



A autoridade sobre o morrer: medicina, religião e a divisão entre condução e sentido na morte infantil

The authority over dying: medicine, religion, and the division between management and meaning in child death

Sabrina de Miguel Augusto¹

Resumo: O presente artigo analisa a reconfiguração da autoridade sobre o morrer no Ocidente a partir das relações entre religião e medicina, com especial atenção à morte infantil. Parte-se da compreensão de que a morte não se reduz a um evento biológico, mas constitui uma experiência que exige simultaneamente condução prática e inteligibilidade simbólica. Nas sociedades pré-modernas, essas dimensões encontravam-se articuladas no interior de um mesmo regime religioso, que integrava rituais, interpretações e formas de organização do morrer. Com a modernidade, observa-se a medicalização e institucionalização da morte, com a medicina assumindo a condução técnica do processo no ambiente hospitalar. Esse deslocamento, contudo, não implica a absorção da dimensão simbólica pelo saber médico, mas produz uma separação entre o controle do corpo e a atribuição de sentido. A morte infantil emerge, nesse contexto, como ponto crítico dessa configuração, ao evidenciar os limites da racionalidade médica diante de uma perda que desafia sua inteligibilidade. O artigo argumenta que a autoridade contemporânea sobre o morrer é distribuída e estruturalmente incompleta, envolvendo a articulação entre decisões técnicas, mediações morais e interpretações simbólicas, particularmente visíveis no campo dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Morte; Morte infantil; Religião; Medicina; Cuidados paliativos.

Abstract: This article examines the reconfiguration of authority over dying in the West through the relationship between religion and medicine, with particular attention to child death. It departs from the understanding that death is not merely a biological event, but an experience that requires both practical management and symbolic intelligibility. In pre-modern societies, these dimensions were integrated within a religious framework that articulated rituals, interpretations, and social organization of dying. With the advent of modernity, death became increasingly medicalized and institutionalized, with medicine assuming technical authority over the dying process, especially within the hospital setting. This shift, however, did not absorb the symbolic dimension into biomedical knowledge, but instead produced a separation between the control of the body and the attribution of meaning. Child death emerges as a critical point in this configuration, revealing the limits of biomedical rationality when confronted with a loss that resists symbolic integration. The article argues that contemporary authority over dying is distributed and structurally incomplete, involving the interplay between technical decisions, moral mediation, and symbolic interpretation, particularly visible in the field of palliative care.

Keywords: Death; Child death; Religion; Medicine; Palliative care.

¹ Doutoranda em Ciência da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Bolsista CAPES. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2859906124144441>. E-mail: sabrinademiguelaugusto@gmail.com



Introdução

A morte se apresenta como um dos limites mais profundos da experiência humana. Ela não apenas marca o término da vida biológica, mas nos coloca diante de uma necessidade fundamental: a de encontrar formas de compreendê-la. No campo da Ciência da Religião, esse desafio costuma ser enfrentado a partir da ideia de que a religião funciona como um sistema simbólico de atribuição de sentido, especialmente em situações-limite. Assim, a morte deixa de aparecer apenas como um evento natural e passa a ser percebida como uma ruptura que exige mediações culturais, rituais e interpretativas.

Peter Berger (1985, p. 15-18 e 38) ajuda a entender esse movimento ao definir a religião como um sistema de construção de sentido que permite ao ser humano lidar com experiências que ameaçam a ordem da vida cotidiana, entre elas a morte. Ao atuar como um “dossel sagrado”, a religião oferece uma estrutura simbólica que protege o indivíduo do caos e reinscreve a perda em um horizonte compreensível. De forma próxima, Geertz (1989, p. 66-67) entende a religião como um sistema cultural que organiza disposições e motivações ao formular concepções de uma ordem geral da existência. Quando pensamos na morte a partir dessa perspectiva, percebemos que ela representa justamente um momento de crise dessa ordem, exigindo narrativas e práticas capazes de integrar a experiência da perda a uma estrutura de sentido compartilhada (Geertz, 1989, p. 77-78).

Partindo dessa compreensão, torna-se importante olhar para a morte não apenas em sua dimensão biológica, mas também nas formas pelas quais ela é conduzida socialmente e interpretada simbolicamente. É nesse ponto que a noção de autoridade ganha relevância neste artigo. Não se trata apenas de quem controla institucionalmente o morrer, mas também de quem possui a capacidade de produzir interpretações legítimas sobre a morte, o sofrimento e a finitude. Estamos, portanto, diante de uma autoridade que se distribui em dois planos distintos, ainda que profundamente conectados: o plano da condução do morrer e o plano de sua inteligibilidade.

Considerando as sociedades ocidentais pré-modernas, percebe-se que esses dois planos caminhavam juntos dentro de um mesmo regime religioso de sentido. A religião não apenas oferecia explicações sobre o destino dos mortos e o significado do sofrimento, mas também organizava as formas legítimas de morrer, estruturando rituais, práticas e modos de elaboração da perda. A morte era vivida como um evento público, ritualizado



e integrado à vida social, no qual condução e interpretação se encontravam reunidas em uma mesma moldura simbólica.

Com a modernidade, no entanto, começamos a perceber um deslocamento importante. O desenvolvimento da medicina científica, a institucionalização do hospital e o avanço das tecnologias de intervenção sobre o corpo vão transferindo a condução do morrer para o campo médico. O morrer deixa de acontecer principalmente no espaço doméstico e comunitário e passa a ser administrado em ambientes institucionais, sob a autoridade de profissionais de saúde. A medicina assume, assim, a regulação técnica do processo biológico da morte, redefinindo seus tempos, seus limites e suas condições.

Ainda assim, esse deslocamento não resolve tudo. Ao contrário, ele revela uma tensão. A dimensão simbólica da morte não é absorvida pela racionalidade médica. Podemos perceber que, ao mesmo tempo em que a medicina amplia sua capacidade de intervir sobre o corpo, ela não consegue esgotar a necessidade de atribuir sentido à morte. Quanto mais o morrer se torna objeto de monitoramento, decisão e controle, mais sentimos a necessidade de interpretá-lo, de torná-lo compreensível. A autoridade médica se fortalece no plano da intervenção, mas permanece limitada quando se trata de significar a experiência da perda.

É justamente nesse ponto que a morte infantil se torna particularmente reveladora. Quando uma criança morre, somos confrontados com uma ruptura ainda mais intensa. Trata-se de uma vida percebida como não realizada, interrompida antes do esperado. Essa situação produz uma crise de sentido que não pode ser plenamente respondida por explicações médicas. Mesmo com todos os recursos técnicos disponíveis, a medicina não consegue, por si só, oferecer respostas satisfatórias para o sofrimento e para o significado dessa perda.

Assim, a morte infantil nos permite perceber com mais nitidez a divisão contemporânea da autoridade sobre o morrer. De um lado, a medicina assume a condução técnica do processo, definindo intervenções e limites terapêuticos. De outro, a religião e outras formas simbólicas continuam a desempenhar um papel fundamental na elaboração do sentido, oferecendo narrativas, rituais e linguagens que ajudam a reinscrever a perda em um horizonte mais amplo. A questão deixa de ser apenas quem controla o morrer e passa a incluir quem consegue torná-lo inteligível.



Diante desse cenário, este artigo analisa como se reconfigura a autoridade sobre o morrer no Ocidente, tomando a morte infantil como um ponto privilegiado para observar as tensões entre medicina e religião. Nosso objetivo é compreender de que maneira a modernidade produz uma separação entre a condução técnica e a inteligibilidade simbólica da morte, e como essa divisão se torna mais visível justamente nos contextos em que a intervenção médica encontra seus limites.

Do ponto de vista metodológico, o trabalho dialoga com contribuições da história da morte, da sociologia da religião, da antropologia e da bioética. A análise se desenvolve em cinco momentos: primeiro, refletimos sobre a morte como fenômeno religioso nas sociedades pré-modernas; em seguida, examinamos o processo de medicalização e institucionalização do morrer; depois, discutimos a construção social da infância e a transformação do significado da morte infantil; na sequência, analisamos a morte infantil como campo de tensão entre diferentes formas de autoridade; por fim, voltamo-nos para os cuidados paliativos e a bioética como tentativas contemporâneas de lidar com os limites da medicalização da morte.

1. A morte como fenômeno religioso

Nas sociedades ocidentais pré-modernas, a morte não era vivida como um evento isolado ou apenas biológico. Ela fazia parte de um processo social mais amplo, profundamente estruturado, no qual sentido, prática e organização estavam intimamente ligados. Nesse contexto, a religião não apenas oferecia interpretações sobre o destino dos mortos, mas também organizava as formas legítimas de morrer, reunindo, em um mesmo plano, a condução do processo e sua compreensão simbólica.

A antropologia clássica nos ajuda a enxergar essa configuração ao compreender a morte como um rito de passagem. Como propõe Van Gennep (2011, p.24-26), os ritos de passagem marcam transições entre diferentes estados sociais e são compostos por sequências ritualizadas que permitem tanto ao indivíduo quanto à coletividade atravessar momentos de ruptura. Quando olhamos para a morte a partir dessa perspectiva, percebemos que ela não corresponde apenas ao fim da vida biológica, mas à passagem de um estado a outro (Van Gennep, 2011, p. 135-136), exigindo práticas que tornem essa transição reconhecível e elaborável no plano simbólico. O morrer, portanto, não se reduz



a um acontecimento físico, mas se constitui como um processo regulado por formas socialmente legítimas de agir, interpretar e participar.

Essa dimensão ritual nos permite perceber que, nas sociedades pré-modernas, a morte era ao mesmo tempo conduzida e interpretada dentro de um mesmo sistema. Os rituais não apenas marcavam a transição do morto, mas organizavam a experiência coletiva da perda, definindo quem podia agir, o que podia ser dito e como a morte deveria ser compreendida. Assim, a autoridade sobre o morrer não se limitava à explicação do evento, mas incluía também sua organização prática e simbólica.

No contexto ocidental, especialmente durante a Idade Média e parte da Idade Moderna, podemos observar essa articulação de forma bastante clara. Ariès (2003, p. 33-35) descreve a morte como um evento público, vivido no espaço doméstico, cercado por familiares e membros da comunidade. O moribundo participava ativamente desse processo, preparando-se espiritualmente, organizando suas relações e situando sua própria morte dentro de uma ordem compreensível (Ariès, 2003, p. 44-46). Não se tratava de um evento abrupto e isolado, mas de um momento integrado à vida social e orientado por referências religiosas compartilhadas.

Nesse cenário, a religião exercia uma forma de autoridade bastante abrangente. Ela não apenas oferecia crenças sobre o além, mas também regulava práticas, tempos e modos de morrer. A chamada “boa morte” envolvia preparação espiritual, rituais sacramentais e a inserção do morrer em uma ordem divina mais ampla, de modo que a morte não era percebida como ruptura absoluta, mas como passagem (Ariès, 2003, p. 41-43; Thomas, 1983, p. 485-487). Podemos perceber, então, que essa autoridade operava de maneira integrada, reunindo interpretação, condução e normatização do morrer em um mesmo horizonte de sentido.

Louis-Vincent Thomas (1983, p. 195-197) reforça essa leitura ao destacar que os rituais funerários desempenham uma função fundamental para a sociedade. Eles não se destinam apenas ao morto, mas principalmente aos vivos, que precisam elaborar a perda e reorganizar a ordem social. A morte produz uma ruptura, e os rituais permitem reinscrevê-la em um quadro simbólico compartilhado (Thomas, 1983, p. 199). Nesse sentido, a eficácia desses sistemas não está em evitar a morte, mas em torná-la compreensível, elaborável e socialmente integrável. O morrer não aparece como um



problema técnico a ser resolvido, mas como uma experiência que precisa ser interpretada e conduzida de acordo com formas culturalmente instituídas.

Mesmo quando pensamos na morte infantil, que já carrega uma tensão particular, essa articulação entre condução e sentido continua presente. Em contextos de alta mortalidade infantil, a morte de crianças era interpretada a partir de esquemas religiosos que buscavam reinscrevê-la em uma ordem mais ampla, mobilizando ideias como pureza, salvação e destino da alma (Ariès, 2003, p. 30-31). A presença de rituais específicos, como o batismo, mostra que o problema central não era controlar biologicamente a morte, mas torná-la inteligível dentro de um horizonte simbólico (Ariès, 2003, p. 162-164).

Assim, ao olharmos para as sociedades ocidentais pré-modernas, percebemos que não se trata apenas da existência de crenças religiosas sobre a morte, mas de um sistema relativamente integrado de autoridade sobre o morrer. Nesse sistema, interpretação, ritualização e organização prática caminham juntas. A religião não apenas explicava a morte, mas também definia as formas legítimas de enfrentá-la, oferecendo uma moldura compartilhada que tornava o morrer, ao mesmo tempo, conduzido e compreensível.

É justamente essa unidade entre condução e sentido que começará a ser tensionada com a modernidade, quando a administração do morrer passa a ser deslocada para o campo médico, sem que, no entanto, a necessidade de produzir sentido para a morte seja plenamente absorvida por esse novo regime de saber.

2. A medicinação da morte e a reconfiguração da autoridade sobre o morrer

A partir do século XVIII, e de maneira ainda mais evidente entre os séculos XIX e XX, podemos perceber uma transformação profunda na forma como as sociedades ocidentais passam a lidar com o morrer. Esse processo, ligado ao desenvolvimento da medicina científica, à consolidação do hospital e ao avanço das tecnologias de intervenção sobre o corpo, não representa simplesmente a troca de uma forma de compreender a morte por outra. O que está em jogo é algo mais amplo: uma reconfiguração da própria autoridade sobre o morrer. Aquela unidade que antes articulava interpretação e condução começa, pouco a pouco, a se tensionar.

As análises de Ariès (2003, p. 77-80) nos ajudam a acompanhar esse movimento. Ele mostra como a morte, antes vivida como um evento público, compartilhado e ritualizado no espaço doméstico, vai sendo progressivamente deslocada para o ambiente



hospitalar. Não se trata apenas de uma mudança de lugar. Ao observarmos esse deslocamento, percebemos que ele envolve uma transformação mais profunda na forma como o morrer é conduzido e reconhecido como legítimo. O hospital, que se afirma como espaço privilegiado de cuidado, passa também a concentrar a gestão do fim da vida, redefinindo quem pode agir, decidir e intervir nesse processo (Ariès, 2003, p. 82-84).

Com isso, vai se estabelecendo um novo regime de autoridade. As práticas relacionadas à morte passam a depender cada vez mais do saber médico para serem consideradas legítimas. O morrer deixa de ser conduzido por rituais comunitários e passa a ser organizado por diagnósticos, protocolos e intervenções técnicas. Nesse contexto, a medicina não apenas amplia sua capacidade de curar, mas assume progressivamente a condução efetiva do processo de morrer, definindo seus tempos, seus limites e suas condições.

A reflexão de Foucault (1994, p. 161-163) nos permite aprofundar essa compreensão. Ao analisar o surgimento da clínica e o desenvolvimento do biopoder, ele mostra como, na modernidade, o poder passa a incidir diretamente sobre os corpos e sobre a vida das populações. A medicina se torna uma instância central nessa gestão, transformando o corpo em objeto de saber científico e o morrer em algo que pode ser monitorado, controlado e administrado (Foucault, 1994, p. 190-192). A morte deixa de aparecer apenas como um limite natural da existência e passa a ser também um objeto de intervenção.

Essa ampliação da autoridade médica se torna ainda mais evidente com o desenvolvimento de tecnologias capazes de prolongar a vida. Como destaca Menezes (2010, p. 77-79), a introdução de suportes artificiais, como a ventilação mecânica e outras formas de terapia intensiva, transforma o morrer em um processo cada vez mais prolongado e mediado tecnicamente. A morte se desloca, assim, do campo do inevitável para o campo das decisões, colocando médicos, pacientes e familiares diante de dilemas éticos complexos sobre quando manter ou interromper intervenções (Menezes, 2010, p. 81).

E aqui encontramos um ponto importante: quanto mais a medicina amplia sua capacidade de intervir sobre o corpo, mais percebemos que esse controle não dá conta de toda a complexidade do morrer. A medicina se fortalece no plano da condução biológica, mas não consegue absorver plenamente a necessidade de tornar a morte compreensível.



A morte deixa de ser apenas algo a ser aceito e passa a exigir explicações, justificativas e decisões que frequentemente ultrapassam o domínio estritamente médico.

Nesse cenário, podemos perceber uma dissociação progressiva entre o controle técnico do morrer e sua elaboração simbólica. Enquanto a medicina organiza o processo no plano biológico e institucional, as dimensões existenciais, morais e simbólicas da morte permanecem parcialmente fora desse regime de saber. A autoridade médica se amplia, mas revela seus limites, pois não consegue, por si só, oferecer uma moldura de sentido para a experiência da perda.

Esse deslocamento se torna ainda mais visível quando consideramos as transformações jurídicas e sociais do século XX. A consolidação da saúde como direito fundamental e a crescente responsabilização das instituições médicas pela preservação da vida intensificam a obrigação de evitar a morte, especialmente no caso de populações consideradas vulneráveis, como as crianças (Barbosa, 2013, p. 28-30). Nesse contexto, a morte passa a ser vista não apenas como um evento natural, mas como um problema moral e institucional que exige justificativa (Barbosa, 2013, p. 45).

O desenvolvimento da medicina pediátrica e das políticas voltadas à redução da mortalidade infantil reforça ainda mais esse movimento. A morte de crianças torna-se cada vez menos aceitável do ponto de vista social, sendo frequentemente percebida como falha técnica, institucional ou até mesmo moral (Menezes, 2013, p. 2642-2643). À medida que aumentam as possibilidades de intervenção médica, cresce também a expectativa de controle sobre a vida, deslocando a morte para o campo das decisões e das responsabilidades (Menezes, 2013, p. 2646).

E, ainda assim, algo permanece. Mesmo em um contexto altamente medicinado, a morte continua a mobilizar práticas e interpretações que escapam ao domínio técnico. Podemos perceber, no ambiente hospitalar, a presença recorrente de práticas religiosas, discursos espirituais e formas simbólicas de elaboração da perda. Isso nos mostra que a medicalização não elimina a necessidade de sentido. A religião não desaparece, mas passa a ocupar um outro lugar: deixa de conduzir o morrer e passa a atuar principalmente como espaço de interpretação.

Dessa forma, a medicinação da morte não pode ser compreendida como uma simples substituição, mas como uma reconfiguração da autoridade sobre o morrer. A medicina assume a condução técnica do corpo e do processo biológico da morte, enquanto



a religião permanece relevante na atribuição de sentido ao sofrimento e à finitude. Essa divisão, que separa aquilo que antes estava articulado, se torna uma das marcas centrais da experiência moderna da morte e aparece de forma ainda mais evidente em contextos nos quais os limites da intervenção técnica se impõem com mais força, como na morte infantil.

3. A construção social da infância e a transformação da morte infantil

Quando buscamos compreender a morte infantil na contemporaneidade, percebemos que ela está profundamente ligada às transformações históricas da própria ideia de infância. A infância, longe de ser uma fase natural e universalmente definida, é uma construção histórica. Seus significados, valores e expectativas mudam ao longo do tempo e de acordo com os contextos sociais e culturais. Essas mudanças alteram não apenas o lugar da criança na sociedade, mas também a forma como sua morte é percebida e elaborada.

As análises de Philippe Ariès (1981, p. 10-13) são fundamentais para entendermos esse processo. Ele mostra que, na sociedade medieval, a criança não era vista como um sujeito com características próprias, sendo rapidamente integrada ao mundo adulto. Em um contexto marcado por altas taxas de mortalidade infantil, a morte de crianças era relativamente frequente. Isso influenciava tanto os vínculos afetivos quanto às formas de elaboração do luto (Ariès, 1981, p. 32-34). Ainda que dolorosa, a morte infantil podia ser absorvida dentro de um sistema simbólico mais amplo, no qual o morrer estava integrado a uma ordem religiosa compartilhada.

Com a Idade Moderna, começamos a perceber uma mudança significativa. Surge uma nova sensibilidade em relação à infância, associada à transformação das estruturas familiares, à redução da mortalidade e ao desenvolvimento de instituições voltadas ao cuidado infantil. A criança passa a ser vista como um sujeito em formação, que precisa de proteção, investimento afetivo e atenção social. Essa mudança altera profundamente o estatuto simbólico da infância, que passa a ser associada à ideia de potencialidade, de futuro e de desenvolvimento.

Esse processo pode ser melhor compreendido quando observamos a reconfiguração das categorias de idade, como aponta Debert (1988, p. 52-54). A modernidade estabelece uma divisão mais rígida da vida em etapas, atribuindo papéis e



expectativas específicas a cada uma delas. Nesse contexto, a infância ganha centralidade e passa a ser concebida como uma fase que deve ser protegida. A morte de uma criança, então, deixa de ser apenas um evento biológico e passa a representar uma ruptura da sequência esperada da vida (Debert, 1988, p. 58).

É nesse cenário que se consolida a ideia de morte “fora do tempo”. A morte infantil não interrompe apenas uma vida, mas rompe uma expectativa fundamental da organização social: a de que as gerações se sucedem de forma relativamente previsível. Trata-se de uma morte que desorganiza não apenas os vínculos afetivos, mas também a própria estrutura simbólica que orienta o viver e o morrer. A perda de uma criança não se encaixa facilmente em narrativas já estabelecidas, pois desafia a ideia de que a morte deve ocorrer ao final de um percurso de vida.

O desenvolvimento da medicina pediátrica e das políticas públicas de saúde intensifica ainda mais essa transformação. Ao longo do século XX, o avanço tecnológico e as estratégias de prevenção contribuem para a redução significativa da mortalidade infantil, reforçando a expectativa de preservação da vida da criança. Como observa Menezes (2013, p. 2642-2643), a morte infantil se torna cada vez mais rara e, justamente por isso, cada vez mais inaceitável. A criança passa a ser investida de um valor que faz com que sua morte seja percebida como particularmente trágica e, muitas vezes, incompreensível (Menezes, 2013, p. 2645).

Nesse contexto, a morte de uma criança tende a ser interpretada como falha, seja no plano médico, institucional ou social. A medicina assume a responsabilidade de evitar a morte e, quando ela ocorre, exige explicações, justificativas e responsabilização. Esse movimento reforça a centralidade da intervenção técnica, ao mesmo tempo em que torna mais difícil integrar simbolicamente a perda.

E aqui encontramos novamente um paradoxo. O aumento da capacidade de intervenção médica não reduz essa dificuldade; ao contrário, ele a intensifica. Quanto mais a morte infantil se torna evitável do ponto de vista técnico, mais ela aparece como ruptura no plano simbólico. O controle crescente sobre o corpo não se traduz em uma capacidade equivalente de tornar a morte compreensível. Pelo contrário, a morte de uma criança tende a expor, de maneira ainda mais evidente, os limites da racionalidade médica na produção de sentido.



Essa transformação também altera as formas de interpretação disponíveis. Em contextos anteriores, a religião oferecia narrativas que permitiam reinscrever a morte infantil em uma ordem mais ampla, associando-a à pureza, à salvação ou à vontade divina. Na modernidade, essas interpretações não desaparecem, mas passam a coexistir com um regime centrado na explicação biológica e na intervenção técnica. Quando a morte ocorre, familiares e profissionais frequentemente recorrem a linguagens religiosas e espirituais para lidar com a perda, o que mostra que a necessidade de sentido continua presente, ainda que deslocada.

Assim, a morte infantil passa a ocupar um lugar muito particular na sociedade contemporânea. Ela concentra, de forma intensa, as tensões produzidas pela reorganização moderna do morrer. De um lado, um regime técnico que busca explicar, prevenir e controlar a morte; de outro, uma demanda persistente por sentido, que não se deixa plenamente satisfazer por esse mesmo regime. A morte de uma criança nos mostra, de forma especialmente clara, que a capacidade de intervir sobre a vida não implica a capacidade de tornar sua perda compreensível.

Nesse sentido, a transformação histórica da infância não apenas modifica o significado da morte infantil, mas também nos ajuda a perceber a divisão contemporânea da autoridade sobre o morrer. Ao produzir uma forma de morte que resiste à assimilação simbólica e desafia a suficiência da explicação médica, a morte infantil abre caminho para compreender as tensões que se tornam ainda mais visíveis no contexto hospitalar e nas decisões relacionadas ao fim da vida.

4. A morte infantil como um campo de tensão entre a religião e a medicina

Atualmente, a morte infantil é um dos contextos em que podemos perceber com mais clareza a divisão moderna da autoridade sobre o morrer. Se, por um lado, a medicina assumiu progressivamente a condução técnica do corpo, da doença e do processo biológico da morte, por outro, a morte de uma criança mostra, de maneira especialmente intensa, que controlar o morrer não significa torná-lo plenamente compreensível. Estamos diante de uma situação em que a capacidade médica de intervir, prolongar ou limitar tratamentos se encontra com uma crise de sentido que ultrapassa a explicação médica.

No ambiente hospitalar, especialmente em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, o morrer passa a ser frequentemente atravessado por tecnologias, protocolos



e decisões clínicas. Ventilação mecânica, nutrição parenteral, medicações vasoativas e outros suportes avançados tornam possível manter artificialmente a vida, fazendo com que a morte deixe de aparecer apenas como um evento inevitável e passe a ser vivida como um processo administrado, negociado e, em certos casos, autorizado por decisões médicas e familiares (Menezes, 2013, p. 2646-2647). Assim, a morte infantil passa a acontecer dentro de um regime técnico no qual o tempo e as condições do morrer são parcialmente produzidos pela própria intervenção médica (Menezes, 2013, p. 2649).

Essa configuração modifica profundamente o significado social da morte. Quando a medicina dispõe de recursos para prolongar a vida, a interrupção de intervenções ou a limitação de suporte terapêutico não aparece como uma decisão meramente técnica. Ela envolve concepções sobre sofrimento, dignidade, qualidade de vida, esperança, milagre e responsabilidade. A morte, nesse caso, não ocorre apenas como fracasso orgânico, mas como acontecimento atravessado por escolhas, avaliações e justificativas. É nesse ponto que a autoridade médica revela sua força e também seu limite: ela pode definir condutas, avaliar prognósticos e indicar possibilidades terapêuticas, mas não determina sozinha o significado moral e simbólico da perda.

Podemos compreender, então, que a morte infantil explicita três planos distintos, ainda que parcialmente sobrepostos, de autoridade sobre o morrer. O primeiro é o plano técnico, no qual a medicina reivindica legitimidade para diagnosticar, prognosticar, intervir e decidir os limites do tratamento. O segundo é o plano moral, no qual familiares, profissionais e instituições precisam justificar decisões que envolvem sofrimento, prolongamento da vida e possibilidade de morte. O terceiro é o plano simbólico, no qual a perda exige narrativas capazes de torná-la minimamente compreensível. A tensão entre religião e medicina surge justamente porque esses planos não se distribuem de maneira simples e não pertencem exclusivamente a uma única instituição.

No caso dos pais, essa tensão ganha uma intensidade particular. A morte de uma criança rompe expectativas de continuidade, futuro e proteção, produzindo uma experiência de extrema vulnerabilidade. Menezes (2013, p. 2646) mostra que, em situações de fim de vida infantil, as famílias frequentemente recorrem à religião e à espiritualidade para lidar com a possibilidade da morte, buscando explicações, conforto e sentido para o sofrimento. Orações, promessas, rituais, pedidos de milagre e presença de representantes religiosos no hospital indicam que, mesmo em um espaço organizado



por saberes técnicos, a linguagem religiosa continua ativa como recurso de elaboração simbólica (Menezes, 2013, p. 2649-2650).

O hospital, portanto, não pode ser visto apenas como um espaço técnico. Ele também se torna um espaço de negociação simbólica, no qual diagnósticos, protocolos e decisões clínicas convivem com crenças, expectativas religiosas e formas espirituais de interpretar a morte. De um lado, a medicina organiza o cuidado por meio da racionalidade médica; de outro, as famílias mobilizam narrativas sobre vontade divina, milagre, salvação, continuidade da existência e sentido do sofrimento. A morte infantil nos mostra que o espaço hospitalar moderno abriga diferentes formas de compreender a verdade da morte, ainda que elas não tenham o mesmo poder institucional.

Essa situação nos permite compreender a relação entre religião e medicina não como um conflito direto e permanente, mas como uma tensão em torno da autoridade de dizer o que está acontecendo quando uma criança morre. A medicina detém autoridade sobre o corpo e sobre os procedimentos, podendo prolongar tratamentos, limitar intervenções ou reconhecer a irreversibilidade de um quadro clínico. A religião, por sua vez, oferece linguagens por meio das quais o sofrimento e a perda podem ser reinseridos em uma ordem de sentido mais ampla (Berger, 1985, 65-68). A tensão, portanto, não se concentra apenas na decisão sobre o que fazer, mas também na interpretação do que essa decisão significa.

As decisões de fim de vida tornam essa tensão ainda mais visível. A limitação de suporte terapêutico, a ortotanásia e a transição para cuidados paliativos exigem uma avaliação que ultrapassa critérios estritamente biológicos. Nessas situações, a pergunta clínica sobre a eficácia do tratamento se articula a perguntas morais e simbólicas sobre sofrimento, dignidade, esperança e aceitabilidade da morte. A possibilidade de interromper intervenções que mantêm a vida biologicamente ativa mostra que o morrer, no contexto hospitalar, também é um campo de decisão e de legitimação.

Ao mesmo tempo, a presença da religião nesse cenário não deve ser entendida como simples permanência de formas antigas de lidar com a morte. Ela expressa uma dimensão do morrer que a Medicina não consegue absorver completamente. Quando familiares recorrem a orações, rituais ou explicações espirituais, eles não estão apenas rejeitando ou complementando a medicina. Estão tentando responder a uma demanda que a explicação médica não satisfaz por completo: a necessidade de tornar a perda inteligível.



A religião atua, assim, como linguagem de elaboração daquilo que permanece simbolicamente excessivo na morte infantil.

Essa dinâmica também impede que a relação entre religião e medicina seja reduzida a uma oposição simples. Em muitos casos, há formas de negociação e coexistência entre esses sistemas, especialmente quando o hospital incorpora capelania, acompanhamento espiritual, psicologia, serviço social e equipes multiprofissionais. Essas práticas indicam o reconhecimento, ainda que parcial, de que o morrer envolve dimensões que ultrapassam o corpo biológico. Ao abrir espaço para esses recursos, a medicina contemporânea admite, ainda que indiretamente, que sua autoridade técnica não basta para abarcar a totalidade da experiência da morte.

A morte infantil, portanto, funciona como um ponto crítico da modernidade medicinizada. Ela mostra que a medicina pode regular o processo biológico do morrer, mas não consegue esgotar seu significado. Também mostra que a religião, embora já não detenha a condução institucional do morrer como em contextos pré-modernos, permanece relevante na produção de sentido, na ritualização da perda e na elaboração do sofrimento. O resultado é uma autoridade distribuída, instável e tensionada, na qual diferentes agentes participam da definição prática, moral e simbólica da morte.

Dessa forma, a morte infantil evidencia os limites constitutivos da autoridade médica. Ainda que a medicina possa intervir sobre o corpo, prolongar a vida e participar das decisões sobre o fim do tratamento, ela não possui monopólio sobre o significado da morte. É justamente nesse intervalo entre condução técnica e inteligibilidade simbólica que emergem formas contemporâneas de cuidado voltadas ao sofrimento, à dignidade e à produção de sentido, como podemos observar no desenvolvimento dos cuidados paliativos.

5. Cuidados paliativos, bioética e espiritualidade: reaproximando a medicina e a religião

Nas últimas décadas, a bioética e os cuidados paliativos se tornaram espaços importantes para compreendermos a tentativa contemporânea de lidar com a fratura moderna entre condução técnica e inteligibilidade simbólica do morrer. Depois que a medicina se consolidou como instância central de intervenção sobre o corpo e sobre o processo biológico da morte, começou a emergir, dentro do próprio campo médico, a



necessidade de reconhecer dimensões do sofrimento que ultrapassam a lógica curativa. Nesse sentido, os cuidados paliativos não representam apenas uma continuação do modelo médico, mas uma resposta aos seus próprios limites.

O movimento dos cuidados paliativos surge, no século XX, como crítica ao predomínio de uma medicina orientada exclusivamente pela cura e pelo prolongamento da vida. Cicely Saunders, figura central na consolidação do movimento hospice, formulou o conceito de “dor total” para indicar que o sofrimento no fim da vida envolve dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Saunders, 2001, p. 15-18). Essa formulação modifica a compreensão do cuidado, pois reconhece que o sofrimento humano não pode ser adequadamente enfrentado quando é reduzido ao funcionamento orgânico do corpo.

A contribuição de Saunders (2001, p. 32-35) é especialmente importante porque introduz, dentro de uma prática médica, a necessidade de lidar com questões de sentido, reconciliação, esperança e dignidade. Sua trajetória religiosa pessoal e sua compreensão ampliada da espiritualidade mostram que o cuidado ao fim da vida se constitui justamente no ponto em que a medicina precisa reconhecer a insuficiência de uma abordagem puramente técnica. O sofrimento espiritual, nesse contexto, não aparece como algo externo ao cuidado, mas como uma de suas dimensões fundamentais (Saunders, 2001, p. 41).

Menezes (2004, p. 48-50) observa que os cuidados paliativos propõem uma mudança significativa na forma de compreender o morrer. Quando a cura já não é possível, o cuidado continua, voltado para o alívio do sofrimento, o respeito à autonomia, o apoio à família e a preservação da dignidade da pessoa. A morte, nesse enquadramento, deixa de ser tratada apenas como fracasso terapêutico e passa a ser acompanhada como processo humano, relacional e moralmente significativo (Menezes, 2004, p. 115).

Essa mudança revela um deslocamento importante na autoridade médica. A medicina continua responsável pela condução técnica do cuidado, pelo controle de sintomas e pela avaliação clínica, mas passa a reconhecer que o morrer envolve dimensões que não podem ser respondidas apenas por protocolos de intervenção. Os cuidados paliativos tornam institucionalmente visível, portanto, a compreensão de que a experiência da morte exige mediações éticas, afetivas, sociais e espirituais.

Nesse contexto, a bioética ocupa um lugar central, pois oferece uma linguagem de mediação entre decisão técnica, valores morais e reconhecimento da dignidade do



paciente. Temas como ortotanásia, distanásia, eutanásia e limitação de suporte terapêutico mostram que as decisões sobre o fim da vida envolvem juízos que ultrapassam a eficácia clínica. A ortotanásia, compreendida como permissão da morte em seu curso, sem prolongamento desproporcional do sofrimento, torna visível a necessidade de distinguir cuidado, abandono, prolongamento terapêutico e dignidade.

A relação entre medicina e religião, nesse campo, não pode ser compreendida como separação rígida entre ciência e crença. As decisões sobre o fim da vida são atravessadas por valores, concepções de pessoa, ideias de sofrimento, expectativas familiares e visões de mundo. Mesmo em contextos institucionais laicos, aquilo que se entende por morte digna, tratamento proporcional ou intervenção fútil depende de categorias morais que não pertencem exclusivamente ao domínio médico.

Essa interpenetração entre ciência, moralidade e religião aparece de modo significativo no processo de regulamentação da ortotanásia no Brasil, quando o vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (Lima, 2009) recorre à encíclica *Evangelium Vitae*. O documento cita o posicionamento de João Paulo II (1995, p. 119-120) para fundamentar a distinção entre ortotanásia e eutanásia. O documento afirma:

Distinta da eutanásia, é a decisão de renunciar ao chamado excesso terapêutico, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionais aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida (João Paulo II, 1995, p. 119-120).

Esse exemplo mostra que a medicina, ao formular critérios para decisões de fim de vida, pode recorrer a repertórios morais e religiosos para legitimar distinções que não são puramente técnicas. A separação moderna entre autoridade médica e autoridade religiosa torna-se, nesse ponto, mais porosa. A medicina mantém a condução institucional do morrer, mas a legitimação moral de certas decisões pode mobilizar linguagens vindas de tradições religiosas.

A perspectiva de Duarte et al. (2006, p. 15-18) ajuda a compreender esse fenômeno ao tratar o religioso nas sociedades modernas não apenas como pertencimento confessional, mas como visão de mundo, *ethos* e cosmologia estruturante. A religião, nesse sentido, pode operar de modo difuso, informando valores, condutas e interpretações



mesmo em contextos que se apresentam como seculares ou tecnicamente orientados (Duarte et al., 2006, p. 22-23). Isso nos permite entender por que debates sobre fim de vida mobilizam categorias morais atravessadas por matrizes religiosas, mesmo quando elas não aparecem como doutrina explícita.

No caso da morte infantil, essa dinâmica se torna ainda mais complexa. As decisões relacionadas à limitação de suporte terapêutico em pediatria envolvem profissionais de saúde, instituições, pais e familiares, todos inseridos em redes de valores, expectativas e crenças. Menezes (2013, p. 2646-2647) destaca que, nesses contextos, critérios médicos se articulam a concepções sobre sofrimento, esperança, milagre, responsabilidade parental e vontade divina. A decisão sobre o fim da vida da criança se torna, assim, um espaço de negociação entre autoridade técnica, autoridade moral e autoridade simbólica (Menezes, 2013, p. 2649).

É nesse cenário que a espiritualidade passa a ser progressivamente reconhecida como dimensão do cuidado em saúde, especialmente em situações de fim de vida. A presença de capelanias hospitalares, acompanhamento espiritual, rituais religiosos e equipes multiprofissionais indica que o hospital contemporâneo não funciona apenas como espaço de intervenção técnica. Ele também abriga formas diversas de interpretar o sofrimento, a perda e a morte, tornando-se um lugar em que medicina, religião e família negociam modos possíveis de cuidado.

Essa cooperação não dissolve as diferenças entre os regimes de saber envolvidos. A medicina continua orientada por diagnósticos, prognósticos e condutas clínicas; a religião e a espiritualidade oferecem linguagens de sentido, consolo, continuidade e elaboração simbólica. O que os cuidados paliativos tornam visível é justamente a necessidade de articular essas dimensões sem reduzir uma à outra. Sua importância está em reconhecer que o morrer exige cuidado técnico e, ao mesmo tempo, mediações que permitam enfrentar sua densidade moral, afetiva e espiritual.

Dessa forma, podemos compreender os cuidados paliativos como uma tentativa contemporânea de gerir a fratura produzida pela medicalização da morte. Ao reconhecer a dimensão espiritual do paciente e de sua família, a medicina admite que sua autoridade sobre o corpo não esgota a experiência do morrer. A espiritualidade entra, nesse contexto, como linguagem institucionalizada para nomear aquilo que permanece além do controle



médico: o sentido do sofrimento, a elaboração da perda, a reconciliação, a esperança e a dignidade diante da morte.

Assim, a bioética e os cuidados paliativos não representam retorno ao modelo religioso pré-moderno, no qual religião, rito e condução do morrer estavam integrados sob uma mesma autoridade. Eles expressam uma nova configuração, própria da contemporaneidade, em que a medicina conserva a condução técnica do morrer, mas reconhece a necessidade de dialogar com outras formas de produção de sentido. No caso da morte infantil, essa configuração se torna especialmente evidente, pois a perda de uma criança expõe com intensidade os limites da medicalização e a permanência da demanda por inteligibilidade simbólica.

Considerações finais

A análise desenvolvida ao longo deste artigo nos permite compreender que a modernidade não produziu uma simples substituição da religião pela medicina no domínio da morte. O que podemos perceber é uma reconfiguração mais profunda da autoridade sobre o morrer. Nas sociedades pré-modernas, a religião articulava, em um mesmo sistema, a condução do processo, sua regulação ritual e sua inteligibilidade simbólica, integrando corpo, comunidade e sentido em uma mesma moldura. A morte era, ao mesmo tempo, praticada e interpretada dentro de um regime unificado de autoridade.

Com a modernidade, essa unidade começa a ser progressivamente tensionada. A medicina assume a condução técnica do corpo e do processo biológico do morrer, reorganizando o espaço, os agentes e os critérios de decisão. O hospital se consolida como lugar privilegiado do morrer, e a intervenção médica redefine os tempos, os limites e as condições da morte. Esse deslocamento, contudo, não faz com que a dimensão simbólica seja plenamente absorvida pelo saber médico. Ao contrário, ele produz uma separação entre planos que antes caminhavam juntos: a condução técnica do morrer e sua inteligibilidade.

É nesse contexto que a morte infantil se mostra particularmente reveladora. Ao concentrar, de forma intensa, as expectativas sociais de continuidade, proteção e futuro, a morte de uma criança aparece como ruptura da ordem temporal e simbólica que estrutura a experiência social da vida. Trata-se de uma morte que resiste à assimilação,



exigindo explicações, justificativas e formas de elaboração que não podem ser plenamente oferecidas pela causalidade médica. A medicina pode identificar causas, intervir sobre o corpo e participar das decisões que delimitam o fim da vida, mas não consegue, sozinha, tornar a perda compreensível.

A morte infantil evidencia, assim, uma distribuição contemporânea da autoridade sobre o morrer em diferentes planos. A medicina detém a condução técnica, orientando intervenções, diagnósticos e decisões clínicas. Os sujeitos envolvidos, especialmente familiares, participam da dimensão moral das decisões, avaliando sofrimento, dignidade e aceitabilidade da morte. A religião e outras formas de produção simbólica continuam relevantes na elaboração do sentido, oferecendo linguagens capazes de reinscrever a perda em um horizonte mais amplo. Essa configuração não corresponde a uma oposição simples entre campos distintos, mas a uma articulação instável entre formas de saber que respondem a dimensões diferentes do morrer.

Os cuidados paliativos e a bioética tornam essa dinâmica especialmente visível. Ao reconhecerem que o sofrimento humano não pode ser reduzido ao corpo biológico, esses campos introduzem, dentro da medicina, a necessidade de considerar dimensões éticas, relacionais e espirituais. A incorporação da espiritualidade como parte do cuidado não representa um retorno ao modelo religioso pré-moderno, mas a institucionalização de um limite: o reconhecimento de que a autoridade técnica da medicina não esgota a experiência da morte. A medicina continua a conduzir o morrer, mas admite a necessidade de dialogar com outras formas de interpretação.

Dessa forma, podemos compreender a morte, na contemporaneidade, como um fenômeno cuja autoridade é estruturalmente distribuída. A medicalização amplia de maneira significativa a capacidade de intervenção sobre o corpo, mas não elimina a necessidade de inteligibilidade simbólica. A religião, por sua vez, já não detém a condução institucional do morrer, mas permanece como espaço importante de elaboração do sofrimento, da perda e da finitude.

A morte infantil torna essa configuração particularmente nítida, pois expõe, de forma concentrada, a insuficiência de qualquer tentativa de reduzir o morrer a um único regime de saber. Ao mostrar que o controle técnico do processo não implica sua compreensão, ela indica que a autoridade moderna sobre o morrer é, por definição, incompleta. O morrer exige, ao mesmo tempo, condução e sentido, intervenção e



interpretação, decisão e elaboração. É precisamente nessa tensão que se inscreve a experiência contemporânea da morte.

Referências bibliográficas

- ARIÈS, Philippe. *A criança e a vida familiar no Antigo Regime*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- ARIÈS, Philippe. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.
- BARBOSA, Patrícia da Costa. *Cuidados paliativos em pediatria: a construção da “boa morte” da criança* (dissertação). Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013.
- BERGER, Peter. *O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo: Paulus, 1985.
- DEBERT, Guita. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, Miriam Moraes Lins de. (org.). *Velhice ou terceira idade: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: FGV, 1988. p. 49-67.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Ethos privado e modernidade: o desafio das religiões entre indivíduo, família e congregação. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; HEILBORN, Maria Luiza; LINS DE BARROS, Myriam; PEIXOTO, Clarice (orgs.). *Família e religião*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006. p. 51-88.
- JOÃO PAULO II. *Evangelium Vitae: sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana*. 2ª ed. São Paulo: Paulinas, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- LIMA, Carlos Vital Tavares Corrêa. *O direito de viver e de morrer*. Portal do Conselho Federal de Medicina, 29 dez. 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/o-direito-de-viver-e-de-morrer>. Acesso em: 30 abril 2026.
- MENEZES, Rachel. *Em busca da boa morte*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- MENEZES, Rachel. Assistência em saúde a situações terminais: entre práticas médicas e crenças religiosas. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde* (RECIIS), v. 4, n. 3, set. 2010. DOI: <https://doi.org/10.3395/reciis.v4i3.661>



MENEZES, Rachel. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 9, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>

SAUNDERS, Cicely. *Cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2001.

THOMAS, Louis-Vincent. *Antropologia da morte*. São Paulo: Perspectiva, 1983.

VAN GENNEP, Arnold. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes, 2011.