



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ROSIANE DA ROSA

**MODELO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL AO RECÉM-NASCIDO E SUA
FAMÍLIA NO ÓBITO NEONATAL: ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

FLORIANÓPOLIS

2022

ROSIANE DA ROSA

**MODELO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL AO RECÉM-NASCIDO E SUA
FAMÍLIA NO ÓBITO NEONATAL: ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção de título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Roberta Costa

FLORIANÓPOLIS

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rosa, Rosiane da
Modelo de cuidado interprofissional ao recém-nascido e
sua família no óbito neonatal: estudo de método misto /
Rosiane da Rosa ; orientador, Roberta Costa, 2022.
126 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Modelo de assistência à saúde. 3.
Atitude frente à morte. 4. Enfermagem neonatal. I. Costa,
Roberta . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Rosiane da Rosa

Modelo de cuidado interprofissional ao recém-nascido e sua família no óbito neonatal:
estudo de método misto

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. José Luís Guedes dos Santos, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profa. Francisca Georgina Macedo de Sousa, Dra.
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Zaira Aparecida de Oliveira Custódio, Dra.
Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (UFSC)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Profa. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa. Roberta Costa, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2022

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha vida abençoada, por todas as oportunidades que coloca em meu caminho.

Ao meu filho, Heitor, que chegou para ressignificar o que é o amor no meio do Doutorado. Com o nascimento dele foi tudo mais intenso e mais complicado para continuação da pesquisa, mas sou muito grata por ter sido escolhida para ser sua mãe. Seu sorriso e amor diário compensam tudo.

Ao meu companheiro, esposo, amigo, Humberto, por todo amor, dedicação e compreensão. Pelos muitos momentos em claro sendo meu suporte técnico e emocional. Sou muita grata por todo seu apoio e incentivo. Amo muito você.

À minha amada orientadora, Profª. Roberta Costa, por estar presente desde o mestrado, por todo apoio, paciência e contribuições na concepção e desenvolvimento desta pesquisa.

A minha mãe, Rita, por todo amor e por sempre me incentivar a estudar.

Aos meus irmãos, Renata e Jorge, por estarem sempre presentes.

Aos colegas do Laboratório Interprofissional de Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde Obstétrica e Neonatal (LAIPISON) e o Laboratório de pesquisa, tecnologia e inovação em enfermagem na saúde da mulher e do recém-nascido (GRUPESMUR), pelas conversas e momentos, que fortaleceram a construção deste trabalho.

Aos profissionais de saúde das Unidades Neonatais participantes do estudo, pela cooperação e disposição para participar da pesquisa.

Aos membros da Banca de Qualificação e de Defesa de Tese, Prof. Dr. José Luís, Psicóloga Dra. Zaira, Enfermeira Dra. Simone, Enfermeira Dra. Francisca, Profª. Dra. Maria Lígia e Profª. Dra. Lihsieh, pela disponibilidade e valorosas contribuições para melhoria e qualidade deste trabalho.

À Universidade Federal de Santa Catarina, pelo apoio e incentivo ao meu crescimento profissional.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem pelo apoio financeiro via Proex.

Ao Programa UNIEDU/FUMDES pós-graduação, pelo apoio através do financiamento na concessão de Bolsa de Doutorado.

Com muito amor, amamentação e dedicação, finalizamos a Tese. Gratidão!

“É preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une. É preciso substituir um pensamento redutor por um pensamento complexo”.

Edgar Morin, 2002

RESUMO

Introdução: em todo mundo, 2,5 milhões de bebês morrem anualmente antes de completar o primeiro mês de vida. A morte no contexto hospitalar frequentemente não é vista como natural, principalmente quando acontece com um recém-nascido. Há uma necessidade de preparar os profissionais de saúde para lidar com o processo de morte e morrer, principalmente na Unidade Neonatal. **Objetivo:** construir um Modelo de Cuidado Interprofissional ao recém-nascido e sua família no óbito neonatal em Unidades Neonatais. **Método:** pesquisa de método misto realizada em duas Instituições públicas do Sul do Brasil. A coleta de dados quantitativos foi realizada com 66 profissionais de saúde, no período de julho a setembro de 2020, através do Instrumento *Death Attitude Profile – Revised*. Os dados foram analisados através de diferentes testes estatísticos. A etapa qualitativa foi com 13 profissionais, no período de março a maio de 2021, através de entrevista individual. A análise dos dados foi realizada com o auxílio do software Atlas.ti versão 9.0. Também foi realizada uma etapa de avaliação do Modelo de Cuidado, no período de abril a maio de 2022, com 14 profissionais. Os dados foram analisados através do índice de validade de conteúdo. **Resultados:** os dados quantitativos mostraram que os profissionais com mais idade, maior tempo de conclusão da graduação e tempo de experiência apresentam mais atitudes positivas frente à morte. Já na etapa qualitativa emergiram três categorias: estratégias facilitadoras de cuidado ao recém-nascido no processo de morte e morrer; o cuidado da família no processo de morte e morrer do recém-nascido; vivenciando o óbito neonatal como equipe de saúde. O modelo de cuidado foi construído destacando a importância do cuidado individualizado para o recém-nascido e família, além do preparo da equipe de saúde. O modelo de cuidado indica diferentes estratégias para o cuidado ao recém-nascido e sua família durante o processo de morte e morrer, como: cuidando do recém-nascido como ser único, facilitando o processo de cuidado ao recém-nascido e família, entregando lembranças do bebê para os pais, reconhecimento do bebê pela família no óbito, individualizando o cuidado com a família, acolhendo a família, buscando a rede de apoio da família, conversando sobre a morte com a equipe, capacitando a equipe sobre a morte e acolhendo a equipe. O modelo obteve uma taxa de concordância superior a 80% em todos os quesitos e os profissionais apontam que o modelo é adequado, de fácil aplicação, pode modificar a prática de cuidado, além de orientar para a realização de práticas humanizadas no contexto da morte. **Considerações finais:** o Modelo de Cuidado desenvolvido é uma ferramenta que orienta o trabalho da equipe interprofissional, sistematizando e fortalecendo o cuidado sob a ótica da complexidade, possibilitando um cuidado individualizado a cada recém-nascido e sua família durante o processo de morte e morrer.

Palavras-chave: Modelos de assistência à saúde. Atitude frente à morte. Equipe de assistência ao paciente. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

Introduction: worldwide, 2.5 million babies die annually before completing the first month of life. Death in the hospital context is often not seen as natural, especially when it happens to a newborn. There is a need to prepare health professionals to deal with the process of death and dying, especially in the Neonatal Unit. **Objective:** to build a Model of Interprofessional Care for the newborn and his family in neonatal death in Neonatal Units. **Method:** mixed method research carried out in two public institutions in southern Brazil. The collection of quantitative data was carried out with 66 health professionals, from July to September 2020, through the Death Attitude Profile - Revised Instrument. Data were analyzed using different statistical tests. The qualitative stage was with 13 professionals, from March to May 2021, through individual interviews. Data analysis was performed using Atlas.ti version 9.0 software. An evaluation stage of the Care Model was also carried out, from April to May 2022, with 14 professionals. Data were analyzed using the content validity index. **Results:** Quantitative data showed that older professionals, longer graduation time and experience have more positive attitudes towards death. In the qualitative stage, three categories emerged: facilitating care strategies for newborns in the process of death and dying; the care of the family in the process of death and dying of the newborn; experiencing neonatal death as a health team. The care model was built highlighting the importance of individualized care for the newborn and family, in addition to the preparation of the health team. The care model indicates different strategies for the care of the newborn and his family during the process of death and dying, such as: taking care of the newborn as a unique being, facilitating the process of caring for the newborn and family, delivering memories from the baby to the parents, recognition of the baby by the family at death, individualizing care for the family, welcoming the family, seeking the family's support network, talking about death with the team, training the team about death and welcoming the team. The model obtained an agreement rate of more than 80% in all items and the professionals point out that the model is adequate, easy to apply, can modify the practice of care, in addition to providing guidance for carrying out humanized practices in the context of death. **Final considerations:** the Care Model developed is a tool that guides the work of the interprofessional team, systematizing and strengthening care from the perspective of complexity, enabling individualized care for each newborn and their family during the process of death and dying.

Keywords: Health Care Models. Attitude Towards Death. Patient Care Team. Neonatal Intensive Care Units. Neonatal Nursing.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção das publicações de acordo com o PRISMA Statement..... | 30 |
| Figura 2 - Pirâmides de classificação de nível de evidência. | 31 |
| Figura 3 - Cálculo Amostral..... | 54 |
| Figura 4 - Projeto Modelo de cuidado ao RN e sua família no óbito neonatal | 59 |
| Figura 5 - Estratégias e condutas utilizadas no cuidado ao óbito neonatal | 60 |
| Figura 6 - Individualizando o cuidado com a família | 60 |
| Figura 7 - Cuidando do RN como ser único..... | 60 |
| Figura 8 - O ambiente no processo de morte do RN | 60 |
| Figura 9 - Acolhendo a equipe no processo de morte..... | 61 |
| Figura 10 - Trabalhando como equipe no cuidado ao óbito neonatal..... | 61 |
| Figura 11 - Dificuldades da equipe em relação ao óbito neonatal..... | 61 |
| Figura 12 - Vivenciando o processo de morte..... | 61 |
| Figura 13 - Exemplo de Memorando | 62 |
| Figura 14 - Exemplo de Diagrama..... | 62 |
| Figura 15 - Nuvem de palavras..... | 62 |
| Figura 16 - Fluxograma representativo da operacionalização do estudo | 64 |
| Figura 17 - Gráficos Box-Plot para Comparações Múltiplas Domínio Medo da Morte e Evitar a Morte, Florianópolis, SC, Brasil, 2022. | 72 |
| Figura 18 - Modelo de Cuidado. Florianópolis, SC, Brasil, 2022..... | 89 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Estratégia de busca nas bases de dados acerca das condutas e experiências dos profissionais de saúde frente ao óbito neonatal. 2009-2019. Florianópolis, SC. 2019..... | 28 |
| Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão | 32 |
| Quadro 3 - Aspectos a serem considerados no planejamento de pesquisas | 49 |
| Quadro 4 - Principais estratégias de métodos mistos..... | 50 |
| Quadro 5 - Categorização das variáveis pessoais e profissionais da equipe de saúde..... | 55 |
| Quadro 6 - Categorias e suas respectivas subcategorias. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. | 85 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Caracterização dos profissionais de saúde segundo as variáveis sociodemográficas, Florianópolis, SC, Brasil, 2022. | 70 |
| Tabela 2 - Comparação das dimensões da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte com a categoria profissional, formação e instituição, Florianópolis, SC, Brasil, 2022. | 71 |
| Tabela 3 - Teste de significância entre as dimensões da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte e as variáveis de idade, tempo de conclusão da graduação e tempo de experiência profissional, Florianópolis, SC, Brasil, 2022. | 72 |
| Tabela 4 - Teste de significância entre as dimensões da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte, Florianópolis, SC, Brasil, 2022. | 73 |
| Tabela 5 - Teste de significância entre as dimensões da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte e as variáveis de idade, tempo de conclusão da graduação e tempo de experiência profissional. | 85 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| Apice On | Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia |
| BDENF | Base de Dados de Enfermagem |
| BLH | Banco de Leite Humano |
| CAQDAS | <i>Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software</i> |
| CEPSR | Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos |
| CINAHL | <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i> |
| DAP-R | <i>Death Attitude Profile – Revised</i> |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| HU | Hospital Universitário |
| IVC | Índice de Validade de Conteúdo |
| LILACS | Literatura da América Latina e Caribe |
| MCD | Maternidade Carmela Dutra |
| MEDLINE | <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> |
| MeSh | <i>Medical Subject Headings</i> |
| MS | Ministério da Saúde brasileiro |
| NV | Nascidos Vivos |
| ODS | Objetivo de Desenvolvimento Sustentável |
| PAM-R | Perfil de Atitudes frente à Morte – Revisado |
| PNAISC | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança |
| RN | Recém-nascido |
| SC | Santa Catarina |
| SciELO | <i>Scientific Electronic Library Online</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TFD | Teoria Fundamentada nos Dados |
| TMI | Taxa de Mortalidade Infantil |
| UCINCa | Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru |
| UCINCo | Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| UNICEF | Fundo das Nações para a Infância |
| UN | Unidade Neonatal |
| UTIN | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 | OBJETIVOS..... | 20 |
| 1.1.1 | Objetivo Geral | 20 |
| 1.1.2 | Objetivos Específicos | 20 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 21 |
| 2.1 | MORTALIDADE NEONATAL | 21 |
| 2.2 | MANUSCRITO 1: EXPERIÊNCIAS E CONDUTAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE AO ÓBITO NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA | 26 |
| 2.3 | MODELO DE CUIDADO | 40 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO | 43 |
| 3.1 | O PENSAMENTO COMPLEXO POR EDGAR MORIN | 43 |
| 3.1.1 | Princípios do Paradigma da Complexidade..... | 44 |
| 3.1.2 | O processo de morte e morrer sob a ótica do pensamento complexo | 46 |
| 4 | MÉTODO..... | 49 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 49 |
| 4.2 | LOCAL DO ESTUDO..... | 52 |
| 4.3 | OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO..... | 53 |
| 4.3.1 | Estudo quantitativo – 1ª. Etapa..... | 53 |
| 4.3.1.1 | <i>População e amostra do estudo</i> | 53 |
| 4.3.1.2 | <i>Coleta e análise dos dados.....</i> | 54 |
| 4.3.2 | Estudo qualitativo – 2ª. etapa | 57 |
| 4.3.2.1 | <i>População e amostra do estudo</i> | 58 |
| 4.3.2.2 | <i>Coleta e análise dos dados.....</i> | 58 |
| 4.3.3 | Etapa de avaliação – 3ª. Etapa..... | 63 |
| 4.3.3.1 | <i>População e amostra do estudo</i> | 63 |
| 4.3.3.2 | <i>Coleta e análise dos dados.....</i> | 63 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4.4 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 65 |
| 5 | RESULTADOS | 66 |
| 5.1 | MANUSCRITO 2: ATITUDES DA EQUIPE DE SAÚDE NEONATAL FRENTE AO PROCESSO DE MORTE E MORRER..... | 66 |
| 5.2 | MANUSCRITO 3: MODELO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL AO RECÉM-NASCIDO E SUA FAMÍLIA NO ÓBITO NEONATAL..... | 80 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 97 |
| | REFERÊNCIAS..... | 100 |
| | APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - EQUIPE DE SAÚDE..... | 111 |
| | APÊNDICE B – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL | 113 |
| | APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA | 114 |
| | APÊNDICE D – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL AO RECÉM-NASCIDO E SUA FAMÍLIA NO ÓBITO NEONATAL | 115 |
| | APÊNDICE E – MODELO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL AO RECÉM-NASCIDO E SUA FAMÍLIA NO ÓBITO NEONATAL..... | 118 |
| | ANEXO A - VERSÃO ADAPTADA DO <i>DEATH ATTITUDE PROFILE - REVISED</i> (PERFIL DE ATITUDES FRENTE À MORTE - REVISADO) PARA O CONTEXTO BRASILEIRO | 119 |
| | ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... | 122 |

1 INTRODUÇÃO

Em todo mundo, 2,5 milhões de bebês morrem anualmente antes de completar o primeiro mês de vida (UNICEF, 2019). A mortalidade neonatal é o principal componente da mortalidade infantil desde a década de 1990 e continua com os níveis elevados. Dados do Ministério da Saúde brasileiro, Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, apontam que em 2015 a média da taxa de mortalidade neonatal no Brasil era 9,4 óbitos por 1000 nascidos vivos, sendo que em alguns estados chegava a 12,2 óbitos por 1000 nascidos vivos (OBJETIVOS DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL, 2019).

A mortalidade infantil é um dos principais indicadores de saúde, tendo uma redução significativa entre 1990 a 2013, cumprindo com um dos objetivos do milênio. A taxa de mortalidade neonatal teve uma redução muito menor, de todos os 2,6 milhões de recém-nascidos (RN) que morrem em todo o mundo a cada ano durante o período neonatal, 73% ocorrem durante a primeira semana após o nascimento. Sendo assim, a taxa de mortalidade neonatal desempenha um papel crescente na mortalidade infantil tanto em países de baixa e alta renda (LEHTONEN, 2017).

O período neonatal, os primeiros 28 dias de vida de uma criança, são os momentos mais vulneráveis para a sobrevivência. As crianças enfrentam o maior risco de morrer em seu primeiro mês de vida. A taxa de mortalidade neonatal global caiu de 37 mortes por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 18 em 2018, mas as taxas continuam elevadas se comparadas com as taxas de mortalidade de crianças de 1 a 59 meses (UNICEF, 2019).

Uma revisão sistemática realizada com o objetivo de identificar os fatores de risco para mortalidade neonatal no Brasil apontou fatores ligados à mãe (ausência de companheiro, idade ≥ 35 anos, gestação múltipla, ausência ou inadequação do pré-natal, presença de intercorrências durante a gestação e cesariana) e ligados ao RN (sexo masculino, malformação congênita, asfixia perinatal, baixo peso ao nascer e prematuridade). Esses fatores podem ser modificáveis e possibilitam reduzir a mortalidade neonatal (VELOSO *et al.*, 2019).

Outro estudo realizado para analisar os fatores de risco para o óbito neonatal na cidade de Florianópolis/SC mostrou que o pré-natal insuficiente, baixo escore de Apgar, prematuridade, baixo peso e malformações mostraram associação com a mortalidade (GARCIA; FERNANDES; TRAEBERT, 2019).

Um estudo de coorte também aponta como fatores de risco para a mortalidade neonatal: consultas pré-natais insuficientes, parto prematuro e baixo índice de apgar no quinto minuto de vida. Esses achados mostram a necessidade de intervenção precoce durante a gravidez, garantindo acesso ao pré-natal adequado e contribuindo para a prevenção da mortalidade infantil (VARELA *et al.*, 2019).

A meta global do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para a mortalidade infantil para 2030 é acabar com as mortes evitáveis de RN e crianças menores de 5 anos, visando reduzir a mortalidade neonatal a pelo menos 12 mortes por 1.000 nascidos vivos e menores de cinco anos a pelo menos 25 mortes por 1.000 nascidos vivos. Reduzir desigualdades são prioridades para alcançar os ODS e acabar com as mortes evitáveis de crianças (UNICEF, 2017, 2019).

Estudos apontam que para reduzir os índices de mortalidade é preciso melhorar a qualidade da assistência e de qualificação profissional. Essa redução dependerá de uma rede perinatal integrada, hierarquizada e regionalizada, além de qualificação dos processos assistenciais (LANSKY, 2014).

Com os avanços científico-tecnológicos, existem unidades modernas para cuidar dos RN e com isso há uma sobrevida maior de RN com muito baixo peso e extremamente pré-termo, porém a taxa de mortalidade neonatal ainda representa uma porcentagem grande da mortalidade infantil. Isso está relacionado principalmente a mortes prematuras e suas complicações, anomalias congênitas e asfixia perinatal (GEBARA, 2014). Os RN que necessitam de cuidados especializados são internados na UN e é nesse cenário que os profissionais de saúde necessitam lidar com o óbito neonatal.

A Unidade Neonatal (UN) é um serviço de internação responsável pela atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave, com enfoque para promoção da equidade, atenção multiprofissional, integralidade da assistência, atenção humanizada e estímulo à participação dos pais nos cuidados ao RN. A unidade deve ser dotada de estruturas assistenciais que possibilitem condições adequadas para realização de cuidados especializados, incluindo equipamentos, instalações e recursos humanos (BRASIL, 2012).

Mesmo com uma assistência especializada, muitos óbitos neonatais são inevitáveis. E quando acontece é necessário realizar um cuidado individualizado e qualificado para o RN e sua família. Essa situação é muito difícil para os pais, visto que o bebê é idealizado e esperado. O profissional deve estar preparado para ajudar a família a enfrentar a perda. Todos são afetados de diferentes maneiras, sendo que a equipe de saúde tem o desafio de lidar não só

com sua própria dor, mas também ser o responsável de comunicar a perda para a família (BRASIL, 2017).

As expressões de dor ou sofrimento dos pais, que acompanham ou antecedem o luto, podem apresentar-se de diversas maneiras e a equipe deve estar disponível para acolher uma diversidade de desejos e solicitações próprias deste momento, visto que há um impacto nas respostas mais saudáveis no decorrer do luto pelo RN que foi perdido (BRASIL, 2017).

Esse é um momento delicado para a família, mas também para o profissional de saúde. A morte na UN muitas vezes é um evento esperado, porém a equipe de saúde apresenta dificuldade em lidar com a situação e muitos profissionais se sentem frustrados, impotentes e sofrem com a situação de morte da criança, pois estabelecem vínculo com o bebê e a família (ALMEIDA; MORAES; CUNHA, 2016).

Os profissionais de saúde utilizam estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento da morte: evitam o envolvimento emocional com o bebê e a família, não prestam assistência sempre aos mesmos pacientes, aceitação, consolo, negação, impotência, espiritualidade, diálogo e trabalho em equipe. Essas estratégias podem representar repercussões negativas e positivas diante do enfrentamento da morte (FIGUEIRA *et al.*, 2016).

Um estudo realizado em dois hospitais nos Estados Unidos apontou que os enfermeiros que vivenciavam a perda eram incapazes de esquecer a experiência vivida, manifestaram a necessidade de receber apoio dos colegas e da equipe de gestão, comentaram sobre a falta de preparação e educação para atender às necessidades da família (WILLIS, 2019). Alguns profissionais de saúde enfrentavam a perda procurando encontrar uma causa para a morte, revisando os casos, para futuramente evitar perdas, sempre oferecendo o melhor atendimento e adotando uma abordagem mais holística das implicações de uma perda (PETRITES *et al.*, 2016).

Segundo Almeida, Moraes e Cunha (2016), o enfermeiro reconhece a dimensão do sofrimento da família e dedica-se a ajudar a enfrentar o processo de morte, oferecendo um ambiente acolhedor, mostrando-se disponível, respeitando o silêncio e estabelecendo um vínculo com a família. Um estudo realizado no Sudeste do Brasil contempla como primeiro nível da diretriz para acolhimento ao luto o trabalho com a equipe, sendo a comunicação adequada, a decisão compartilhada e o atendimento individualizado elementos importantes para garantir que os pais recebam o que precisam durante o processo de luto (SALGADO; ANDREUCCI; GOMES; SOUZA, 2021).

Enquanto enfermeira neonatologista que atua em uma UN observo na minha prática assistencial que muitos profissionais não estão preparados para esse atendimento, assim senti a necessidade de aprofundar meus estudos nesta temática e investigar diferentes estratégias que possam contribuir para o cuidado do RN e sua família num momento como esse. Para tanto, pretendo construir um Modelo de Cuidado para o óbito neonatal, visto que o processo de morte e morrer é complexo tanto para os pais quanto para os profissionais. Acompanhar o processo de morte é um grande desafio para os profissionais. É um momento de muito sofrimento, de difícil compreensão e aceitação pela equipe de saúde.

A perda de um filho no contexto de nascimento é um impacto muito grande para a família e essa vivência é um fator de risco para o desenvolvimento de lutos muito complicados. O Modelo de Cuidado pretende reunir estratégias que vão colaborar com o processo de luto neonatal.

O Modelo de Cuidado instrumentaliza o planejamento científico e sistematizado das ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde, disponibilizando apoio e guiando o desempenho de atividades. Quando embasado cientificamente direciona ao fazer reflexivo e à busca constante da melhoria da assistência prestada, sendo um processo dinâmico, mutável e criativo (CARRARO, 2001).

Os profissionais precisam lidar com o processo de morte e morrer no seu cotidiano, porém muitos não estão preparados para conduzir o momento e não sabem como agir para reduzir o sofrimento da família e o seu próprio sofrimento. Várias são as estratégias e atitudes de negação frente à morte utilizada pelo profissional como defesa nesse processo.

Há uma necessidade de preparar os profissionais de saúde para lidar com o processo de morte e morrer, principalmente na UN. Neste ambiente, os pais estão muito frágeis e esperançosos, os profissionais precisam elaborar uma estratégia de cuidado para ajudar a família a enfrentar este momento complexo, difícil e triste. A morte neonatal representa múltiplas perdas para os pais, incluindo a perda de uma pessoa, a perda de um sonho e a perda da própria paternidade. Muitas ações desenvolvidas pelos profissionais para facilitar o apego dos pais com o bebê se tornarão memórias após uma morte neonatal, assim o cuidado frente ao óbito neonatal poderá facilitar o processo de luto (GUIDELINES, 2001). O Modelo de Cuidado pretende auxiliar a equipe de saúde neonatal nesse processo, que poderá ser experienciado com humanização e assistência de qualidade.

A morte e/ou processo de morte pode ser compreendido, na lógica do referencial da complexidade de Edgar Morin, como um fenômeno integrante do ciclo vital (MORIN, 2011). O cuidado em saúde deve ser apreendido como fenômeno complexo, com o intuito de

promover à saúde do ser humano e/ou promover a morte de forma integral e articulada (BACKES *et al.*, 2016). Ignorar ou fingir as indagações da morte sem compreender que a vida e a morte estão tecidas juntas num todo complexo é não se preparar para as perdas que irão acontecer, é fator de sofrimento tanto para os profissionais de saúde quanto para as famílias envolvidas, principalmente, quando a morte se refere ao RN (MORIN, 2005, 2011).

A teoria da complexidade sustenta a Tese e traz o princípio dialógico como ponto chave no processo de morte e morrer, assim compreende-se que a ordem, a desordem e a organização são elementos essenciais para o entendimento da morte como uma unidade complexa que deve ser compreendida como um processo natural. A ordem e desordem são contrastantes e fundamentais para a organização do cuidado integral e humanizado ao RN e sua família no óbito neonatal (MORIN, 2011).

Na literatura há uma lacuna de conhecimento produzido acerca do tema. No Brasil, em busca realizada em fontes de dados científicos, não foi encontrado um Modelo de Cuidado para o óbito neonatal que possa ser utilizado pelos profissionais da saúde nas UN para atendimento do RN e sua família. Assim, optou-se por desenvolver uma pesquisa com desenho misto para buscar respostas à problemática aqui descrita. Esta opção veio de encontro com a complexidade que permeia o objeto de pesquisa, sendo possível aprofundar o fenômeno de investigação. A pesquisa de métodos mistos proporciona mais evidências para a pesquisa e encoraja o uso de múltiplas visões de mundo ou paradigmas (CRESWELL; CLARK, 2013).

Diante desta contextualização, apresento as seguintes questões investigativas:

- Quais as atitudes de profissionais de saúde de UN frente ao processo de morte?
- Como os profissionais de saúde de uma UN vivenciam o cuidado ao óbito neonatal?
- Quais os aspectos fundamentais para construir um Modelo de Cuidado ao óbito neonatal que possa ser utilizado em UN?

Com o desenvolvimento desta investigação espero defender a Tese: O Modelo de Cuidado Interprofissional ao RN e sua família no óbito neonatal é um instrumento com potencial para orientar o trabalho da equipe de saúde, sistematizando e fortalecendo o cuidado em suas dimensões familiar, profissional e organizacional, tendo a equipe como articuladora e incentivadora das ações a serem desenvolvidas sob a ótica da complexidade, possibilitando um cuidado individualizado ao RN e sua família durante o processo de morte e morrer do neonato.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Construir um Modelo de Cuidado Interprofissional ao RN e sua família no óbito neonatal em Unidades Neonatais.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as atitudes dos profissionais em relação ao processo de morte e morrer;
- Compreender como os profissionais de saúde de uma UN vivenciam o cuidado ao RN e sua família no óbito neonatal;
- Avaliar o conteúdo e o layout do Modelo de Cuidado Interprofissional ao RN e família que vivencia o óbito neonatal com os profissionais participantes do estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será apresentada uma breve revisão de literatura sobre o tema pesquisado. Serão abordados os conteúdos relacionados à: mortalidade neonatal; experiências e condutas do profissional de saúde frente ao óbito neonatal, e; modelo de cuidado.

Para elaborar este capítulo, foram utilizados artigos publicados em periódicos científicos, relatórios do Fundo das Nações para a Infância (UNICEF) e do Ministério da Saúde brasileiro (MS).

2.1 MORTALIDADE NEONATAL

A morte neonatal é definida como o óbito de um RN antes de completar 28 dias (LEHTONEN *et al.*, 2017). A taxa de mortalidade infantil é definida pelo número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, e pode ser dividida em dois componentes: a mortalidade neonatal (óbitos de 0 a 27 dias) que é subdividida em mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) e tardia (7 a 27 dias) e a mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias). Geralmente a causa da mortalidade neonatal são os determinantes mais sensíveis às condições da assistência (BRASIL, 2018).

Segundo relatório da ONU 2,6 milhões de RN morreram no primeiro mês de vida em 2016, a maioria ocorreu na primeira semana, com cerca de 1 milhão morrendo no primeiro dia e quase 1 milhão morrendo nos próximos seis dias (UNICEF, 2017). Dados de 2018 apresentam uma queda desses números, cerca de 2,5 milhões de RN morreram no primeiro mês de vida, aproximadamente 7000 crianças todos os dias. Globalmente, 46% das mortes de menores de cinco anos ocorrem durante o período neonatal. Devido ao declínio da mortalidade neonatal ser mais lento, as estimativas apontam que a proporção de mortes neonatais em menores de cinco anos aumentou de 40% em 1990 para 46% em 2018 (UNICEF, 2019).

No Brasil cerca de 52% das mortes de menores de 1 ano de idade ocorre no período neonatal precoce, 17% no período neonatal tardio e 31% no pós neonatal. Entre 2015 a 2016 houve um aumento da mortalidade neonatal de 2,6%. Entre 2007 a 2016 alguns estados apresentaram aumento da taxa entre 10 a 21%, Roraima, Amapá e Piauí, outros tiveram aumento da taxa entre 5 a 10%, Bahia, Goiás, Tocantins, Pará, Ceará e Pernambuco, e alguns apresentaram queda mais de 5%, São Paulo, Paraná, Acre e Maranhão (BRASIL, 2018).

A evolução temporal sobre a mortalidade neonatal no Brasil entre 1997 a 2012 apresentou uma queda da taxa de mortalidade neonatal precoce de 33% nesse período, passaram de 10,89 mortes por 1000 nascidos vivos entre 1997 a 2000 para 7,36 mortes por 1000 nascidos vivos de 2008 a 2012. Na região Sudeste houve a maior queda (42%) e na região Nordeste, a menor (23%). As taxas de mortalidade neonatal tardia também apontaram queda de 21%, passaram de 2,92 por 1000 para 2,29 por 1000 entre 1997 a 2012 (RODRIGUES et al., 2016).

Existem discrepâncias acentuadas na mortalidade neonatal entre regiões e países. Entre as regiões, a mortalidade neonatal foi mais alta na África Subsaariana 28 mortes por 1.000 nascidos vivos, seguida por Central e Sul da Ásia 25 mortes por 1.000 nascidos vivos, se comparado a Austrália e Nova Zelândia 2 mortes por 1000 nascidos vivos. Para crianças nessas regiões é dez vezes maior a probabilidade de morrer no primeiro mês de vida do que uma criança em um país de alta renda (UNICEF, 2019).

Em todo mundo as principais causas de mortalidade neonatal incluíram complicações prematuras do nascimento (16%), eventos intraparto (11%), sepse neonatal ou meningite (7%) e doença congênita (5%) (UNICEF, 2017, 2019). No Brasil foram malformação congênita, prematuridade, fatores maternos e infecções perinatais (BRASIL, 2018).

Um estudo realizado em um Hospital Regional do Sul do Brasil verificou no período de 2011 a 2017 que houve uma prevalência de 7,8% de óbitos nos prematuros internados, sendo a maior taxa de óbitos no grupo da prematuridade extrema, com 66,6%. As características que mostraram associação com o óbito foram a ausência de síndrome hipertensiva materna, a não administração de corticoide antenatal, o RN do sexo masculino, escore de Apgar menor que 7 no quinto minuto e presença de crescimento intrauterino restrito (ALMEIDA; COUTO; JÚNIOR, 2019).

Outro estudo realizado no Sul do Brasil identificou como fatores de risco para a mortalidade neonatal, entre mulheres com gestação de alto risco, o trabalho de parto prematuro, a malformação fetal e a gestação múltipla na gestação atual; além de prematuridade, muito baixo peso ao nascer e índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida (DEMITTO *et al.*, 2017).

No estado do Rio Grande do Norte o baixo peso ao nascer, a prematuridade e pós-termo, mães com baixa escolaridade, da raça negra, gestação gemelar, gestantes adolescentes e de idade avançada apresentaram-se como fatores de risco para mortalidade infantil no período neonatal precoce (TEIXEIRA *et al.*, 2016).

Um estudo multicêntrico realizado nos hospitais das capitais da região Nordeste revelou que a mortalidade neonatal nas primeiras 24 horas de vida é elevada nos RN pré-termo de muito baixo peso se comparada com a de regiões mais desenvolvidas do Brasil e ressaltou três grupos de variáveis dentre os fatores associados ao óbito neonatal, são eles: variáveis ligadas à qualidade do atendimento perinatal (infraestrutura hospitalar deficiente), relacionada às variáveis biológicas neonatais (extremo baixo peso ao nascer, peso <1000g aumentou três vezes o risco de morte e sexo masculino com risco três vezes maior que comparado ao feminino) e as que refletem o atendimento ao trabalho de parto e ao parto (Apgar de 5 minutos <7). A superação desses fatores de risco requer uma política governamental com ações voltadas à melhoria da qualidade, com definições de prioridades, intervenções e avaliação constante (CASTRO; LEITE; GUINSBURG, 2016).

De acordo com Cupen e colaboradores (2017) a mortalidade neonatal prematura contribui significativamente para a alta incidência de morte entre crianças menores de cinco anos de idade. Uma pesquisa realizada em um Hospital do Caribe investigou os fatores de risco para mortalidade neonatal em RN pré-termo internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e identificou peso ao nascer, tempo no ventilador e complicações obstétricas como fatores que podem influenciar as chances de óbito neonatal prematuro.

A Pesquisa de Saúde da População e Família da Jordânia realizada em 2009 mostrou que o sexo da criança, educação da mãe, peso/multiplicidade ao nascer, idade da mãe e intervalo de nascimento anterior foram os únicos fatores associados à mortalidade neonatal (OBEIDAT *et al.*, 2017).

Na maioria das vezes os RN que morrem nos primeiros 28 dias de vida sofrem de doenças e condições associadas à qualidade dos cuidados na época do parto e são prontamente evitáveis. No Brasil cerca de 75% das causas de morte neonatal são evitáveis, reduzindo com atenção à mulher na gestação, com adequada atenção à mulher no parto e adequada atenção ao RN (BRASIL, 2018).

A maior parte das mortes de RN ocorrem em países de renda baixa e média baixa (UNICEF, 2019). Reduções nas mortes neonatais dependem da construção de serviços de saúde mais fortes, garantindo que todo nascimento seja assistido por profissional qualificado e disponibilizando atendimento hospitalar em caso de emergência, além de abranger uma assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério (UNICEF, 2017). Alcançando alta cobertura de pré-natal de qualidade, cuidados qualificados ao nascimento, cuidados pós-natal para mãe e bebê e cuidados com RN pequenos e doentes (UNICEF, 2019).

As estruturas sociais, pobreza, transporte, infraestrutura, papéis de gênero, educação, desigualdades, sistemas de saúde e ausência ou presença de intervenções médicas interagem nas causas de mortes de RN. As limitações dos sistemas de saúde nos países de baixa renda os colocam em uma posição vulnerável para lidar com as crescentes demandas e assim são os países mais suscetíveis para o aumento da mortalidade neonatal. Os óbitos neonatais são em grande parte evitáveis através de cuidados pré-natais e de parto de qualidade (ROOS; XYLANDER, 2016).

Com base nas tendências atuais, 53 países não atenderão aos ODS, meta de mortalidade de menores de cinco anos até 2030. Resultando em 11 milhões de mortes infantis em excesso entre 2019 a 2030, além dos 41 milhões de crianças que morrerão antes de completar cinco anos entre 2019 e 2030, mesmo que todos os países atendam aos ODS alvo até 2030. Destes, 26 milhões serão RN e 80% dessas mortes ocorreriam no sul da Ásia e da África Subsaariana. Essas mortes poderiam ser evitadas se os países acelerassem o progresso e para isso é necessário entender as causas das mortes neonatais e o que fazer para reduzir a taxa de mortalidade, acabar com as mortes de crianças por causas evitáveis é fundamental (UNICEF, 2017, 2019).

O Brasil pactuou nos ODS uma redução de 47% da taxa de mortalidade infantil até 2030, mas para isso precisa haver uma tendência de queda das taxas através de formulações e execuções de políticas públicas para saúde da criança e da mulher e garantia dos níveis assistenciais (BRASIL, 2018).

No Brasil existem algumas políticas públicas destinadas à saúde materna e infantil, como a Política de Atenção Humanizada ao RN – Método Canguru e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

A Política de Atenção Humanizada ao RN – Método Canguru é um modelo de atenção perinatal voltado para atenção qualificada e humanizada ao RN e sua família. Este Método compreende três etapas: a primeira etapa tem início no pré-natal com a identificação de situação de risco que indique a necessidade de cuidados a gestante e a chance de internação do RN em uma UN, nesse momento a preocupação maior é facilitar a aproximação da família com o RN, recomenda-se a posição canguru (RN é colocado em contato pele a pele com a mãe na posição vertical entre os seios) o mais precoce possível e a participação dos pais na rotina de cuidados neonatais; a segunda etapa ocorre na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) onde a mãe assume a maior parte dos cuidados com o RN e realiza a posição canguru a maior tempo possível; e a terceira etapa que inicia com a alta hospitalar e envolve o cuidado com o RN e sua família no domicílio com o suporte

ambulatorial da maternidade de origem e da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2017, 2018). Cabe destacar que nas recomendações do Ministério da Saúde acerca do Método Canguru são pontuadas algumas diretrizes em relação ao óbito na UN: proporcionar às equipes a discussão das diferentes perdas que ocorrem na UN; discutir estratégias de condução de notícias difíceis para a família; compreender a perda gestacional como possível fator de estresse e desconforto na UN; discutir repercussões da morte na UN na família e na equipe de saúde (BRASIL, 2017).

A PNAISC é uma política constituída e organizada em sete grandes eixos estratégicos que tem como finalidade orientar os gestores e profissionais de saúde sobre as ações e os serviços voltados para a criança, sendo o Eixo I a Atenção Humanizada e Qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao RN. As ações estratégicas desse eixo são: prevenção da transmissão vertical HIV e sífilis; atenção humanizada e qualificada ao parto e ao RN no momento do nascimento; atenção humanizada ao RN pré-termo e de baixo peso; qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil; alta qualificada do RN da maternidade; seguimento do RN de risco após a alta e triagens neonatais universais. Essas estratégias visam diminuir as taxas de mortalidade infantil (BRASIL, 2015).

Além de políticas, o MS tem estratégias e projetos voltados para o atendimento das mães e crianças, desde o pré-natal, parto e puerpério, como: a estratégia QualiNeo e o projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On).

A estratégia QualiNeo foi criada em 2017 para reduzir as taxas de mortalidade neonatal e qualificar a atenção ao RN nas maternidades das regiões norte e nordeste. Os estados que apresentam as taxas mais elevadas de mortalidade neonatal foram contemplados pela estratégia, são eles: Amazonas, Amapá, Bahia, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Ceará, Roraima, Piauí e Sergipe. A proposta é reunir as principais ações desenvolvidas para a saúde da criança, como Hospital Amigo da Criança, Método Canguru, Bancos de Leite Humano, qualificação e habilitação de leitos neonatais, Reanimação e Transporte Neonatal. Por meio de apoio técnico e capacitação de profissionais de saúde, será garantindo ao RN o melhor início de vida (BRASIL, 2020).

O projeto Apice On propõe a qualificação de atenção ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo, atenção às mulheres em situações de violência sexual e abortamento em hospitais de ensino (BRASIL, 2017). A incorporação de um modelo de cuidado centrado nas necessidades e direitos das mulheres, RN e sua família, e nas melhores

evidências trará benefícios no aumento da qualidade do cuidado ofertado pelo SUS e por consequência diminuição na taxa de mortalidade neonatal.

2.2 MANUSCRITO 1: EXPERIÊNCIAS E CONDUTAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE AO ÓBITO NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA¹

RESUMO

Objetivo: Identificar as experiências e condutas do profissional de saúde frente ao óbito neonatal disponíveis na literatura. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL, e biblioteca virtual SciELO. A coleta de dados foi conduzida de junho a outubro de 2019, realizada por duas pesquisadoras de forma dupla independente, resultou em 801 artigos selecionados e após aplicação dos critérios de inclusão 17 artigos compuseram o corpus final.

Resultados: Os estudos evidenciaram o apoio aos pais no momento do óbito neonatal, as estratégias de enfrentamento dos profissionais, os sentimentos dos profissionais no processo de morte do bebê e a importância de um programa de treinamento para o óbito. **Conclusão:** Os resultados demonstram que muitos profissionais não estão preparados para lidar com o processo de morte do recém-nascido e que é necessário realizar educação permanente sobre o óbito neonatal.

Palavras-chave: Morte perinatal. Mortalidade neonatal precoce. Atitude frente à morte. Atitude do pessoal de saúde. Cuidados paliativos na terminalidade da vida.

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil, nas últimas décadas, sofreu uma redução em seus índices em diversos países (UNICEF, 2017). No Brasil, essa redução representou 13% no período de 2010 a 2015, passando de 12,7 óbitos/1.000 Nascidos Vivos (NV) para 11,0 óbitos/1.000 NV (TEIXEIRA *et al.*, 2019). Por outro lado, a mortalidade na faixa etária neonatal, óbito que ocorre entre zero e 27 dias de vida, reduz a passos lentos (UNICEF, 2017).

Pesquisa realizada em sete capitais Brasileiras e no Distrito Federal evidenciou que do total de óbitos infantis ocorridos entre 2010 e 2015, 21,6% (20.791 óbitos) ocorreram no primeiro dia de vida (TEIXEIRA *et al.*, 2019), esses dados retomam para a inevitável presença da equipe de saúde, que vivencia esses momentos, muitas vezes sem treinamento.

Ao longo de sua trajetória, os profissionais da saúde vivenciam a morte de diversos pacientes, porém o óbito de um recém-nascido (RN) é um evento que sempre gera sentimentos mais difíceis. Essa experiência suscita sentimentos como o sofrimento, uma vez

¹ A versão atualizada deste manuscrito encontra-se aprovada para publicação na Revista Mineira de Enfermagem, submissão em novembro de 2021.

que o convívio com aquela família gera vínculo (ALMEIDA; MORAES; CUNHA, 2016) e faz com que esses sentimentos sejam compartilhados com os pais do RN.

Essas experiências fazem parte do dia a dia dos profissionais de saúde, podendo impactar significativamente seu bem-estar, suas relações e o atendimento a outros pacientes. Estar presente durante a morte de um RN pode ser, particularmente, desafiador, estressante e traumático para os profissionais de saúde. Assim, criam estratégias de enfrentamento para situações de óbito neonatal, como o silêncio, fuga, evitam o envolvimento (FIGUEIRA *et al.*, 2016) pois, em geral, os profissionais de saúde estão preparados para trabalhar com a vida quando se trata de RN, e não da morte.

Nesta esteira, torna-se imprescindível reconhecer as experiências e condutas do profissional de saúde frente ao óbito neonatal para que assim demais trabalhadores instrumentalizem-se para experienciar esse momento de forma a não acarretar prejuízos em suas vidas e sua saúde mental, uma vez que se trata de um momento carregado de significados e sobrecarga emocional. Saber como criar estratégias de enfrentamento, como conduzir cuidados nessas situações e o que as melhores evidências dizem sobre as experiências de outros profissionais pode auxiliar nas condutas frente a um óbito neonatal.

Ao explorar o conhecimento produzido referente as experiências e condutas dos profissionais no processo de morte do bebê, a presente investigação visa contribuir para um atendimento qualificado e humanizado ao RN e sua família. A relevância desta investigação consiste em buscar estratégias utilizadas para o cuidado no óbito neonatal e para o enfrentamento dos profissionais no luto. Para tanto, este estudo objetivou identificar as experiências e condutas do profissional de saúde frente ao óbito neonatal disponíveis na literatura.

MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura. Na operacionalização dessa revisão, foram seguidas seis etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Na primeira etapa foi identificado o tema e elaborada a pergunta de pesquisa com base na estratégia PICO (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014) onde P (população): profissionais de saúde; I (Fenômeno de interesse): experiências e condutas; Co (Contexto): óbito neonatal: Quais são as experiências e condutas do profissional de saúde frente ao óbito neonatal?

Na segunda etapa foram definidos os critérios de inclusão e a seleção da amostra. Foram incluídos apenas artigos originais com abordagem qualitativa e/ou quantitativa que

abordaram a temática; disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas; publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, no período de 2009 a 2019.

A coleta de dados foi conduzida de junho a outubro de 2019, nas bases eletrônicas Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO) a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "morte perinatal", "morte neonatal", "óbito neonatal", "mortalidade perinatal", "mortalidade neonatal precoce", "atitude do pessoal de saúde", "atitude do profissional de saúde", "atitude frente à morte", "assistência paliativa", "cuidado paliativo", "tratamento paliativo", "cuidados paliativos na terminalidade da vida", também utilizados na língua inglesa e espanhola, e no plural. E os descritores Medical Subject Headings (MeSh): "attitude to death", "attitude of health personnel", "perinatal death", "palliative care". A estratégia de busca foi realizada conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Estratégia de busca nas bases de dados acerca das condutas e experiências dos profissionais de saúde frente ao óbito neonatal. 2009-2019. Florianópolis, SC. 2019.

| Bases de dados | Estratégia de busca |
|----------------|--|
| MEDLINE | ("Perinatal Death"[Mesh] OR "perinatal death" OR "perinatal deaths" OR "Neonatal Deaths" OR "Neonatal Death" OR "Early Neonatal Mortality") AND (("Attitude of Health Personnel"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Staff Attitudes") OR ("Attitude to Death"[Mesh] OR "Attitude to Death") OR ("Palliative Care"[Mesh] OR "palliative care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Therapies" OR "Palliative Supportive Care" OR "Hospice Care")) |
| Scopus | (("perinatal death" OR "perinatal deaths" OR "Neonatal Deaths" OR "Neonatal Death" OR "Early Neonatal Mortality") AND (("Attitude of Health Personnel" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Staff Attitudes") OR ("Attitude to Death") OR ("palliative care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Therapies" OR "Palliative Supportive Care" OR "Hospice Care")))) |
| Web of Science | (("perinatal death" OR "perinatal deaths" OR "Neonatal Deaths" OR "Neonatal Death" OR "Early Neonatal Mortality") AND (("Attitude of Health Personnel" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Staff Attitudes") OR ("Attitude to Death") OR ("palliative care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Therapies" OR "Palliative Supportive Care" OR "Hospice Care")))) |

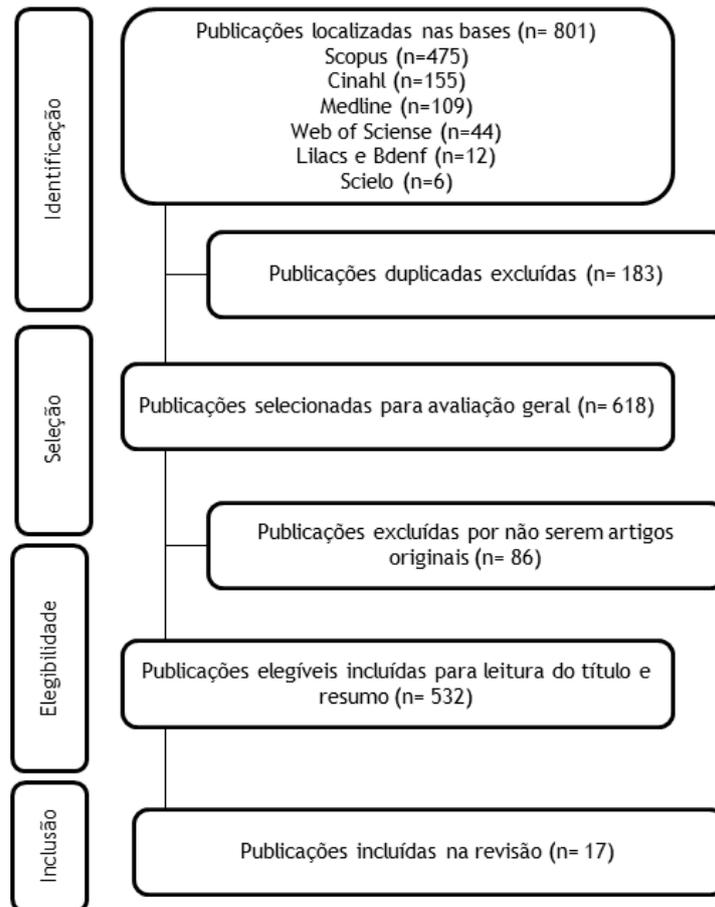
| | |
|----------------|---|
| CINAHL | (("perinatal death" OR "perinatal deaths" OR "Neonatal Deaths" OR "Neonatal Death" OR "Early Neonatal Mortality") AND ("Attitude of Health Personnel" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Staff Attitudes") OR ("Attitude to Death") OR ("palliative care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Therapies" OR "Palliative Supportive Care" OR "Hospice Care")) |
| LILACS e BDENF | (("perinatal death" OR "perinatal deaths" OR "Neonatal Deaths" OR "Neonatal Death" OR "Early Neonatal Mortality" OR "morte perinatal" OR "mortes perinatais" OR "morte neonatal" OR "mortes neonatais" OR "óbito neonatal" OR "óbitos neonatais" OR "mortalidade perinatal" OR "mortalidade neonatal precoce" OR "Muerte Perinatal") AND ("Attitude of Health Personnel" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Staff Attitudes" OR "Actitud del Personal de Salud" OR "Atitude do Pessoal de Saúde" OR "Atitude dos profissionais de saúde" OR "Atitude do profissional de saúde") OR ("Attitude to Death" OR "Actitud Frente a la Muerte" OR "Atitude Frente à Morte" OR "Atitudes Frente à Morte") OR ("palliative care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Therapies" OR "Palliative Supportive Care" OR "Hospice Care" OR "cuidados paliativos" OR "Assistência Paliativa" OR "Cuidado Paliativo" OR "Tratamento Paliativo" OR "Tratamentos Paliativos" OR "cuidados paliativos na terminalidade da vida" OR "cuidados paliativos al final de la vida")) |
| SciELO | (("perinatal death" OR "perinatal deaths" OR "Neonatal Deaths" OR "Neonatal Death" OR "Early Neonatal Mortality" OR "morte perinatal" OR "mortes perinatais" OR "morte neonatal" OR "mortes neonatais" OR "óbito neonatal" OR "óbitos neonatais" OR "mortalidade perinatal" OR "mortalidade neonatal precoce" OR "Muerte Perinatal") AND ("Attitude of Health Personnel" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Staff Attitudes" OR "Actitud del Personal de Salud" OR "Atitude do Pessoal de Saúde" OR "Atitude dos profissionais de saúde" OR "Atitude do profissional de saúde") OR ("Attitude to Death" OR "Actitud Frente a la Muerte" OR "Atitude Frente à Morte" OR "Atitudes Frente à Morte") OR ("palliative care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Therapies" OR "Palliative Supportive Care" OR "Hospice Care" OR "cuidados paliativos" OR "Assistência Paliativa" OR "Cuidado Paliativo" OR "Tratamento Paliativo" OR "Tratamentos Paliativos" OR "cuidados paliativos na terminalidade da vida" OR "cuidados paliativos al final de la vida")) |

Fonte: elaborado pela autora.

A busca nas bases de dados foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, utilizando a metodologia “duplo cego”, onde cada pesquisador fez a revisão separadamente e após foram selecionadas as publicações de comum acordo. Nos casos

discordantes, um terceiro pesquisador procedeu à revisão. A busca resultou na identificação de 801 publicações. Após exclusão das publicações duplicadas, dos artigos não originais e da leitura do título e resumo das publicações, 17 foram elegíveis para leitura na íntegra. O processo de busca e seleção das publicações pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção das publicações de acordo com o PRISMA Statement.



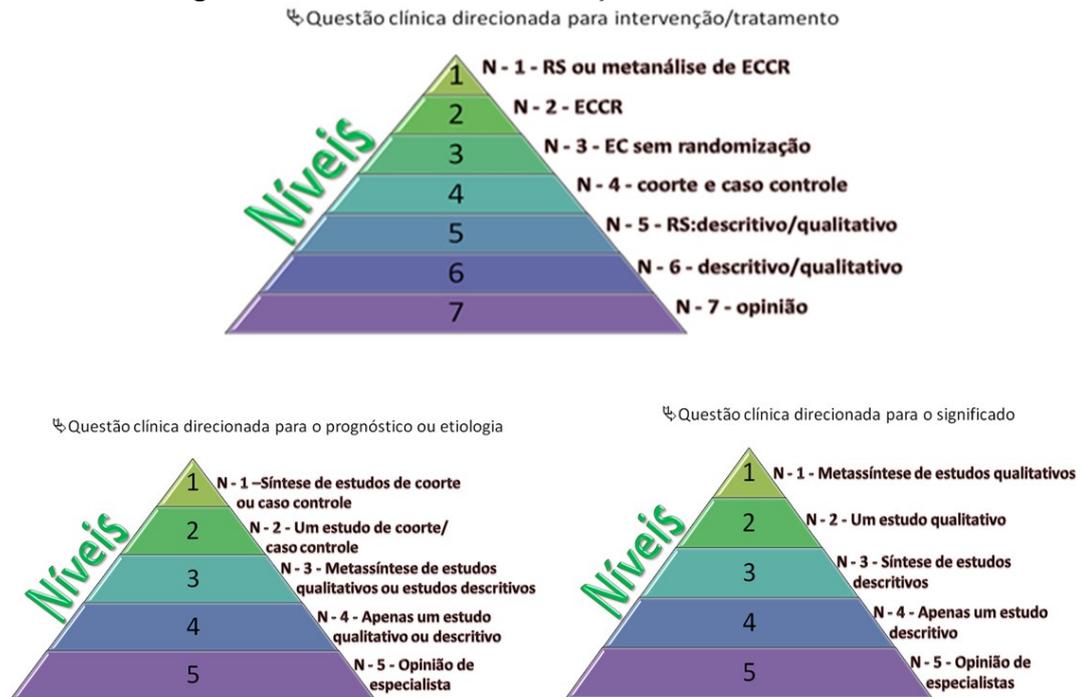
Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Na terceira etapa foram extraídas informações dos estudos selecionados (título, periódico, ano, autor(es), descritores, objetivos, referencial teórico, método de coleta e análise de dados, local de realização de estudo e amostra, resultados, conclusões, experiências e condutas dos profissionais frente ao óbito neonatal). Foi elaborado um instrumento para auxiliar nessa etapa. Na quarta etapa foram avaliados criteriosamente os estudos incluídos pelos pesquisadores.

Na discussão e interpretação dos principais resultados, quinta etapa, apresentou-se as experiências e condutas dos profissionais de saúde frente ao óbito neonatal. As evidências

foram classificadas através de um método que propõe a análise através de três tipos de questões, tendo como base a pergunta do estudo original, a saber: 1- Intervenção ou diagnóstico; 2- Prognóstico ou etiologia; 3- Significado (FINEOUT-OVERHOLT; STILLWELL, 2011), assim, para cada artigo selecionado a classificação da força de evidência levou em consideração a pirâmide específica para cada tipo de pergunta (Figura 2).

Figura 2 - Pirâmides de classificação de nível de evidência.



Fonte: FINEOUT-OVERHOLT, STILL WELL, 2011.

Na sexta etapa foi contemplada a descrição das etapas percorridas pelos pesquisadores e as principais evidências e resultados da análise das publicações incluídas.

Os aspectos éticos foram respeitados ao passo que se assegurou ideias, conceitos e definições de autoria de cada artigo, os mesmos foram referenciados fidedignamente.

RESULTADOS

Os resultados desta revisão mostram que o país com maior número de estudos foi Brasil $n=4$ (23,54%), Estados Unidos $n=4$ (23,54%), seguido da Espanha $n=1$ (5,88%), Finlândia $n=1$ (5,88%), Reino Unido $n=1$ (5,88%), Malawi $n=1$ (5,88%), Gana $n=1$ (5,88%), Canadá $n=1$ (5,88%), Cingapura $n=1$ (5,88%), China $n=1$ (5,88%) e um estudo desenvolvido em Cingapura e na China (5,88%). Os artigos foram veiculados em 16 periódicos diferentes (12 internacionais e 4 nacionais), sendo que um periódico apresentou dois artigos

selecionados. A abordagem qualitativa foi a mais frequente (64,7%). Os estudos foram selecionados entre 2009 e 2019, o maior número de estudos foi publicado em 2016 (n=3).

A seguir apresentaremos um panorama das 17 publicações incluídas na revisão integrativa, com destaque para o nível de evidência e os resultados encontrados (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão

| Estudo | NE/Questão clínica | Resultados |
|---|--------------------|--|
| E1 Chan <i>et al.</i> , (2009) Hong Kong Shandong | IV/Significado | Experiências/conduitas dos profissionais: - Apoiar os pais nas tomadas de decisões. - Os pais devem ter tempo para lamentar a perda. - Comunicação com os pais enlutados de maneira clara, sensível e honesta. - A educação formal e o treinamento em aconselhamento em luto é muito importante. - Os profissionais compartilham experiências com seus colegas e buscam apoio ao sentir esgotamento. - Há necessidade de melhorar as habilidades de comunicação e maior apoio dos membros da equipe. - É importante ter uma política clara de gerenciamento dos cuidados de luto e ser bem informada e compreendida por todos os funcionários. |
| E2 Chan, Arthur (2009) Cingapura | IV/Significado | Experiências/conduitas dos profissionais: - Os envolvidos nos cuidados de pais enlutados devem ser bem informados. - Os pais devem ter tempo para lamentar a perda. - Comunicação com os pais de maneira clara e sensível. - Importante participar de um programa de treinamento em luto. |
| E3 Chan, Lou, Arthur (2010) Hong Kong, Cingapura e Jinan | IV/Significado | Experiências/conduitas dos profissionais: - As enfermeiras com mais experiência apresentaram uma atitude mais positiva e compreensiva em relação ao óbito neonatal do que as enfermeiras juniores e aquelas sem experiência. |
| E4 Silva, Valença, Germano (2010) Brasil | II/Significado | Experiências/conduitas dos profissionais: - Abraçar, dar apoio, fortalecer. - As experiências vivenciadas apontam sentimentos de perda, tristeza, compaixão, angústia, empatia. - Sentem a perda como de alguém querido, se colocam no lugar da mãe. |
| E5 Montero <i>et</i> | IV/Significado | Experiências/conduitas dos profissionais: - Respeito pela decisão dos pais em relação a ver e tocar seu |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| <p><i>al.</i> (2011) Espanha</p> | | <p>filho.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais do estudo tendem a focar os cuidados físicos, evitando o aspecto emocional no intuito de diminuir sua angústia. - Em muitas ocasiões, sua atuação não é a mais correta, reagindo de maneira distante, quase fria, e negando a gravidade da perda. - Falta de estratégias, de destrezas e de recursos dos profissionais para enfrentar situações de luto e dar resposta às demandas dos pais. - As experiências vivenciadas apontam sentimentos de pena, ansiedade, insegurança, ressentimento, culpa, raiva, sensação de fracasso e impotência. - Sentem-se pouco preparados para estabelecer relação de empatia. - O momento de comunicar a má notícia gera ansiedade no profissional. |
| <p>E6 Aho <i>et al.</i> (2011) Finlândia</p> | <p>II/Intervenção</p> | <p>Experiências/conduitas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O programa de intervenção mostrou-se viável porque foi percebido pelos pais como uma experiência positiva. - Os pais relataram que o apoio recebido os ajudou a lidar. - Relataram ter recebido afeto, afirmação e assistência dos profissionais de saúde e prestadores de assistência após a morte de seus filhos. |
| <p>E7 Brooten <i>et al.</i> (2012) Flórida</p> | <p>IV/Significado</p> | <p>Experiências/conduitas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deram explicações compreensíveis sobre o bebê. - Prestadores compassivos, sensíveis e atenciosos. - Quando a criança estava perto da morte chamaram os pais para poder abraçar e estar junto. - Comunicação das notícias ineficientes. - Sentiram a perda da criança como se fosse delas. |
| <p>E8 Wallbank, Robertson (2013) Reino Unido</p> | <p>IV/Prognóstico</p> | <p>Experiências/conduitas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalhadores com sentimentos negativos apresentaram níveis mais elevados de estresse. - Menos experiência em cuidar de pais enlutados previam maior sofrimento. |
| <p>E9 Xavier <i>et al.</i> (2013) Brasil</p> | <p>IV/Significado</p> | <p>Experiências/conduitas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação da piora do quadro. - As experiências vivenciadas apontam sentimentos de falha, sentimento de fracasso na sua missão/profissional. - Não se sentir competente para exercer a profissão. - Naturalização da morte, medo. |
| <p>E10 Simwaka, Kok,</p> | <p>IV/Significado</p> | <p>Experiências/conduitas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negligência profissional. - Falta de empatia e atenção. |

| | | |
|--|----------------|--|
| Chilemba (2014) Malawi | | - Falta de comunicação em relação as causas do óbito. |
| E11 Rondinelli <i>et al.</i> (2015) Califórnia | IV/Significado | <p>Experiências/conduitas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento nos cuidados ao óbito foram adquiridos ao longo do tempo com a experiência profissional. - Os enfermeiros afirmaram que compartilhar a experiência com um colega e não ficar sozinho também era um facilitador. - Reconhecer e incorporar as crenças culturais e espirituais individuais do paciente e da família auxilia no momento. - Oportunidades educacionais focadas em cuidados permanentes perinatais. -Tempo ininterrupto com o paciente e a família. - Espaço para a família com o falecido. - Discutir o sexo do bebê, entrar em contato com serviços sociais, entrar em contato com um consultor espiritual e segurar o bebê foram os cinco principais componentes relatados do papel de luto com meios individuais que trazem mais conforto ao profissional. - Recuperar o bebê do necrotério, discutir autópsia e testes genéticos com os pais, discutir opções de funeral, processo de luto e discutir com os pais a opção de banho e roupa para o bebê, esses componentes trazem menos conforto ao profissional. |
| E12 Almeida, Moraes, Cunha (2016) Brasil | IV/Significado | <p>Experiências/conduitas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensação de dever cumprido. - Importância da atuação da psicóloga da unidade no apoio emocional a esta família, mesmo antes do bebê morrer. - O enfermeiro possibilita a família cuidar do corpo do bebê. - Garantir a privacidade dos familiares. - Entrada de outros familiares na unidade, para que se façam as despedidas. - Promover um ambiente acolhedor. - Expressar seu sofrimento por meio do choro ou rezar pelas famílias. Contar com a ajuda de outros colegas. - O enfermeiro parece nunca se sentir totalmente preparado para o momento do óbito do bebê. |
| E13 Figueira <i>et al.</i> (2016) Brasil | IV/Significado | <p>Experiências/conduitas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não prestar assistência de enfermagem sempre aos mesmos pacientes, estratégia do profissional. - Apoio entre os profissionais. - As experiências vivenciadas apontam sentimentos de normalidade, aceitação, consolo, silêncio, evitação, isolamento, negação e impotência, são estratégias diante da situação de morte. |
| E14 Petrites <i>et al.</i> | II/Significado | <p>Experiências/conduitas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como estratégia de enfrentamento os profissionais não pensam nas mortes, ficam frios diante da situação, o que |

| | | |
|---|----------------|---|
| (2016) Gana | | <p>julgam ruim.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfrentamento ativo através de conversas com outras pessoas. - Compartilharam sua tristeza com a família do paciente. - Alguns profissionais lidaram com a morte revisando os casos, tentando determinar a causa do óbito e assim tornar-se mais vigilante para evitar futuras perdas. - Não atribuem a culpa a morte, saber que não havia nada para ser feito diminui o impacto emocional. - Necessidade de seguir em frente. - As experiências vivenciadas apontam sentimentos de trauma, estresse, dor, tristeza e participação no sofrimento da mãe. |
| E15 Levick <i>et al.</i> (2017) Estados Unidos | IV/Significado | <p>Experiências/conduas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oferecer aos pais escolhas e educá-los e orientá-los com delicadeza em sua experiência única de luto. - Os pais são incentivados a trazer irmãos e convidar entes queridos. - Oferecer aos pais a oportunidade de segurar e banhar seu bebê. - Oferecer lembranças do bebê aos pais. |
| E16 Martel, Ives-Baine (2018) Canadá | II/Significado | <p>Experiências/conduas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A experiência com a fotografia no final de vida e óbito do bebê foi positiva e um privilégio para os profissionais. - Valorizaram a fotografia e relataram que conhecer imagens pode desempenhar um papel importante na cura da família no futuro. - Dar algo às famílias para levar para além do hospital. |
| E17 Willis (2019) Estados Unidos | IV/Significado | <p>Experiências/conduas dos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofertar para os pais que segurem seus bebês. - Presença contínua do profissional, estar presente para o paciente. - As experiências vivenciadas apontam sentimentos de tristeza, dor, ansiedade, medo, pânico. |

Fonte: elaborado pela autora.

DISCUSSÃO

Os resultados foram agrupados nas experiências e condutas dos profissionais de saúde frente ao óbito neonatal. Os estudos evidenciaram o apoio aos pais no momento do óbito neonatal, as estratégias de enfrentamento dos profissionais, os sentimentos dos profissionais no processo de morte do bebê e a importância de um programa de treinamento para o óbito.

Os profissionais de saúde acolhem os pais antes, durante e após o óbito neonatal, realizando uma comunicação clara e sensível, respeitando as decisões dos pais em relação a tocar seu filho, oferecendo um tempo para que eles sintam a morte de seu bebê, orientando

sobre as causas da morte e as condutas que serão realizadas após o óbito, oferecendo todo suporte necessário para que os pais vivenciem a experiência de luto (CHAN *et al.*, 2009; CHAN, ARTHUR, 2009; MONTERO *et al.*, 2011; BROOTEN *et al.*, 2012; XAVIER *et al.*, 2013; LEVICK *et al.*, 2017). “São os pais que têm que decidir, dizem que é melhor mostrá-lo, mas, se ela não quiser, eu respeito isso” (CHAN *et al.*, 2009). “Oferecer aos pais escolhas e educá-los e orientá-los com delicadeza em sua experiência única de luto - ajudá-los a se despedir antes que mal tenham a chance de dizer olá ao RN” (LEVICK *et al.*, 2017). O profissional psicólogo é uma peça chave no apoio emocional da família antes e após a morte do bebê (ALMEIDA; MORAES; CUNHA, 2016) e reconhecer as crenças culturais e espirituais da família auxiliam nesse processo (RONDINELLI *et al.*, 2015).

No processo de luto os profissionais devem estar presentes para atender o paciente e a família, oferecer apoio, conforto, atenção e afeto (ALMEIDA, MORAES, CUNHA, 2016; SILVA, VALENÇA, GERMANO, 2010; AHO *et al.*, 2011; BROOTEN *et al.*, 2012; RONDINELLI *et al.*, 2015; WILLIS *et al.*, 2019). Orientar os pais sobre a importância de viver esse momento, ofertando um espaço acolhedor que garanta a privacidade da família (ALMEIDA, MORAES, CUNHA, 2016; RONDINELLI *et al.*, 2015), incentivar a visita dos irmãos e familiares (ALMEIDA, MORAES, CUNHA, 2016; LEVICK *et al.*, 2017), ofertar para que os pais segurem seu bebê (RONDINELLI *et al.*, 2015; LEVICK *et al.*, 2017; WILLIS, 2019), oferecer lembranças da criança (LEVICK *et al.*, 2017), sempre que possível em forma de fotografias (MARTEL; IVES-BAINE, 2018).

Acompanhar o processo de morte e luto é um grande desafio para os profissionais. É um momento de muito sofrimento, de difícil compreensão e aceitação pela equipe de saúde. Várias são as estratégias e atitudes de negação frente a morte utilizadas pelo profissional como defesa nesse processo, muitas vezes reagindo de maneira distante e negando a gravidade da perda (MONTERO *et al.*, 2011). A comunicação com os pais, algumas vezes, é ineficiente, falta empatia, atenção e maior apoio dos membros da equipe (CHAN *et al.*, 2009; BROOTEN *et al.*, 2012; SIMWAKA, KOK, CHILEMBA, 2014).

O processo de morte do RN é um momento muito delicado para a família. Muitos profissionais não têm a consciência que uma atitude inadequada pode interferir no processo de luto dos pais. A comunicação dos profissionais é muito importante, orientar os pais com delicadeza, de forma clara e gentil, estar presente, acolhendo os pais, são estratégias que auxiliam nesse processo.

A morte do RN é sempre um momento muito difícil para o profissional, pois ele estabelece um vínculo forte com o bebê e sua família. Alguns estudos evidenciaram

estratégias de enfrentamento do profissional no momento do óbito neonatal. Muitos profissionais compartilham suas experiências com os colegas (FIGUEIRA *et al.*, 2016; CHAN *et al.*, 2009; RONDINELLI *et al.*, 2015; PETRITES *et al.*, 2016) e suas tristezas com os familiares (PETRITES *et al.*, 2016), buscando apoio. Outros focam apenas os cuidados físicos ao paciente, evitando contato emocional (MONTERO *et al.*, 2011). Prestam a assistência sempre a diferentes pacientes, assim evitam criar um vínculo com o bebê e sua família (FIGUEIRA *et al.*, 2016). Não demonstram sentimentos frente o processo de morte (PETRITES *et al.*, 2016). Outros revisam as causas da morte para evitar futuras perdas (PETRITES *et al.*, 2016). Algumas estratégias não são suficientes para enfrentar as situações de luto e oferecer o acolhimento necessário aos pais (MONTERO *et al.*, 2011).

O ambiente de nascimento do RN reverbera vida, não há preparação necessária dos profissionais para enfrentar a morte nesse espaço. Todos estão aguardando um bebê saudável que irá ser colocado com sua mãe. E quando acontece o imprevisível, o óbito neonatal, os profissionais não sabem como agir com essa situação. A equipe de saúde parece nunca estar totalmente preparada para o momento do óbito do bebê (ALMEIDA; MORAES; CUNHA, 2016). Vários são os sentimentos experienciados por eles, como: perda, tristeza, empatia, ansiedade, culpa, medo, aceitação, isolamento, negação, dor, angústia, insegurança, impotência (FIGUEIRA *et al.*, 2016; SILVA; VALENÇA; GERMANO, 2010; MONTERO *et al.*, 2011; XAVIER *et al.*, 2013; PETRITES *et al.*, 2016). E quanto menor a experiência do profissional em cuidar dos pais em luto, maior seu sofrimento (WALLBANK; ROBERTSON, 2013).

Mesmo quando o óbito neonatal é esperado, os profissionais não estão preparados para lidar com a morte e conduzir o momento. Alguns estudos trazem que a educação e o treinamento do profissional é muito importante para lidar com o luto, um programa/guia de cuidados no óbito neonatal prepara o profissional para o atendimento ao bebê e sua família, ajudando os pais a enfrentar a perda (CHAN *et al.*, 2009; CHAN, ARTHUR, 2009; AHO *et al.*, 2011; RONDINELLI *et al.*, 2015). A experiência dos profissionais também é um ponto importante para o atendimento no óbito neonatal, o conhecimento nos cuidados em relação ao óbito são adquiridos e aperfeiçoados com o tempo (CHAN, LOU, ARTHUR, 2010; RONDINELLI *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

As evidências disponíveis mostram que os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o processo de morte do RN. Existem estratégias positivas realizadas pelos profissionais no acolhimento aos pais como: a comunicação clara e sensível, respeito a decisão dos pais em ver e tocar o filho, oferecer um local aconchegante e privativo para a família vivenciar esse momento, presença contínua do profissional de saúde para auxiliar no que for preciso. Existem também estratégias de enfrentamento, os profissionais de saúde focam os cuidados físicos e evitam o aspecto emocional, não prestam assistência sempre aos mesmos pacientes, compartilham sua experiência com colegas e buscam apoio através de conversas.

Essas estratégias são algo muito incipiente e que carece formação e qualificação. Os resultados indicam que se faz necessário a realização de educação permanente acerca das condutas referentes ao óbito neonatal.

REFERÊNCIAS

- AHO, A. L. *et al.* *Evaluating a Bereavement Follow-Up Intervention for Grieving Fathers and Their Experiences of Support After the Death of a Child—A Pilot Study.* **Death Studies**, v.35, n.10, p.879-904, 2011. DOI: 10.1080/07481187.2011.553318.
- ALMEIDA, F. A.; MORAES, M. S.; CUNHA, M. L. R. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n.esp, p-122-129, 2016. DOI: 10.1590/S0080-623420160000300018.
- BROOTEN, D. *Parent's perceptions of health care providers actions around child ICU death: what helped, what did not.* **Am J Hosp Palliat Care**, v.30, n.1, p.40-49, 2012. DOI: 10.1177/1049909112444301.
- CHAN, M. F. *et al.* *Investigating factors associated with nurses' attitudes towards perinatal bereavement care: a study in Shandong and Hong Kong.* **Journal of clinical nursing**, v.18, p.2344-2354, 2009. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02689.x.
- CHAN, M. F.; ARTHUR, D. G. *Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care.* **Journal of advanced nursing**, v.65, n.12, p.2532-2541, 2009. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05141.x.
- CHAN, M. F.; LOU, F.; ARTHUR, D. G. *A survey comparing the attitudes toward perinatal bereavement care of nurses from three asian cities.* **Evaluation & the Health Professions**, v.33, n.4, p.514-533, 2010. DOI: https://doi.org/10.1177/0163278710381092.
- FIGUEIRA, A. B. *et al.* *Resistance strategies of nursing professionals newborn death situations.* **Rev enferm UFPE on line**, v.10, n.supl4, p.3517-3523, 2016. DOI: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201602.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S. B. *Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt, (Eds.). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

LEVICK, J. *et al.* NICU Bereavement Care and Follow-up Support for Families and Staff. *Advances in Neonatal Care*, v.0, n.0, p.1-10, 2017. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000435.

MARTEL, S.; IVES-BAINE, L. *Nurses' Experiences of End-of-life Photography in CRNICU Bereavement Support. Journal of Pediatric Nursing*, p.1-7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.05.011>.

MENDES, K. D.S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MONTERO, S. M. P. *et al.* A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v.19, n.6, p.1-8, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_18.pdf. Acesso em: 28 nov. 2019.

PETRITES, A. D. *et al.* You have no choice but to go on: how physicians and midwives in Ghana cope with high rates of perinatal death. *Matern child health J*, v.20, n.7, p.1448-1455, 2016. DOI: 10.1007/s10995-016-1943-y.

RONDINELLI, J. *et al.* Factors Related to Nurse Comfort When Caring for Families Experiencing Perinatal Loss. *Journal for Nurses in Professional Development*, v.31, n.3, p.158-163, 2015. DOI: 10.1097/NND.0000000000000163.

SILVA, L. C. S. P.; VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. *Rev Bras Enferm*, v.63, n.2, p.238-242, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200011>.

SIMWAKA, A. N. K.; KOK, B.; CHILEMBA, W. *Women's Perceptions of Nurse-Midwives' Caring Behaviours during Perinatal Loss in Lilongwe, Malawi: An Exploratory Study. Malawi Med J*, v.26, n.1, p.8-11, 2014.

TEIXEIRA, J. A. M. *et al.* Mortality in the first day of life: trends, causes of death and avoidability in eight Brazilian Federative Units, between 2010 and 2015. *Epidemiol Serv Saude*, v.28, n.1, p.1-11, 2019. DOI: 10.5123/S1679-49742019000100006.

The Joanna Briggs Institute. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. The Joanna Briggs Institute*; 2014.

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *Levels and Trends in Child Mortality Report 2017*. UNICEF; 2017.

XAVIER, D. M. *et al.* Vivências de enfermeiras frente à morte na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev enferm UFPE on line*, v.7, n.4, p.1081-1089, 2013. DOI: 10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201302.

WALLBANK, S.; ROBERTSON, N. *Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey*. **International Journal of Nursing Studies**, p.1090-1097, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022>.

WILLIS, P. *Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss*. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v.44, n.1, p.46-51, 2019. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000490.

2.3 MODELO DE CUIDADO

A construção e a execução de um modelo de cuidado é um modo de fazer o cuidado, um guia para as ações do cuidador. Pode estar associado como um processo de tecnologia, pois é estruturado em uma série de passos ou normas que orientam para a realização do cuidado. Um modelo deve ser flexível, sofrer adaptações conforme a necessidade do cuidador e do ser cuidado, promovendo um cuidado único e específico (ROCHA *et al.*, 2008).

Modelo de cuidado é uma atividade que orienta a prática de Enfermagem, sendo implementada de maneira sistemática, baseada em crenças, valores e significados cotidianos dos envolvidos no processo. Descrito como um processo dinâmico e possuidor de variados graus de estruturação (FAVERO; WALL; LACERDA, 2013, p.539).

Modelo de cuidado de enfermagem é um conjunto teórico, formado pelos quatro conceitos básicos de enfermagem (ser humano, enfermagem, saúde/doença, meio ambiente/sociedade), além de outros conceitos que se façam necessários para sua concepção e por pressupostos fundamentados num referencial teórico-filosófico, com o objetivo de guiar o cuidado de Enfermagem por meio da sistematização das ações. Trata-se de uma estrutura teórica que guia a prática de cuidado através de um diagrama. O modelo de cuidado tem a função de conduzir o processo de cuidado para as ações de enfermagem apresentadas (WALL, 2008).

A elaboração de um modelo de cuidado exige um processo de pesquisa com coerência lógica, rigor científico e metodologia adequada. Segue a lógica do raciocínio indutivo, dedutivo ou indutivo-dedutivo. Acredita-se que o modelo de cuidado deve contemplar a prática e a ciência, considerar o ser humano de modo holístico, sendo assim a lógica indutiva-dedutiva pode ser o melhor caminho para a construção de um modelo. A escolha do método está relacionada à elaboração do cuidado e ao referencial teórico (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

Segundo Arruda (2016) a construção de um modelo de cuidado é um processo complexo que envolve muitas escolhas acerca do caminho que irá ser tomado, com decisões orientadas por princípios científicos e requer envolvimento com a temática para poder compreender o processo do cuidado.

Rocha, Prado e Silva (2012) refletem a importância da incorporação de modelos de cuidado na estrutura do conhecimento de enfermagem, pois estes sistematizam o cuidado, contribuem para a qualidade da assistência, para que as ações de enfermagem sejam pautadas na ciência e segurança do cuidado. “O processo de elaboração de modelos alia o cuidado, o ensino e a pesquisa, desvelando a inerência dessa articulação” (p.1023).

Um estudo realizado em um hospital público sobre a aplicação de um brinquedo terapêutico estruturado em um Modelo de Cuidado para as crianças evidenciou o potencial para contribuição para um cuidado de enfermagem abrangente e direcionado a necessidade de cada criança, diminuindo os efeitos negativos do processo de hospitalização (CALEFFI *et al.*, 2016).

Arruda (2016) também desenvolveu um modelo de cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas e acredita que este modelo é uma ferramenta que guia as ações de enfermagem, sistematizando e fortalecendo o cuidado, além de colaborar na promoção da saúde dessas pessoas através de um melhor controle da condição crônica de saúde.

Outro exemplo foi a aplicação do modelo de cuidado *Primary Nursing* aos pacientes internados no serviço de transplante de medula óssea de um hospital referência em transplante de células tronco hematopoiética que contribuiu para o trabalho em equipe, continuidade do cuidado, visibilidade do profissional de enfermagem, melhorias na avaliação clínica e na construção do processo de enfermagem, além de proporcionar o fortalecimento do vínculo entre profissionais e pacientes (NUNES *et al.*, 2019).

Os modelos de prática profissional de enfermagem são uma estratégia que podem contribuir para uma prática profissional de excelência e que traz consequências positivas para os pacientes e enfermeiros. Para os pacientes destacam-se a promoção da saúde, o bem-estar, prevenção de complicações e aumento da satisfação do atendimento. Para os enfermeiros verifica-se a melhoria da comunicação, a autonomia, o trabalho em equipe, a gestão partilhada e fortalecimento com a profissão e sistematização das ações (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016).

Segundo Rocha, Prado e Silva (2012), a elaboração de modelos de cuidado pode ser para atender demandas/problemas de diferentes cenários do cuidado, com várias possibilidades como: elaborar um cuidado ou um processo de cuidado, criar novas tecnologias, aplicar o modelo criado, renovar ou inovar a prática assistencial, pode ser elaborado por enfermeiros, pesquisadores ou acadêmicos de enfermagem, vai depender da escolha do tema, os objetivos da pesquisa e a metodologia de pesquisa adequada.

Acredita-se que sistematizar o cuidado de enfermagem através de um modelo possibilita prestar um cuidado mais qualificado e humanizado, pois se planeja as ações de enfermagem baseadas nas necessidades de cada paciente, ou grupo de pessoas, ou por problemas detectados, observando e respeitando condições físicas, culturais e espirituais (CARRARO; WALL, 2005).

Assim, almejamos estruturar um modelo de cuidado para o óbito neonatal que ofereça orientações para a prática dos profissionais de saúde, sistematizando e fortalecendo o cuidado em suas dimensões familiar, profissional e organizacional, tendo a equipe como articuladora e incentivadora das ações a serem desenvolvidas. O modelo prevê estratégias que diante do contexto da perda no ambiente hospitalar pode oferecer memórias significativas para o processo do luto neonatal. Propõe um cuidado humanizado e com valorização do ser humano e pretende servir como um guia para as condutas da equipe de saúde ofertadas ao RN e sua família no momento do óbito neonatal, visando aperfeiçoar a assistência e colaborar com a vivência do luto neonatal dos pais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será apresentado o referencial teórico-filosófico que sustenta a Tese com os conceitos e princípios que embasam o paradigma da complexidade, baseado em Edgar Morin e sua relação com o processo de morte e morrer na UN.

3.1 O PENSAMENTO COMPLEXO POR EDGAR MORIN

Nascido em Paris em 1921, Edgar Morin, filho único de uma família de judeus. Seu pai era comerciante e sua mãe dona de casa, que faleceu quando ele tinha 10 anos. Estudou direito, história, filosofia, sociologia e economia. É autor de mais de trinta livros, sua principal obra é constituída por seis volumes – O Método – que apresenta o paradigma científico da modernidade, passando a ser reconhecido como o pioneiro e o principal teórico do paradigma emergente da ciência - o pensamento complexo. É considerado um dos principais pensadores contemporâneos e um dos principais teóricos do paradigma da complexidade (SÓ FILOSOFIA, 2020).

A palavra complexidade tem sua origem no latim *complexus* que significa o que foi tecido junto. Existe complexidade quando elementos divergentes são inseparáveis e há interatividade entre objeto e seu contexto, as partes e o todo. Sendo assim, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade (MORIN, 2011).

Para Morin (2000) o paradigma introduz relações que constituem fundamentos, conceitos e/ou teorias. “O paradigma é inconsciente, mas irriga o pensamento consciente, controla-o e, neste sentido, é também supraconsciente” (p.26).

O paradigma do Ocidente formulado por Descartes é o cartesiano que separa o sujeito do objeto, a alma do corpo, o espírito da matéria, a qualidade da quantidade, o sentimento da razão, a existência da essência, entre tantos outros exemplos. Este paradigma determina dupla visão de mundo, de um lado o mundo de objetos submetidos a experimentações e de outro o mundo de sujeitos que se questionam sobre problemas de existência. “Um paradigma pode ao mesmo tempo elucidar e cegar, revelar e ocultar” (MORIN, 2000, p.27).

Para o século XXI é preciso um paradigma que permita o conhecimento complexo, que torne visível o contexto, o global, o multidimensional e o complexo. É preciso mostrar as informações e os dados em seu contexto para obter sentido, só as informações não são

suficientes. “Para ter sentido, a palavra necessita do texto, que é o próprio contexto, e o texto necessita do contexto no qual se enuncia” (MORIN, 2000, p.36). O global é mais que o contexto, é o conjunto das diversas partes ligadas a ele (todo) por meio interativo ou organizacional. Quando as partes estão isoladas, o todo tem qualidades que não são achadas nas partes, e certas qualidades das partes podem ser inibidas pelo controle do todo. É impossível conhecer as partes sem conhecer o todo e vice-versa. “É preciso efetivamente recompor o todo para conhecer as partes” (MORIN, 2000, p.37). As unidades complexas são multidimensionais, como por exemplo, o ser humano, ele é ao mesmo tempo um ser biológico, afetivo e racional. Não devemos separar as partes, o conhecimento apropriado deve reconhecer essa característica e deve enfrentar a complexidade. O complexo significa o que foi tecido junto, sendo a união entre a unidade e a multiplicidade (MORIN, 2000).

O paradigma da complexidade contrapõe-se ao paradigma da simplificação (redução/separação/disjunção), ou seja, que separa o problema do sujeito para ver apenas o objeto, que isola o objeto do sujeito e contexto. O paradigma da complexidade procura estabelecer a comunicação entre objeto e ambiente, a coisa observada e seu observador, além de dedicar-se a não sacrificar o todo à parte ou a parte ao todo (MORIN, 2005).

Como ciência, a complexidade busca uma forma de unidade complexa que compreende como interagem com o ambiente e como respondem à interação, baseia-se nos padrões de relacionamento entre si, bem como em que se sustentam, como se auto organizam e nos resultados que emergem destes relacionamentos. Envolve diferentes disciplinas científicas, assumindo um papel multi e interdisciplinar na busca de respostas a algumas perguntas fundamentais sobre a vida (VIEIRA; KLOCK; COSTA; ERDMANN, 2009).

Morin (2003) apresenta sete princípios básicos relacionados ao paradigma da complexidade, complementares e interdependentes entre si. São eles: Princípio sistêmico ou organizacional; Princípio hologrâmico; Princípio do circuito retroativo; Princípio do circuito recursivo; Princípio da autonomia/dependência; Princípio dialógico; Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento.

3.1.1 Princípios do Paradigma da Complexidade

O princípio sistêmico ou organizacional, que conecta o conhecimento das partes ao conhecimento do todo. O todo é maior que o conjunto das partes, sua organização produz qualidades novas em relação às partes consideradas isoladamente. É impossível conhecer as partes sem conhecer o todo ou vice-versa (MORIN, 2003).

O princípio hologrâmico põe em evidência o paradoxo das organizações complexas, onde a parte está no todo, como o todo está na parte. Cada célula é uma parte do organismo global, como a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula. Assim como a sociedade está presente em cada indivíduo através de sua linguagem, cultura, normas (MORIN, 2003).

O princípio do circuito retroativo permite o conhecimento dos processos auto reguladores. Rompe com o princípio da casualidade linear, já que o efeito retroage sobre a causa, permitindo a autonomia organizacional do sistema (MORIN, 2003).

O princípio do circuito recursivo ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização, sendo um circuito gerador. O ser humano é um produto de um sistema de reprodução e ao mesmo tempo produtor desse sistema, ele produz a sociedade através das interações e a sociedade produz a humanidade através da linguagem e cultura (MORIN, 2003).

O princípio da autonomia/dependência (auto-organização). Os seres humanos são auto organizadores, despendem energia para manter sua autonomia. Como tem necessidade de retirar energia de seu meio ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência. Os indivíduos desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura (MORIN, 2003).

O princípio dialógico une dois princípios que deviam excluir-se, mas são inseparáveis em uma mesma realidade. Como a dialógica da ordem/desordem/organização que está constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano. Permite assumir a inseparabilidade de fundamentos contraditórios para gerar um mesmo fenômeno complexo (MORIN, 2003).

O princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento. “Opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas” (MORIN, 2003, p.96).

A partir destes princípios, o desafio da complexidade em saúde exige um novo olhar à academia, serviços, usuários e gestores como forma de possibilitar um campo transdisciplinar que esteja sempre interagindo e trocando saberes, numa dinâmica construtiva e criativa (ROWE; HOGARTH, 2005). E também um novo olhar para o processo de morte e morrer do RN na UN.

3.1.2 O processo de morte e morrer sob a ótica do pensamento complexo

A fragmentação dos saberes torna-se impossível apreender “o que é tecido junto”, isto é, o complexo (MORIN, 2003). O cuidado ainda está pautado na visão fragmentada do ser humano. Isso acontece também com a morte, pois muitas pessoas lidam com o processo de morte e morrer como apenas uma parte separada do todo. Nessa pesquisa iremos tratar o óbito neonatal na visão do pensamento complexo proposto por Edgar Morin, tornando visível o contexto, o global, o multidimensional e o complexo.

Na formação dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, o processo de morte e morrer é abordado de forma fragmentada, a superficialidade das discussões não permite a ampliação da compreensão desse fenômeno (DIAS *et al.*, 2014). Há fragmentação das ações e dos saberes, tornando o conhecimento cada vez mais simplificador em relação à morte (MORIN, 2011). Na assistência de enfermagem é muito claro isso, muitos profissionais consideram a morte como aniquilação de viver e não como integrante do ciclo vital. É preciso instrumentalizar os profissionais para a compreensão complexa do fenômeno, para assim conseguirem lidar com essa questão no seu cotidiano (DIAS *et al.*, 2014).

A morte faz parte do cotidiano da prática multiprofissional de saúde. Ao integrá-la em suas discussões teórico-práticas, o profissional possivelmente se humaniza, sentindo-se confortável em buscar o entendimento do processo de morte-morrer, contribuindo para a qualificação do cuidado e a integração do processo vida e morte como dinâmica circular e vital (SUBUTZKI, 2017, p.70).

Abordar a temática do processo de morte e morrer na UN não é tarefa fácil, visto que o processo aflora sentimentos, desperta as experiências e lembranças vividas pelos profissionais de saúde, tanto na profissão como na vida pessoal, assim há a necessidade de aceitar que a própria existência e das pessoas com que convivemos tem uma finitude. Desse modo, precisa avançar em direção a um paradigma que proporcione o (re)conhecimento dos fenômenos complexos que envolvem todo processo (MORIN, 2011).

O cuidado no paradigma da complexidade requer do profissional responsabilidade, solidariedade, mudança no modo de compreender o ser humano, entendimento da realidade complexa para poder agir e cuidar. O ato de cuidar envolve estratégias para ruptura de paradigmas, construção e reconstrução de conhecimentos, integra a racionalidade e o amor, tendo como objetivo a autonomia e a liberdade (TERRA *et al.*, 2006).

Segundo Morin (2003) o ser humano é um ser natural que deve ser investigado na natureza física, mas se identifica através da cultura, pensamento e consciência. É um ser

complexo, ao mesmo tempo, um ser biológico e cultural. “Pelo nascimento, participamos da aventura biológica; pela morte, participamos da tragédia cósmica” (MORIN, 2003, p.36). Sendo assim, o profissional de saúde deve ter um olhar amplo para o processo de morte do RN e para a família, realizando um cuidado centrado no paciente como sendo um ser humano complexo que tem uma história, cultura, religião, como um ser único.

No processo de morte e morrer na dimensão interativa-familiar na visão da complexidade, o profissional precisa ter um olhar multidimensional e contextualizado, possibilitar um ambiente acolhedor e restaurador, através do vínculo, preparar a família para conviver com o óbito e aceitação (SUBUTZKI, 2017).

Para alguns discentes de enfermagem a morte é parte integrante do ciclo vital humano, não é (re)conhecida como um fenômeno fragmentado ou de interrupção da vida, mas como um evento pertencente ao processo de viver. Na graduação deve-se abordar a temática como um processo de continuidade do ciclo vital e não de quebra/ruptura, precisa ter espaços para discussão e reflexão, revendo o paradigma de que a morte é o rompimento da vida (DIAS *et al.*, 2014).

A morte de um RN, para muitos profissionais, é a interrupção da ordem natural do ciclo vital, o normal seria a pessoa nascer, crescer, desenvolver e morrer. É compreendida como evento pontual e não parte integrante do ciclo da vida. Essa visão traduz-se num pensamento linear e simplificado, com isso passível de tristeza, dor e sofrimento (SUBUTZK; LOMBA; BACKES, 2018).

O processo de morte e morrer em UTIN desenvolvido a luz do pensamento complexo:

...se caracteriza como processo singular, multidimensional e complexo, que não se limita em evento pontual e/ou um fim em si mesmo. A morte transcende o conhecimento simplificado e reducionista e alcança um pensamento que, ampliado, integra e direciona a circularidade integrativa da dinâmica vital, sobretudo, no contexto da neonatologia (SUBUTZKI, 2017, p.70).

O pensamento da complexidade possibilita uma dialógica entre a ordem, a desordem e a organização, sendo que o fenômeno desta pesquisa se utiliza fortemente deste princípio do paradigma da complexidade. A vida não é considerada apenas ordem, como a morte não é considerada apenas desordem, e que há certezas e incertezas ao longo da vida (MORIN, 2003). A partir dessa contestação deve-se trabalhar com os profissionais de saúde a morte como uma unidade complexa e que pode/necessita ser compreendida como um processo

natural, universal e inerente à vida. Assim, o cuidado requer dos profissionais de saúde sensibilidade, envolvimento, empatia, olhar ampliado e não fragmentado, comunicação e sabedoria para resolver e encarar as incertezas (CANTÍDIO; VIEIRA; SENA, 2011).

É importante entender este cuidado como processo dinâmico que implica a construção de redes não-lineares, que atravessam as diversas áreas do saber. Neste sentido, o processo de cuidar é um coletivo constituído pela totalidade das práticas, das atitudes e do conhecimento dos vários profissionais que dão sustentação à dinâmica do cuidado, sustenta-se na ação e no saber compartilhado dos profissionais e no trabalho em equipe que se expresse na cumplicidade da teia entre usuários-clientes e profissionais (VIEIRA; KLOCK; COSTA; ERDMANN, 2009).

A morte de um RN é considerada complexa, como um fenômeno incerto e inexplicável, apesar de muitas vezes ser inevitável. Para alguns profissionais a morte desperta para uma nova ordem existencial, para autorreflexão e autoanálise referente às relações de trabalho e os familiares. De alguma forma o óbito neonatal mobiliza os profissionais e “todos passam a conviver em contínuo processo de ordem-desordem-ordem isto é, num processo de ser-para-a-morte” (SUBUTZKI; LOMBA; BACKES, 2018, p.74).

Para Morin (2000) o conhecimento é a navegação em um oceano de incertezas, entre arquipélagos de certezas. Assim como nossa vida que pode ser considerada uma aventura, pois nosso destino implica numa incerteza, até no que temos absoluta certeza, que é da morte, pois não sabemos quando vai ocorrer e nem o motivo (MORIN, 2003). A morte ainda é vista como um evento distante da dinâmica da vida (SUBUTZKI; LOMBA; BACKES, 2018). Quando a morte acontece com um RN muitas vezes não se pode compreender, um ser tão pequeno e indefeso, não se espera que a morte aconteça para uma vida que ainda nem começou. Acredita-se que a promoção de reflexões acerca da morte através do pensamento complexo constitui em estratégia para a transformação do cuidado na UN e para que os profissionais repensem suas atitudes frente à morte.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo configura-se como uma pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante de dados combinando abordagens quantitativas e qualitativas. A pesquisa de métodos mistos possibilita a realização de estudos com desenhos metodológicos diferentes, produzindo dados complementares e assim contribuindo para uma interpretação mais completa e abrangente do fenômeno pesquisado (SANTOS *et al.*, 2017).

Quatro aspectos influenciam o planejamento para um estudo de métodos mistos: a distribuição do tempo, a atribuição de peso, a combinação e a teorização, como mostra o Quadro 3 (CRESWELL, 2010).

Quadro 3 - Aspectos a serem considerados no planejamento de pesquisas

| Distribuição de tempo | Atribuição de peso | Combinação | Teorização |
|--|---------------------------|-------------------|-------------------|
| Sequência não ocorrida | Igual | Integração | Explícita |
| Dados qualitativos coletados primeiro | Qualitativo | Conectando | |
| Dados quantitativos coletados primeiro | Quantitativo | Incorporando | Implícita |

Fonte: adaptado de Creswell (2010).

Na distribuição do tempo na coleta dos dados qualitativos e quantitativos deve ser considerado se os dados vão ser coletados em fases ou ao mesmo tempo. Quando é coletado sequencialmente é indiferente qual vem primeiro. Quando os dados são coletados concomitantemente, tanto os dados qualitativos quanto os dados quantitativos são coletados ao mesmo tempo, e a implementação é simultânea. É recomendado que os pesquisadores avaliem o tempo para coleta de dados evitando visitar muitas vezes o campo, quando não há a possibilidade de um período extenso (CRESWELL, 2010).

Um segundo fator para o planejamento é a atribuição do peso. Em alguns estudos o peso da pesquisa quantitativa ou qualitativa pode ser igual, em outros pode enfatizar uma ou outra. A prioridade atribuída depende do interesse do pesquisador, do público e o que busca enfatizar no estudo (CRESWELL, 2010).

A combinação de dados pode ocorrer em diversos estágios da pesquisa e é importante apresentar quando ocorre a combinação de dados. Os dados podem estar conectados quando temos dois bancos de dados separados, porém conectados, uma combinação da pesquisa quantitativa e qualitativa está conectada entre uma análise de dados da primeira fase da pesquisa e a coleta de dados da segunda fase. Os dados podem ser integrados quando há a coleta de dados qualitativos e quantitativos concomitantemente e os dois bancos de dados são integrados, fundindo os dados quantitativos aos dados qualitativos. A incorporação ocorre quando se coletam dados secundários que têm papel de apoio para as informações de um banco de dados principal (CRESWELL, 2010).

Um fator final a ser considerado se há uma teoria que guia a pesquisa de método misto. Todos os pesquisadores utilizam teorias para suas investigações, podendo estar explícitas ou implícitas e não mencionadas (CRESWELL, 2010).

Após o planejamento do método misto a partir da definição da distribuição do tempo, atribuição de peso, combinação e teorização, há seis estratégias para o pesquisador escolher. São elas: estratégia explanatória sequencial, exploratória sequencial, transformativa sequencial, paralelo-convergente, incorporada concomitante e transformativa concomitante, são descritas no quadro a seguir (Quadro 4) (CRESWELL; CLARK, 2013).

Quadro 4 - Principais estratégias de métodos mistos

| Estratégia | Definição |
|---------------------------|---|
| Explanatória sequencial | É caracterizada pela coleta e análise de dados quantitativos em uma primeira fase da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados qualitativos em uma segunda fase que é desenvolvida sobre os resultados da primeira fase. O peso maior é atribuído aos dados quantitativos. |
| Exploratória sequencial | É caracterizada pela coleta e análise de dados qualitativos em uma primeira fase da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados quantitativos em uma segunda fase que é desenvolvida sobre os resultados da primeira fase. O peso maior é atribuído aos dados qualitativos. |
| Transformativa sequencial | É um projeto de duas fases que tem uma lente teórica se sobrepondo aos procedimentos sequenciais. Tem uma fase inicial que pode ser quantitativa ou qualitativa, seguida de uma segunda fase qualitativa ou quantitativa, a qual se desenvolve sobre a fase anterior. |
| Paralelo-convergente | O pesquisador coleta concomitantemente os dados quantitativos e os qualitativos e depois compara os dois bancos de dados para determinar se há convergência, diferenças ou alguma combinação. |
| Incorporada concomitante | É definida por uma fase de coleta de dados quantitativos e |

| | |
|-----------------------------|---|
| | qualitativos ao mesmo tempo (método predominante). É uma fase secundária que pode ser qualitativa ou quantitativa (método secundário). A combinação dos dois métodos significa integrar as informações. |
| Transformativa concomitante | É guiada pelo uso de uma teoria específica e também a coleta de dados quantitativos e qualitativos ao mesmo tempo. Essa estratégia pode ter um método incorporado no outro. |

Fonte: adaptado de Creswell e Clark (2013).

A partir do conhecimento sobre os aspectos que influenciam o planejamento do método misto e das estratégias de investigação, optamos pela estratégia explanatória sequencial, em que primeiro realizamos a coleta de dados quantitativos e após a coleta dos dados qualitativos, direcionando a coleta dos dados qualitativos a partir dos dados da coleta quantitativa. Assim, serão desenvolvidos dois estudos: estudo quantitativo com delineamento transversal e estudo qualitativo descritivo com análise de dados orientada pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A pesquisa quantitativa se pauta em pressupostos positivistas, na objetivação e generalização dos resultados, além de empregar a quantificação na coleta de dados e na análise dos dados mediante procedimentos estatísticos (SOUZA; KERBAUY, 2017). No delineamento transversal as medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período, um ponto forte é que esses estudos são rápidos e de baixo custo (HULLEY et al., 2008).

A pesquisa qualitativa permite a compreensão do contexto investigado e a integração dos participantes no estudo. Entre as possibilidades de pesquisa qualitativa destaca-se a pesquisa descritiva. As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinadas populações, fenômenos ou estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002). O processo de análise será norteado pela TFD, uma vez que seu objetivo é construir uma teoria ou modelo teórico que tenha fundamentação nos dados. Ela permite a construção de realidades pouco exploradas, como é o caso do óbito neonatal, e possibilita produção de conhecimento para mudança da prática profissional (KOERICH *et al.*, 2018).

Além destas estratégias metodológicas foi realizada ao final do estudo a avaliação do Modelo de cuidado pelos profissionais de saúde. A partir da avaliação o pesquisador recebe sugestões para o aperfeiçoamento do instrumento (BRAGA, 2004).

Para garantir o rigor metodológico deste estudo seguimos as recomendações do Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) versão 2018, uma ferramenta para avaliação crítica da qualidade metodológica de estudos de métodos mistos (HONG *et al.*, 2018).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em Maternidades e Hospitais que possuem Unidades Neonatais públicas da região de Florianópolis do estado de Santa Catarina, sendo uma Instituição estadual e uma federal, totalizando duas Instituições. Assim, esta investigação foi realizada na Maternidade Carmela Dutra (MCD) por ser referência no atendimento de alto risco e no Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH por ser referência nacional do Método Canguru.

A MCD é uma maternidade pública estadual, localizada na cidade de Florianópolis, capital de Santa Catarina (SC), Brasil. Foi inaugurada em 1955, conta com mais de 500 funcionários e é referência terciária na atenção obstétrica e neonatal para o estado de SC. Esta instituição atua como hospital de ensino, sendo cenário de campo para atividades teórico-práticas e estágios supervisionados de acadêmicos de enfermagem, medicina, fisioterapia, além de residência médica em obstetrícia, ginecologia, neonatologia e oncologia ginecológica. Recebeu o Título Hospital Amigo da Criança em 1996, possui o Banco de Leite Humano (BLH) e central de informações de aleitamento materno desde 1979, sendo o pioneiro no estado de SC. O BLH recebeu o certificado de excelência na categoria ouro da Fiocruz em 2014. Além disso, recebeu o “Prêmio Dr. Pinotti de Hospital Amigo da Mulher”, em 2013 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2010).

Atualmente dispõe de 104 leitos destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico, oncológico e neonatal com importantes serviços, sendo 100 leitos ativos. Nasceram aproximadamente 3,7 mil bebês por ano. O serviço de neonatologia é referência no atendimento aos RN. A UN conta com dez leitos de tratamento intensivo neonatal e sete leitos de cuidados intermediários neonatais convencionais. A unidade conta com uma equipe interprofissional composta por 16 médicos neonatologistas, 12 enfermeiras, 37 técnicos de enfermagem, 5 fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, residentes de neonatologia, uma escriturária e duas auxiliares de limpeza que se revezam. Também recebe o apoio de uma assistente social e uma psicóloga (SAME, 2015).

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), é um hospital

federal, localizado em Florianópolis, SC, Brasil. Suas obras foram iniciadas em 1964, mas somente foi inaugurado em 1980. Inicialmente instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI Adulto. Em outubro de 1995 foi inaugurada a Maternidade, no segundo andar do HU, onde se encontram a Triagem Obstétrica, o Centro Obstétrico, o Alojamento Conjunto, a Unidade Neonatal e a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2020).

A maternidade do HU recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em 1997, em 2000 recebeu o prêmio Professor Galba de Araújo pela humanização do parto. Desde o ano de 2000 é um Centro Nacional de referência do Método Canguru para o Ministério da Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2020).

A UN possui 12 leitos habilitados, sendo seis leitos de UTIN e seis leitos distribuídos de acordo com a demanda, entre a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a UCINCa. A equipe interprofissional de saúde que atua neste setor é composta por 19 médicos neonatologistas, 10 enfermeiras, 37 técnicos de enfermagem, uma secretária de clínica, uma psicóloga, oito fisioterapeutas, três fonoaudiólogas, uma assistente social, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional e residentes destas diversas áreas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2020).

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa deu-se através de diferentes estratégias metodológicas e para facilitar a compreensão do leitor, iremos descrever cada etapa separadamente. A seguir apresentam-se as especificidades da população e amostra do estudo, coleta e análise dos dados quantitativos (1ª. etapa da pesquisa), qualitativos (2ª. etapa) e de avaliação do modelo (3ª. etapa).

4.3.1 Estudo quantitativo – 1ª. Etapa

Nesta etapa foi realizado um estudo transversal com o objetivo de identificar atitudes dos profissionais em relação ao processo de morte e morrer.

4.3.1.1 População e amostra do estudo

A população do estudo foi a equipe de saúde de nível superior atuante nas UN. O cálculo do tamanho mínimo da amostra (n) foi realizado no Sistema Sestatnet® da Universidade Federal de Santa Catarina. O cálculo foi baseado nos seguintes parâmetros de Estimação de percentual - variável qualitativa: erro amostral de 5%; nível de confiança de 95%; perda amostral de 10%.

O cálculo da amostra foi realizado com os profissionais de saúde de nível superior. A equipe de saúde é constituída por: 36 profissionais na UN da Maternidade Carmela Dutra e 44 profissionais na UN do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Totalizando (N) = 80 profissionais de saúde. De acordo com os cálculos do Sestatnet® se estabeleceu como amostra (n) 66 profissionais conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3 - Cálculo Amostral

| LabStat | | Tamanho Mínimo da Amostra | |
|---------------------------------|--------------------|---------------------------|--|
| Estimação de Percentual | | | |
| Tamanho da População | 80 | | |
| Precisão da Estimativa | 50 ± 5% | | |
| Nível de Confiança | 95% | | |
| Tamanho da Amostra | 66 | | |
| Perda Amostral | Nenhuma | | |
| Para outros níveis de Confiança | | | |
| Nível de Confiança | Tamanho da Amostra | | |
| 99,9% | 74 | | |
| 99% | 71 | | |
| 90% | 62 | | |

Fonte: Sistema Sestatnet®, 2020.

A amostra do estudo foi do tipo estratificado por conveniência considerando os diferentes grupos de profissões. Sendo convidados a participar do estudo os profissionais de saúde atuantes nas UN. A amostragem por conveniência envolve o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes (POLIT; BECK, 2011).

Os critérios de inclusão: profissional de saúde atuante em uma das instituições de estudo; tempo de atuação em UN no mínimo de seis meses. Os critérios de exclusão: foram excluídos os participantes que estavam de férias, licença prêmio e em tratamento de saúde no período da coleta de dados.

4.3.1.2 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e ocorreu no período de julho a setembro de 2020. Antes disso, foi feito contato com as chefias das UN para apresentação do estudo e das formas de participação e onde foi

solicitado envio do convite e informações aos profissionais de saúde. Ao aceitar participar da pesquisa, os profissionais receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Os instrumentos foram disponibilizados no Google forms®, as orientações e o link para acesso foram enviados as chefias do setor que encaminharam para o email dos profissionais que concordaram em participar da pesquisa. Os participantes tiveram um prazo de vinte dias para finalizar essa etapa. Para atingir a amostra do estudo, foi também disponibilizada nas unidades, versão impressa do questionário de coleta de dados e alguns profissionais responderam desta forma.

O questionário foi composto por dois instrumentos:

1º Instrumento: permitiu a caracterização pessoal e profissional dos participantes (Apêndice B).

O primeiro instrumento abordou os aspectos pessoais, como: idade, sexo, estado civil; e os aspectos profissionais: instituição em que trabalha, tempo de conclusão da graduação, tempo de experiência, formação profissional e tempo de trabalho na UN.

Na categorização do estudo as variáveis independentes foram classificadas usando dados pessoais e profissionais da equipe de saúde (Quadro 5).

Quadro 5 - Categorização das variáveis pessoais e profissionais da equipe de saúde

| Variável | Natureza | Categoria |
|-------------------------|-----------------------|---|
| Idade | Quantitativa/Discreta | Em anos completos – dado fornecido pelo respondente |
| Sexo | Qualitativa/Nominal | Masculino Feminino |
| Estado civil | Qualitativa/Nominal | Solteiro Viúvo Casado Separado Divorciado Outros |
| Instituição de trabalho | Qualitativa/Nominal | Privada Pública Privada e Pública |
| Categoria profissional | Qualitativa/Nominal | Enfermeiro Médico Psicólogo Fisioterapeuta Assistente Social Fonoaudiólogo |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------|---|
| | | Nutricionista Terapeuta Ocupacional Outra |
| Tempo de conclusão da graduação | Quantitativa/Discreta | Em anos completos – dado fornecido pelo respondente |
| Tempo de experiência | Quantitativa/Discreta | Em anos completos – dado fornecido pelo respondente |
| Formação profissional | Qualitativa/Nominal | Graduação Aprimoramento Residência Especialização Mestrado Doutorado Outros |
| Tempo de trabalho na unidade | Quantitativa/Discreta | Em anos completos – dado fornecido pelo respondente |

Fonte: elaborado pela autora.

2º Instrumento: versão adaptada e validada do *Death Attitude Profile – Revised* (DAP-R) para o contexto brasileiro (Anexo A) (MACHADO et al., 2019).

O segundo instrumento denominado como “Perfil de Atitudes frente à Morte – Revisado (PAM-R)”, contém uma série de afirmações sobre diferentes atitudes em relação à morte sob o ponto de vista positivo (aceitação) e negativo (medo, ansiedade e o evitar pensar ou falar sobre a morte), foi traduzido, adaptado e validado para uso no contexto brasileiro. As atitudes frente à morte influenciam nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde a pacientes em processo de morte e morrer (MACHADO et al., 2019).

O PAM-R é constituído por 32 itens e dividido em cinco dimensões: medo (7 itens), evitamento (5 itens), aceitação neutral/neutralidade (5 itens), aceitação como aproximação (10 itens) e aceitação como escape (5 itens). A escala de medida utilizada é do tipo Likert, cuja pontuação varia entre um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente) pontos (MACHADO et al., 2019).

Cada dimensão é calculada pela soma de seus itens correspondentes: “Medo da morte” (1, 2, 7, 18, 20, 21 e 32), “Evitar a morte” (3,10, 12, 19 e 26), “Aceitação natural” (6, 14, 17, 24 e 30), “Aceitação como transcendência” (4, 8, 13, 15,16, 22, 25, 27, 28 e 31) e “Aceitação como fuga” (5, 9, 11, 23 e 29) (MACHADO, 2016). As somas totais de cada dimensão são transformadas em médias, dividindo o valor obtido pelo número de itens que constituem a dimensão. Assim, obtém-se uma média de valores como resultado para cada tipo

de atitude que o indivíduo manifesta e sabe-se qual é a predominante (MACHADO *et al.*, 2019).

Todos os dados coletados a partir dos instrumentos foram tabulados no Google spreadsheets® e analisados com o auxílio de um profissional. Como variáveis de interesse do estudo foram consideradas as respectivas pontuações totais dos domínios da Escala do PAM-R: Medo da Morte, Evitar a Morte, Aceitação Natural, Aceitação como Transcendência e Aceitação como fuga.

As variáveis independentes utilizadas para o estudo foram: a idade (anos), instituição de trabalho (A, B), tempo de conclusão da graduação (anos), tempo de experiência profissional (anos), tempo de trabalho na unidade (anos), formação profissional (residência, especialização, mestrado, doutorado) e categoria profissional (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, outros).

Para avaliar a existência de correlação entre os domínios da escala, bem como entre os domínios da escala com idade e os respectivos tempos de trabalho, experiência profissional e na unidade de trabalho foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Já para efetuar a comparação dos domínios da escala entre as instituições de trabalho foi utilizado o teste Mann-Whitney.

As comparações dos domínios da escala pelas variáveis da formação profissional, bem como da categoria profissional foram realizadas pelo teste de Kruskal-Wallis. Em caso de detecção de diferença entre os grupos foi utilizado o procedimento de comparações múltiplas de Dunn (DUNN, 1964) com correção de significância pelo método de Holm (HOLM, 1979). Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$) e o uso do programa R (R Core Team, 2021) versão 4.1.2.

A partir da utilização do instrumento DAP-R foram mensuradas as atitudes dos profissionais de saúde frente à morte e por meio dos resultados escolhidos os participantes para a etapa da pesquisa qualitativa e construção do Modelo de Cuidado. Foram convidados os participantes que apresentaram uma média maior de “Aceitação Positiva”.

4.3.2 Estudo qualitativo – 2ª. etapa

Nesta etapa foi realizado um estudo qualitativo descritivo com análise de dados orientada pela Teoria Fundamentada nos Dados com o objetivo de compreender como os

profissionais de saúde de UN vivenciam o cuidado ao óbito neonatal e desenvolver um Modelo de Cuidado ao RN e sua família no óbito neonatal em UN.

4.3.2.1 População e amostra do estudo

A população do estudo foi constituída pela equipe de saúde de nível superior atuante nas UN. A escolha dos participantes levou em consideração a análise prévia dos dados do estudo quantitativo, sendo incluídos os profissionais que obtiveram escore maior que cinco nas dimensões que expressam atitudes positivas em relação à morte (aceitação natural, aceitação como transcendência e/ou aceitação como fuga) e menor ou igual a 3 no medo da morte e evitar morte (atitudes negativas) no instrumento PAM-R.

Foram escolhidos os profissionais que apresentaram atitudes mais positivas frente à morte, pois acredita-se que as atitudes dos profissionais frente à morte podem influenciar na qualidade, no cuidado e no comportamento desses profissionais com o RN e sua família que vivencia o óbito. Foram selecionados 20 participantes, sendo dez de cada Instituição. Destes, 13 profissionais aceitaram participar desta etapa.

4.3.2.2 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados aconteceu no período de março a maio de 2021, através de entrevista online individual com questões abertas. Para a realização da entrevista foi criado um instrumento (Apêndice C), em que foram coletadas informações socioprofissionais dos participantes e, na sequência, questões abertas para explorar as experiências dos profissionais em relação ao óbito neonatal.

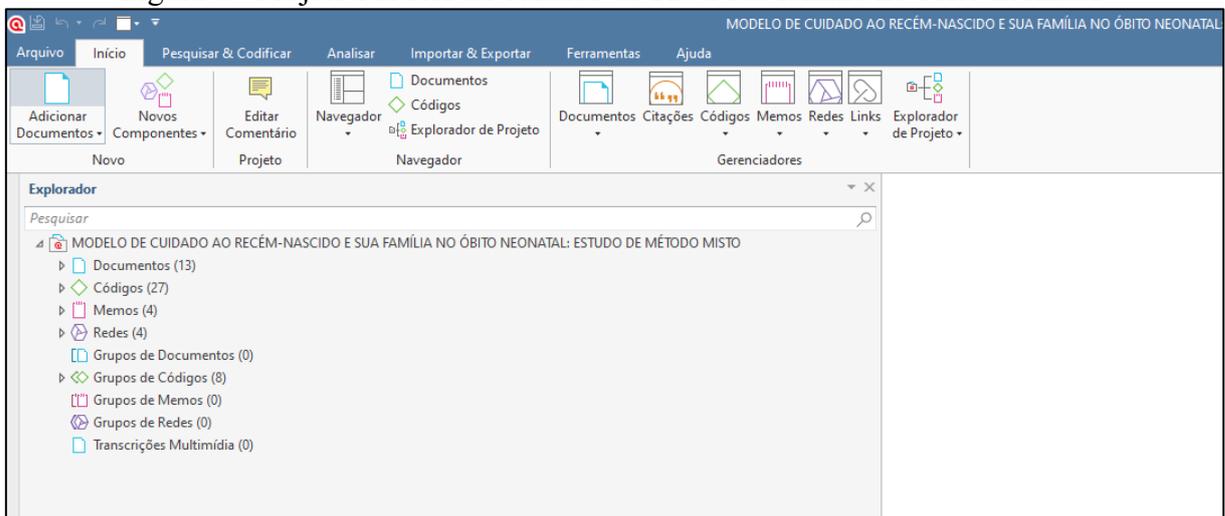
As entrevistas foram agendadas por e-mail em dia e horário de maior comodidade para os participantes. Foram realizadas através do Google Meet e gravadas com o objetivo de captar na íntegra as falas dos participantes e as gravações foram armazenadas em computador e com sincronismo com armazenamento na nuvem. As entrevistas foram transcritas na íntegra utilizando o Microsoft Office Word® e inseridas no software Atlas.ti 9.0, onde foi realizado o processo de codificação e organização dos dados. O programa Atlas.ti é um programa CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*) que facilita a análise dos dados qualitativos e possibilita a organização e codificação das informações coletadas (FRIESE, 2012).

Os dados foram coletados seguindo as lacunas da teoria emergente, até saturar as categorias. A organização dos dados iniciou com a construção de um projeto através do Atlas.ti 9.0, constituído pelas entrevistas. Cada documento foi inserido como um documento primário, totalizando 13 documentos. Nessa etapa, a função do Atlas.ti 9.0 foi auxiliar na codificação (códigos) dos trechos dos depoimentos (citações) em unidades temáticas de significado semelhantes (grupos).

Para análise de dados foi utilizado o sistema de codificação da TFD. Primeiro por meio de uma fase inicial com denominação de cada seguimento que envolveu o exame detalhado frase por frase (códigos), seguida por uma fase focalizada, no qual os códigos mais significativos e/ou frequentes foram utilizados para organizar grande quantidade de dados em categorias e subcategorias (grupos) e a fase axial relacionando as categorias e às subcategorias (grupos) (CHARMAZ, 2009).

Os 13 documentos que constituem o Projeto no Atlas ti (Figura 4) deram origem a 379 citações, as quais foram agrupadas com o auxílio de 27 códigos (fase inicial), que fundamentaram a criação de oito grupos de códigos (fase focalizada) e três categorias (fase axial).

Figura 4 - Projeto Modelo de cuidado ao RN e sua família no óbito neonatal



Fonte: pesquisa de campo Atlas ti.

Os grupos - estratégias e condutas utilizadas no cuidado ao óbito neonatal (Figura 5) com três códigos e individualizando o cuidado com a família (Figura 6) com seis códigos - deram origem a categoria: o cuidado da família no processo de morte e morrer do recém-nascido.

Figura 5 - Estratégias e condutas utilizadas no cuidado ao óbito neonatal

| Nome | Magnitude |
|--|-----------|
| ◇ Abrindo espaço para outros familiares acompanhar o processo de óbito do RN | 14 |
| ◇ Pensando em novas condutas/estratégias | 31 |
| ◇ Reconhecimento do bebê pela família no óbito | 2 |

Fonte: elaborado pela autora Atlas ti.

Figura 6 - Individualizando o cuidado com a família

| Nome | Magnitude |
|--|-----------|
| ◇ Acolhendo a família | 44 |
| ◇ Ajudando a minimizar a perda | 30 |
| ◇ Buscando a rede de apoio da família | 3 |
| ◇ Colocando-se no lugar do outro | 9 |
| ◇ Comunicando aos pais a notícia do óbito | 16 |
| ◇ Individualizando o cuidado com a família | 35 |

Fonte: elaborado pela autora Atlas ti.

Os grupos - cuidando do RN como ser único (Figura 7) com seis códigos e o ambiente no processo de morte do RN (Figura 8) com dois códigos - deram origem a categoria: estratégias facilitadoras de cuidado ao RN no processo de morte e morrer.

Figura 7 - Cuidando do RN como ser único

| Nome | Magnitude |
|---|-----------|
| ◇ Cuidando de modo paliativo | 15 |
| ◇ Cuidando do bebê no momento do óbito | 16 |
| ◇ Cuidando do recém-nascido como ser único | 6 |
| ◇ Entregando lembranças do bebê para os pais | 12 |
| ◇ Facilitando o processo de cuidado ao RN e família | 29 |
| ◇ Pensando em novas condutas/estratégias | 31 |

Fonte: elaborado pela autora/Atlas ti.

Figura 8 - O ambiente no processo de morte do RN

| Nome | Magnitude |
|--|-----------|
| ◇ Alocando o bebê num local mais reservado~ | 18 |
| ◇ Permanecendo no mesmo cenário que ocorreu o óbito neonatal | 7 |

Fonte: elaborado pela autora/Atlas ti.

Os grupos - acolhendo a equipe no processo de morte (Figura 9) com quatro códigos, trabalhando como equipe no cuidado ao óbito neonatal (Figura 10) com um código, dificuldades da equipe em relação ao óbito neonatal (Figura 11) com dois códigos e

vivenciando o processo de morte (Figura 12) com quatro códigos - deram origem a categoria: vivenciando o óbito neonatal como equipe de saúde.

Figura 9 - Acolhendo a equipe no processo de morte

| Nome | Magnitude |
|---|-----------|
| ◇ Acolhendo a equipe | 12 |
| ◇ Capacitando a equipe sobre a morte | 17 |
| ◇ Conversando sobre a morte com a equipe | 16 |
| ◇ Usando estratégias para trabalhar o tema da morte | 9 |

Fonte: elaborado pela autora/Atlas ti.

Figura 10 - Trabalhando como equipe no cuidado ao óbito neonatal

| Nome | Magnitude |
|---------------------------|-----------|
| ◇ Trabalhando como equipe | 17 |

Fonte: elaborado pela autora/Atlas ti.

Figura 11 - Dificuldades da equipe em relação ao óbito neonatal

| Nome | Magnitude |
|--|-----------|
| ◇ Despreparo da equipe | 13 |
| ◇ Dificuldade da equipe em relação ao óbito neonatal | 33 |

Fonte: elaborado pela autora/Atlas ti.

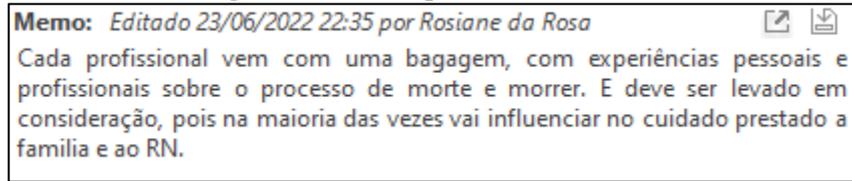
Figura 12 - Vivenciando o processo de morte

| Nome | Magnitude |
|---|-----------|
| ◇ Abordando o tema da morte com dificuldade | 31 |
| ◇ Aceitando como natural a morte | 12 |
| ◇ Lidando com a morte~ | 19 |
| ◇ Sentindo emoções em relação ao óbito | 25 |

Fonte: elaborado pela autora/Atlas ti.

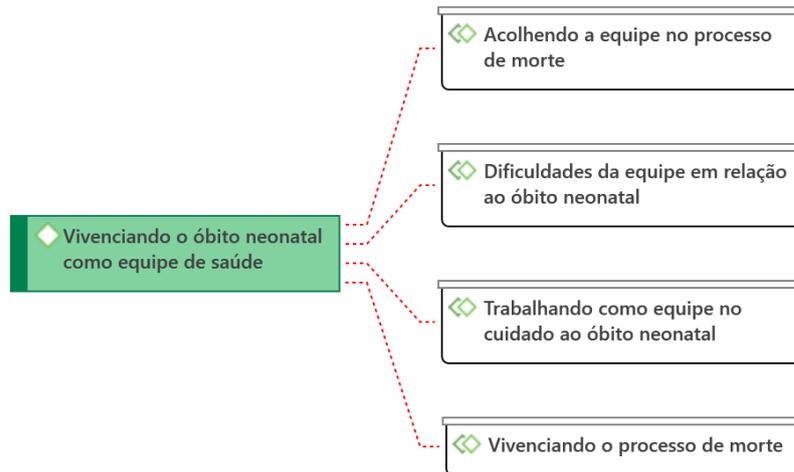
No decorrer da fase de análise dos dados, uma etapa intermediária fundamental foi à redação de memorandos (Figura 13) e elaboração de diagramas (Figura 14). Os memorandos são construídos em todo o processo, caracterizados como registros escritos de análise que contêm os produtos de codificação. Já os diagramas caracterizam-se por representar graficamente a relação entre os conceitos (CHARMAZ, 2009).

Figura 13 - Exemplo de Memorando



Fonte: elaborado pela autora/Atlas ti.

Figura 14 - Exemplo de Diagrama



Fonte: elaborado pela autora/Atlas ti.

A partir da análise das entrevistas podem-se identificar as palavras mais citadas pelos profissionais que auxiliaram na construção do modelo (Figura 15).

Figura 15 - Nuvem de palavras



Fonte: elaborado pela autora/Atlas ti.

Na construção do modelo foram utilizadas as categorias e suas respectivas subcategorias. Colocando ao centro o ser humano (RN, família e equipe) e direcionando os

cuidados. Os diagramas, os memorandos e a nuvem de palavras auxiliaram durante todo o processo.

4.3.3 Etapa de avaliação – 3ª. Etapa

Nesta etapa foi realizada avaliação com o objetivo de determinar a validade de conteúdos e de layout do Modelo de Cuidado ao RN e família que vivencia o óbito neonatal pelos profissionais.

4.3.3.1 População e amostra do estudo

Para etapa de avaliação do Modelo de Cuidado foram convidados vinte profissionais que participaram da primeira e/ou segunda etapas da pesquisa. Destes, 14 aceitaram participar dessa etapa. Entre eles, médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social, psicóloga e terapeuta ocupacional.

4.3.3.2 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada de abril a maio de 2022. Para esta etapa foi construído um questionário (Apêndice D) que se fundamentou no instrumento de avaliação de modelos de cuidado (ROCHA, 2008) utilizando a escala de medida do tipo Likert cuja pontuação variou de um a cinco, para que os profissionais validassem o conteúdo e/ou fizessem sugestões de modificações. O questionário juntamente com o Modelo de Cuidado foi disponibilizado no Google forms®, as orientações e o link para acesso foram enviados para o e-mail dos profissionais que tiveram um prazo de 15 dias para finalizar essa etapa.

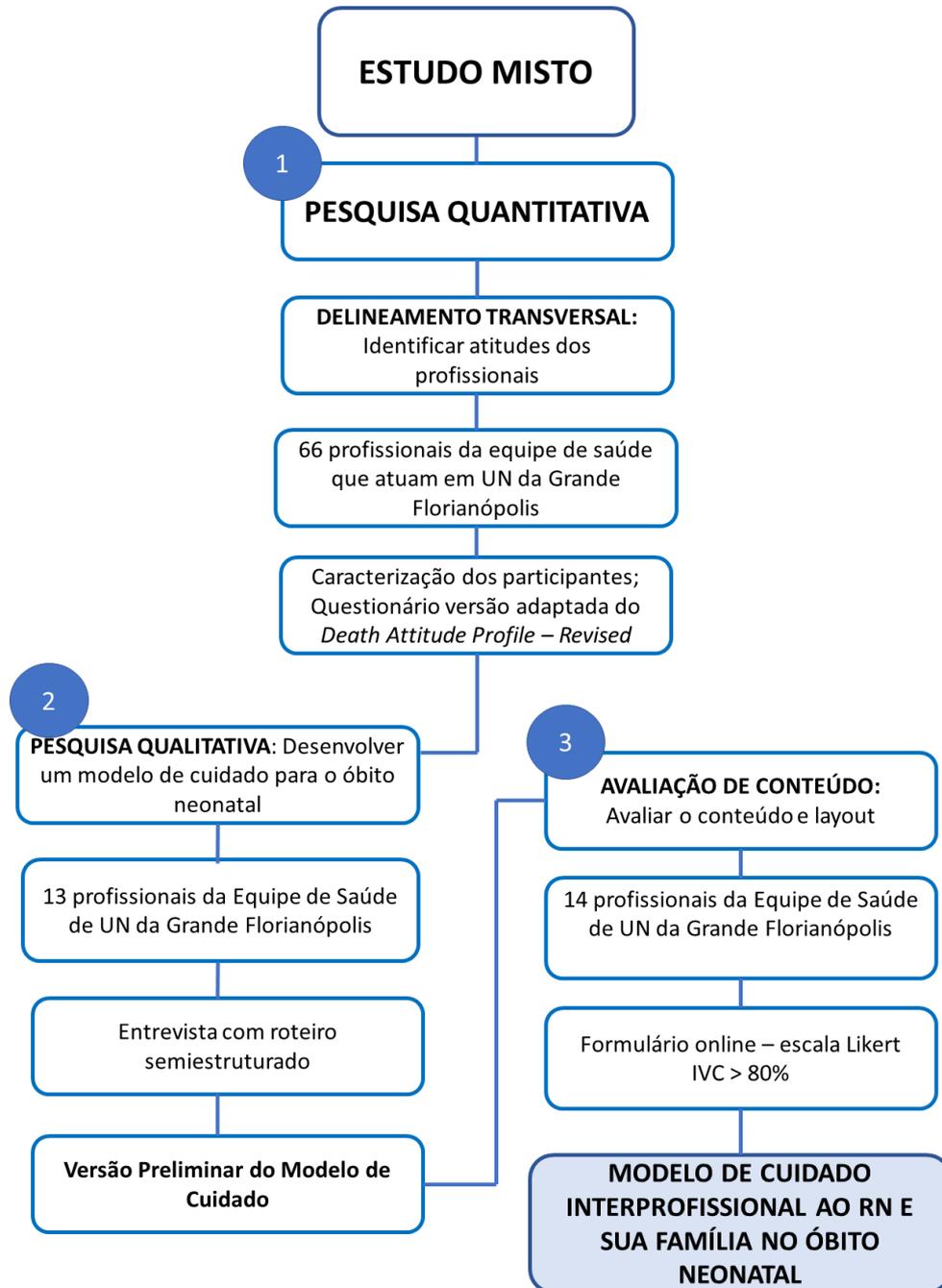
Para calcular o nível de concordância entre os profissionais sobre cada item do modelo de cuidado foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mensura a porcentagem de profissionais que estão em concordância sobre determinadas informações do instrumento e seus itens, sendo que para a verificação da validade do Modelo de cuidado deve haver uma concordância mínima de 80% (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Os dados foram tabulados no Google spreadsheets® e analisados levando em conta o IVC. Sendo necessária apenas uma rodada para avaliação, pois com esta atingiu um nível de concordância maior que 80%. Após a análise dos dados foram realizadas as correções

sugeridas, dando origem a versão final do Modelo de Cuidado (Apêndice E). Para esta versão final foi contratada uma design.

Para sintetizar a descrição dos aspectos metodológicos do estudo e facilitar a compreensão das diferentes etapas, apresenta-se um fluxograma (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**).

Figura 16 - Fluxograma representativo da operacionalização do estudo



Fonte: elaborado pela autora, 2022.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para nortear o estudo em relação aos princípios e questões éticas foi utilizada a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que garante o anonimato, o direito de voluntariedade e desistência dos sujeitos da pesquisa em qualquer momento ou etapa da mesma (BRASIL, 2012). A pesquisa foi enviada para apreciação e autorização da Comissão Interna de Avaliação de Projeto de pesquisa da MCD e para Gerência de Ensino e Pesquisa do HU/UFSC/EBSERH. Após para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina e foi aprovado sob parecer nº. 4.164.282 e CAAE: 32933820.0.0000.0121 (Anexo B).

Os participantes da pesquisa informaram concordância com TCLE que manifestou sua autorização à participação na pesquisa. Os mesmos foram informados sobre os objetivos do estudo e sobre a garantia de sigilo, anonimato, liberdade de participação e desistência a qualquer momento. Para garantir o anonimato os participantes foram identificados pela letra “P” (profissional) seguida do número sequencial (P1, P2, P3... P13).

Esta pesquisa trará benefícios para o RN, sua família e para a equipe de saúde, pois propiciará uma assistência mais segura e qualificada. O risco da pesquisa foi o desconforto relacionado ao tempo dispensado para participar da pesquisa e possíveis sentimentos gerados ao lembrar de situações de sua experiência prática.

5 RESULTADOS

Os resultados desta Tese estão descritos a seguir em formato de manuscritos, atendendo os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Doutorado em Enfermagem, conforme Instrução Normativa 02/PEN/2021 do Programa de Pós-graduação da UFSC.

5.1 MANUSCRITO 2: ATITUDES DA EQUIPE DE SAÚDE NEONATAL FRENTE AO PROCESSO DE MORTE E MORRER

RESUMO

Objetivo: identificar as atitudes dos profissionais de saúde de uma unidade neonatal em relação ao processo de morte e morrer. **Método:** Estudo quantitativo transversal, realizado em duas Instituições públicas do Sul do Brasil, cuja coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2020. Os participantes foram 66 profissionais de saúde de nível superior atuantes na unidade neonatal. A coleta de dados foi feita a partir de dois instrumentos, o primeiro permitiu a caracterização pessoal e profissional dos participantes, e o segundo instrumento é uma versão traduzida e adaptada do *Death Attitude Profile – Revised*. Foram utilizados diferentes testes estatísticos para analisar as correlações entre as dimensões da Escala do perfil de atitudes frente à morte com as características pessoais e profissionais dos participantes. **Resultados:** na comparação das dimensões da Escala com relação à formação profissional houve diferença para os domínios Medo da Morte e Evitar a Morte, onde quem possui doutorado apresenta uma pontuação menor com a dimensão medo da morte comparado com quem tem mestrado e uma pontuação menor com a dimensão evitar a morte do que quem tem mestrado e residência. A maior idade, maior tempo de conclusão da graduação e o maior tempo de experiência influenciaram na atitude dos profissionais que apresentaram menor pontuação com o domínio de medo da morte e o domínio de aceitação como fuga. **Considerações finais:** O estudo revelou que os profissionais com doutorado apresentam uma atitude mais positiva em relação ao processo de morte e morrer que os profissionais com residência e mestrado. Além dos profissionais com maior idade e mais tempo de experiência apresentarem uma tendência menor a atitudes negativas frente à morte.

Palavras-chave: Atitude Frente à Morte, Morte, Equipe de Assistência ao Paciente, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermagem Neonatal.

INTRODUÇÃO

A morte no contexto hospitalar frequentemente não é vista como natural, principalmente quando acontece com um recém-nascido. Em todo mundo, 2,5 milhões de bebês morrem anualmente antes de completar o primeiro mês de vida (UNICEF, 2019). No Brasil no ano de 2020 a taxa de mortalidade neonatal foi de 8,67 óbitos por 1000 nascidos vivos, uma taxa alta comparada aos países desenvolvidos como o Japão com uma taxa de 0,85 óbitos por 1000 nascidos vivos (WHO, 2020). A mortalidade neonatal ainda apresenta taxas

elevadas, sendo importante que os profissionais da saúde que atuam na Unidade Neonatal (UN) conheçam suas atitudes frente ao processo de morte para pensar em estratégias positivas para o cuidado ao óbito neonatal e que colabore com a vivência do luto neonatal dos pais.

As atitudes acerca da morte podem ser classificadas como positivas ou negativas. Nas atitudes positivas destacam-se a dimensão aceitação natural que compreende a morte como mais um fato da vida, a aceitação como transcendência onde se acredita que existe uma vida feliz após a morte e a aceitação como fuga que compreende a morte como uma alternativa para acabar com o sofrimento. E a atitude negativa, as dimensões medo da morte e evitar a morte. Essas cinco dimensões fazem parte do instrumento *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) que se propõe a mensurar as atitudes frente à morte (SOUZA et al., 2017; MACHADO et al., 2019).

A presença de atitudes negativas face à morte poderá influenciar a atuação dos profissionais de saúde no processo de morte e morrer, além de ser um sofrimento pessoal, sendo assim é necessário repensar a formação permanente e desenvolver estratégias para garantir o acompanhamento dos profissionais na prática (CARDOSO, MARTINS, RIBEIRO, FONSECA, 2020).

Estudos apontam que as atitudes podem interferir no cuidado prestado pelo profissional ao paciente no processo de morte e morrer. E que a partir da identificação dessas atitudes é possível planejar intervenções e treinamentos para melhorar o cuidado da equipe (MACHADO et al., 2019; PEITO, MELO, LONGO, 2020).

Estudos apontam que há um distanciamento com a temática do processo de morte e morrer, tanto na formação, quanto na atuação dos profissionais da saúde (SOUZA, CONCEIÇÃO, 2018; VENTURA et al., 2019; PEITO, MELO, LONGO, 2020; CARDOSO, MARTINS, RIBEIRO, FONSECA, 2020; MENDES, SILVA, 2021; SILVA et al., 2021). A maioria dos profissionais em algum momento vivencia um óbito de um paciente que estava sob seus cuidados e encontra dificuldades para encarar como parte integrante da vida (AZEVEDO, LIMA, MARTINEZ, 2021).

Nesse contexto entende-se que conhecer o perfil das atitudes dos profissionais da saúde que atuam em uma UN frente à morte pode ajudá-los a compreender melhor como se dá a vivência desta problemática, assim como pode fornecer subsídios para implementar estratégias para melhorar a qualidade do cuidado prestado no momento do óbito neonatal para o recém-nascido e sua família. Ademais, percebe-se na literatura uma carência em relação a estudos que abordam as atitudes dos profissionais de saúde, a maioria enfoca nas atitudes dos

estudantes da área da saúde (SOUZA *et al.*, 2017; SHAROOUR *et al.*, 2017; XIE *et al.*, 2021; ZAHHRAN *et al.*, 2022).

Diante do exposto a pergunta de pesquisa foi: quais as atitudes de profissionais de saúde de UN frente ao processo de morte? E o objetivo: identificar as atitudes dos profissionais de saúde de uma UN em relação ao processo de morte e morrer.

MÉTODO

Estudo quantitativo transversal, realizado em duas Instituições públicas do Sul do Brasil, cuja coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2020. É parte do macroprojeto intitulado “Construção e validação de um modelo de cuidado ao recém-nascido e sua família no óbito neonatal”.

Os participantes foram os profissionais de saúde de nível superior atuantes nas UN de duas instituições públicas do sul do Brasil. A população do estudo foi constituída por 80 profissionais de saúde. O cálculo amostral foi realizado no Sistema Sestatnet®, com erro amostral de 5%; nível de confiança de 95% e perda amostral de 10%, resultando num total de 66 profissionais.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde atuante em uma das instituições de estudo; tempo de atuação em UN no mínimo de seis meses. Foram excluídos os profissionais em férias, licença prêmio e tratamento de saúde no período da coleta de dados.

A coleta de dados foi feita a partir de dois instrumentos disponibilizados no Google forms®. O primeiro instrumento permitiu a caracterização pessoal e profissional dos participantes, compreendendo variáveis como: idade, sexo, estado civil, instituição em que trabalha, tempo de conclusão da graduação, tempo de experiência profissional, formação profissional e tempo de trabalho na UN. O segundo instrumento é uma versão traduzida e adaptada do *Death Attitude Profile – Revised* (DAP-R) para o contexto brasileiro denominado como “Perfil de Atitudes frente à Morte – Revisado (PAM-R)” (MACHADO *et al.*, 2019).

O PAM-R contém uma série de afirmações sobre diferentes atitudes em relação à morte sob o ponto de vista positivo e negativo. É constituído por 32 itens e dividido em cinco dimensões: medo da morte (sete itens), evitar a morte (cinco itens), aceitação natural (cinco itens), aceitação como transcendência (10 itens) e aceitação como fuga (cinco itens). Cada item é avaliado de acordo com a escala do tipo Likert, cuja pontuação varia entre um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente) pontos (MACHADO *et al.*, 2019).

O convite para participar do estudo foi enviado para o e-mail dos profissionais, através da chefia de cada unidade. Após o aceite, foram enviadas por e-mail as orientações sobre a participação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o link para acesso aos instrumentos. Os participantes tiveram 10 dias para responder, sendo prorrogado por mais 10 dias. Para uma maior adesão também foi ofertada a participação a partir de formulário impresso que foi disponibilizado aos profissionais nas UN. Na forma impressa foram preenchidos 12 questionários e online 54 questionários.

Os dados coletados a partir dos instrumentos foram tabulados no Google spreadsheets®. Como variáveis de interesse do estudo foram consideradas as respectivas pontuações totais dos domínios da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte (PAM-R): Medo da Morte, Evitar a Morte, Aceitação Natural, Aceitação como Transcendência e Aceitação como fuga.

As variáveis independentes utilizadas para o estudo foram a Idade (anos), Instituição de trabalho (A, B), Tempo de conclusão da graduação (anos), Tempo de experiência profissional (anos), Tempo de trabalho na unidade (anos), Formação Profissional (Graduação, Residência, Especialização, Mestrado e Doutorado) e Categoria Profissional (Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta e Outros).

Para avaliar a existência de correlação entre os domínios da Escala, bem como entre os domínios da Escala com idade e os respectivos tempos de trabalho, experiência profissional e na unidade de trabalho foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Já para efetuar a comparação dos domínios da Escala entre as Instituições de trabalho foi utilizado o teste Mann-Whitney.

As comparações dos domínios da Escala pelas variáveis da Formação profissional, bem como da categoria profissional foram realizadas pelo teste de Kruskal-Wallis. Em caso de detecção de diferença entre os grupos foi utilizado o procedimento de comparações múltiplas de Dunn com correção de significância pelo método de Holm. Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$) e o uso do programa R (R Core Team, 2021) versão 4.1.2.

Para nortear a pesquisa em relação aos princípios e questões éticas foi utilizada a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer n. 4.164.282 e CAAE: 32933820.0.0000.0121.

RESULTADOS

Participaram do estudo 66 profissionais da saúde, destes 61 (92,42%) eram do sexo feminino. Em relação à idade houve predominância da faixa etária de 31 a 35 anos com 20 (30,30%) profissionais, 46 (69,70%) eram casados, 26 (39,4%) eram médicos, 21 (31,82%) tinham mestrado, 17 (25,76) terminaram a graduação de 6 a 10 anos e 19 (28,79) tinham de 6 a 10 anos de experiência profissional. A Tabela 1 apresenta dados referentes ao sexo, à idade, estado civil, categoria profissional, formação profissional, tempo de conclusão da graduação e tempo de experiência.

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais de saúde segundo as variáveis sociodemográficas, Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

| Variáveis | n | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Feminino | 61 | 92,42 |
| Masculino | 5 | 7,58 |
| Idade | | |
| 26-30 anos | 5 | 7,58 |
| 31-35 anos | 20 | 30,30 |
| 36-40 anos | 9 | 13,64 |
| 41-45 anos | 16 | 24,24 |
| 46-50 anos | 10 | 15,15 |
| 51-55 anos | 3 | 4,55 |
| 56-60 anos | 3 | 4,55 |
| Estado Civil | | |
| Casado | 46 | 69,70 |
| Divorciado | 7 | 10,61 |
| Solteiro | 11 | 16,67 |
| Outros | 2 | 3,03 |
| Categoria profissional | | |
| Médico | 26 | 39,4 |
| Enfermeiro | 20 | 30,30 |
| Fisioterapeuta | 11 | 16,67 |
| Outros* | 9 | 13,65 |
| Formação profissional | | |
| Graduação | 3 | 4,55 |
| Especialização | 14 | 21,21 |
| Residência | 20 | 30,30 |
| Mestrado | 21 | 31,82 |
| Doutorado | 8 | 12,12 |
| Tempo de conclusão da graduação | | |
| 01 – 05 anos | 7 | 10,61 |
| 06 – 10 anos | 17 | 25,76 |
| 11 – 15 anos | 9 | 13,64 |
| 16 – 20 anos | 16 | 24,24 |
| 21 – 25 anos | 10 | 15,15 |

| | | |
|-----------------------------------|----|-------|
| 26 – 30 anos | 4 | 6,06 |
| 31 – 35 anos | 3 | 4,55 |
| Tempo de experiência profissional | | |
| 00 – 05 anos | 12 | 18,18 |
| 06 – 10 anos | 19 | 28,79 |
| 11 – 15 anos | 6 | 9,09 |
| 16 – 20 anos | 15 | 22,73 |
| 21 – 25 anos | 9 | 13,64 |
| 26 – 30 anos | 3 | 4,55 |
| 31 – 35 anos | 2 | 3,03 |

* categoria profissional - Outros (fonoaudióloga, assistente social, terapeuta ocupacional, psicóloga e nutricionista).

A Tabela 2 mostra a comparação das dimensões da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte com a categoria profissional, formação e instituição. A categoria profissional graduação não foi incluída nos testes respectivos por apresentar menos de cinco respondentes.

Tabela 2 - Comparação das dimensões da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte com a categoria profissional, formação e instituição, Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

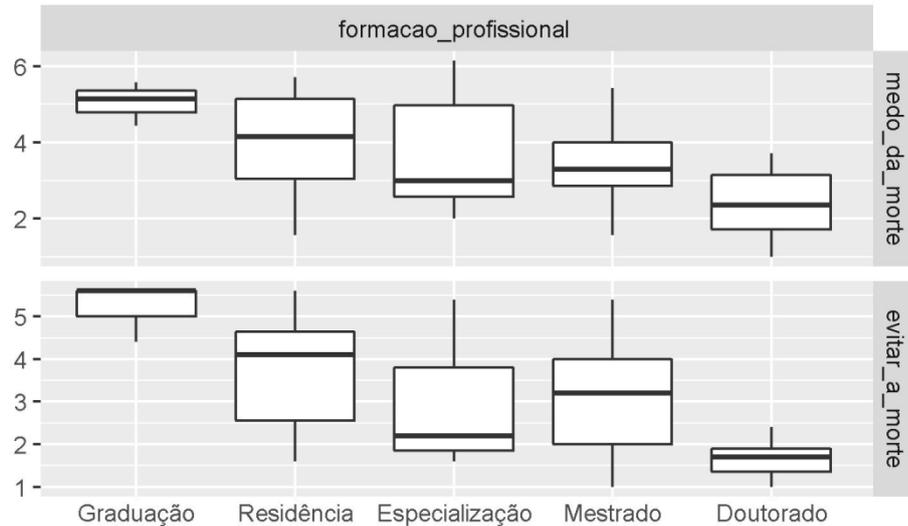
| | Atitudes | | | | |
|------------------------|---------------|----------------|-------------------|-------------------------------|---------------------|
| | Medo da morte | Evitar a morte | Aceitação natural | Aceitação como transcendência | Aceitação como fuga |
| Categoria profissional | 0,0648 | 0,0630 | 0,7619 | 0,0991 | 0,0700 |
| Formação profissional | 0,0364* | 0,0031* | 0,6450 | 0,3968 | 0,1846 |
| Instituição | 0,5628 | 0,9743 | 0,6408 | 0,0933 | 0,8469 |

* O nível de significância é de 5% ($\alpha = 0.05$); aplicado Teste de Kruskal-Wallis.

Na comparação das dimensões da Escala com relação às categorias profissionais (Enfermeiro, Médico, Fisioterapeuta e Outros) não houve diferença estatisticamente significativa, bem como também não houve diferença entre as instituições (A e B). Já entre a formação profissional (nível de escolaridade) houve diferença para os domínios Medo da Morte e Evitar a Morte.

A Figura 17 mostra o procedimento de comparações múltiplas para a dimensão Medo da Morte e Evitar a Morte.

Figura 17 - Gráficos Box-Plot para Comparações Múltiplas Domínio Medo da Morte e Evitar a Morte, Florianópolis, SC, Brasil, 2022.



*O nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$); aplicado o teste de comparações múltiplas de Dunn com correção de significância pelo método de Holm.

Neste caso, o teste detectou diferença entre os níveis doutorado e residência em relação ao medo da morte, onde quem tem doutorado tem menos medo da morte comparado com a residência. E entre os níveis doutorado, residência e mestrado com o domínio evitar a morte. Quem tem doutorado evita menos a morte do que quem tem residência e mestrado.

Observa-se na Tabela 3 que as dimensões medo da morte e aceitação como fuga apresentaram relação estatisticamente significativa com a idade, tempo de conclusão da graduação e tempo de experiência.

Tabela 3 - Teste de significância entre as dimensões da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte e as variáveis de idade, tempo de conclusão da graduação e tempo de experiência profissional, Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

| Variáveis | Atitudes | | | | |
|---------------------------------|---------------|----------------|-------------------|-------------------------------|---------------------|
| | Medo da morte | Evitar a morte | Aceitação natural | Aceitação como transcendência | Aceitação como fuga |
| Profissionais | 0,2463 | 0,1663 | 0,7252 | 0,4802 | 0,5757 |
| Idade | 0,0390* | 0,3396 | 0,2952 | 0,4298 | 0,0155* |
| Tempo de conclusão da graduação | 0,0184* | 0,2195 | 0,2478 | 0,5109 | 0,0449* |
| Tempo de experiência | 0,0286* | 0,1605 | 0,3068 | 0,2876 | 0,0172* |

* O nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$); aplicado Teste de Correlação de Spearman

Ao aplicarmos o coeficiente de correlação de Spearman observamos uma correlação negativa entre idade e medo da morte ($r = -0,25$ e $p = 0,03$), assim como, idade e aceitação como fuga ($r = -0,29$ e $p = 0,01$). Quanto maior a idade menor a pontuação do domínio de medo da morte e do domínio de aceitação como fuga.

E uma correlação negativa entre conclusão de graduação e medo da morte ($r = -0,28$ e $p = 0,01$) e conclusão de graduação e aceitação como fuga ($r = -0,24$ e $p = 0,04$). Quanto maior o tempo de conclusão de graduação menor a pontuação com o domínio medo da morte e o do domínio de aceitação como fuga. E entre tempo de experiência e medo da morte ($r = -0,26$ e $p = 0,02$) e tempo de experiência e o domínio de aceitação como fuga ($r = -0,29$ e $p = 0,01$). Quanto maior o tempo de experiência menor a pontuação com o domínio medo da morte e o domínio de aceitação como fuga.

Na Tabela 4 temos a análise de correlação de Spearman entre as dimensões da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte. Observa-se uma relação estatisticamente significante com correlação direta entre algumas dimensões.

Tabela 4 - Teste de significância entre as dimensões da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte, Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

| | Medo da morte | Evitar a morte | Aceitação natural | Aceitação como transcendência | Aceitação como fuga |
|-------------------------------|---------------|----------------|-------------------|-------------------------------|---------------------|
| Medo da morte | | 0,0100* | 0,2635 | 0,0107* | 0,0955 |
| Evitar a morte | | | 0,7008 | 0,0100* | 0,0332* |
| Aceitação natural | | | | 0,0486* | 0,8053 |
| Aceitação como transcendência | | | | | 0,0100* |
| Aceitação como fuga | | | | | |

* O nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$); aplicado Teste de Correlação de Spearman

Quanto mais o profissional tem medo da morte, mais ele evita a morte ($r = 0,6875$ e $p = 0,01$). Quanto mais tem medo da morte, mais tem aceitação como transcendência em relação à morte ($r = 0,3123$ e $p = 0,01$). Quanto mais ele tende a evitar a morte, mais tende a aceitação como transcendência ($r = 0,3627$ e $p = 0,01$). Quanto mais ele tende a evitar a morte, mais tende a aceitação como fuga ($r = 0,2626$ e $p = 0,0332$). Quanto mais o profissional tem uma aceitação natural em relação à morte, menos ele tem uma aceitação como transcendência

($r = -0,2437$ e $p = 0,0486$). Quanto maior a aceitação como transcendência em relação à morte, maior uma aceitação como fuga ($r = 0,5186$ e $p = 0,01$).

DISCUSSÃO

Os participantes deste estudo eram predominantemente do sexo feminino, com faixa etária de 31 a 35 anos, casados, de diferentes categorias profissionais que compõe a equipe de saúde neonatal, tinham mestrado e mediana de 12 anos de experiência profissional. Corroborando com o estudo realizado na Turquia para determinar as atitudes dos enfermeiros diante da morte, onde o perfil de participantes era similar, com 98% sendo do sexo feminino, a média da idade de 32 anos, 59% eram casados e 32% trabalhavam há mais de 13 anos (OZCELIK, AKSOY, SONMEZ, FADILOGLU, 2018).

A escala do perfil de atitudes frente à morte analisa as atitudes sobre a morte a partir de uma abordagem positiva (aceitação) ou negativa (medo e/ou evitar a morte). E uma pontuação média mais alta indica uma tendência mais forte do indivíduo se identificar com determinada atitude, assim quem tem uma pontuação maior nas dimensões evitar a morte e medo da morte apresentam uma abordagem negativa para enfrentar a morte, quem tem uma pontuação maior nas dimensões aceitação natural, aceitação como transcendência e aceitação como fuga uma abordagem positiva.

Os resultados do estudo mostram que na comparação das dimensões da Escala com relação às categorias profissionais e as instituições não houve diferença estatisticamente significativa. Já entre a formação profissional houve diferença para os domínios Medo da Morte e Evitar a Morte, onde quem possui doutorado apresenta uma pontuação menor com a dimensão medo da morte comparado com quem tem mestrado e uma pontuação menor com a dimensão evitar a morte do que quem tem mestrado e residência.

Estudo realizado com profissionais que trabalham no serviço nacional de ambulância na Hungria apontou diferença significativa entre as categorias profissionais com a dimensão evitar a morte. Médico e paramédicos apresentaram pontuação mais baixa, técnicos de ambulância pontuação mais altos, motoristas e enfermeiros com escore intermediário (MOSKOLA *et al.*, 2021).

Pesquisa realizada no Brasil com estudantes da área da saúde mostrou diferenças significativas entre os cursos. As dimensões medo da morte e evitar a morte obtiveram maiores médias entre os graduandos de saúde coletiva. Nas dimensões aceitação religiosa (aceitação como transcendência) e aceitação de escape (aceitação como fuga), médias elevadas foram observadas nos estudantes de fonoaudiologia. A maior média na dimensão

aceitação neutra (aceitação natural) foi obtida pelos estudantes de enfermagem (SOUZA *et al.*, 2017).

Um estudo realizado com estudantes de enfermagem na China continental apontou diferenças no tipo de instituição, a análise mostrou que os estudantes de enfermagem das universidades pontuaram mais alto na aceitação de abordagem, aceitação de fuga e aceitação neutra e pontuaram mais baixo em relação ao medo da morte e evitar a morte do que os estudantes de faculdades e técnico de escolas secundárias (XIE *et al.*, 2021).

Apesar de estudos apontarem pontuações diferentes entre profissionais e estudantes, neste estudo não foi observado diferença significativa nas dimensões avaliadas considerando as diferentes categorias profissionais. Já em relação à formação profissional, está afetou a pontuação atribuída pelos profissionais, sendo que os profissionais que têm doutorado têm menos medo da morte comparado com os profissionais que possuíam apenas mestrado. E evitam menos a morte do que quem tem residência e mestrado. O que corrobora com um estudo realizado na Hungria com profissionais que trabalham em ambulância que trouxe que um nível mais alto de educação está relacionado há uma pontuação menor com a atitude de evitar a morte (MOSKOLA *et al.*, 2021).

Outro estudo realizado na Jordânia com estudantes de enfermagem aponta que alunos com um nível acadêmico superior têm menos medo da morte comparado com estudantes com menos experiência e são mais elegíveis para prestar cuidados de enfermagem para pacientes que estão morrendo (SHAROOUR *et al.*, 2017).

De modo semelhante, estudo realizado no Brasil com profissionais e estudantes de enfermagem trouxe nos seus achados que estudantes do curso técnico em enfermagem apresentaram maiores escores de medo da morte e evitar a morte que os enfermeiros e os estudantes de graduação em enfermagem. Assim como, os técnicos em enfermagem apresentaram mais medo da morte que os enfermeiros (MACHADO, 2021).

As pesquisas também trazem diferenças significativas nas dimensões evitar a morte e medo da morte, reafirmando o achado deste estudo onde os profissionais com nível mais alto de formação tendem a manifestar uma atitude positiva no processo de morte e morrer.

Outra variável que mostrou influenciar na atitude dos profissionais frente ao processo de morte e morrer foi a idade, sendo que quanto maior a idade menor a pontuação do domínio de medo da morte e do domínio de aceitação como fuga.

Estudo realizado em uma universidade da Jordânia indicou que os alunos mais jovens têm mais pensamentos, atitudes e emoções negativas para cuidar de pacientes em fase

terminal (SHAROOUR *et al.*, 2017). Enquanto um estudo realizado com estudantes de uma escola de enfermagem da mesma região não correlacionou a idade com as atitudes frente à morte (ZAHARAN *et al.*, 2022).

Observa-se no estudo realizado no Brasil com graduandos de cursos da área da saúde que médias mais elevadas na dimensão medo da morte apresentam-se em graduandos de menor idade e médias mais baixas na dimensão evitar a morte em graduandos com maior idade (SOUZA *et al.*, 2017).

Estudo realizado no Brasil com profissionais e estudantes de enfermagem demonstrou que as pessoas com maior idade apresentaram menores escores de medo da morte, evitar a morte e aceitação como fuga comparada aos mais jovens (MACHADO, 2021). Observou-se nesse estudo que os profissionais de saúde com maior idade apresentaram menos medo da morte e aceitação como fuga, provavelmente por ter mais experiências com o processo de morte e morrer.

Além da idade, o tempo de conclusão de graduação e o tempo de experiência também apresentaram diferença com as dimensões, onde os profissionais com maior tempo de conclusão de graduação e maior tempo de experiência apresentaram menor pontuação com o domínio medo da morte e o domínio de aceitação como fuga. Infere-se que o indivíduo que concluiu a graduação há mais tempo, tem maior tempo de experiência e tem a possibilidade de vivenciar mais vezes o processo de morte e morrer e com isso apresentar uma atitude positiva frente à morte.

Esse achado foi similar ao estudo realizado em Jordânia com estudantes de enfermagem que mostrou que estudantes com mais experiência tinham menos medo da morte do que alunos com um nível acadêmico inferior e que estudantes com maior exposição a pacientes com câncer em fase terminal tiveram atitudes mais positivas em relação à morte (SHAROOUR *et al.*, 2017). Estudo com enfermeiros na Turquia apontou uma relação estatisticamente significativa com o tempo de experiência profissional e as dimensões aceitação orientada para a fuga e aceitação natural, sendo que o maior tempo de experiência aumentou as atitudes positivas em relação à morte entre enfermeiros (OZCELIK, AKSOY, SONMEZ, FADIOGLU, 2018).

Estudantes de enfermagem com identidade profissional² relativamente baixa mostraram maior medo da morte, maior evitar a morte e menor aceitação da morte do que

² No estudo foi usada a versão chinesa da *Professional Identification Scale* (PIS) para medir a identificação com a enfermagem. Este questionário inclui 10 itens em três subescalas: consciência profissional, avaliação e afeto. A pontuação mais alta indica maior identificação profissional.

aqueles com identidade profissional relativamente alta (XIE *et al.*, 2021). Este achado diverge do que foi encontrado no estudo com graduandos de uma escola de enfermagem da Jordânia, onde estudantes do terceiro ano apresentaram mais medo da morte em relação aos estudantes do segundo ano (ZAHARAN *et al.*, 2022).

Ao comparar as diferentes dimensões da escala do perfil de atitudes frente à morte neste estudo, encontramos relação entre algumas delas. Quanto mais o profissional tem medo da morte, mais ele evita a morte e tem aceitação como transcendência. Quanto mais ele tende a evitar a morte, mais tende a aceitação como transcendência e aceitação como fuga. Quanto mais o profissional tem uma aceitação natural, menos ele tem uma aceitação como transcendência. Quanto maior a aceitação como transcendência maior aceitação como fuga.

Assim os profissionais que apresentam pensamentos e sentimentos de medo acerca da morte e do processo de morrer, evitam esses pensamentos e sentimentos e acreditam numa vida feliz depois da morte. Os profissionais que evitam pensamentos em relação à morte acreditam numa vida feliz após a morte e aceitam a morte como uma alternativa para o término do sofrimento. Os profissionais que compreendem a morte como parte integrante da vida não acreditam numa vida feliz depois da morte. E os profissionais que acreditam numa vida feliz após a morte aceitam a morte como uma alternativa para o término do sofrimento.

Um estudo realizado na Grécia com enfermeiros demonstrou a intercorrelação positiva entre algumas dimensões. Quanto mais o enfermeiro tende a prevenção da morte (evitar a morte) mais ele tem medo da morte e preocupação após a morte (aceitação como transcendência). Quanto mais ele tende a aceitação como escape (aceitação como fuga) mais ele tem uma aceitação neutra (aceitação natural), aceitação como transcendência e medo da morte. Quanto mais tem uma aceitação neutra, mais ele tende a uma preocupação após a morte. E quanto mais tem preocupação após a morte mais tem medo da morte (BELLALI *et al.*, 2018).

Este estudo da Grécia corrobora como os nossos achados onde quem tem mais medo da morte, mais evita a morte e tem aceitação como transcendência. E quanto mais o profissional tem uma aceitação natural, mais tende a aceitação como transcendência. Já a dimensão aceitação como fuga diverge de nossos achados.

Por fim, como limitação do estudo, apontamos o fato dos dados terem sido coletados em duas instituições públicas de uma mesma região, podendo o contexto social e cultural influenciar em alguns resultados. Também destacamos o fato de existir uma escassez de pesquisas com profissionais da saúde, sendo a maior parte dos estudos encontrados na

literatura com os estudantes, não sendo possível aprofundar algumas reflexões que este estudo trouxe.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que os profissionais com doutorado apresentam uma atitude mais positiva em relação ao processo de morte e morrer que os profissionais com residência e mestrado. Além dos profissionais com maior idade, mais tempo de conclusão de graduação e de experiência apresentarem uma tendência menor na dimensão medo da morte e aceitação como fuga.

A discussão baseou-se predominantemente em estudos internacionais e pode-se considerar a possibilidade de um viés em relação ao contexto social e cultural dos diferentes países. Recomenda-se que estudos que analisem as atitudes dos profissionais frente à morte nas Unidades Neonatais de outras regiões do Brasil sejam realizados, assim como pesquisas que possam identificar estratégias que promovam uma melhor assistência ao RN e sua família no processo de morte e morrer.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, T.G.L.; LIMA, B.S.F.; MARTINEZ, E.A. A formação e a vivência dos profissionais de saúde frente ao processo de morte e morrer em pediatria: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, e2310917790, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17790>

BELLALI, T. *et al.* Psychometric Properties of the Revised Death Attitude Profile in a Greek Sample of Nurses. **Journal of Nursing Measurement**, v.26, n.2, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.26.2.264>

CARDOSO, M.F.P.T.; MARTINS, M.M.F.P.S.; RIBEIRO, O.M.P.L.; FONSECA, E.F. Atitudes dos enfermeiros especialistas face à morte: particularidades dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. **Rev portuguesa de enfermagem de reabilitação**, v.3, n.1, 2020. DOI: 10.33194/rper.2020.

MACHADO, R.S. **Evidências de validade da versão brasileira da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) na enfermagem.** 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2021.

MACHADO, R.S.; ORIÁ, M.O.B.; FERNANDES, M.A.; GOUVEIA, M.T.O.; SILVA G.R.F. Tradução e adaptação cultural do *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) para uso no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v.28, e20180238, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0238>

MENDES, N.P.; SILVA, A.C.F.L. O impacto biopsicossocial em enfermeiros frente ao processo de morte e morrer de pacientes terminais. **Rev Enferm Atual In Derme**, v. 95, n. 33, e-021031, 2021. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.947>

MOSKOLA, V. *et al.* Investigating the attitude of ambulance workers towards death. **Kontakt journal**, v.23, n.1, 2021. DOI: 10.32725/kont.2021.007

OZCELIK, H.; AKSOY, F.; SONMEZ, E.; FADILUOLU, C. Attitudes to death of nurses in Turkey and factors affecting them. **Hos Pal Med Int Jnl**, v.2, n.6, p. 303–309, 2018. DOI: 10.15406/hpmij.2018.02.00112

PEITO, B.B.; MELO, M.A.; LONGO, C.S. Luto em profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer de paciente sob seus cuidados: uma revisão bibliográfica sintética. **Rev Psicologia em Foco**, v. 12, n. 17, p. 15-27, 2020. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/download/3776/2982>. Acesso em: 20 de abril de 2022.

SHAROOR, L.A. *et al.* Toward death and caring for dying cancer patients during their placement. **Euromediterranean biomedical journal**, v.12, n.40, p. 189–193, 2017. DOI: 10.3269/1970-5492.2017.12.40

SILVA, A.E. *et al.* Percepções do enfermeiro: Processo de morte e morrer. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e33310414112, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14112>

SOUZA, M.C.S. *et al.* Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n.4, e3640016, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003640016>.

SOUZA, P.S.N.; CONCEIÇÃO, A.O.F. Processo de morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Bioét.**, v.26, n.1, p. 127-34, 2018. DOI: 10.1590/1983-80422018261234

UNITED NATIONS INTER-AGENCY GROUP FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION. **Levels and Trends in Child Mortality Report 2019**. UNICEF; 2019.

VENTURA, G. *et al.* Enfrentamiento de enfermeros a la muerte en el proceso de cuidado en la sala de emergencia. **Rev Enfermería Actual**, n. 37, 2019. DOI 10.15517/revenf.v0iNo.37.35525

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Neonatal Mortality Rate**. 2020. Disponível em: <https://childmortality.org/data>. Acesso em: 20 de abril de 2022.

XIE, L. *et al.* The relationship between death attitude and professional identity in nursing students from mainland China. **Nurse Education Today**, v. 107, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105150>

ZAHRAN, Z. *et al.* Nursing students' attitudes towards death and caring for dying patients. **Nursing Open**, v.9, p.614–623, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.1107>

5.2 MANUSCRITO 3: MODELO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL AO RECÉM-NASCIDO E SUA FAMÍLIA NO ÓBITO NEONATAL

RESUMO

Objetivo: construir um Modelo de Cuidado Interprofissional ao recém-nascido e sua família no óbito neonatal em Unidades Neonatais. **Método:** estudo de método misto, realizado em duas Instituições públicas do Sul do Brasil. A coleta de dados quantitativos foi realizada com 66 profissionais de saúde de nível superior atuantes em Unidade Neonatal, no período de julho a setembro de 2020, a partir de dois instrumentos. O primeiro permitiu a caracterização pessoal e profissional dos participantes e o segundo é uma versão traduzida e adaptada do *Death Attitude Profile – Revised*. A etapa qualitativa foi realizada com 13 profissionais. Ocorreu no período de março a maio de 2021, através de entrevista individual e sendo a análise de dados orientada pela Teoria Fundamentada nos Dados com o auxílio do software *Atlas.ti*. A avaliação do Modelo de Cuidado aconteceu de abril a maio de 2022, com 14 profissionais. **Resultados:** Os profissionais com mais idade, maior tempo de conclusão da graduação e tempo de experiência apresentam mais atitudes positivas frente à morte. Os resultados apontaram estratégias facilitadoras de cuidado ao recém-nascido no processo de morte e morrer; apontando a necessidade de ampliar o cuidado para a família e considerar a vivência dos profissionais no processo de morte. O modelo de cuidado foi construído destacando a importância do cuidado individualizado para o recém-nascido e família, além do preparo da equipe de saúde. O modelo obteve uma taxa de concordância superior a 80% em todos os quesitos e os profissionais apontam que o modelo irá orientar a realização de práticas humanizadas no contexto da morte. **Considerações finais:** o Modelo de Cuidado desenvolvido é uma ferramenta para orientar o trabalho da equipe interprofissional, sistematizando e fortalecendo o cuidado sob a ótica da complexidade, possibilitando um cuidado individualizado a cada recém-nascido e sua família durante o processo de morte e morrer.

Palavras-chaves: Modelos de Assistência à Saúde; Atitude Frente à Morte; Equipe de Assistência ao Paciente; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem Neonatal.

INTRODUÇÃO

O processo de morte e morrer podem ser compreendidos como um fenômeno integrante do ciclo vital. De acordo com Morin (2011), filósofo francês, a vida e a morte estão tecidas juntas num todo complexo, ignorar ou fingir as indagações da morte é não se preparar para as perdas que irão acontecer, sendo muitas vezes fator de sofrimento tanto para os profissionais de saúde quanto para as famílias, principalmente, quando a morte se refere ao recém-nascido (RN).

O cuidado em saúde deve ser apreendido como fenômeno complexo, oferecido de forma integral, sem preconceitos ou julgamentos, com o objetivo de perceber a família como ser único, completo e complexo (ICHIKAWA *et al.*, 2017). O processo de morte e morrer exigem ações complexas e atuação interdisciplinar para garantir a humanização e integralidade do cuidado (PRADO, LEITE, SILVA, SILVA, 2019).

O Modelo de Cuidado é um instrumento que direciona a assistência através de embasamento teórico-científico e organiza o processo de trabalho na prática (ARRUDA, 2016), além de contribuir para o trabalho em equipe, continuidade do cuidado, melhorias na avaliação clínica e fortalecimento do vínculo entre profissionais e pacientes (NUNES *et al.*, 2019).

Um dos mais sensíveis indicadores de qualidade da saúde materno-infantil é a taxa de mortalidade infantil e apesar de nas últimas décadas ter sofrido uma redução em seus índices em diversos países, ainda é considerado um problema de saúde pública (HUG, SHARROW, YOU, 2017). No Brasil a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) apresentou declínio no período de 1990 a 2019, passando de 47,1 para 13,3 óbitos infantis por mil nascidos vivos (NV). As regiões Norte e Nordeste possuem as maiores médias de TMI, com 16,9 e 15,3 óbitos/1.000 NV, respectivamente. As menores médias são observadas nas regiões Sudeste e Sul, com 11,7 e 10,1 óbitos/1.000 NV, respectivamente (BRASIL, 2021).

A taxa de mortalidade neonatal por todas as causas, óbito que ocorre entre zero e 27 dias de vida, reduziu de 13,6 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 8,54 em 2018. Já a taxa de mortalidade neonatal evitável reduziu de 10,98 óbitos/1.000 NV, em 2000, para 6,76, em 2018 (PREZOTTO, OLIVEIRA, PELLOSO, FERNANDES, 2021). Uma das metas dos objetivos de desenvolvimento sustentável até 2030 é acabar com as mortes evitáveis de RN e crianças menores de cinco anos, reduzindo a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1000 NV em todos os países (BRASIL, 2018).

Pesquisa realizada em sete capitais Brasileiras e no Distrito Federal evidenciou que do total de óbitos infantis ocorridos entre 2010 e 2015, 21,6% (20.791 óbitos) ocorreram no primeiro dia de vida (TEIXEIRA *et al.*, 2019). Considerando estes dados e o fato de termos estudos que apontam que muitos profissionais não estão preparados para o atendimento ao óbito neonatal, visto que o processo de morte e morrer são complexos tanto para os pais quanto para os profissionais (WILLIS, 2019; SANTOS, GONÇALVES, 2019; ASSIS, MOTTA, SOARES, 2019; AMORIN *et al.*, 2019; TEODÓZIO, BARTH, WENFLAND, LEVANDOWSKI, 2020; ALVES *et al.*, 2021), entendemos ser necessário instrumentos que norteiam a atuação dos profissionais frente ao óbito neonatal.

Assim questiona-se: quais as atitudes de profissionais de saúde de uma Unidade Neonatal (UN) frente ao processo de morte? Como os profissionais de saúde de uma UN vivenciam o cuidado ao óbito neonatal? Quais os aspectos fundamentais para construir um Modelo de Cuidado ao óbito neonatal?

A partir desses questionamentos, este estudo teve o objetivo de construir um Modelo de Cuidado Interprofissional ao RN e sua família no óbito neonatal em Unidades Neonatais.

MÉTODO

Estudo de método misto com abordagem explanatória sequencial. Primeiramente foi realizada a coleta de dados quantitativos com delineamento transversal. Após, foi realizada a coleta dos dados qualitativos descritivos. Também foi desenvolvida a avaliação do Modelo com os profissionais participantes do estudo. Para garantir o rigor metodológico deste estudo seguimos as recomendações do Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) versão 2018.

O estudo foi realizado em duas Instituições hospitalares públicas do Sul do Brasil. Os participantes foram os profissionais de saúde de nível superior atuantes nas UN das instituições investigadas, sendo a população do estudo constituída por 80 profissionais de saúde de nível superior.

Na etapa quantitativa foi estabelecida uma amostra de 66 profissionais de saúde, a partir do cálculo no Sistema Sestatnet®, com erro amostral de 5%; nível de confiança de 95% e perda amostral de 10%. Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde com no mínimo seis meses de atuação na UN. Foram excluídos os participantes que estavam de férias, licença prêmio e em tratamento de saúde no período da coleta de dados.

Os profissionais que atuam nas duas unidades receberam o convite para participar do estudo por e-mail através das chefias das unidades. A coleta de dados foi realizada a partir de dois instrumentos disponibilizados no Google forms®, as orientações e o link para acesso foram enviados para o e-mail aos profissionais que aceitaram participar do estudo. O primeiro instrumento permitiu a caracterização pessoal e profissional dos participantes, sendo constituído pelas variáveis: idade, sexo, estado civil, instituição em que trabalha, tempo de conclusão da graduação, tempo de experiência, formação profissional e tempo de trabalho na UN.

O segundo instrumento é uma versão traduzida e adaptada do *Death Attitude Profile – Revised* (DAP-R) para o contexto brasileiro denominado como “Perfil de Atitudes frente à Morte – Revisado (PAM-R)” (MACHADO *et al.*, 2019). O DAP-R contém uma série de afirmações sobre diferentes atitudes em relação à morte e é constituído por 32 itens e dividido em cinco dimensões: medo (7 itens), evitamento (5 itens), aceitação neutral/neutralidade (5 itens), aceitação como aproximação (10 itens) e aceitação como escape (5 itens). A escala de medida utilizada é do tipo Likert, cuja pontuação varia entre um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente) pontos (MACHADO *et al.*, 2019).

De acordo com este instrumento, as atitudes frente à morte podem ser classificadas como positivas ou negativas. As atitudes positivas são classificadas como aceitação da morte, enquanto as atitudes negativas indicam o medo e o evitamento da morte. Na atitude positiva destaca-se a dimensão aceitação natural, aceitação como transcendência e a aceitação como fuga. E na atitude negativa as dimensões medo da morte e evitar a morte (SOUZA *et al.*, 2017; MACHADO *et al.*, 2019).

Os dados dessa etapa foram coletados no período de julho a setembro de 2020, tabulados no Google spreadsheets® e analisados no programa R (R Core Team, 2021) versão 4.1.2. Para a análise foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, o teste de comparações múltiplas de Dunn com correção de significância pelo método de Holm e o teste de Correlação de Spearman. Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5%.

Na etapa qualitativa os participantes foram selecionados a partir da análise dos dados quantitativos, sendo incluídos os profissionais que obtiveram escore maior que 5 nas dimensões que expressam atitudes positivas em relação a morte (aceitação natural, aceitação como transcendência e/ou aceitação como fuga) e menor ou igual a 3 no medo da morte e evitar morte (atitudes negativas) no instrumento PAM-R. Foram escolhidos os profissionais que apresentaram atitudes mais positivas frente à morte, pois acredita-se que as atitudes podem influenciar na qualidade e no cuidado prestado a família e RN no momento do óbito. Foram selecionados 20 participantes, sendo dez de cada Instituição. Destes, 13 profissionais aceitaram participar desta etapa.

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2021, através de entrevista individual, com questões abertas para explorar as experiências dos profissionais em relação ao óbito neonatal. As entrevistas foram agendadas por e-mail, realizadas online através do Google Meet, gravadas, transcritas na íntegra utilizando o Microsoft Office Word® e inseridas no software Atlas.ti 9.0.

A organização dos dados iniciou com a construção de um projeto através do Atlas.ti 9.0, constituído pelas entrevistas. Cada documento foi inserido como um documento primário, totalizando 13 documentos. Nessa etapa, a função do Atlas.ti 9.0 foi auxiliar na codificação (códigos) dos trechos dos depoimentos (citações) em unidades temáticas de significado semelhantes (grupos).

Para análise de dados foi utilizado o sistema de codificação da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Primeiro por meio de uma fase inicial com denominação de cada seguimento (códigos), seguida por uma fase focalizada, no qual os códigos mais significativos

e/ou frequentes foram utilizados para organizar grande quantidade de dados em categorias e subcategorias (grupos) e a fase axial relacionando as categorias e às subcategorias (grupos) (CHARMAZ, 2009). Ao final da análise dos dados foi elaborada a versão preliminar do Modelo de Cuidado Interprofissional ao Recém-nascido e sua família no óbito neonatal.

A etapa de avaliação do Modelo de Cuidado aconteceu de abril a maio de 2022, foram convidados para participar dessa etapa vinte profissionais que participaram da primeira e/ou segunda etapa da pesquisa, destes 14 aceitaram. A coleta de dados foi através de um questionário elaborado pela pesquisadora que se fundamentou no instrumento de avaliação de modelos de cuidado (ROCHA, 2008) utilizando a escala de medida do tipo Likert cuja pontuação variou de um a cinco. O questionário juntamente com o Modelo de Cuidado foi disponibilizado no Google forms®, as orientações e o link para acesso foram enviados para o e-mail dos profissionais.

Para calcular o nível de concordância entre os profissionais foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mensura a porcentagem dos profissionais que estão em concordância sobre determinadas informações do modelo e seus itens, sendo aceitável o nível de concordância mínima de 80% (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Após a análise dos dados foram realizadas as correções sugeridas, dando origem a versão final do Modelo de Cuidado. Para esta versão final foi contratada uma design.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº. 4.164.282 e CAAE: 32933820.0.0000.0121, os participantes informaram concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato os participantes foram identificados pela letra “P” (profissional) seguida do número sequencial (P1, P2, P3... P13).

RESULTADOS

Participaram do estudo 66 profissionais da saúde. Na análise do perfil sociodemográfico, verificou-se que 61 (92,42%) eram do sexo feminino, à idade variou de 28 a 58 anos, com predominância a faixa etária de 31 a 35 anos com 20 (30,30%) profissionais. Na categoria profissional, os médicos se destacaram com 26 profissionais (39,4%), seguido de 20 enfermeiros (30,30%). Em relação à formação profissional, 21 (31,82%) profissionais tinham mestrado, 26 (39,4) concluíram a graduação entre 6 a 15 anos e 25 (37,88) tinham de 6 a 15 anos de experiência profissional.

As variáveis de caracterização dos profissionais foram relacionadas com as dimensões da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte, para analisar o seu significado conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Teste de significância entre as dimensões da Escala do Perfil de Atitudes Frente à Morte e as variáveis de idade, tempo de conclusão da graduação e tempo de experiência profissional.

| Variáveis | Atitudes | | | | |
|---------------------------------|---------------|----------------|-------------------|-------------------------------|---------------------|
| | Medo da morte | Evitar a morte | Aceitação natural | Aceitação como transcendência | Aceitação como fuga |
| Profissionais | 0,2463 | 0,1663 | 0,7252 | 0,4802 | 0,5757 |
| Idade | 0,0390* | 0,3396 | 0,2952 | 0,4298 | 0,0155* |
| Tempo de conclusão da graduação | 0,0184* | 0,2195 | 0,2478 | 0,5109 | 0,0449* |
| Tempo de experiência | 0,0286* | 0,1605 | 0,3068 | 0,2876 | 0,0172* |

* O nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$); aplicado Teste de Correlação de Spearman

Observa-se que as dimensões medo da morte e aceitação como fuga apresentaram relação estatisticamente significante com a idade, tempo de conclusão da graduação e tempo de experiência. A análise dos dados mostrou que quanto maior a idade, o tempo de conclusão de graduação e o tempo de experiência menor a pontuação do domínio medo da morte e do domínio aceitação como fuga.

Ao buscar entender melhor este perfil e procurar respostas acerca da vivência dos profissionais de saúde sobre o processo de morte e morrer na UN, analisamos os dados provenientes das entrevistas realizadas na etapa qualitativa deste estudo, emergindo então três categorias, com suas respectivas subcategorias, descritas no Quadro 6.

Quadro 6 - Categorias e suas respectivas subcategorias. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.

| Categorias | Subcategorias |
|---|--|
| Estratégias facilitadoras de cuidado ao recém-nascido no processo de morte e morrer | - Cuidando do recém-nascido como ser único - O ambiente no processo de morte do recém-nascido |
| O cuidado da família no processo de morte e morrer do recém-nascido | - Individualizando o cuidado com a família - Estratégias e condutas utilizadas no cuidado ao óbito neonatal |
| Vivenciando o óbito | - Acolhendo a equipe no processo de morte |

| | |
|-------------------------------|--|
| neonatal como equipe de saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Trabalhando como equipe no cuidado ao óbito neonatal - Dificuldades da equipe em relação ao óbito neonatal - Vivenciando o processo de morte |
|-------------------------------|--|

Fonte: elaborado pela autora.

Na categoria “estratégias facilitadoras de cuidado ao RN no processo de morte e morrer” alguns profissionais apontaram como estratégia o cuidado ao RN como ser único.

O recém-nascido a gente tem que sempre abordar ele como um ser único, que também tem a sua história, apesar de ser uma história que muitas vezes pode ser curta, que a gente fala, mas muito impactante, ou apesar de curta já é uma história muito significativa para aquela família (P2). [...] da mesma forma que eu cuido de um bebê saudável, mas com os cuidados específicos que essa criança precisa, de conforto, [...] de dar possibilidade para essa família estar mais perto do bebê, [...] de tentar não abreviar ou não retardar muito o processo, diante do que está acontecendo, caso seja uma criança... enfim, não sei se consigo me expressar direito... fazer a assistência como qualquer outra criança, com cuidado, com zelo, com carinho (P3).

O cuidado também deve ser facilitado para o bebê e a família. *O que a gente tem procurado fazer, atualmente, é colocar sempre esse bebê em contato com a mãe. Tanto nos casos de óbito fetal quanto de óbito neonatal. A gente tem procurado fazer isso antes de o bebê ir a óbito. Então, por mais grave que ele esteja, viabilizar que, mesmo com respirador, mesmo com todos aqueles cuidados intensivos, ele possa ficar no colo da mãe, para que ela possa elaborar bem esse luto (P6).*

Quando acontece o óbito neonatal o bebê muitas vezes é deixado no mesmo cenário ou é colocado em uma sala mais reservada, dependendo da disponibilidade de espaço.

Se a gente tiver vaga a gente vai deixar ele sem os dispositivos dentro da salinha, dentro da sala mesmo que ele está e daí os pais vão ser recebidos dentro da sala de acolhimento e vai ser dada a notícia. A gente vai perguntar se eles querem ver ele no local onde está ou se eles preferem que a gente traga o bebê até eles (P4). A gente tem a sala de isolamento, às vezes quando eu já sabia que estava indo a óbito, deixava a família ali naquele quartinho de isolamento, para poder vivenciar aqueles últimos momentos [...] (P9).

A categoria “o cuidado da família no processo de morte e morrer do RN” mostrou que muitos profissionais se colocam no lugar da família e ajudam a minimizar a perda, além de acolher a família.

O que a gente está tentando hoje em dia, é humanizar o máximo possível. Então, o que a gente queria na prática era estar o mais próximo possível dessa família, ter uma porta

aberta para eles [...] A gente entende o sofrimento, mas a gente não consegue, de forma alguma, vislumbrar tudo aquilo que a família está sentindo naquele momento [...] precisamos humanizar muito esse momento tão difícil, que é o pior desfecho que a gente pode ter na UTI (P7).

[...] então eu acho que é mais o ouvir a família, poder fazer esse acolhimento de escuta, e tentar entender melhor a dinâmica familiar para poder dar esse apoio necessário para aquele momento que precisa de orientação, e resolver a situação (P12). Eu acho que gostaria de ter o mesmo cuidado que eu faço, de ser orientada [...] confortar a família (P1).

E para as famílias é realmente fazer com que elas possam estar presentes, que elas consigam fazer tudo o que elas têm vontade, de chamar quem queiram para ver o bebê, que elas possam fazer a despedida delas, com esse bebezinho (P5).

O cuidado da família deve ser individualizado. Que seja uma passagem para aquela família e para aquele paciente, principalmente para o recém-nascido, que seja um momento com menos dor possível, em que sejam respeitados o que a família gostaria que pudesse ser vivido naquele momento [...] tem que ser abordado na sua individualidade, então quando eu faço o cuidado nesse processo é dessa forma (P2).

Nesse momento tão delicado e importante para a família e o RN, é liberado para os familiares acompanharem o processo de óbito do recém-nascido. A gente libera nesse caso uma pessoa que é muito significativa, alguém da sua rede, seja avó materna, amiga, enfim, para que estejam com eles nesse momento. Então a gente abre um pouquinho esse espaço para a família ampliada (P13).

A categoria “Vivenciando o óbito neonatal como equipe de saúde” apontou que a equipe também precisa ser acolhida para poder acolher o outro. E que precisa haver capacitações, escuta qualificada e conversas sobre a morte com a equipe.

Mas essa família precisa participar desse processo? Então eu acho que a gente primeiro se acolhe enquanto equipe no óbito para poder acolher essa família de um modo mais humano, porque é um sentimento de perda e luto que todo mundo vai passar, mas para família é mais intenso e difícil, mas a equipe também sofre o luto junto (P10).

Eu acho que tem que ser um tema abordado transversalmente pelas instituições, [...] que as pessoas entendam que a gente pode sim abordar a morte de forma individualizada, acho que o principal facilitador ou forma de melhorar, seria realmente capacitações no sentido de abordar de forma contínua, então, por exemplo, encontros, discussões, oficinas, debates, artigos, e também, claro, cursos sobre comunicação (P2).

É discutir mais para desmistificar. O que é morrer para ti, morrer para mim, morrer para o outro, como que a gente vai lidar com o morrer do outro, o que eu tenho que respeitar. Então é discutir, gente, é trazer isso para luz, que tá lá embaixo, tá escondido, por mais que a gente trabalhe no hospital, a gente não quer que ninguém morra [...] Por mais que a gente saiba que vai ter aquele que morre, mas aí eu fujo desse, né? (P11).

Alguns profissionais destacaram a importância de aceitar a morte como algo natural, visto que faz parte do ciclo vital e que em algum momento o profissional vai ter contato com o óbito de um paciente ou até mesmo de um familiar.

A gente precisa tratar esse assunto como natural, porque ele é um processo que pode acontecer na UTI, muito mais fácil aqui do que em outros setores, digamos assim, que essas capacitações existam assim, que a gente possa conversar sobre isso [...] porque isso afeta a equipe [...] eu acho que deveria haver um espaço para que a gente pudesse falar sobre isso e como isso impacta no nosso cuidado sabe. Eu acho que seria diferente a maneira como a gente ia lidar com tudo isso e até a maneira como a gente ia prestar esse cuidado para os pais se a gente tivesse um acolhimento nosso também (P4).

O óbito neonatal muitas vezes traz emoções e sentimentos ao profissional. *São vários sentimentos, desde muita emoção no sentido de se colocar no lugar, sentir tristeza junto com família pela perda, às vezes me sinto culpada quando não consigo ajudar aquela família e aquele bebê a melhorar ou sobreviver [...] quando a gente nota que é um bebê que está sofrendo bastante, aí já não é mais tristeza, porque eu sinto que já é o momento, que a gente já fez tudo o que poderia (P8).*

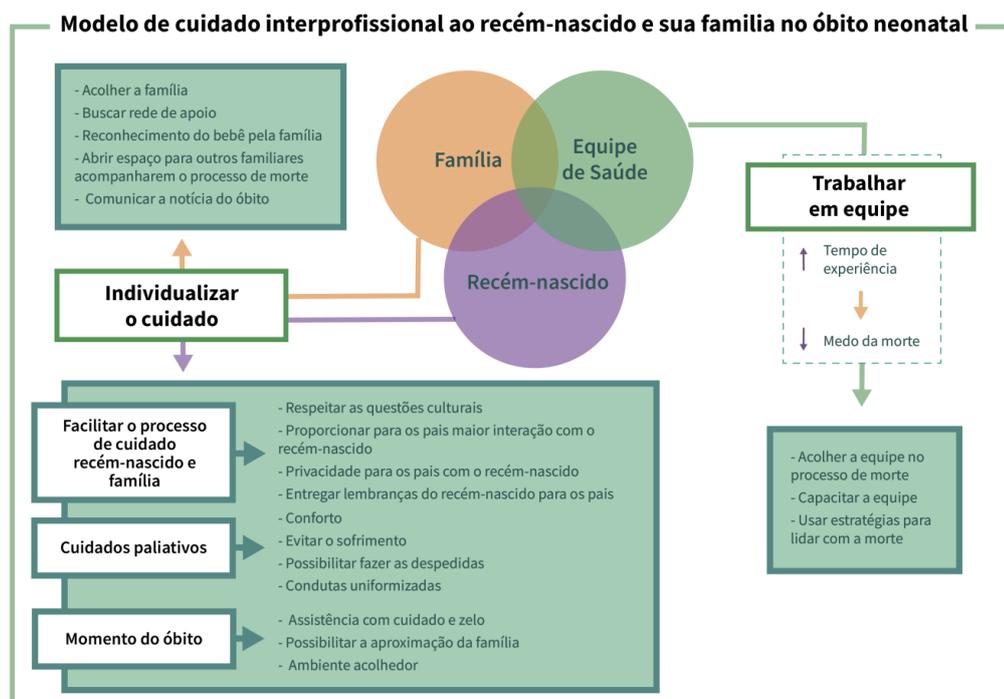
O perfil de atitudes dos profissionais frente à morte e os relatos captados nas entrevistas possibilitaram a construção da versão preliminar do Modelo de Cuidado Interprofissional ao RN e sua família no óbito neonatal, sustentado na concepção do cuidado como um sistema complexo.

Esse modelo passou pela avaliação dos profissionais, que de modo geral avaliaram como adequado e totalmente adequado, apresentando uma taxa de concordância superior a 80% em todos os quesitos. Os pontos positivos apontados foram: o modelo aborda a necessidade de capacitação da equipe para lidar com a morte, o que é fundamental, visto que na prática isto não ocorre; é de fácil aplicação sendo necessários alguns ajustes; orienta objetivamente para a realização de práticas humanizadas no contexto da morte; o modelo pode modificar a prática de cuidado em especial nos serviços que ainda não tem um protocolo para esta prática.

As sugestões dos profissionais foram: mudar o fluxograma (acredito que colocar o RN, família e equipe de saúde na parte superior central e descer na lateral com o fluxo cuidado individualizado e trabalho em equipe poderia trazer mais clareza na visualização); o momento do óbito não deve ser o momento de entregar as lembranças do RN; em relação à equipe quando usamos estratégias para trabalhar o tema da morte ali já contempla o lidando com a morte, sugiro excluir; retirar as palavras no gerúndio e utilizar no infinitivo, como forma de ação; colocar o cuidado “possibilitando fazer as despedidas” no item “cuidados paliativos”; no item de cuidados paliativos, sugestão de incluir a família no processo facilitando o acesso às informações e ao bebê; no "comunicando a notícia do óbito" pudesse constar a sugestão de algum protocolo para tal; manter no modelo apenas o quadro do lado direito da imagem que pontua as ações com a equipe; deixar maior e mais colorido; talvez algumas legendas para indicar o que as setas representam.

Algumas sugestões não foram possíveis de serem acatadas, pois o modelo foi elaborado a partir dos dados coletados durante a pesquisa e o que não emergiu dos dados não foi acrescentado. Assim, foram feitos pequenos ajustes a partir das sugestões dos profissionais que possibilitaram a construção da versão final do Modelo de Cuidado Interprofissional ao RN e sua família no óbito neonatal (Figura 18).

Figura 18 - Modelo de Cuidado. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.



Fonte: elaborado pela autora.

Por fim, ressaltamos que este é um modelo de cuidado para orientar os profissionais de saúde que atuam em unidades neonatais, representa um sistema complexo de cuidado ao RN, família e equipe de saúde. As setas direcionam para as ações de cuidado humanizado que devem ser implementadas durante a vivência do processo de morte e morrer na UN.

DISCUSSÃO

Os participantes eram a maioria do sexo feminino, médicos e enfermeiros, com a idade variando de 28 a 58 anos, mais de 30% tinham mestrado, terminaram a graduação de 6 a 15 anos e tinham de 6 a 15 anos de experiência profissional. Pesquisa realizada com a equipe de enfermagem de um Hospital Universitário para o desenvolvimento de um modelo de cuidado também apresentou perfil sociodemográfico similar, sendo que todos os participantes eram do sexo feminino, a idade variou de 36 a 60 anos e o tempo médio de experiência profissional foi de 13 anos (GOES, CROSSETTI, 2021).

Ao analisar o perfil de atitudes dos profissionais frente à morte percebe-se que os profissionais com maior idade, maior tempo de conclusão da graduação e mais tempo de experiência apresentam uma atitude mais positiva frente ao processo de morte e morrer, pontuando um valor menor na dimensão medo da morte. Estudo realizado em um Hospital Universitário do Sul do Brasil com enfermeiros e técnicos de enfermagem evidenciou a caracterização de tempo de trabalho e idade como fatores determinantes para o enfrentamento da morte na UTIN (SILVEIRA *et al.*, 2022).

É importante conhecer o perfil de atitudes dos profissionais frente à morte para preparar a equipe para lidar com a morte, a maioria dos estudos traz o despreparo dos profissionais pela falta de suporte na graduação e de apoio nas instituições de serviço (SILVEIRA *et al.*, 2022; PERBONI, ZILLI, OLIVEIRA, 2018; FARIA, FIGUEREIDO, 2017). Os profissionais de saúde das unidades neonatais participantes também apontaram a importância de um espaço para discutir a temática, como se percebe no depoimento de P11 que destaca a importância de se discutir o tema no ambiente do trabalho, fazendo referência a este como um tema que é velado no hospital.

A literatura aponta que os profissionais identificam a necessidade de abordar o tema da morte e de desenvolver habilidades para lidar com o óbito, assim necessitando de capacitações e de um espaço de reflexão para socializar as vivências e práticas (SUBUTZKI, LOMBA, BACKES, 2018). Pesquisa realizada com enfermeiros em Portugal reforça a necessidade de investir na formação sobre o processo de morte e morrer e para o contexto

hospitalar repensar a formação contínua nessa temática (CARDOSO, MARTINS, RIBEIRO, FONSECA, 2020).

Os profissionais vivenciam muito na UN o processo de vida e morte, ordem e desordem, sendo que o princípio do discurso dialógico do paradigma da Complexidade deve ser discutido entre a equipe de saúde. É preciso trabalhar com os profissionais de saúde a morte como uma unidade complexa e que necessita ser compreendida como um processo natural, universal e inerente à vida.

O profissional ao responder o instrumento sobre o perfil de atitudes frente à morte vai percebendo como se sente ou reage em relação à morte, possibilitando refletir sobre suas atitudes e sobre qual cuidado seria mais adequado no momento do óbito. Além de refletir para uma nova ordem existencial. Na lógica do pensamento complexo toda desordem pode conduzir para uma nova ordem (MORIN, 2003). Corroborando com um estudo realizado com a equipe multiprofissional em uma UTIN de um hospital do sul do Brasil que traz que a morte desperta nos profissionais o repensar de atitudes pessoais e profissionais, e para um novo estado de vida (SUBUTZKI, LOMBA, BACKES, 2018).

A partir do perfil de atitudes frente à morte foram selecionados os participantes que apresentaram atitudes positivas em relação à morte para participar da etapa qualitativa. Na fala dos profissionais também se percebe a atitude em relação à aceitação natural, por exemplo, quando P4 relata que é preciso tratar esse assunto como natural e que deveria haver um espaço para falar sobre isso porque isso impacta no cuidado. A aceitação natural vem de encontro com o pensamento complexo de Edgar Morim (2011), que vê a morte como parte integrante da vida e deve ser abordada como um processo de continuidade do ciclo vital.

Pesquisa realizada com a equipe de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva adulto em Minas Gerais trouxe que os profissionais que convivem com pacientes terminais aceitam a morte, apresentando atitude positiva de aceitação natural, ou seja, aceitam a morte como mais um fato da vida. Assim estão mais preparados para lidar com a morte (SILVA, RESENDE, ANDRADE, 2019).

Outro estudo com enfermeiros especialistas que trabalham em um hospital de Portugal apontou um escore mais elevado na dimensão da aceitação como transcendência, compreendendo a ideia de uma vida feliz após a morte, assim apresentando uma atitude positiva frente à morte (CARDOSO, MARTINS, RIBEIRO, FONSECA, 2020).

O processo de morte e morrer em UN desenvolvido a luz do pensamento complexo se caracterizam como processo singular, multidimensional e complexo, não se limitando ao

um evento pontual. A morte faz parte do cotidiano da prática multiprofissional de saúde, transcende o conhecimento simplificado e reducionista e alcança um pensamento ampliado que integra o processo vida e morte como dinâmica circular e vital (SUBUTZKI, 2017). A morte de um neonato não passa despercebida, de alguma forma os profissionais se mobilizam e passam a conviver em contínuo processo de ordem-desordem-ordem (SUBUTZKI, LOMBA, BACKES, 2018; MORIN, 2003).

Os depoimentos foram analisados e trouxeram que o cuidado no processo de morte e morrer perpassam pelo RN, família e equipe. Apontando a importância do cuidado individualizado ao RN e sua família, a partir das falas dos profissionais percebe-se isso a necessidade de abordar a morte de forma individualizada. E vindo de encontro com o pensamento da complexidade de Edgar Morin (2011), onde o processo de morte pode ser compreendido como um fenômeno integrante do ciclo vital, que a vida e morte estão tecidas juntas. Sendo assim, o profissional de saúde deve ter um olhar amplo para o processo de morte do RN e para a família, realizando um cuidado centrado no paciente como sendo um ser humano complexo que tem uma história, cultura, religião, como um ser único.

Outros pontos importantes levantados neste estudo são fornecer um ambiente acolhedor, buscar a rede de apoio, facilitar o processo de cuidado ao RN e família, além do preparo da equipe para o processo de morte e morrer.

Estudo realizado com a equipe de saúde de uma UTIN de um hospital do Sul do Brasil aponta que no processo de morte e morrer na dimensão interativa-familiar na visão da complexidade, o profissional precisa ter um olhar multidimensional e contextualizado, possibilitar um ambiente acolhedor e restaurador, através do vínculo, preparar a família para conviver com o óbito e aceitação (SUBUTZKI, 2017).

O processo de análise deste estudo possibilitou identificar os pontos-chaves que permearam as estratégias facilitadoras com o RN, família e equipe no óbito neonatal, sendo assim elaborado o Modelo de Cuidado. O modelo foi construído entendendo que o processo de morte e morrer são um sistema complexo e processo de continuidade do ciclo vital, que tem como integrantes o RN, família e equipe de saúde, que precisam ser acolhidos e vistos na sua individualidade, sendo que o cuidado requer sensibilidade, envolvimento, empatia, olhar ampliado, comunicação e sabedoria dos profissionais para resolver e encarar as incertezas.

Na lógica do pensamento complexo, o cuidado multiprofissional no processo de morte e morrer de neonatos em UTIN pauta-se na aceitação das adversidades e desordens do trabalho em saúde (SUBUTZKI, LOMBA, BACKES, 2018).

Os profissionais abordaram que o modelo servirá para direcionar as ações da equipe de saúde, que pode modificar a prática de cuidado, facilitar o processo de luto dos pais e que orienta objetivamente para a realização de práticas humanizadas no contexto da morte. Corroborando com um estudo realizado com enfermeiros e técnicos de enfermagem de um hospital universitário do Sul do Brasil que aponta que o modelo de cuidado serve para orientar a prática, possibilitando cuidar do ser humano em sua complexidade (GÓES, CROSSETTI, 2020).

Conhecer e reconhecer a situação vivenciada pelos pacientes selecionando estratégias para o cuidado é um importante passo proposto pelos modelos de cuidado (FORNARI, CARRARO, ROQUE, MASSAROLI, 2016). Além de orientar e organizar o processo de trabalho em cenários específicos com contribuições teóricas e metodológicas estimulando um olhar integral ao paciente, abordando toda complexidade do cuidado (ARRUDA, 2016).

Como limitação deste estudo, apontamos o fato dos dados terem sido coletados em duas instituições públicas de uma mesma região, podendo fazer com que o modelo de cuidado precise de adaptações caso seja utilizado em outra realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil de atitudes frente à morte trouxe que quanto maior a idade dos profissionais, o tempo de conclusão de graduação e o tempo de experiência mais atitudes positivas em relação ao processo de morte e morrer. Os profissionais destacam a importância do cuidado individualizado para o RN e sua família, da rede de apoio, da privacidade para os pais com o RN, da possibilidade de fazer as despedidas, da oferta de um ambiente acolhedor e do trabalho em equipe.

O Modelo de Cuidado é uma ferramenta para orientar o trabalho da equipe interprofissional, sistematizando e fortalecendo o cuidado em suas dimensões familiar, profissional e organizacional, tendo a equipe como articuladora e incentivadora das ações a serem desenvolvidas sob a ótica da complexidade, possibilitando um cuidado individualizado ao RN e sua família durante o processo de morte e morrer.

O pensamento complexo permite um cuidado articulado proporcionando uma interação entre os indivíduos e a realidade, tratando a vida e a morte com enfoque mais amplo. E possibilita uma dialógica entre a ordem, a desordem e a organização, pontos fundamentais no processo de morte e morrer.

Sugere-se estudos para avaliar o impacto da implementação do modelo de cuidado na prática nas UN das regiões brasileiras.

REFERÊNCIAS

ALVES, I.F.B.O.A.; COSTA, R.; LIMA, M.M.; ZAMPIERI, M.F.M.; NITSCHKE, R.G.; GOMES, Í.E.M. Significados atribuídos à maternidade por mulheres de um grupo de gestantes e casais grávidos. **Rev UERJ**, v.29, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.56988>.

AMORIN, C.B.; BARLEM, E.L.D.; MATTOS, L.M.; COSTA, C.F.S.; OLIVEIRA, A.G. Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190017>.

ARRUDA, C. **Modelo de cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

ASSIS, G.A.P.; MOTTA, H.L.; SOARES, R.V. *Talking about absent-presence: experiences of suffering in maternal mourning*. **Rev NUFEN**, v.11, n.1, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.nº01artigo44>

BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador322>. Acesso em: 25 de maio de 2022.

CARDOSO, M.F.P.T.; MARTINS, M.M.F.P.S.; RIBEIRO, O.M.P.L.; FONSECA, E.F. Atitudes dos enfermeiros especialistas face à morte: particularidades dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. **Rev portuguesa de enfermagem de reabilitação**, v.3, n.1, p. 76-83, 2020. DOI: 10.33194/rper.2020.v3.n1.10.5772.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, NMC.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.04332013.

FARIA, S.S.; FIGUEIREDO, J.S. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. **Psicologia Hospitalar**, v.15, n.1, p. 44-66, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v15n1/15n1a05.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2022.

GÓES, M.G.O.; CROSSETTI, M.G.O. Desenvolvimento de um modelo de cuidado espiritual para pacientes e familiares no adoecimento. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41(esp), 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190150>.

HONG, Q.N.; PLUYE, P.; FÀBREGUES, S.; BARTLETT, G.; BOARDMAN, F.; CARGO, M. et al. **Mixed methods appraisal tool (MMAT) Version 2018: user guide**. 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Rosiane/Downloads/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG-1.pdf. Acesso em: 11 out. 2022.

HUG, L.; SHARROW, D.; YOU, D. **Levels & trends in child mortality: report 2017. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation**. 2017.

ICHIKAWA, C.R.F. et al. O cuidado à família diante da perda neonatal: uma reflexão sob a ótica da teoria da complexidade. **Rev enferm UFPE on line.**, v.11, n.12, p.5085-91, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22610p5085-5091-2017>.

MACHADO, R. S. et al. Tradução e adaptação cultural do *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) para uso no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v.28, p.1-17, 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0238>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180238.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mortalidade infantil no Brasil. **Boletim epidemiológico**, v.52, n.37, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletinsepidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em: 27 de maio de 2022.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 19. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

NUNES, B. M. N. et al. Aplicação do modelo de enfermagem *Primary Nursing* no serviço de transplante de medula óssea. **Cogitare enferm**, v. 24, p.1-11, 2019. DOI: dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59652. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59652/pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.

PRADO, R.T.; LEITE, J.L.; SILVA, Í.R.; SILVA, L.J. Comunicação no gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte e morrer. **Texto Contexto Enferm**, v.28, e20170336, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0336>.

PREZOTTO, K. H. et al. *Trend of preventable neonatal mortality in the States of Brazil*. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.21, n.1, p. 291-299, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100015>.

ROCHA, P.K. Construção e Validação de um Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem. 2008. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SANTOS, M.A.; GONÇALVES, J.R. O envolvimento emocional da equipe de enfermagem no processo de morte de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN): uma revisão integrativa de literatura. **JRG Estud Academic**, v.2, n.4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4341116>.

SILVA, L.D.M.; RESENDE, M.C.; ANDRADE, R.Z. Atitudes de profissionais de saúde em cuidados paliativos sobre a morte e o morrer. **Perspectivas em Psicologia**, v.23, n.1, p.213-235, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14393/PPv23n1a2019-51160>.

SILVEIRA, C.M. et al. *Coping* da equipe de enfermagem no processo morte-morrer em unidade neonatal. **Acta Paul Enferm.**, v.35, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/actape/2022AO02261>.

SIQUEIRA, J.; ZILLI, F.; GRIEBELER, S. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. **Pers. bioét.**, v.22, n.2, p. 288-302, 2018. DOI: 10.5294/pebi.2018.22.2.7.

SUBUTZKI, L. S. **Validação de construto teórico-prático sobre o processo de morte e morrer em unidade de terapia intensiva neonatal, à luz do pensamento complexo**. 2017. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2017.

SUBUTZKI, L. S.; LOMBA, M. L.; BACKES, D. S. Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade. **Av Enferm**, v. 36, n.1, p.69-78, 2018. DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.65229.

TEIXEIRA, J.A.M., et al. *Mortality in the first day of life: trends, causes of death and avoidability in eight Brazilian Federative Units, between 2010 and 2015*. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.28, n.1, p. 1-11, 2019. DOI: 10.5123/S1679-49742019000100006.

TEODÓZIO, A.M.; BARTH, M.C.; WENFLAND, J.; LEVANDOWSKI, D.C. Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: estudo qualitativo. **Subjetividad**, v.20, n.2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e9834>.

WILLIS, P. *Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss*. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v.44, n.1, p.46-51, 2019. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000490.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como propósito construir um Modelo de Cuidado Interprofissional ao RN e sua família no óbito neonatal em Unidades Neonatais, tendo a teoria da complexidade como referencial teórico-filosófico que norteou o estudo.

Para atender os objetivos do estudo foi desenvolvida uma pesquisa de método misto com diferentes técnicas de coleta de dados. Inicialmente foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de identificar as experiências e condutas do profissional de saúde frente ao óbito neonatal disponíveis na literatura, e os resultados indicaram o despreparo dos profissionais para lidar com o processo de morte do RN e a necessidade de haver estratégias de educação permanente voltadas ao óbito neonatal.

Na etapa quantitativa, a partir do instrumento do Perfil de Atitudes frente à Morte – Revisado, podem-se identificar as diferentes atitudes dos profissionais de saúde em relação à morte sob o ponto de vista positivo e negativo. Sendo que os resultados mostraram que os profissionais com mais idade, maior tempo de conclusão da graduação e tempo de experiência apresentam mais atitudes positivas frente à morte.

Já na etapa qualitativa emergiram três categorias: estratégias facilitadoras de cuidado ao RN no processo de morte e morrer; o cuidado da família no processo de morte e morrer do RN; vivenciando o óbito neonatal como equipe de saúde. Algumas estratégias de cuidado apresentadas pelos profissionais foram: cuidando do RN como ser único, facilitando o processo de cuidado ao RN e família, entregando lembranças do bebê para os pais, reconhecimento do bebê pela família no óbito, individualizando o cuidado com a família, acolhendo a família, buscando a rede de apoio da família, conversando sobre a morte com a equipe, capacitando a equipe sobre a morte e acolhendo a equipe.

Com os depoimentos compreendemos como os profissionais de saúde vivenciam o cuidado ao óbito neonatal, além de identificarmos os aspectos fundamentais para construção de um Modelo de Cuidado ao óbito neonatal que possa ser utilizado em Unidades Neonatais.

Os dados referentes ao perfil de atitudes dos profissionais frente à morte, obtidos do estudo quantitativo, e os relatos captados nas entrevistas do estudo qualitativo, possibilitaram a construção da versão preliminar do Modelo de Cuidado Interprofissional ao RN e sua família no óbito neonatal, sustentado na concepção do cuidado como um sistema complexo.

A etapa final envolveu a avaliação do conteúdo e do layout do Modelo de Cuidado com os profissionais participantes do estudo. Os resultados indicaram que o modelo é

adequado, de fácil aplicação, pode modificar a prática de cuidado, além de orientar para a realização de práticas humanizadas no contexto da morte.

Trabalhar com duas abordagens de pesquisa trouxe aprendizado e foi desafiador, visto que enquanto pesquisadora eu não possuía experiência com estudo quantitativo. A utilização do método misto trouxe mais robustez para a pesquisa, pois a partir da etapa quantitativa os profissionais puderam refletir sobre suas atitudes e sobre qual cuidado seria mais adequado no momento do óbito, e ao participar das entrevistas estavam mais preparados e conscientes sobre o cuidado no óbito neonatal trazendo uma diversidade de estratégias que podem auxiliar nesse momento.

A teoria da complexidade foi fundamental para embasar a construção do modelo de cuidado, pois o processo de morte e morrer se caracteriza como um processo singular, multidimensional e complexo, não se limitando a um evento pontual, devendo ser compreendido como um fenômeno integrante do ciclo vital. O uso do software Atlas ti favoreceu a organização da análise de dados, auxiliando na codificação inicial, focalizada, axial e teórica, possibilitando uma melhor interpretação dos dados.

Como limitação deste estudo, apontamos o fato dos dados terem sido coletados em duas instituições públicas de uma mesma região, podendo fazer com que o modelo de cuidado necessite de adaptações para ser utilizado em outras realidades. Também destacamos o fato de a pesquisa ter sido realizada apenas com profissionais do nível superior, entendendo que os enfermeiros são responsáveis pela supervisão e orientação dos cuidados de enfermagem. Entretanto, uma pesquisa com o olhar dos técnicos de enfermagem também se faz necessária nesta temática.

Recomenda-se que esse modelo seja implementado na prática das UN, que se propiciem momentos de capacitação desde a formação dos profissionais, que sejam criados espaços para discussão desta temática no cotidiano da prática assistencial, e que seja mantida educação permanente sobre o processo de morte e morrer. Sugere-se que novos estudos sejam realizados para avaliar o impacto da aplicação do modelo de cuidado na prática nas UN, assim como pesquisas que possam identificar estratégias que promovam uma melhor assistência ao RN e sua família no processo de morte e morrer.

Ao finalizar este estudo, confirma-se a Tese de que o Modelo de Cuidado Interprofissional ao RN e sua família no óbito neonatal é um instrumento com potencial para orientar o trabalho da equipe de saúde, sistematizando e fortalecendo o cuidado em suas dimensões familiar, profissional e organizacional, tendo a equipe como articuladora e incentivadora das ações a serem desenvolvidas sob a ótica da complexidade, possibilitando

um cuidado individualizado ao RN e sua família durante o processo de morte e morrer do neonato.

REFERÊNCIAS

- AHO, A. L. *et al.* *Evaluating a Bereavement Follow-Up Intervention for Grieving Fathers and Their Experiences of Support After the Death of a Child—A Pilot Study.* **Death Studies**, v.35, n.10, p.879-904, 2011. DOI: 10.1080/07481187.2011.553318.
- ALEXANDRE, N.; COLUCI, M. *Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments.* **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.
- ALMEIDA, B.; COUTO, R. H. M.; JUNIOR, A. T. Prevalência e fatores associados aos óbitos em prematuros internados. **Arq Catarin Med**, v. 48, n.4, p.35-50, out./dez. 2019. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/512/375>. Acesso em: 20 mar. 2020.
- ALMEIDA, F. A.; MORAES, M. S.; CUNHA, M. L. R. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n.esp, p-122-129, 2016. DOI: 10.1590/S0080-623420160000300018.
- ALVES, I.F.B.O.A.; COSTA, R.; LIMA, M.M.; ZAMPIERI, M.F.M.; NITSCHKE, R.G.; GOMES, Í.E.M. Significados atribuídos à maternidade por mulheres de um grupo de gestantes e casais grávidos. **Rev UERJ**, v.29, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.56988>.
- AMORIN, C.B.; BARLEM, E.L.D.; MATTOS, L.M.; COSTA, C.F.S.; OLIVEIRA, A.G. Comunicação de notícias difíceis na atenção básica à saúde: barreiras e facilitadores percebidos por enfermeiras. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190017>.
- ARRUDA, C. **Modelo de cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas.** 2016. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- ASSIS, G.A.P.; MOTTA, H.L.; SOARES, R.V. *Talking about absent-presence: experiences of suffering in maternal mourning.* **Rev NUFEN**, v.11, n.1, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.nº01artigo44>
- AZEVEDO, T.G.L.; LIMA, B.S.F.; MARTINEZ, E.A. A formação e a vivência dos profissionais de saúde frente ao processo de morte e morrer em pediatria: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, e2310917790, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17790>
- BACKES, D. S. *et al.* Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. **Aquichán**, Bogotá, v. 16, n. 1, p. 24-31, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.4>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2020.

BELLALI, T. et al. *Psychometric Properties of the Revised Death Attitude Profile in a Greek Sample of Nurses*. *Journal of Nursing Measurement*, v.26, n.2, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.26.2.264>

BRAGA, C. G. **Construção e validação de um instrumento para avaliação do sentimento de impotência**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia QualiNeo**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/823-assuntos/saude-para-voce/44189-estrategia-qualineo>. Acesso em: 02 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade Infantil e na Infância**. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em 24 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 12 de dezembro de 2012, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Apice On - Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador322>. Acesso em: 25 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido. Método Canguru: manual técnico**. 3. ed. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3e_d.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado [recurso eletrônico]**. 1. ed. revisada. Brasília, 2019. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf
. Acesso em: 10 de agosto de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mortalidade infantil no Brasil. **Boletim epidemiológico**, v.52, n.37, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/boletinsepidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em: 27 de maio de 2022.

BROOTEN, D. *Parent's perceptions of health care providers actions around child ICU death: what helped, what did not*. **Am J Hosp Palliat Care**, v.30, n.1, p.40-49, 2012. DOI: 10.1177/1049909112444301.

CALEFFI, C. C. F. *et al.* Contribuição do brinqueado terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.37, n.2, p. 1-8, jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37n2/0102-6933-rngenf-1983-144720160258131.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY STATEMENT. *Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss*. **Paediatr Child Health**. v.6, n.7, p. 469–477, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/pdf/pch06469.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2022.

CANTÍDIO, F. S.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem. **Invest Educ Enferm**, v.29, n.3, p.407-418, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120_53072011000300009&script=sci_arttext. Acesso em: 11 abr. 2020.

CARDOSO, M.F.P.T.; MARTINS, M.M.F.P.S.; RIBEIRO, O.M.P.L.; FONSECA, E.F. Atitudes dos enfermeiros especialistas face à morte: particularidades dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. **Rev portuguesa de enfermagem de reabilitação**, v.3, n.1, 2020. DOI: 10.33194/rper.2020.

CARRARO, T. E. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. (Orgs.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p. 05-15.

CARRARO, T. E.; WALL, M. L. Um modelo de cuidado de enfermagem aplicado a grupos de mulheres-mães. **Avances em enfermeira**, v. 23, n.1, p.90-99, jun. 2005. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37846/40114>. Acesso em: 31 mar. 2020.

CASTRO, E. C. M.; LEITE, A. J. M.; GUINSBURG, R. Mortalidade com 24 horas de vida de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso da Região Nordeste do Brasil. **Rev Paul Pediatr**, v. 34, n.1, p.106-113, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.008>. Acesso em: 28 mar. 2020.

CHAN, M. F. *et al.* Investigating factors associated with nurses' attitudes towards perinatal bereavement care: a study in Shandong and Hong Kong. **Journal of clinical nursing**, v.18, p.2344-2354, 2009. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02689.x.

CHAN, M. F.; ARTHUR, D. G. Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. **Journal of advanced nursing**, v.65, n.12, p.2532-2541, 2009. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05141.x.

CHAN, M. F.; LOU, F.; ARTHUR, D. G. A survey comparing the attitudes toward perinatal bereavement care of nurses from three asian cities. **Evaluation & the Health Professions**, v.33, n.4, p.514-533, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/0163278710381092>.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, NMC.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.04332013

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Penso, 2013.

CUPEN, K. *et al.* Risk Factors Associated with Preterm Neonatal Mortality: A Case Study Using Data from Mt. Hope Women's Hospital in Trinidad and Tobago. **Children**, v. 4, n.12, p.1-10, dec. 2017. DOI: 10.3390/children4120108. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321806452_Risk_Factors_Associated_with_Preterm_Neonatal_Mortality_A_Case_Study_Using_Data_from_Mt_Hope_Women's_Hospital_in_Trinidad_and_Tobago. Acesso em: 27 mar. 2020.

DEMITTO, M. O. *et al.* High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.51, p.1-8, apr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014703208>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03208.pdf. Acesso em: 26 mar. 2020.

DIAS, M. V. *et al.* Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: percepções à luz do pensamento complexo. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n.4, p. 79-85, dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45177>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt_1983-1447-rgenf-35-04-00079.pdf. Acesso em: 10 de abr. 2020.

DUNN, O. J. Multiple comparisons using rank sums. **Technometrics**, v. 6, n.3, p. 241-252, 1964. DOI: <https://doi.org/10.2307/1266041>

FARIA, S.S.; FIGUEIREDO, J.S. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. **Psicologia Hospitalar**, v.15, n.1, p. 44-66, 2017.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v15n1/15n1a05.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2022.

FAVERO, L.; WALL, M. L.; LACERDA, M. R. Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem brasileira. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.2, p.534-542, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a32.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.

FEHRING, R. *Methods to validate nursing diagnoses*. **Heart Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.

FIGUEIRA, A. B. *et al. Resistance strategies of nursing professionals newborn death situations*. **Rev enferm UFPE on line**, v.10, n.supl4, p.3517-3523, 2016. DOI: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201602.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S. B. *Asking compelling, clinical questions*. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt, (Eds.). **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage, 2012.

GARCIA, L. P.; FERNANDES, C. M.; TRAEBERT, J. *Risk factors for neonatal death in the capital city with the lowest infant mortality rate in Brazil*. **J Pediatr (Rio J)**, Porto Alegre, v.95, n.2, p. 194-200, mar./apr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.12.007>. Acesso em: 16 mar. 2020.

GEBARA, E. O. *Impacto de la evolución científico-tecnológica en la Bioética neonatal-perinatal*. **Vida y Ética**, v.15, n.1, p.33-48, jun. 2014. Disponível em: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/impacto-evolucion-cientifico-tecnologica.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

GEIST, M. R. *Using the Delphi method to engage stakeholders: a comparison of two studies*. **Eval Program Plann**. v.33, n.2, p.147-154, mai. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.06.006>. Acesso em: 21 abr. 2020.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GÓES, M.G.O.; CROSSETTI, M.G.O. Desenvolvimento de um modelo de cuidado espiritual para pacientes e familiares no adoecimento. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41(esp), 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190150>.

HOLM, S. *A simple sequentially rejective multiple test procedure*. **Scandinavian Journal of Statistics**, v.6, n.2, p.65-70, 1979. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/4615733>. Acesso em: 10 de março de 2022.

HONG, Q.N.; PLUYE, P.; FÀBREGUES, S.; BARTLETT, G.; BOARDMAN, F.; CARGO, M. *et al. Mixed methods appraisal tool (MMAT) Version 2018: user guide*. 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Rosiane/Downloads/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG-1.pdf. Acesso em: 11 out. 2022.

HUG, L.; SHARROW, D.; YOU, D. **Levels & trends in child mortality: report 2017**. *Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. 2017.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ICHIKAWA, C.R.F. *et al.* O cuidado à família diante da perda neonatal: uma reflexão sob a ótica da teoria da complexidade. **Rev enferm UFPE on line.**, v.11, n.12, p.5085-91, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22610p5085-5091-2017>.

KOERICH, C. *et al.* *Grounded theory: evidencing divergences and contributions for nursing research*. **Rev Min Enferm**, v.22, p.1-5, 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1222>. Acesso em: 20 abr. 2020.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30 Sup, p.192-207, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213> Acesso em: 20 mar. 2020.

LEHTONEN, L. *et al.* *Early neonatal death: a challenge worldwide*. **Semin Fetal Neonatal Med**, v.22, n.3, p.153-160, june. 2017. DOI: 10.1016/j.siny.2017.02.006.

LEVICK, J. *et al.* *NICU Bereavement Care and Follow-up Support for Families and Staff*. **Advances in Neonatal Care**, v.0, n.0, p.1-10, 2017. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000435.

MACHADO, R. S. *et al.* Tradução e adaptação cultural do *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) para uso no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v.28, p.1-17, 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0238>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MACHADO, R. S. **Evidências de validade da versão brasileira da *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) na enfermagem**. 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2021.

MACHADO, R. S. **Tradução e adaptação transcultural do *death attitude profile revised* (dap-r) para uso no Brasil**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2016.

MACHADO, R.S.; ORIÁ, M.O.B.; FERNANDES, M.A.; GOUVEIA, M.T.O.; SILVA G.R.F. Tradução e adaptação cultural do *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) para uso no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v.28, e20180238, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0238>

MARTEL, S.; IVES-BAINE, L. *Nurses' Experiences of End-of-life Photography in CRNICU Bereavement Support*. **Journal of Pediatric Nursing**, p.1-7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.05.011>.

MENDES, K. D.S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MENDES, N.P.; SILVA, A.C.F.L. O impacto biopsicossocial em enfermeiros frente ao processo de morte e morrer de pacientes terminais. **Rev Enferm Atual In Derme**, v. 95, n. 33, e-021031, 2021. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.947>

MONTERO, S. M. P. *et al.* A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.19, n.6, p.1-8, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_18.pdf. Acesso em: 28 nov. 2019.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 19.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

MORIN, E. **A educação e a complexidade do ser e do saber**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MORIN, E. **O método II**: a vida da vida. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MOSKOLA, V. *et al.* Investigating the attitude of ambulance workers towards death. **Kontakt journal**, v.23, n.1, 2021. DOI: 10.32725/kont.2021.007

NUNES, B. M. N. *et al.* Aplicação do modelo de enfermagem *Primary Nursing* no serviço de transplante de medula óssea. **Cogitare enferm**, v. 24, p.1-11, 2019. DOI: [dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59652](https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.59652). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59652/pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.

OBEIDAT, N. *et al.* Neonatal mortality in Jordan: secondary analysis of Jordan Population and Family Health Survey (JPFHS) data. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v.32, n.2, p.217-224, jan. 2017. DOI: 10.1080/14767058.2017.1377174. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320248409_Neonatal_mortality_in_Jordan_secondary_analysis_of_Jordan_Population_and_Family_Health_Survey_JPFHS_data. Acesso em: 27 mar. 2020.

OZCELIK, H.; AKSOY, F.; SONMEZ, E.; FADILUOLU, C. Attitudes to death of nurses in Turkey and factors affecting them. **Hos Pal Med Int Jnl**, v.2, n.6, p. 303–309, 2018. DOI: 10.15406/hpmij.2018.02.00112

PEITO, B.B.; MELO, M.A.; LONGO, C.S. Luto em profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer de paciente sob seus cuidados: uma revisão bibliográfica sintética. **Rev Psicologia em Foco**, v. 12, n. 17, p. 15-27, 2020. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/download/3776/2982>. Acesso em: 20 de abril de 2022.

PETRITES, A. D. *et al.* You have no choice but to go on: how physicians and midwives in Ghana cope with high rates of perinatal death. **Matern child health J**, v.20, n.7, p.1448-1455, 2016. DOI: 10.1007/s10995-016-1943-y.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, R.T.; LEITE, J.L.; SILVA, Í.R.; SILVA, L.J. Comunicação no gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte e morrer. **Texto Contexto Enferm**, v.28, e20170336, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0336>.

PREZOTTO, K. H. et al. *Trend of preventable neonatal mortality in the States of Brazil*. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.21, n.1, p. 291-299, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100015>.

RIBEIRO, O.M.P.L.; MARTINS, M. M. F. P. S.; TRONCHIN, D. M. R. Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Enferm Referência**, v.4, n.10, p.125-133, jul./ago./Set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008>. Acesso em: 29 mar. 2020.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.1, p-113-116, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/18.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

ROCHA, P. K., PRADO, M. L.; SILVA, D. M. G. V. Pesquisa Convergente assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.6, p.1019-1025, nov./dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600019>. Acesso em: 31 mar. 2020.

ROCHA, P.K. **Construção e Validação de um Instrumento para Avaliação de Modelos de Cuidado de Enfermagem**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

RODRIGUES, N. C. et al. *Temporal and spatialevolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997-2012*. **J Pediatr (Rio J)**, v.92, n.6, p-567-573, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.03.004>. Acesso em: 21 mar. 2020.

RONDINELLI, J. et al. *Factors Related to Nurse Comfort When Caring for Families Experiencing Perinatal Loss*. **Journal for Nurses in Professional Development**, v.31, n.3, p. 158-163, 2015. DOI: 10.1097/NND.0000000000000163.

ROOS, N.; XYLANDER, S. R. *Why do maternal and newborn deaths continue to occur?* **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v.36, p.30-44, oct. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.06.002>.

ROWE, A.; HOGARTH, A. *Use of complex adaptive systems metaphor to achieve professional and organizational change*. **J Adv Nurs**, v.51, n.4, p.396-405, 2005.

SALGADO, H.O.; ANDREUCCI, C.B.; GOMES, A.C.R.; SOUZA, J.P. *The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study*. **Reprod Health**, v.18, n.5, p. 01-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4>.

SAME. **Serviço de Arquivo Médico e Estatística da Maternidade Carmela Dutra**.

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis: SAME, 2015.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.3, p.1-9, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>. Acesso em: 18 abr. 2020.

SANTOS, M.A.; GONÇALVES, J.R. O envolvimento emocional da equipe de enfermagem no processo de morte de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN): uma revisão integrativa de literatura. **JRG Estud Academic**, v.2, n.4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4341116>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Carmela Dutra completa 55 anos. 2010**. Disponível em: http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=727:carmela-dutra-completa-55-anos-&catid=203:arquivos-de-noticias-2010&Itemid=407. Acesso em: 15 abr. 2020.

SHAROOUR, L.A. *et al.* *Toward death and caring for dying cancer patients during their placement.* **Euromediterranean biomedical jornal**, v.12, n.40, p. 189–193, 2017. DOI: 10.3269/1970-5492.2017.12.40

SILVA, A.E. *et al.* Percepções do enfermeiro: Processo de morte e morrer. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e33310414112, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14112>

SILVA, L. C. S. P.; VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.2, p.238-242, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200011>.

SILVA, L.D.M.; RESENDE, M.C.; ANDRADE, R.Z. Atitudes de profissionais de saúde em cuidados paliativos sobre a morte e o morrer. **Perspectivas em Psicologia**, v.23, n.1, p.213-235, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14393/PPv23n1a2019-51160>.

SILVEIRA, C.M. *et al.* *Coping da equipe de enfermagem no processo morte-morrer em unidade neonatal.* **Acta Paul Enferm.**, v.35, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/actaape/2022AO02261>.

SIMWAKA, A. N. K.; KOK, B.; CHILEMBA, W. *Women's Perceptions of Nurse-Midwives' Caring Behaviours during Perinatal Loss in Lilongwe, Malawi: An Exploratory Study.* **Malawi Med J**, v.26, n.1, p.8-11, 2014.

SIQUEIRA, J.; ZILLI, F.; GRIEBELER, S. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. **Pers. bioét.**, v.22, n.2, p. 288-302, 2018. DOI: 10.5294/pebi.2018.22.2.7.

SÓ FILOSOFIA. **Edgar Morin – o filósofo da complexidade**. Disponível em: http://www.filosofia.com.br/bio_popup.php?id=67. Acesso em: 18 abr. 2020.

SOUZA, K. R.; KERBAUY, M. T. M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Educação e Filosofia**, Uberlândia, v. 31, n.

61, p. 21-44, jan./abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.14393/REVEDFIL.issn.0102-6801.v31n61a2017-p21a44>. Acesso em: 19 abr. 2020.

SOUZA, M.C.S. *et al.* Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n.4, e3640016, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003640016>.

SOUZA, P.S.N.; CONCEIÇÃO, A.O.F. Processo de morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Bioét.**, v.26, n.1, p. 127-34, 2018. DOI: 10.1590/1983-80422018261234

SUBUTZKI, L. S. **Validação de construto teórico-prático sobre o processo de morte e morrer em unidade de terapia intensiva neonatal, à luz do pensamento complexo**. 2017. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2017.

SUBUTZKI, L. S.; LOMBA, M. L.; BACKES, D. S. Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade. **Av Enferm**, v. 36, n.1, p.69-78, 2018. DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.65229.

TEIXEIRA, G. A. *et al.* Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. **Rev pesquis cui fundam (Online)**, v.8, n.1, p.4036-4046, jan./mar. 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4036-4046. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3943/pdf_1832. Acesso em: 26 mar. 2020.

TEIXEIRA, J. A. M. *et al.* *Mortality in the first day of life: trends, causes of death and avoidability in eight Brazilian Federative Units, between 2010 and 2015*. **Epidemiol Serv Saude**, v.28, n.1, p.1-11, 2019. DOI: 10.5123/S1679-49742019000100006.

TEODÓZIO, A.M.; BARTH, M.C.; WENFLAND, J.; LEVANDOWSKI, D.C. Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: estudo qualitativo. **Subjetividad**, v.20, n.2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e9834>.

TERRA, M. G. *et al.* O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.15, Esp., p.164-169, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea20.pdf>. Acesso em: 12 de abr. 2020.

The Joanna Briggs Institute. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition**. The Joanna Briggs Institute; 2014.

UNITED NATIONS INTER-AGENCY GROUP FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION. **Levels and Trends in Child Mortality Report 2017**. UNICEF; 2017.

UNITED NATIONS INTER-AGENCY GROUP FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION. **Levels and Trends in Child Mortality Report 2019**. UNICEF; 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. **Site institucional**. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=12 Acesso em: 15 abr. 2020.

VARELA, A. R. *et al.* *Fetal, neonatal, and post-neonatal mortality in the 2015 Pelotas (Brazil) birth cohort and associated factors*. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.7, p.1-16, aug. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00072918>. Acesso em: 18 mar. 2020.

VELOSO, F. C. *et al.* *Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. **J Pediatr (Rio J.)**, Porto Alegre, v.95, n.5, p. 519-530, sept./oct. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.12.014>. Acesso em: 16 mar. 2020.

VENTURA, G. *et al.* *Enfrentamiento de enfermeros a la muerte en el proceso de cuidado en la sala de emergencia*. **Rev Enfermería Actual**, n. 37, 2019. DOI: 10.15517/revenf.v0iNo.37.35525

VIEIRA, M.; KLOCK, P.; COSTA, R.; LORENZINI-ERDMANN, A. Um modelo de enfermagem como sistema complexo adaptativo. **Aquichan**, v.9, n.3, p.212-221, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a02.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

WALL, M. L. **Características da proposta de cuidado de enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis**. 2008. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

WALLBANK, S.; ROBERTSON, N. *Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey*. **International Journal of Nursing Studies**, p.1090-1097, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022>.

WILLIS, P. *Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss*. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v.44, n.1, p.46-51, 2019. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000490.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Neonatal Mortality Rate**. 2020. Disponível em: <https://childmortality.org/data>. Acesso em: 20 de abril de 2022.

XAVIER, D. M. *et al.* *Vivências de enfermeiras frente à morte na unidade de terapia intensiva neonatal*. **Rev enferm UFPE on line**, v.7, n.4, p.1081-1089, 2013. DOI: 10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201302.

XIE, L. *et al.* *The relationship between death attitude and professional identity in nursing students from mainland China*. **Nurse Education Today**, v. 107, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105150>

ZAHRAN, Z. *et al.* *Nursing students' attitudes towards death and caring for dying patients*. **Nursing Open**, v.9, p.614–623, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.1107>

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
EQUIPE DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Você está recebendo um TCLE de forma online com explicações referentes a presente pesquisa; caso concorde em participar, de o “aceite” respondendo o e-mail onde será repassado um link de acesso para você participar da entrevista se assim desejar.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO³ –
EQUIPE DE SAÚDE**

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: “**Modelo de Cuidado interprofissional ao recém-nascido e sua família no óbito neonatal: estudo de método misto**”. A mesma será realizada em Unidades Neonatais da grande Florianópolis e, tem como objetivo: construir um Modelo de Cuidado interprofissional ao recém-nascido e sua família no óbito neonatal em Unidades Neonatais. Será desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela doutoranda Rosiane da Rosa (pesquisadora principal), sob orientação da professora doutora Roberta Costa (pesquisadora responsável). Você tem a garantia de que os dados fornecidos são confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, visando assegurar o anonimato e confidencialidade ao estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou publicações científicas. Sua participação é voluntária, isto é, você tem o direito e a liberdade de desistir de participar e retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Sua participação inicial será responder um questionário online e você poderá ser convidado a participar de uma segunda etapa de entrevista. A entrevista será online e gravada para posterior transcrição e será utilizado o depoimento do participante. Não haverá desconforto e riscos de natureza física decorrentes da participação na pesquisa, exceto desconfortos relacionados ao tempo dispensado para participar da pesquisa e/ou sentimentos que podem emergir ao lembrar de sua experiência profissional. O benefício esperado da participação na pesquisa será a contribuição na construção do Modelo de Cuidado para o óbito neonatal que irá auxiliar os profissionais nesse processo que poderá ser experienciado com humanização e assistência de qualidade. Não estão previstos gastos neste projeto,

³ O presente T.C.L.E. deverá ser assinado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa. Uma ficará de posse das pesquisadoras e a outra com os próprios participantes da pesquisa.

entretanto caso você tenha alguma despesa, comprovadamente em função da pesquisa você será ressarcido, de acordo com a Resolução CNS 466/12. Garantimos indenizações que possam, comprovadamente, estar relacionadas a danos causados por este estudo. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Você receberá uma cópia rubricada e assinada em todas as suas páginas deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo *e-mail*: cep.propesq@contato.ufsc.br ou pelo telefone (48) 3721-6094, endereço: Rua Desembargador Vitor Lima 222 - Prédio Reitoria II - 4º andar, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC- Brasil, CEP 88.040-400. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, pelo *e-mail* cepses@saude.sc.gov.br ou pelo telefone (48) 36647218/ (48) 36647242, endereço: Rua Esteves Júnior 390 - Anexo I SES - 2º andar, Centro, Florianópolis/SC- Brasil, CEP: 88015-130.

Profª Doutora Roberta Costa

Orientadora do estudo

e-mail: roberta.costa@ufsc.br

Enfª Rosiane da Rosa

Doutoranda

e-mail: rosiane.nfr@gmail.com

Fone: (48) 32517528 UTI NEO MCD

Celular: (48)991919063

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

DECLARO, para devidos fins, que após devidamente esclarecido pela pesquisadora e ter compreendido o que me foi explicado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa, sem qualquer benefício financeiro, assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Participante da Pesquisa:

(assinatura)

Florianópolis, ____ / ____ /2020.

APÊNDICE B – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL**DADOS PESSOAIS**

1. Idade: _____ anos.
2. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino
3. Estado Civil:
 - (1) Solteiro
 - (2) Casado
 - (3) Divorciado
 - (4) Viúvo
 - (5) Outros: _____

DADOS PROFISSIONAIS

4. Instituição em que trabalha atualmente: (1) Privada (2) Pública
5. Tempo de conclusão da graduação: _____ anos
6. Tempo de experiência: _____ anos
7. Formação profissional:
 - (1) Graduação
 - (2) Aprimoramento
 - (3) Residência
 - (4) Especialização
 - (5) Mestrado
 - (6) Doutorado
 - (7) Outros:
8. Categoria profissional:
 - (1) Enfermeiro
 - (2) Pediatra
 - (3) Neonatologista
 - (4) Fisioterapeuta
 - (5) Assistente Social
 - (6) Fonoaudiólogo
 - (7) Nutricionista
 - (8) Terapeuta Ocupacional
 - (9) Psicólogo
 - (10) Outra
9. Tempo de trabalho na unidade: _____ anos

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA

ENTREVISTA nº: _____

Dados sócio profissionais

1. Idade: _____ anos.
2. Sexo: Feminino Masculino
3. Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo
 Outros: _____
4. Formação profissional: Graduação Aprimoramento Residência
 Especialização Mestrado Doutorado Outros:
5. Categoria profissional: Enfermeiro Pediatra Neonatologista Psicólogo
Fisioterapeuta Assistente Social Fonoaudiólogo Nutricionista Terapeuta
Ocupacional Outro
6. Instituição em que trabalha atualmente: Privada Pública
7. Tempo de experiência: _____
8. Tempo de trabalho na unidade: _____ anos

Questões norteadoras:

1. Conte-me como é para você cuidar de um RN e sua família no processo da morte e morrer?
2. Quais sentimentos e emoções são mobilizados em você durante o cuidado de um RN e sua família no processo da morte e morrer? Como você lida com eles?
3. Quais os significados que você atribui a sua prática do cuidado ao recém-nascido e a família na situação de óbito neonatal?
4. Quais os cuidados são realizados no momento do óbito neonatal? Como você desenvolve o cuidado ao recém-nascido e a família nessa situação?
5. O que é feito em relação ao ambiente (mudança de local)?
6. Como você entende que deveria ser o processo de cuidado da equipe em relação a família que vivencia o processo de morte e morrer de seu RN?
7. Quais são as dificuldades que vocês vivenciam na unidade em relação ao cuidado no óbito neonatal?
8. O que poderia facilitar este processo de cuidado para o RN e a família? E para os profissionais?
9. Sugestões de novas condutas?

**APÊNDICE D – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO
INTERPROFISSIONAL AO RECÉM-NASCIDO E SUA FAMÍLIA NO ÓBITO
NEONATAL**

Prezado(a) Sr(a) Avaliador(a):

Você foi convidado a participar da terceira etapa da pesquisa de Tese vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Doutorado em Enfermagem, para avaliação do Modelo de cuidado interprofissional ao recém-nascido e sua família no óbito neonatal. Nessa etapa serão convidados os profissionais de saúde que participaram da primeira e/ou segunda etapa da pesquisa.

O Modelo de Cuidado ao óbito neonatal foi elaborado a partir do questionário e das entrevistas com os profissionais de saúde que trabalham na Unidade Neonatal da grande Florianópolis. Trata-se de uma estrutura teórica que guia a prática de cuidado através de um diagrama.

O Modelo de Cuidado desenvolvido é um instrumento que orienta o trabalho da equipe de saúde, sistematizando e fortalecendo o cuidado em suas dimensões familiar, profissional e organizacional, tendo a equipe como articuladora e incentivadora das ações a serem desenvolvidas sob a ótica da complexidade, possibilitando um cuidado individualizado a cada recém-nascido e sua família durante o processo de morte e morrer.

Sua participação será responder um questionário que contém algumas perguntas sobre o modelo de cuidado. Leia atentamente cada questão e, em seguida, decida o quanto concorda ou discorda, justificando sua resposta. Marcando uma das seguintes opções: **CT**: Concordo Totalmente; **C**: Concordo; **NCND**: Nem concordo nem discordo; **D**: Discordo; **DT**: Discordo Totalmente.

Se você concorda totalmente com a afirmação, você marca CT. Se você discorda totalmente, você marca DT. Se estiver indeciso, escolha a opção NCND (nem concordo nem discordo), no entanto, tente usar essa opção o mínimo possível.

1.O modelo de cuidado é de fácil entendimento?

| | | | | |
|----|---|------|---|----|
| CT | C | NCND | D | DT |
|----|---|------|---|----|

Caso discorde justifique a resposta?

Sugestões de melhoria:

2.O modelo de cuidado é de fácil aplicação?

| | | | | |
|----|---|------|---|----|
| CT | C | NCND | D | DT |
|----|---|------|---|----|

Caso discorde justifique a resposta?

Sugestões de melhoria:

3.O modelo de cuidado desenvolvido tem aplicabilidade na prática?

| | | | | |
|----|---|------|---|----|
| CT | C | NCND | D | DT |
|----|---|------|---|----|

Caso discorde justifique a resposta?

Sugestões de melhoria:

4.O modelo é estruturado para atender as necessidades do recém-nascido/família e ao mesmo tempo do todo?

| | | | | |
|----|---|------|---|----|
| CT | C | NCND | D | DT |
|----|---|------|---|----|

Caso discorde justifique a resposta?

Sugestões de melhoria:

5.Consegue-se especificar as ações do cuidado seguindo o modelo, sem alterar a essência do mesmo?

| | | | | |
|-----------|----------|-------------|----------|-----------|
| CT | C | NCND | D | DT |
|-----------|----------|-------------|----------|-----------|

Caso discorde justifique a resposta?

Sugestões de melhoria:

6.A utilização do modelo pode modificar a forma como se dá a prática do cuidado?

| | | | | |
|-----------|----------|-------------|----------|-----------|
| CT | C | NCND | D | DT |
|-----------|----------|-------------|----------|-----------|

Caso discorde justifique a resposta?

Sugestões de melhoria:

7.O modelo de cuidado orienta as práticas de cuidado objetivando a busca de alternativas para a solução de problemas?

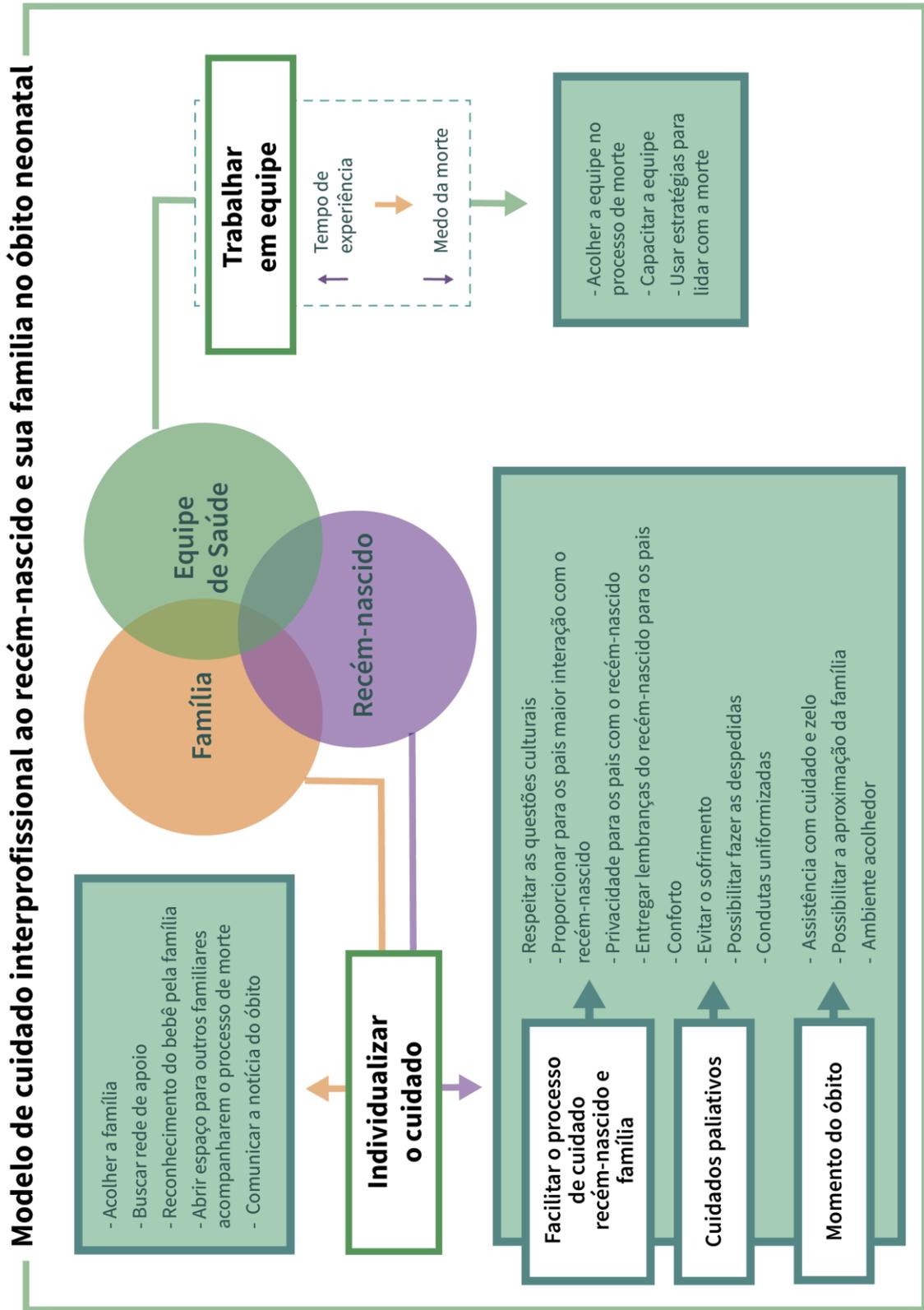
| | | | | |
|-----------|----------|-------------|----------|-----------|
| CT | C | NCND | D | DT |
|-----------|----------|-------------|----------|-----------|

Caso discorde justifique a resposta?

Sugestões de melhoria:

Gratidão por sua valiosa contribuição na pesquisa! Após a análise das respostas, poderá ser necessário mais uma rodada de avaliação, caso o modelo sofra alguma alteração. E ao finalizar a Tese será disponibilizado a equipe a versão final do modelo de cuidado.

APÊNDICE E – MODELO DE CUIDADO INTERPROFISSIONAL AO RECÉM-NASCIDO E SUA FAMÍLIA NO ÓBITO NEONATAL



**ANEXO A - VERSÃO ADAPTADA DO *DEATH ATTITUDE PROFILE - REVISED*
(PERFIL DE ATITUDES FRENTE À MORTE - REVISADO) PARA O CONTEXTO
BRASILEIRO**

Este questionário contém uma série de afirmações sobre diferentes atitudes em relação à morte. Leia atentamente cada afirmação e, em seguida, decida o quanto concorda ou discorda. Por exemplo: “A morte é uma amiga”. Indique o quanto concorda ou discorda, marcando uma das seguintes opções: **CT**: Concordo Totalmente; **C**: Concordo; **CM**: Concordo Moderadamente; **NCND**: Nem concordo nem discordo; **DM**: Discordo Moderadamente; **D**: Discordo; **DT**: Discordo Totalmente. Note que as escalas vão de concordo totalmente a discordo totalmente e de discordo totalmente a concordo totalmente.

Se você concorda totalmente com a afirmação, você marca CT. Se você discorda totalmente, você marca DT. Se estiver indeciso, escolha a opção NCND (nem concordo nem discordo). No entanto, tente usar essa opção o mínimo possível.

É importante que você leia todas as afirmações e responda cada uma. Muitas afirmações podem parecer semelhantes, mas todas são necessárias para mostrar pequenas diferenças nas atitudes.

| | | | | | | | |
|--|----|---|----|------|----|---|----|
| 1. A morte é sem dúvida uma experiência desagradável. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 2. A expectativa da minha própria morte desperta ansiedade em mim. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 3. Evito pensamentos sobre a morte a todo custo. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 4. Acredito que vou para o céu depois que eu morrer. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 5. A morte trará um fim a todos os meus problemas. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 6. A morte deve ser vista como um evento natural, inegável e inevitável. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 7. Me incomoda o caráter definitivo da morte. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 8. A morte é uma entrada para um lugar de satisfação plena. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |

| | | | | | | | |
|---|----|---|----|------|----|---|----|
| 9. A morte fornece uma fuga deste mundo terrível. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 10. Sempre que o pensamento de morte entra na minha mente, eu tento afastá-lo. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 11. A morte é uma libertação da dor e do sofrimento. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 12. Eu sempre tento não pensar sobre morte. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 13. Eu acredito que o céu será um lugar bem melhor do que este mundo. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 14. A morte é um aspecto natural da vida. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 15. A morte é uma união com Deus e com a felicidade eterna. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 16. A morte traz uma promessa de uma vida nova e gloriosa | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 17. Não temeria a morte, mas também não a receberia de braços abertos. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 18. Eu tenho um medo intenso da morte. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 19. Eu evito completamente pensar sobre a morte. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 20. O tema da vida após a morte me incomoda muito. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 21. O fato de que a morte significa o fim de tudo como eu conheço me assusta. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 22. Estou ansioso para me reunir com os meus entes queridos depois que eu morrer. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 23. Eu vejo a morte como um alívio do sofrimento terreno. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 24. A morte é simplesmente parte do processo da vida. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 26. Tento não ter nada a ver com o tema da morte. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 27. A morte oferece uma | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |

| | | | | | | | |
|--|----|---|----|------|----|---|----|
| libertação maravilhosa da alma. | | | | | | | |
| 28. Uma das coisas que me conforta ao enfrentar a morte é minha crença numa vida após a morte. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 29. Eu vejo a morte como um alívio do fardo dessa vida. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |
| 30. A morte não é boa nem ruim | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 31. Estou ansioso pela vida após a morte. | CT | C | CM | NCND | DM | D | DT |
| 32. A incerteza de não saber o que acontece depois da morte me preocupa. | DT | D | DM | NCND | CM | C | CT |

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e Validação de um Modelo de Cuidado ao recém-nascido e sua família no óbito neonatal

Pesquisador: Roberta Costa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32933820.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.164.282

Apresentação do Projeto:

"Construção e Validação de um Modelo de Cuidado ao recém-nascido e sua família no óbito neonatal". Projeto de pesquisa de Doutorado de ROSIANE DA ROSA, orientado pela Profa. Dra. ROBERTA COSTA do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Configura-se como uma pesquisa de métodos mistos combinando abordagens quantitativas e qualitativas. Assim, serão desenvolvidos dois estudos: estudo quantitativo com delineamento transversal e estudo qualitativo orientado pelo método Grounded Theory, também chamado de Teoria Fundamentada nos Dados. Além destas estratégias metodológicas pretende-se construir e validar um Modelo de Cuidado ao recém-nascido e sua família no óbito neonatal. O Modelo de Cuidado pretende auxiliar a equipe de saúde neonatal nesse processo, que poderá ser experienciado com humanização e assistência de qualidade.

Critério de Inclusão:

Etapa quantitativa e qualitativa: ser profissional de saúde de nível superior atuante em uma das instituições de estudo; tempo de atuação em UTIN no mínimo de seis meses.

Etapa de validação de conteúdo:

- comitê de especialistas em neonatologia, precisam obter pontuação mínima "5" nos seguintes itens: Graduação na área da saúde pelo menos 2 anos, vale 2 pontos; Experiência na área de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.164.282

ensino ou assistência neonatal há pelo menos 2 anos, vale 3 pontos; Mestre com dissertação referente a óbito neonatal, vale 2 pontos; Doutor com a tese referente a óbito neonatal, vale 3 pontos; Pesquisas publicadas com ênfase sobre óbito neonatal, vale 2 pontos.

- comitê de especialistas no método TFD, precisam obter pontuação mínima "5" nos seguintes itens: Graduação na área da saúde pelo menos 2 anos, vale 2 pontos; Experiência com o método TFD há pelo menos 2 anos, vale 3 pontos; Mestre com dissertação utilizando o método da TFD, vale 2 pontos; Doutor com a tese utilizando o método da TFD, vale 3 pontos; Pesquisas publicadas com ênfase sobre a TFD, vale 2 pontos.

Critério de Exclusão:

Etapa quantitativa e qualitativa: serão excluídos os participantes que estiverem de férias, licença prêmio e em tratamento de saúde no período da coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir e validar um Modelo de Cuidado ao RN e sua família no óbito neonatal em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Objetivo Secundário:

- Identificar atitudes dos profissionais em relação ao processo de morte e morrer;
- Compreender como os profissionais de saúde de uma UTIN vivenciam o cuidado ao RN e sua família no óbito neonatal;
- Determinar a validade de conteúdos e de layout do Modelo de Cuidado ao RN e família que vivencia o óbito neonatal por especialistas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não haverá desconforto e riscos de natureza física decorrentes da participação na pesquisa, exceto desconfortos relacionados ao tempo dispensado para participar da pesquisa e/ou sentimentos que podem emergir ao lembrar de sua experiência profissional.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.164.282

Benefícios:

Esta pesquisa trará benefícios para o RN, sua família e para a equipe de saúde, pois propiciará uma assistência mais segura e qualificada. O benefício esperado da participação na pesquisa será a contribuição na construção do Modelo de Cuidado para o óbito neonatal que irá auxiliar os profissionais nesse processo que poderá ser experienciado com humanização e assistência de qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e visa construir e validar um Modelo de Cuidado ao RN e sua família no óbito neonatal em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Os participantes da etapa quantitativa e qualitativa serão profissionais de saúde de nível superior atuantes nas Instituições pesquisadas (Maternidade do HU e Maternidade Carmela Dutra) com tempo de atuação em UTIN no mínimo de seis meses. Já os participantes do comitê de especialistas deverão ser peritos em neonatologia, com Graduação na área da saúde e experiência na área de ensino ou assistência neonatal há pelo menos 2 anos, Mestre com dissertação e Doutores nesta área a pelo menos 2 anos; desta forma este estudo pretende desenvolver um Modelo de Cuidado ao recém nascido e sua família no óbito neonatal válido para ser utilizado nas Unidades de Terapia intensiva neonatal no Brasil. O tema tem relevância científica para área, a documentação está completa e os TCLEs estão de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares. Assim, recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios:

- 1) PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO;
- 2) TCLE - equipe de saúde;
- 3) TCLE - comitê de validação;
- 4) Termo de autorização de uso de depoimentos;
- 5) Projeto de pesquisa;
- 6) Orçamento;
- 7) Declaração da Instituição;
- 8) Declaração de Maternidade Carmela Dutra;
- 9) Cronograma;
- 10) Folha de rosto (assinada pela Coordenadora do PPGE).

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 4.164.282

Os TCLEs cumprem na íntegra a Resolução CNS 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1559878.pdf | 08/07/2020 11:24:06 | | Aceito |
| Outros | CARTA_RESPOSTA.pdf | 08/07/2020 11:23:20 | Rosiane da Rosa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_COMITE_DE_VALIDACAO.pdf | 08/07/2020 11:19:07 | Rosiane da Rosa | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_EQUIPE_DE_SAUDE.pdf | 08/07/2020 11:18:50 | Rosiane da Rosa | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto_CEP.pdf | 08/07/2020 11:18:31 | Rosiane da Rosa | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.pdf | 29/05/2020 00:23:18 | Rosiane da Rosa | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Declaracao_Instituicao_HU_UFSC.pdf | 29/05/2020 00:22:51 | Rosiane da Rosa | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declaracao_instituicao_MCD.pdf | 29/05/2020 00:22:36 | Rosiane da Rosa | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.pdf | 29/05/2020 00:22:16 | Rosiane da Rosa | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhaDeRosto_assinada.pdf | 29/05/2020 00:20:10 | Rosiane da Rosa | Aceito |

Situação do Parecer:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.164.282

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 20 de Julho de 2020

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br