

Declaração de óbito domiciliar na Atenção Primária à Saúde: acolhendo a morte no lar

Home death certificate in Primary Health Care: welcoming death at home
(abstract: p. 13)

Certificado de defunción domiciliar en la Atención Primaria de la Salud:
acogida de la muerte en el hogar (resumen: p. 13)

Ana Paula de Melo Dias^(a)

<anamelodias@live.com> 

Ellen da Fonseca Vieira^(b)

<ellenvieira.med@gmail.com> 

Elisete Ribeiro Gomes^(c)

<eliseteribeirogomes1968@gmail.com> 

^(a, b) Residência em Medicina de Família e Comunidade, Clínica da Família Felipe Cardoso, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 455, Cidade Nova. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20211-110.

^(b) Clínica da Família Felipe Cardoso, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um cenário capaz de produzir cuidado em todas as fases da vida, desde o nascer ao morrer. Porém, o cuidado de saúde de pessoas gravemente enfermas requer uma abordagem complexa e holística desses sujeitos e famílias, sendo muitas vezes prestado em domicílio. Uma das atribuições relacionadas aos cuidados em fim de vida é a emissão da declaração de óbito quando este ocorre em domicílio. Pela perspectiva de uma médica de Família e Comunidade, relatou-se, de modo narrativo e reflexivo, uma experiência de um atendimento domiciliar para emissão de declaração de óbito. A partir dessa narrativa, discutiu-se sobre como a visita para declaração de óbito nos convida a entrar em um território repleto de subjetividades, que nos evoca muitas reflexões sobre o processo de morte e morrer, provocando transformações em nossa vida pessoal e profissional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Declaração de óbito. Medicina narrativa.



É a transitoriedade da vida que engrandece o amor. Quanto maior o risco mais forte se torna o vínculo. Para a maioria de nós, o fato de que um dia perderemos as pessoas que amamos, e elas a nós, nos aproxima delas, mas se torna um sino silencioso que nos desperta no meio da noite¹. (p. 11)

Introdução

A APS é orientada pelos atributos essenciais do primeiro acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado e, ainda, tem como atributos derivados a abordagem familiar, o enfoque comunitário e a competência cultural². O acolhimento é um termo que se relaciona tanto ao ambiente de acesso dos usuários quanto às diversas atitudes de cuidado por parte dos profissionais de saúde. Nas últimas décadas, observamos o envelhecimento acelerado da população brasileira associado a uma grande carga de morbidades e a uma maior iniquidade social³. Os cuidados paliativos têm como objetivo promover o cuidado integral às pessoas com doenças crônico-degenerativas sem proposta de cura, buscando oferecer uma melhoria na qualidade de vida durante esse processo de evolução natural da doença e terminalidade⁴. Assim, nesse contexto cada vez mais amplo e complexo, a APS enfrenta diversos desafios para oferecer cuidado em saúde acessível, com qualidade e equidade, desde o nascimento até a morte.

Vida e morte são processos naturais inerentes à existência humana e de todos os seres vivos. Porém, ainda que a morte e o morrer sejam fenômenos naturais, conversar e refletir sobre a finitude da existência humana é, muitas vezes, desafiador para muitas pessoas⁵. Os profissionais de saúde são ainda mais expostos a essas questões, pois lidam com vida e morte cotidianamente, necessitando encarar a morte e a finitude da existência do outro e de si mesmo. No cenário da APS, esses profissionais precisam estar próximos de pacientes e familiares para oferecer assistência digna e segurança aos que precisem ou desejem cuidar de seus entes gravemente enfermos em domicílio. Nesse contexto, as equipes de Estratégia Saúde de Família (ESF) os profissionais de saúde da Medicina de Família e Comunidade (MFC) são importantes atores nesse cuidado, estreitando os vínculos e participando da assistência compartilhada desses pacientes e de seus familiares⁶. Além dos médicos e das outras categorias profissionais da equipe técnica, os agentes comunitários de saúde (ACS) exercem um papel fundamental no acompanhamento e cuidado dessas pessoas, tendo como uma de suas atribuições centrais a visita domiciliar (VD), que permite o conhecimento das condições de vida das famílias e intensifica a formação de vínculos³.

Em todos os cenários de contato entre o profissional de saúde e o processo de morrer, talvez o encontro mais objetivo seja a visita para declarar o óbito, quando este ocorre em domicílio. Cabe ressaltar que, em geral, o médico da APS deve declarar os óbitos de causas conhecidas e, preferencialmente, de pacientes já acompanhados pela equipe de saúde de referência. Assim, os óbitos por causas desconhecidas, súbitas e/ou suspeitas de violência devem ser cuidadosamente avaliados por outros profissionais e serviços, por exemplo, pelo Instituto Médico Legal.

Em uma revisão não sistemática da literatura, não foram encontradas publicações que descrevam as subjetividades desses encontros pela perspectiva tanto dos profissionais quanto dos familiares. Podemos pensar quais desafios esse encontro demanda do profissional que está presente para declarar o óbito, desde questões mais técnicas (exame do corpo, anamnese para investigação de horário e causa da morte, preenchimento da declaração) até questões mais subjetivas, como as relacionadas à comunicação em situações de profundo sofrimento e abordagem do luto familiar. O desenvolvimento de competências é sustentado pelo tripé composto por um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes⁷. Assim, entendendo que o profissional da MFC busca desenvolver competências para uma abordagem e cuidado centrado na pessoa, quais conhecimentos, habilidades e atitudes seriam necessários para uma visita de declaração de óbito? Há um equilíbrio desejável entre uma abordagem voltada para resolução de problemas de ordem prática e uma escuta sobre os sentimentos, ideias e expectativas dos familiares nesse momento agudo de perda? Há, ainda, que se pensar como esses profissionais e a equipe enfrentam tal encontro, uma vez que essas situações podem suscitar sentimentos de perda, impotência e fracasso.

Considerando as complexidades das dimensões e cenários de cuidado em saúde na APS, faz-se necessário pensar em práticas e ferramentas que possam explorar as subjetividades dos encontros, ampliando a dimensão dialógica dos profissionais de saúde. A medicina sempre utilizou as narrativas como meio de acessar as subjetividades dos sujeitos, auxiliando médicos e pacientes no entendimento de seus processos de adoecimento e encontros⁸. O processo narrativo transforma as experiências e pensamentos vivenciados pelo narrador em uma história que pode ser compartilhada com o ouvinte, que, por sua vez, vivencia sua própria experiência a partir do contato com a história do outro⁹. Nesse sentido, o uso de narrativas pode ser uma potente “ferramenta reflexiva e operativa no desenvolvimento de novos saberes e práticas ligadas ao cotidiano dos encontros clínicos”¹⁰ (p. 481).

Este artigo se propõe a relatar de modo narrativo uma experiência de um atendimento domiciliar para emissão de declaração de óbito (DO). Não objetivamos aqui abordar questões técnicas relacionadas ao preenchimento da DO, mas sim utilizar os elementos subjetivos da narrativa, bem como os do cenário e dos personagens envolvidos, para discutir os desafios relacionados a esse tipo de atendimento. Os trechos da narrativa citados na discussão serão destacados entre aspas para facilitar a identificação do leitor. A pessoa do caso foi acompanhada por uma equipe da ESF de um bairro da zona norte do município do Rio de Janeiro, Brasil. A publicação teve o consentimento livre e esclarecido dos familiares e das demais pessoas mencionadas na narrativa. Os nomes reais das pessoas foram substituídos por nomes fictícios, a fim de se preservar suas identidades. Ressalta-se, ainda, que todo relato narrativo parte do ponto de vista do autor/narrador, sendo, portanto, permeado por ideias, valores e outros elementos relacionados a esse sujeito.



Narrativa – relato de caso

Hoje, o passarinho não cantou

Era uma manhã agitada quando esposa e cunhada comparecem à clínica solicitando a presença do médico para declarar o óbito recente do Sr. Raí. “Claro, já já a médica estará lá. Podem aguardar.”, diz a agente comunitária de saúde Elis.

Caminhamos juntas, eu e Elis, refletindo sobre a transitoriedade da vida, embaixo de um sol morno de quase dez da manhã. Felizmente, hoje parece ser um dia tranquilo nesse território, que costuma estar intransitável muitas vezes na semana, devido à violência armada. O pequeno prédio de construção antiga e pintura descascada abrigava no segundo andar, no alto de uma escada estreita e tortuosa, a família do Sr. Raí, que jazia em uma cama hospitalar adaptada na sala. A sala era simples, com um sofá grande cuidadosamente encapado, uma poltrona, uma estante com pequenezas decorativas e fotos familiares. A cama grande do Sr. Raí ocupava um lugar de evidência, fechando um círculo com os outros móveis, recostada à parede principal ao lado da porta. Esposa, filhas, filhos, netos, netas e alguns outros familiares estão reunidos na cozinha e corredor que leva para os quartos. Uma das filhas segura um cachorrinho visivelmente agitado. Ninguém na sala, além do corpo de Sr. Raí. Cumprimento todas e todos e peço licença para entrar no cômodo quase vazio, convidando aqueles que gostariam e pudessem vir conversar comigo. Sento no canto do sofá, a viúva dona Alice se senta na poltrona ao meu lado e a filha Bia ocupa o outro canto do sofá, sentando-se próxima a mim. Pergunto o que aconteceu e dona Alice, com os olhos embargados e fugidios, explica que percebeu que ele não mais respirava por volta das 2h30 da madrugada, quando acordou por acaso. Conta que costumava ouvir a respiração ruidosa sempre de seu quarto, que ficava atrás de uma das portas que dava para a sala e agora também quarto do Sr. Raí. Conta que, na noite anterior, o esposo estava melhor que o habitual. Recebeu o toque e o cuidado dos filhos, que lhe fizeram a barba e apararam os pelos do nariz e orelhas. Alimentou-se bem, ajudou no próprio banho que recebia com ajuda dos filhos, sorriu para os netos e até assistiu ao jogo de seu time do coração. Nessa hora, um dos filhos brinca: “Será que ele não aguentou o empate de ontem?”. Risos constrangidos e contidos. Já tarde da noite, adentrando a madrugada, por volta de uma hora, antes de se recolher em seu sono, dona Alice checa se o esposo precisa de algo. “Preciso não. Estou bem. Pode descansar tranquila.” Dona Alice continua sua narrativa, contando que Sr. Raí não estava bem nos últimos meses, apresentou um quadro grave de “coração grande”. A cunhada diz que “era como uma vela que se apagava aos poucos”. A filha chora ao meu lado. Emociono-me com a metáfora da vela e retomo minha atenção à história, que preciso investigar para presumir a causa do óbito e seus antecedentes. “A senhora percebeu se ele estava mais cansado nos últimos dias, respirando com dificuldade?”. A resposta é positiva e, até o momento, parece se tratar de uma descompensação da insuficiência cardíaca, sem sinal de infecções associadas. Nesse momento, enquanto ouço a viúva, desvio rapidamente meu olhar para observar o ritual de despedida do neto de aproximadamente dez anos, que se aproxima de seu avô e beija sua face com carinho e lágrimas. Emociono-me mais uma vez. Antes de examinar o corpo e iniciar

o preenchimento da declaração, pergunto como estão os sentimentos nesse momento. Dona Alice e a filha se emocionam e contam que Sr. Raí foi um ótimo pai e marido. Trabalhador e atencioso. Dona Alice compartilha sua dor nesse momento, mas diz estar em paz por saber que Sr. Raí partiu tranquilo, sem sofrimento, sendo bem cuidado e amado. “Que privilégio”, penso e verbalizo. Com carinho, pergunto se posso examinar o corpo do Sr. Raí, sendo prontamente autorizada. Sr. Raí está bem posicionado, coberto com um lençol até o peito, em decúbito dorsal, pernas estendidas, mãos cruzadas a frente do peito, olhos fechados, expressão tranquila. Examino rapidamente, investigando algum outro possível sinal que poderia estar associada à sua morte. Nada. Pele íntegra e bem higienizada, barba bem feita, roupas limpas e confortáveis. Compartilho minhas impressões e aviso que iniciarei o preenchimento da declaração, checando a concordância com a possível causa e horário do óbito. A atmosfera é tranquila e de paz. Convido dona Alice para o grupo de luto da nossa unidade e reforço que a equipe está disponível para toda a família, sempre que necessário. Checo se poderia ajudar em algo mais nesse momento e com a negativa de todos, despeço-me com abraços.

No retorno para a clínica, converso com minha colega de equipe, que me conta: “Lembro que o passarinho do Sr. Raí sempre cantava muito. Vi o passarinho cabisbaixo na gaiola e perguntei a um dos familiares, que me respondeu – ‘hoje, o passarinho não cantou’”.

Discussão

Entendendo que a APS deve oferecer um cuidado integral, longitudinal e coordenado aos usuários, faz-se necessário que todos os profissionais de saúde sejam capacitados para realizar o atendimento completo e de qualidade das populações que estão sob seus cuidados, desde o nascimento até a morte dos indivíduos. Os cuidados paliativos se referem à atenção integral à saúde dos indivíduos e familiares em situações de doenças sem perspectiva de cura e, muitas vezes, são realizados em domicílio. As necessidades das pessoas gravemente enfermas são muito singulares e perpassam diversas dimensões do cuidado e não são específicas do momento da finitude, entendendo que muitas dessas questões estão condicionadas ao contexto em que a pessoa vive¹¹. Com o crescimento da complexidade da prestação de cuidados para pacientes gravemente enfermos, “as equipes se deparam com a necessidade de desenvolver competências para lidar com a finitude da vida, o sofrimento pela aproximação da morte e o estreitamento dos vínculos com pacientes e familiares”¹² (p. 2). Porém, os cuidados paliativos como modalidade de assistência na APS, embasados principalmente no princípio da integralidade, ainda é incipiente e frágil no Brasil. A literatura ratifica sobre a urgente necessidade de capacitação profissional na APS para esse tipo de cuidado e revisão do processo de trabalho⁴.

Uma discussão mais atual é a possibilidade de essas pessoas escolherem seu local de morte, sendo o domicílio uma dessas opções¹³. Nas últimas décadas, a família foi destituída de seu papel como principal responsável pelo cuidado da saúde de seus membros, em favor da instituição hospitalar, que passou a assumir essa função¹⁴. A hospitalização da morte nos tempos atuais pode ser geradora de sofrimentos relacionados ao excesso de intervenções nas pessoas hospitalizadas e no afastamento dos familiares e da comunidade, contexto no qual esses indivíduos poderiam ser cuidados com mais afeto e

conforto. Todavia, nem sempre a escolha da morte no hospital é inadequada, visto que, muitas vezes, é o melhor ambiente para pessoas que não possuem uma boa rede familiar e comunitária, bem como para minimizar sofrimentos físicos e controlar sintomas no fim da vida. Além disso, a ocorrência da morte em domicílio pode causar sentimentos de angústia e impotência por parte dos familiares, podendo gerar complicações no processo de luto destes¹². A escolha de viver o processo de finitude e morte no lar pode representar um grande desafio para os familiares e cuidadores, uma vez que, em geral, os cuidados ao final da vida exigem um apoio intenso e contínuo e demandam uma adequada cobertura assistencial dos serviços primários de saúde, bem como articulação com outros níveis de cuidado¹⁵. Cabe ressaltar que nem todas as mortes em domicílio são de pessoas gravemente enfermas ou com idade avançada, sendo as mortes inesperadas, por causas desconhecidas e/ou de pessoas mais jovens sem conhecimento prévio de uma doença grave, situações ainda mais sensíveis e complexas para se abordar.

Uma importante ação de cuidado é a emissão da declaração de óbito, que muitas vezes é solicitada aos profissionais da APS. Na carteira de serviços oferecidos na APS, no município do Rio de Janeiro, está prevista a emissão de “declaração de óbitos ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde e em domicílios de áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família”¹⁶ (p. 108). Na MFC, a formação para os cuidados paliativos está prevista no Currículo Baseado em Competências, publicado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, sendo consideradas como competências essenciais o preparo e a orientação de familiares e pacientes quanto às providências relacionadas à morte; o conhecimento da importância do atendimento fora do horário para intercorrências graves e falecimentos; e o fornecimento de atestado de óbito. Ainda, consta como competência desejável o apoio a situações de morte no domicílio. Aqui, vale um parêntese em relação ao termo “atestado de óbito”, erroneamente utilizado, já que o médico pode emitir apenas a “declaração de óbito”¹⁷. Porém, os futuros profissionais da MFC podem enfrentar algumas dificuldades e desafios para o desenvolvimento de tais competências, que, muitas vezes são herdadas desde sua formação. Alguns sentimentos experimentados diante da morte pelos médicos são os de raiva, impotência e culpa¹⁸. Esses sentimentos, associados à dificuldade de enfrentamento da finitude da vida, podem fazer com que esses profissionais se afastem do cuidado de seus pacientes, afetando profundamente o vínculo e a relação profissional-pessoa em um momento tão fundamental do ciclo de vida.

Na saúde e no adoecimento, para cuidar do outro é preciso, antes de qualquer coisa, estar presente e oferecer esse cuidado de forma generosa até nos momentos em que possa parecer que não conseguiremos mais ajudar. Precisamos entender que, “mesmo quando sentirmos que não podemos fazer mais nada, mesmo assim temos que estar preparados para ficar”¹⁹ (p. 26-7). Ademais, principalmente no cenário da APS, o cuidado continua mesmo após a morte, já que a família continuará sendo assistida pela equipe e precisará ainda mais de atenção e acolhimento de seu processo de luto. Assim, é essencial que os profissionais reconheçam os sinais de sofrimentos das pessoas enlutadas para que o melhor cuidado possa ser oferecido em cada caso e para cada sofrimento²⁰. O grupo para enlutados, oferecido pela médica na narrativa, - “Convivo dona Alice para o grupo de luto da nossa unidade”- é um espaço de acolhimento e aconselhamento para o luto que pode ser oferecido pelas Unidades de Saúde no âmbito da APS e hospitalar.

Seguindo na narrativa, podemos observar alguns elementos importantes que ajudam a contar a história, como o contexto, o cenário e os participantes.

A narrativa se passa em um bairro da zona norte do município do Rio de Janeiro, marcado por diversos contrastes sociais e conhecido por ser um território de intensa violência armada. Como profissionais de saúde desse território, percebemos o quanto o contexto de vulnerabilidade social e violência afeta diretamente a saúde e o adoecimento das pessoas. A avaliação do contexto socioeconômico e dos determinantes sociais envolvidos nos contextos familiares é de extrema relevância para que a equipe de saúde possa identificar vulnerabilidades e, dessa forma, oferecer o cuidado mais adequado. Cuidados em saúde domiciliares, em geral, são financeiramente dispendiosos e podem afetar no empobrecimento das famílias que precisam realizá-los. Assim, é importante analisar o quanto tais condições podem determinar a manutenção e a qualidade do cuidado domiciliar dos indivíduos gravemente enfermos¹².

O início da narrativa nos aproxima do cotidiano do trabalho na APS, que é atravessado por situações inesperadas, que, muitas vezes, demandarão uma pausa em “uma manhã agitada” de atendimentos na Clínica da Família. Elis aparece como a primeira pessoa citada nesse cenário, evidenciando a relevância desse profissional de saúde no acolhimento e na escuta inicial das demandas. Se, por um lado, esse momento pode ser oportuno para acolher o sofrimento e oferecer cuidado, por outro, o lugar do acolhimento é também um grande gerador de tensões para o profissional de saúde, principalmente em um contexto de fragilidade e sucateamento dos serviços de saúde. Os ACS descrevem grande desconforto e sofrimento por, muitas vezes, não conseguirem acolher as demandas dos usuários, devido à falta de insumos e de profissionais disponíveis para atendimento³. Ainda sobre o trabalho do ACS, a narrativa evidencia a importância de se estar próximo e conhecer as sutilezas dos cenários e contextos dos usuários. O título da narrativa expressa a percepção de Elis sobre o silêncio do pássaro, detalhe que não seria notado por um profissional que não fosse tão vinculado à família. Contudo, nos últimos anos, após a publicação da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 e outros documentos, o papel do ACS na APS tem sido profundamente fragilizado, reduzindo cada vez mais sua atuação no território e em ações de promoção e educação em saúde e os inserindo em atividades utilitaristas e burocráticas²¹.

A narrativa traz elementos que ilustram um cenário domiciliar de uma família de baixa renda, que vive em um território de alta vulnerabilidade social. Outro elemento ilustrado é a “cama hospitalar adaptada na sala”, representando a dedicação da família para prestar um cuidado domiciliar mais adequado às necessidades do paciente gravemente enfermo, ainda que seja necessário uma adaptação, na qual a sala passa a ser uma enfermaria. Mesmo com essa aparente dedicação, o paciente e os familiares não pareciam ter optado por uma morte domiciliar, mas as circunstâncias levaram a tal desfecho. Essa é a realidade de diversas famílias para as quais prestamos assistência: precisam cuidar de seus doentes em domicílio sem, contudo, receberem uma assistência de saúde adequada à complexidade desse cuidado e, muitas vezes, terem a oportunidade de discutir sobre o local de morte. Se a assistência durante a vida é complexa, o acolhimento da morte não seria diferente. A morte domiciliar demanda que os familiares organizem toda a burocracia inerente a esse acontecimento, necessitando acionar assistência de profissionais de saúde e serviços funerários para declaração do óbito e remoção do corpo.



O cenário do último dia de Sr. Raí pareceu ser repleto de carinho e troca de afetos por parte de seus familiares mais próximos. Sr. Raí recebeu o toque atencioso dos filhos e netos, que estiveram presentes e cuidaram de sua aparência e higiene, além de terem compartilhado momentos de alegria e descontração assistindo ao jogo do time amado. O conceito de dignidade ao final da vida, relacionado sobretudo à autonomia como sujeito e ao acesso a direitos humanos essenciais, tem sido discutido para refletirmos sobre questões que possam manter, resgatar ou ameaçar a dignidade de pessoas em processo de finitude²². Pessoas com perda ou comprometimento do senso de dignidade podem apresentar sintomas de ansiedade, depressão e desesperança. A identidade pessoal e a autonomia, que são importantes elementos relacionados à dignidade, podem estar seriamente comprometidas quando há deterioração da aparência, descaso com higiene e sensação de ser um fardo familiar²³. Assim, a descrição dos momentos finais da vida do Sr. Raí parecem ter proporcionado cuidados e convivência familiar que contribuiriam para preservação de sua dignidade.

Ainda sobre o último dia de vida de Sr. Raí, observamos alguns sinais que podem representar uma melhora do quadro clínico, situação essa observada em diversos relatos de pacientes que se aproximam de sua morte. A esposa conta que “na noite anterior o esposo estava melhor que o habitual”, e que “alimentou-se bem, ajudou no próprio banho que recebia com ajuda dos filhos, sorriu para os netos e até assistiu ao jogo de seu time do coração”. Ana Cláudia Quintana aborda em um dos trechos de seu livro “A morte é um dia que vale a pena viver” a dissolução dos quatro elementos da natureza durante o processo de morte, segundo as crenças orientais²⁴. Ocorre, inicialmente, a dissolução da terra, que trata da deterioração física provocada pela evolução da doença. Segue-se com a dissolução da água, que se refere à desidratação natural que ocorre em pacientes ao final da vida. O terceiro elemento é o fogo, que representa a expressão da vitalidade final das células do organismo, que se mostram mais ativas e funcionais, proporcionando ao indivíduo um estado de melhora da consciência e da força nos últimos momentos da vida. Retomando a linda metáfora utilizada pela cunhada de Sr. Raí que se refere a seu processo de adoecimento como “uma vela que se apagava aos poucos”, o momento da dissolução do fogo, por sua vez, intensifica essa luz final, sendo a “famosa visita da saúde, a melhora antes da morte, a bela força da última chama da vela”²⁴. As pessoas que têm a oportunidade de vivenciar essa melhora clínica em seus momentos finais recebem a valiosa oportunidade de compartilhar seus afetos, podendo ainda expressar sentimentos de perdão e despedida. O último elemento é o ar, sendo sua dissolução representada pelos suspiros finais da pessoa, momentos que, em geral, são muito angustiantes para pacientes e familiares. A dissolução do ar de Sr. Raí parece ter acontecido sem muita angústia para a família, em seus minutos finais, já que a esposa conta que só “percebeu que ele não mais respirava por volta das 2h30 da madrugada, quando acordou por acaso”.

Os participantes ocuparam um lugar de destaque no cenário de morte de Sr. Raí, que foi velada por muitos familiares, que se fizeram presentes nesse momento, como ilustrado no trecho: “esposa, filhas, filhos, netos, netas e alguns outros familiares estão reunidos na



cozinha e corredor que leva para os quartos”. Elisabeth Kübler-Ross²⁵ avalia que, quando os familiares podem compartilhar seus sentimentos e emoções, a aceitação da perda e o processo de luto poderão ser mais tranquilos e menos dolorosos para todos²⁵. Um aspecto interessante diz respeito à presença das crianças, que também foram permitidas a participar desse ritual de despedida, como o “neto de aproximadamente dez anos, que se aproxima de seu avô e beija sua face com carinho e lágrimas”. Sobre o tema da morte na infância, sabemos que tendemos a evitar essa abordagem com as crianças, sendo a construção desse tabu sustentada desde os primeiros anos da vida, fortalecendo, assim, a crença da imortalidade na vida adulta²⁶. Todavia, morte, perda, ruptura e luto fazem parte de todas as fases do desenvolvimento da vida humana e, por isso, são situações, muitas vezes, enfrentadas também na infância. Nos primeiros anos de vida, as crianças ainda não possuem a concretude de pensamento necessário para atribuir sentido à morte, que pode ser ainda vista como algo reversível²⁵. A medida que a criança cresce e vivencia experiências de perdas, ela passa a entender a morte como algo concreto e irreversível e pode, potencialmente, viver profundos sentimentos provocados pela separação e perda^{18,25}. Quando uma criança vivencia uma morte de um ente próximo, a evitação dos adultos em abordar o acontecimento pode provocar sentimentos de tristeza, abandono e insegurança nessas crianças²⁷.

Por fim, não poderíamos deixar de refletir sobre as reações dos animais, presentes inclusive no título da narrativa. Mas, afinal, os animais possuem consciência da morte? Viveriam eles algum processo de luto diante de uma perda? Na narrativa, passarinho e cachorro parecem ter sentido de alguma forma a morte de Sr. Raí e/ou o sofrimento dos familiares, expressando suas afetações com silêncio e agitação. Allan Kallehear²⁸ defende que “todo animal entende a morte” e acredita que é um equívoco subestimar as experiências relacionadas à morte e perda dos animais, podendo haver uma complexidade nos padrões de luto e apego dos bichos²⁸. Kallehear reforça criticamente que “nós somos animais, e os animais conhecem a morte. E, na ordem dessas coisas, somos retardatários até”²⁸. Podemos pensar que a imagem de “um cachorrinho visivelmente agitado” pode representar o sentimento comum de pesar e angústia relacionados à perda recente, uma vez que os animais costumam se afetar diretamente pelos comportamentos humanos e pelo ambiente. Ou, ainda, que o pequeno animal expressa tão somente seus sentimentos, mesmo entendidos como irracionais, perante a perda de seu amado tutor. A ausência do canto rotineiro do pássaro poderia ser um reflexo dos sentimentos de saudade e solidão que pairavam no ambiente, ou, ainda, poderia ser uma expressão de luto do próprio animal. Quanto a isso, provavelmente não encontraremos respostas embasadas cientificamente. Porém, podemos abrir nossos corações e ampliar nossos olhares e ouvidos para as lágrimas e choros das pessoas que sofrem e também para o silêncio dos pássaros que porventura não cantarão naqueles dias.



Conclusão

O processo da morte e do morrer, no mundo ocidental, é influenciado pelo contexto social, histórico e cultural, mas também é permeado por diversos aspectos bastante singulares. A APS, alicerçada em seus atributos essenciais e derivados, é a base do cuidado para todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos e famílias e precisa oferecer uma assistência de qualidade do nascer ao morrer. O médico da MFC e o ACS são profissionais que atuam na APS e possuem atribuições e competências singulares e necessárias para construção do vínculo com os usuários, que favorece um melhor cuidado em saúde. Questões relacionadas ao óbito costumam causar grandes expectativas e inquietações para os profissionais de saúde e para os familiares. Contudo, é essencial que, como profissionais de saúde, mantenhamos o acompanhamento dessas pessoas, oferecendo acolhimento e o suporte necessário. A abordagem desse momento agudo de luto é bastante complexa para o profissional de saúde, uma vez que, ao mesmo tempo em que precisa auxiliar na resolução de questões burocráticas, fornecendo a declaração de óbito, também precisa se colocar em um lugar sensível de observação dos familiares e amigos frente à recente perda, acolhendo a dor e se colocar à disposição, com carinho e empatia. Assim, apesar de ser uma ação que demanda uma abordagem técnica e objetiva, a visita domiciliar para declaração de óbito também nos convida a entrar em um território repleto de subjetividades, que nos evoca muitas reflexões sobre o processo de morte e morrer, provocando transformações em nossa vida pessoal e profissional. A narrativa em primeira pessoa, a partir da visão da médica, revela as afetações dessa profissional e pode ser uma potente ferramenta para que os profissionais acessem seus sentimentos diante desses encontros. Assim, a inserção de narrativas pode ser uma importante ferramenta que auxilia a explorar os elementos que permeiam o momento da morte, podendo estar presente nos cenários de prática e formação dos profissionais de saúde, para que possamos oferecer um cuidado integral de forma adequada e sensível no cenário da APS.

Contribuições das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Gratidão à família citada na narrativa e aos profissionais da Equipe Girassol. Gratidão a Jorge Esteves Teixeira Junior e a todos os amigos da Fundação Elisabeth Kübler-Ross, fontes de inspiração e apoio.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).





Referências

1. Parkes CM. Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus; 2009.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco; 2002.
3. De Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
4. Meneguim S, Ribeiro R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(1):e3360014.
5. Barbosa LNF, Francisco AL, Efken KH. Morte e vida: a dialética humana. *Aletheia.* 2008; (28):32-44.
6. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.
7. Parry SB. The quest for competencies. *Training.* 1996; 33(7):48-54.
8. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA.* 2001; 286:1897-902.
9. Stelet, BP. Sobre repercussões de atividades extensionistas na construção de valores e virtudes durante a formação em medicina [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2013.
10. Favoreto CAO, Camargo Jr KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface (Botucatu).* 2011; 15(37):473-83.
11. Combinato DS, Martin STF. Necessidades da vida na morte. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(63):869-80.
12. Vieira RR, Robortella AR, Souza AB, Kerr GS, Oliveira JAC. Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016; 11(38):1-7.
13. Yamaguchi AM, Higa-Taniguchi KT, Andrade L, Bricola SAPC, Jacob Filho W, Martins MA. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Rio de Janeiro: Manole; 2010.
14. Ariès P. A história da morte no ocidente. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2017.
15. Silva CMO. O processo de morrer no domicílio [dissertação]. Braga, PT: Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo; 2014.
16. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Superintendência de Atenção Primária. Carteira de serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2016.
17. Lermen Junior N, organizador. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade [Internet]. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015 [citado 28 Out 2019]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
18. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
19. Saunders C. *Velai comigo: inspiração para uma vida em cuidados paliativos.* Salvador: FSS; 2018.
20. Worden JW. *Grief counselling and grief therapy: a hand book for the mental health practitioner paperback.* 4a ed. Great Britain: Taylor & Francis Ltd; 2009.



21. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na atenção primária à saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saude Debate*. 2018; 42 Spe 1:261-74.
22. Donato SCT, Matuoka JY, Yamashita CC, Salvetti MG. Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(6):1011-21.
23. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet*. 2002; 360(9350):2026-30.
24. Arantes ACQ. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; 2016.
25. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
26. Elias N. *A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
27. Kovács MJ. *Vida e morte: laços de existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
28. Kellehear A. *Uma história social do morrer*. São Paulo: Unesp; 2016.



Primary Health Care is a scenario capable of producing care at all stages of life, from birth to death. However, the health care of severely ill people requires a complex and holistic approach to these subjects and families, often being provided at home. One of the duties related to end-of-life care is the issuance of a death certificate when death occurs at home. From the perspective of a Family and Community doctor a narrative and reflective experience is reported by a home care service for issuing a death certificate. From this narrative we discussed how the visit for the issuance of the death certificate invites us into a territory full of subjectivities, which evokes many reflections on the process of death and dying, causing changes in our lives both personally and professionally.

Keywords: Primary Health Care. Death certificate. Narrative medicine.

La Atención Primaria de la Salud es un escenario capaz de producir cuidado en todas las fases de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. No obstante, el cuidado de la salud de personas gravemente enfermas requiere un abordaje complejo y holístico de esos sujetos y familias, siendo muchas veces realizada a domicilio. Una de las atribuciones relacionadas con los cuidados al final de la vida es la emisión del certificado de defunción, cuando la misma ocurre en el domicilio. Bajo la perspectiva de una médica de Familia y Comunidad, se relató de modo narrativo y reflexivo una experiencia de una atención domiciliaria para emisión de certificado de defunción. A partir de esa narrativa, se discutió sobre cómo la visita para el certificado de defunción nos invita a entrar en un territorio repleto de subjetividades que nos evoca muchas reflexiones sobre el proceso de la muerte y el morir, causando transformaciones en nuestra vida personal y profesional.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud. Certificado de defunción. Medicina narrativa.

Submetido em 19/02/20.

Aprovado em 30/06/20.