa da gente fazer isso, mas eu me senti bastante fragilizada e emocionada em função de reviver esse drama que ela tinha passado perdendo dois filhos. Foi bem sofrido para mim, mas deve ter sido muito mais sofrido para ela e para as outras pessoas envolvidas. (PAP 9)

Vimos, pela análise desta escala, que a questão da morte e do morrer pode gerar sentimentos de medo e ansiedade. A seguir, veremos como os entrevistados expressaram seus sentimentos em relação à questão da morte e do morrer por meio da entrevista semiestruturada.

4.4 CONCEITOS E ATITUDES EM RELAÇÃO À MORTE E AO MORRER

Segundo Chiavenato (1998), 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” (p.7). São essas ideias, argumentos e hipóteses reveladas pelos participantes da pesquisa, as suas reações e seus costumes diante da morte e do morrer, no âmbito pessoal e profissional, que vamos explorar nos próximos eixos temáticos.

4.4.1 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 coisa é pensar 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)

Segundo Rodrigues (2006), o evento da morte entre os animais não envolve comportamento convencional. Suas respostas são definidas pelas leis da sua espécie e não possuem a 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 da sua morte e da morte dos outros, as quais podem variar desde modificar a maneira de ver a vida até uma comoção com a morte.

Desde a criação do mundo, já era sinalizado que o homem possuía (possui) medo do que lhe é desconhecido, sendo que a morte e o morrer figuram nesse grande imaginário desconhecido ao longo do tempo. Apesar do desenvolvimento social, das mais incríveis descobertas e da incessante busca pelo mundo “perfeito”, 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)

Este eixo temático surgiu a partir das respostas a duas perguntas do roteiro de entrevistas: “Para você o que representa a morte?” e “Para você o que significa morrer?”. A maioria dos participantes da pesquisa evidenciaram não pensar sobre essas questões, e titubeavam ao responder às perguntas, evidenciando apreensão com elas. As respostas a essas

duas perguntas foram semelhantes, e os participantes demonstraram não fazer distinção entre o significado de morte e o significado de morrer. Pareceu que, quando falavam sobre a morte, se referiam à morte de outras pessoas e, ao se referirem à palavra morrer, relacionavam com a sua própria morte.

Segundo 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. No entanto, concordamos com Azeredo (2016) quando aponta que a morte em si não é apenas um evento biológico, mas uma construção social, de modo que o seu significado pode ser construído em cada momento histórico. Vejamos alguns significados referidos pelos participantes da pesquisa.

Um grupo de entrevistados relatou que a morte representa uma fase ou uma etapa da vida, um ciclo da nossa existência humana que se encerra.

Acho que a morte é uma etapa... uma etapa da existência. Ah... Difícil para gente que trabalha com saúde acreditar num fim. Até porque a gente precisa acreditar em algo maior, numa energia maior, em um ser maior para poder fazer sentido o [nosso] trabalho. Então, eu acho que é uma etapa e a gente tenta fazer tudo que pode para tentar que ela seja mais distante, para afastá-la o máximo possível. (CMI 1)

Para mim, é uma fase da nossa vida. Em algum momento, nós vamos chegar lá. Pode vir de repente, pode vir aos poucos, pode vir muito cedo na vida ou não. Se a gente pensa em ciclo de vida, imagina que não deveria acontecer nas fases iniciais da vida. (CMI 3)

A gente tem duas certezas, nascer e morrer. É um ciclo. O ciclo da vida. (CMI 10 e PAP 7)

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. [...]. Mas eu tento explicar que é o ciclo dessa pessoa que era curto. Então, essa pessoa tinha que viver pouco. E nós que ficamos aqui é que temos que aprender com isso. (PAP 9)

Chiavenato (1998) apresentou a ideia da morte como uma nova vida, o que implica imortalidade da alma, ou seja, com a morte a alma se desprende do corpo, e tal separação pode resultar na reencarnação ou em uma vida imaterial.

Lembramos Siqueira (2005, p.38), quando diz:

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 [...].

A resposta que apareceu com maior frequência nos depoimentos coletados foi a de que a morte representa um momento de “passagem” para outra etapa, para outra fase, para outro nível, rejeitando a possibilidade da finitude da morte.

A morte é uma transformação, é uma passagem. Eu acho que a gente está aqui de passagem. (CMI 8 e PAP 3)

A morte não é o fim é só uma passagem para outro lado. (CMI 16 e PAP 11)

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. (PAP 4)

Rodrigues (2006) referiu que, em diferentes culturas, a morte abre as portas para outra vida, para um além, pois ela “é entendida como um deslocamento do princípio vital” (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 o nascimento; uma imagem de sono, em que a morte é o 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.

Entretanto, todas essas representações tranquilizantes em última instância podem se reduzir a um repertório de categorias gerais que a humanidade produziu no correr do tempo e cujos termos [...] normalmente não se excluem e frequentemente coexistem em uma mesma cultura: morte-passagem, morte-libertação, convívio-eterno-com-o-criador, aniquilação-do-nada-que-é-tudo, ressurreição, reencarnação, metempsicose, possessão, permanência-atraves-dos-descendentes, morte fecunda... A morte em suma, será sempre 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)

Ariès (2001) também referiu 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.

Outros participantes, 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.

A morte representa uma passagem deste para um outro mundo. Eu não acredito na morte como um fim, [mas] que a gente passa por processos evolutivos. (PAP 8)

A gente tem a cultura de que a morte seria o fim. A gente sabe que outras culturas não consideram assim, [veem] a morte como um novo caminho, uma nova fase, que não termina aqui, que existem outras etapas. [...]. Mas, para mim, a morte representa uma passagem. Chega um momento que a gente tem que fazer essa passagem. (PAP 14)

Eu acredito que seja uma passagem. [...]. Acho que a gente tem começo, meio e fim. A gente vem com um propósito para cá, alguma missão, alguma coisa. Alguns vão mais cedo. É um processo de crescimento, tanto para quem vai como para quem

fica. [...]. Para mim, a morte é um processo. Para alguns, vem muito cedo e, para os que ficam, é muito dolorido. (PAP 15)

Quando uma pessoa morre, desaparece com ela não apenas os sentidos e a funcionalidade orgânica. Esvaece o que aquela pessoa representou na sociedade, na sua família, no seu 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).

No homem a morte é mais ‘complexa’, pois morre não somente o corpo, biologicamente, cientificamente, mas também morre o ser que habita aquele corpo, há morte profissional, familiar, dentre outras. (ALVES e CASAGRANDE, 2016, p. 3)

Também houve depoimentos em que a percepção da morte foi referida como “passagem” associada a um momento de “perda” e em que os entrevistados demonstram o sentimento de dor e o sofrimento com a morte de alguém.

Representa uma perda. Como eu acredito na religião Espírita, depois que a gente morre existe a alma e que esta vai para algum lugar onde reencontramos todo mundo. Mas a morte em si, para mim, mesmo acreditando que exista alguma coisa depois, é um sofrimento, saudade, perda. (CMI 12)

Uma passagem para o outro plano espiritual. Uma perda, uma dor muito grande, mas não é o fim. (CMI 15)

Pergunta capciosa. Eu acho que é um momento de perda. [...]. É tu perder um pedaço de ti mesmo com a morte da outra pessoa. (PAP 12)
É uma passagem. É não ter mais as pessoas que tu amas materialmente. A dor que tu vais sentir, o vazio que tu vais deixar é um desconhecido. (CMI 15)

Chiavenato (1998) faz referência ao apego do homem moderno às pessoas, em que a morte de uma pessoa é sentida como uma perda pessoal, análoga à perda de um objeto.

Para esse homem o outro não morre: é subtraído do seu convívio, “já não está mais entre nós”, uma frase comum. Ele fica sem a posse do morto e, mais do que isso, sem os favores, prazeres etc. que o morto lhe proporcionava. De certa forma o homem contemporâneo trocou o “ser” pelo “ter” e já não entende o amor sem a posse do objeto amado. 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) analisou a ligação da morte com o sofrimento humano questionando se é necessário relacionar a variável morte com a variável sofrimento e em que medida isso ocorre. Defendeu a tese de que morte e sofrimento humano são distintos e não caminham juntos necessariamente. Atribuiu que a morte, por ser talvez o último dos processos dinâmicos da vida, possui um caráter necessário. No entanto, o sofrimento humano é eventual, podendo ser vivido ou não por uma pessoa. Referiu 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 poucos recursos para a saúde pública que raramente contemplam as necessidades da população. Afirmou que, na verdade, parte do sofrimento humano, no que tange à vida e à morte, está relacionada com as questões públicas de falta de recursos e de acessos à saúde, as quais, conseqüentemente, não promovem a morte digna, sem sofrimento.

Podemos relacionar a visão de Chaves (2009) com o processo da investigação do óbito infantil. Ao pretender identificar se o óbito infantil investigado poderia ser evitado, a equipe que está envolvida na investigação se depara com as falhas na política pública da 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. (PAP 6)

Em alguns depoimentos, ficou evidenciado um cunho religioso e filosófico na percepção sobre a morte:

A morte, dentro do meu olhar mais religioso, e agora muito mais dentro do meu olhar holístico, é uma passagem deste momento que [estamos vivendo] para um outro ciclo. É o fechamento deste ciclo para passar para outro. [...]. É sofrido por todo o componente de sair daqui da terra para uma outra instância que sabe-se lá qual é. Mas, para mim, não é que me frustre. (CMI 2)

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. (PAP 5)

Eu tenho uma proximidade com a questão do Espiritismo, que coloca que a gente está aqui para aprender, que tem etapas que a gente tem que seguir e, se nós não seguirmos, nós vamos voltar. (PAP 2)

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. (CMI 4 e PAP 1)

Chiavenato (1998) afirmou que é difícil precisar quando surgiu a ideia de vida após a morte e compara a evolução dessa crença em diferentes culturas, do Egito Antigo, quando os egípcios acreditavam que os mortos precisavam de alimentos e condições para continuar a viver em seus túmulos, até “os religiosos desenvolverem uma teologia menos ingênua e mais complexa, porém desprovida de racionalidade” (p. 81).

A religião não é e nem deseja ser racional, tampouco pretende explicar ou esclarecer o “mistério” do homem: ela o apresenta como “produto” de Deus. [...]. Nos livros sagrados, o conceito de morte não é questionado, pesquisado ou debatido: é exposto como verdade. (CHIAVENATO, 1998, p. 93)

Os religiosos e os crentes veem na morte uma “passagem” para outro estágio, pois ela é uma nova etapa existencial. Somente os ateus aceitam que a morte extingue o ser humano (CHIAVENATO, 1998).

De acordo com Melo (2004), a percepção sobre a morte e o morrer pode ser diferenciada conforme a religião ou a filosofia que se escolhe para elucidar o fenômeno. Diferentes culturas apresentam a ideia de continuidade da vida depois da morte, sem considerá-la um fim em si mesma.

Pode se perceber uma certa tentativa de controle mágico sobre a morte ou sua aceitação incondicional, o que facilita sua integração psicológica, não havendo, portanto, uma cisão abrupta entre vida e morte. Isto, sem dúvida, aproxima o homem da morte com menos terror. (MELO, 2004, p. 10)

Um pequeno número de participantes referiu que a morte representa a finitude, sendo, também, associada à “perda” e ao sofrimento. A ausência de religião foi utilizada para justificar a sua percepção de finitude.

A morte é a finitude. Para quem fica, é uma perda. (CMI 7)

Que pergunta difícil. Muito filosófico isso. 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 final da vida. (CMI 13)

A morte representa o fim da vida. Pensando nesse contexto que eu tenho presenciado, é um momento de dor, de luto de sofrimento e de superação. (PAP 13)

Segundo Moritz (2005), a palavra *morte* frequentemente está associada a sentimentos de dor, separação e perda. A civilização ocidental foge desse tipo de sentimentos, portanto foge da morte. 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, devia ser escondida, saindo do ambiente familiar e indo para as instituições hospitalares, sendo os mortos mantidos à distância porque as pessoas tinham medo de que eles retornassem.

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

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)

Para Rodrigues (2006), “a morte do outro é o anúncio e a prefiguração da morte de ‘si’, ameaça da morte do ‘nós’” (p. 82). Isso foi evidenciado durante a realização das entrevistas. Após responder sobre qual a sua percepção da morte e sobre as questões referentes à investigação do óbito infantil, ao tentar dar o seu significado para *o morrer*, conforme mencionamos anteriormente, alguns entrevistados fizeram referência a sua própria morte, ou seja, manifestaram suas percepções, seus enigmas e seus anseios sobre a sua própria morte. A seguir, alguns depoimentos que remetem a concordar com o autor:

Eu acho que é tranquilo morrer. É uma coisa que a gente devia se preparar. Saber que um dia vai morrer, [e ter] uma vida onde você procura fazer as coisas direito, se tratar, não correr riscos, mas que vai ter o momento que é individual, é de cada um. (CMI 14)

[...] 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. (CMI 15)

[...] 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. (CMI 16 e PAP 11)

Aquela coisa bem simplista de partir dessa para uma melhor eu acho que é uma boa. Enfim, morrer [é] complicado, mas a gente morre. A gente não vai ficar para sempre [...] e quando chegar no final a gente consegue ver que terminou uma etapa aqui e pronto. (CMI 8 e PAP 3)

Eu acho que é um descanso. Eu acho que é bom estar vivo, eu acho bom estar aqui, mas eu acredito que também é bom morrer. É uma etapa também. É o final de um ciclo. (PAP 13)

Nos depoimentos colhidos, evidenciou-se falta de reflexão sobre a morte e o morrer no cotidiano dos entrevistados no processo da investigação do óbito infantil, fazendo com que o morrer pareça estar distante. Porém, ao refletir sobre o tema, durante as entrevistas, expressaram sentimentos diferenciados compreendendo a fragilidade e a finitude do ser humano.

[...] 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. Quando a morte atinge o homem, (dando algum sinal – uma doença grave, por exemplo), ou quando é percebida sua proximidade, a realidade que parecia tão segura a ponto de livrar cada um da morte, é quebrada em pedaços. (MELO, 2004, p. 3)

Após descrever como os profissionais envolvidos no processo da investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre percebem a morte, vamos apresentar o último eixo temático, em que os entrevistados expressaram suas reações emocionais e suas atitudes ao conversar sobre o tema e ao se deparar com a morte.

4.4.2 (Re)ações frente à morte e ao morrer

Ariès (2001) observou a atitude do homem diante da morte sob o ponto de vista histórico e sociológico, analisando diversos comportamentos e várias 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 eixo temático, agrupamos os depoimentos sobre as reações e as atitudes dos participantes da pesquisa diante da morte e do morrer. Destacamos que, durante as entrevistas, os participantes também manifestaram suas ações frente à morte, principalmente em relação a sua atividade profissional e, também, em relação a sua atuação no processo da investigação do óbito infantil.

Poucos entrevistados referiram encarar a morte com naturalidade. Eles atribuíram essa atitude ao entendimento familiar sobre o tema e consideraram que esse comportamento permite viver com mais tranquilidade. Também houve referência em relação ao comportamento do profissional de saúde que enfrenta a morte no ambiente hospitalar.

Eu lido bem com a morte. Eu lido muito bem, não tenho problema nenhum. Tenho vários familiares e amigos que faleceram cedo, mortes prematuras de acidente e eu não tenho problemas de lidar com a morte. Eu acho que é um ciclo natural. (PAP 6)

[...] 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. (CMI 4 e PAP 1)

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. (CMI 9)

Ariès (2000; 2001), em suas pesquisas sobre as transformações nos costumes coletivos no enfrentamento da morte, desde a Alta Idade Média até o século XX, descreveu cada período histórico. Na Alta Idade Média, havia uma familiaridade com a morte, e o homem não pensava em evitá-la, apenas a aceitava. O período do século XI até o século XIV foi

marcado pelo reconhecimento da própria finitude humana. Do século XIX até o século XX, a morte tornou-se dramática e intolerável, iniciando um processo de alienação social da morte (MENEZES, 2004).

Na sociedade tradicional, a morte era vivenciada de modo mais familiar e onipresente, menos oculta, o que não significava que se tratasse de uma experiência tranquila, uma vez que os sentimentos religiosos de culpa e medo do castigo eram frequentes. 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 o avanço técnico da medicina, houve um prolongamento da vida e uma redução das taxas de mortalidade, especialmente da mortalidade infantil, e o privilégio exclusivo dos cuidados ao moribundo passou da família para o médico e para as instituições hospitalares. A própria medicina, por meio da prevenção e do controle coletivo da saúde e da doença, exerce um papel importante no afastamento da morte das consciências pessoais (MENEZES, 2004).

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. (KLUBER-ROSS, 1985, p. 19)

Esse contexto histórico apontado por Ariès (2000; 2001) nos remete às respostas dos entrevistados, segundo as quais suas reações de aceitação da morte dependem da situação na qual a morte ocorreu. Percebe-se que alguns entrevistados aceitam melhor a morte nos casos de doença terminal e ficam aborrecidos com a morte antecipada. Ao falar sobre a morte das pessoas com vínculo afetivo, há manifestação de sofrimento, mas também há aceitação para os casos de doença terminal.

É difícil de falar sobre a morte porque cada morte é diferente, cada processo é diferente. Eu não posso dizer o que eu penso porque eu acho que eu tenho ideias diferentes [a respeito]. [...] às vezes, me gera sentimentos, por exemplo, na morte dessa criança eu saí de lá mal. Eu me lembro que eu e o agente comunitário nos sensibilizamos muito e não foi fácil, mexeu comigo. [...]. Como a gente não tem domínio sobre a morte, eu pensei muito sobre isso. Têm pacientes que estão em sofrimento e que encaram a morte de uma forma diferente, é visto como uma passagem, um alívio. Quando a família já está esperando, os familiares já não aguentam mais ver a pessoa em sofrimento. Então depende do momento. (PAP 14)

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. (CMI 8 e PAP 3)

Quando tem morte de familiar, quando a gente está envolvida diretamente, aí é pior. Eu já tive muitas perdas familiares. Tudo depende muito do motivo como a pessoa morreu. Se a pessoa é idosa, teve uma morte porque não se cuidou, tu sabes que é uma morte mais ou menos natural. Agora quando é uma morte ocasionada. Eu, por

exemplo, perdi meu irmão em um assalto e não elaborei o luto. Eu tive muita dificuldade. [...]. Eu acho que as emoções são diferentes. Depende do vínculo, da forma como a pessoa morreu. (PAP 10)

Um grupo de entrevistados, ao descrever suas atitudes e reações perante a morte, relatou suas condutas em relação a sua atividade profissional apoiando e confortando 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. (CMI 7)

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. (CMI 11)

[...] poder oferecer conforto para pessoa. Às vezes o teu papel é apenas ouvir e se a pessoa dá uma abertura tu conversa. (PAP 13)

Estar do lado, estar disponível, às vezes não é preciso falar nada. [...]. Eu procuro estar junto, ser parceira, sofrer junto. (PAP 15)

Klüber-Ross (1985), em seu estudo, após conversar com grupos de pacientes terminais, ouvindo seus mitos e anseios em relação à sua doença e à morte, e após escrever sobre a assistência a esses pacientes, diz:

O que mais os confortava era o sentimento de empatia, mais forte do que a tragédia imediata da notícia. Era a reafirmação de que se faria todo o possível, de que não seriam “largados”, de que havia tratamentos válidos, de que sempre havia um fio de esperança, até mesmo nos casos mais avançados. (KLUBER-ROSS, 1985, p. 48)

Outro grupo de entrevistados expressou suas reações por meio de sentimentos como a tristeza, a raiva, o medo, a saudade. O sentimento mais frequente foi a tristeza diante da morte:

Não tive uma reação de choro, mas o sentimento de tristeza, consternação, pela situação que estava acontecendo. Eu não gosto de ver os outros chorando. Então, dependendo do momento, eu vou chorar também. (CMI 10 e PAP 7)

A primeira emoção é a tristeza porque é uma vida que se foi e que a gente não vai ver mais. Obviamente, eu fico triste, ainda mais pensando nos familiares que estão bem chateados. (CMI 12)

Naquele instante a gente fica triste, mas, ao mesmo tempo, faz parte. A morte faz parte da vida de todos nós. Ninguém é eterno. Nós temos que nos conscientizar disso. Às vezes, com um familiar, a gente fica mais triste porque perdeu aquele familiar e vai sentir saudade. Mas, no ambiente de trabalho, faz parte. (PAP 8)

Worden (2012) apresentou uma lista de sentimentos, sensações físicas, cognições e comportamentos normalmente encontrados em pessoas em situação de luto. O autor afirmou

que a tristeza é o sentimento mais comumente encontrado nas pessoas em luto, sendo muitas vezes manifestado pelo mecanismo do choro.

O sentimento da raiva, frequentemente experimentado após uma perda, também foi abordado por Worden (2012). Esse é um dos sentimentos mais confusos para a pessoa em luto e pode estar na raiz de muitos problemas no processo de luto. Klüber-Ross (1985) também apresentou o sentimento da raiva como uma etapa dos cinco estágios de enfrentamento do luto. Em alguns depoimentos, nota-se que a raiva está relacionada à frustração por perceber que aquela morte poderia ser evitada.

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. (PAP 2)

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. (CMI 3)

Apesar de muitos sentimentos negativos associados à morte e ao morrer, alguns entrevistados indicam que ter esperança é fundamental nessa hora.

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. (PAP 9)

Eu trabalho dentro de uma UTI Neonatal onde a gente luta pela vida, nenhuma vida é vida perdida. Vi casos que a gente tinha certeza que a criança não ia sobreviver e que sobrevive bem. (CMI 13)

Na quinta etapa de enfrentamento ao luto descrita por Klüber-Ross (1985), a fase da aceitação, um ponto fundamental é não eliminar a esperança.

Muito ajudaria se as pessoas conversassem sobre a morte e o morrer como parte intrínseca da vida, do mesmo modo como não temem falar quando alguém espera um bebê. Se agíssemos assim com mais frequência, não precisaríamos nos perguntar se deveríamos esperar pela última internação. Como não somos infalíveis, e nunca estamos certos de quando será a última internação, é possível que isso seja mais uma racionalização que nos ajuda a fugir do problema. (KLUBER-ROSS, 1985, p. 149)

Nos depoimentos colhidos durante as entrevistas, foram manifestados muitos sentimentos em relação à morte e ao morrer, especialmente a expectativa de encontrar uma forma de enfrentá-la. Percebe-se quão necessário se faz falar sobre esse tema para auxiliar cada um de nós a encarar a sua própria morte ou a morte de outros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aceitando a vida, estamos indiscutivelmente aceitando a realidade da morte, ainda que não gostemos ou não queiramos sequer falar sobre ela.

(D'ASSUMPÇÃO, 1997, p.18)

Este estudo buscou refletir sobre o processo da investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre, analisando os indicadores da mortalidade infantil no município e a visão dos atores envolvidos na investigação sobre a morte e o morrer. As questões levantadas e trabalhadas no estudo configuram-se em aspectos dinâmicos sobre os quais é bastante complexo tecer considerações definitivas. No entanto, é possível apontar alguns *caminhos de chegada* que certamente servirão de *pontos de partida* para novas pesquisas e para a reflexão dos próprios profissionais envolvidos.

A questão da redução da mortalidade infantil tem se constituído num tema recorrente, destacando os desafios para o enfrentamento de seus condicionantes. Vem exigindo dos gestores públicos da saúde, em todas as esferas de gestão, um empenho e atuação cada vez maiores para contemplar com prioridade a ampliação do acesso e a melhoria na qualidade e na eficiência dos serviços de saúde do SUS na assistência a gestantes, recém-nascidos e crianças. Isso é importante, pois as mortes infantis, precoces e evitáveis geram sofrimentos nas famílias e, também, nos profissionais de saúde.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador que colabora no monitoramento de políticas de atenção à saúde da criança, mostrando a complexa relação entre as desigualdades socioeconômicas e a debilidade no desenvolvimento de políticas sociais e de saúde. Coeficientes elevados de mortalidade infantil indicam condições precárias de vida da população, e coeficientes muito baixos indicam condições de elevado desenvolvimento social e econômico.

Dados do Ministério da Saúde revelam que, no Brasil, a TMI continua representando um problema de saúde pública. Os dados do estudo desse indicador no município de Porto Alegre demonstraram que a mortalidade infantil pós-neonatal apresentou maior tendência de queda do que a mortalidade neonatal precoce, mas ambas estão atreladas às causas preveníveis, sendo potencialmente evitáveis com os recursos disponíveis atualmente.

No período de 2006 a 2016, a maioria dos neonatos nasceram prematuros, com peso inferior a 2.500 gramas. Grande parte dos óbitos foi classificada como evitável, sendo reduzível por adequada atenção à mulher na gestação e adequada atenção ao recém-nascido. Faz-se necessário intensificar a vigilância por parte dos serviços de saúde com o objetivo de

identificar os neonatos de risco e garantir assistência de pré-natal de qualidade a fim de detectar precocemente doenças maternas ou fetais. Torna-se imprescindível o investimento na ampliação do acesso da gestante e do neonato à assistência qualificada no momento adequado. Essas são estratégias fundamentais para a redução das desigualdades da mortalidade, especialmente no período neonatal precoce.

A importância da TMI para o monitoramento de políticas de atenção à saúde da criança no Brasil consumou esforços na avaliação da qualidade dos dados utilizados, para a estimação mais acurada desse indicador. A ampliação e a qualificação das ações de vigilância do óbito infantil e dos comitês de mortalidade são algumas das estratégias para qualificar os dados dos Sistemas de Informações SIM e Sinasc no país, principalmente em relação à causa do óbito infantil. Além disso, o avanço do processo de investigação do óbito infantil é essencial para a gestão de ações e programas de atenção à saúde da mulher e da criança. A investigação do óbito infantil busca compreender as causas do óbito infantil e identificar ações que poderiam evitá-lo, tornando-se fundamental para intensificar a redução das taxas de mortalidade infantil.

Em relação ao funcionamento do CMI, foi possível verificar como organizam a base de coleta, a produção e análise dos dados para abastecer os sistemas de informações. Suas ações na vigilância e análise da evitabilidade dos óbitos infantis e das condições de vida e de saúde das famílias permitem avaliar a qualidade dos serviços de saúde e fornecer informações para os gestores a fim de que possam organizar os serviços e a formação de redes de atenção à gestante e ao recém-nascido. Algumas atribuições estão sendo aprimoradas na elaboração de estratégias de prevenção da ocorrência de novos óbitos evitáveis.

A ampliação do conhecimento sobre os fatores envolvidos no evento do óbito infantil contribui para a melhoria do sistema de atenção à saúde materna e infantil e para a adoção de medidas de prevenção de novas mortes. Sistematizar o conhecimento sobre as atividades realizadas pelo CMI permitiu compartilhar a experiência deste comitê de mortalidade, oferecendo uma reflexão aos profissionais envolvidos sobre as estratégias e ações na prevenção da mortalidade infantil e na qualificação da assistência. Esta tese abordou este tema trazendo uma reflexão sobre algumas questões relacionadas à mortalidade infantil, especialmente a atuação do CMI na realização da vigilância do óbito infantil.

A investigação do óbito infantil como estratégia para a redução da mortalidade infantil está bem delineada, no entanto nem sempre funciona a contento. Além da disposição do poder público em promover as estratégias, o funcionamento dessa engrenagem depende dos agentes envolvidos no processo da investigação. O despreparo para desempenhar esta atividade e para

lidar com a morte é sentido pelos participantes. Ao analisar a participação desses profissionais, na perspectiva da intencionalidade de suas ações e da sua efetiva contribuição neste processo, a pesquisa evidenciou diferentes envolvimento entre os participantes da pesquisa, os quais demonstraram interesse em desempenhar suas funções. No grupo de integrantes do CMI, a intencionalidade é semelhante, mas a efetividade da participação da sociedade civil organizada por vezes é elementar. No grupo dos profissionais da atenção primária, a efetividade da sua ação, ou seja, a realização da visita domiciliar para o preenchimento da ficha de investigação está prejudicada pela falta de compreensão do papel que desempenham e pela desarticulação com todo o processo da investigação.

Pudemos perceber que as condutas variadas que estão ocorrendo no processo da investigação do óbito infantil não permitem atingir plenamente os objetivos propostos, carecendo de reorganização do funcionamento das etapas ambulatorial e domiciliar da investigação. É preciso integrar as ações do CMI com as ações dos profissionais em todo o processo e, em conjunto, redefinir quem fará a investigação, como deve ser realizada a abordagem com a família, como adaptar as fichas de investigação para o caso que está sendo investigado, e como superar as dificuldades estruturais buscando ações do gestor na resolução das mesmas.

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 capacitar esses profissionais para a execução de suas atividades específicas no processo da investigação. Além disso, também deve haver uma reflexão sobre o tema da morte e do morrer para reintroduzir a morte no seu pensamento. O mundo institucional não favorece aos profissionais de saúde expressarem o quanto estão preocupados com essas questões. A educação para a morte deve acontecer a partir do cotidiano das pessoas, embasada nos seus questionamentos. Conversar sobre as suas dificuldades, suas inquietações, tanto sobre a investigação do óbito infantil quanto sobre o tema da morte. 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.

Analisando o sentido conferido e as representações existentes em relação à morte em nossa sociedade é preciso refletir sobre como os profissionais se sentem e como conseguem oferecer ajuda aos familiares daqueles que morrem. 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.

Esta reflexão sobre a morte e o morrer deve ser ampliada para refletir sobre a finalidade do processo da 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.

Precisamos fazer uma reflexão sobre os aspectos psicossociais envolvidos na morte e sensibilizar sobre a importância de refletir sobre este tema, pois as concepções sobre a morte influenciam a vida das pessoas e a sua atividade profissional. Realizar atividades educativas com as equipes de saúde e promover uma maior motivação e qualificação dos profissionais de saúde da atenção primária a fim de realizar corretamente o levantamento dos dados. Estudar o tema da morte pode trazer benefícios para estes profissionais no desempenho da função de investigar o óbito infantil. Transformar a participação desses profissionais para que se tornem sujeitos ativos na investigação do óbito infantil e não apenas executores de uma tarefa.

A pontuação encontrada na tabulação dos escores das respostas da *Escala de Ansiedade Perante a Morte de Templer* demonstrou que mais de 70% dos entrevistados apresentaram ansiedade moderada perante a morte. Das 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 falta de reflexão sobre o tema foi evidenciada. Tais percepções estão relacionadas com o comportamento, as atitudes e as reações das pessoas frente à morte e nos remetem aos cinco estágios categorizados por Klüber-Ross (1985).

Em relação às reações e às atitudes dos participantes da pesquisa diante da morte e do morrer houve manifestações relacionadas, principalmente, com a sua atividade profissional e, também, em relação a sua atuação no processo da investigação do óbito infantil. Poucos entrevistados referiram encarar a morte com naturalidade. A maioria referiu que as suas reações de aceitação da morte dependem da situação na qual a morte ocorreu, aceitando melhor a morte nos casos de doença terminal e rejeitando a morte antecipada. Expressaram reações por meio de sentimentos como a raiva, a tristeza, o medo, a saudade. A tristeza foi o sentimento mais frequente. Ficou evidenciada uma expectativa de encontrar uma forma de enfrentar a morte.

Moritz (2005) questiona se as fases do luto categorizadas por Klüber-Ross não são igualmente vividas pelos familiares e profissionais de saúde que cuidam de um moribundo. A partir disso, questionamos se os agentes envolvidos na investigação do óbito infantil não vivenciam, do mesmo modo, essas etapas no processo da investigação do óbito infantil.

Os profissionais de saúde da atenção primária negam a ocorrência do óbito no seu distrito sanitário isolando o caso e adiando a realização da visita domiciliar na investigação, prejudicando a análise dos óbitos no comitê. Formados para salvar vidas, ficam revoltados diante dos seus limites para evitar a ocorrência daquele óbito, sentindo-se culpados nos processos de morte que investigam. A barganha ocorre com os profissionais da atenção primária quando alegam que as falhas na investigação decorrem da falta de estrutura dos serviços, levando o comitê a buscar alternativas para superar essas falhas. Surge a depressão diante da constatação da inevitabilidade dos óbitos ocorridos, reconhecendo a morte como um fracasso. Por fim, a aceitação, uma atitude concreta que não significa derrota ou desistência de continuar lutando pela redução da mortalidade infantil, mas significa fazer o que for possível para reverter o curso dos acontecimentos, sem perder a esperança. Se os agentes envolvidos na investigação do óbito infantil conseguirem passar por todas as fases, ao chegar à última serão capazes de reconhecer as falhas e propor mudanças nas ações de assistência à saúde. Mas, se estacionarem pelo caminho, estarão prejudicando a si próprios e aos outros. É preciso entender a morte para lutar pela vida.

Considerando a relevância social e técnico-científica dos comitês de prevenção da mortalidade infantil, proponho esta reflexão aos leitores deste trabalho, em especial aos profissionais envolvidos na investigação do óbito infantil, para que novas pesquisas sobre 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).

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Selene Beviláqua Chaves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Uma releitura da obra de Elisabeth Kübler-Ross. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2729-2732, set. 2013.
- 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.
- ALVES, Rubem. **O médico**. Campinas, SP: Papyrus, 2002.
- ANDRADE, Teresa Alexandra Malveiro. **Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde**. 2007. 342f. Tese (Doutorado em psicologia). Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica. Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2007.
- 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.
- ARAÚJO FILHO, Augusto Cezar Antunes de *et al.* Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil. **Revista Cuidarte**. Bucaramanga, Colômbia, v.8, n.3, p.1767-1776, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.417>>. Acesso em: 15 Dez 2017.
- ARIÈS, Philippe. **O homem perante a morte I**. Tradução Ana Rahaça. Portugal: Biblioteca Universitária, Publicações Europa-América Ltda. 2000.
- ARIÈS, Philippe. **História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Tradução Priscila Vianna de Siqueira. São Paulo: Ediouro, 2001.
- ATLAS SOCIOECONÔMICO DO RIO GRANDE DO SUL. Coeficiente de Mortalidade Infantil. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão – RS, 2017. Disponível em: <<http://www.atlassocioeconomico.rs.gov.br/coeficiente-de-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 28 Dez. 2017.
- AZEREDO, Nara Selaimen Gaertner de. **O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re)pensar a formação**. 2007. 115f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2007.
- AZEREDO, Nara Selaimen Gaertner de. **O cuidado com o luto para além das portas das unidades de terapia intensiva: uma aposta e uma proposta**. 2016. 195f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2016.
- BAUER, Martin; GASKELL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução Pedrinho A. Guareschi. 8.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.

BARROS, Glenda Almeida *et al.* Análise dos determinantes sociais dos anos potenciais de vida perdidos no estado do Rio Grande do Norte. **Revista Ciência Plural**, v.1, n.3, p.14-25, 2015.

BERNARDINO, Lília Conceição Sales *et al.* Mortalidade infantil e desigualdade social: análise fundamentada na bioética de intervenção. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v.4, n.2, p.42-60, 2015.

BERKOWITZ, Gertrud; PAPIERNIK, Emile. Epidemiology of preterm birth. **Epidemiologic Review**, v.15, p.414-443, 1993. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036128>>. Acesso em: 20 Jun 2017

BOLT, Martin. Purpose in life and death concern. **The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development**, 132(1), p.159-160. 1978. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/00221325.1978.10533327>>. Acesso em: 01 Dez 2017

BORGES, Moema da Silva; MENDES, Nayara. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.2, p.324-331, mar./abr. 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei de Direitos Autorais nº 9.610**, de 20 de fevereiro de 1998. In: Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF, 12 dez. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

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, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

BRASIL, Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa.** – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem. Trabalho e Relações na Produção do Cuidado.** Brasília: SGTES, 2005b.

BRASIL. Secretaria de Governo da Presidência da República e pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, com supervisão da Casa Civil da Presidência da República e da Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. **Relatório nacional voluntário sobre os objetivos de desenvolvimento sustentável,** 2017. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 05 Dez. 2017

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.

BUCHALLA, Cássia Maria, 1988. **Estudo de um Grupo de Recém-Nascidos em Maternidades: Suas Características e a Mortalidade do Período Neonatal Precoce.** Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1988.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.

CAMPELOS, Isabel Cristina de Souza Ferreira. **A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde.** 2006. 123f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2006.

CARNEIRO, Rúben José Sotto Maior Faria. **Ansiedade perante a morte e imortalidade simbólica: estudo comparativo entre diferentes grupos.** 2013. 151f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2013.

CEZARIO, Edenise Piccoli. **A visão da morte e do morrer dos profissionais de saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo.** 2012. 187f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2012.

CHAVES, Noêmia de Souza. Bioética: morte e sofrimento humano. **Cadernos de Ética e Filosofia Política,** n. 15, p. 105-121, fev. 2009.

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

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

CÓTICA, Carolina Santin. Percepção de envelhecimento e finitude no final da vida adulta tardia. **Revista Geriatria & Gerontologia**. Fortaleza, v.5, n.4, p.201-213. 2011.

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.

D'ASSUMPCÃO, Evaldo Alves. **Os que partem, os que ficam**. Petrópolis: Vozes, 1997

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. Introdução. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2ª ed. Tradução de Sandra Regina Netz. Porto Alegre, Artmed, p. 15-41, 2006.

DIAS, Bárbara Almeida Soares *et al.* Classificação de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.5, 2017.

FRIAS, Paulo Germano *et al.* Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p.671-681, 2010.

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

FRIAS, Paulo Germano *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 (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro. EAD/ENSP, 2013a.

FRIAS, Paulo Germano *et al.* Comitês de mortalidade: a sociedade exercendo a cidadania e demandando ações de saúde. In: BITTENCOURT, Sônia Duarte de Azevedo (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro. EAD/ENSP, 2013b.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GONÇALVES, Ferraz. Conceitos e critérios de morte. **Nascer e crescer. Revista do hospital de crianças Maria Pia**. v.16, n.4, 2007.

HENZEZEL, Marie de; LELOUP, Jean-Yves. **A arte de morrer**: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Tradução Guilherme João de Freitas Teixeira. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). **Censo demográfico 2000-2010**: resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro. 2012.

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.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). Departamento da População e Indicadores Sociais. **Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010

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.

JUNQUEIRA, Maria Hercília Rodrigues; KOVÁCS, Maria Júlia. Alunos de Psicologia e a Educação para a Morte. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. v.28, n.3, p.506-519, 2008.

KASSAR, Samir Buainain *et al.* Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **Jornal de Pediatria** Rio de Janeiro, v.89, p.269-77, 2013.

KILSZTAJN, Samuel *et al.* Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.37, p.303-310, 2000.

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

KOVÁCS, Maria Júlia. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, v.18, n.41, p.457-468, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/paideia>. Acesso em: 18 Jun. 2014.

KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.25, n.3, p.484-497, 2005.

LABRA, Maria Eliana. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

LANSKY, Sônia *et al.* Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.117-130, jan, 2006.

MALTA, Débora Carvalho *et al.* Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 173-176, abr.-jun. 2010. Disponível em: <<http://producao.usp.br/handle/BDPI/14517>>. Acesso em: 15 Jun. 2017

MALTA, Débora Carvalho *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, p.233-234, 2007.

MCMORDIE, William. Improving Measure of death anxiety. **Psychological Reports**, n. 44, 1979, p. 975-980.

MELO, Celene Vasconcelos. **O significado da morte nas diferentes etapas da vida humana**. 2004. 60f. Monografia (Especialização em Psicologia). Curso de Psicologia. Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília. Brasília, DF, 2004.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MINEAR, Julianne; BRUSH, Lorelei. The correlations of attitudes toward suicide with death anxiety, religiosity, and personal closeness to suicide. Omega: **Journal of Death and Dying**, v.11, n.4, 1980.

MIRANDA, Milena Haline Hermenegildo *et al.* **Determinantes associados à mortalidade perinatal e fatores associados** Revista Enfermagem UFPE on line. Recife, v.11, n.3, p.1171-1178, mar, 2017.

MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Fatores de risco para a mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados e nascidos vivos e óbitos infantis. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, p.477-485, 2000.

MORITIZ, Rachel Duarte. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Revista Bioética**, v.13, n.2, p.51-63, 2005.

MORITZ, Rachel Duarte; NASSAR, Silvia Modesto. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.16, n.1, jan/mar, 2004.

NASCIMENTO, Alexsandro Medeiros do; ROAZZI, Antônio. A Estrutura da Representação Social da Morte na Interface com as Religiosidades em Equipes Multiprofissionais de Saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.3, p.435-443, 2007.

OLIVEIRA, José Rodrigo de; BRÊTAS, José Roberto da Silva; YAMAGUTI, Lie. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.41, n.3, p.386-394, 2007.

PICCELLI, Hilton Rinaldo Salles; VIANA, André. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.44, n.1, p.21-27, 1998.

PORTAL BRASIL [Internet]. Brasília (DF); c2015-2017 **ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 28 Dez. 2017.

PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Lei Nº 10.545**, de 30 de setembro de 2008.

PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**, 2013.

PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, 2017.

REBELO, José Eduardo. **Desatar o nó do luto**. Lisboa: Editorial Notícias, 2004.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa. A finitude humana e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1755-1760, ago. 2006.

RIBEIRO, Eleonora. *et al.* Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, p.136-142, 2000.

ROCHA, Rogéria *et al.* **Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico**. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.114-120, jan/mar 2011.

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

RUOFF, Andriela Backes *et al.* Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. UFRGS, Porto Alegre, v.38, n.1, mar 2017

SANTOS, Paula Isabel Gonçalves dos. **Ansiedade perante a morte e a imortalidade simbólica**: outro diálogo com deficientes motores. 1994. 462f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal, 1994. Disponível em: <repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/904/1/DM%20SANT-P1.pdf>. Acesso em: 08 set. 2014.

SANTOS, Hellen Geremias *et al.* Risk factors for infant mortality in a municipality in southern Brazil: a comparison of two cohorts using hierarchical analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.10, p.1915-1926, out, 2012.

SANTOS, Paula Isabel Gonçalves dos; PINTO, Isabel. Imortalidade simbólica e ansiedade perante a morte numa amostra de estudantes universitários. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2009, p. 380-388.

SANTOS, Simone Passos de Castro *et al.* Óbitos infantis evitáveis em Belo Horizonte: análise de concordância da causa básica, 2010-2011. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.15, n.4, p.389-399, out./dez., 2015.

SCHOEPS, Daniela *et al.* Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Revista de Saúde Pública**, v.41, p.1013-1022, 2007.

SCHOPENHAUER, Arthur. **A arte de envelhecer**. Tradução Karina Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

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**, v.13, n. 2, p.37-50, 2005.

TAGORE, Rabindranath. **Pássaros perdidos**: suplemento com poemas selecionados dos livros A Colheita e Gitanjali (Oferenda Lírica). Tradução Ivo Storniolo. São Paulo: Paulus, 2010. Não paginado. Disponível em: <<https://docgo.net/embed/passaros-perdidos>>. Acesso em: 15 Dez. 2017

TEMPLER, Donald. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. **Journal General Psychology**, n. 82, p. 165-177, 1970.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND – UNICEF (USA). Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. **Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation**. New York: UNICEF, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Epidemiologia da mortalidade infantil, fetal e materna**. São Luis, 2016a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Vigilância do óbito**. São Luis, 2016b.

VARGAS, Divane de. Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.23, n.3, p.404-410, 2010.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck *et al.* Participação em saúde: do que estamos falando? **Revista Sociologias**. Porto Alegre, n.21, p.218-251, 2009.

VIEIRA, Tereza Maria Mageroska *et al.* Mortalidade perinatal e diferenças regionais no estado do Paraná. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.20, n.4, p.783-791, 2015.

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

ARTIGO 1 – VIGILÂNCIA E EVITABILIDADE DO ÓBITO NUMA CAPITAL DO EXTREMO SUL DO BRASIL

Autores:

Maria da Graça Alexandre ^a

Cristianne Maria Famer Rocha ^b

Paulo Roberto Antonacci Carvalho ^c

^a Aluna do doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

^b Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

^c Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo

O objetivo deste estudo é apresentar o processo da vigilância do óbito infantil na cidade de Porto Alegre/RS após a criação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI), na perspectiva da evitabilidade do óbito. Trata-se de um estudo descritivo acerca da mortalidade infantil no município. A pesquisa ocorreu junto à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA), através da ferramenta *VITAIS – Análises em Saúde* da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da SMSPA e da observação sistemática das reuniões mensais do CMI. De 2006 a 2016, 68,11% dos óbitos ocorridos entre os menores de 1 ano foram óbitos neonatais, sendo a principal causa as afecções originadas no período perinatal. Cerca de 62,02% dos óbitos foram considerados evitáveis, sendo reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e adequada atenção ao recém-nascido. As ações do CMI na vigilância e análise da evitabilidade dos óbitos infantis permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde, organizar o funcionamento dos serviços de saúde e a formação de redes de atenção à gestante, ao recém-nascido e à criança. A mortalidade infantil está atrelada a causas preveníveis, sendo potencialmente evitáveis com os recursos disponíveis atualmente. As estratégias de prevenção da ocorrência de novos óbitos evitáveis estão sendo aprimoradas. Faz-se necessário intensificar a vigilância por parte dos serviços de saúde com o objetivo de identificar os neonatos de risco e garantir assistência de pré-natal de qualidade a fim de detectar precocemente doenças maternas ou fetais.

Palavras-chave: mortalidade infantil; estatísticas vitais; fatores de risco.

Introdução

Mortalidade infantil refere-se ao óbito de crianças menores de 1 ano de idade. Possui dois componentes principais: a mortalidade neonatal (do nascimento até o 27.º dia de vida) e a mortalidade pós-neonatal (do 28.º ao 364.º dia de vida). O componente neonatal pode ainda se decompor em neonatal precoce (do nascimento até o 6.º dia de vida) e neonatal tardio (do 7.º ao 27.º dia de vida) ^{1,2}.

A probabilidade de uma criança vir a morrer antes do primeiro ano de vida pode ser consequência da associação da imaturidade imunológica que ela apresenta nos primeiros anos de vida com as desigualdades de direitos manifestadas pelo nível socioeconômico materno, na alimentação, nas instalações sanitárias e nas diferentes modalidades de acesso aos serviços de saúde ¹.

O Brasil é um dos 62 países que atingiu a meta de redução da mortalidade infantil estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU), por meio dos Objetivos do Milênio, com uma redução de 73% no período de 1990 a 2015 ³. Mesmo apresentando uma tendência decrescente na mortalidade infantil, ainda ocorrem no Brasil, anualmente, aproximadamente 40 mil óbitos de crianças menores de 1 ano ⁴.

Para enfrentar o desafio da redução da mortalidade infantil, todos os óbitos infantis que ocorrem nos municípios são investigados a fim de qualificar as informações sobre esses eventos. A vigilância do óbito infantil consiste no levantamento de informações referentes à criança que morreu e às circunstâncias que levaram ao óbito a fim de identificar suas causas, as fragilidades na assistência, os fatores de risco e seus determinantes, fornecendo elementos que possibilitem ações de planejamento e intervenção direta, restabelecendo melhorias na atenção à saúde desse segmento da população ^{4,5}.

Ao analisar os dados da mortalidade infantil, podemos evidenciar as alterações ocorridas no perfil epidemiológico da população de um município e a complexa conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais presentes no óbito infantil. Nesse sentido, o objetivo deste estudo consiste em apresentar o processo da vigilância do óbito infantil na cidade de Porto Alegre/RS após a criação do seu Comitê de Mortalidade Infantil, descrevendo a redução da mortalidade infantil na perspectiva da evitabilidade do óbito.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo a fim de proporcionar uma visão geral acerca da mortalidade infantil no município de Porto Alegre, descrevendo as características da população e do fenômeno envolvido.

Foi realizada pesquisa documental junto à Coordenação do CMI e à Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA), e foi feita observação sistemática de suas reuniões mensais em um período de dois anos (abril de 2015 a abril de 2017).

Os dados quantitativos foram colhidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde

(MS), e na ferramenta *VITAIS – Análises em Saúde*, elaborada pela Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, no período de junho de 2015 a dezembro de 2017. Analisaram-se variáveis relacionadas às características da mãe, à assistência ao pré-natal e ao parto, às condições de nascimento e à evolução dos neonatos e, também, à descrição do óbito. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial.

Para definição de evitabilidade foram utilizados os critérios da Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde^{2,6}.

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas.

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

Resultados e discussão

O Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI) na vigilância do óbito infantil

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 corrigir as falhas ocorridas. 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 serviços de saúde.

A vigilância do óbito é de competência das três esferas de governo e obrigatória nos serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) ¹. É uma atribuição dos responsáveis pela vigilância no município de residência da mãe. A participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde é importante, pois os objetivos principais do trabalho não são apenas a melhoria das estatísticas vitais, mas também a qualidade e organização do cuidado à saúde. A equipe deve ser adequada ao contexto local, envolvendo os profissionais da assistência e a participação dos profissionais da atenção básica e da equipe de saúde da família ².

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. A finalidade da investigação do óbito não

é culpar pessoas ou serviços, mas prevenir que ocorram novas mortes por causas semelhantes².

Em 2004, a Presidência da República lançou o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 1258/GM, instituiu o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal com a finalidade de assessorar e acompanhar os comitês estaduais e municipais e elaborar propostas para a indução de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e perinatal⁷.

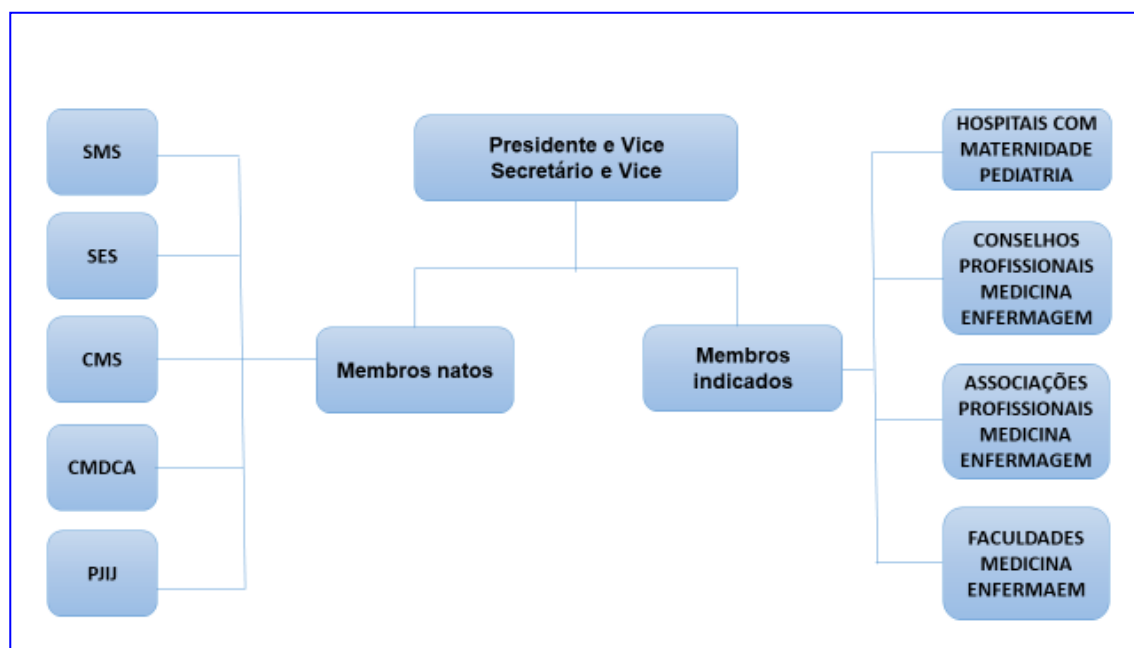
Em 2010, a Portaria n.º 72/GM estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS, sendo uma atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. A investigação, a análise e o monitoramento dos óbitos infantis e fetais devem ser realizados por profissionais de saúde designados pelas Secretarias Municipais, Estaduais e do Distrito Federal⁸.

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^{2,9}.

O Poder Executivo Municipal, por meio da Lei n.º 10.545, de 30 de setembro de 2008, instituiu, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI), e determinou os objetivos, a finalidade, a composição, o funcionamento, as competências e a metodologia de análise dos óbitos. O CMI tem um caráter interinstitucional, ético e confidencial e tem o objetivo de analisar as informações e os dados obtidos pelas investigações dos óbitos fetais tardios e infantis de residentes no município de Porto Alegre e de propor ações para a prevenção dos óbitos considerados evitáveis¹⁰.

A Figura 1 apresenta o organograma da composição do CMI. O presidente e o secretário, com seus respectivos substitutos, são eleitos entre seus membros, com mandato de dois anos, podendo haver recondução. Entre esses, prioritariamente, um representante deverá ser da Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente, e outro deverá ser representante da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS). Os membros titulares e seus respectivos suplentes, são designados pelo Secretário Municipal de Saúde e indicados por instituições ou setores da sociedade civil.

Figura 1 – Composição do Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI) de Porto Alegre/RS



Fonte: Dados da pesquisa

São considerados membros natos os representantes da SMSPA, da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude. São denominados membros indicados os representantes da sociedade civil organizada (hospitais com maternidade ou com internação pediátrica e conselhos profissionais, associações e faculdades de medicina e de enfermagem nas áreas de pediatria e ginecologia-obstetrícia).

As reuniões ordinárias são mensais, podendo ocorrer reuniões extraordinárias quantas vezes for necessário, por convocação da presidência ou por solicitação subscrita pela maioria de seus membros.

Fazendo uma retrospectiva histórica da criação do CMI, constata-se que, antes da sua instituição legal, já existiam ações em relação à vigilância epidemiológica do óbito realizadas pelo setor responsável da SMSPA. Houve uma preocupação em regulamentar o CMI, conforme preconizava o Ministério da Saúde, a fim de qualificar as informações para a análise dos óbitos no município e aprimorar o processo de investigação do óbito infantil.

Os agentes envolvidos no processo de investigação do óbito são os profissionais dos estabelecimentos de saúde e os profissionais de saúde que compõem o CMI. A investigação

do óbito busca obter informações referentes à assistência e, também, informações colhidas com a família ².

As etapas da investigação do óbito 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 ².

Para padronizar o processo de vigilância do óbito infantil são utilizadas as Fichas de Investigação do Óbito Infantil, que contêm campos referentes à identificação do caso investigado, aos dados da assistência pré-natal, ao parto e nascimento, aos dados sobre o acompanhamento da criança e às informações fornecidas pelos familiares por meio de uma entrevista domiciliar ².

Para análise da evitabilidade do óbito a equipe de vigilância de óbitos deve promover discussões com todos os profissionais envolvidos na assistência da criança a fim de promover a revisão das dificuldades que influenciaram o óbito e promover uma reflexão conjunta, aperfeiçoando os processos de trabalho e a organização dos serviços. As recomendações elencadas devem ser encaminhadas aos gestores de saúde em todos os níveis, assinalando as medidas de intervenção para readequação da assistência e para prevenção de novas ocorrências de óbitos potencialmente evitáveis ².

No município de Porto Alegre, o fluxo da investigação do óbito infantil inicia com a busca das Declarações de Óbito nas unidades notificadoras. São selecionados os óbitos de crianças menores de 5 anos elegíveis para a investigação. As fichas de investigação são encaminhadas para a coleta dos dados pelos serviços de saúde hospitalar e da atenção primária em saúde. Os dados coletados devem retornar para a CGVS para que um grupo técnico do CMI realize a análise das fichas de investigação, preencha a ficha-síntese e alimente o SIM.

Há uma pauta permanente com as informações sobre o andamento das investigações da mortalidade infantil por meio da apresentação do quantitativo de óbitos de crianças menores de 5 anos ocorridos em cada mês e do levantamento sobre o retorno das fichas de investigação do óbito pelos hospitais e pelas Unidades de Saúde (US) – tanto a ficha ambulatorial quanto a ficha da visita domiciliar. A pauta da discussão de caso também é permanente. O caso apresentado para discussão é selecionado na reunião da presidência

considerando os problemas observados na avaliação das fichas de investigação dos óbitos ocorridos. A finalidade é gerar medidas de intervenção para a redução da mortalidade infantil. Na reunião, todos os participantes analisam detalhadamente o caso e definem medidas para evitar novos óbitos.

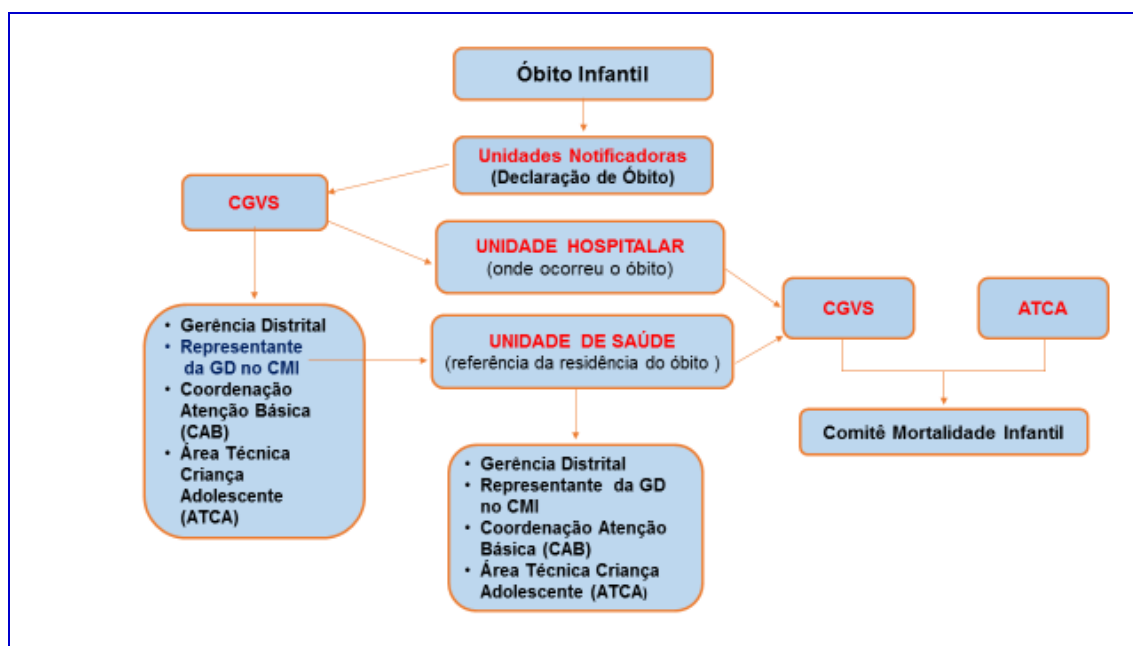
Durante os primeiros meses de acompanhamento das reuniões, verificou-se que os principais problemas na investigação do óbito infantil eram os fluxos e o treinamento. Havia um pequeno retorno das fichas de investigação – ambulatorial e domiciliar – e muitos argumentos dos representantes das Gerências Distritais (GD) sobre as dificuldades em realizar o trabalho. A exigência por parte da presidência do CMI em relação ao retorno das fichas dentro do prazo e à manifestação dos representantes das GDs sobre as suas dificuldades eram constantes nas reuniões.

A equipe de atenção básica da área de abrangência do local em que reside a família do falecido é que deve participar da investigação do óbito, pois isso favorece a coleta dos dados nos serviços de saúde e no domicílio em tempo adequado e facilita o estabelecimento de confiança e empatia com a família do falecido para obtenção de informações confiáveis na visita domiciliar ⁸.

Outras dificuldades apontadas pelos representantes das GDs foram: falta de recursos humanos nas US para realizar a visita domiciliar a fim de preencher as fichas e necessidade de priorizar outras demandas mais urgentes na área da assistência; falta de compreensão sobre a finalidade e a importância da investigação do óbito infantil; falta de treinamento das equipes das unidades de saúde para realizar a visita domiciliar e para preencher as fichas. Foi citada também a dificuldade de realizar a visita domiciliar pelo fato de se ter que abordar a questão da morte sem preparação para lidar com o sentimento de perda do familiar.

Para superar as dificuldades existentes na realização da investigação do óbito infantil houve uma regularização dos encaminhamentos e fluxos da investigação implementados em 2016. O papel dos representantes das GDs passou a ser o de monitorar o andamento da investigação, auxiliando e solucionando as dificuldades no preenchimento das fichas. A Figura 2 apresenta o fluxo da investigação do óbito infantil em Porto Alegre/RS.

Figura 2 – Fluxo da investigação do óbito infantil em Porto Alegre/RS



Fonte: CMI com adaptação da autora

Segundo Frias⁷, a estratégia relacionada à implantação de Comitês de Prevenção do Óbito Infantil tem tido uma boa adesão desde a sua proposição. Entretanto, a sua existência tem sido permeada de avanços e retrocessos que têm como fatores condicionantes o maior ou menor envolvimento da sociedade civil organizada, a capacidade de indução do poder público, a disposição das autoridades sanitárias em promover estratégias, a existência de profissionais com interesse no tema, entre outros. Esses fatores foram observados durante o acompanhamento das reuniões. Destaca-se a rara participação dos representantes do controle social e da sociedade civil organizada, sendo a maior participação por parte dos representantes das GDs e dos hospitais de Porto Alegre.

Sinteticamente, as atribuições gerais dos Comitês são: estimular a investigação dos óbitos pela equipe de vigilância do óbito; identificar os problemas relacionados ao óbito investigado e a classificação de evitabilidade; propor medidas de prevenção de novas ocorrências de óbitos; qualificar as estatísticas vitais; divulgar as informações e promover ações educativas sobre o tema; promover articulação interinstitucional⁷.

A dificuldade em fazer cumprir as deliberações do Comitê apareceu nas discussões das reuniões do CMI, pois algumas medidas definidas anteriormente não foram adotadas ou estão confusas na sua aplicação. Observa-se que as atribuições de divulgação dos resultados, de promoção de ações educativas sobre o tema e a promoção de articulação interinstitucional e

intersectorial não estão consolidadas no funcionamento do CMI. Essas atribuições são de fundamental importância para um funcionamento efetivo.

As resoluções e recomendações emitidas pelo CMI são produtos de processos decisórios do seu colegiado, mas elas são parte de um processo muito maior e mais complexo que ocorre na esfera da saúde pública. Elas correspondem a parciais da dinâmica decisão-execução relacionada aos programas em andamento na esfera do SUS, principalmente quando se trata de introduzir inovações importantes¹¹. Assim, o processamento das deliberações torna-se um entrave no seu funcionamento. No entanto, a efetividade das ações do CMI depende da participação e do comprometimento dos envolvidos.

A vigilância do óbito e a redução da mortalidade infantil em Porto Alegre

Uma das metas do terceiro objetivo, que compõe *Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*, consiste em acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, 25 por mil nascidos vivos até 2030¹⁶.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é uma estimativa da probabilidade de uma criança nascida viva morrer antes de completar 1 ano de idade^{1,2}. No Brasil, para o cálculo direto da TMI, o número de óbitos infantis é obtido através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)¹.

A partir da década de 1980, houve uma queda expressiva na TMI nacional que pode estar relacionada com o modelo de intervenção na área das políticas públicas e com a ampliação dos programas de saúde materno-infantil^{12,15}.

Segundo o censo demográfico de 2010¹⁴, a taxa de mortalidade infantil declinou em todo o Brasil no período de 2000 a 2010, passando de 29,7 para 15,6 crianças mortas por mil nascidas vivas. A Região Sul apresenta o menor coeficiente no período, passando de 18,9 para 12,6 óbitos por mil nascidos vivos.

A redução dos óbitos infantis que o Brasil vem apresentando ocorre, principalmente, naqueles ocorridos no período pós-neonatal, tornando os óbitos neonatais o principal componente da mortalidade infantil, em especial nas regiões que a TMI encontra-se em patamares baixos. Em 1980, a proporção de óbitos ocorridos no período neonatal era de 40,70%, ampliando para 67,30% em 2008, o que representa um aumento de 26,6 pontos percentuais em 28 anos. Nas regiões do país com a TMI mais elevada, prevalece o componente pós-neonatal dos óbitos, na medida em que uma parte significativa dos óbitos

está relacionada com os fatores socioeconômicos e demográficos, com os fatores biológicos e com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde¹⁴.

O Rio Grande do Sul, conforme o censo 2010 do IBGE, também apresentou, na última década, uma redução significativa, passando de 15,1 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 11,2 no ano de 2010¹⁵.

Em Porto Alegre, na década 2000-2010, a mortalidade infantil apresentou uma redução de 27 pontos percentuais, passando de 16,0 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 11,6 óbitos por mil nascidos vivos em 2010.

Com a finalidade de intervir na redução da mortalidade infantil, inúmeras ações foram criadas, ampliando o acesso aos serviços de saúde e instituindo iniciativas abrangendo o binômio materno-infantil que mudaram a forma de cuidado destinado às gestantes e aos recém-nascidos¹⁷.

A Equipe de Vigilância de Eventos Vitais e de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (EVEV), da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, gerencia o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do município de Porto Alegre e vem investindo na qualificação dos dados contidos na Declaração de Óbito por meio de revisão de prontuário hospitalar e ambulatorial, visita domiciliar, contato com o médico assistente e com a família e pesquisa em outros sistemas de informação.

Na Tabela 1, apresentamos a série histórica dos dados de nascimento e de óbito infantil e os respectivos coeficientes de mortalidade infantil em Porto Alegre, no período de 2006 a 2016. Nesse período, ocorreram 2.092 óbitos infantis, sendo 1.311 óbitos neonatais e 781 óbitos pós-neonatais.

Verificamos que a taxa de mortalidade neonatal apresenta-se mais constante. Atualmente, a mortalidade neonatal representa o principal componente da mortalidade infantil no município, onde a proporção de óbitos neonatais em relação ao total de óbitos ocorridos entre os menores de 1 ano de idade foi de 62,67% no período estudado. Os autores que investigam as possíveis causas desse fato têm apontado que a redução da mortalidade pós-neonatal está associada às melhorias na assistência à saúde, à expansão da rede de serviços básicos de saúde, ao incentivo à amamentação, às campanhas de vacinação e ao desenvolvimento tecnológico das unidades de terapia intensiva^{16,19}.

Tabela 1 – Dados de nascimento e óbito infantil em Porto Alegre, de 2006 a 2016^a

	Nascidos vivos	Óbitos infantis	TM infantil	Óbitos neonatais	TM neonatal	Óbitos pós-neonatais	TM pós-neonatal
2006	18.383	223	12,13	131	7,12	92	5,01
2007	17.809	212	11,90	113	6,35	99	5,55
2008	18.553	216	11,64	141	7,60	75	4,04
2009	18.667	182	9,75	111	5,95	71	3,80
2010	18.314	192	10,48	124	6,77	68	3,71
2011	18.907	171	9,04	107	5,66	64	3,38
2012	19.457	178	9,15	110	5,65	68	3,50
2013	19.694	182	9,22	113	5,73	69	3,49
2014	19.163	186	9,71	126	6,58	60	3,13
2015	19.688	182	9,24	126	6,39	56	2,85
2016^a	18.596	168	9,03	109	5,85	59	3,18

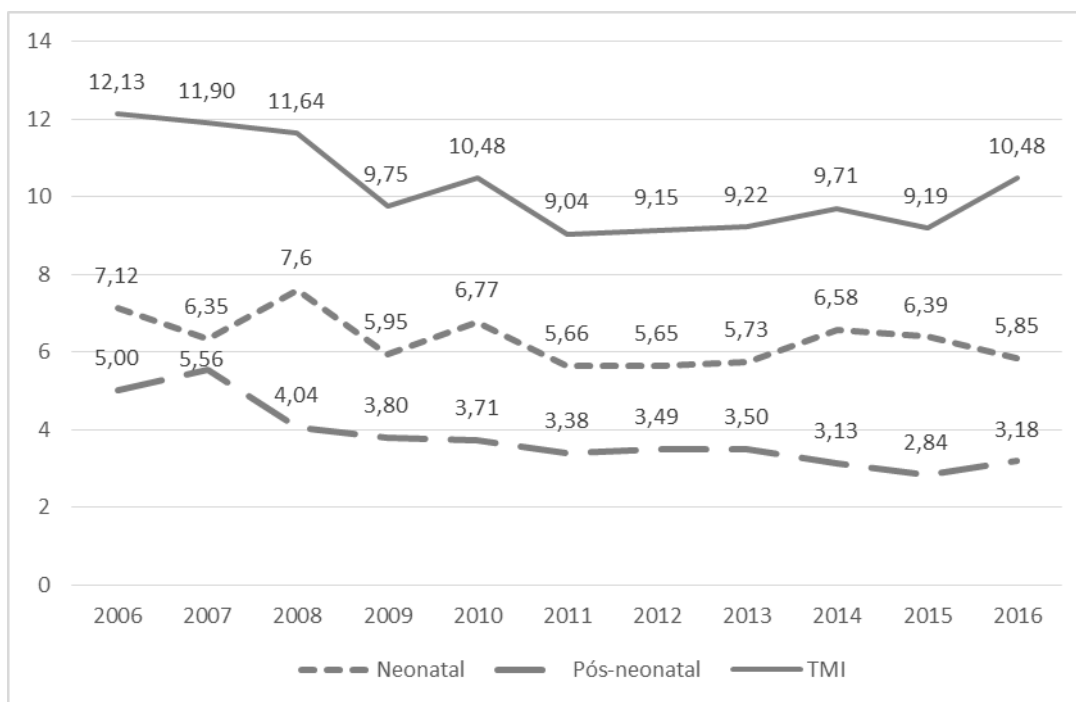
Fonte: SINASC e SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA.

^a Os dados do ano de 2016 ainda não foram finalizados, em nível federal, podendo sofrer discretas alterações.

A Figura 3 demonstra o comportamento da TMI e de seus componentes neonatal e pós-neonatal no período referido.

O aumento percentual dos óbitos neonatais entre o total de óbitos infantis é compreensível na medida em que ocorre devido à redução dos óbitos pós-neonatais. O desafio está na redução da mortalidade neonatal, pois a principal causa desses óbitos são causas perinatais. A maioria desses óbitos poderiam ser evitados se houvesse melhores condições na atenção ao pré-natal e na assistência ao parto^{20,21}. Em virtude disso, são apresentados a seguir os dados e analisados os determinantes do óbito neonatal.

Figura 3 – Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e seus componentes neonatal e pós-neonatal, de 2006 a 2016^a



Fonte: SINASC e SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA.

^a Os dados do ano de 2016 ainda não foram finalizados, em nível federal, podendo sofrer discretas alterações.

A vigilância e a evitabilidade do óbito infantil em Porto Alegre

Para a análise dos determinantes do óbito infantil, Frias e Navarro¹ apresentam um modelo teórico que pode ser útil para a compreensão do fenômeno da mortalidade infantil e para auxiliar na investigação de óbitos pelos serviços de saúde e na atuação dos Comitês de Mortalidade Infantil. Esse modelo privilegia o papel social e econômico e a ação de intervenções médicas para explicar a rede de determinação da mortalidade infantil.

O modelo demonstra um conjunto de fatores socioeconômicos e demográficos (escolaridade da mãe, renda familiar, ocupação da mãe, tipo de moradia, abastecimento de água, coleta de lixo, esgotamento sanitário) agindo indiretamente sobre os fatores relacionados à atenção à saúde (acesso e qualidade da atenção pré-natal, história reprodutiva da mulher, tipo de parto, assistência ao parto, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação, assistência à criança doente), os quais influenciam os fatores biológicos (peso ao nascer, estudo nutricional infantil, idade materna, malformação congênita, gestações múltiplas, idade gestacional, morbidade materna) que agem direto no óbito infantil¹.

Os fatores condicionantes da mortalidade neonatal frequentemente estudados são os fatores relacionados às características da mãe (idade, escolaridade), à assistência ao pré-natal (número de consultas), às condições de nascimento e evolução dos recém-nascidos (tipo e duração da gestação, tipo de parto, peso ao nascer, sexo, índice de APGAR), ao acesso aos recursos de assistência neonatal e à descrição do óbito (causa básica, evitabilidade)^{20,22,23,24}. A Tabela 2 apresenta a distribuição de alguns fatores condicionantes da mortalidade neonatal em Porto Alegre, no período de 2006 a 2016.

Nos estudos de mortalidade, é relevante empregar as causas básicas da morte a fim de auxiliar no planejamento de ações para a redução da mortalidade. Os principais grupos de causas básicas de óbito neonatal encontradas no referido período foram: afecções originadas no período perinatal em 70,02% dos óbitos (n=918); malformações congênitas em 26,09% dos óbitos (n=342); algumas doenças infecciosas e parasitárias em 1,68% dos óbitos (n=22); causas externas em 1,07% dos óbitos (n=14); outras causas em 1,14% dos óbitos (n=15). A causa básica de maior proporção são as afecções originadas no período perinatal. Isso é preocupante e pode estar associado à má qualidade dos serviços de assistência pré-natal.

Outro método importante usado no direcionamento de ações de saúde para a população infantil a fim de reduzir os óbitos evitáveis é a classificação de evitabilidade, que permite a identificação das causas predominantes²⁸. No Brasil, o primeiro método de classificação do óbito infantil foi a lista da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo (Fundação SEADE). Posteriormente, Malta *et al.*²⁹ elaboraram a denominada Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no Âmbito do Sistema Único de Saúde^{28,29}. Segundo a classificação de Malta^{6,29}, no período apresentado, 62,02% (n=813) dos óbitos neonatais foram classificados como evitáveis, 37,83% (n=496) foram considerados não claramente evitáveis; e 0,15% (n=2) foi classificado como causa mal definida. As categorias de evitabilidade que apresentaram maiores proporções foram: adequada atenção à mulher na gestação, com 34,32% (n=450); e adequada atenção ao recém-nascido, com 19,29% (n=253).

A produção desses dados é realizada de forma cotidiana pela área técnica da secretaria de saúde e pelos gestores dos serviços de saúde a fim de sistematizar a informação. A busca pela eliminação dos óbitos evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade tem sido constata na SMSPA, na qual o CMI desempenha um papel fundamental investigando e recomendando melhorias na atenção à saúde materna e infantil.

Tabela 2 – Distribuição e taxa de mortalidade das características maternas, da assistência pré-natal, ao parto e das características dos óbitos neonatais – Porto Alegre/RS, 2006-2016^a

Variáveis	n	f	%	TM
Faixa etária (anos)	1.303			
10 a 19		234	17,96	7,58
20 a 29		563	43,21	6,30
30 a 39		432	33,15	6,32
Maiores de 40		74	5,68	10,42
Ignorada		8	-	-
Escolaridade (anos de estudo)	1.259			
Menos de 8		381	30,27	7,92
Mais de 8		878	69,73	5,50
Ignorada		52	-	-
Tipo de gravidez	1.304			
Única		1.138	87,27	5,60
Dupla		156	11,96	29,69
Tripla ou mais		10	0,77	54,05
Ignorado		7	-	-
Duração da gestação (em semanas)	1.286			
Inferior a 37		955	74,26	40,92
Igual ou superior a 37		328	25,51	1,80
Ignorada		25	-	-
Tipo de parto	1.304			
Vaginal		613	47,01	5,99
Cesárea		691	52,99	6,62
Ignorado		7	-	-
Local de ocorrência do parto	1.311			
Hospital		1.284	97,94	6,22
Domicílio		12	0,91	15,97
Outro estabelecimento de saúde		7	0,54	43,20
Outros		8	0,61	32,92
Sexo do recém-nascido	1.305			
Masculino		720	55,17	6,79
Feminino		585	44,83	5,77
Ignorado		6	-	-
Peso ao nascer (em gramas)	1.307			
Inferior a 2.500		974	74,52	47,77
Igual ou superior a 2.500		333	25,48	1,78
Ignorado		4	-	-

Fonte: SINASC e SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA.

^a Os dados do ano de 2016 ainda não foram finalizados, em nível federal, podendo sofrer discretas alterações.

Considerações finais

No Brasil, a TMI continua representando um problema de saúde pública. A ampliação e a qualificação das ações de vigilância do óbito infantil e dos Comitês de Mortalidade são algumas das estratégias para intensificar a redução da mortalidade infantil. Este artigo abordou esse tema trazendo uma reflexão sobre algumas questões relacionadas à mortalidade infantil, especialmente à atuação do CMI na realização da vigilância do óbito infantil.

Em relação ao funcionamento do CMI, foi possível verificar como organizam a base de coleta, a produção e a análise dos dados para abastecer os sistemas de informações. Suas ações na vigilância e análise da evitabilidade dos óbitos infantis e das condições de vida e de saúde das famílias permitem avaliar a qualidade dos serviços de saúde e fornecer informações para os gestores a fim de organizar os serviços e a formação de redes de atenção à gestante e ao recém-nascido. Algumas atribuições estão sendo aprimoradas na elaboração de estratégias de prevenção da ocorrência de novos óbitos evitáveis.

A mortalidade infantil pós-neonatal apresentou maior tendência de queda do que a mortalidade neonatal precoce, mas ambas estão atreladas a causas preveníveis, sendo potencialmente evitáveis com os recursos disponíveis atualmente.

Os dados da mortalidade neonatal em Porto Alegre, no período de 2006 a 2016, demonstram que a maioria dos neonatos nasceram prematuros, com peso inferior a 2.500 gramas. Faz-se necessário intensificar a vigilância por parte dos serviços de saúde com o objetivo de identificar os neonatos de risco.

Grande parte dos óbitos foram classificados como evitáveis, sendo reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e adequada atenção ao recém-nascido. Torna-se imprescindível garantir assistência de pré-natal de qualidade com a finalidade de detectar precocemente doenças maternas ou fetais.

A ampliação do conhecimento sobre os fatores envolvidos no evento do óbito infantil contribui para a melhoria do sistema de atenção à saúde materna e infantil e para a adoção de medidas de prevenção de novas mortes.

Referências

- 1 Frias PG, Navarro LM. Crianças sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. In: Bittencourt DAS, Dias MAB, Wakimoto MD, editors. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013. p. 91-121.
- 2 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. 2nd ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 96 p.
- 3 Portal Brasil [Internet]. Brasília (DF); c2015-2017 [cited 2017 dez 5]. ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil. Available from: http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumprer-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil/@nitf_galleria.
- 4 Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Vigilância do óbito. São Luís; 2016.

5 Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Epidemiologia da mortalidade infantil, fetal e materna. São Luís; 2016.

6 Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, Leal MC, Szwarcwald, CL et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil [Internet]. Brasília: Epidemiol Serv Saúde. 2010 Apr-Jun [cited 2018 Jan 07]; 19(2):173-176. Available from: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14517/art_MALTA_Atualizacao_da_lista_de_causas_de_mortes_2010.pdf?sequence=1.

7 Frias PG, Navarro LM, Santos SMS, Dias MAB, Viola RC. Comitês de mortalidade: a sociedade exercendo a cidadania e demandando ações de saúde. In: Bittencourt DAS, Dias MAB, Wakimoto MD, editors. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013. p. 247-264.

8 Frias PG, Viola RC, Navarro LM, Machado MRM, Rocha PMM, Wakimoto MD 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 DAS, Dias MAB, Wakimoto MD, editors. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013. p. 201-246.

9 Ruoff AB, Andrade SR, Schmitt MD. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 mar; [cited 2018 Jan 2];38(1):e67342. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170167342.pdf>.

10 Porto Alegre. Lei n.º 10.545/2008, de 30.09.2008. Autoriza o Poder Executivo a instituir, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI), determina-lhe objetivos, finalidades, composição, funcionamento, competências e metodologia de análise e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, RS; 2008.

11 Labra ME. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury SL, Costa LV, editors. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. 288 p.

12 Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Brasil). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2nd ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349 p.

13 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 1999. 45 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6685.pdf>

14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 56 p. Available from: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>.

15 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 146 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.

16 United Nations Children's Fund (USA). Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: UNICEF; 2015.

17 Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF, 2012.

18 Buss PM, Pellegrini-Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis [Internet]. 2007 Apr [cited 2018 Jan 06];17(1):77-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en.
ver <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

19 Vieira TMM, Oliveira RR, Mazza VA, Mathias TAF. Mortalidade perinatal e diferenças regionais no estado do Paraná. Cogitare enferm [Internet]. 2015 Oct [cited 2017 Dec 14]; 20(4):783-791. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42626>.

20 Rocha R, Oliveira C; Silva DKF; Bonfim C. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. Rev. Enferm. [Internet] 2011 Jan/Mar [cited 2018 Jan 06]; 19(1):114-20. Available from: https://www.researchgate.net/publication/277060349_Aplicacao_da_tecnica_de_linkage_entr_e_as_bases_de_dados_de_nascidos_vivos_e_obitos_para_estudo_da_mortalidade_neonatal_n_o_Recife_PE_Brasil.

21 Lansky S, França E, César CC, Monteiro Neto LC, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999 [Internet]. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 2006 Jan [cited 2018 Jan 06]; 22(1):117-130. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100013>.

22 Moraes Neto OL, Barros MBA. Fatores de risco para a mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados e nascidos vivos e óbitos infantis [Internet]. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública; 2000 Abr-jun [cited 2018 Jan 20]; 16:477-85. Available from: https://www.researchgate.net/publication/26359386_Fatores_de_risco_para_mortalidade_neonatal_e_pos-neonatal_na_Regiao_Centro-Oeste_do_Brasil_linkage_entre_bancos_de_dados_de_nascidos_vivos_e_obitos_infantis.

23 Kassar SB, Melo AM, Coutinho SB, Lima MC, Lira, PI. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history [Internet]. Rio de Janeiro: J Pediatr; 2013 [cited 2018 Jan 20]; 89:269-77. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3997/399738199009/>.

24 Miranda MHH, Fernandes FECV, Campos MEAL. Determinantes associados à mortalidade perinatal e fatores associados [Internet]. Recife: Rev enferm UFPE on line; 2017 Mar [cited 2018 Jan 12]; 11(3):1171-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>.

25 Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000 [Internet]. São Paulo: Rev Saúde Pública. 2003 [cited 2018 Jan 5]; 37(3):303-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000300007&script=sci_abstract&tlng=es.

26 Ribeiro ERRO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil [Internet]. São Paulo: Rev Saúde Pública. 2000 [cited 2018 Fev 2]; 34:136-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200006.

27 Schoeps D, Almeida MF, Alencar GP, França Júnior I, Novaes HMD, Siqueira AAF et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce [Internet]. São Paulo: Rev Saúde Pública. 2007 [cited 2018 Fev 2]; 41:1013-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000600017&lng=en.
ver <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000600017>.

28 Dias BAS, Santos Neto ET, Andrade MAC. Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões? Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 07]; 33(5):e00125916. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000504002&lng=en. Epub June 12, 2017.

29 Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias, MAS, Morais Neto OL, Moura L et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil [Internet]. Brasília: Epidemiol Serv Saúde. 2007 [cited 2018 Jan 07]; 16:233-4. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002.

ARTICLE 1 – CHILD DEATH SURVEILLANCE AND AVOIDABILITY IN A CAPITAL IN THE SOUTH OF BRAZIL

Authors:

Maria da Graça Alexandre ^a

Cristianne Maria Famer Rocha ^b

Paulo Roberto Antonacci Carvalho ^c

^a Ph.D. student of the Graduate Program in Child and Adolescent Health at the Federal University of Rio Grande do Sul

^b School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul

^c Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul

Abstract

This study presents the process of child mortality surveillance in the city of Porto Alegre, Southern Brazil, after the creation of the Committee for the Prevention of Late Fetal and Child Mortality (CMI) within the perspective of avoidable mortality. This is a descriptive study on child mortality in the city of Porto Alegre. This research was carried out with the participation of the City Health Department of Porto Alegre (SMSPA), using the tool VITAIS – *Análises em Saúde* of the General Department of Health Surveillance of SMSPA and the systematic observations of CMI's monthly meetings. From 2006 to 2016, 68.11% of deaths among children under one year were neonatal deaths. It was considered that approximately 62.02% of deaths could have been avoided with the resources available nowadays, and that number could have been reduced offering proper care to women during pregnancy and to the newborns. The actions of CMI in surveillance and analysis of avoidable child mortality help assess the quality of healthcare, organize the operations of healthcare services and create healthcare networks for assisting pregnant women, newborns and infants. The strategies for preventing more avoidable deaths are being improved. It is necessary to increase surveillance in healthcare services in order to identify risk neonates and ensure quality prenatal care.

Keywords: child mortality; vital statistics; risk factors, prevention and control.

Introduction

Child mortality refers to the death of children under one year of age. It comprises two main components: neonatal mortality (from birth to the 27th day of life) and postneonatal mortality (between the 28th day of life and the first birthday). The neonatal component can still be divided into early neonatal (from birth to the 6th day of life) and late neonatal (between the 7th to the 27th day of life) ^{1,2}.

The probability of a child dying before his or her first birthday could be a consequence of the immunological immaturity present in the first year of life associated to the inequalities

of conditions manifested by the mother's social and economic level, the presence or quality of nourishment, sanitary facilities and the access to healthcare services ¹.

Brazil is one of the 62 countries that reached the goal of child mortality reduction defined by the United Nations (UN) through the Millennium Goals, with a reduction of 73% in the period of 1990 to 2015 ³. Even though child mortality has presented a decreasing trend, around 40 thousand children under one year of age still die annually in Brazil ⁴.

To face the challenge of child mortality reduction, every child death that takes place in Brazilian cities is investigated in order to qualify the information on the events. Surveillance in child mortality covers gathering information on the deceased child and the circumstances that led to the death to identify its causes, healthcare fragilities, risk factors and their determinants, providing elements that enable planning and direct interventions, improving healthcare assistance in that population ^{4,5}.

By analysing child mortality data, it is possible to verify the changes that have taken place in the epidemiological profile of the population of certain city and the complex group of biological, social, economical and assistance factors that are present in child mortality. Therefore, this study aims at presenting the process of child mortality surveillance in the city of Porto Alegre, Southern Brazil, after the creation of the Committee for the Prevention of Late Fetal and Child Mortality, describing the decrease of child mortality in the perspective of avoidable deaths.

Methods

This is a descriptive study that offers an overview on child mortality in the city of Porto Alegre, describing the characteristics of the population and of the phenomenon involved.

A document search has been done together with the CMI Coordination and the Technical Area of Children and Adolescent Health of the City Department of Health of Porto Alegre (SMSPA), besides a systematic observation of their monthly meetings during a period of two years (from April 2015 to April 2017).

Quantitative data was collected from the database of the Information System on Mortality (SIM), the Information System on Live Births (SINASC), the National Department of Health, and the tool *VITAIS – Análises em Saúde*, developed by the General Department of Health Surveillance from June 2015 to December 2017. Many variables were analysed related to the characteristics of the mothers, prenatal care and childbirth, the conditions of birth and

the evolution of neonates, as well as death descriptions. Data was analysed using descriptive and inferential statistics.

To define avoidability, the criteria from the List of Causes of Death Avoidable by Interventions in the Scope of the Unified System of Health (SUS) ^{2,6} was used.

The results were presented as tables.

The research project was approved by SMSPA and by the Committees of Ethics in Research of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) and of the City Department of Health (SMSPA).

Results and Discussion

The Committee of Prevention of Stillbirth and Child Mortality (CMI) in the Surveillance of Child Death

The reduction of child mortality is one of the goals of public health. The strategy is to analyse deaths records and verify if they could have been avoided in order to correct the failures in the process. The surveillance of these deaths provides evidences of mortality rates in the country, contributes to improve death records, helps promoting measures for the prevention of mortality that could be avoided through healthcare services, informs on the social and economical situation of the bereaved families and assesses healthcare services and actions.

Mortality surveillance is a responsibility of the three levels of government and it is compulsory in healthcare services that integrate the Unified System of Health (SUS) ¹. It is an attribution of those responsible for surveillance in the city of residence of the mother. The integrated participation of the departments of epidemiological surveillance and of the departments responsible for healthcare attention is crucial, since the main goals of this work is not only to improve vital statistics, but also to improve the quality and organization of healthcare attention. The team should be adequate to the local context and involve healthcare professionals as well as primary care and family healthcare professionals.

To better understand the problems that occurred at each child death and prevent new cases, it is necessary to obtain detailed information on the event through the collection of data on the assistance offered to the pregnant mother and to the child, so that the child's life and death history can be reconstructed. The death investigation is not intended to blame people or services, but to prevent new deaths due to similar causes ².

In 2004, the Republic Presidency launched the Pact for the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality, and the National Department of Health, with the Ordinance 1258/GM,

created the National Committee of Child and Neonatal Mortality with the intention of monitoring and supporting state and city committees in the development of proposals for national policies that target the reduction of child and perinatal mortality ⁷.

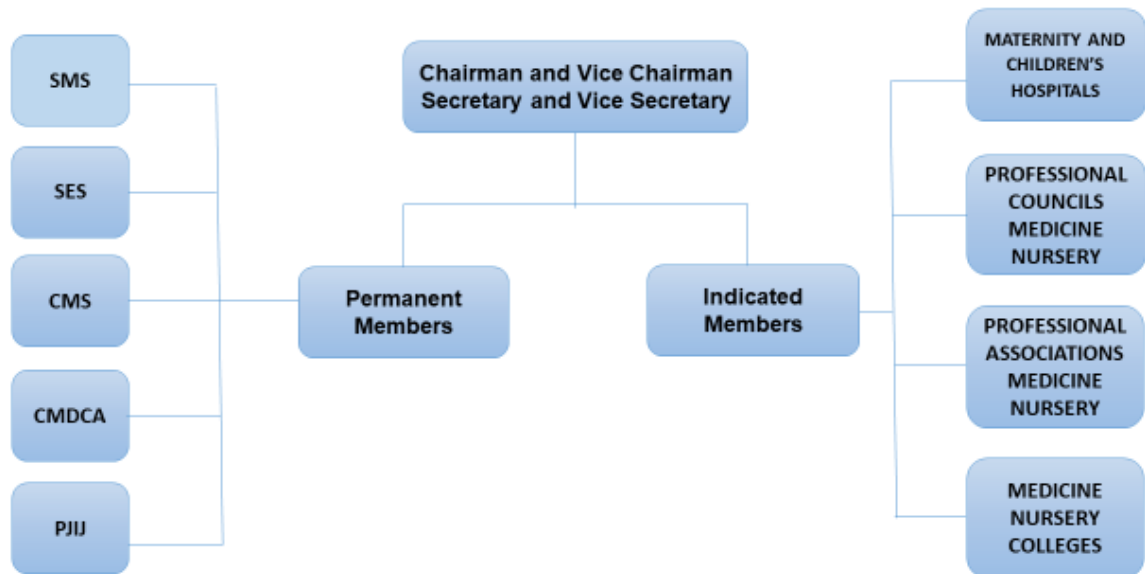
In 2010, the Ordinance 72/GM determined that the surveillance of child and perinatal mortality is compulsory in (public and private) healthcare services that integrate the Unified Healthcare System (SUS), being a responsibility of Epidemiological Surveillance Units of State and City Departments, and of the Federal District. The investigation, analysis and monitoring of children and perinatal mortality must be conducted by healthcare professionals assigned by State and City Departments and by the Federal District ⁸.

The Committees for the Prevention of Child Mortality are organisms that gather representatives from governmental institutions and the organized civil society. They rely on multiprofessional participation in the three spheres of government. Their goal is to assess the circumstances of children and perinatal deaths, and to propose measures for improving quality of healthcare and other actions to reduce mortality ^{2,9}.

The Municipal Executive Power, through Law 10,545 of 30 September 2008, implemented in the scope of the City Department of Health of Porto Alegre the Committee for the Prevention of Late Fetal and Child Mortality (CMI) and determined the goals, the ends, composition, operations, competences and methodology of the analysis of mortality. The CMI presents an inter-institutional, ethical and classified profile, and its goal is to analyse the information and data obtained through the investigations of late fetal and child mortality in residents in the city of Porto Alegre and to propose actions for the prevention of deaths considered avoidable ¹⁰.

Figure 1 presents the organization chart of CMI's composition. The president and the secretary, together with their respective substitutes, are elected among its members for a mandate of two years, with the possibility of being reelected. Among them, one of the representatives must be from the Technical Area of Child and Adolescents' Health, and another should represent the General Department of Health Surveillance (CGVS). Titular members and their substitutes are designed by the City Secretary of Health and indicated by institutions or sectors of civil society.

Figure 1 – Composition of the Committee for the Prevention of Late Fetal and Child Mortality (CMI) in Porto Alegre/RS



Source: Research data

The representatives from SMSPA, the State Health Department (SES/RS), the City Council Health Department, the City Council's Department for Children and Adolescent Rights, and from the Justice Department for Children and Youth are considered Permanent Members. The representatives from organized civil society (maternity and children's hospitals, professional councils, medical and nursery associations and colleges in the fields of Pediatrics and Obstetrics-Gynecology) constitute Indicated Members.

There are monthly ordinary sessions, and extraordinary meetings can occur when needed, either called by the president or by written request of most of its members.

When considering the historical background of CMI' creation, it is possible to see that even before its legal establishment, there were actions carried out by SMSPA's responsible department in terms of mortality epidemiological surveillance. There was a concern about regulating the CMI according to the Ministry of Health's recommendations in order to qualify information for mortality analysis in the city and improve the process of investigation of child mortality,

The agents involved in the process of investigations related to mortality are the professionals working at healthcare centers and healthcare workers from the CMI. The investigation on mortality intends to search information on the assistance offered and also the information collected from the family ².

The investigation's stages are the following: identification of decease; application of the inclusion/exclusion criteria; household interview; collection of data at the healthcare services through the patient records from the Basic Health Units (UBS), emergency services, speciality clinics; hospital records; necropsy report; summary, discussion and conclusion about the case; avoidability analysis; identification of the problems related to deceases; identification of necessary prevention/intervention measures ².

The Child Death Investigation Reporting Form is used to standardize the process of child mortality surveillance. It contains fields concerning the identification of the investigated case, prenatal, delivery and birth healthcare data, information on the child's assistance and information provided by the family through home interview ².

To proceed with mortality avoidability analysis, the surveillance team should promote discussion among all professionals involved in the child's assistance to review the difficulties that led to death and discuss together in the group, improving work processes and the organization of services. The recommendations gathered must be sent to health managers in all levels, highlighting the intervention measures to correct assistance and to prevent new deaths that are potentially avoidable ².

In the city of Porto Alegre, the child death investigation begins with the search for Death Declarations in the units responsible for notification. Afterwards, deaths of children under 5 years old are selected for the investigation. The investigation forms are sent to hospital healthcare services and primary healthcare services for data collection. The collected data must return to the CGVS so that a technical team from CMI can analyse the investigation forms, fill in the summary form and feed it into the SIM.

The information on child mortality investigation procedures is permanently controlled through the report on the number of deaths of children under 5 during each month and the verification of the return of death investigation forms by the hospitals and Healthcare Units (US) – both the ambulatory and the home visit form. The discussion of the cases is also a permanent topic. The case presented for discussion is selected in the board meetings according to the problems observed during the evaluation of the death investigation forms. The goal is to generate intervention measures for reducing child mortality. At the meeting, all participants analyse the case carefully and define measures to prevent new deaths.

During the first months of follow-up meetings, that the main problems verified in the investigation of children's deaths were the process flow and the training. There was a small feedback from the investigation forms – both ambulatory and home forms – and from many topics raised by District Management (GD) representatives about the difficulties in the

process. Constant topics in the meetings were the manifestation of GD representatives about their difficulties and the request from the CMI board that the forms had to be returned within the established deadline.

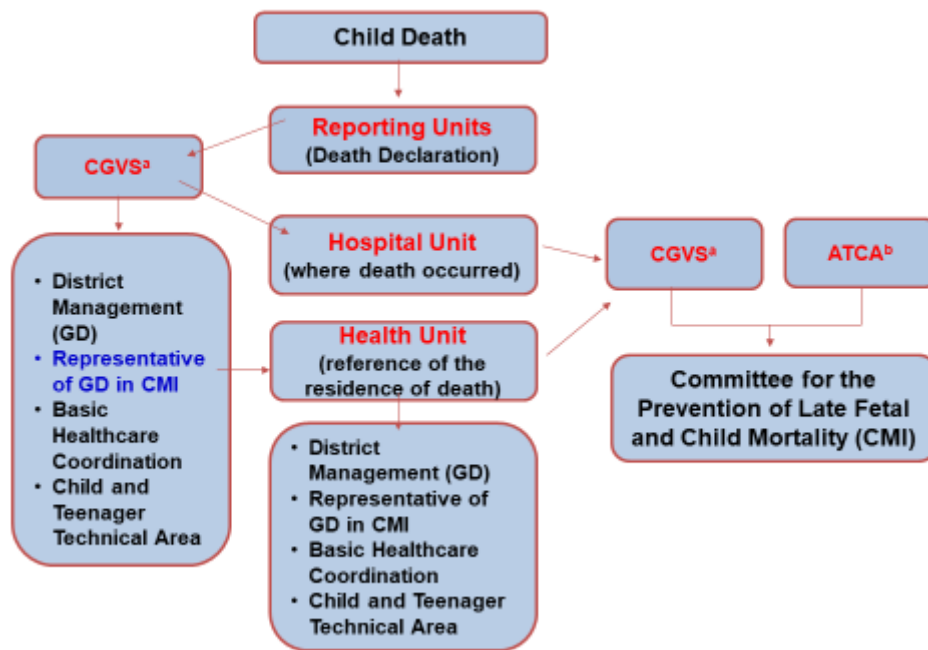
The basic healthcare team in the area where the deceased child's family lives is responsible for participating in the death investigation, since this helps collecting data in health services and at home in due time and facilitates trust and empathy with the involved family in order to obtain reliable information in home interviews⁸.

Other difficulties indicated by the GD representatives were: lack of human resources at Health Units (US) for conducting home interviews and filling in the forms, and the need to prioritize other urgent demands in the field of healthcare assistance; lack of understanding on the purpose and relevance of the investigation of child death; lack of training of the teams in healthcare units to conduct home visits and fill in the forms. Another issue raised was the difficulty of conducting home visits when they had to deal with the topic of death without any preparation for dealing with the family's feelings of loss.

To overcome the existing difficulties in the conduction of child death investigations there was a regularization of investigation procedures and recommendations implemented in 2016. The role of GD representatives started to be the monitoring of the investigation process, helping to overcome the difficulties with the forms. Figure 2 presents the child death investigation flow chart in Porto Alegre/RS.

According to Frias⁷, the strategy related to the implementation of Committees for the Prevention of Child Mortality has had good compliance. However, its existence has been full of advances and setbacks that present, as conditional factors, the greater or smaller involvement of organized civil society, the capacity for prompting public powers, the disposition of sanitary authorities to promote strategies, and the existence of professionals interested on the subject, among many others. These factors were observed during the meetings. It should be said that the representatives from social control and organized civil society have rare participations in these meetings, the main participation coming from the representatives from GDs and from the hospitals in the city of Porto Alegre.

Figure 2 – Child death investigation flow chart in Porto Alegre/RS



Source: Adapted from CMI data.

^a CGVS = General Department of Health Surveillance of SMSPA

^b ATCA = Technical Area of Children and Adolescent Health

In summary, the general attributions of the Committees for the Prevention of Child Mortality are: stimulate the investigation of deaths by the death surveillance team; identify the problems related to the investigated death and the avoidability classification; propose measures to prevent new deaths; qualify life statistics; spread information and promote educative actions on the subject; promote inter-institutional articulation ⁷.

The difficulty in complying with CMI's deliberations appeared in the meetings, since measures previously defined were not adopted or their application was not clear enough. It is possible to observe that the responsibilities of sharing results, promoting educational actions on the subject and promoting integration among institutions and sectors are not yet consolidated in the work of CMI. Such responsibilities are of vital importance for an effective action.

Resolutions and recommendations issued by CMI are a result of the Board's decision-making processes, but they constitute part of a much greater and much more complex process that takes place in the sphere of Public Health. They correspond to partial aspects in the decision-execution dynamics related to the programs that take place in SUS, specially when it comes to introducing relevant innovations¹¹. Therefore, health managers debate of the

recommendations become a hindrance in the operations of CMI. However, the effectiveness of CMI actions depend on the participation and on the commitment of its members.

Death Surveillance and the Reduction of Child Mortality in Porto Alegre

One of the targets of the third goal included in *The Goals of Sustainable Development* is to eliminate avoidable deaths of newborns and children under 5 years old, aiming at the reduction of neonatal mortality to a maximum of 12 deaths per 1,000 live births, and the mortality of children under 5 to a maximum of 25 deaths per 1,000 live births until the year 2030 ¹².

The Child Mortality Rate is an estimate of the probability that a child dies before being one year old ^{1,2}. In Brazil, for the calculation of Child Mortality Rate, the number of child deaths is obtained from the Information System on Mortality (SIM) and from the Information System on Live Births (SINASC) ¹.

Since 1980, there was a considerable reduction in the national Child Mortality Rate that could be related to the model of intervention in the area of public policies and with the increase of maternal and child health programs ^{13,14}.

According to the demographic census of 2010 ¹⁵, child mortality rate decreased in Brazil from 2000 to 2010, going from 29.7 to 15.6 child deaths per 1,000 live births. The South Region of Brazil presents the smaller coefficient during that period, going from 18.9 to 12.6 child deaths per 1,000 live births.

The reduction in child mortality being experienced in Brazil occurs mainly in post-neonatal deaths, leaving neonatal deaths as the main component of child mortality, specially in the regions where the Child Mortality Rate is low. In 1980, the ratio of deaths during the neonatal period was 40.70%, increasing to 67.30% in 2008, which represents an increase of 26.6% in 28 years. In the regions of the country with higher Child Mortality Rate, there is still prevalence of post-neonatal deaths, considering that a significant number of deaths is related to social, economical, demographic and biological factors, as well as to the difficulty of access to healthcare services ¹⁵.

According to IBGE's 2010 Census, the State of Rio Grande do Sul also presented a relevant decrease in that rate in the last decade, going from 15.1 deaths per 1,000 live births in 2000 to 11.2 deaths per 1,000 live births in 2010 ¹⁴.

In Porto Alegre, from the year 2000 to 2010, child mortality presented a decrease of 27%, going from 16.0 deaths per 1,000 live births in 2000 to 11.6 deaths per 1,000 live births in 2010.

Many actions were developed to reduce child mortality, expanding access to healthcare services and implementing initiatives that involve mothers and children. These initiatives have changed healthcare attention to pregnant women and newborns ¹⁶.

The Team of Surveillance of Vital Events and Non-Communicable Diseases and Conditions from the General Department of Health Surveillance of SMSPA manages the Information System on Mortality (SIM) of the city of Porto Alegre and it is investing in the qualification of data contained in Death Declarations through the review of hospital and ambulatory records, home visits, contact with the responsible physician and the family, and research in other information systems.

In Table 1, the historic series of data on births and child deaths and child mortality coefficients in Porto Alegre are presented from 2006 to 2016. In that period, 2,092 child deaths occurred, being 1,311 neonatal deaths and 781 post-neonatal deaths.

Table 1 – Data on births and child deaths in Porto Alegre from 2006 to 2016 ^a

	Live Births	Child Deaths	Child Mortality Rate	Neonatal Deaths	Neonatal Mortality Rate	Post-Neonatal Deaths	Post-Neonatal Mortality
2006	18,383	223	12.13	131	7.12	92	5.01
2007	17,809	212	11.90	113	6.35	99	5.55
2008	18,553	216	11.64	141	7.60	75	4.04
2009	18,667	182	9.75	111	5.95	71	3.80
2010	18,314	192	10.48	124	6.77	68	3.71
2011	18,907	171	9.04	107	5.66	64	3.38
2012	19,457	178	9.15	110	5.65	68	3.50
2013	19,694	182	9.22	113	5.73	69	3.49
2014	19,163	186	9.71	126	6.58	60	3.13
2015	19,688	182	9.24	126	6.39	56	2.85
2016 ^a	18,596	168	9.03	109	5.85	59	3.18

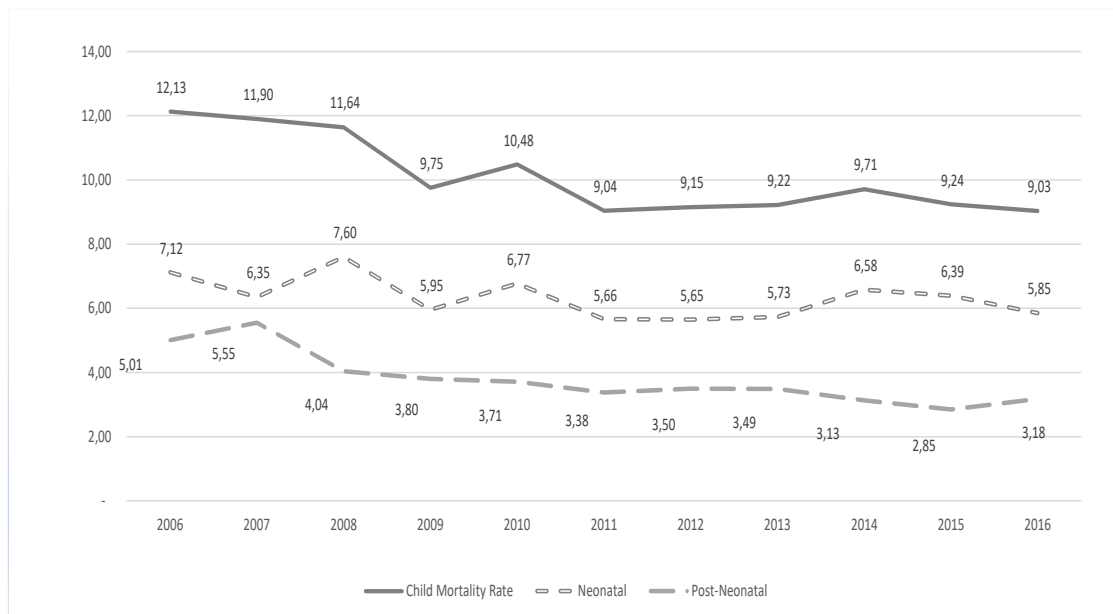
Source: SINASC and SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA.

^a The data from the year 2016 has not been finalized in Federal level and slight changes may apply.

The Neonatal Mortality Rate appears to be more constant than the others. Nowadays, neonatal mortality represents the main component of child mortality in the city, where the ratio of neonate deaths related to the total of deaths among infants under 1 year old was 62.67% in the period studied. The authors who investigate the possible causes of that fact have pointed out that the reduction of post-neonatal mortality is associated to the improvement in healthcare assistance, the expansion of

basic health services network, encouragement to breastfeeding, vaccination campaigns, and the technological development of intensive care units ^{12,17}. Figure 3 shows the profile of Child Mortality Rate and of its neonatal and post-neonatal components in the aforementioned period.

Figure 3 – Child Mortality Rate and its neonatal and post-neonatal components from 2006 to 2016 ^a



Source: SINASC and SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA.

^a The data from the year 2016 has not been finalized in Federal level and slight changes may apply.

The percentage increase of neonatal deaths among child death total can be understood since it comes from a decrease in post-neonatal deaths. The challenge is in the decrease of neonatal mortality, because the main causes for these deaths are perinatal conditions. Most of those deaths could be avoided if there were better conditions in prenatal and birth assistance ^{18,19}. That fact considered, the specific data and the determinants of neonatal deaths are presented and analysed below.

Surveillance and the Avoidability of Child Death in Porto Alegre

To analyse the determinants of child death, Frias and Navarro ¹ present a theoretical model that can be useful for understanding the phenomenon of child mortality and to help in the investigations of death by health services and in the actions of the Committees for the Prevention of Child Mortality. That model gives priority to the social and economic role and the action of medical interventions to explain the conditions that determine child mortality.

The model shows a set of social, economical and demographic factors (education level of the mother, family income, mother's work, type of housing, water supply, waste collection, sewage conditions) that influence in an indirect manner the factors related to healthcare

assistance (access to and quality of prenatal care, women's reproductive history, type of delivery, birth assistance, growth and development follow-up, vaccination, assistance to the child during illness), which influence biological factors (weight at birth, child nutritional study, mother's age, congenital malformations, multiple pregnancies, gestational age, maternal morbidity) that have direct influence in child death ¹.

The conditioning factors of neonatal mortality usually studied are the factors related to the characteristics of the mother (age, education level), to prenatal assistance (number of consultations), the conditions of birth and evolution of newborns (gestation type and duration, type of birth, weight at birth, sex, APGAR score), the access to resources of neonatal assistance and death description (main cause, avoidability) ^{18,20,21,22}. Table 2 presents the distribution of some factors that conditioned neonatal mortality in Porto Alegre from 2006 to 2016.

In the studies on mortality, it is relevant to use the basic causes of death to help in the planning of actions for reducing mortality. The main groups of basic causes of neonatal deaths found in that period were: diseases originated in the perinatal period in 70.02% of deaths (n=918); congenital malformations in 26.09% of deaths (n=342); infectious and parasitic diseases in 1.68% of deaths (n=22); external causes in 1.07% of deaths (n=14); other causes in 1.14% of deaths (n=15). The basic cause with greater proportion are diseases originated in the perinatal period. That is something of concern, and it could be associated to the bad quality of the services of prenatal assistance.

Another important method used for the conduction of healthcare actions in child population to reduce avoidable deaths is the avoidability classification, since it helps identify predominant causes ²³. In Brazil, the first method of classification of child death was the list of the Sao Paulo's State System Foundation for Data Analysis (SEADE Foundation). Later, Malta *et al.* ²⁴ elaborated the List of Causes of Death Avoidable by Interventions in the Scope of the Unified System of Health (SUS) ^{28,29}. According to Malta's ^{6,24} classification, in the period presented, 62.02% (n=813) of neonatal deaths were classified as avoidable; 37.83% (n=496) were considered not clearly avoidable; and 0.15% (n=2) was classified as poorly defined cause. The categories of avoidability that presented greater ratios were: proper assistance to women during pregnancy, with 34.32% (n=450); and proper assistance to newborns, with 19.29% (n=253).

Table 2 – Distribution and mortality rate of maternal, prenatal and birth assistance characteristics and neonatal deaths' characteristics – Porto Alegre/RS, 2006-2016 ^a

Variables	n	f	%	Mortality Rate
Age (years)	1,303			
10 to 19		234	17.96	7.58
20 to 29		563	43.21	6.30
30 to 39		432	33.15	6.32
Over 40		74	5.68	10.42
Ignored		8	-	-
Education (years of study)	1,259			
Less than 8		381	30.27	7.92
Greater than 8		878	69.73	5.50
Ignored		52	-	-
Type of pregnancy	1,304			
Singlet		1,138	87.27	5.60
Twins		156	11.96	29.69
Three or more		10	0.77	54.05
Ignored		7	-	-
Duration of pregnancy (in weeks)	1,286			
Less than 37		955	74.26	40.92
Equal or greater than 37		328	25.51	1.80
Ignored		25	-	-
Type of birth	1,304			
Vaginal		613	47.01	5.99
C-Section		691	52.99	6.62
Ignored		7	-	-
Place of birth	1,311			
Hospital		1,284	97.94	6.22
Home		12	0.91	15.97
Other healthcare establishment		7	0.54	43.20
Other		8	0.61	32.92
Newborn sex	1,305			
Masculine		720	55.17	6.79
Feminine		585	44.83	5.77
Ignored		6	-	-
Weight at birth (in grams)	1,307			
Less than 2,500		974	74.52	47.77
Equal or greater than 2,500		333	25.48	1.78
Ignored		4	-	-

Source: SINASC and SIM/EVEV/CGVS/SMS/PMPA.

^aThe data from the year 2016 has not been finalized in Federal level and slight changes may apply.

That data is produced daily by the technical team of the Health Department and by healthcare service managers in order to systematize the information. The attempt of eliminating avoidable deaths of newborns and children under 5 years old has been a constant concern of SMSPA, and the CMI has a core roll investigating and making recommendations for improvements in maternal and child healthcare attention.

Final Considerations

Child Mortality Rate still represents a public health problem in Brazil. The expansion and qualification of child death surveillance and of the Committee for the Prevention of Child Mortality is one of the strategies to intensify the fight against child mortality. This article proposed a discussion on some of the points related to child mortality, specially CMI's actions in the surveillance of child death.

Regarding the functioning of CMI, it could be verified how the gathering base, and data production and analysis are organized to feed the information systems. CMI actions on surveillance and analysis of child death avoidability and of the conditions of life and health of the families allow to evaluate the quality of health services and provide information for managers in order to organise the services and the creation of healthcare networks for pregnant women and newborns. Some attributions are being improved with the development of strategies for the prevention of new cases of avoidable deaths.

Post-neonatal child mortality has presented a higher trend of decrease than early neonatal mortality, but both are linked to preventable causes, being potentially avoidable with the resources available nowadays.

Neonatal mortality data in Porto Alegre from 2006 to 2016 demonstrate that most newborns were born premature, with weight below 2,500 grams. It is necessary to increase surveillance in healthcare services in order to identify risk neonates.

Great part of the deaths was considered avoidable, and they could be reduced offering proper care to pregnant women and newborns. It is crucial to offer quality prenatal care to early diagnosis maternal and fetal diseases.

The expansion of knowledge on the factors involved in child death contributes for the improvement of maternal and child healthcare system and for adopting measures that prevent new deaths.

References

- 1 Frias PG, Navarro LM. Crianças sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. In: Bittencourt DAS, Dias MAB, Wakimoto MD, editors. *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013. p. 91-121.
- 2 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*. 2nd ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 96 p.
- 3 Portal Brasil [Internet]. Brasília (DF); c2015-2017 [cited 2017 dez 5]. ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil. Available from: <http://www.brasil.gov.br/cidadania->

[e-justica/2015/09/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil/@nitf_galleria.](#)

4 Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Vigilância do óbito. São Luís; 2016.

5 Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Epidemiologia da mortalidade infantil, fetal e materna. São Luís; 2016.

6 Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, Leal MC, Szwarcwald, CL et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil [Internet]. Brasília: Epidemiol Serv Saúde. 2010 Apr-Jun [cited 2018 Jan 07]; 19(2):173-176. Available from: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14517/art_MALTA_Atualizacao_da_lista_de_causas_de_mortes_2010.pdf?sequence=1.

7 Frias PG, Navarro LM, Santos SMS, Dias MAB, Viola RC. Comitês de mortalidade: a sociedade exercendo a cidadania e demandando ações de saúde. In: Bittencourt DAS, Dias MAB, Wakimoto MD, editors. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013. p. 247-264.

8 Frias PG, Viola RC, Navarro LM, Machado MRM, Rocha PMM, Wakimoto MD 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 DAS, Dias MAB, Wakimoto MD, editors. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013. p. 201-246.

9 Ruoff AB, Andrade SR, Schmitt MD. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 mar; [cited 2018 Jan 2];38(1):e67342. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170167342.pdf>.

10 Porto Alegre. Lei n.º 10.545/2008, de 30.09.2008. Autoriza o Poder Executivo a instituir, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI), determina-lhe objetivos, finalidades, composição, funcionamento, competências e metodologia de análise e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, RS; 2008.

11 Labra ME. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury SL, Costa LV, editors. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. 288 p.

12 United Nations Children's Fund (USA). Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: UNICEF; 2015.

13 Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Brasil). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2nd ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349 p.

14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 146 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.

15 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 56 p. Available from: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>.

16 Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF, 2012.

17 Vieira TMM, Oliveira RR, Mazza VA, Mathias TAF. Mortalidade perinatal e diferenças regionais no estado do Paraná. Cogitare enferm [Internet]. 2015 Oct [cited 2017 Dec 14]; 20(4):783-791. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42626>.

18 Rocha R, Oliveira C; Silva DKF; Bonfim C. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. Rev. Enferm. [Internet] 2011 Jan/Mar [cited 2018 Jan 06]; 19(1):114-20. Available from: https://www.researchgate.net/publication/277060349_Aplicacao_da_tecnica_de_linkage_entr_e_as_bases_de_dados_de_nascidos_vivos_e_obitos_para_estudo_da_mortalidade_neonatal_n_o_Recife_PE_Brasil.

19 Lansky S, França E, César CC, Monteiro Neto LC, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999 [Internet]. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 2006 Jan [cited 2018 Jan 06]; 22(1):117-130. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100013>.

20 Moraes Neto OL, Barros MBA. Fatores de risco para a mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados e nascidos vivos e óbitos infantis [Internet]. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública; 2000 Abr-jun [cited 2018 Jan 20]; 16:477-85. Available from: https://www.researchgate.net/publication/26359386_Fatores_de_risco_para_mortalidade_neonatal_e_pos-neonatal_na_Regiao_Centro-Oeste_do_Brasil_linkage_entre_bancos_de_dados_de_nascidos_vivos_e_obitos_infantis.

21 Kassar SB, Melo AM, Coutinho SB, Lima MC, Lira, PI. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history [Internet]. Rio de Janeiro: J Pediatr; 2013 [cited 2018 Jan 20]; 89:269-77. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3997/399738199009/>.

22 Miranda MHH, Fernandes FECV, Campos MEAL. Determinantes associados à mortalidade perinatal e fatores associados [Internet]. Recife: Rev enferm UFPE on line; 2017 Mar [cited 2018 Jan 12]; 11(3):1171-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>.

23 Dias BAS, Santos Neto ET, Andrade MAC. Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões? Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 07]; 33(5):e00125916. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000504002&lng=en. Epub June 12, 2017.

24 Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias, MAS, Morais Neto OL, Moura L et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil [Internet]. Brasília: Epidemiol Serv Saúde. 2007 [cited 2018 Jan 07]; 16:233-4. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002.

ARTIGO 2 – SOBRE A MORTE E O MORRER: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL

Autores:

Maria da Graça Alexandre ^a

Cristianne Maria Famer Rocha ^b

Paulo Roberto Antonacci Carvalho ^c

^a Aluna do doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

^b Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

^c Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar as concepções dos agentes envolvidos na investigação do óbito infantil sobre a morte e o morrer. Estudo qualitativo, que propõe trabalhar com o universo dos significados, das atitudes, dos valores, das aspirações, das crenças, descrevendo as características da população e do fenômeno envolvido. Os participantes do estudo foram os profissionais que compõem 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. Foi realizada entrevista semiestruturada individual, com registro em gravador, interrogando aspectos sociodemográficos dos participantes e suas concepções sobre a morte e o morrer. Para a análise dos dados qualitativos, foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo Temática. Das 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 a revolta com a morte inesperada. As percepções dos participantes da pesquisa sobre a morte e o morrer influenciam na vida profissional, sendo importante refletir e discutir sobre esse tema para um melhor desempenho das suas atividades. A educação para a morte deve acontecer a partir do cotidiano das pessoas, ser embasada nos seus questionamentos. Refletir sobre a morte é refletir sobre a vida e a qualidade dela. É preciso entender a morte para lutar pela vida.

Palavras-chave: tanatologia; morte; profissionais de saúde.

Introdução

Morrer é a realidade mais evidente da existência humana, mas, em geral, tememos a morte e não a desejamos. Assuntos como a morte, os cuidados do processo de morrer e o luto

são evitados na sociedade como um todo. O modo como o tema da morte é compreendido é muito variado e tem sido alvo de reflexão pelos pesquisadores.

Nas discussões sobre a assistência e a promoção da saúde, a morte é um tema presente, mas, ao mesmo tempo, evitado. Há quem pense que os profissionais de saúde, que lidam com o prenúncio de morte no seu dia a dia, estão acostumados com ela. Entretanto, isso nem sempre é verdade, pois lidar com a morte é uma tarefa que gera sofrimento e questionamentos sobre a sua atuação profissional. Para muitos profissionais de saúde, a morte é vista como um 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.

A morte de crianças é um fato que consterna a todos, principalmente aos familiares, pois, para os pais, a morte de um filho parece destoar da ordem natural da evolução humana. Para a redução das taxas de mortalidade infantil no país, a vigilância do óbito infantil tornou-se uma importante estratégia que deve ser realizada pela equipe de atenção básica, a qual faz um levantamento dos possíveis problemas que envolveram a morte de uma criança na sua área de responsabilidade, e pela 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 a sua atividade profissional, precisamos fazer uma reflexão a respeito dos aspectos psicossociais envolvidos na morte e sensibilizar para a importância de estudar sobre esse tema. Nossa proposta 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 da investigação do óbito infantil. 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, das atitudes, dos valores, das aspirações, das crenças, descrevendo as características da população e do fenômeno envolvido.

O local do estudo foi o município de Porto Alegre/RS. 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. 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 a investigação de óbito ocorrido no seu Distrito Sanitário (DS).

Para o fechamento amostral, foi utilizado o critério de saturação de dados, ou seja, foi suspensa a inclusão de novos participantes quando o teor das respostas obtidas demonstrou uma lógica interna para o objeto de estudo¹.

A coleta de dados ocorreu por meio de: pesquisa documental junto à Coordenação do CMI e à Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente da SMS; observação sistemática das 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.

Os instrumentos de coleta de dados foram: um roteiro de entrevista semiestruturada para os integrantes do CMI e um roteiro de entrevista semiestruturada para os profissionais da APS que realizaram a entrevista domiciliar, com o objetivo de interrogar 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 de instrução, tempo de formação, local de trabalho e tempo de trabalho nos referidos locais.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas pelo investigador, com registro em gravador. Todos os entrevistados firmaram o consentimento de participar da pesquisa por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O tempo para a realização das entrevistas foi de 20 a 30 minutos aproximadamente. Para o anonimato dos participantes da pesquisa, foram utilizadas as siglas CMI para os integrantes do comitê de mortalidade infantil e PAP para os profissionais da APS. Os depoimentos dos participantes da pesquisa estão identificados pelas siglas, seguidos da 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 a análise dos dados qualitativos, foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo², que se aplica a *discursos* extremamente diversificados. As entrevistas semiestruturadas foram transcritas para posterior análise. Dentre as várias técnicas utilizadas pela análise de conteúdo, foi selecionada a análise de conteúdo temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Essa técnica é realizada por meio do desmembramento

do texto em unidades ou categorias, segundo reagrupamentos análogos, construindo as categorias conforme os temas que 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.

Resultados e discussão

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 preencheram a ficha de investigação do 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 ($DP \pm 2,66$).

No grupo dos profissionais da APS, foram entrevistados 15 profissionais. Com relação às visitas domiciliares realizadas para a investigação do óbito infantil por esses profissionais, 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).

Na questão religiosa, nos dois grupos, mais da metade dos participantes que declararam possuir uma religião ou professar uma doutrina específica informaram não serem praticantes da 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”³. 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 correr 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 coisa é pensar o fato de cada morte individual⁴. “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”⁴.

O medo do homem sobre o 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”⁵.

O evento da morte entre os animais não envolve comportamento convencional. Suas respostas são definidas pelas leis da sua espécie, e eles não possuem a 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 da sua morte e da morte dos outros, as quais podem variar desde modificar a maneira de ver a vida até uma comoção com a morte⁴.

A maioria dos participantes da pesquisa evidenciaram não pensar sobre o que representa a morte e sobre o que significa morrer. Titubeavam ao responder às perguntas, evidenciando apreensão com elas. Demonstraram não fazer distinção entre o significado de morte e o significado de morrer. Pareceu que, quando falavam sobre a morte, se referiam à morte de outras pessoas e, ao se referirem à palavra morrer, relacionavam com a sua 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 progredindo para a morte⁶. No entanto, a morte em si não é apenas um evento biológico, mas uma construção social, de modo que o seu significado pode ser construído em cada momento histórico⁵.

Um grupo de entrevistados relatou que a morte representa uma fase ou uma etapa da vida, um ciclo da nossa existência humana que se encerra:

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. (PAP 9)

Chiavenato³ apresenta a ideia da morte como uma nova vida, o que implica a imortalidade da alma, ou seja, com a morte, a alma se desprende do corpo e tal separação pode resultar na reencarnação ou em uma vida imaterial. Para Siqueira⁷, “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”.

A resposta que apareceu com maior frequência nos depoimentos coletados foi a morte representando um momento de “passagem” para outra etapa, para outra fase, para outro nível, rejeitando a possibilidade da finitude da 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. (PAP 4)

Em diferentes culturas, a morte abre as portas para outra vida, para um além, pois ela “é entendida como um deslocamento do princípio vital”⁴. 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 o nascimento; uma imagem de sono, em que a morte é o 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 diante⁴.

Ariès⁸ também 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 é “deixado” para o repouso da alma.

Essas representações tranquilizantes 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”⁴.

Alguns participantes, 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, desaparece com ela não apenas os sentidos e a funcionalidade orgânica. Esvaece o que aquela pessoa representou na sociedade, na sua família, no seu 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”⁹. A morte é complexa porque não ocorre apenas biologicamente, “mas também morre o ser que habita aquele corpo, há morte profissional, familiar, dentre outras”¹⁰.

Também houve depoimentos em que a percepção da morte foi referida como “passagem” associada a um momento de “perda”, em que os profissionais demonstram o sofrimento com a morte de alguém expressando o sentimento de: “dor” e “saudades” (CMI 12); “perder um pedaço de ti mesmo” (PAP 12); “não ter mais materialmente as pessoas que tu amas” (CMI 15).

Chiavenato³ faz referência ao apego do homem moderno às pessoas, sendo a morte sentida como uma perda pessoal, análoga à perda de um objeto. Para esses, o outro que morre é subtraído do seu convívio. As pessoas ficam sem a posse do morto e sem os favores, prazeres, entre outras coisas, que eram proporcionados pelo falecido. O homem contemporâneo já “não entende o amor sem a posse do objeto amado”³.

Chaves⁹ 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 isso ocorre. Defende a tese de que morte e sofrimento humano são distintos e não caminham juntos necessariamente. Atribui que a morte, por ser talvez o último dos processos dinâmicos da vida, possui um caráter necessário. No entanto, o sofrimento humano é 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 poucos recursos para a saúde pública, os quais raramente contemplam as necessidades da população. Afirma que, na verdade, parte do sofrimento humano, no que tange à vida e à morte, está relacionada com as questões públicas de falta de recursos e de acesso à saúde, o que, conseqüentemente, não promove a morte digna, sem sofrimento.

Podemos relacionar a visão de Chaves⁹ com o processo da investigação do óbito infantil. Ao pretender identificar se o óbito infantil investigado poderia ser evitado, a equipe que está envolvida na investigação se depara com as 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. (PAP 6)

Também foi evidenciado, em alguns depoimentos, um cunho religioso e filosófico na percepção sobre a morte, sendo a doutrina religiosa ou filosófica usada como argumento para justificar a sua resposta sobre a percepção sobre a morte.

É difícil precisar quando surgiu a ideia de vida após a morte. A evolução dessa crença é diversa 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 aceitam que a morte extingue o ser humano³.

A percepção sobre a morte e o morrer pode ser diferenciada conforme a religião ou a filosofia que se escolhe para elucidar o fenômeno. Nas culturas que apresentam a ideia de continuidade da vida depois da morte, sem considerá-la como um fim em si mesma, pode-se perceber sua aceitação absoluta, o que facilita sua integração psicológica, aproximando o homem da morte com menos terror¹¹.

Um pequeno número de participantes referiu que a morte representa a finitude, sendo, também, associada à “perda” e ao sofrimento. A ausência de religião foi utilizada para justificar a 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 final da vida. (CMI 13)

A palavra morte frequentemente está associada a sentimentos de dor, à separação, à perda. A civilização ocidental foge desse tipo de sentimentos, portanto, foge da morte. O tabu da morte é associado ao sofrimento gerado nas pessoas⁶.

A partir da segunda metade do século XX, a morte passou a ser camuflada, devendo ser escondida, extraída do ambiente familiar e levada para as instituições hospitalares, sendo os mortos mantidos à distância porque tinha-se medo que eles retornassem⁸.

Para Chiavenato³, 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. [...] 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.³

Segundo Chiavenato³, a morte que conhecemos é a morte do outro. A nossa consciência é a da morte alheia, nós não temos ensaio pessoal da morte. Podemos vivenciar o morrer, mas não a morte. “Com a morte e o fim da vivência do morrer, perdemos a consciência do real, portanto da própria morte”³.

Para Rodrigues⁴, “a morte do outro é o anúncio e a prefiguração da morte de ‘si’, ameaça da morte do ‘nós’”. Isso foi evidenciado durante a realização das entrevistas. Após responder sobre a sua percepção sobre a morte e sobre as questões referentes à investigação do óbito infantil, ao tentar dar o seu significado para ‘o morrer’, conforme mencionamos anteriormente, em alguns depoimentos percebe-se que os entrevistados fizeram referência a sua própria morte, ou seja, manifestaram suas percepções, seus enigmas e seus anseios sobre a sua própria morte, tal como podemos ver a seguir:

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. (CMI 15)

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. (CMI 16 e PAP 11)

Nos depoimentos colhidos, evidenciou-se falta de reflexão sobre a morte e o morrer no cotidiano dos entrevistados no processo da investigação do óbito infantil, fazendo com que o morrer pareça estar distante. Porém, ao refletir sobre o tema, durante as entrevistas, expressaram sentimentos diferenciados, revelando compreensão da fragilidade e da finitude do ser humano:

[...] 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. Quando a morte atinge o homem, (dando algum sinal – uma doença grave, por exemplo), ou quando é percebida sua proximidade, a realidade que parecia tão segura a ponto de livrar cada um da morte, é quebrada em pedaços.¹¹

Além de descrever como os profissionais envolvidos no processo da investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre percebem a morte, vamos apresentar como expressaram suas reações emocionais e suas atitudes ao conversar sobre o tema e ao se deparar com a morte.

(Re)ações frente à morte e ao morrer

Ariès^{8,12} observou a atitude do homem diante da morte sob o ponto de vista histórico e sociológico, analisando diversos comportamentos e várias transformações na conduta humana conforme o período histórico e a cultura pesquisados. Segundo Menezes¹³:

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.

Neste eixo temático, agrupamos os depoimentos sobre as reações e as atitudes dos participantes diante da morte e do morrer. Destacamos que, durante as entrevistas, os participantes também manifestaram suas ações frente à morte, principalmente em relação a sua atividade profissional e, também, em relação a sua atuação no processo da investigação do óbito infantil.

Poucos entrevistados referiram encarar a morte com naturalidade. Atribuíram essa atitude ao entendimento familiar sobre o tema e consideraram que esse comportamento permite viver com mais tranquilidade. Também houve referência em relação ao comportamento do profissional de saúde que enfrenta a morte no ambiente hospitalar:

[...] 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. (CMI 4 e PAP 1)

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. (CMI 9)

Ariès^{8,12}, em suas pesquisas sobre as transformações nos 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. O período do século XI até o século XIV foi marcado pelo reconhecimento da própria finitude humana. A partir do século XIX, a morte tornou-se dramática e intolerável, iniciando um processo de alienação social da morte¹³. Na sociedade tradicional, a morte era vivenciada de modo mais familiar e menos oculta, 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”¹³.

Com o avanço técnico da medicina, houve um prolongamento da vida e uma redução das taxas de mortalidade, especialmente de mortalidade infantil, e o privilégio exclusivo dos

cuidados ao moribundo passou da família para o médico e para as instituições hospitalares. A própria medicina, por meio da prevenção e do controle coletivo da saúde e da doença, exerce um papel importante no afastamento da morte das consciências pessoais¹³.

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.¹⁴

Esse contexto histórico, também apontado por Ariès^{8,12}, nos remete às respostas de entrevistados que referiram que suas reações de aceitação da morte dependem da situação na qual a morte ocorreu. Percebe-se que alguns entrevistados aceitam melhor a morte nos casos de doença terminal e ficam aborrecidos com a morte antecipada. Ao falar sobre a morte das pessoas com vínculo afetivo, há manifestação de sofrimento, mas também há aceitação para os 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. (CMI 8 e PAP 3)

Um grupo de entrevistados, ao descrever suas atitudes e reações perante a morte, relatou suas condutas profissionais referindo 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. (CMI 7)

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. (CMI 11)

Klüber-Ross¹⁴, em seu estudo, 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, diz 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”¹⁴.

Outro grupo de entrevistados expressou suas reações por meio de sentimentos como a tristeza, a raiva, o medo, a saudade. O sentimento mais frequente foi a tristeza, consternação diante da morte, tanto no ambiente familiar como no ambiente profissional. Em relação à

morte do familiar, a tristeza vem acompanhada da saudade. Na situação de morte no ambiente de trabalho, a tristeza ocorre em apoio aos familiares do falecido, mas, ao mesmo tempo, há uma aceitação de que a morte faz parte da vida.

Worden¹⁵ apresenta uma lista de sentimentos, sensações físicas, cognições e comportamentos normalmente encontrados em pessoas em situação de luto. O autor afirma que a tristeza é o sentimento mais comumente encontrado nas pessoas em luto, sendo muitas vezes manifestada pelo mecanismo do choro.

O sentimento da raiva também foi abordado por Wonder¹⁵, sendo frequentemente experimentado após uma perda. É um dos sentimentos mais confusos para a pessoa em luto e pode estar na raiz de muitos problemas no processo de luto. Klüber-Ross¹⁴ também apresenta o sentimento da raiva como uma etapa dos cinco estágios de enfrentamento do luto. Em alguns depoimentos, nota-se que a raiva está relacionada à frustração por perceber que aquela morte poderia ter sido evitada. Os participantes também referiram sentir raiva em algumas situações:

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. (PAP 2)

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. (CMI 3)

Apesar de muitos sentimentos negativos associados à morte e ao morrer, alguns entrevistados indicam que ter esperança é fundamental nessa hora, porque ninguém sabe o momento da morte de cada pessoa. Referiram ter desenvolvido isso ao longo da vida profissional, observando 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. (PAP 9)

Na quinta etapa de enfrentamento ao luto descrita por Klüber-Ross¹⁴, a fase da aceitação, um ponto fundamental é não eliminar a esperança. Se as pessoas conversassem sobre a morte e o morrer como algo inerente à vida, assim como falam do nascimento de um bebê, isso ajudaria muito a aceitar a morte¹⁴. Nos depoimentos colhidos durante as entrevistas, foram manifestados muitos sentimentos em relação à morte e ao morrer, especialmente a expectativa de encontrar uma forma de como enfrentá-la.

Considerações finais

A investigação do óbito infantil como estratégia para a redução da mortalidade infantil está bem delineada. No entanto, além da disposição do poder público em promover as estratégias, o funcionamento dessa engrenagem depende dos atores envolvidos no processo da investigação. O despreparo para lidar com a morte e o morrer é sentido pelos participantes.

O mundo institucional não ajuda os profissionais de saúde a expressar o quanto eles estão preocupados com essas questões. A educação para a morte deve acontecer a partir do cotidiano das pessoas, 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.

Das 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 falta de reflexão sobre o tema foi evidenciada. Tais percepções estão relacionadas com o comportamento, as atitudes e as reações das pessoas frente à morte e nos remetem aos cinco estágios categorizados por Klüber-Ross¹⁴.

Considerando a relevância social e técnico-científica dos comitês de prevenção da mortalidade infantil, propomos esta reflexão aos leitores deste trabalho, em especial, aos atores 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.¹⁶

Por tudo isto, reiteramos o quão necessário se faz falar sobre este tema, para auxiliar cada um de nós a encarar a sua própria morte ou a morte de outros.

Referências

- 1 Minayo, MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev Pesquisa Qualitativa [Internet]. 2017 Apr [cited 2017 Dec 16];5(7):01-12. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/315756131_AMOSTRAGEM_E_SATURACAO_E_M_PESQUISA_QUALITATIVA_CONSENSOS_E_CONTROVERSIAS_SAMPLING_AND_SATURATION_IN_QUALITATIVE_RESEARCH_CONSENSUSES_AND_CONTROVERSIAS
- 2 Bardin, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 3 Chiavenato, JJ. A morte: uma abordagem sociocultural. São Paulo: Moderna; 1998.
- 4 Rodrigues, JC. Tabu da Morte. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
- 5 Azeredo, NSG. O cuidado com o luto para além das portas das unidades de terapia intensiva: uma aposta e uma proposta [tese]. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
- 6 Moritz, RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. Rev Bioética [Internet]. 2005 [cited 2018 Jan 31];13(2):51-63. Available from:
http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/107/112
- 7 Siqueira, JE. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. Rev Bioética [Internet]. 2005 [cited 2018 Jan 31];13(2):37-50. Available from:
http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/106/111
- 8 Ariès, P. História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.
- 9 Chaves, NS. Bioética: morte e sofrimento humano. Cad Ética Filosofia Política [Internet] 2009 Fev [cited 2018 Jan 20];15:105-121. Available from:
www.journals.usp.br/cefp/article/download/82610/85571
- 10 Alves, NL; Casagrande, ML. Aspectos éticos, legais e suas interfaces sobre o morrer. Rev Cient ITPAC [Internet] 2016 Fev [cited 2018 Jan 15];9(1). Available from:
https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/77/Artigo_2.pdf
- 11 Melo, CV. O significado da morte nas diferentes etapas da vida humana [monografia]. (Especialização em Psicologia). Brasília, DF: Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília; 2004.
- 12 Ariès, P. O homem perante a morte I. Portugal: Biblioteca Universitária, Publicações Europa-América Ltda. 2000.
- 13 Menezes, RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.
- 14 Klüber-Ross, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

15 Wonder, JW. Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner. 4th ed. New York: Springer Publishing, 2012. 337p.

16 Hennezel, M; Leloup, JY. A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

ARTICLE 2 – ON DEATH AND DYING: CONCEPTIONS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS INVOLVED IN THE INVESTIGATION OF CHILD DEATH

Authors:

Maria da Graça Alexandre ^a

Cristianne Maria Famer Rocha ^b

Paulo Roberto Antonacci Carvalho ^c

^a Ph.D. student of the Graduate Program in Child and Adolescent Health at the Federal University of Rio Grande do Sul

^b School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul

^c Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul

Abstract

This study analyses the conceptions that professionals involved in the investigation of child death have on death and dying. It is a qualitative study that intends to work with the universe of meanings, attitudes, values, aspirations and beliefs describing the characteristics of the population and of the phenomenon involved. The participants of the study were professionals from the Committee for the Prevention of Late Fetal and Child Mortality (CMI) and workers from Primary Healthcare Services in the city of Porto Alegre/RS, Brazil. The quantitative data was collected through individual semi-structured interview that inquired into social and demographic aspects of the participants and their conceptions on death and dying. Qualitative data was analysed according to the Thematic Content Analysis technique. Regarding the perceptions on death and dying, the following can be highlighted: death as a passage; death as loss, generating pain and suffering due to separation; death as finitude, with manifestations of grief; and shock or revolt at unexpected death. The perceptions of the participants in the research on death and dying influence their professional life, and it is very important to think about and debate this topic for a better performance in their professional activities. Education for death should come from people's everyday life – it has to be based on people's questions. Thinking about death is pondering on life and its quality. It is necessary to understand death in order to fight for life.

Keywords: thanatology; death; healthcare workers.

Introduction

Death is the most evident reality of human existence, but usually we fear death, and do not desire it. Topics such as death, care during the process of dying, and bereavement are usually avoided in society. The ways in which death is understood are very diverse, and they have been subject to reflection and debate by researchers.

In debates about health care and the promotion of health, death is both a present and an avoided topic at the same time. Some may think that healthcare workers are used to it, since they deal with its signs in their everyday work. However, that is not always true, because dealing with death is a task that generates suffering and raises questions about their professional actions. For many healthcare professionals, death is seen as a failure, because they have been trained to fight against it. However, death has to be understood as an event that is part of life, and not an event that should be avoided at any cost.

Children's deaths consternate everyone, especially their relatives, because for parents, the death of a child seems to challenge the natural order of human evolution. To reduce children mortality rates in Brazil, child death surveillance has become an important strategy to be conducted by two players: the team of basic healthcare attention, who investigates the possible problems involved in the death of a child under their responsibility area; and the multidisciplinary team that integrates the committees for the prevention of child mortality, who analyses if the death was due to an avoidable cause and estimates the necessary measures for preventing avoidable deaths.

If we consider that conceptions on death influence people's lives and their professional activities, we must propose a reflection about psychosocial aspects involved in death and create awareness for the relevance of studying it. Our intention was to inquire about death and dying among healthcare professionals who work in the investigation of child deaths and generate knowledge that can contribute to the improvement of children's death investigations. This study analyses the conceptions that professionals involved in the investigation of child death have on death and dying.

Methodology

This is a qualitative study that intends to deal with the universe of meanings, attitudes, values, aspirations and beliefs describing the characteristics of the population and of the phenomenon involved.

The site of the study was the city of Porto Alegre, RS, Brazil. The study field was the Committee for the Prevention of Late Fetal and Child Mortality (CMI) and the Primary Healthcare Services (APS) of the City Health Department (SMS) of Porto Alegre.

A non-probability convenience sampling was used. The participants of the study were professionals from CMI who were attending the meetings and workers from APS who

conducted home visits for the death investigation that had taken place in their Sanitary District (DS).

For sampling closure, the criterion of data saturation was used: the inclusion of new interviewees was suspended when the content of the obtained answers presented an inner logic for the study object¹.

The data was collected through: document search together with the CMI Coordination and the Technical Area of Children and Adolescent Health of the City Department of Health; systematic observation of CMI's monthly meetings during a period of two years (from April 2015 to April 2017) recorded in field journals; and individual interview with the professionals who accepted to participate in the survey.

The tools used for data collection were: a semi-structured interview script for CMI's workers and a semi-structured interview script for the APS workers who conducted home interviews with the intention of inquiring about social and demographical aspects of the interviewees and their conceptions on death and dying. The variables were: gender, age, marital status, birth place, religion, number of children, professional education, education degree, time since graduation, place of work and how long had the person been working in the referred places.

The semi-structured interviews were conducted and recorded by the researcher. All the interviewees read and signed the Written Informed Consent Form, accepting to participate in the interview. The interviews took approximately from 20 to 30 minutes. To keep the anonymity of the interviewees, the initials CMI were used for the participants from the Committee for the Prevention of Late Fetal and Child Mortality and PAP for the workers from APS. The interviewees' testimonies are identified by those initials followed by the number of the interviews in their chronological order. In the case of interviewees that belong to both organizations, the testimonies are identified with both initials.

Qualitative data was analysed according to Content Analysis² technique, which is applied to very diversified *discourses*. The semi-structured interviews were transcribed to be analysed later. Among several techniques used for content analysis, the choice was for the Thematic Content Analysis technique, which consists on finding the nodes of meaning that compose a communication whose presence or frequency means something for the analytical goal intended. That technique is conducted through the separation of the text in units or categories in analogous groups, building the categories according to the topics that arise from the text. To organize the elements in categories, it is necessary to identify what they have in

common for the grouping. The participants' social and demographic data will be presented through descriptive statistics.

The research project was approved by the City Department of Health (SMSPA) and by the Committees of Ethics in Research of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) and of SMSPA.

Results and Discussion

The Interviewees' Profile

The survey had 14 participants from CMI, 11 from APS and 4 workers from CMI who are also professionals of APS and who have already filled in child death investigation forms with the families. The total number of participants from CMI was considered to be 18. From APS, the total number of participants considered was 15.

In the CMI group, interviews were conducted with representatives from District Managements (GD), from hospitals and from the City Department of Health. Two interviewees identified themselves as representatives from more than one institutions, therefore there was also the representation of 2 Colleges and 1 Professional Association. The interviewees had been in the CMI for, at least, 1 year and, at the most, 8 years, with an average of 3.83 years ($SD \pm 2,66$).

In the group of APS professionals, 15 workers were interviewed. As for the home visits for the investigation of child death conducted by those workers, 33.3% ($n=5$) of the interviewees had conducted an investigation and 66.7% ($n=10$) had conducted one or more investigations on child deaths.

There was a predominance of female workers, with a percentage of 77.78% ($n=14$) compared to males in CMI group. In the group of APS professionals, all workers interviewed were females. Tables 1 and 2 below show the interviewees social and demographic data.

Table 1 – Measures of central tendency and social and demographic data dispersion of survey interviewees (in years)

	Minimum		Maximum		Average		SD	
	CMI	PAP	CMI	PAP	CMI	PAP	CMI	PAP
Age	27	26	63	60	48.89	46.07	±9.77	±11.29
Time since graduation	4	5	39	35	25.58	21.00	±9.72	±11.17
Time of professional experience	3	5	39	35	24.03	19.13	±9.99	±11.33

Source: Survey data (2017)

As to Religion, in both groups, more than half of the interviewees that declared they belonged to a religion or a specific doctrine informed they were not regular practitioners in that religion or doctrine.

On the number of children, 66.7% (n=12) of CMI participants informed to have children, with an average number of 1.11 child. In the group of APS professionals, 66.7% (n=10) of the interviewees informed to have children, with an average number of 1.0 child.

Table 2 – Frequency distribution of social and demographic data of survey interviewees

	CMI		PAP	
	f	%	f	%
Professional Field				
Medicine	11	61.1	0	0.0
Nursing	5	27.8	12	80.0
Dentistry	1	5.6	1	6.7
Occupational Therapy	1	5.6	0	0.0
Nursing Assistance	0	0.0	2	13.3
Post-graduation				
Specialization	14	77.8	10	66.7
Master's Degree	2	11.1	3	20.0
Doctorate	2	11.1	0	0.0
None	0	0.0	2	13.3
Place of work				
Hospital	7	38.9	0	0.0
Basic Health Unit	6	33.3	11	73.3
Family Health Strategy	0	0.0	3	20.0
SMS-GD	5	27.8	1	6.7
Marital Status				
Single	5	27.8	5	33.3
Married	8	44.4	8	53.3
Divorced	4	22.2	2	13.3
Widowed	1	5.6	0	0.0
Birth Place				
Capital city	11	61.1	3	20.0
Other cities	6	33.3	11	73.3
Other state	1	5.6	1	6.7
Religion				
Catholic	4	22.2	6	40.0
Lutheran	4	22.2	2	13.3
Spiritualist	2	11.1	2	13.3
Jew	1	5.6	0	0.0
None	7	38.9	5	33.3

Source: Survey data (2017).

Concepts and Attitudes on Death and Dying

The topic of death is a controversy in the cultural history of humanity. We may have defined – but not definitive – ideas. “The numberless concepts on death are limited to arguments and hypothesis that cannot be proved outside the biological field.”³ The ideas, arguments and hypothesis revealed by the surveys participants, as well as their reactions and their customs related to death and dying, in the personal and professional areas, will be explored in the following two points: (1) **perception on death and dying** and (2) **(re)actions in the face of death and dying**.

Perceptions on Death and Dying

In the history of humanity, we have always been accompanied by two apparently opposite constants: birth and death. As death can occur even before birth in the cases of fetal death, it is the only absolute certainty in the field of life. One thing is to think death as an integrated part of the destiny of living beings, and another different thing is to think about every individual death⁴. “For a thinking being, it is not death as a general and indefinite category that presents a problem, but the fact that he or she, thinking being, dies – the fact that ‘I’ die”⁴.

Men’s fear of the unknown exists from the creation of the world, and death and dying are a part of that fear. “Aspects related to death and dying continue to be objects of reflections and actions, influenced by many different factors and held by the subjectivity that comes from each and every one of us”⁵.

The event of death among animals does not involve conventional behaviour. Their answers are defined by the laws of their species, and they are not aware of death, since animals cannot acknowledge themselves as individuals. The awareness of death is related to life in organized society, it is a mark of humanity. It is no longer a matter of instinct but of human thinking, producing a variety of representations around his death and other people’s deaths, which can vary from a simple change in the way of seeing life to a commotion with death⁴.

It became apparent that most of the interviewees did not think about what death means and about what it means to die. They staggered when answering the questions, evidencing apprehension. They demonstrated they did not make a distinction between the meaning of death and the meaning of dying. It seemed that, when they talked about death, they were referring to the death of other people, and when they used the word dying, they related it to their own death.

Death can be defined as the definitive cessation of life and dying as the interval between the moment when the disease becomes irreversible, advancing into death⁶. However, death itself is not simply a biological event, it is a social construction, so its meaning can be built at every historical moment⁵.

A group of interviewees reported that death represents a stage of life, a cycle of our human existence that finishes:

Death is the end of a stage. The only certain thing we have in life is that we are going to die one day. Well, I believe life is a dynamic process and death makes part of this process. (PAP 9)

Chiavenato³ presents the idea of death as a new life, which implies the immortality of the soul, that is to say: with death, the soul detaches from the physical body and such separation may result in reincarnation or in an immaterial life. For Siqueira⁷, “death represents, therefore, the end of life in a double sense: as a chronological end of human existence and at the same time an element that offers life a meaning, endowing it with a transcendent meaning”.

The answer that appeared more frequently in the collected testimonies was death representing a moment of “passage” to another stage, another phase, another level, rejecting the possibility of the finitude of death:

I strongly believe in death [as] passage, not a final stop, not something like this: he died and it's over. I strongly believe we have another moment, in another place, in another space. (PAP 4)

In different cultures, death opens doors for another life, for a place beyond, since “it is understood as the displacement of a vital principle”⁴. Cultures may choose an image or construct a theory or a belief for death such as: a motherly image in which life here is like the life of a fetus, and death is birth; an image of sleep, in which death is resting; a theory of metempsychosis, with the idea of a life that extends throughout time, passing through many bodies; a reincarnation with the conscious continuity of personality through several rebirths; a resurrection, re-establishing human existence after death; and so on and so forth⁴.

Ariès⁸ also says that in the 12th century it was believed that, in death, the soul left the body, and there was a concern for choosing graves where the body was “left” so the soul could rest.

These pacifying representations are only a repertory of general categories that humanity has produced throughout time, death being always – in sum – transformation. “However, a new image of death is appearing among us, a probably exclusive characteristic of our civilization: death is disappearance.”⁴

When some interviewees said that death represents a “passage” into another world, they complemented the answer saying they perceive this “passage” as an evolution, growth, learning, both for those who die and for those who remain alive.

When a person dies, what disappears with him/her is not only the senses and the organic functionality. Everything the person represented in society, in his or her family, work, etc. simply vanishes. It is not simply the absence of the senses, “but the absence of the person, who becomes history due to his or her biographic legacy built throughout the process of personal evolution”⁹. Death is complex because it does not only happen biologically, “but also the being that inhabits that body dies; there is a professional and family death, among others”¹⁰.

There were also testimonies in which the perception of death was mentioned as a “passage” associated to a moment of “loss”, where the professionals showed their suffering with someone’s death expressing the feeling of: “pain” and “longing” (CMI 12); “losing a part of yourself” (PAP 12); “not having the people you love in a material form” (CMI 15).

Chiavenato³ mentions the attachment that modern individuals have to people, death being felt as a personal loss, similar to the loss of an object. For these, the person who dies is removed from their interaction. Individuals lose the ownership of the deceased and the favours and pleasures, among other things, that were provided by him or her. Contemporary individuals “do not understand love without the ownership of the beloved object”³.

Chaves⁹ analyses the connection of death with human suffering, inquiring if it is necessary to relate the death variable to the suffering variable and to what extent that relation occurs. The author defends the idea that human death and suffering are different and do not necessarily go together. She states that death presents an unavoidable feature, since it is, perhaps, the last of the dynamic processes of life. However, human suffering is something occasional, and it may be experienced by a person or not. She states that suffering can appear physically in someone who’s suffering from a disease, and it can be manifested psychologically in someone who accompanies the person who’s ill. She also describes the moral suffering that comes from the few resources available for public health, which rarely attend to the population needs. The author declares that, in fact, part of human suffering concerning life and death is related to public issues of lack of resources and access to healthcare, which do not promote a dignified death, free from suffering.

It is possible to relate Chaves’ viewpoint⁹ to the process of investigation of child death. When the team involved in the investigation is trying to identify if the child death

could have been avoided, they face the failures in health public policies and they experience psychological suffering.

It is the rupture of a bond that generates a strong impact, both in the family and in society. And for us who zeal for people's health, I believe death comes to throw cold water on us. (PAP 6)

In some statements, a religious and philosophical tone could also be evidenced in the perception on death, using the religious or philosophical doctrine to justify their answer on their perception on death.

It is hard to know exactly when the idea of life after death appeared. The evolution of that belief is diverse in different cultures. In Ancient Egypt, Egyptians believed the dead needed food and conditions to continue living in their graves. Religious people and believers see in death a "passage" to another stage, since it would be a new existential phase. Only atheists accept that death extinguishes human beings³.

The perception on death and dying can be different according to the religion or philosophy chosen to elucidate the phenomenon. In the cultures that present the idea of continuity of life after death without considering it as an end in itself it is possible to realize their full acceptance of death, which makes easier to integrate it psychologically, approximating man and death with less terror¹¹.

A small number of interviewees stated that death represents finitude, being also associated to "loss" and suffering. The absence of religion was used to justify the perception of finitude:

It represents the end of life. I do not have another different perspective. I am not a religious person, I do not believe in resurrection. So, as I believe it, it is the end of life. (CMI 13)

The word "death" is often related to feelings of pain, separation, loss. Western civilization escapes these kinds of feelings, and therefore tries to escape death. The death taboo is associated to the suffering generated in people⁶.

From the second half of the 20th century, death began to be disguised, having to be hidden, extracted from the family environment and taken into hospitals; the dead would be kept apart because there was the fear they would return⁸.

To Chiavenato³, death was transformed into a taboo due to cultural conditions that built the historical personality of man, mentioning in particular religious conditions:

Living in a Jewish-Christian civilization, we are bound to religious values imposed during centuries. Our ideas on death are pervaded by these conditionings. [...] If we admit that the idea of death was originally forged by myths and reinforced by tenets, we are criticising a myth, and not a reality.³ (p. 97)

According to Chiavenato³, the death we know is the death of the other. Our awareness refers to another person's death – we do not have the personal rehearsal of death. We can experience dying, but not death. “With death and the end of the experience of dying, we lose the awareness of what is real, therefore of death itself”³.

To Rodrigues⁴, “the death of the other person is the annunciation and the prefiguration of the death of ‘himself’, a threat of the death of ‘ourselves’”. That became evident during the interviews. After answering about their perceptions on death and the topics related to the investigation of child death, while trying to provide their meaning for “dying”, as previously mentioned, in some of the testimonies it is visible that the interviewees refer to their own death, that is to say, they manifested their perceptions, enigmas and their aspirations about their own death, as can be seen below:

The most difficult thing of dying is when we know it will happen, if it is a death announced by a disease or by old age. The thing is that you know you will no longer see the people you love, in a material way. I don't have any fear. (CMI 15)

Until a certain age, I never thought that I was mortal. I try not to think too much about that, I try to think in living each day with intensity. But it is something that scares me in terms of how it will be. That is what worries me. (CMI 16 and PAP 11)

In the testimonies collected, the lack of reflection on death and dying in the regular life of the interviewees involved in the investigation of child death was quite evident. However, when impelled to think about that subject, during the interviews, they expressed different feelings, revealing an understanding of human beings' frailty and finitude:

... when facing death, man can realize how fragile and vulnerable he is, and when perceiving the process of dying, new realities can be created based on the finitude of the individual. When death strikes man (presenting some sign, such as a serious illness), or when it is perceived around, the reality that seemed to be so strong to the point of saving each one from death is suddenly broken into pieces.¹¹

Besides describing how the professionals involved in the process of investigation of child death in the city of Porto Alegre perceive death, their emotional reactions and their attitudes when talking about that subject and facing death will be also presented here.

(Re)Actions Facing Death and Dying

Ariès^{8,12} observed the attitude of man when facing death under the historical and sociological perspective, analysing different behaviours and several transformations in human conduct according to the historical period and the culture researched. According to Menezes¹³:

Ariès' historical approach is based on the conception of a progressive degradation in the relation with death established by individuals and societies. His viewpoint has a

particular criticism to the modern age, when death was distanced from everyday life, transforming it in a taboo and depriving man from his own death. (p. 27)

In this thematic axis, testimonies have been grouped according to the reactions and attitudes of the interviewees regarding death and dying. During the interviews, they also manifested their actions concerning death, specifically in relation to their professional activity, as well as in relation to their actions during the process of investigation of child death.

Few interviewees declared that they face death in a natural way. They attributed that attitude to the understanding of death that came from their families and they considered that such behaviour allows them to live more peacefully. There were also references to the behaviour of healthcare professionals who face death in hospital:

... the person who knows that she will die one day and that this is unavoidable ... lives more peacefully. There is no way to fight against death. One day you will die, let's hope it is in old age, as an aged person. But death is part of life and we have to know how to deal with it, how to face it. (CMI 4 and PAP 1)

I have this thing in my family of seeing death in a natural way. For me, death is a natural thing. On the other side, when we work dealing with death during care, we end up by creating a self-protection. Otherwise, we'd be working in an ICT crying all the time and would not be able to work, really. (CMI 9)

Each historical period is described by Ariès^{8,12} in his researches on the transformations in collective habits related to death since High Middle Ages until the 20th century. During High Middle Ages, there was familiarity with death, and man did not think about avoiding it, he simply accepted it. The period from the 11th century to the 14th century was marked by the acknowledgement of human finitude. From the 19th century, death became dramatic and intolerable, and a process of social alienation of death began¹³. In traditional society, death was experienced in a more familiar and less hidden way, which did not mean that it was something peaceful. "Birth and death had a public character: they constituted social events, lived in and by the community, less privatized than during the 20th century"¹³.

With the technical advances in Medicine, there was a prolongation of life and a reduction in mortality rates, particularly child mortality, and the exclusive privilege of caring for the dying went from the family to the doctors and hospitals. Medicine itself, through the prevention and collective control of health and illness, has a very relevant role in the removal of death from people's consciousness¹³.

It could be thought that our high degree of emancipation, our knowledge of Science and of man have offered us better ways of preparing our families and ourselves for this unavoidable event. However, on the contrary, long gone are the days when a man was allowed to die in peace and with dignity in his own home.¹⁴

That historical context also pointed out by Ariès^{8,12} lead us to the interviewees statements declaring that their acceptance to death depend on the situation in which death occurs. Some interviewees accept death better in cases of terminal diseases and get upset with early deaths. When talking about the death of people with whom they have affective bonds, there is an expression of suffering, but there is also acceptance in the cases of terminal diseases:

Premature deaths upset people a lot. Death after a period of complicated diseases is more comfortable. Premature or violent deaths, deaths that could have been avoided, those deaths make me restless, upset me. But death that comes after a long period of illness, in an advanced age, is more acceptable. I have been through very tough situations working in intensive care. I have seen death very closely, that is why I feel more at ease with death. (CMI 8 and PAP 3)

When describing their attitudes and reactions in face of death, a group of interviewees reported their professional actions in the sense of supporting and offering comfort to the family of the deceased or of the dying person:

When we lose a patient, I have a strong empathy reaction towards the relatives, because these losses are very difficult to them. We have to try to help them overcome this trauma, so that will not bring even greater conflicts to the family. Being available at that critical time is very, very difficult. (CMI 7)

When it was [the death of] a patient, I was very compassionate to the family that was near me. We get sad together with the relatives, we put ourselves into their shoes, feeling that pain, that suffering. We try to say a few words. (CMI 11)

Kübler-Ross¹⁴, in her study, after talking to groups of terminal patients and hearing their myths and aspirations regarding their illnesses and death, and after writing about the care for these patients, said that “what comforted them the most was the feeling of empathy, stronger than the immediate tragedy of the new ... that there was always a thread of hope, even in the most advanced cases”¹⁴.

Another group of interviewees expressed their reactions through feelings such as sadness, anger, fear, longing. The most frequent feeling was sadness, consternation in face of death, both in family and professional environment. When related to the death of a relative, sadness comes together with longing. In the situation of death in the professional setting, sadness comes as support to the relatives of the deceased, but at the same time there is an acceptance that death is part of life.

Worden¹⁵ presents a list of feelings, physical sensations, cognitions and behaviours usually found in people who are in a situation of bereavement. The author says that sadness is the feeling most frequently found in bereaved people, and very often it manifests through crying.

The feeling of anger was also covered by Wonder¹⁵, being a very common feeling after losing someone. It is one of the most confuse feelings for the bereaved person, and it could be the root of many problems during bereavement. Kübler-Ross¹⁴ also presents the feeling of anger as one of the five stages for facing bereavement. In some of the testimonies, it is possible to see that anger is related to the frustration of seeing a particular death that could have been avoided. The interviewees also declared to feel anger in some situations:

Traumatic deaths from violent accidents do make me angry. A pregnant woman, for instance, she has a good pregnancy, has good care, and the baby dies at birth. If I get to know that it was due to a medical or nurse mistake, that makes me mad. Death has many aspects to me, some situations of anger, of resentment. (PAP 2)

I feel resentment and sometimes a bit of anger. How can they not see that thing, or why do they let it happen? Why don't they feel more responsible for what they are doing? I feel responsible for that situation that has no solution anymore because I think it should trigger preventive actions. (CMI 3)

Despite many negative feelings associated to death and dying, some interviewees indicated that having hope is essential at that time, because no one knows the moment of death of each person. They declared having developed that feeling throughout their professional life, observing cases in which death was inescapable and, however, the person lived.

In the first place, I don't ever remove hope from anyone. And I learnt that throughout my professional life. We never know when the person will die. ... I am too small to understand all that greatness which life is. My reaction is always to have great hope ... because we never know the time of death for each one. (PAP 9)

In the fifth stage of bereavement as described by Kübler-Ross¹⁴, the acceptance stage, a very important point is not to eliminate hope. If people would talk about death and dying as they talk about the birth of a baby, that would really help in the acceptance of death¹⁴. In the testimonies collected during the interviews, many feelings were expressed about death and dying, specially the expectation of finding a way to face it.

Final Considerations

The investigation of child death has been properly defined as a strategy for reducing child mortality. However, besides the good will of governance for promoting the necessary strategies, the proper operation of that tool depends on the players involved in the process of investigation. The lack of preparation to deal with death and dying is felt by the interviewees.

The institutions do not help healthcare professionals to express how worried they are about that. Education for death should come from people's everyday life, it has to be based on people's questions. Their conceptions on death and dying influence their professional life, and

it is very important to think about and debate this topic for a better performance in professional activities in the future. These reflections on death and dying must be expanded to reach the end of the process of this investigation: that children's deaths, either *provoked or allowed*, can be avoided. Even if death is a natural event, we cannot provoke it in someone else. Thinking about death is to ponder on life and its quality.

Regarding the perceptions on death and dying, the following can be highlighted: death as a passage; death as loss, generating pain and suffering due to separation; death as finitude, with manifestations of grief; and shock or revolt at unexpected death. The lack of reflection on the subject became very evident. These perceptions are related to the behaviour, attitudes and reactions of people when facing death, and they take us to the five stages categorized by Kübler-Ross¹⁴.

Considering the social, technical and scientific relevance of the Committees for the Prevention of Child Mortality, these reflections have been proposed to the readers, particularly those involved in the investigation of child death, so that new researches can be developed on the subject.

With all certainty, learning to live is learning to love, and therefore, learning to lose. All that is obviously inseparable. But it is justified to say that we cannot "learn" to die, since we do not have any way to "practice". Learning to love means accepting our limitations, admitting our impotence and simply being present in the acceptance of how things flow, how things are. Life is that learning: the acceptance of what is real.¹⁶ (p. 69)

For all those reasons, it is absolutely important to speak about this subject, in order to help each one of us to face our own death, or other person's death.

References

- 1 Minayo, MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesquisa Qualitativa* [Internet]. 2017 Apr [cited 2017 Dec 16];5(7):01-12. Available from: https://www.researchgate.net/publication/315756131_AMOSTRAGEM_E_SATURACAO_E_M_PESQUISA_QUALITATIVA_CONSENSOS_E_CONTROVERSIAS_SAMPLING_AND_SATURATION_IN_QUALITATIVE_RESEARCH_CONSENSUSES_AND_CONTROVERSIAS
- 2 Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 3 Chiavenato, JJ. *A morte: uma abordagem sociocultural*. São Paulo: Moderna; 1998.
- 4 Rodrigues, JC. *Tabu da Morte*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.

- 5 Azeredo, NSG. O cuidado com o luto para além das portas das unidades de terapia intensiva: uma aposta e uma proposta [tese]. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
- 6 Moritz, RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Rev Bioética* [Internet]. 2005 [cited 2018 Jan 31];13(2):51-63. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/107/112
- 7 Siqueira, JE. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. *Rev Bioética* [Internet]. 2005 [cited 2018 Jan 31];13(2):37-50. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/106/111
- 8 Ariès, P. História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.
- 9 Chaves, NS. Bioética: morte e sofrimento humano. *Cad Ética Filosofia Política* [Internet] 2009 Fev [cited 2018 Jan 20];15:105-121. Available from: www.journals.usp.br/cefp/article/download/82610/85571
- 10 Alves,NL; Casagrande, ML. Aspectos éticos, legais e suas interfaces sobre o morrer. *Rev Cient ITPAC* [Internet] 2016 Fev [cited 2018 Jan 15];9(1). Available from: https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/77/Artigo_2.pdf
- 11 Melo, CV. O significado da morte nas diferentes etapas da vida humana [monografia]. (Especialização em Psicologia). Brasília, DF: Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília; 2004.
- 12 Ariès, P. O homem perante a morte I. Portugal: Biblioteca Universitária, Publicações Europa-América Ltda. 2000.
- 13 Menezes, RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.
- 14 Klüber-Ross, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- 15 Wonder, JW. Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner. 4th ed. New York: Springer Publishing, 2012. 337p.
- 16 Hennezel, M; Leloup, JY. A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. 4 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS INTEGRANTES DO CMI

Data:

Pseudônimo:

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Sexo: () M () F

Idade: _____ (anos)

Estado civil: () solteiro () casado () divorciado/separado () viúvo

Naturalidade:

Qual a sua religião? É praticante? () Sim () Não

Você tem filhos? () Sim () Não Quantos?

ASPECTOS PROFISSIONAIS:

Qual a sua formação?

Quanto tempo você tem de formado?

Tem curso de pós-graduação?

() Especialização. Em que área?

() Mestrado. Em que área?

() Doutorado. Em que área?

Onde você trabalha? () Universidade () Hospital () Rede básica () SMS/PMPA

Quantos anos de atuação?

Há quanto tempo está no comitê?

Qual instituição você representa? () SMS/PMPA () GD () UBS

() Conselho ou associação profissional () Universidade () Hospital

Representa instituição: () Pública () Privada

Como ingressou no comitê? Por que decidiu participar do comitê?

Houve alguma capacitação/sensibilização para atuar no comitê? Número de horas? Foi suficiente? Por quê?

Como você considera o seu trabalho no comitê? Por quê?

QUESTÕES PARA AVALIAR A PERCEPÇÃO SOBRE A MORTE

Para você o que representa a morte?

Para você o que significa morrer?

Quais as suas atitudes ou reações frente à morte?

A sua crença religiosa, sua etnia, sua cultura influenciam na sua percepção sobre a morte?

Você já teve alguma experiência com a morte? (pessoal ou profissional)

Conte-me mais sobre isso. Como você se sentiu?

Você quer fazer algum comentário sobre esse tema? Algo que não perguntei?

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data:

Pseudônimo:

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Sexo: () M () F

Idade: _____ (anos)

Estado civil: () solteiro () casado () divorciado/separado () viúvo

Naturalidade:

Qual a sua religião?

É praticante? () Sim () Não

Você tem filhos? () Sim () Não Quantos?

ASPECTOS PROFISSIONAIS:

Qual a sua formação?

Quanto tempo você tem de formado?

Tem curso de pós-graduação?

() Especialização. Em que área?

() Mestrado. Em que área?

() Doutorado. Em que área?

Quantos anos de atuação?

Unidade em que trabalha? Há quanto tempo?

Já participou de alguma investigação de óbito infantil nesta unidade?

Realizou a visita domiciliar para o preenchimento da *Ficha de Investigação do Óbito Infantil*?

Relate como foi a primeira vez que você fez a visita domiciliar para investigação do óbito infantil?

Houve alguma capacitação/sensibilização para realizar a investigação do óbito infantil?

Número de horas? Foi suficiente? Por quê?

Como você considera o seu trabalho na visita domiciliar realizada na investigação do óbito infantil?

QUESTÕES PARA AVALIAR A PERCEPÇÃO SOBRE A MORTE

Para você o que representa a morte?

Para você o que significa morrer?

Quais as suas atitudes ou reações frente à morte?

A sua crença religiosa, sua etnia, sua cultura influenciam na sua percepção sobre a morte?

Você já teve alguma experiência com a morte? (pessoal ou profissional)

Conte-me mais sobre isso. Como você se sentiu?

Você quer fazer algum comentário sobre esse tema? Algo que não perguntei?

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado **“O morrer e a morte na investigação do óbito infantil em Porto Alegre/RS: a visão de profissionais de saúde”**, que tem a finalidade de estudar e refletir sobre a visão dos atores envolvidos na investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre sobre o morrer e a morte. O trabalho está sendo realizado por Maria da Graça Alexandre, fisioterapeuta, sob a supervisão e orientação do Prof. Dr. Paulo Roberto Antonacci Carvalho, do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada, pela pesquisadora Maria da Graça Alexandre, uma entrevista, a qual será gravada e acompanhada de um questionário autopreenchido sobre ansiedade de morte. O tempo previsto para a realização da entrevista é de aproximadamente 30 minutos e, para aplicação do questionário, será concedido o tempo de 10 minutos. As entrevistas serão agendadas em data e local de conveniência dos entrevistados a fim de garantir um local tranquilo, silencioso e com privacidade. A gravação será armazenada por um período de cinco anos e após será destruída. Os registros serão tratados confidencialmente, e os resultados agregados serão utilizados para fins acadêmicos e poderão ser publicados em revistas científicas e congressos, porém a identificação dos participantes será mantida em anonimato. Não existem riscos previstos pela sua participação, mas, caso se sinta constrangido ao responder à entrevista ou ao questionário, tem a possibilidade de desistir de participar da pesquisa. Os benefícios deste estudo, apesar de não estarem diretamente associados aos participantes da pesquisa, poderão significar contribuição para o aprimoramento do conhecimento nesta área na elaboração e aplicação de programas de formação dos profissionais para o desempenho da função de investigar o óbito infantil no município de Porto Alegre. Você não terá custos e nada será pago para participar desta pesquisa. Sua participação é voluntária e você poderá desistir e retirar o seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo algum.

Caso você tenha dúvidas e necessite esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora Maria da Graça Alexandre pelo fone 98114-2978 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo fone 3308-3788 e o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS Porto Alegre pelo fone 3289-5517.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) quanto ao projeto de pesquisa e entendi para que serve o estudo. Diante desse entendimento eu concordo em participar do estudo com a minha entrevista.

Eu, _____, recebi as informações sobre o projeto de pesquisa e entendi para que serve o estudo. Declaro que concordo em participar do estudo e, também, que fui informado(a):

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo para a minha vida pessoal nem para o atendimento prestado a mim.

- Da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e de que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

- De que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora Maria da Graça Alexandre pelo fone 98114-2978, e-mail: mgraca8@gmail.com. Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 3308-3788, endereço Av. Paulo Gama, 110 – Sala 317 – Prédio Anexo 1 da Reitoria – Campus Centro; ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51) 3289-5517, no endereço Rua Capitão Montanha, 27, 6.º andar, Centro.

Este termo será firmado em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

DATA: ____/____/____

ANEXO 1 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL: ENTREVISTA DOMICILIAR

13



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Entrevista domiciliar

1 Nome da Criança	
2 Nome da mãe	
3 Nº da Declaração de Óbito	4 Data do óbito
5 Nº da Declaração de Nascimento Vivo	6 Data de Nascimento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8 Peso ao Nascer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas
9 Idade ao óbito <input type="text"/> meses <input type="text"/> dias <input type="text"/> horas <input type="text"/> minutos <input type="checkbox"/> Ignorado	
10 Nº do Cartão SUS <input type="text"/>	11 Equipe / PACS / PSF <input type="checkbox"/> sem cobertura
12 Centro de Saúde / UBS	13 Distrito Sanitário / Administrativo
14 Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av) <input type="text"/> Nº <input type="text"/> Compl <input type="text"/> Bairro <input type="text"/> Distrito / Povoado <input type="text"/> Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural	
15 Município de residência	UF <input type="text"/>
16 Esta entrevista deve ser complementada com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1) se um dos itens abaixo estiver assinado	
<input type="checkbox"/> o óbito não foi notificado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e não tem Declaração de Óbito (DO) <input type="checkbox"/> a DO foi emitida no cartório, sem médico <input type="checkbox"/> a DO foi emitida por médico, mas a causa da morte é mal definida ou indeterminada <input type="checkbox"/> os dados coletados durante a investigação nos serviços de saúde são insuficientes para esclarecer a causa da morte	
CARACTERÍSTICAS DA MÃE E DA FAMÍLIA	
17 Nome do(a) entrevistado(a)	
17.1 Relação com a criança falecida <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> outro. Especificar <input type="text"/>	
18 Quantas pessoas moram nesta casa? <input type="text"/> <input type="text"/> pessoas <input type="checkbox"/> não sabe	
19 Quantos cômodos são usados para dormir? <input type="text"/> <input type="text"/> cômodos <input type="checkbox"/> não sabe	
20 Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa? <input type="text"/> <input type="text"/> torneiras (pontos de água) <input type="checkbox"/> não sabe	
21 Há algum fumante residente nesta casa? <input type="checkbox"/> Sim, quantos <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe	
22 Qual a idade da mãe? <input type="text"/> <input type="text"/> anos	23 A mãe tem trabalho remunerado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
24 Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação) <input type="text"/> série <input type="text"/> grau <input type="checkbox"/> não sabe	
25 A mãe vive com o pai da criança / companheiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe	
26 Qual a cor da pele da criança? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> não sabe	
27 Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê? <input type="text"/> <input type="text"/> vezes <input type="checkbox"/> não sabe	
27.1 Essas gravidezes resultaram em <input type="text"/> <input type="text"/> abortos <input type="text"/> <input type="text"/> nascidos vivos <input type="text"/> <input type="text"/> nascidos mortos <input type="checkbox"/> não sabe	
27.2 Tipo(s) de parto(s) <input type="text"/> <input type="text"/> partos normais <input type="text"/> <input type="text"/> partos cesáreos <input type="checkbox"/> não sabe	
27.3 Qual a data do último parto? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> não sabe	

28 Dos filhos que nasceram vivos, algum outro morreu? (excluir este caso) Sim Não não se aplica não sabe

28.1 Que idade tinha e de quê morreu?

Idade _____ Causa da morte _____

Idade _____ Causa da morte _____

Idade _____ Causa da morte _____

29 Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo Mãe Pai Parente adulto

Outra criança Outro. Especificar _____ não sabe

30 A gravidez foi planejada? sim não, mas aceitou bem não e nunca aceitou bem não sabe

GESTACÃO E PRÉ NATAL

Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

31 Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos? sim não não sabe

32 A gravidez foi única gemelar trigemelar ou mais não sabe

33 A mãe fez pré-natal? sim não não sabe

33.1 Se não fez pré-natal, por quê não?

33.2 Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação? _____ meses não sabe

33.3 Se tardio (após primeiro trimestre), por que? _____ não sabe

33.4 Quantas consultas fez no pré-natal? _____ consultas não sabe

33.5 A mãe tomou vacina contra tétano? sim não não sabe

33.6 Quantas doses? _____ doses não sabe

33.7 Qual o grupo sanguíneo e o Fator Rh (tipo de sangue) da mãe? Grupo positivo negativo não sabe

33.8 Local (is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)

33.9 Tipo de consultório SUS Convênio Particular não sabe

33.10 Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a

Consulta no Centro de Saúde Sim. Especificar _____ Não não sabe

Pré-natal de alto risco Sim. Especificar _____ Não não sabe

Exames Sim. Especificar _____ Não não sabe

Ultra-som Sim. Especificar _____ Não não sabe

Medicamentos Sim. Especificar _____ Não não sabe

34 Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto? Sim Não não sabe

34.1 Qual o nome da maternidade indicada?

35 Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal? ótimo bom regular ruim não sabe

Por que? _____

36 O cartão de pré-natal está completo?

Completo significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais e imunização para tétano, de acordo com a idade gestacional.

sim não cartão/cademeta não disponível não se aplica

36.1 Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a cademeta de pré-natal

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/condução

37	Durante a gravidez, a mãe apresentou			
	<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> edema/ inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> Rh negativo
	<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
	<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV / Aids	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> outra. Especificar _____			
37.1	Houve tratamento?		<input type="checkbox"/> sim, qual _____	<input type="checkbox"/> não sabe
			<input type="checkbox"/> Não, por que? _____	
37.2	Em que época da gravidez		no _____ mês de gestação	ou a partir do _____ mês de gestação
38	Durante a gestação, a mãe fez uso de			
	Cigarro	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ vezes por dia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
	Drogas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
	Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
ASSISTÊNCIA AO PARTO				
39	Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde/ maternidade) na ocasião do parto?			
	<input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer	<input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê	
	<input type="checkbox"/> Teve sangramento	<input type="checkbox"/> Teve contrações	<input type="checkbox"/> Não sabe	
	<input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____			
39.1	Se a resposta anterior foi 'o bebê parou de se mexer', isto aconteceu quanto tempo antes do parto?		<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> Não sabe
39.2	Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento?		<input type="text"/> horas	<input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> Não sabe
40	Quando rompeu a bolsa d'água?		<input type="checkbox"/> Só na hora do parto	<input type="checkbox"/> < 12 h antes do parto
			<input type="checkbox"/> 12 - 24 h antes do parto	<input type="checkbox"/> mais de 24 h antes do parto <input type="checkbox"/> Não sabe
40.1	Como estava o líquido?		<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Escuro (com cocô/meconônio) <input type="checkbox"/> Com sangue <input type="checkbox"/> Não sabe
40.2	O líquido tinha mau cheiro?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
41	De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?		<input type="checkbox"/> semanas ou <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe
42	O parto ocorreu:		<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> No hospital/ maternidade
			<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe
42.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?			
42.2	O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não foi indicado hospital <input type="checkbox"/> não sabe
42.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?			
43	O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?			
	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital <input type="checkbox"/> não sabe	
	<input type="checkbox"/> Não. Por que _____			
43.1	Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança.			

44	Como a mãe foi transportada na hora do parto?			
	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Ambulância/SAMU	<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Carro da polícia <input type="checkbox"/> Ônibus
	<input type="checkbox"/> Parto foi domiciliar/Não foi transportada		<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe
45	Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?			
	<input type="checkbox"/> menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/> de 30 minutos a duas horas	<input type="checkbox"/> duas horas ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe
46	Estava com acompanhante na sala de parto?		<input type="checkbox"/> sim, quem? _____	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe

47	Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?			
	<input type="checkbox"/> dinâmica uterina/avaliação contração	<input type="checkbox"/> toque vaginal	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> medida de PA	<input type="checkbox"/> ausculta do bebê	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
47.1	As batidas do coração do bebê estavam presentes?			
	<input type="checkbox"/> sim, normais	<input type="checkbox"/> não, antes do início do trabalho de parto		
	<input type="checkbox"/> sim, anormal antes do início do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não, durante o trabalho de parto		
	<input type="checkbox"/> sim, anormal durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não sabe		
48	Quem fez o parto? <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeira <input type="checkbox"/> parteira <input type="checkbox"/> pariu sozinha <input type="checkbox"/> outro _____ <input type="checkbox"/> não sabe			
49	Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê			
	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> não se aplica	
	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> não sabe	
49.1	Por quê?			
INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA MATERNIDADE				
50	O bebê chorou ao nascer ou estava bem quando nasceu?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
51	O bebê foi atendido por pediatra na sala de parto ao nascimento?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
52	Quanto tempo após o parto o bebê foi trazido para ficar com a mãe pela primeira vez?			
	<input type="checkbox"/> imediatamente	<input type="checkbox"/> não se aplica		
	<input type="checkbox"/> menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> mais de 1 hora. Quantas horas? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> horas	<input type="checkbox"/> não sabe	
53	O bebê mamou no peito na primeira hora de vida?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
54	O bebê teve algum problema no nascimento?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
54.1	Se sim, qual?			
55	Ficou internado quando nasceu?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
55.1	Se sim, por quanto tempo?			<input type="text"/> <input type="text"/> dias <input type="checkbox"/> não sabe
56	Foi indicado ficar na UTI?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
56.1	Se sim, qual o motivo?			
56.2	Houve dificuldade para conseguir vaga?			<input type="checkbox"/> Sim. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> não se aplica
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> não sabe
56.3	Quanto tempo levou entre a indicação e a internação na UTI <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> horas ou <input type="text"/> <input type="text"/> dias			<input type="checkbox"/> não sabe
57	Foi transferida para outro hospital?			<input type="checkbox"/> Sim. Porque _____ <input type="checkbox"/> não se aplica
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> não sabe
57.1	Para qual hospital a criança foi transferida? Nome _____			
57.2	Como foi transportada para o outro hospital?			<input type="checkbox"/> Carro particular <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Ambulância
	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____			<input type="checkbox"/> não sabe
58	Durante a internação, a mãe ou familiar pôde ficar junto com a criança?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe
59	Como foi o atendimento recebido pela criança no hospital?			<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> não se aplica
	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Regular			<input type="checkbox"/> não sabe
60	O bebê ganhou alta da maternidade com quantos dias de vida?			<input type="text"/> <input type="text"/> dias

INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE			
61	Quando teve alta do hospital após o parto?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(data)
62	Quando o bebê teve alta da maternidade, ele estava bem?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, porque <input type="text"/> <input type="checkbox"/> não sabe
63	Na alta da maternidade a mãe recebeu orientações para cuidados com o bebê em relação a		
	<input type="checkbox"/> Aleitamento	<input type="checkbox"/> Vacinas	<input type="checkbox"/> Não recebeu
	<input type="checkbox"/> Retornar na maternidade	<input type="checkbox"/> Teste do pezinho	<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> Cuidados com o umbigo	<input type="checkbox"/> Observação de Icterícia	<input type="checkbox"/> Consulta com especialista. Qual <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Procurar o Centro de Saúde		<input type="checkbox"/> Outros. Especificar <input type="text"/>
64	O bebê mamou no peito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
64.1	Durante quanto tempo?	<input type="text"/> <input type="text"/> dias ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe
65	Qual a idade do bebê quando iniciou uso de mamadeira de leite	<input type="text"/> <input type="text"/> dias ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe
66	Antes da doença que causou a morte a criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
66.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Convênio/Particular <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> não sabe
66.2	Nome(s) <input type="text"/>		
66.3	Quando foi o último atendimento no Centro de Saúde?	(data ou idade da criança) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
66.4	Recebeu alguma visita da equipe de saúde em sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
67	Alguma vez foi à UBS e não foi atendida (para vacinação/consulta/outros)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
67.1	Se sim, por quê? <input type="text"/>		
68	Dados do Cartão / Caderneta da Criança		
68.1	Vacinação completa para a idade da criança	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
68.2	Último peso registrado foi de	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas	na idade de <input type="text"/> <input type="text"/> dias ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses
69	Após a alta da maternidade e antes da doença que causou a morte, a criança foi internada por algum motivo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
69.1	Se sim, quantas vezes?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes	
69.2	Por que e onde?		
	1. motivo <input type="text"/>	no Hospital <input type="text"/>	na data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	2. motivo <input type="text"/>	no Hospital <input type="text"/>	na data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	3. motivo <input type="text"/>	no Hospital <input type="text"/>	na data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE			
Algumas questões deste bloco admitem mais de uma resposta. Durante a entrevista, enfatizar que se refere apenas à doença que levou à morte.			
70	Como a mãe ou a família percebeu que a criança estava doente?	<input type="checkbox"/> febre	<input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> desmaio <input type="checkbox"/> acidente
		<input type="checkbox"/> cansaço	<input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> outros. Especificar <input type="text"/>	
71	Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> horas ou <input type="text"/> <input type="text"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe
72	Alguma coisa foi feita antes de se procurar o serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
72.1	Se sim, o que foi feito? <input type="text"/>		

73 Quais os serviços de saúde procurados por ocasião da doença que levou a criança à morte?

Preencher quadro abaixo, utilizando o relato da mãe e o Cartão da Criança*, em ordem cronológica, segundo a legenda abaixo.

Quadro sobre o atendimento da criança durante a doença que levou à morte

Ordem	Data	Nome do Serviço de saúde	Bairro/Município	Tipo	Atendido por	Resultado	Problemas	Diagnóstico

Legenda para preenchimento do quadro acima (as quatro colunas especificadas)

Tipo (de serviço procurado)	Atendido por	Resultado (do atendimento prestado)
1. Unidade Básica de Saúde (UBS)	1. Médico Generalista	1. Não foi atendido
2. Urgência / Emergência	2. Médico Pediatra	2. Atendido sem internação
3. Maternidade (SUS)	3. Enfermeiro	3. Internado
4. Hospital (SUS)	4. Auxiliar / Técnico de enfermagem	4. Outro. Especificar
5. Médico/Hospital particular/convênio	5. Agente Comunitário de Saúde (ACS)	99. não sabe
6. Outro (especificar)	6. Outro. Especificar	
99. não sabe	99. não sabe	

Problemas (encontrados)

1. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde/exames	4. Dificuldade de transporte para o serviço de saúde
2. Qualidade do atendimento não satisfatório	5. Outro. Especificar
3. Dificuldade de acesso à medicação	99. não sabe

73.1 Observações sobre esta questão

74 Qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu?

Incluir dificuldades/facilidades para conseguir atendimento no serviço, acesso a exames, medicamentos, etc.

74.1 C.S./Consultório/ Serviço de urgência

<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Não sabe

74.2 Hospital (na doença que causou a morte)

<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Não sabe

75 O óbito ocorreu no hospital em outro estabelecimento de saúde no domicílio no trajeto para o serviço de saúde

em via pública outro. Especificar _____ Não sabe

76 Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?

Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

77 O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?

Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

78 Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)

79 Repercussões do óbito na família

80 Esta entrevista deve prosseguir com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1)?

sim não, nenhum dos itens especificados na Questão 14 foi assinalado

81 Data da entrevista

82 Responsável pela investigação

Nome _____ Carimbo e rubrica _____

ANEXO 2 – ESCALA DE ANSIEDADE PERANTE A MORTE

Escala de Ansiedade Perante a Morte (DAS)

Donald I. Templer (1970), adaptada por Paula Isabel Santos (1994)

Abaixo encontra-se 15 afirmações. É-lhe pedido que indique a sua opinião sobre cada uma das referidas afirmações, de acordo com a escala que vai desde Concordo Plenamente a Discordo Plenamente. Não há respostas boas ou más; todas são boas se sinceras. O questionário é anónimo. Obrigada pela sua colaboração.

Por favor, marque a primeira resposta que lhe ocorrer para cada uma das afirmações.

1= Concordo Plenamente

2= Concordo

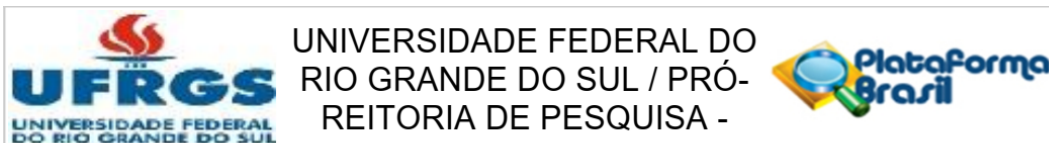
3= Neutro

4= Discordo

5= Discordo Plenamente

1. Tenho medo de morrer.	1	2	3	4	5
2. Raramente me vem à cabeça a ideia de morte.	1	2	3	4	5
3. Não fico nervoso quando as pessoas falam de morte.	1	2	3	4	5
4. Horroriza-me pensar que poderei vir a ser operado.	1	2	3	4	5
5. Não tenho medo nenhum de morrer.	1	2	3	4	5
6. Não estou particularmente preocupado com o facto de vir a ter um cancro.	1	2	3	4	5
7. A ideia de morte nunca me perturba.	1	2	3	4	5
8. Muitas vezes sinto-me mal quando o tempo passa depressa.	1	2	3	4	5
9. Tenho medo de vir a ter uma morte dolorosa.	1	2	3	4	5
10. O tema da vida para além da morte preocupa-me muito.	1	2	3	4	5
11. Assusta-me vir a ter um ataque cardíaco.	1	2	3	4	5
12. Frequentemente penso que a vida é realmente curta.	1	2	3	4	5
13. Fico perturbado quando as pessoas falam da terceira guerra mundial.	1	2	3	4	5
14. Horroriza-me ver um cadáver.	1	2	3	4	5
15. Penso que o futuro não me trará nada que eu receie.	1	2	3	4	5

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O morrer e a morte na investigação do óbito infantil em Porto Alegre, RS: a visão de profissionais de saúde

Pesquisador: Paulo Roberto Antonacci Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38570714.6.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 936.176

Data da Relatoria: 14/01/2015

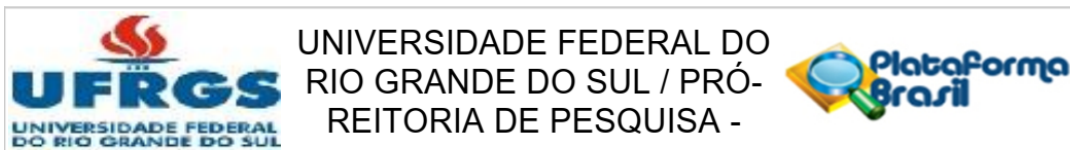
Apresentação do Projeto:

Trata-se de retorno de diligência. Pesquisa com delineamento quantitativo e qualitativa, o contexto será o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI) e as Unidades de Atenção Primária em Saúde do Município de Porto Alegre. As Unidades serão selecionadas conforme a ocorrência ou não de investigação de óbito infantil nos seus Distritos de Saúde de abrangência. A pesquisadora irá selecionar 02 GD com maior ocorrência de óbito infantil e 2 GD onde não ocorreu óbito infantil em seus DS no período estudado. Os participantes serão os profissionais do CMI, da atenção primária em saúde que possuam a atribuição de realizar a visita domiciliar na investigação do óbito infantil no ano de 2013. Amostra será não probabilística por conveniência utilizando o como critério de saturação de dados, tendo como previsão 50 participantes. Participantes serão construídos por: todos os representantes do CMI que estiverem frequentando as reuniões e aceitarem participar da pesquisa; profissionais da atenção primária que realizaram alguma entrevista domiciliar na investigação dos óbitos infantis ocorridos em 2013; profissionais da atenção primária que nunca realizaram a entrevista domiciliar, mas que possuem a atribuição de realizá-la.

Critérios de inclusão: Representantes do CMI estar no exercício da função há pelo menos 2 anos;

Profissionais de saúde da atenção primária ter realizado pelo menos uma entrevista domiciliar no

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 936.176

ano de 2013 ou nunca ter realizado uma entrevista domiciliar, mas ter a responsabilidade de fazê-la. Para coleta das informações serão utilizados como instrumentos entrevista semi-estruturada e o questionário "Escala de Ansiedade de Morte de Templer" (TEMPLER, 1970) em anexo. Para análise qualitativa será empregada a técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011) e para quantitativos será utilizada estatística descritiva dos dados sociodemográfico e das variáveis consideradas na pesquisa, por meio do cálculo de frequências e percentagens, determinação de médias e desvios-padrão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as visões dos atores envolvidos na investigação do óbito infantil sobre o morrer e a morte, no ano de 2013, no município de Porto Alegre, RS.

Objetivo Secundário:

Descrever a percepção dos atores envolvidos na investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre (integrantes do CIM e profissionais que realizam a visita domiciliar) sobre o morrer e a morte;

Analisar os indicadores da mortalidade infantil no município de Porto Alegre;

Identificar o nível de ansiedade perante a morte dos atores envolvidos durante a investigação do óbito infantil, através do questionário "Escala de Ansiedade de Morte de Templer" (TEMPLER, 1970);

Gerar conhecimentos que contribuam no aperfeiçoamento da investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

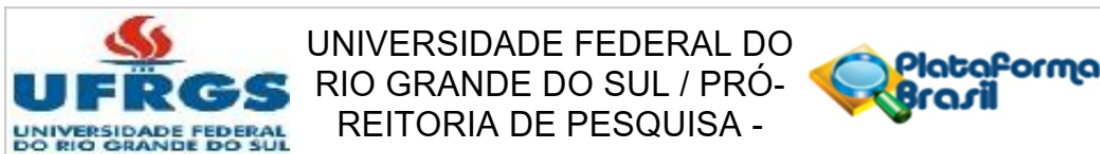
Pesquisador escreve que a pesquisa "não apresenta riscos aos participantes, podendo haver, apenas, um desconforto por abordar o tema proposto. Caso os participantes sintam-se constrangidos ao responderem a entrevista ou o questionário, têm a possibilidade de desistir de participar da pesquisa".

Em relação aos benefícios salienta que não estão diretamente associados aos participantes, mas poderão contribuir para o aprimoramento do conhecimento nesta área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática do estudo é de relevância para área da saúde da criança. Delineamento com abordagem

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 936.176

qualitativa e quantitativa sendo pertinentes com os propósitos da pesquisa, apresenta adequação teórica e metodológica, contempla os princípios éticos referentes a pesquisa com seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Anuência da Instituição campo de pesquisa, Termo de Compromisso de Utilização e Divulgação de Dados CEP da SMS, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido são apresentados de forma adequada. As informações referentes ao CEP UFRGS foram complementadas no Termo de Compromisso de Utilização e Divulgação de Dados.

Recomendações:

Os pesquisadores contemplaram as solicitações do CEP.
Recomenda-se aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

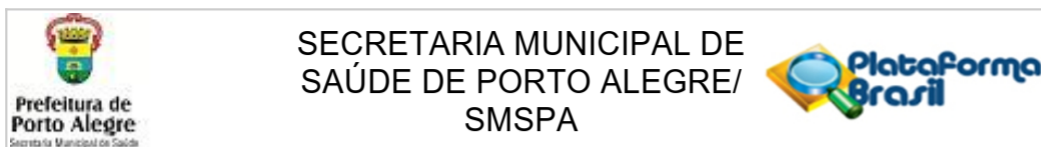
Aprovado.

PORTO ALEGRE, 21 de Janeiro de 2015

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SMSPA


**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA**
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O morrer e a morte na investigação do óbito infantil em Porto Alegre, RS: a visão de profissionais de saúde

Pesquisador: Paulo Roberto Antonacci Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38570714.6.3001.5338

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 978.944

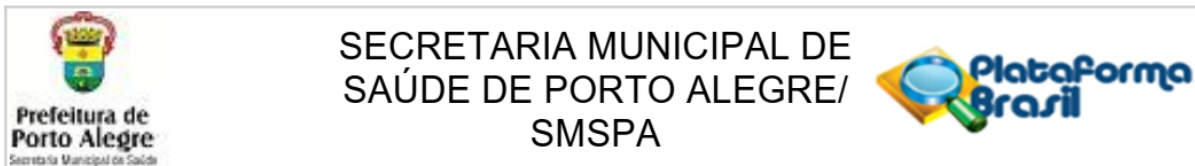
Data da Relatoria: 09/02/2015

Apresentação do Projeto:

Pesquisa com delineamento quantitativo e qualitativa, o contexto será o Comitê de Prevenção da Mortalidade Fetal Tardia e Infantil (CMI) e as Unidades de Atenção Primária em Saúde do Município de Porto Alegre. As Unidades serão selecionadas conforme a ocorrência ou não de investigação de óbito infantil nos seus Distritos de Saúde de abrangência. A pesquisadora irá selecionar duas Gerências Distritais com maior ocorrência de óbito infantil e duas onde não ocorreu óbito infantil em seus Distritos Sanitários no período estudado. Os participantes serão os profissionais do CMI, da atenção primária em saúde que possuam a atribuição de realizar a visita domiciliar na investigação do óbito infantil no ano de 2013. A amostra será não probabilística por conveniência utilizando o como critério de saturação de dados, tendo como previsão 50 participantes. Participantes serão construídos por: todos os representantes do CMI que estiverem frequentando as reuniões e aceitarem participar da pesquisa; profissionais da atenção primária que

realizaram alguma entrevista domiciliar na investigação dos óbitos infantis ocorridos em 2013; profissionais da atenção primária que nunca realizaram a entrevista domiciliar, mas que possuem a atribuição de realizá-la. Critérios de inclusão: Representantes do CMI estar no exercício da função há pelo menos 2 anos; Profissionais de saúde da atenção primária ter realizado pelo menos uma entrevista domiciliar no ano de 2013 ou nunca ter realizado uma entrevista domiciliar, mas

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 978.944

ter a responsabilidade de fazê-la. Para coleta das informações serão utilizados como instrumentos entrevista semi-estruturada e o

questionário "Escala de Ansiedade de Morte de Templer" (TEMPLER, 1970). Para análise qualitativa será empregada a técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011) e para quantitativos será utilizada estatística descritiva dos dados sociodemográfico e das variáveis consideradas na pesquisa, por meio do cálculo de frequências e percentagens, determinação de médias e desvios padrão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as visões dos atores envolvidos na investigação do óbito infantil sobre o morrer e a morte, no ano de 2013, no município de Porto Alegre, RS.

Objetivo Secundário:

- Descrever a percepção dos atores envolvidos na investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre (integrantes do CIM e profissionais que realizam a visita domiciliar) sobre o morrer e a morte;
- Analisar os indicadores da mortalidade infantil no município de Porto Alegre;
- Identificar o nível de ansiedade perante a morte dos atores envolvidos durante a investigação do óbito infantil, através do questionário "Escala de Ansiedade de Morte de Templer" (TEMPLER, 1970);
- Gerar conhecimentos que contribuam no aperfeiçoamento da investigação do óbito infantil no município de Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O autor refere que a pesquisa não apresenta riscos aos participantes, podendo haver, apenas, um desconforto por abordar o tema proposto. Caso os participantes sintam-se constrangidos ao responderem a entrevista ou o questionário, têm a possibilidade de desistir de participar da pesquisa".

Em relação aos benefícios salienta que não estão diretamente associados aos participantes, mas poderão contribuir para o aprimoramento do conhecimento nesta área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

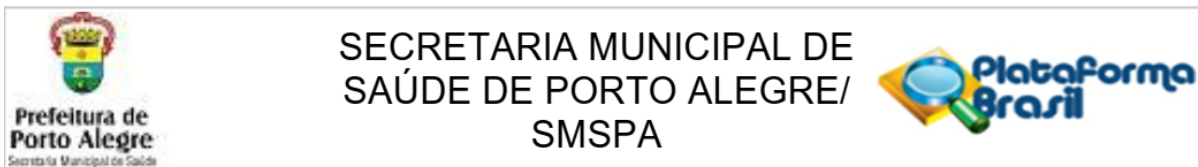
Instituição: UFRGS

Área: Faculdade de Medicina

Nível: Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente/Doutorado

Pesquisadora: Maria da Graça Alexandre (HMIPV)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 978.944

Cronograma: 16/03/2015 a 30/12/2016

Número de participantes da pesquisa: 50

Local de realização: Gerências Distritais de Saúde da SMS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Parecer de aprovação do CEP SMSPA nos locais de realização do estudo.

Enviar o relatório semestral e final ao CEP SMSPA.

PORTO ALEGRE, 10 de Março de 2015

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
 (Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com