



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

Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves

Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: estudo de método misto

Florianópolis
2024

Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves

Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: estudo de método misto

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de doutora em enfermagem.

Área de concentração: filosofia e cuidado em saúde e enfermagem

Linha de pesquisa: o cuidado em enfermagem à saúde da mulher e do recém-nascido

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

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Margarete Maria de Lima

Florianópolis

2024

Alves, Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira

Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde : estudo de método misto / Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves ; orientadora, Roberta Costa, coorientadora, Margarete Maria de Lima, 2024.

308 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Saúde da mulher e do recém-nascido. 3. Morte e luto. 4. Educação superior. I. Costa, Roberta. II. Lima, Margarete Maria de. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves

Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: estudo de método misto

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

Prof.a Kenia Lara da Silva, Dr.a
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof.a Manuela Beatriz Velho, Dr.a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.a Silvana Silveira Kempfer, Dr.a
Universidade Federal de Santa Catarina

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 pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC.

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

Prof.a, Dra Roberta Costa
Orientador(a)

Florianópolis, 2024.

Dedico este trabalho ao meu pai e a todas as pessoas que, em algum momento de suas vidas, precisaram se despedir de alguém querido cedo demais...

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao grande mistério da vida por me conduzir até esta aventura no momento em que eu mais precisava e por colocar em minhas mãos as ferramentas necessárias para superar meus temores e curar novas e antigas feridas.

À minha mãe maravilhosa, Jéssica Ferrante Boscoli, por me acompanhar em mais essa jornada. Obrigada por sua presença, amizade e constante preocupação com o número de refeições que fiz no dia, rsss. Seu amor e cuidado infinito com o bem-estar dos outros me ensinam e inspiram a cada dia, Bizinha. Sinto-me muito honrada por ter sido escolhida pela vida para ser sua filha e sou imensamente grata por poder compartilhar e aprender contigo todos os dias. Love you so much!

Ao meu pai, pelo presente do encontro antes da despedida; por me ensinar que, às vezes, abrir mão é o maior ato de amor que podemos fazer por nós mesmos e por outra pessoa; e por nunca me fazer duvidar de que, mesmo nos momentos de atrito, brigas ou quando estávamos distantes, nosso amor um pelo outro sempre existiu. Sou grata à força desse sentimento por me trazer você para perto quando sinto saudade, mantendo-o eternamente vivo dentro de mim.

Às minhas orientadoras maravilhosas, Roberta Costa e Margarete Maria de Lima, por caminharem comigo todos esses anos, me incentivando, inspirando e acreditando no meu potencial. Obrigada por me ensinarem tanto; pela abertura que me deram para expor minhas ideias; pela paciência de me conduzir no processo de trabalho, principalmente quando eu me sentia frustrada e perdida; e especialmente pelo respeito e acolhimento com as palavras que escrevi, as quais precisam desesperadamente sair de dentro de mim. Vocês nem imaginam o impacto que tiveram na minha vida.

Às docentes, colaboradores e integrantes do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN) e do Laboratório Interprofissional de Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde Obstétrica e Neonatal (LAIPISON), pela partilha de conhecimentos e convivência. Estar com vocês é sempre gratificante e um momento de crescimento para mim. Obrigada pelo privilégio de fazer parte dessa família há mais de sete anos.

Aos meus colegas, pelo encontro, pelas trocas, conversas e risadas que deixaram o percurso muito mais leve, mesmo enquanto passávamos por uma pandemia. Aos Purushas, Juanah de Oliveira e Adilson de Godoi, companheiros da naturologia, por simplesmente existirem e por me fazerem sentir sempre em casa. Vocês são verdadeiros presentes que a vida me deu. Em especial, agradeço a Juanah (maravilhosaaaaa) pela parceria durante a

realização da pesquisa, não só por se disponibilizar a me ajudar com a coleta de dados, mas por me deixar tranquila e segura durante o processo, permitindo que eu realizasse o que precisava ser feito. Juh, you are the best!

Aos docentes e discentes que participaram da realização deste estudo, pela disponibilidade e confiança em compartilhar histórias tão sensíveis e íntimas, e a todas as pessoas que auxiliaram na construção deste trabalho, direta ou indiretamente. A generosidade e preocupação com o bem-estar do próximo demonstrada por vocês são a prova de que, juntos, sempre podemos ir além. Obrigada por me proporcionarem tanto! Esse trabalho, literalmente, não existiria sem a colaboração de vocês. Espero ter retribuído à altura todo apoio que recebi ao longo dessa jornada.

Aos membros da banca, por aceitarem o meu convite e dedicarem seu tempo e conhecimento para contribuir com a melhoria deste trabalho. À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de realizar o meu sonho de fazer doutorado, e ao programa de aperfeiçoamento da CAPES, cujos recursos permitiram com que eu me aprofundasse na investigação e conduzisse essa pesquisa, visando a melhoria da saúde, do processo formativo e a disseminação de conhecimento. Gratidão a todos!

Um veleiro passa na brisa da manhã e parte rumo ao oceano. Ele é a beleza, ele é a vida. Olho até vê-lo desaparecer no horizonte. Alguém diz ao meu lado: “ele partiu!” Partiu pra onde? Partiu para longe do meu olhar, é tudo! Seu mastro continua alto. Seu casco ainda tem força para carregar sua carga humana. O desaparecimento total das minhas vistas está em mim, não nele. E exatamente no momento onde alguém diz ao meu lado: “ele partiu”, existem outros que, vendo-o aportar no horizonte e ir em sua direção, exclamam com alegria: Ele está chegando!” Isso é a morte...

(William Blake)

RESUMO

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais preconizam que os cursos da área da saúde integrem o ensino às necessidades do Sistema Único de Saúde, proporcionando uma formação reflexiva, crítica e empática, que respeite as peculiaridades biopsicossociais da população. Entretanto, observa-se que as formações em saúde enfrentam dificuldades para transcender a abordagem tecnicista e preparar os profissionais para enfrentar situações de sofrimento e terminalidade na assistência perinatal. **Objetivo:** Elaborar e validar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento durante a formação de profissionais da área da saúde. **Método:** Estudo misto, sequencial-transformativo (quan→QUAL), realizado com docentes e discentes dos cursos de enfermagem, psicologia e medicina de uma universidade do sul do Brasil. A fase quantitativa consistiu em um estudo descritivo com 38 discentes, realizado por meio de um questionário *online* semiestruturado adaptado do estudo de Azeredo (2018). A fase qualitativa contou com a participação de 10 docentes e dois discentes e caracterizou-se como um estudo participativo realizado por meio de grupos focais operacionalizados pelo arco da problematização de Charlez Maguerez. A análise de dados se deu pela proposta operativa de Minayo e o referencial teórico de Paulo Freire. A partir da integração dos dados, foi desenvolvida uma proposta pedagógica que foi submetida à validação externa de 12 *experts* de diferentes áreas do conhecimento e regiões do Brasil. Para determinar a coesão entre os especialistas, foram utilizados o cálculo da Taxa de Concordância do Comitê e o Índice de Validade de Conteúdo, sendo validados os resultados iguais ou maiores do que 80% (0,8). **Resultados:** A construção da proposta pedagógica foi um momento coletivo que evidenciou que o contexto do nascimento tem pouca visibilidade e/ou carga horária insuficiente nas formações em saúde, e que a sensação de preparo dos discentes diverge da realidade. Dentre os desafios encontrados para abordar a temática em sala de aula, estão: o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento, o respeito às crenças e valores individuais dos envolvidos e a ausência de suporte emocional e pedagógico nas instituições de ensino. Para superar as dificuldades encontradas, foram mencionadas soluções como tornar a morte um tema transversal nas formações, criar espaços para a expressão do luto e formar grupos de estudo multidisciplinares. Desse modo, a proposta pedagógica foi elaborada visando estimular mudanças no paradigma da saúde, por meio da sensibilização, reflexão e discussão conjunta do tema da morte, contemplando seus aspectos legais, psicoemocionais e o tipo de cuidado humanizado que as famílias enlutadas necessitam. Dessa forma, voltou-se não apenas ao preparo técnico dos alunos, mas principalmente do desenvolvimento de habilidades psicoemocionais. **Considerações finais:** A construção e a validação coletiva de uma proposta pedagógica voltada ao enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento é um caminho promissor para integrar o conhecimento científico à realidade dos profissionais, apresentando potencial para contribuir com o processo formativo e a prática assistencial da saúde.

Palavras-chave: Universidades. Educação em saúde. Atitude frente a morte. Obstetrícia. Estudo de validação.

ABSTRACT

Introduction: The National Curricular Guidelines advocate that courses in the health area integrate their teaching with the needs of the Unified Health System, providing a reflective, critical and empathetic training that respects the biopsychosocial peculiarities of the population. However, it is observed that health training programs struggle to transcend the technical approach and prepare professionals that can deal with situations of distress and terminality in perinatal care. **Objective:** To develop and validate a pedagogical proposal for coping with death and mourning in the context of birth during the training of healthcare professionals. **Method:** Mixed, sequential-transformative study (quan→QUAL) carried out with professors and students from nursing, psychology and medicine courses at a university located in the southern region of Brazil. The quantitative stage consisted of a descriptive study with 38 students carried out using an online semi-structured questionnaire adapted from the study by Azeredo (2018). The qualitative stage had the participation of 10 professors and two students and was characterized as a participatory study that used focus groups operationalized by using the Charles Maguerez arc, a problem-based learning method. Data analysis was carried out by using Minayo's operational proposal and Paulo Freire's theoretical framework. By integrating data, a pedagogical proposal was developed and submitted to external validation by 12 experts from different areas of knowledge and regions of Brazil. To determine cohesion between the experts, the Committee's Agreement Rate calculation and the Content Validity Index were used and results equal to or greater than 80% (0.8) were validated. **Results:** The construction of the pedagogical proposal consisted of a collective moment that revealed that the context of birth has little visibility and/or insufficient classroom hours in health training programs, and that the students' sense of preparation differs from reality. Among the challenges found regarding the subject's approach in the classroom, the following can be highlighted: the development of coping mechanisms, the respect for the individual beliefs and values of those involved and the lack of emotional and pedagogical support in educational institutions. To overcome the difficulties encountered, some solutions were mentioned such as making death a transversal theme in the training process, creating spaces to express grief and forming multidisciplinary study groups. In this way, the pedagogical proposal was developed with the aim of stimulating changes in the health paradigm through awareness, reflection and joint debates on the issue of death, covering its legal and psycho-emotional aspects as well as the type of humanized care that grieving families need. Therefore, it focused not only on the technical preparation of students, but mainly on the development of their psycho-emotional skills. **Final considerations:** The construction and collective validation of a pedagogical proposal aimed at coping with death and mourning in the context of birth is a promising way to integrate scientific knowledge into the reality of professionals, with potential to contribute to their training process and healthcare practice.

Keywords: Universities. Health Education. Attitude to Death. Obstetrics. Validation Study.

RESUMEN

Introducción: Las Directrices Curriculares Nacionales recomiendan que las carreras de salud integren la enseñanza a las necesidades del Sistema Único de Salud, a fin de brindar una formación reflexiva, crítica y empática, que respete las peculiaridades biopsicosociales de la población. Sin embargo, se observa que la formación en salud enfrenta dificultades para trascender el abordaje tecnicista y preparar profesionales para afrontar situaciones de sufrimiento y enfermedad terminal en la atención perinatal. **Objetivo:** Desarrollar y validar una propuesta pedagógica para el afrontamiento de la muerte y el duelo en el contexto del parto durante la formación de los profesionales de la salud. **Método:** Estudio mixto, secuencial-transformativo (quan→QUAL), realizado con profesores y estudiantes de carreras de enfermería, psicología y medicina de una universidad del sur de Brasil. La etapa cuantitativa consistió en un estudio descriptivo con 38 estudiantes, y se realizó mediante un cuestionario *online* semiestructurado adaptado del estudio de Azeredo (2018). La etapa cualitativa contó con la participación de 10 docentes y dos estudiantes y se caracterizó por ser un estudio participativo realizado a través de grupos focales operacionalizados por el arco de problematización de Charlez Maguerez. El análisis de los datos se realizó sobre la base de la propuesta operativa de Minayo y el marco teórico de Paulo Freire. A partir de la integración de datos, se desarrolló una propuesta pedagógica que fue sometida a validación externa por 12 expertos de diferentes áreas del conocimiento y regiones de Brasil. Para determinar la cohesión entre expertos se utilizó el cálculo del Índice de Acuerdo del Comité y el Índice de Validez de Contenido, validándose los resultados iguales o superiores al 80% (0,8). **Resultados:** La construcción de la propuesta pedagógica fue un momento colectivo que destacó que el contexto del nacimiento tiene poca visibilidad y/o insuficiente carga horaria en la capacitación en salud, y que la sensación de preparación de los estudiantes difiere de la realidad. Entre los desafíos encontrados al abordar el tema en el aula se encuentran: el desarrollo de mecanismos de afrontamiento, el respeto a las creencias y valores individuales de los involucrados y la falta de apoyo emocional y pedagógico en las instituciones educativas. Para superar las dificultades encontradas, se mencionaron soluciones como hacer de la muerte un tema transversal en la formación, crear espacios para la expresión del duelo y formar grupos de estudio multidisciplinarios. De esta manera, se desarrolló la propuesta pedagógica con el objetivo de estimular cambios en el paradigma de la salud, a través de la sensibilización, la reflexión y la discusión conjunta sobre el tema de la muerte, abarcando sus aspectos jurídicos, psicoemocionales y el tipo de atención humanizada que reciben las familias en duelo. De esta manera, se centró no sólo en la preparación técnica de los estudiantes, sino principalmente en el desarrollo de habilidades psicoemocionales. **Consideraciones finales:** La construcción y validación colectiva de una propuesta pedagógica orientada al enfrentamiento de la muerte y el duelo en el contexto del nacimiento es una forma prometedora de integrar el conocimiento científico a la realidad de los profesionales, y presenta potencial para contribuir con el proceso de formación y la práctica asistencial en salud.

Palavras-clave: Universidades. Educación en Salud. Actitud Frente a la Muerte. Obstetricia. Estudio de Validación.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Arco da problematização de Charlez Maguerez.....	92
Figura 2 – Fluxograma da operacionalização do estudo.....	99
Figura 3 - Fluxograma das etapas de coleta de dados e processo de elaboração da proposta pedagógica.....	182
Figura 4 - Infográfico da Proposta Pedagógica.....	183

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Elementos essenciais da Proposta Pedagógica.....	65
Quadro 2 - Aspectos norteadores para o planejamento de estudos de método misto.....	77
Quadro 3 - Sistema de notação utilizado para estudos de métodos mistos.....	77
Quadro 4 - Principais estratégias de método misto.....	78
Quadro 5 – Formulário de avaliação e categorização das variáveis dos participantes.....	86
Quadro 6 - Número de participantes e tempo de duração por grupo focal: modalidade virtual e presencial.....	95
Quadro 7 - Critérios de inclusão: comitê de especialistas na área da saúde da mulher e do recém-nascido.....	96
Quadro 8 - Critérios de Inclusão: comitê de especialistas na temática da morte e do luto.....	97
Quadro 9 - Etapas do arco da problematização e organização dos resultados.....	102
Quadro 10 - Categorias e Subcategorias de sentido - Etapa qualitativa (Manuscrito 1).....	109
Quadro 11 - Categorias e subcategorias de sentido - Etapa qualitativa (Manuscrito 3).....	151
Quadro 12 - Critérios de inclusão dos comitês de especialistas.....	174
Quadro 13 - Dados do comitê de avaliação referente ao IVC da PP-EMLCN.....	179
Quadro 14 - Dados do comitê de avaliação referente ao IVC do Infográfico.....	180

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - A abordagem da morte relacionada, ou não, ao contexto do nascimento durante a graduação em saúde.....	110
Tabela 2 - Preparo e importância atribuídos ao tema pelos discentes.....	113
Tabela 3 - A morte na formação em saúde: experiência de discentes.....	130
Tabela 4 - Abordagem na morte na formação em saúde.....	152

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APICE ON – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
Bireme - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES - Coordenação de Pessoal de Nível Superior
CFM – Conselho Federal de Medicina
CGSCAM/DAPES/SAS - Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CID10 – 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNE - Conselho Nacional de Educação
CRE – *Coping* Religioso-Espiritual
COFEN – Conselho Regional de Enfermagem
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Covid-19 – Novo coronavírus
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
HE – Hospital de Ensino
HU – Hospital Universitário
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES – Instituições de Ensino Superior
IGC – Índice Geral de Cursos
IVC - Índice de Validade de Conteúdo
LAIPISON – Laboratório Interprofissional de Pesquisa e Inovação Tecnológica na Saúde Obstétrica e Neonatal
LDB – Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
Lilacs - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS – Leis Orgânicas de Saúde
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MMAT - *Mixed Methods Appraisal Tool*
MS – Ministério da Saúde
NV – Nascidos Vivos
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCATool-Brasil - *Primary Care Assessment Tool*

PEN – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PDI – Plano de Desenvolvimento Regional

PHPN – Programa de Humanização do Parto e Nascimento

PNE - Plano Nacional de Educação

PP-EMLCN - Proposta Pedagógica Enfrentamento Morte e Luto no Contexto do Nascimento

PPC – Projeto Pedagógico de Curso

PPC - Proposta Pedagógica Curricular

PPP - Projeto Político Pedagógico

PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil

PubMed - *National Library of Medicine*

QUAN - Quantitativo

QUAL - Qualitativo

QualiNeo (EQN) – Qualificação da Assistência ao Recém-Nascido de Risco

RAMI - Rede de Atenção Materna e Infantil

RC – Rede Cegonha

RUF – *Ranking* Universitário Folha

SAPSI – Serviço de Atenção Psicológica

SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*

SeTIC – Superintendência de Governança Eletrônica e Tecnologia da Informação e Comunicação

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Taxa de Concordância do Comitê

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

THE – *Times Higher Education*

UAE – Unidades Auxiliares de Ensino

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVOS.....	31
1.1.1 Objetivo Geral	31
1.1.2 Objetivo Específico	32
2. REVISÃO DE LITERATURA	33
2.1 CONCEPÇÕES TEÓRICO-FILOSÓFICAS DA MORTE E DO MORRER: UM RESGATE HISTÓRICO E SIMBÓLICO.....	33
2.2 TANATOLOGIA.....	43
2.2.1 A morte no contexto do nascimento: Aspectos conceituais	44
2.2.1.1 <i>Abortamento</i>	44
2.2.1.2 <i>Óbito Fetal</i>	46
2.2.1.3 <i>Óbito Neonatal</i>	47
2.2.1.4 <i>Óbito Materno</i>	48
2.2.2 Morte no contexto do nascimento: Aspectos emocionais	49
2.2.2.1 <i>Simbolismo do nascimento</i>	49
2.2.2.2 <i>Notícias difíceis e as fases do luto</i>	51
2.2.2.3 <i>A importância dos profissionais da saúde no acolhimento das famílias</i>	55
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A REALIDADE DA MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL.....	57
2.5 LEIS E NORMATIVAS DA EDUCAÇÃO NO BRASIL: DO BÁSICO AO ENSINO SUPERIOR.....	61
2.5.1 Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - Lei nº 9.394	61
2.5.2 LDB e o Plano Nacional de Educação (PNE) - Lei nº 10172	62
2.5.3 LDB e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) - Educação Superior	62
2.5.4 Projeto Político Pedagógico (PPP) e Proposta Pedagógica Curricular (PPC)	63
2.5.4.1 <i>Composição da PPC</i>	64
2.5.4.2 <i>Elementos essenciais da PPC</i>	64
3 REFERENCIAL TEÓRICO	66
3.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DE PAULO FREIRE.....	66
3.1.1 Itinerário de pesquisa de Paulo Freire	69
3.1.2 Marco conceitual	72
4. MÉTODO	76
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	78
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	81
4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	84

4.3.1 Fase 1– coleta quantitativa.....	84
4.3.1.1 <i>População e amostra.....</i>	85
4.3.1.2 <i>Coleta e análise dos dados.....</i>	85
4.3.2 Fase 2 – coleta qualitativa.....	89
4.3.2.1 <i>População e amostra.....</i>	90
4.3.2.2 <i>Coleta e análise de dados.....</i>	90
4.3.3 Fase 3 – validação externa da proposta pedagógica.....	96
4.3.3.1 <i>População e amostra.....</i>	96
4.3.3.2 <i>Coleta e análise dos dados.....</i>	97
4.4 CUIDADOS ÉTICOS.....	100
5 RESULTADOS.....	102
5.1 MANUSCRITO 1 - MORTE NO CONTEXTO DO NASCIMENTO: OLHAR DE DOCENTES E DISCENTES SOB A FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	104
5.2 MANUSCRITO 2 - DESAFIOS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO À MORTE NO CONTEXTO DO NASCIMENTO.....	124
5.3 MANUSCRITO 3 - PREPARO PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTE: DIÁLOGOS E SOLUÇÕES DE DOCENTES E DISCENTES DA ÁREA DA SAÚDE.....	146
5.4 MANUSCRITO 4 - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA PROPOSTA PEDAGÓGICA PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTE E DO LUTO NO CONTEXTO DO NASCIMENTO: ESTUDO DE MÉTODO MISTO	169
5.5 PROPOSTA PEDAGÓGICA PARA O ENFRNTAMENTO DA MORTE E DO LUTO NO CONTEXTO DO NASCIMENTO NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE	191
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	210

REFERÊNCIAS

APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS DISCENTES DE GRADUAÇÃO

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: DISCENTES DE GRADUAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PREPARO DOS DISCENTES PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTE E DO LUTO NO CONTEXTO DO NASCIMENTO

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – 2ª FASE - DICENTES DA UFSC

APÊNDICE E – CARTA CONVITE AOS DOCENTES DA UFSC

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – DOCENTES DA UFSC

APÊNDICE G – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOCENTE

APÊNDICE H - ROTEIRO DE CONDUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

APÊNDICE I - PRODUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

APÊNDICE J - SÍNTESE DAS DISCUSSÕES EM GRUPO

APÊNDICE K - ESBOÇO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA

APÊNDICE L – CARTA CONVITE COMITÊ DE VALIDAÇÃO

**APÊNDICE M – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
COMITÊ DE VALIDAÇÃO**

APÊNDICE N - FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

APRESENTAÇÃO

Olá, eu me chamo Isadora, sou filha de Dona Jéssica e Sr. Ricardo, que faleceu de Covid-19 enquanto escrevia essa tese (te amo, pai!). Eu nasci pelas mãos do meu avô, minha grande inspiração profissional, e cresci sob a influência de uma família de médicos e educadores. Por muito tempo, achei que meu destino seria seguir os passos daqueles que me antecederam. No entanto, quando completei 18 anos, comecei a perceber que existiam dores negligenciadas pela medicina, que não cessavam com remédios nem podiam ser vistas em exames de imagem. Decidi que eram dessas dores invisíveis que eu queria cuidar. Foi assim que escolhi a naturologia como caminho e profissão e, por meio dela, entendi a sutil diferença entre cuidar de um corpo e da alma de alguém.

Pouco tempo antes de concluir a faculdade, senti o desejo de continuar meus estudos em um mestrado. Como não tinha muita noção sobre o assunto, busquei orientação com dois professores com quem tinha proximidade: um me apontou a enfermagem, por ter valores alinhados com o que eu buscava; o outro sugeriu outra área, por ser mais fácil uma naturóloga passar no processo seletivo. Ironicamente, ambos me levaram à enfermagem.

Inicialmente, ao ingressar no mestrado, minha intenção era desenvolver um trabalho sobre saúde e espiritualidade. No entanto, inesperadamente, o destino me conduziu à área da saúde da mulher e do recém-nascido, especialidade do meu avô. Acabei desenvolvendo minha dissertação investigando os significados atribuídos à maternidade por mulheres de um grupo de casais grávidos. Curiosamente, esse trabalho foi inspirado por um momento de confiança, no qual uma mãe expressou suas dificuldades em amar os filhos devido ao trauma causado pelo parto, uma dor que ela não podia compartilhar com ninguém, temendo ser julgada como uma pessoa/mãe ruim. Quando paro para pensar, acho engraçado que as coisas tenham acontecido dessa forma, já que minha prática clínica nunca se voltou para essa temática. Tampouco, veio de um conhecimento de causa, já que não sou, nem me imagino sendo, mãe.

Você deve estar se perguntando o porquê resolvi escrever sobre morte no contexto do nascimento, já que o tema não faz parte do meu cotidiano ou vida pessoal, não é mesmo? Bem, na verdade, nem eu sei ao certo... Sabe aqueles momentos que duram apenas alguns minutos em um dia qualquer, mas que se tornam impossíveis de ignorar? Pois bem, no meu caso, foi em um domingo de sol... Eu e outros 30 profissionais estávamos preparando a sala para nosso segundo dia de estágio em acupuntura, enquanto a professora distribuía as fichas das pessoas que seriam atendidas naquele dia.

Uma senhora, com aproximadamente 68 anos, foi designada para o meu grupo. Ela apresentava um quadro de pressão alta persistente há quatro semanas, com histórico de internação recente e uso de medicação intravenosa - situação que, segundo ela, nunca havia acontecido antes. Apesar de estar medicada, identificamos que a sua pressão estava acima de 160/110 mmHg. Decidimos, então, deitá-la na maca e adiar a intervenção. Como era minha responsabilidade conduzir o atendimento, iniciei uma conversa para entender melhor o quadro e questionei se algo havia acontecido próximo ao início dos sintomas. Com um semblante muito triste, ela respondeu que o neto havia falecido ainda no ventre da mãe.

Enquanto a paciente compartilhava sua história, três colegas do meu grupo começaram a se aproximar da porta de saída até que, finalmente, deixaram a sala. Sem entender o que estava acontecendo, continuei a conversa por mais algum tempo, até decidir perguntar como ela se sentia em relação à situação. Desta vez, sua resposta foi ambígua e carregada de sentimentos: “Eu estou tentando aceitar, porque eu sei que ele foi para um lugar melhor e que Deus sabe o que faz, mas eu estava esperando um milagre”. Nesse momento, em vez do semblante abatido, vi uma expressão de revolta profunda brotar em seu rosto, desaparecendo poucos segundos depois. No mesmo instante, senti a mão da minha última colega de trabalho em meu ombro. Antes mesmo de me virar para ela, ouvi a frase: “Desculpa, Isa, mas criança eu não dou conta”. Em seguida, ela virou as costas e saiu da sala.

Fingindo que toda aquela “ausência” era parte da rotina, continuei o atendimento sem ter a menor ideia do que fazer. Confesso que ainda hoje não sei se foi o medo, um momento de sorte, uma epifania ou a indignação com tudo aquilo que me fez reparar no crucifixo pendurado no pescoço da paciente. Decidi então perguntar sobre suas crenças e o significado que dava à vida e à morte. A partir dali, a conversa se desdobrou em valores de justiça, mérito e penitência divina, e dos sentimentos que as acompanhavam. Foi então que a paciente me revelou que esperava um milagre. “Os médicos falaram que não tinha jeito, mas para Deus nada é impossível”, disse ela. “Eu não entendo o porquê tanta gente, que não quer ter filhos, que os abandona, é agraciado com uma criança. E nós, que queremos tanto, que amaríamos tanto, não... Eu não sei que mal fizemos para merecer isso”.

Nesse momento de cumplicidade, finalmente conseguimos falar sobre o conflito de ser alguém devoto, mas com raiva de Deus. E dessa confissão, repleta de medo e constrangimento, as emoções puderam fluir pela superfície da maca sem censura: raiva líquida e pura, raiva por amar um sonho não realizado; pelos médicos estarem certos; por não receber o milagre que queria; por ter raiva dentro de si... Ao final da sessão, quando a paciente se acalmou, coloquei

o esfigmo novamente em seu braço: pressão 120/80mm/Hg... E foi assim, meu caro leitor, que o final de uma história deu início a outra, que perdurou quatro anos...

1 INTRODUÇÃO

Os movimentos cívicos organizados na década de 1990 deram início à formulação da Constituição da República Federativa do Brasil e resultaram, em setembro de 1990, na aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS). A elaboração das LOS permitiu a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual firmou o compromisso social de promover ações efetivas à saúde da população, tornando-a um direito de todos (Brasil, 2017a, 2012; 2000, 1990).

O SUS, ao ser edificado sobre os pilares da universalidade, integralidade e equidade, tornou a saúde um dever do Estado, deixando a cargo dos serviços assistenciais a responsabilidade de promover, proteger e recuperar a saúde da população, desde o nascimento até a morte. Desta forma, determinou que órgãos e instituições de saúde seguissem as diretrizes do Art. 198 da Constituição Federal e baseassem suas ações visando o atendimento integral à saúde humana (Brasil, 2017a, 2012; 2000, 1990).

A demanda por práticas em saúde capazes de atender às necessidades do SUS evidenciou lacunas expressivas entre o trabalho e o ensino preparatório dos profissionais, destacando a necessidade de promover mudanças nos currículos das Instituições de Ensino Superior (IES). Para suprir tais necessidades, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC) criaram em 1996 as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), com o objetivo de nortear a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos 14 cursos de nível superior da área da saúde - Medicina, Odontologia, Psicologia, Enfermagem, Biologia, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiólogos, Medicina Veterinária, Nutrição, Serviços Sociais, Terapia Ocupacional e profissionais da Saúde Coletiva (Costa *et al.*, 2018; Brasil, 2017a, 2001, 1990).

A premissa das DCN era guiar os Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) de forma que o ensino, trabalho e as práticas sociais ficassem vinculados. Assim, todas as DCN traziam os mesmos princípios norteadores: formar profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos capazes de intervir nas situações de saúde, doença e morte, sem desconsiderar as dimensões biopsicossociais da população, o perfil epidemiológico de cada região e os determinantes sociais envolvidos. Desta forma, objetivavam contemplar aspectos amplos, tais como: a humanização da saúde, o bem-estar do ser humano e a promoção de uma assistência integral a indivíduos, famílias e comunidades (Costa *et al.*, 2018; Brasil, 2017a, 2001, 1996).

Passados 20 anos, as bases da DCN permanecem as mesmas, embora tenham sido ajustadas às particularidades de cada profissão. Porém, nota-se um silenciamento em relação ao processo de morte e morrer nos documentos vigentes, mesmo entre os cursos de enfermagem e medicina. Medeiros, Machado e Alvarenga (2018, p.162) atribuem o fato “à forma como o mundo contemporâneo vê este processo, pois ele nega ao sujeito a consciência de que ele vai morrer” e colocam sobre os ombros da área da saúde a responsabilidade de impedir que a morte aconteça.

Em 2018, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou novos pareceres técnicos com recomendações à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos de graduação em saúde. Essas recomendações foram alvo de críticas por parte das profissões envolvidas e permanecem em discussão. Uma das mudanças sugeridas foi a inclusão da “redução de danos [...] dos distintos processos de vida, saúde, cultura, trabalho, adoecimento e morte” (Brasil, 2018b, p. 15) nos documentos dos cursos de enfermagem, destacando-a como uma competência desejada. No entanto, não há menção ao processo de terminalidade em todo o documento, evidenciando uma dificuldade na abordagem da morte de forma abrangente na formação em saúde.

Recentemente, o Ministério da Educação (MEC) e o Conselho Nacional de Educação (CNE) publicaram a Resolução CNE/CES 3 em 3 de novembro de 2022, que altera artigos do documento de 2014 que instituiu as DCN dos cursos de graduação em medicina. Essa resolução inclui princípios e boas práticas de cuidados paliativos, destacando, no artigo 23, a "compreensão dos aspectos biológicos, psicossociais e espirituais que envolvem a terminalidade da vida, a morte e o luto, considerando o domínio das intervenções e medidas farmacológicas para o adequado controle dos sintomas"(Brasil, 2022, p. 2). Isso representa um avanço significativo na área da saúde. No entanto, a abordagem da morte ainda parece restrita aos profissionais de cuidados paliativos.

Diversos estudos evidenciam que os profissionais da saúde não se sentem capacitados para lidar com situações de morte no ambiente de trabalho, em razão de serem treinados para diagnosticar doenças e preservar a vida. Por esta razão, muitos encaram a morte como sinal de insucesso e reagem a ela com uma gama de emoções disfóricas, tais como: tristeza, decepção, angústia, culpa, sensação de desamparo, fracasso, depressão, impotência, choque, raiva e frustração (Rosa, 2022; Shakhman, 2020; Silva *et al.*, 2019; Willis, 2019; Lopes, 2018; Sampaio *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2018; Cabeça; Sousa, 2017; Oliveira-Cardoso; Santos, 2017; Cofen, 2015; Brasil, 2014a, 2001).

De acordo com a revisão integrativa de Oliveira e colaboradores (2020), que investigou o suporte emocional de enfermeiros diante do processo de morte e morrer, a maioria dos profissionais não sabe lidar com a realidade da morte e tendem a negá-la como estratégia de proteção, mesmo após anos de experiência. Essa atitude, conforme demonstrado nos trabalhos de Crepaldi *et al.*, (2020), Aciole e Bergamo (2019) e Diniz *et al.*, (2018), é altamente prejudicial, tanto para os profissionais quanto para as famílias enlutadas, pois cria um distanciamento entre eles que pode prolongar o tempo do luto. Esse comportamento, não apenas vai contra os princípios do SUS, como também aumenta o risco de agravos psicoemocionais decorrentes do luto, podendo causar danos à saúde de todas as partes envolvidas.

Compreende-se por luto a manifestação emocional de uma pessoa frente a uma situação de rompimento com algo ou alguém querido. Trata-se de um período de ajuste natural durante o qual o enlutado busca ressignificar sua perda, experienciando uma variedade de sentimentos como pesar, frustração, culpa, angústia, indignação, desespero e depressão. A duração do luto varia conforme o significado que a pessoa ou situação tinha para o enlutado, podendo estender-se por dias, meses ou até mesmo anos. No entanto, caso a elaboração do luto não seja processada, o sofrimento pode se tornar patológico, demandando intervenção especializada (Menezes; Marciano, 2019; Aciole; Bergamo, 2019; Lopes, 2018; Kübler-Ross, 2017).

O luto patológico ou complicado é considerado um problema de saúde pública devido aos impactos que acarreta ao enlutado, incluindo distúrbios psicológicos, complicações de saúde, diminuição do contato interpessoal (com a família, no trabalho, com amigos) e comprometimento de todas as áreas de sua vida. Portanto, é crucial que a pessoa afetada receba assistência de qualidade que possa fornecer o suporte que necessita. Caso contrário, os intervenientes (familiares, profissionais da saúde, dentro outros) podem acabar agindo como “surdos e cegos” diante do problema (Aciole; Bergamo, 2019; Lopes, 2018; Kübler-Ross, 2017; Paris; Montigny; Pelloso, 2017).

O cuidado em saúde envolve promover uma assistência integral, segura e humanizada à população. No entanto, isso requer dos profissionais habilidades que vão além dos conhecimentos técnicos específicos de cada ofício. Demandam um pensamento crítico e uma prática pautada no diálogo e na construção de vínculo para ouvir o que não é dito e ver o que é invisível a olho nu. Somente essas qualidades humanas são capazes de fornecer os elementos necessários para compreender os significados vivenciados no processo e superar os

pontos de conflitos. Por outro lado, a ausência dessas qualidades pode comprometer o processo e levar a desfecho negativo para a saúde da população (Alves *et al.*, 2022; Alves *et al.*, 2021; Crepaldi *et al.*, 2020; Willis, 2019; Aciole; Bergamo, 2019; 2018; Sampaio *et al.*, 2018; Lopes, 2018; Cabeça; Sousa, 2017; Oliveira-Cardoso; Santos, 2017).

Segundo o educador Paulo Freire, escuta e diálogo são premissas básicas de todas as relações. Para ele, não há encontro sem diálogo, como também não há amorosidade ou respeito sem escuta ativa. Freire via na dialogicidade a possibilidade de revelar as contradições e situações limites das pessoas que vivenciam uma determinada realidade e buscava compreender a leitura que fazem do mundo para desvelar os fatores ocultos relacionados à suas percepções. Desta maneira, o autor estimulava a reflexão conjunta sobre os fenômenos cotidianos, visando transpor os limites da singularidade humana para descobrir, em conjunto, novas formas de ser e estar no mundo (Dalmolin, 2020; Filho, 20217; Freire, 2005).

Para Freire, o silenciamento indicava uma relação assimétrica, não necessariamente decorrente da falta de conhecimento de uma das partes, mas sim de um ato de dominação, no qual aquele que fala legitima o seu poder ao censurar o oprimido (Dalmolin, 2020; Filho, 2017; Freire, 2005). Logo, a ideia de aprender com a experiência, para depois ensinar no rigor metodológico da sala de aula, transgride a formação autoritária tradicional, porque se baseia na troca constante entre aquele que ensina e quem é ensinado; no respeito aos saberes individuais; no aprendizado progressista e na ação-reflexão-ação consciente. Desta forma, a educação freireana se faz junto à realidade das contradições e envolve tanto o indivíduo quanto o contexto; o ideal e o vivido; o singular e o coletivo, e tem como premissa uma educação emancipatória e transformadora da realidade (Dalmolin, 2020; Filho, 2017; Freire, 2005).

A esse respeito, a psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross (1926-2004) questionava o silenciamento dos profissionais da saúde diante do processo de terminalidade desde os anos de 1960. Em seu trabalho, com pacientes em fase terminal, a autora observou que os conflitos decorrentes da falta de preparo dos profissionais para lidar com a finitude da vida impactavam diretamente na relação com os pacientes, dificultando a elaboração do luto destes e de suas famílias. Em sua obra de referência, *Sobre a morte e o morrer*, a autora chegou a afirmar que o principal problema enfrentado pelos pacientes não era o medo da morte em si, mas sim o sentimento de desamparo e isolamento que a acompanhava. Por fim, destacou a importância de haver debates sobre o tema entre os profissionais desde o início da formação (Kübler-Ross, 2017).

Quase 50 anos depois, a pesquisa conduzida por Sampaio e colaboradores (2018), que abordou a aprendizagem baseada em problemas de ensino em tanatologia em cursos de graduação em enfermagem, corroborou com os achados de Kübler-Ross. O trabalho demonstrou a relevância de discutir o tema durante a formação acadêmica e a importância de os profissionais estarem emocionalmente preparados para lidar com a morte de um paciente, não apenas para preservar sua saúde mental, mas também para auxiliar no processo de luto das famílias.

Outro estudo que investigou a percepção de 164 estudantes de medicina a respeito do preparo para a comunicação de más notícias identificou que a falta de orientação para lidar com situações adversas é a principal causa da sensação de insegurança e estresse entre os discentes. A maioria dos participantes relatou nunca ter presenciado um profissional habilitado realizando a comunicação de uma notícia difícil para um paciente, incluindo seus próprios docentes. No entanto, muitos discentes foram incumbidos dessa tarefa, mesmo sem receberem qualquer instrução prévia ou acompanhamento por um supervisor (Freiberger; Carvalho; Bonamigo, 2019). Isso evidencia um ciclo falho no ensino que se retroalimenta, já que os próprios docentes, muitas vezes, também carecerem de uma formação adequada, o que acaba refletindo no modo como ensinam nas salas de aula (Freiberger; Carvalho; Bonamigo, 2019; Kübler-Ross, 2017).

O problema torna-se ainda mais complexo quando envolve o contexto do nascimento. Por ser um ambiente associado ao início da vida, à esperança e à felicidade, a presença da morte nesse cenário costuma causar choque tanto nos profissionais quanto nas famílias, sendo uma possibilidade inconcebível no imaginário coletivo, apesar dos altos índices de mortalidade associados a ele. Segundo uma nota emitida pela Organização das Nações Unidas (ONU), mais de 2,8 milhões de grávidas e recém-nascidos morrem por ano no mundo de causas evitáveis, o que equivale a uma morte a cada 11 segundos, durante, imediatamente ou após o parto. A maioria desses óbitos ocorre no período neonatal até 27º dia de vida, sendo 30% deles registrados um dia após o nascimento (Brasil, 2020a; ONU, 2019).

Atualmente, como a maioria dos partos ocorre em ambiente hospitalar, a prevalência de óbitos materno-infantis é expressiva nesses locais e frequentemente causa um mal-estar profundo nos profissionais da saúde. Esses óbitos, em sua maioria, estão relacionados a causas evitáveis que podem ocorrer devido a falhas durante o pré-natal. Por essa razão, o fato costuma fomentar sentimentos de fracasso, medo, frustração e angústia no pessoal da assistência, contribuindo para perpetuar o tabu e a cultura da negação da morte no contexto do

nascimento (Silveira *et al.*, 2022; Rosa *et al.*, 2022; Gomes; Santos, 2020; Sousa; Lins, 2020; Lopes, 2018; Oliveira-Cardoso; Santos, 2017).

Uma revisão integrativa da literatura, que investigou as experiências e condutas dos profissionais de saúde frente ao óbito neonatal, identificou que a forma como os profissionais enfrentam a realidade da morte tem um impacto direto nos cuidados prestados às famílias. De acordo com os dados, profissionais que adotam atitudes de enfrentamento defensivas, como distanciamento e repressão dos sentimentos, tendem a transmitir frieza e indiferença às famílias, dificultando o processamento do luto e a formação de vínculo entre eles (Rosa *et al.*, 2022). Esses dados são consistentes com outros estudos que destacam que profissionais com habilidades de enfrentamento mais eficazes geralmente possuem mais experiência de vida e trabalho, ressaltando a importância do aprendizado pela experiência. No entanto, essas habilidades muitas vezes são influenciadas pelas crenças individuais de cada profissional, o que pode gerar conflitos com os valores dos pacientes (Rocha *et al.*, 2023; Silveira *et al.*, 2022; Rosa *et al.*, 2022).

Um estudo realizado em 2016, que avaliou fatores associados ao estado de luto pós-óbito fetal de mulheres brasileiras e canadenses, identificou que a incidência de depressão, ansiedade e luto complicado é expressiva entre as brasileiras, quando comparada à de mulheres de outros países. A prevalência de separações conjugais também foi maior entre as brasileiras do estudo, que chegavam a cogitar seis vezes mais o término de suas relações do que as canadenses. Para os autores, a discrepância entre as nacionalidades é resultado do despreparo dos profissionais de saúde do Brasil e da falta de grupos de apoio no país. Essa diferença fica ainda mais evidente quando comparada à realidade canadense, em que 80% das mulheres que relataram superar o luto receberam assistência e/ou participaram de algum grupo de apoio (Paris; Montigny; Pelloso, 2016).

Outros estudos, que investigaram as consequências de uma morte no contexto do nascimento para a saúde das famílias, também identificaram outros agravos do luto não assistido, tais como: falta de motivação para a realização das atividades rotineiras, desunião familiar, abandono do lar por algum integrante (geralmente o pai), uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, necessidade de usar medicamentos controlados, pensamento suicida, dificuldades financeiras, dentre outros. Portanto, ressalta-se a importância da presença de profissionais capacitados para oferecer suporte àqueles que passam pelo enfrentamento da morte e do luto nessas circunstâncias (Sousa; Lins, 2020; Tenório; Avelar; Barros, 2019; Aciole; Bergamo, 2019; Lopes, 2018).

Temas como gravidez de risco, má formação congênita, aborto espontâneo ou induzido, morte materno-infantil e luto fazem parte do ofício dos profissionais da saúde, independentemente de trabalharem direta ou indiretamente no cenário do nascimento. Logo, é crucial que estejam preparados para lidarem com essas situações.

Uma revisão sistemática, que avaliou a produção científica relacionada ao aborto legal no Brasil, identificou que a maioria dos estudantes de medicina e dos profissionais formados, desconhecia as três situações em que o aborto é permitido no país, bem como as recomendações éticas para sua condução. Além disso, o estudo apontou que embora o número de hospitais capacitados para realizar o procedimento fosse menor do que a demanda das mulheres, havia uma alta prevalência de objeção de consciência por parte dos profissionais em realizar o aborto, mesmo quando este é caracterizado como um direito legal da mulher. Os autores observaram que a maioria dos profissionais usava a religião como subterfúgio para se eximir de prestar assistência, por medo de serem considerados preconceituosos, especialmente nos casos de estupro. No entanto, os autores ressaltam que na maioria dos casos, o motivo real não decorria de conflitos morais ou de fé, mas sim da desconfiança em relação às informações fornecidas pelas mulheres e do julgamento que faziam delas, o que contribuía para a perpetuação do estigma social em torno do aborto (Fonseca *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, o silenciamento das graduações da área da saúde em relação a estes temas revela um problema expressivo, que compromete a relação e o bem-estar dos profissionais e daqueles que receberão os seus cuidados. Considerando que as DCN orientam a elaboração dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), e que o PPP guia o trabalho educativo da instituição, com base na Proposta Pedagógica Curricular, responsável por organizar o conhecimento no currículo, ancorado em fundamentos conceituais, metodológicos e avaliativos, viu-se a necessidade de minimizar essa lacuna na formação profissional em saúde por meio da elaboração de uma proposta pedagógica que permita a instrumentalização dos profissionais para lidar com a morte e com o luto no contexto do nascimento, durante sua formação (Costa *et al.*, 2018; Brasil, 2022, 2014).

Nesse sentido, foi realizada uma busca por trabalhos similares nas bases de dados. Foram encontrados estudos abordando diversas perspectivas, tais como: a visão das famílias que vivenciam a morte no contexto do nascimento; a perspectiva de discentes a respeito do preparo para lidar com situações de morte; a importância atribuída à disciplina de tanatologia nos cursos da saúde; os conflitos psicoemocionais e medidas de enfrentamento da morte utilizadas pelos profissionais da assistência no contexto do nascimento; consequências do luto

neonatal na vida das mães; experiência materna do parto de natimortos; processo de luto materno e neonatal para a figura do pai e dos avôs; além de alguns trabalhos que avaliaram a eficácia de estratégias de intervenção para o enfrentamento da morte relacionada, ou não, ao contexto do nascimento (Crepaldi *et al.*, 2020; Souza; Lins, 2020; Schiavo; Perosa, 2020; Figueiredo, 2020; Gomes; Santos, 2020; Aciole; Bergamo, 2019; Freiburger, 2019; Willis, 2019; Tenório; Avelar; Barros, 2019; Diniz *et al.*, 2018; Lopes, 2018; Cabaço *et al.*, 2017; Paris; Montigny; Pelloso, 2016; Paris; Montigny; Pelloso, 2017).

Esses estudos trouxeram contribuições para a saúde, variando desde a constatação de resultados positivos, com cursos de extensão e atividades extracurriculares, rodas de conversa em grupos de pesquisa, elaboração e distribuição de materiais de apoio sobre o luto e algumas estratégias didático-pedagógicas utilizadas em sala de aula na disciplina de tanatologia, incluindo filmes, leitura de textos e simulações. No entanto, não foram encontrados estudos que se propusessem a elaborar uma proposta pedagógica – um plano didático, teórico e metodológico - para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento que pudesse ser incorporada aos currículos das graduações da área da saúde (Oliveira *et al.*, 2020; Crepaldi *et al.*, 2020; Menezes; Marciano, 2019; Gularte *et al.*, 2019; Medeiros; Machado; Alvarenga, 2018; Oliveira-Cardoso; Santos, 2018; Sampaio *et al.*, 2018; Cabeça; Souza *et al.*, 2017).

Considerando o estudo que desenvolvi durante o mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que investigou os significados atribuídos à maternidade por gestantes participantes de um grupo de casais grávidos, pude comprovar a influência que os significados dados aos momentos da vida exercem sobre o bem-estar das pessoas e aos seus estados de saúde. Da mesma forma, também constatei o quanto os profissionais da assistência podem influenciar no desenvolvimento desses estados de bem ou mal-estar, ao acolherem esses significados e possibilitarem um espaço dialógico para a sua reflexão. Essa inter-relação demonstrou ser uma das principais ferramentas para o cuidado e promoção da saúde dos envolvidos, principalmente quando os profissionais conseguiam conciliar a vivência singular das pessoas ao saber teórico da academia.

Sendo a UFSC uma das 15 universidades responsáveis por 60% da ciência que é feita no Brasil (Escobar, 2019), optou-se em desenvolver este estudo junto aos cursos de graduação da área da saúde (enfermagem, medicina e psicologia) desta Universidade. Espera-se que esta proposta possa contribuir com a linha de pesquisa “O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido” do Laboratório Interprofissional de Pesquisa e Inovação

Tecnológica na Saúde Obstétrica e Neonatal (LAIPISON), para ampliar a discussão do tema e servir de modelo para contribuir na formação profissional de diferentes áreas do Brasil.

Para a realização do estudo, optou-se pelo desenho da pesquisa mista, que permite ao pesquisador observar e aprofundar o fenômeno em questão de diferentes ângulos, ao mesmo tempo em que fornece as ferramentas necessárias para modificar a realidade. Essa abordagem possibilita uma análise mais abrangente e integrada, combinando métodos quantitativos e qualitativos para uma compreensão mais completa do tema em estudo. Essa escolha metodológica também está alinhada ao referencial teórico de Paulo Freire, que guiou este estudo, e sustenta a importância da reflexão crítica e da ação transformadora na pesquisa e na prática educacional (Creswell; Clark, 2013). Nesta perspectiva foram traçadas às seguintes questões investigativas:

- Qual a percepção dos discentes e docentes da área da saúde sobre a abordagem da morte e do luto no contexto do nascimento durante a formação profissional?

- Quais os desafios enfrentados por docentes e discentes na formação em saúde em relação ao tema da morte no contexto do nascimento?

- Quais as soluções para preparar os futuros profissionais de saúde para o enfrentamento da morte no contexto do nascimento?

- Quais os elementos essenciais para elaborar e validar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento durante a formação dos profissionais da área da saúde?

A partir do exposto, busco defender a **Tese**: A elaboração de uma proposta pedagógica multiprofissional, construída e validada a partir da realidade de docentes e discentes da área da saúde em um espaço de trocas e reflexões coletivas, em que a educação é compreendida como um instrumento de transformação da realidade e de liberdade dos sujeitos, pode contribuir para a formação em saúde na instrumentalização para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Elaborar e validar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento durante a formação de profissionais da área da saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos

1. Investigar a percepção de docentes e discentes a respeito da abordagem da morte no contexto do nascimento na formação em saúde;
2. Analisar quais são os desafios enfrentados por docentes e discentes na formação em saúde em relação ao tema da morte no contexto do nascimento;
3. Identificar soluções para preparar os profissionais da saúde para o enfrentamento da morte no contexto do nascimento a partir da vivência de docentes e discentes.
4. Definir os elementos essenciais para a elaboração de uma proposta pedagógica multiprofissional para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura sobre a temática da morte e do luto no contexto do nascimento e da educação preparatória para lidar com ambos durante a formação de nível superior. O levantamento foi construído a partir de uma busca nas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), repositório da *National Library of Medicine* (PubMed), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Bireme), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), abrangendo o período de 2017 a 2021. Foram utilizados os descritores de saúde: “Luto”, “Morte Perinatal”, “Tanatologia”, “Morte fetal”, “Atitude Frente a Morte”, “Mortalidade Prematura”, “Morte Parental”, “Morte materna”, “Abortamento”, “Ensino”, “Capacitação profissional”, “Educação profissionalizante” e “Educação em saúde”, combinados pelos operadores booleanos “AND” e “OR”, nos idiomas inglês, português e espanhol. Também foram incluídos: trabalhos retirados do banco de teses e dissertações do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC), livros relacionados às temáticas, leis, políticas e programas voltados às disciplinas de tanatologia e saúde da mulher e do recém-nascido.

No capítulo a seguir, serão abordadas as temáticas: concepções teórico-filosóficas da morte e do morrer, trazendo um panorama histórico-cultural das influências do pensamento europeu sobre a temática ao longo dos séculos; tanatologia, abordando as características legais e clínicas da morte nos dias vigentes, a morte no contexto do nascimento, e os aspectos conceituais e emocionais envolvidos no processo, classificação de óbito, luto e suas fases, e as principais medidas de enfrentamento utilizadas pelos profissionais da saúde; Políticas Públicas de Saúde, descrevendo as principais estratégias voltadas à saúde materno-infantil disponíveis no Brasil e, por fim, as leis e normativas da educação brasileira, onde serão apresentadas as diretrizes que guiam a estruturação do ensino superior e a composição de uma proposta pedagógica curricular.

2.1 CONSTRUÇÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA DA MORTE E DO MORRER: UM RESGATE HISTÓRICO

A morte designa o fim absoluto de qualquer coisa de positivo: um ser humano, um animal, uma planta, uma amizade, uma aliança, a paz, uma época. Não se fala na

morte de uma tempestade, mas na morte de um dia belo. Enquanto símbolo, a morte é o aspecto perecível e destrutível da existência. Ela indica aquilo que desaparece na evolução irreversível das coisas: está ligada ao simbolismo da terra. Mas é também introdutora aos mundos desconhecidos dos infernos ou dos Paraísos; o que revela a sua ambivalência (Chevalier; Gheerbrant, 2018, p.621).

É inerente à natureza humana a necessidade de compreender os fenômenos da vida e seus significados. Essa urgência em explicar o que é experienciado há muito impulsiona a criação de teorias a respeito da realidade, resultando nas várias concepções de mundo que existem hoje. Enquanto circunstâncias integradas a vida, nascimento e morte representam eventos concretos e abstratos, que são influenciados pelos símbolos compartilhados historicamente por um coletivo (Oliveira *et al.*, 2020; Cabaço *et al.*, 2017).

Carl Jung (1875-1961), fundador da psicologia analítica, compreende por “símbolo” a representação de um tempo, um nome ou uma imagem que contém uma conotação além do significado óbvio perceptível, um aspecto “inconsciente” mais amplo, que nunca é precisamente definido ou de todo explicado” (Jung, 1977, p. 20). É algo vago e desconhecido que está impresso no inconsciente do interlocutor. Assim, aquilo que é chamado de “simbólico” diz respeito a conceitos que não podem ser determinados ou compreendidos integralmente pela razão, já que são produzidos e transformados espontaneamente na mente dos sujeitos. São elementos imersos em valores, crenças e significados, fenômenos ocultos e intrínsecos à personalidade de uma população que só podem ser desvelados diante do contexto que os compõem, como é o caso da morte (Jung, 1977).

Todas as culturas do mundo possuem dentro do seu corpo mitológico inúmeros mitos envolvendo a personificação da morte. Porém, historicamente falando, foi a partir de Platão (428-347 a.C.) e de sua obra: *o diálogo de Fedão/Fédon* que a morte foi abordada de forma intelectualizada pela primeira vez. Platão, ao narrar os acontecimentos que precederam os momentos finais de Sócrates, disseminou entre os filósofos a visão do mestre sobre a própria finitude, o qual a definiu como um momento de coroação e libertação da alma após uma vida virtuosa. Tais ideais fomentaram reflexões a respeito da mortalidade humana entre a população grega, inspirando outros estudiosos, como Epicuro (341 a.C. – 270 a.C.), a pensarem na morte como algo que deveria ser sublimado pela filosofia, ao invés de evitado e temido (Figueiredo, 2020; Platão, 1972).

A partir da exposição de Platão, Epicuro concluiu que a duração da vida era irrelevante comparada à qualidade que poderia ter e, impulsionado pela busca da felicidade existencial (ausência de sofrimento), o autor construiu sua escola filosófica sobre quatro premissas basilares, que consistiam em: não temer aos deuses; não temer a morte, buscar o

prazer da felicidade e compreender que toda dor e sofrimento da vida são transitórios e suportáveis (Epicuro, 2002).

Segundo Figueiredo (2020), Epicuro foi um dos primeiros filósofos a desconsiderar a morte como um problema, já que permitia a conscientização dos seres humanos, enquanto vivos, de sua finitude. Por este motivo, tanto o filósofo quanto seus seguidores acreditavam que o exercício filosófico de pensar na morte permitia o alcance da “*ataraxia*”, o equilíbrio perfeito entre o corpo e a total ausência de perturbações da mente, a superação do medo do fim. Baseado nessa lógica, os preceitos de Epicuro tornaram a relação entre medicina e filosofia estreitas, a ponto de considerar que o temor da morte antecipava o encontro dos seres humanos com o fim, já que impedia o florescimento da felicidade. Vemos essa narrativa no trecho a seguir:

A morte para nós não é nada, visto que todo bem e todo mal residem nas sensações, e a morte é justamente a privação das sensações. A consciência clara de que a morte não significa nada para nós oferece a fruição da vida efêmera, sem querer adicionar-lhe tempo infinito e eliminando o desejo de imortalidade. Não existe nada de terrível na vida para quem está perfeitamente convencido de que não há nada de terrível em deixar de viver. É tolo, portanto, quem diz ter medo da morte, não porque a chegada desta lhe trará sofrimento, mas porque o aflige a própria espera: aquilo que não nos perturba quando presente não deveria afligir-nos enquanto está sendo esperado (Epicuro, 2002, p. 15).

Traços desse pensamento antigo também são encontrados na narrativa de filósofos contemporâneos, como autor Arthur Schopenhauer (1788-1860), que viram na morte o antídoto para a volubilidade da vida humana. De acordo com o autor,

a morte é propriamente o gênio inspirador, ou a musa da filosofia. [...] Com a razão apareceu, necessariamente entre os homens, a certeza da morte. Mas, como na natureza, a todo mal sempre é dado um remédio ou, ao menos, uma compensação, então a mesma reflexão, que originou o conhecimento da morte, ajuda também nas concepções metafísicas consoladoras, das quais o animal não necessita, nem é capaz. Sobretudo para esse fim estão orientadas todas as religiões e sistemas filosóficos, que são, portanto, antes de tudo, o antídoto da certeza da morte (Schopenhauer, 2000, p.59-60).

O filósofo existencialista, Martin Heidegger (1889-1976), influenciado tanto pelo pensamento pré-socrático quanto por outros autores, como o dinamarquês Sören Kierkegaard (1813-1855) e o alemão Friedrich W. Nietzsche (1844-1900), compreendia a presença da morte como a possibilidade de todos os seres humanos encontrarem o seu sentido de “ser”. Para o autor, o fato de o contato com a morte em vida ser possível somente por meio do fim de outras pessoas faz com que os seres humanos entendam que ela está presente em todos os

lugares, sendo uma possibilidade a todo o momento e para todas as pessoas. Logo, os sujeitos são impelidos a assumirem um posicionamento diante da vida e a “ser-para-o-fim”, manifestando o seu melhor modo de “ser” no mundo. A partir disso, o autor conclui que a morte assume uma conotação particular no âmago de cada indivíduo, moldando e significando suas ações em relação à existência (Heidegger, 2005).

Outro período histórico, marcado pela influência simbólica da morte, foi a Idade Média (V e XV). A influência da Igreja Católica, e seu desejo de refletir sobre a existência de Deus e a salvação da alma humana, tornou a relação entre filosofia e pensamento religioso mais estreito. Entretanto, a propagação dos ideais do cristianismo impulsionou muitos filósofos a interpretarem os ideais do pensamento greco-romano sob a ótica dos valores teológicos da igreja, já que muitos eram pessoas de influência social, com fortes orientações religiosas ou pertencentes ao clero. A partir desse movimento, surge a chamada filosofia medieval, cujo pensamento influenciou todas as instâncias da vida social da Europa, incluindo a compreensão do significado da vida e da morte (Figueiredo, 2020; Ranhel, 2018).

Assim como na Grécia Antiga, o pensamento da Idade Média compreendia o corpo e a alma humana como elementos duais que mantinham uma relação dialética entre si. Porém, para o olhar medieval, a alma era uma criação de Deus e representava uma inteligência maior que deveria reger o corpo, ao invés de ceder às suas vontades. Essa mudança, que hierarquizou forças divinas e mundanas, transferiu o pecado original (antes ligado às falhas da alma - orgulho, soberba, desobediência) para o corpo (impulso sexual), dando origem ao mito do *devir* humano, ligado à redenção da alma por meio dos ensinamentos cristãos (Figueiredo, 2020; Ranhel, 2018).

Por ser a morada do pecado, o corpo tinha um papel importante, socialmente falando dentro da lógica da salvação cristã. Para o entendimento da época, as doenças que afligiam a carne de uma pessoa refletiam as transgressões de sua alma. Assim, compreendia-se que aquele que fraquejava perante as tentações do mundo era assombrado pelo mal (doença), que denunciava sua contravenção devorando- lhe o corpo até a completa miséria e indulgência (Ranhel, 2018; Laplantine, 2016).

Quando um enfermo se restabelecia, a cura era interpretada como um milagre de Deus. Deste modo, as artes da cura ficavam sob a responsabilidade do poder religioso e sua medicina da fé, dos milagres e da absolvição divina. Entretanto, aqueles que não obtinham o livramento após os cuidados da igreja, poderiam obter a salvação de sua alma por meio do padecimento, já que carregariam o “peso” de seus atos da mesma forma que Cristo, levando consigo os pecados de seus semelhantes em um ato de caridade que pagaria suas penitências.

Dessa forma, tornavam-se dignos de entrar no reino dos céus (Figueiredo, 2020; Ranhel, 2018).

De acordo com François Laplantine (2016), a maneira de a população medieval compreender os estados de saúde baseava-se em um modelo relacional de pensar a doença, ou seja, sua presença indicava a transgressão dos valores de regência da população e sinalizava a ruptura entre o indivíduo e a sociedade. Conseqüentemente, as doenças em grande escala eram interpretadas como desvios coletivos que resultavam em punições em massa. Cita-se como exemplo a pandemia da peste negra, que se alastrou pelo continente europeu, matando milhares de pessoas. Na época, a população, vendo-se reféns de um agente invisível, voltou-se a Deus e às receitas caseiras numa tentativa de proteção, realizando rituais de oração, penitências e purgação para evitar serem contaminados pelos “miasmas” da doença (Bittencourt, 2020; Ranhel, 2018).

Ressalta-se que, embora houvesse o medo do julgamento final pela população, a morte em si era compreendida como um acontecimento feliz para a maioria das pessoas, pois representava a passagem para o outro mundo. Era algo próximo e aceito com solenidade, um momento organizado com antecipação para decidir quem ficaria com os pertences do moribundo, quem estaria junto ao seu leito na hora final, dentre outros. Ainda assim, havia o receio dos vivos quanto à proximidade com o corpo do falecido, já que o processo de decomposição de um cadáver simbolizava o mesmo que as doenças: os desvios de conduta do moribundo durante a vida terrena (Ranhel, 2018; Ariès, 2017; Laplantine, 2016).

De acordo com o historiador Phillippe Ariès (2017, p. 39), “a palavra *funus* significa ao mesmo tempo o corpo morto, os funerais e o assassinato”. E *funestus*, em francês, *funeste* (funesto), a profanação provocada por um cadáver, indicando a relação de repúdio que a sociedade europeia tinha para com a “putridão” do corpo. O pavor era tamanho que, em Roma, a Lei das Doze Tábuas e o Código Teodosiano proibiam a realização de enterros no interior das cidades para preservar a santidade das moradias dos habitantes. Os cemitérios eram feitos fora das dependências das cidades ou à beira de estradas, para que nenhum espírito pudesse voltar para perturbar os vivos (Ranhel, 2018; Ariès, 2017).

À medida que os séculos foram passando, o destino dos corpos de pessoas “más” se tornou uma preocupação cada vez maior para a igreja, que passou a exigir cuidados específicos com os defuntos. Assim, no intuito de espiritualizar o culto dos mortos, foram criados os primeiros rituais fúnebres institucionalizados dentro dos ideais de salvação do cristianismo, como: os velórios, enterro e organização de rezas (Ranhel, 2018; Ariès, 2017).

Cabe destacar que a prática ritualística da morte nunca foi uma exclusividade da cultura europeia. Assim como os hebreus consideravam o corpo morto algo impuro, “os antigos índios americanos falavam dos espíritos do mal e atiravam flechas no ar para afugentá-los” (Kübler-Ross, 2017, p.8). Da mesma forma, a tradição do *yúmulo* (túmulo) de sepultar bem fundo os falecidos e jogar pedrinhas como homenagem, ou a salva de tiros num funeral militar, hoje chamada “última despedida”, traduzem o mesmo desejo de manter afastados os maus espíritos (Kübler-Ross, 2017).

É preciso lembrar que, embora os milagres e visões proféticas do clero fizessem parte da cultura mítica europeia, tudo que era realizado fora do domínio da igreja, independentemente de ser uma prática de cura ou um ritual religioso, era considerado satânico. Todo cidadão que agia em desacordo com as normas da igreja desafiava a cólera dos céus e representavam uma ameaça a toda a sociedade, pois não só permitiam a presença do mal como também o traziam para dentro dos lares da população, logo, eram seres considerados *maleficus*, servidores do diabo (Laplantine, 2010; Russell; Alexander, 2008).

A partir das especulações sobre as forças corrompidas da sociedade, foram iniciados os inquéritos da santa inquisição. E, por meio deles, originaram-se as primeiras leis e métodos “científicos” para detectar e penalizar os criminosos que atentavam contra a santidade social. Foi o pensamento punitivo que levou os filósofos a mudarem gradualmente o foco de suas reflexões para aquilo que causava a morte, dando início à caça das forças agressoras que ameaçavam a vida humana (Figueiredo, 2020; Ranhel, 2018; Kübler-Ross, 2017; Ariès, 2017; Russell; Alexander, 2008).

Entre os séculos XVI-XIX, a morte passa a ser algo “do outro” e ganha ares de complacência na relação entre o moribundo e sua família. Aqueles que antes acompanhavam a passagem de seus entes com naturalidade, de repente são tomados por emoções arrebatadoras. Choram, suplicam e gesticulam em lamentação à sua partida. Porém, “não é somente diante da cabeceira dos agonizantes e da lembrança dos desaparecidos que ficam perturbados, a simples ideia da morte comove” (Ariès, 2017, p. 67).

Luz e Bastos (2019) comentam essa mudança de paradigma dizendo que a morte tem o poder de romper as barreiras inconscientes das pessoas e fazer emergir os fantasmas de seus corações: as tarefas inacabadas, levando-as a se perguntarem “sobre o sentido da vida e o uso do tempo [...] (Luz; Bastos, 2019, p 17), razões pelas quais suas atitudes geralmente são marcadas pela dor e negação”.

Para Kübler-Ross (1926-2004), a atitude de defesa para com a possibilidade da morte é compreensível do ponto de vista psíquico, já que o inconsciente não concebe a possibilidade

do fim quando se trata da vida de quem o pensa. A morte só é plausível quando envolve algo externo, a ação de algo ou alguém que nos mata. Portanto, o medo da morte não está associado ao fim orgânico do corpo, mas sim a um ataque que compromete a autopreservação do sujeito. Não é à toa que muitas pessoas, ainda hoje, evitam falar sobre o tema por associá-lo a algo negativo, macabro e que não deve ser “atraído” por palavras ou pensamentos (Kübler-Ross, 2017).

Outros autores atribuem o repúdio da morte ao aumento da violência e da desigualdade social, fenômenos que se agravaram com o passar dos anos. O constante convívio com notícias de assalto, assassinato e catástrofes aumentaram a preocupação e a procura das pessoas por segurança, tornando-as reféns de seus temores. Essa falta de controle sobre a própria vida ativa as defesas psíquicas dos seres humanos, na visão da psicanálise, incluindo os mecanismos de negação e fuga. Como resultado, tem-se uma busca frenética por sistemas de proteção e tecnologias de cura e, ao mesmo tempo, o banimento da morte do cotidiano das pessoas (Oliveira *et al.*, 2020; Kübler-Ross, 2017; Ariès, 2017).

Vestígios de negação para com a realidade da morte ficam claros no contexto pós-moderno, no qual os moribundos não morrem mais em casa, próximo aos familiares e amigos queridos, mas sim isolado em um leito de hospital, escondido dos olhos do mundo. Em muitos casos, o lugar da família foi cedido às equipes de saúde, e o sepultamento, outrora uma passagem privada, tornou-se uma técnica especializada (Figueiredo, 2020; Oliveira *et al.*, 2020; Kübler-Ross, 2017).

Ressalta-se que a intenção deste trabalho não é questionar os avanços tecnológicos ou a especialização da assistência, que trouxeram inúmeros benefícios à saúde da população e permitiram o alcance da excelência no que tange a preservação da vida. O que se tenta fazer é chamar a atenção para a sensação de poder que esses avanços geraram nos profissionais, a ponto de alguns crerem ser capazes de evitar a morte. A relação é tão intrínseca que eles já não são preparados para lidar com a frustração de uma doença que não cede ou de um tratamento que não funciona, apesar das comprovações científicas. Consequentemente, tornam-se alvos dos anseios dos pacientes, das famílias e das expectativas sociais, pois, a morte contemporânea é vista como uma “patologia não remediada” ou um atestado de fracasso profissional (Oliveira *et al.*, 2020; Kübler-Ross, 2017; Ariès, 2017).

Em 2019, os problemas gerados pela relação excludente entre a sociedade e a temática do morrer vieram à tona durante a pandemia causada pelo novo coronavírus (Covid-19). A velocidade da propagação do vírus e o número de óbitos diários em todo o mundo

agravaram exponencialmente o estresse e o medo da morte na população, ocasionando inúmeras alterações psíquicas. O excesso de trabalho ao quais os profissionais foram submetidos, bem como a falta de informações e recursos para combater a doença, também impactam na saúde física e psíquica das equipes de saúde. Ainda assim, muitos profissionais da “linha de frente”, cansados e sem treinamento adequado, tentaram oferecer apoio às pessoas hospitalizadas e suas famílias e se dedicaram à humanização dos atendimentos. No entanto, alguns não suportaram o sentimento de medo, revolta, culpa e impotência que sentiam diante da dor dos pacientes e acabaram chegando ao limite de sua própria saúde, manifestando quadros severos de depressão, ansiedade e fadiga crônica que levaram muitos a abandonarem a profissão (Giamattey *et al.*, 2022; Nascimento *et al.*, 2020; Scorsolini-Comin *et al.*, 2020; Crepaldi *et al.*, 2020; Abu *et al.*, 2019).

As restrições e medidas de isolamento adotadas para conter o avanço da doença afetaram ainda mais o processo de terminalidade, intensificando o sofrimento das pessoas que haviam perdido alguém querido. Segundo estudos recentes, o impedimento do contato face a face durante a pandemia tornou mais complexa a realização de rituais de despedida, aumentando a ansiedade dos doentes e de seus familiares. Nos casos terminais, a ansiedade foi ainda maior devido à possibilidade de o paciente morrer isolado. Embora tenham sido implementadas estratégias de comunicação remota para tentar amenizar o desconforto da situação, como chamadas de vídeo ou áudio, os dados demonstram que sem a realização dos rituais de despedida todo o processo de morte e morrer se tornou mais difícil e doloroso para os envolvidos (Giamattey *et al.*, 2022; Nascimento *et al.*, 2021; Scorsolini-Comin *et al.*, 2020; Crepaldi *et al.*, 2020; Abu *et al.*, 2019).

Os rituais de despedida são momentos de comunicação verbal e não verbal realizado entre pessoas próximas quando há a iminência de morte de uma das partes. Eles são geralmente organizados para resolver questões pendentes, compartilhar momentos vividos em conjunto, realizar agradecimentos e proferir pedidos de desculpas, caracterizando-se como um processo promotor de qualidade de morte para o enfermo e de vida para os enlutados. No entanto, pela impossibilidade de realizar os rituais de despedida durante pandemia, a presença de psicólogos no ambiente hospitalar para auxiliar na condução desses processos foi ainda mais importante (Giamattey *et al.*, 2022; Nascimento *et al.*, 2021; Scorsolini-Comin *et al.*, 2020; Crepaldi *et al.*, 2020; Abu *et al.*, 2019).

Os rituais fúnebres, que poderiam compensar a falta do processo de despedida dos familiares e facilitar a elaboração da perda, também foram proibidos ou restritos durante o período de isolamento. O corpo do falecido não era exposto, nem recebia os cuidados de

limpeza ou preparação tradicionalmente utilizados para o sepultamento, eram postos em um caixão fechado ou cremado antes de ser entregue às famílias. Esse fato tornou o processo de luto mais desafiador para aqueles que desejavam ao falecido um tratamento mais digno (Crepaldi *et al.*, 2020; Abu *et al.*, 2019). Crepaldi e colaboradores (2020, p. 5), afirmam que essa falta “de manejo e permanência durante algum tempo próximo ao corpo para despedida [...] pode provocar a sensação de negligência e tratamento desumano no final da vida”, dependendo da religiosidade da pessoa enlutada. Também ressaltam que a espiritualidade costuma ser um recurso importante nesses momentos para algumas famílias, principalmente para encontrarem conforto e significado no que está sendo vivido.

Para tanto, rituais alternativos de despedida foram incentivados no mundo todo para tentar contornar a situação pandêmica, tais como acender uma vela na janela, construir memoriais *online*, compartilhar mensagens e homenagens ao falecido em grupos de *WhatsApp*® ou redes sociais, transmissão de missas ou celebrações religiosas por canais de mídia, dentre outros. Apesar de não substituírem os rituais funerários tradicionais, as opções alternativas demonstraram eficácia para a resolução do luto a medida que ofereceram um espaço de vazão e compartilhamento emocional para os familiares lidarem com sua perda (Giamattey *et al.*, 2022; Nascimento *et al.*, 2021; Scorsolini-Comin *et al.*, 2020; Crepaldi *et al.*, 2020).

Frente ao exposto, é importante lembrar que em 1988 a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou o conceito de saúde ao incluir a dimensão da espiritualidade. Essa inclusão reconheceu que a espiritualidade é parte integrante da multidimensionalidade humana, definindo-a como “o conjunto de todas as convicções, suposições, emoções e questões referentes ao significado e sentido da vida”, sem a limitar a qualquer tipo de crença ou prática religiosa.

A partir dessas discussões, surgiu nos Estados Unidos uma nova área do conhecimento dedicada a estudar os efeitos da espiritualidade na saúde: a psicologia da religião. Dentro desse campo, pesquisadores como Kenneth I. Pargament observaram que pessoas doentes frequentemente recorrem a práticas religiosas e espirituais como forma de enfrentamento, um processo denominado de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) (Pargament, 1997).

Pargament descreve dois tipos de CRE: o positivo e o negativo. O CRE positivo refere-se à utilização da espiritualidade para atribuir um significado transcendental a uma situação difícil, proporcionando ao indivíduo uma sensação de controle, conforto e intimidade

com uma entidade divina (Deus, cosmo, fonte da criação) ou com a sociedade, facilitando a transformação e a superação do sofrimento (Pargament, 1997). Por outro lado, o CRE negativo envolve a perda de controle pessoal, em que o sujeito pode acreditar estar sendo vítima de forças negativas extrafísicas (possessão demoníaca, vodu, magia negra, mau-olhado, inveja, entre outros), sentir-se negligenciado, e adotar uma postura passiva diante do problema, manifestando sentimento de revolta, descontentamento pessoal e/ou interpessoal, ou experimentar uma crise religiosa-espiritual-existencial (Pargament, 1997).

Para identificar a ocorrência de um CRE positivo ou negativo, Pargament desenvolveu uma ferramenta chamada Escala de CRE, um questionário com cerca de 92 itens que permite mensurar os efeitos do CRE de uma pessoa. Esse instrumento já foi validado e adaptado para diversos países, inclusive o Brasil (adaptação feita por Panzini e Bandeira, 2005), ganhando destaque entre pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento desde o ano 2000 (Silva; Ribeiro; Moreira-Almeida, 2023; Farinha *et al.*, 2021; Ferreira-Valente *et al.*, 2019; Counted; Possamai; Meade, 2018; Forti; Serbena; Scaduto, 2018; Cabaço *et al.*, 2017; Pargament, 1997).

Compreender a construção simbólica da morte é essencial para colocar os profissionais frente a frente com as suas múltiplas faces, permitindo que possam integrá-la novamente ao seu cotidiano. Isso é importante tanto para lembrá-los de sua própria condição humana, como também para capacitá-los a lidar com o sofrimento de seus pacientes de forma mais eficaz e compassiva (Oliveira *et al.*, 2020; Luz; Bastos, 2019; Kübler-Ross, 2017; Ariès, 2017).

Observa-se que tanto a filosofia quanto as religiões têm servido a humanidade como pontos de apoio para minimizar o sentimento de impotência perante a inevitabilidade da morte. Ambas oferecem a possibilidade de encontrar amparo, proteção e refúgio diante das angústias humanas, sem nunca evitar o encontro com a morte em si. Ao longo do tempo, essas duas esferas moldaram, instrumentalizaram e interpretaram o fenômeno da morte de diferentes maneiras, construindo os múltiplos significados que existem hoje (Figueiredo, 2020; Oliveira *et al.*, 2020; Kübler-Ross, 2017).

Portanto, é essencial que os profissionais de saúde reconheçam e compreendam os significados simbólicos da morte de seu contexto, para que possam oferecer um cuidado mais holístico e humanizado aos pacientes e suas famílias. Isso permite que eles estejam mais preparados para lidar com a finitude e com o luto, tanto ao nível individual quanto comunitário.

2.2 TANATOLOGIA: ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DA MORTE NO BRASIL

O termo “Tanatologia” tem origem grega e deriva dos termos: “*Thanatus*”, nome do deus mitológico da morte; e “*logia*”, que significa “estudo”, representando assim o estudo da morte e do morrer. A tanatologia é uma ciência interdisciplinar que aborda diversos temas, como o cuidado ao paciente grave e/ou terminal; luto; educação de pessoas e profissionais que lidam com situações de perda; morte violenta e seus impactos nas mídias de comunicação, entre outros, abarcando assuntos complexos permeados por tabus, mistérios e sentimentos de repulsa (Figueiredo, 2020; Sampaio *et al.*, 2018).

A Tanatologia médica, também chamada de medicina legal ou tanatognose, é o ramo da tanatologia que estuda as questões técnicas relacionadas à morte de uma pessoa, incluindo o diagnóstico da morte, destino do cadáver, necropsia, embalsamento e questões ligadas à personalidade social e jurídica do falecido. Logo, envolve profissionais de diferentes áreas do conhecimento, principalmente da medicina e do direito (Oliveira *et al.*, 2020; Figueiredo, 2020).

A Tanatognose é a área responsável por diagnosticar a realidade do óbito e estabelecer se ele decorreu de um homicídio, suicídio, acidente ou causas naturais. A morte natural ou por antecedentes patológicos, ocorre devido a um estado mórbido adquirido (doença) ou a uma perturbação congênita. O diagnóstico é feito por meio dos chamados “sinais de morte”, critérios utilizados pelos profissionais para determinar clinicamente a ocorrência de um óbito, como ausência de sinais respiratórios, circulatórios e de atividades cerebrais – morte encefálica, sendo este último o critério principal (Figueiredo, 2020; CFM, 2017).

A morte encefálica indica uma lesão irreversível no encéfalo e seu diagnóstico é confirmado quando o paciente apresenta coma aperceptivo, ausência de atividade motora supraespinhal e apneia. Sua constatação é feita somente após exames específicos e a avaliação clínica de dois médicos que não pertençam à equipe de transplante, como previsto na Resolução nº. 2.173/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM) (CFM, 2017).

Na perspectiva da medicina, a morte pode ser definida como a perda total e irreversível das funções vitais, ou, mais precisamente, a completa ausência de atividades cerebrais e circulatórias (CFM, 2017). Esse conceito, embora moderno, tem raiz em duas influências históricas: a filosofia grega, que personificou o coração como sede da alma, e a

doutrina judaico-cristã, que concebia a respiração como a base do processo vital humano, em alusão ao sopro de Deus que deu vida aos homens (Filho *et al.*, 1996).

No âmbito legal, não há uma definição explícita de morte. A lei, nº 10.406/2002, Art.2ª do Código Civil, apenas refere o cessar da personalidade civil, que começa no nascimento de uma pessoa com vida e termina quando ela deixa de existir (Brasil, 2019a). Apesar de considerar o momento do nascimento como o início da personalidade civil de uma pessoa, a lei protege a criança desde o momento da concepção e preserva seus direitos mesmo quando é um nascituro – uma vida dentro do ventre (Brasil, 2019a).

De acordo com o Art.542, a morte que ocorreu dentro do ventre materno ou logo após o nascimento apresentam desdobramentos distintos que são decisivos para determinar questões importantes, como a transmissão de bens à criança. Pela lei, um bebê nascido com vida pode se tornar um beneficiário de uma doação e ter seus direitos garantidos, mesmo que venha a falecer logo após o nascimento. O exame médico-legal de expansão alveolar, chamado “docimasia hidrostática pulmonar de Galeno”, é utilizado para comprovar se houve a entrada de oxigênio nos pulmões da criança, e, quando constatado o resultado positivo, os direitos do nascituro permanecem intactos. No caso de um natimorto – bebê que nasce sem vida -, a doação não se concretiza, portanto o bem doado retorna para o doador (Brasil, 2019a; Carrinho, 2016).

Identificar as causas de uma morte é de extrema importância, tanto para classificar a natureza das circunstâncias quanto para suas implicações técnicas, legais e políticas. A seguir, serão discutidas algumas definições relacionadas à morte que ocorre no contexto do nascimento.

2.2.1 A morte no contexto do nascimento: Aspectos conceituais

2.2.1.1 Abortamento

O abortamento é definido como a interrupção da gravidez antes de ser alcançada a viabilidade fetal – 22 semanas ou peso de 500g -, e pode ocorrer de várias formas, cada uma com características distintas.

a) Abortamento Espontâneo/natural: esse tipo de aborto é um fenômeno relativamente comum, ocorrendo em cerca de aproximadamente 10% das gestações. Resulta de uma série de fatores, como idade avançada da gestante, tabagismo e/ou consumo de álcool, uso de medicamentos sem prescrição médica, alterações uterinas e/ou anomalias

cromossômicas, falta de informação e/ou planejamento reprodutivo, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, erros de diagnóstico durante o pré-natal, dentre outros (Menezes *et al.*, 2020; Morais, 2008).

b) **Abortamento Acidental:** similar ao espontâneo, o abortamento acidental ocorre de maneira não intencional, porém tem como diferencial a associação com fatores imprevisíveis que geralmente estão fora do controle dos envolvidos. Traumas, quedas e emoções intensas podem desencadear esse tipo de abortamento, que pode ocorrer a qualquer momento da gestação, mesmo quando a gestante não apresenta problemas de saúde e está sendo cuidadosamente monitorada (Menezes *et al.*, 2020; Morais, 2008).

c) **Abortamento Criminoso:** esse tipo de abortamento envolve a interrupção deliberada da gestação e se configura como um ato vetado pela ordem judiciária brasileira. Ele geralmente é realizado por pessoas não qualificadas em ambientes clandestinos, sem qualquer aparato médico ou segurança sanitária, representando sérios riscos à saúde das mulheres. O abortamento criminoso é proibido e pode ter graves consequências para a saúde da gestante, incluindo complicações médicas e até mesmo a morte (Cardoso; Vieira; Saraceni, 2020; Morais, 2008).

d) **Abortamento Legal:** é a interrupção da gravidez permitida por lei em circunstâncias específicas, como nos casos em que há chance de agravos à saúde materna e risco de morte (exemplo: gestação extrauterina inviável - ectópica, ou malformações incompatíveis com a vida), ou resultantes de violência sexual (Morais, 2008). É considerada uma medida extrema para situações singulares, em que os profissionais precisam cumprir uma série de passos pré-estabelecidos, envolvendo exames físicos, laboratoriais e de imagens para determinar a natureza do aborto com que estão lidando (FIOCRUZ, 2019a)

É essencial entender as diferentes formas de abortamento e as circunstâncias que as cercam para garantir que as gestantes recebam o cuidado adequado. A legislação e os protocolos médicos são fundamentais para orientar o manejo dessas situações, protegendo tanto a saúde das mulheres quanto a legalidade do procedimento.

No entanto, ressalva-se que, independentemente da classificação, o abortamento é um problema de saúde pública significativo e está diretamente relacionado à incidência de mortalidade materna em todo o mundo. Ainda assim, Cardoso e colaboradores (2020, p. 11) afirmam que “as bases de dados oficiais de saúde não permitem ter uma estimativa do número de abortos que ocorrem no Brasil. Os dados disponíveis se restringem aos óbitos por aborto e às internações por complicações de aborto no serviço público de saúde”. Logo, não se sabe

com precisão o número de casos no país, devido a subnotificação e a clandestinidade (Cardoso; Vieira; Saraceni, 2020; Menezes *et al.*, 2020; Morais, 2008).

Nota-se, portanto, a necessidade urgente de realizar melhorias na coleta de dados e de implementar políticas de saúde pública mais abrangentes que abordem efetivamente essa questão. Da mesma forma, evidencia-se a importância de garantir legalmente a autonomia das mulheres sobre seus corpos, de modo que a escolha pelo abortamento se torne um direito feminino e possa ser realizado com segurança. Ao reconhecer a importância de entender a magnitude do problema e suas implicações para a saúde das mulheres, torna-se possível direcionar esforços para oferecer cuidados adequados, garantir o acesso a serviços de saúde seguros, e legalizados, bem como promover políticas que protejam os direitos reprodutivos das mulheres, contribuindo com a redução da mortalidade, como também para a promoção da saúde e do seu bem-estar materno.

2.2.1.2 *Óbito Fetal*

O Ministério da Saúde (2010) define como óbito fetal “a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez” (Brasil, 2010, p.1), ou seja, um feto que não respira e/ou não apresenta sinais de vida após a separação da mãe.

A legislação estabelecida pela portaria nº 116 de 2009, determina que seja fornecido uma Declaração de Óbito Fetal e o registro civil do óbito fetal, os quais devem ser registrados em cartório e no livro dos Nascidos Mortos para ser computado às estatísticas de mortalidade fetal. Entretanto, todo feto extraído ou expulso do corpo materno com menos de 22 semanas de gestação, abaixo de 500 gramas e menor do que 25 cm são considerados um abortado. Esse dado é relevante, pois o cálculo utilizado para estimar a probabilidade de um feto nascer sem vida adota como ponto de corte o período gestacional de 22 semanas ou mais (Giraldi *et al.*, 2019; Bittencourt *et al.*, 2013; Brasil, 2009).

Em termos globais, calcula-se que 2,6 milhões de óbitos fetais ocorram anualmente em todo o mundo, sendo 98% deles em países desfavorecidos. Estima-se que a maioria das mortes seja provocada por causas evitáveis, como: patologias maternas, antecedentes ou decorrentes da gestação; complicações placentárias; malformação fetal e traumas durante o nascimento (Giraldi *et al.*, 2019; Bittencourt *et al.*, 2013).

No Brasil, a maioria das mortes ocorre ao final de gestações de risco habitual, de bebês normais e aparentemente saudáveis, denunciando condições precárias de acesso à saúde

reprodutiva, à assistência pré-natal de qualidade e ao parto seguro (Giraldi *et al.*, 2019; Bittencourt *et al.*, 2013). Entre os anos de 2013 e 2016 foram registrados no Brasil cerca de 127.330 óbitos fetais, o equivalente a 31.833 óbitos por ano. Dentre eles, 15% das *causas mortis* decorreram de hipóxia intrauterina, enquanto 21,5% não foram especificadas nos registros de óbito, uma lacuna preocupante para o monitoramento da saúde materno-infantil no contexto brasileiro (Kale *et al.*, 2021).

Portanto, além de políticas e legislações eficazes, é preciso investir na qualidade dos serviços de saúde, bem como na educação e na conscientização sobre saúde reprodutiva, para abordar as causas subjacentes da mortalidade fetal e proteger a vida das gestantes e de seus bebês.

2.2.1.3 Óbito Neonatal

Define-se como óbito neonatal a morte que ocorre entre 0 a 27 dias após o nascimento. E de óbito infantil o falecimento da criança antes de completar um ano de vida (ONU, 2019).

De acordo com o relatório publicado pela *United Nations Children's Fund* (UNICEF), em 2020, o primeiro mês de vida de um bebê é um período crucial à sua sobrevivência. No entanto, estima-se que cerca de 17 crianças, para cada 1.000 Nascidos Vivos (NV) tenham vindo a óbito no ano de 2019, o equivalente a 6.700 mortes por dia (UNICEF, 2020).

Veloso e colaboradores (2019), em seu estudo de metanálise, identificaram como causas associadas ao óbito neonatal a idade materna superior a 35 anos, gestações múltiplas, acompanhamento pré-natal deficitário, malformação congênita, intercorrências na gravidez, período gestacional inferior a 37 semanas; operação cesariana; avaliação cínica do recém-nascido (Apgar com pontuação menor a sete no quinto minuto de vida); bebês de baixo peso (menos de 2,5kg) ou muito baixo peso (menos de 1,5kg); e crianças do sexo masculino. A respeito do último item, no Brasil, a probabilidade de um recém-nascido do sexo masculino falecer antes de completar um ano de idade é de 0,01331, o equivalente a 13,3 óbitos/1.000 NV, segundo os índices de mortalidade infantil. Já para o sexo feminino os valores são de 0,01135, aproximadamente 11,4 óbitos/1.000 meninas NV (IBGE, 2019; ONU, 2019).

Apesar de haver uma queda de quase 50% nos números de mortes registradas no país entre os anos 2000 e 2018, que permitiram alcançar a média de 12,4 óbitos/1.000 NV, porém

o Brasil ainda permanece distante de outras localidades mais desenvolvidas, como Japão e Finlândia, que registraram 2 óbitos/1.000 NV, em 2018 (Brasil, 2020a; UNICEF, 2020; ONU, 2019; IBGE, 2019; *United Nations Children's Fund*, 2017). Apesar da diferença, não restam dúvidas sobre os avanços das últimas décadas, principalmente quando comparadas aos dados de 1940, cujas taxas chegavam a 146,6 óbitos/1.000 NV. Entretanto, estima-se que o Brasil conseguirá atingir a meta firmada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visam reduzir as taxas de mortalidade mundial para 5,3 óbitos neonatais/1.000 NV (Brasil, 2019b; ONU, 2019; IBGE, 2019; UNICEF, 2017).

2.2.1.4 Óbito Materno

A 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10) define o óbito materno como “a morte que ocorre durante a gestação, ou em um período de 42 dias após o fim da gestação [...], devido a qualquer causa relacionada com, ou agravada pela gravidez ou por quaisquer medidas relacionadas a ela” (*World Health Organization*, 2020, s/p, tradução nossa). Sua ocorrência é considerada um problema de saúde pública que acomete principalmente mulheres em situação de vulnerabilidade e configura-se como uma violação dos direitos humanos por ser evitável em 92% dos casos (FIOCRUZ, 2020).

Dentre as principais complicações associadas a quase 75% das mortes maternas estão: a hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); hemorragias e infecções decorrentes de complicações no parto; abortos inseguros; e o acometimento de doenças graves durante a gravidez (OPAS, 2022). No Brasil, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) registrou mais de 38.919 óbitos femininos entre os anos de 1996 e 2018, sendo que 67% deles foram decorrentes de complicações obstétricas, tais como: intervenções desnecessárias; tratamentos incorretos; omissões; ou quaisquer outras causas relacionadas à gravidez. Em 2018, os apesar de ter alcançado a taxa de 59,1 mortes para cada 100 mil/NV, a menor já registrada, ainda ficou abaixo da desejada pelos ODS, que pretendia reduzir os números para 35 óbitos/100 mil NV até o ano de 2015 (Brasil, 2020a; FIOCRUZ, 2020; ONU, 2019; Scarton *et al.*, 2019; IBGE, 2019; UNICEF, 2017).

De acordo com as estatísticas, as regiões do Norte e Nordeste do Brasil apresentaram as maiores incidências de mortalidade materna de todo o território nacional, com 88,9 óbitos/1.000NV (Norte) e 73,2 óbitos/1.000 NV (Nordeste). Por outro lado, a região Sul registrou a menor incidência, com 38,5 óbitos/1.000NV. Esses dados evidenciam a relação

entre áreas de vulnerabilidade e a prevalência de mortes, uma vez que os locais mais afetados são caracterizados por altos índices de pobreza, baixa escolaridade e dificuldade de acesso ao sistema de saúde (Brasil, 2020a; FIOCRUZ, 2020; Freiras-Júnior, 2020).

No mundo, 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento, geralmente em ambientes frágeis e em contextos de crises humanitárias. A disparidade no índice de mortalidade entre mulheres com baixo poder aquisitivo; residentes em áreas rurais; e menores de idade é expressiva em comparação com aquelas com melhor poder aquisitivo, moradoras de áreas urbanas e maiores de idade (OPAS, 2018).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), mulheres em situação de vulnerabilidade geralmente têm um número maior de filhos devido a fatores culturais, falta de informação, dificuldade de acesso a serviços de saúde e a contraceptivos, o que contribui para o aumento dos riscos de morte relacionados à gestação. Nesse sentido, é particularmente importante que tanto o pré-natal, quanto os partos sejam assistidos por profissionais de saúde qualificados, uma vez que podem fazer a diferença entre a vida e a morte da mãe e do bebê (OPAS, 2018).

2.2.2 Morte no contexto do nascimento: Aspectos emocionais

Se você perdeu alguém, eu espero que o silêncio conforte o seu coração. Espero que você encontre o pouco de amor emaranhado nas minhas palavras e dos que te cercam. Se você perdeu alguém, eu queria pegar seu rosto entre as mãos e deixar você chorar, expulsar, gritar à vontade até que o vazio nos fizesse contemplar a morte mais uma vez, agora de outra forma [...]. Se você perdeu alguém, eu quero encarar a morte com você. Quero sentar e olhar o nada até perceber a maravilha da vida novamente. Quero aprender junto a você que a vida e a morte são soberanas e nada podemos fazer por ela [...]. Se você perdeu alguém, eu sei que nada do que eu diga vai consolar você, porque eu perdi alguém também (Barreto, 2023, p.81).

2.2.2.1 Simbolismo do nascimento

Não é segredo que a gestação, período que antecede o nascimento, é uma fase de adaptações físicas e simbólicas de grande impacto na vida das mulheres e suas famílias. Além das mudanças biopsicoemocionais associadas, esse momento evoca diversos valores ligados ao ser “mãe”/“pai” dentro de um contexto sociocultural específico, exigindo dos pais a incorporação de comportamentos já pré-estabelecidos. Nesse sentido, a chegada de um filho redefine os papéis sociais e as atribuições de todos os membros da família, tornando-se não só um evento biológico, mas também uma fase de construção identitária e de reestruturação familiar (Gomes; Santos, 2020; Sousa; Lins, 2020; Scarton *et al.*, 2019).

Muitas vezes o bebê já existe no imaginário das mães e dos familiares antes mesmo da gravidez ser concretizada. Conforme as mudanças da gestação evoluem, ele é gradualmente gestado em meio às histórias de vida, sonhos e expectativas dos envolvidos, até se tornar realidade quando o nascimento acontece, momento em que a maternidade é consolidada como uma realização coletiva (Gomes; Santos, 2020; Sousa; Lins, 2020; Scarton *et al.*, 2019; Tenório; Avelar; Barros, 2019).

Compreender essa dinâmica é essencial para vislumbrar o significado que o nascimento de um filho tem para as famílias, afinal uma “criança pode ocupar diferentes lugares na vida da mãe, a depender das circunstâncias de ocorrência da gestação” (Sousa; Lins, 2020, p.3). Um bebê pode representar a consolidação de um casamento, a garantia da continuidade familiar ou a promessa de uma fase de vida cheia de amor, saúde e felicidade para todos. Como também, pode representar medo, culpa, frustração e privação de liberdade, caso a gestação ocorra sem planejamento, ou seja, algo indesejado por algum dos envolvidos (Sousa; Lins, 2020; Scarton *et al.*, 2019; Tenório; Avelar; Barros, 2019; Menezes; Marciano, 2019).

O momento do nascimento define o encerramento do ciclo de vida uterina de uma criança e demarca a sua chegada ao mundo. No entanto, por estarem associadas a valores elevados e positivos, as chances de os envolvidos experimentarem sentimentos de sofrimento são enormes quando o nascimento tem um desfecho negativo, afinal, não se trata apenas da perda de um ente querido, mas sim de um projeto de vida idealizado por toda a família (Tenório; Avelar; Barros, 2019; Menezes; Marciano, 2019).

Independentemente do desfecho de uma gravidez, a maternidade em si envolve múltiplos fatores que podem comprometer o equilíbrio psicoemocional dos pais. É muito comum, por exemplo, que as mulheres passem por um estado de hipersensibilidade emocional após o parto, chamado melancolia da maternidade ou *baby blues*. Esse fenômeno acomete cerca de 70 a 90% das mães e se caracteriza como um período de reatividade emocional que as mães podem vivenciar episódios de irritabilidade, choro, ansiedade, sensação de insegurança e de incapacidade devido às oscilações hormonais que ocorrem após o parto. (Schiavo; Pesora, 2020; Silva *et al.*, 2019).

Embora seja um fenômeno natural, é importante que a melancolia da maternidade não assuma proporções negativas na vida das mães, devido ao número de casos registrados de depressão feminina no Brasil relacionado ao momento do nascimento. Já se constatou que cerca de 20 a 40% das brasileiras manifestam perturbações emocionais após o parto. Destas, uma a cada quatro evoluem para sintomas de depressão pós-parto, um índice elevado mesmo

entre países desfavorecidos (Schiavo; Pesora, 2020; Silva *et al.*, 2019; Porto; Maranhão; Félix, 2017).

Como observado, há muitos fatores envolvidos no processo da maternidade que podem agravar o desequilíbrio emocional dos pais e abalar sua autoimagem e bem-estar. Nesse sentido, a morte no contexto do nascimento representa uma ameaça para a saúde de toda a família, pois além de potencializar a instabilidade psico-cognitiva que já existe, também contribui para quebrar a imagem do ciclo natural da vida, no qual o óbito deveria acontecer somente na velhice (Aciole; Bergamo, 2019; Lopes, 2018).

2.2.2.2 *Notícias difíceis e as fases do luto*

A dor me mostrou o que é importante. A dor é assim: No início, acompanha a gente o tempo todo. A gente acorda por causa da dor. Ela segura a gente o dia todo, em todo lugar. À noite, lá está ela, não deixa a gente em paz nem durante o sono. Sufoca e sacode a gente. Mas também aquece. Em algum momento, também se afasta, mas nunca para sempre. Ela sempre aparece aqui e ali. E então, no fim das contas... eu soube de repente o que é importante na vida. A dor me revelou. O amor é importante (Nina George - A livraria mágica de Paris).

A forma com que a notícia do óbito é transmitida às famílias consiste em um dos principais fatores de influência para o desenrolar do enfrentamento da perda. Segundo Kübler-Ross (2017), quanto mais simples for o modo de dar uma notícia difícil, mais fácil se torna para o paciente reagir à situação. Entende-se por notícia difícil qualquer informação transmitida a uma pessoa que possa ocasionar alterações negativas, direta ou indiretamente, em suas vidas (Freiberger; Carvalho; Bonamigo, 2019; Souto; Schilze, 2019; Diniz *et al.*, 2018; Lino *et al.*, 2011).

O ato de transmitir uma notícia difícil faz parte da atuação dos profissionais da saúde, ainda que muitos não sejam preparados para exercê-lo. O acolhimento humano e a empatia são atitudes primordiais nesses momentos, para que haja uma comunicação clara e dócil entre todos os envolvidos. Para isso, a fala dos profissionais precisa estar exumada de termos técnicos e ser clara e objetiva, a fim de evitar causar dúvidas nos familiares. No entanto, quando essa interação falha e os profissionais não conseguem expressar claramente o que está acontecendo ou não explicam quais procedimentos serão realizados com o falecido, os familiares tendem a ficar mais tensos e angustiados, prolongando o tempo de sofrimento (Aciole; Bergamo, 2019; Freiberger; Carvalho; Bonamigo, 2019; Souto; Schilze, 2019; Lopes, 2018; Kübler-Ross, 2017; Paris; Montigny; Pelloso, 2017).

Uma forma sistematizada para a transmissão de uma notícia difícil, identificada na literatura, é o protocolo *Spikes*, um guia composto por seis etapas, que tem por objetivo orientar os profissionais da saúde a transmitirem uma má notícia de modo que se torne menos traumática para os pacientes e para si. Sua operacionalização compreende: 1) *Setting up*: escolha e preparação do ambiente em que será dada a notícia; 2) *Perception*: verificação do estado de consciência do paciente e seus familiares sobre a situação; 3) *Invitation*: identificar o quanto a família deseja saber sobre o ocorrido; 4) *Knowledge*: transmissão da notícia propriamente dita, momento em que é recomendada a utilização de frases introdutórias pelos profissionais, que indiquem aos envolvidos que más notícias virão, porém, sem nunca fazê-lo de forma brusca ou muito técnica; 5) *Emotions*: aguardar e responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente; 6) *Strategy and Summary*: diminuir a ansiedade ou angústia dos presentes revelando o que será realizado à seguir (Freiberger; Carvalho; Bonamigo, 2019; Souto; Schilze, 2019; Diniz *et al.*, 2018; Lino *et al.*, 2011).

Famílias que enfrentam uma morte inesperada no contexto do nascimento costumam buscar o isolamento, logo após consentirem com a realização da autópsia do falecido. Desamparados, muitas pessoas andam pelos corredores do hospital, sem rumo, incapazes de lidar com a realidade da situação. Essa reação, comum nos processos de perda, corresponde à primeira das quatro fases do luto listadas por Kübler-Ross (2017), chamada de negação. A fase de negação é caracterizada pelo choque inicial de uma pessoa após receber uma notícia difícil. Trata-se de um estado de confusão em que as funções emocionais e cognitivas do enlutado são afetadas e ele não consegue compreender a situação como um todo (Luz; Bastos, 2019; Kübler-Ross, 2017).

Há também a chamada “negação parcial”, na qual, diferente da primeira, os envolvidos sabem o que está acontecendo, mas continuam fazendo planos como se nada tivesse acontecido. Essa forma de negação geralmente é acompanhada por diversas formas de distração envolvendo assuntos que não estão relacionados ao problema, refletindo uma tentativa inconsciente do enlutado de manter a sua identidade e senso de dignidade até se adaptar à situação. Ao contrário do que se pensa a fase da negação não é tão simples quanto parece, pois é dela que serão realizadas as preparações para tudo o que o enlutado enfrentará: a transição entre a vida conhecida e a desconhecida, o passado e o futuro (Luz; Bastos, 2019; Kübler-Ross, 2017).

Outra manifestação comum no processo de luto é a raiva, a segunda fase do luto. Para ilustrar a relevância desse sentimento no enfrentamento da perda, Luz e Bastos (2019) recorrem aos escritos do psiquiatra norte-americano William Breitbart, que compara o

processo de morte a um muro ou um impedimento que interrompe o fluxo na vida. É como se o indivíduo estivesse em um carro seguindo para uma determinada direção, e, de repente, sem que tenha qualquer escolha ou poder sobre isso, algo se coloca em seu caminho e o obriga a seguir por um caminho diferente. A frustração gerada da constatação de que não há o que fazer faz nascer a raiva, uma estratégia da psique de dar vazão ao sentimento de impotência e lidar com o problema (Luz; Bastos, 2019; Kübler-Ross, 2017).

É necessário atenção e certo cuidado com os envolvidos nessa fase, pois eles tendem a procurar culpados para justificar o problema, sejam pessoas externas, eles mesmos ou a própria vida. Para as equipes de saúde e familiares é muito difícil ficar perto de um enlutado na fase da raiva, devido à hostilidade que podem demonstrar. No entanto, é importante que sua dor seja validada e ouvida para que consigam seguir em frente; caso contrário, a revolta se intensifica (Luz; Bastos, 2019; Kübler-Ross, 2017).

Em algumas situações, a raiva do enlutado também pode indicar uma espécie de negação-parcial-esperançosa, como no caso de famílias que descobrem uma malformação congênita, com elevada chance de morte, ainda no período gestacional (Medeiros *et al.*, 2021). O sentimento de revolta, presente nestas situações, costuma ocultar a face da esperança, como também a ideia de que a situação será transformada por um milagre da vida. Assim, os familiares buscam se distrair da realidade dolorosa da morte e seguem fazendo planos. Esse recurso, segundo especialistas em tanatologia, pode ser de grande valia para o enfrentamento do luto quando utilizado da forma correta, pois permite aos envolvidos se engajarem profundamente com a vida e terem a sensação de que fizeram tudo o que podiam pelo falecido. No entanto, é também pela raiva que, muitas vezes, eles seguem para o próximo estágio do luto: a barganha (Luz; Bastos, 2019; Kübler-Ross, 2017).

A fase de barganha geralmente ocorre quando as múltiplas tentativas do enlutado de negar a realidade da morte falham. Em um esforço inconsciente de controlar a situação, eles tentam “negociar” os resultados agindo de uma determinada forma, na intenção de obter méritos para alcançar a cura. Seu comportamento é similar ao de uma criança que busca obter aprovação aos olhos da mãe; eles aspiram à validação de que o caminho que escolheram está certo, que são merecedores da cura. No entanto, é importante que compreendam que mesmo pessoas muito boas ou muito ruins passam por situações difíceis na vida, e que a morte de alguém em nada tem a ver com valores de mérito ou demérito (Luz; Bastos, 2019; Kübler-Ross, 2017).

A quarta fase do luto diz respeito à depressão, um estágio marcado por um profundo sentimento de tristeza. Destaca-se que a depressão aqui mencionada não é equivalente à depressão clínica, caracterizada por um transtorno mental com sinais e sintomas bem catalogados, mas sim a uma tristeza esperada para o período do luto. Segundo Kübler-Ross, a tristeza mais evidente (e persistente) do processo de luto aparece quando todo o esforço empregado para contornar a realidade da perda não frutifica. Em resposta, os enlutados ficam mais silenciosos, reflexivos e voltados para dentro, de modo que se permitem fazer um balanço dos acontecimentos e se “esvaziarem” para que algo novo possa nascer. Ter a companhia de alguém durante esse período é importante para que possam conversar sobre seus sentimentos, especialmente aqueles ligados a questões pendentes, como mágoas, ressentimento e culpa (Luz; Bastos, 2019; Kübler-Ross, 2017).

Por fim, o último estágio do luto compreende a aceitação da perda e indica o desenvolvimento completo da sapiência cognitiva para lidar com a perda. É nessa fase que o enlutado enfim encontra a coragem necessária para seguir com a sua vida e consegue expressar novamente sentimentos mais positivos, como o amor e a paz (Luz; Bastos, 2019; Kübler-Ross, 2017).

É importante lembrar que o luto se manifesta de formas diferentes para cada pessoa e varia conforme o vínculo afetivo entre o enlutado e o falecido, bem como suas crenças e história de vida. Assim, as fases do luto não ocorrem da mesma maneira para todas as pessoas, nem seguem, necessariamente, a sequência mencionada. Entretanto, existem alguns fatores essenciais para sua elaboração saudável. Segundo a estratégia da Saúde da Família, alguns elementos do enfrentamento do luto podem determinar um desfecho positivo ou negativo para o processo, tais como: o enlutado reconhecer a experiência do luto e reaja à separação; conseguir reviver as experiências vividas com o falecido (ou criar momentos com o bebê, no caso do óbito neonatal) para dar vazão aos seus sentimentos e se reajustar à situação; e desenvolver a capacidade de seguir em frente e estabelecer novas relações interpessoais (Onari, 2011).

Autores comentam que existem certos sinais que podem facilitar o reconhecimento da progressão do luto e até determinar o seu término. Atitudes como lembrar e/ou falar do falecido sem apresentar sentimentos de dor, tristeza ou manifestações psicológicas e físicas negativas são alguns exemplos, assim como demonstrar capacidade para se adaptar a novos papéis sociais e reorganizar a vida (Lopes, 2018; Kübler-Ross, 2017; Paris; Montigny; Pelloso, 2017; Onari, 2011).

Nesse contexto, estudos nacionais e internacionais apontam que as pessoas mais afetadas por uma perda no contexto do nascimento são as mães. Segundo os dados, é comum que elas se isolem do restante da família durante o período do luto por acharem que os demais não são capazes de compreender sua dor. Algumas, por não saberem se ainda são mães ou se deixaram de ser, experimentam sensações de invalidez e conflito, acreditando que falharam com os parentes, com o filho e com a sociedade. Ainda assim, o luto gerado por esse tipo de óbito costuma ser recebido com insensibilidade e descaso pela população. Lopes (2018) comenta o fato afirmando que existe uma crença social de que o sofrimento dos pais é menor nos casos de óbito neonatal do que de uma criança mais velha, já que não houve tempo hábil de convivência para os pais formarem vínculo com os filhos. Consequentemente, muitos pais se veem tolhidos de demonstrar seu pesar em público e passam pelo processo restringindo a experiência da dor ao seu mundo interno (Menezes; Marciano, 2019; Aciole; Bergamo, 2019; Lopes, 2018; Paris; Montigny; Pelloso, 2017).

Um ponto importante a ser destacado, que serve de alerta a outros pesquisadores, foi a falta de trabalhos encontrados durante a realização deste trabalho que investigassem o luto do homem em caso de morte materna. Essa lacuna reafirma a necessidade de mais investigações se dedicarem a essa temática, a fim de compreender melhor o impacto emocional e psicológico que a experiência de perder a companheira causa nos homens, especialmente considerando que, muitas vezes, eles precisam enfrentar o luto enquanto cuidam dos bebês.

2.2.2.3 A importância dos profissionais da saúde no acolhimento das famílias que vivenciam o luto

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana (Carl Jung)

Ao comentar sobre o sofrimento dos pais, é necessário reforçar ao leitor que a morte no contexto do nascimento pode acarretar diferentes tipos de luto, e não apenas nos pais da criança. Há o luto do marido que perde a esposa, dos pais da gestante que se veem sem a filha, dos avós, que não conhecerão o neto, das crianças que aguardavam a chegada de um irmão, dentre outros. Cada uma dessas perdas carrega elementos simbólicos muito específicos e distintos, que não serão explanados nesta revisão, mas que repercutirão no processo do luto de quem o vivencia. Da mesma forma, o tipo de morte e as causas envolvidas serão fatores de forte influência durante o enfrentamento da perda, assim como a relação de vínculo envolvido

entre os familiares e o falecido (Menezes; Marciano, 2019; Aciole; Bergamo, 2019; Lopes, 2018; Paris; Montigny; Pelloso, 2017).

Nesse quesito, os profissionais da saúde são peças-chave para facilitar a reconstrução da identidade dos enlutados e ajudá-los a reorganizarem suas vidas. No entanto, é preciso que conheçam o processo de maneira ampla e incorporem princípios básicos para abordar cada pessoa envolvida, como deixá-las falar sobre a perda; ouvi-las a partir do seu ponto de vista e confortá-las, sem tentar “forçar” a conformação da morte. Também é importante estimular a ajuda mútua entre os familiares e/ou outros suportes coletivos, por meio de mídias sociais, entidades religiosas ou grupos de apoio, assim como a realização de aconselhamentos psicológicos individuais e/ou familiares (Onari, 2011).

Os agentes das unidades básicas de saúde têm uma vantagem significativa no que se refere ao acompanhamento do processo do luto, devido à sua proximidade com a população. Isso lhes permite monitorar a reelaboração da perda, identificar condutas nocivas e encaminhar os indivíduos aos serviços especializados conforme necessário. Além disso, eles têm a possibilidade de realizar ações coletivas nas unidades básicas voltadas para um bem comum, como grupos de apoio, rodas de conversas, terapias comunitárias, entre outras. Sob a orientação de um profissional habilitado, essas ações proporcionam momentos de exposição de sentimentos, trocas e identificação entre os participantes, facilitando a resolução de conflitos, como demonstrado em alguns estudos (Alves *et al.*, 2022; Alves *et al.*, 2021; Drews *et al.*, 2021; Paris; Montigny; Pelloso; Lima *et al.*, 2018; Lopes, 2018; Cabeça; Sousa, 2017; Onari, 2011).

Especialistas afirmam que a coisa mais importante que alguém pode fazer por uma pessoa enlutada é ouvir. Esse ato, simples e aparentemente insignificante, permite a expressão de seus sentimentos, ao mesmo tempo em que é a chave para que o ouvinte compreenda como a morte está sendo processada pelos envolvidos e sua repercussão na dinâmica de convivência social. Embora haja o anseio humano de amenizar o sofrimento do outro com uma palavra de conforto, ouvir ativamente também é uma forma de resposta, já que, na maioria das vezes, um aceno de cabeça, um olhar ou um gesto de carinho são suficientes (Arantes, 2019; Luz; Bastos, 2019; Kübler-Ross, 2017; Onari, 2011). Nas palavras de Luz e Bastos (2019, p. 42-44).

Há várias coisas que podemos fazer pelos outros, mas também há coisas que só os outros poderão fazer por si mesmos – e seria tentador se começássemos a querer cercar os pacientes numa redoma, acreditando que poderíamos evitar seus sofrimentos [...]. Agindo assim, tornaríamos os pacientes mais inseguros quanto à própria capacidade de assumir e resolver suas tarefas inacabadas. Além disso, correríamos o risco de que eles passassem a acreditar que dependem de nós. [...]. Devemos confiar em sua capacidade de conduzir a vida [...], mas o mais importante

é que saibamos diferenciar o que é nossa responsabilidade e o que é responsabilidade dos outros. [...] Não há nada pior do que quando passamos a tratar os pacientes como se fossem pessoas incapazes de fazer algo, porque eles podem começar a acreditar nisso. E nós também.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A REALIDADE DA MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL

As primeiras políticas públicas brasileiras voltadas ao controle populacional emergiram em conjunto com a ascensão do governo militarista e a ocorrência da V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, ano em que houve a implementação do Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI). Esse programa sancionou o acompanhamento da saúde pré e pós-natal de mulheres e crianças, visando reduzir os riscos de mortalidade. Propunha melhorias na infraestrutura da saúde, ampliação da cobertura assistencial e ações voltadas ao controle da gestação, parto e puerpério. Contudo, na tentativa de controlar as complicações do nascimento, o programa acabou popularizando a institucionalização do parto e o uso de práticas intervencionistas, como a cesariana e a esterilização, pelas quais recebeu fortes críticas do movimento feminista (Alves *et al.*, 2022; Alves *et al.*, 2021; Brasil, 1975).

O enfoque simplista dado à saúde da mulher na época fomentou discussões sociais importantes que levaram o MS a criar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1983. Esse programa destacava a necessidade de abordar integralmente a saúde feminina, com ações voltadas ao planejamento familiar, saúde clínica e ginecológica, humanização no atendimento e melhorias no acesso para a realização de diagnósticos e tratamentos precoces. No entanto, as dificuldades políticas, operacionais e financeiras encontradas durante a implementação do PAISM impediram a redução dos índices de mortalidade materno-infantil esperada pelo MS (Alves, 2018).

Posteriormente, no ano 2000, o governo brasileiro lançou o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) como uma tentativa de remediar as dificuldades encontradas no PAISM. Seus princípios visavam aproximar os profissionais de saúde da população, enfatizando a formação de vínculo interpessoal, o acolhimento e uma abordagem mais humanizada da saúde, que assistisse às mulheres em suas diferentes fases, garantindo acesso a vacinas, exames e tratamentos adequados para diferentes níveis de risco. O principal propósito do programa era criar um ambiente acolhedor que fornecesse suporte às mulheres durante todo o processo de nascimento, além de garantir às famílias acesso a uma assistência

competente e organizada, capaz de realizar atividades educativas para o empoderamento das famílias (Brasil, 2016; Porto; Maranhão; Félix, 2017).

No ano de 2004, o MS em parceria com estados, municípios e diversos setores da sociedade civil, criaram a iniciativa Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, na tentativa de reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal no país. Seu principal objetivo era programar ações e estratégias voltadas para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério, bem como para o atendimento ao recém-nascido, no intuito de reduzir as mortes maternas e neonatais evitáveis. Para isso, foram desenvolvidas atividades relacionadas à capacitação de profissionais de saúde, melhoria da infraestrutura das unidades de saúde, além da ampliação do acesso aos serviços de saúde e outras medidas. Esse pacto foi, e continua sendo, uma importante ferramenta na promoção da saúde materno-infantil no Brasil, contribuindo para a redução das desigualdades e para o alcance das metas estabelecidas pela ONU relacionadas à saúde materna e neonatal (Brasil, 2005).

Em 2010, o Brasil continuou empenhado em realizar esforços políticos e sociais para combater a fragmentação na atenção à saúde e melhorar o quadro da saúde materno-infantil. Uma das estratégias implementada pelo MS foi a Rede Cegonha (RC), criada em 2011, com o propósito de assegurar o acesso de mães e bebês ao sistema de saúde, garantindo seu direito a uma assistência resoluta e respeitosa em relação à sua autonomia, que adotasse práticas obstétricas baseadas em evidências (Brasil 2021a, 2011a, 2005; OMS, 2016a).

Apesar dos esforços do MS, o número de mortes em todo o território nacional continuou elevado até o ano de 2015. Segundo dados divulgados pela ONU, mais de 303 mil mulheres morreram em 2015 de causas relacionadas à gravidez. Destas, constatou-se que apenas 64% haviam recebido algum cuidado pré-natal, quatro ou mais vezes durante a gestação, o que resultou, na morte de 2,7 milhões de óbitos neonatais e 2,6 milhões de natimortos. Como medida de contenção, a OMS emitiu recomendações em 2016 para aumentar o número de consultas pré-natais no setor público, passando de quatro para oito. Essa estratégia reforçou a importância de os profissionais da assistência repensarem a sua prática em prol da promoção do bem-estar integral das mães e dos bebês durante todo o processo de gestação, parto e pós-parto, adaptando as orientações do SUS à realidade sociocultural das famílias. Tais medidas foram pensadas com base em estudos que constataram a relação intrínseca entre o número de visitas e a proximidade com os profissionais, com a diminuição de natimortos no país, reduzindo a média para 8 casos /1.000 NV (OMS, 2016a).

Atualmente, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabeleceram como meta a redução da mortalidade materna global para menos de 70 mortes para cada 100.000 NV até 2030. Reconhecendo que a redução da mortalidade materna não apenas salva vidas, mas também é essencial para o desenvolvimento sustentável de uma nação, é fundamental abordar os determinantes sociais, econômicos e culturais que influenciam na saúde materna, como a pobreza, a desigualdade de gênero, o acesso limitado à educação e a falta de autonomia das mulheres em relação à sua própria saúde e reprodução. Assim, torna-se imprescindível promover ações coordenadas em diferentes níveis, incluindo políticas de saúde pública, investimentos em sistemas de saúde, acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, melhoria na qualidade da assistência e capacitação profissional (ONU, 2021).

Para tentar superar o quadro da mortalidade materno-infantil no Brasil, foi realizada uma reestruturação da rede de assistência à gestante e ao bebê - Rede Cegonha - e instituída, em seu lugar, a Rede de Atenção Materno e Infantil (RAMI), em 4 de abril 2022. A RAMI englobava as estratégias já consolidadas da RC e incorporava novas características, como direcionar mais recursos financeiros à ampliação dos serviços de saúde existentes, incluindo mais incentivo às maternidades de risco habitual com alta incidência de partos, bem como aos ambulatórios de gestantes de alto risco e de recém-nascidos provenientes de unidades neonatais; ampliação da atenção ambulatorial para mulheres com risco de agravos ou comorbidades durante a gestação, cujos custos passaram a ser de responsabilidade federal; e redistribuição dos leitos hospitalares financiados pelo MS, visando adequar os recursos ao cenário epidemiológico do país. Entretanto, em 2023, a estratégia foi revogada pelo governo federal e substituída pela Rede Cegonha (Sind-Enfermeiro, 2023; Brasil, 2023, 2022c).

Outro recurso criado pelo MS, para melhorar a qualidade da saúde materno-infantil, foi a Estratégia QualiNeo (EQN) - Qualificação da Assistência ao Recém-Nascido de Risco. Essa estratégia foi desenvolvida pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS) com o propósito de aprimorar a qualidade da atenção prestada em maternidades com índices elevados de mortalidade neonatal. Ela foi concebida para oferecer qualificação e apoio técnicos sistematizados e integradores no exercício da gestão e do cuidado profissional, no intuito de minimizar riscos evitáveis e promover a integração dos demais programas do MS. Assim, a QualiNeo uniu propostas que antes eram oferecidas e acompanhadas de forma isolada, enquanto estimulava relações colaborativas nos espaços de trabalho para favorecer a troca de informações e conhecimento entre os agentes (Brasil, 2021b; FIOCRUZ, 2021).

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2019b, p.1), “a capacidade de aprimorar o processo de cuidado provavelmente não virá da descoberta de novos tratamentos, mas sim da aprendizagem e da possibilidade de tornar mais eficazes as terapias já existentes, via revisão dos processos e práticas”. Nesse sentido, as diretrizes do cuidado materno-infantil têm incumbido os profissionais de saúde a se tornarem mais críticos, reflexivos e criteriosos no seu fazer durante o acompanhamento gravídico-puerperal, assim como acessíveis e humanizados em relação às famílias, com o objetivo de possibilitar a exposição das dúvidas, medos, anseios e expectativas da pessoa cuidada. Desta forma, a habilidade da comunicação efetiva e afetiva tornou-se intrínseca ao exercício profissional, não apenas para a preservação vida da população, mas também para melhorá-la (Brasil, 2005; OMS, 2016a; Organização Pan-Americana da Saúde, 2016; Cabeça; Sousa, 2017; Silva *et al.*, 2019; Brasil, 2021a).

Dentre as ações do MS, o projeto de “Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia” (ApiceOn) (2017b), criado em parceria com outras entidades de referência, foi uma iniciativa que se dedicou a refletir sobre a importância da preparação dos profissionais para o exercício do cuidado materno-infantil, especialmente em situações de violência e abortamento. Para isso, toda a estrutura do projeto foi elaborada para estimular a realização de mudanças nos modelos tradicionais de formação, de modo que houvesse a articulação entre o ensino e a realidade para que o cuidado fosse desenvolvido a partir das necessidades e dos direitos das mulheres, bebês e suas famílias. Para tanto, trouxe ao centro de sua reflexão/ação a necessidade da dialética entre a formação acadêmica, gestão dos serviços de saúde e a assistência do SUS, principalmente dentro de hospitais universitários, visando superar as dicotomias entre serviço, ensino e comunidade (Brasil, 2017b; FIOCRUZ, 2021).

Entende-se por formação o conjunto de prática adotado pelas instituições de ensino para promover uma qualificação profissional comprometida com a ética, humanização, autonomia e trabalho em equipe, integrando as dimensões de ensino-serviço-pesquisa com os valores do SUS. São ações de ensino comprometidas com as diretrizes de atenção e cuidado ao parto e ao nascimento; a atenção para com o cuidado nos serviços de saúde e com a adoção de práticas recomendadas à saúde materno-infantil; trabalho multiprofissional dinâmico e gestão descentralizada para instigar a participação e o protagonismo de todos os agentes envolvidos. Nesse sentido, o ApiceOn se configurou como uma estratégia para promover, qualificar e articulação os serviços voltados ao parto e nascimento, bem como ao planejamento reprodutivo, assistência pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em

situações de violência sexual, de abortamento e de assistência ao aborto legal (FIOCRUZ, 2019b).

O projeto contou com o envolvimento de 97 hospitais universitários (HU) certificados pelo MS, hospitais de ensino (HE) e unidades auxiliares de ensino (UAE) distribuídos em todo o país, sendo o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC) um deles (FIOCRUZ, 2022, 2018). No entanto, é importante ressaltar que tais ações complementares, embora válidas e efetivas, não seriam necessárias se a formação dos profissionais de saúde os preparasse para a realidade da prática desde o princípio.

2.5 LEIS E NORMATIVAS DA EDUCAÇÃO NO BRASIL: DO BÁSICO AO ENSINO SUPERIOR

Para embasar a construção da presente tese, serão apresentadas as principais leis e diretrizes que sustentam a educação brasileira, no intuito de identificar seus princípios, conceitos e os elementos essenciais que embasam a operacionalização de uma proposta pedagógica.

2.5.1 Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - Lei nº 9.394

Sancionada em 20 de dezembro de 1996, por determinação do artigo 214 da Constituição Federal, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) regulamenta o sistema educacional brasileiro do âmbito público e privado, afirmando o direito constitucional de todo cidadão ter acesso à educação de qualidade, desde o nível básico ao superior (Brasil, 2014b, 1996, 1988).

As orientações estabelecidas pela LDB asseguram maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras, atendendo à crescente heterogeneidade da formação, da sociedade e das expectativas/interesses dos discentes. Ela estimula a criação e implementação de programas que permitam aos discentes desenvolverem sua criatividade, análise crítica, senso ético, humanístico e valores de cidadania, além das competências necessárias ao exercício de sua profissão. Também evidencia a necessidade das diretrizes curriculares, de todos os níveis da educação, contemplarem elementos essenciais para cada área do conhecimento, de modo que possibilitem aos estudantes o desenvolvimento de suas capacidades intelectuais de forma autônoma e permanente. Assim, a LDB estabelece as diretrizes e bases para a educação nacional a partir de princípios básicos, como liberdade de aprender, ensinar, pluralismo de

ideias, respeito à liberdade e a vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais (Yaegash *et al.*, 2020; Brasil, 2014b, 1996).

2.5.2 LDB e o Plano Nacional de Educação (PNE) - Lei nº 10172

O Plano Nacional de Educação (PNE) é o documento que estabelece as metas e estratégias para a melhoria da qualidade e da oferta da educação escolar, por meio da criação e implementação de políticas públicas. Conforme estabelecido no artigo 9º da LDB, a União, juntamente com o Estado, o Distrito Federal e os Municípios, têm a responsabilidade de elaborar o PNE do país, o qual tem a função de articular esforços nacionais em prol de metas voltadas ao desenvolvimento da educação. Em suma, o PNE congrega informações primordiais para a organização das políticas públicas da área de educação, visando uma intervenção nacional que transcenda problemas sociais em um espaço de dez anos (Yaegash *et al.*, 2020; Brasil, 2014b).

O documento atual, aprovado em 25 de junho de 2014 por meio da Lei nº 13.005, estabelece 10 diretrizes e 20 metas para a área da educação, incluindo: universalizar a oferta da educação básica, elevar o nível de escolaridade da população, aumentar a taxa de alfabetização, melhorar a qualidade da educação em todos os níveis, ampliar o acesso ao ensino profissionalizante, valorizar os profissionais da educação, reduzir as desigualdades sociais, democratizar a gestão e ampliar os investimentos em educação (Yaegash *et al.*, 2020; Brasil, 2014b).

2.5.3 LDB e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) - Educação Superior

A educação superior é tratada especificamente no Capítulo IV da LDB, em que são traçadas as normas referentes à estrutura e à funcionalidade da educação superior no Brasil. Nos artigos dedicados à educação superior, a LDB privilegia questões relacionadas à oferta da educação e reforça a atuação do Estado em garantir o desenvolvimento da pessoa humana, bem como o seu preparo para o exercício do trabalho (Brasil, 1996).

No artigo 43, a LDB estabelece que a finalidade da educação superior é promover o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento crítico-reflexivo, formando diplomados em diversas áreas de conhecimento capazes de atuar profissionalmente e contribuir para o desenvolvimento da sociedade brasileira. Assim, os cursos de graduação devem buscar oferecer uma formação integral que prepare o futuro graduado para enfrentar os

desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições do exercício profissional (Brasil, 1996).

Diante disso, as DCN desempenham um papel fundamental na elaboração dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), também conhecidos como Projetos Pedagógicos de Curso – (PPC), e dos currículos das instituições de ensino básico e superior. Embora cada curso de graduação tenha suas diretrizes curriculares, os cursos da área da saúde compartilham pontos em comuns, como a formação humanista, crítica e reflexiva; articulação do ensino, pesquisa e extensão/assistência; desenvolvimento de competências e habilidades específicas para exercer a profissão; capacidade de realizar ações interdisciplinares à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Além disso, há competências similares a serem desenvolvidas entre os profissionais da saúde, como a capacidade para a tomada de decisão, comunicação eficaz e liderança no cuidado; habilidades de administração e gerenciamento de ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, e a necessidade de atualização constante dos conhecimentos profissionais (Costa *et al.*, 2018; Brasil, 2017a, 2001).

2.5.4 Projeto Político Pedagógico (PPP) e Proposta Pedagógica Curricular (PPC)

O PPP é o documento responsável por orientar o trabalho educativo proposto pela instituição de ensino como um todo. Ele se baseia na Proposta Pedagógica Curricular (PPC), que expressa a forma como serão efetivadas na prática pedagógica as concepções assumidas coletivamente pelos membros da instituição. Essa prática se dá por meio da seleção, ordenação e avaliação dos conteúdos, definindo os elementos estruturantes e básicos de cada disciplina/componente que compõem o currículo.

Em resumo, a PPC é o documento que fundamenta e sistematiza a organização do conhecimento no currículo, incluindo os fundamentos conceituais, metodológicos e avaliativos de cada disciplina/componente curricular ou área do conhecimento elencados na Matriz Curricular. Ela enumera os conteúdos de ensino considerados imprescindíveis à formação e emancipação dos estudantes, levando em conta a LDB, as DCN, a Rede Estadual de Ensino, o Caderno de Expectativas de Aprendizagem e as legislações vigentes (Brasil, 2022b).

Em outras palavras, a PPC representa a estratégia para superar os “Desafios Educacionais Contemporâneos que são expressões de lutas históricas e demandas existentes

na sociedade, os quais encontram respaldo legal e devem ser tratados como parte do currículo” (Brasil, 2022b, s/p).

2.5.4.1 Composição da PPC

- a) **Matriz Curricular:** contempla as disciplinas ou componentes curriculares comuns e flexíveis da BNCC. Indica as etapas, modalidade, fase ou área de estudos a que se destina.
- b) **Organização do conhecimento:** consiste na apresentação dos fundamentos teórico-metodológicos, objetivos, conteúdos, avaliação e referências de cada disciplina/componente curricular ou área do conhecimento, de acordo com a DCN e documentos orientadores estaduais (Paraná, 2022).

2.5.4.2 Elementos essenciais da PPC:

- a) **Fundamentos teórico-metodológicos, justificativa e objetivos:** compreende a apresentação da importância, dos objetivos e das contribuições da disciplina/componente curricular ou área de conhecimento em questão para a formação do educando. Nela são apresentados os objetivos gerais e específicos, bem como os resultados esperados do trabalho em conjunto entre docentes e discentes.
- b) **Conteúdos:** são elementos relacionados às disciplinas/componentes curriculares ou áreas do conhecimento, separados por bimestre, trimestre ou semestre, conforme definido pela Instituição de Ensino.
- c) **Encaminhamentos Metodológicos:** é a apresentação do modo com que serão desenvolvidas as práticas pedagógicas escolhidas para o desenvolvimento das competências em consonância com o PPP da instituição, incluindo os recursos didáticos e tecnológicos que serão utilizados.
- d) **Avaliação:** são as práticas avaliativas adotadas pelo docente para acompanhar o processo de apropriação do conhecimento do discente, conforme as legislações e normativas. Ressalta-se que tanto os critérios, quanto os instrumentos de avaliação devem ser discriminados apenas no Plano de Trabalho Docente - planejamento da docência - em razão de envolverem as especificidades de cada turma, o que não se aplica na PPC.
- e) **Referências:** são as referências bibliográficas utilizadas na elaboração da Proposta, as quais devem conter as Diretrizes Curriculares e documentos orientadores; livro didático e/ou outras fontes consultadas.

A partir do exposto, a presente pesquisa adotará os mesmos elementos essenciais apresentados pela Secretaria de Educação do estado do Paraná e se baseará na lógica apresentada no quadro abaixo (Quadro 1), para a elaboração de sua proposta pedagógica (PP) (Paraná, 2022).

Quadro 1 - Elementos essenciais da Proposta Pedagógica.

Elementos da PPC	Questões trabalhadas
Fundamentos teórico-metodológicos	<p>-Por que essa disciplina/componente curricular é importante para a formação dos profissionais da área da saúde?</p> <p>-Quais são as suas contribuições para a formação do educando e para a sociedade?</p> <p>-Quais resultados se pretende alcançar com ela? (objetivos gerais e específicos)?</p>
Conteúdo, Encaminhamento metodológico e Avaliação	<p>-Quais são as competências que o estudante precisa desenvolver durante o aprendizado?</p> <p>-Quais temas e práticas pedagógicas poderiam auxiliar no desenvolvimento dessas competências? Incluindo recursos didáticos e tecnológicos?</p> <p>- Que tipo de estratégias avaliativas seriam adotadas para acompanhar o processo de aprendizagem dos discentes?</p>
Referências	<p>-Quais autores, diretrizes, políticas, dentre outros, que poderiam servir de base para desenvolver esses temas e práticas?</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Minayo (2014), o referencial teórico refere-se ao “discurso argumentativo do pesquisador” em que são apresentados os principais conceitos, categorias e noções utilizadas por ele para construir e orientar a sua linha de pensamento durante o desenvolvimento de todo o trabalho. No caso desta pesquisa, que visa à elaboração de uma proposta pedagógica, foi adotado o referencial teórico de Paulo Freire.

3.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DE PAULO FREIRE

Nascido em 19 de setembro de 1921, na cidade de Recife, Paulo Reglus Neves Freire, foi um educador e filósofo brasileiro reconhecido mundialmente por sua contribuição à área da educação. Considerado um dos grandes pensadores da história do Brasil, e uma das figuras de maior influência no movimento da pedagogia crítica, Paulo Freire foi o primeiro educador a sistematizar um método inteiramente voltado à educação de adultos, fundamentado nas metodologias das ciências sociais e nos ideais do marxismo, existencialismo e da fenomenologia. Ele se destacou por seu trabalho dedicado à educação popular e à prática libertadora nas escolas, cujo enfoque estava no diálogo, na ação reflexiva, no desenvolvimento da autonomia e no empoderamento humano (Freire, 1992, 2002, 2005, 2007).

Entende-se por empoderamento (*empowerment*) o processo individual e coletivo no qual uma pessoa ou sociedade se tornam capazes de conduzir as próprias vidas por meio de uma postura crítica e consciente. Para tanto, o autor destaca o diálogo como a base para a formação humana, por propiciar uma visão crítica da realidade por meio de diferentes pontos de vista. Logo, o processo pedagógico dialógico fomenta a curiosidade dos discentes para com as próprias histórias, de modo que possam questioná-las, problematizá-las e, principalmente, transformá-las a partir de suas reflexões. Nesse quesito, a educação Freireana define-se como um exercício de busca constante por conhecimento e transformação da realidade, por meio da ação reflexiva daqueles que a vivenciam (Dalmolin, 2020; Freire, 2005, 2002, 2000).

No entender de Freire, a educação tradicional é estabelecida em uma dinâmica de relação pautada no depósito de conteúdo, na qual os discentes são vistos como meros receptáculos, e os docentes como depositantes. Esse formato, também chamado pelo autor de “educação bancária”, nega a possibilidade do exercício de busca e questionamento por parte

do educando, pois controla seus pensamentos para que se ajustem ao mundo. Em contrapartida, a educação baseada na problematização, defendida por Freire, realiza o movimento oposto, pois o desenvolvimento do conteúdo proposto pelo docente só ganha sentido quando realizado a partir do pensamento dos discentes. Deste modo, os docentes não impõem a sua visão de mundo aos discentes, especialmente porque entendem que estão em relação dialógica, humanizada e de solidariedade intelectual, na qual as partes se influenciam mutuamente (Dalmolin, 2020; Ferraz, 2011; Freire, 2005).

Ao discorrer sobre humanização, Freire conceitua seu significado na ideia da construção de um ser humano inconclusivo, que busca “ser mais” em sua humanidade para superar o seu estágio atual de afirmação da realidade. Para isso, ele utiliza a pedagogia da pergunta para estimular a libertação autêntica das pessoas, conquistada a partir da prática do pensamento crítico-reflexivo, o impulsionador de mudanças concretas. Em outras palavras, uma *práxis* transformadora da realidade. Assim, um verdadeiro processo educativo libertador só pode ser estabelecido por meio da análise e da compreensão das necessidades reais dos sujeitos envolvidos no processo, não da percepção do educador (Ferraz, 2011; Freire, 2005, 2000).

Enquanto a prática “bancária” inibe o poder criador dos discentes, a educação “problematizadora” estimula o pensar crítico e constante da realidade, pois reconhece que a todo o momento os seres humanos precisam se adaptar às necessidades que surgem no cotidiano. Dessa forma, o processo de aprendizado se torna algo intrínseco e permanente à condição do humano (Ferraz, 2011; Freire, 2005, 2000).

Refletir sobre a experiência vivida, bem como os significados que ela tem para cada pessoa, implica em prestar atenção ao modo como cada um “pensa” sua realidade. Neste sentido, o ser humano, para Paulo Freire, se torna um sujeito histórico que se constrói em meios aos seus padrões culturais e de suas formas de pensar e agir. Assim, a educação problematizadora possibilita aos envolvidos visualizarem, apreenderem, problematizarem e vislumbrarem o seu existir, tornando-os capazes de transformar sua realidade de forma consciente e autônoma (Ferraz, 2011, Freire, 2005, 2000).

A abordagem problematizadora preocupa-se com a construção progressiva do conhecimento por meio da ação-reflexão-ação da realidade do próprio indivíduo, considerando seus padrões culturais e formas de pensar e agir. Logo, um dos princípios desta abordagem consiste em compreender que a realidade é algo inacabado e que está em

constante construção. Nesta perspectiva, buscar alternativas para superar as dificuldades não significa criar problemas, mas sim encontrar caminhos para resolvê-los (Silva *et al.*, 2022).

Para Freire (2002), a educação permanente é algo essencial, já que, enquanto seres inacabados, homens e mulheres permanecem aprendizes durante toda a vida devido à sua existência em uma realidade também inacabada. Portanto, o exercício da aprendizagem permanente envolve tanto os discentes quanto os docentes e precisa ser permeada pelos seguintes princípios:

- 1) Enquanto sujeitos sociais, docentes e discentes são responsáveis e ativos em sua prática, cabendo-lhes a função de (re)criá-la por meio da ação-reflexão-ação do cotidiano;
- 2) A formação do discente e do docente precisa ser permanente, integrada e dialógica, em um processo contínuo de construção e desconstrução;
- 3) A prática pedagógica deve compreender a gênese do conhecimento;
- 4) A política de formação do discente e do docente é fundamental para reorientar o currículo das instituições de ensino das quais fazem parte;
- 5) O trabalho educativo ocorre em grupos de discussão, nos quais docentes e discentes conduzem o processo de aprendizagem juntos e utilizam o método do diálogo para definir o conteúdo explorado e a dinâmica das atividades.

Nota-se, portanto, que na educação problematizadora, o docente busca constantemente o conhecimento junto aos discentes e aprende com eles. Assim, enquanto ensina, também é ensinado por meio de um processo dinâmico e político, construído na compreensão e na transformação do viver social (Ferraz, 2011; Freire, 2007, 2005, 2002, 2000).

Na educação freireana, o discente é compreendido como um ser humano livre e autônomo, possuidor de diferentes experiências culturais e de vida, que deve ser respeitado. É um cidadão que interage, questiona e se relaciona, portanto, tem a capacidade de ensinar e aprender, e decidir pelo seu bem-estar pessoal e coletivo. Por ser pensante, crítico e reflexivo, ele é responsável por seus atos perante si mesmo e o coletivo, construindo um processo de desenvolvimento de forma dialógica e histórica. Em suma, ele é um ser humano que tomou consciência de si e participa, com a mesma responsabilidade, dos movimentos sociais em que está envolvido. É alguém capaz de intervir como um agente de transformação social por ter se dado conta da sua igualdade para com os outros e assumir seus direitos e deveres. Nesse sentido, denota alguém que desenvolveu a capacidade emocional de sentir, de se conectar e de

pensar individual e coletivamente (Dalmolin, 2020; Filho, 2016; Ferraz, 2011; Freire, 2007, 2005, 1992).

O princípio do diálogo é considerado por Freire como uma necessidade existencial e a essência da pedagogia libertadora. É por meio dele que o pensamento verdadeiramente crítico e reflexivo acontece, permitindo aos envolvidos “dizerem” a forma como enxergam a sua realidade. Trata-se de um encontro entre sujeitos sociais, no qual a postura de humildade, criticidade, criatividade e fé na humanidade são indispensáveis. Portanto, o diálogo estabelecido nesse processo educativo não pode se caracterizar como um bate-papo desprezioso, mas sim um encontro no qual a reflexão e a ação estão voltadas para a realidade que foi inicialmente “dita” e depois “desvelada” pelos sujeitos sociais, para que possam transformá-la e humanizá-la (Ferraz, 2011). Nesse sentido, o diálogo e a práxis estão diretamente interligados, de modo que “o diálogo implica responsabilidade, direcionamento, determinação, disciplina e objetivos”, principalmente quando envolvem situações-limites (Freire; Shor, 1986, p. 67).

Situações-limites são circunstâncias que parecem impossíveis de serem transpostas na percepção do ser oprimido, mas que, diante do espírito investigador, são os propulsores que estimulam o exercício do compromisso e o sentimento de esperança na capacidade humana para a superação. Destaca-se que a esperança, aqui citada, não é um ato passivo em que o sujeito se detém apenas a “entender” a realidade, mas ao compromisso de transformá-la. Para tanto, as situações-limites, na visão freireana, não representam o fim das possibilidades, mas sim a fronteira entre aquilo que é, e a possibilidade de ser mais (Ferraz, 2011; Freire, 2005, 1992).

Quando os seres humanos conseguem transcender as situações-limites pelo diálogo, permitem que o vislumbre do “inédito viável” aconteça. E nesse espaço, a solução do problema não é mais um sonho, mas uma realidade (Ferraz, 2011; Freire; Shor, 1986). É nesse sentido que o processo conscientizado implica em “um esforço comum de consciência da realidade e de autoconsciência, que a inscreve como ponto de partida do processo educativo, ou da ação cultural de caráter libertador” (Freire, 2005, p.115). Não à toa, a educação freireana se define como um ato político.

3.1.1 Itinerário de pesquisa de Paulo Freire

Freire reconheceu o potencial que a educação tinha para florescer o senso crítico nos seres humanos e para conscientizá-los sobre a importância de exercer sua cidadania. Assim, assumiu a responsabilidade ética para com os excluídos da sociedade de pensar formas de romper com as condicionantes das misérias sociais, propondo uma prática democrática e libertária nas escolas que se opusesse ao modelo tecnicista e alienatório de educação (Dalmolin, 2020; Filho, 2017; Filho, 2016; Freire, 2005; Freire, 2002).

O itinerário de pesquisa de Paulo Freire consiste em uma metodologia participativa, criada por estudiosos do autor, para substituir a forma bancária de ensino propagado pela educação tradicional. Ela foi inicialmente pensada para facilitar a alfabetização de adultos e vem sendo incorporada ao campo acadêmico como estratégia de pesquisa devido ao seu caráter transformador, principalmente em estudos desenvolvidos pelas áreas da saúde (Antonini *et al.*, 2020).

Pesquisas participativas proporcionam um grande avanço no que se refere ao envolvimento dos sujeitos com a sociedade, pois os permite assumirem o seu lugar enquanto verdadeiros autores e condutores da investigação sem, com isso, perder o crivo ou a lógica sequencial exigida em um processo investigativo. Assim, combina interesses acadêmicos e sociais, propiciando a transformação de homens e mulheres por meio de uma relação de respeito, ética e humanização para com as diferenças (Antonini *et al.*, 2020; Heidemann *et al.*, 2017).

Apesar de Freire não explicar conceitualmente os elementos de seu pensamento em suas obras, deixa-os implícitos em sua narrativa à medida que discorre sobre sua visão de ser humano, diálogo, relação de opressor/oprimido, educação bancária/libertadora e o processo emancipatório, práxis e transformação social; cultura e conscientização. Assim, “em todas as suas obras, e sob diferentes ângulos, ele busca a conscientização do sujeito, para reconhecer-se como pessoa” (Heidemann *et al.*, 2017, p.3), percorrendo três momentos dialéticos: Investigação Temática, Codificação e Decodificação; e Desvelamento Crítico (Antonini *et al.*, 2020; Heidemann *et al.*, 2017).

O processo da Investigação Temática diz respeito ao assunto escolhido pelo docente para debate, que fica encarregado de organizar previamente os temas geradores e as estratégias metodológicas que serão utilizadas com o grande grupo. A partir dos temas escolhidos, os discentes são convidados a exporem suas percepções. Nesse momento, o docente realiza o levantamento do universo vocabular de cada integrante para explorar os temas que permeiam o objeto de análise, ou seja, ele identifica a forma como cada um vê, descreve e interpreta o fenômeno em questão, juntamente com os símbolos envolvidos nele.

Todo esse processo é chamado de Codificação e Decodificação (Dalmolin, 2020; Heidemann *et al.*, 2017; Filho, 2017; Filho *et al.*, 2016; Freire, 2005).

A partir dos elementos trazidos pelos discentes, o grupo como um todo realiza uma análise coletiva dos pontos levantados e faz uma leitura e releitura crítica da realidade para superar sua visão individualizada do fenômeno. Nesse processo, dialogam, discutem, problematizam e se permitem criar soluções criativas para a questão em voga, bem como as situações-limites envolvidas, tomando consciência do cenário vivido e de seus múltiplos pontos de vista. A partir disso, definem estratégias e medidas de ação conscientes para mudar a realidade e, ao mesmo tempo, redescobrem sua autonomia, empoderamento e liberdade (Desvelamento) (Filho, 2017; Filho *et al.*, 2016; Freire, 2005, 2002).

É importante frisar que a preocupação para com o desenvolvimento de uma postura ética, expressa por Freire, não se limita apenas ao espaço geográfico das salas de aula, estende-se para as casas, locais de trabalho e a comunidade, gerando uma reação em cadeia que vai do micro para o macro, transformando diferentes cenários de interação e compartilhamento (Filho, 2016).

Autores afirmam que o *modus operandi* de Freire é algo pouco difundido, mas muito eficaz para o campo de pesquisa, porque adota como princípio o desenvolvimento de uma educação libertadora, realizada por meio de palavras que façam sentido à realidade do educando. Por meio de rodas de conversas entre pessoas com interesses em comum, que se reúnem para refletir sobre problemas ou situações vivenciadas em seu contexto, os participantes são estimulados a compartilhar suas experiências e aprender uns com os outros, estabelece-se uma relação de troca e respeito em que todos são ouvidos e ninguém ocupa um lugar proeminente (Dalmolin, 2020; Antonini *et al.*, 2020; Filho, 2017; Heidemann *et al.*, 2017; Ferraz, 2011; Freire, 2005; Freire, 2002).

Esta metodologia vem sendo adaptada para a área da saúde devido a sua ação transformadora que, assim como determina o SUS, exige o comprometimento de todos para a transformação social; a articulação consciente entre teoria e prática; visão crítica e reflexiva, diálogo e respeito para com as diferenças sociais (Dalmolin, 2020; Heidemann *et al.*, 2017). Deste modo, o pesquisador assume uma postura mais horizontalizada em relação aos participantes e se torna o encarregado de mediar o diálogo entre eles. Por meio de interferência mínima, ele utiliza estratégias essenciais para contribuir com o conhecimento de todos, sempre valorizando os elementos do cotidiano de cada um para que sejam capazes de

compreender o seu contexto pessoal, refletir sobre ele e realizar mudanças conscientes (Brauer; Freire, 2021; Magagnin, 2018; Baquero, 2012; Freire, 2002).

Considerando que o estudo propõe uma construção coletiva para suprir uma necessidade comum de diferentes profissões da área da saúde (lidar com a morte no contexto do nascimento), a abordagem freireana se mostra oportuna, já que, além de possibilitar o desvelamento da realidade dos participantes (formas de lidar com a morte, dificuldades e conflitos), abre portas para o exercício do trabalho colaborativo e para a criação de estratégias de ação libertárias e inclusivas (proposta pedagógica) (Heidemann *et al.*, 2017).

3.1.2 Marco conceitual

Uma vez apresentados os aspectos gerais que orientam o pensamento e a prática educativa freireana, serão elencados alguns marcos conceituais importantes à compreensão do leitor da relação entre os elementos essenciais da PP e a visão de Paulo Freire.

O marco conceitual, conforme delineado por Schmitz e colaboradores (2016), representa o conjunto de conceitos que norteiam as ações do pesquisador, definindo seu método de trabalho e sustentação de princípios, crenças e valores. Em suma, o marco conceitual visa construir a realidade abstrata de uma visão sistêmica ou pensamento complexo, por meio de uma classificação que apresenta pontualmente as ideias do autor. Ele atua como um guia que ilumina a construção de significados que permeiam o processo em questão, delimitando-o para análise e desenvolvimento (Schmitz *et al.*, 2016; Minayo, 2014).

Paulo Freire, enquanto autor, expressa suas ideias por meio de narrativa, em vez de registrar conceitos fechados e pré-definidos. Esse estilo pode, por vezes, confundir o leitor não familiarizado com suas obras. Com o objetivo de facilitar a integração de alguns elementos-chave do autor à proposta do estudo, apresentaremos alguns conceitos basilares nos quais a pesquisa se fundamenta.

Ser-humano-social: refere-se à compreensão do ser humano como um ser histórico, em constante interação com os outros e com o mundo, e, a partir disso, questiona, reflete e aprende, tornando-se capaz de transformar a si próprio e ao entorno. É um ser inconclusivo, que permanece durante todo o seu existir em processo de construção, buscando educar-se para ser mais e promover transformações éticas e conscientes (Heidemann *et al.*, 2017; Freire, 2005; Freire, 2002).

No contexto deste estudo, os docentes e discentes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia da UFSC são vistos como agentes fundamentais para a implementação

de uma prática educativa transformadora no enfrentamento da morte no contexto do nascimento. Eles são compreendidos como seres sociais dotados de racionalidade e sensibilidade, moldados por suas próprias histórias, percepções, crenças e valores. São pessoas que possuem conhecimentos técnico-científicos distintos, mas sua interação mútua é vital para garantir uma assistência de qualidade às famílias enlutadas. Além disso, esses profissionais são orientados por valores éticos e humanos, que visam sempre promover o bem-estar e a dignidade dos pacientes e suas famílias. Dessa forma, estão comprometidos a auxiliar outros seres humanos em momentos difíceis (como no caso da morte que ocorre no contexto do nascimento) e estão dispostos a transformar essa realidade em uma experiência mais humanizada. Portanto, docentes e discentes da saúde desempenham um papel crucial na construção de uma prática educativa que visa não apenas transmitir conhecimento, mas também promover a reflexão crítica, o diálogo interdisciplinar e a transformação social no enfrentamento da morte no contexto do nascimento.

Processo de morte e morrer: Compreende um evento inerente e complexo do existir humano que é influenciado por uma variedade de fatores, incluindo aspectos internos, ambientais, sociais e simbólicos. A morte, como parte inevitável da vida, também está presente no contexto do nascimento. Portanto, compreender os significados e valores atribuídos à morte que ocorre nesse contexto é crucial para os profissionais da saúde, tanto para preservar sua saúde mental no momento de enfrentá-la, quanto para fornecer assistência adequada às famílias envolvidas. A interação com o tema e com o ambiente onde ele ocorre permite que os profissionais e estudantes compartilhem experiências, dificuldades, saberes e sentimentos relacionados ao assunto, possibilitando o desenvolvimento de soluções práticas para superar desafios pessoais e coletivos associados à morte no contexto do nascimento (Alves *et al.*, 2021; Luz; Bastos, 2018).

Ambiente: Reflete o contexto físico, cultural, econômico, político e social nos quais os seres humanos fazem parte. É o espaço onde os sujeitos estão inseridos, onde se relacionam, transformam e são transformados por todos os fatores e relações presentes em seu meio. No contexto desta proposta, o ambiente inclui a comunidade em que estão inseridas, a cultura que permeia suas vidas, os cursos de formação que frequentam e a universidade em que estudam. É dentro desse ambiente que os docentes e futuros profissionais da área da saúde se preparam para lidar com questões difíceis, como o processo de morte e luto, além de buscar a transformação de si mesmos e da realidade em que atuam.

A universidade, por sua vez, é um espaço destinado ao convívio, ao encontro com a diversidade, à interação e ao questionamento. Logo, é um local onde são vislumbradas novas possibilidades de transformação da realidade, tanto por meio do ensino quanto de ações de pesquisa e extensão (Heidemann *et al.*, 2017; Freire, 2005, 2002).

Educação: Consiste no processo dialógico que se efetiva quando duas ou mais pessoas compartilham experiências, refletem sobre sua realidade e transformam o seu modo de ver o mundo. É por meio da relação dialógica que docentes e discentes expressam suas crenças, valores, conhecimentos e experiências em relação ao enfrentamento da morte e do luto, promovendo uma reflexão crítica da realidade que possibilita a transformação de sua prática de aprendizado. É uma ação que demanda constante desenvolvimento e reformulação, tanto no cenário universitário, como na prática assistencial, para garantir a qualidade da atenção prestada às famílias enlutadas e garantir a integração da equipe de saúde (Heidemann *et al.*, 2017; Freire, 2005, 2002).

Processo educativo: Representa o processo de desvelamento da realidade que ocorre por meio de um processo crítico e reflexivo. Ele envolve uma interação dialógica, em que docentes e discentes compartilham experiências, reflexões e conhecimentos sobre questões como o enfrentamento da morte e do luto, permitindo a descoberta de novas formas de realizar a prática de aprendizado e do fazer em saúde. Neste processo, todos os participantes têm a oportunidade de contribuir com suas experiências e conhecimentos, pois a abordagem reconhece a importância da pluralidade de perspectivas na construção do conhecimento e na leitura da realidade.

Avaliação: Diz respeito a emancipação dos sujeitos envolvidos no processo de aprendizado. Seu foco não está em averiguar a capacidade do discente de repetir e memorizar informações, mas sim na sua habilidade de se conectar com o outro, de compreender a si mesmo e aos demais em prol do crescimento coletivo, de despertar a consciência crítica por meio do diálogo livre, contínuo e democrático. Assim, ela não admite a exclusão social; pelo contrário, abraça as diferenças, levando em consideração que a aprendizagem está diretamente ligada às necessidades socioculturais de cada um (Freire, 2005; 2002).

O erro, ao contrário do modelo punitivo, é visto como um degrau no processo de construção do conhecimento, uma vez que estimula o sujeito a pensar e buscar as causas para o seu resultado. Dessa forma, a avaliação freireana torna-se um instrumento pedagógico-didático que permite vislumbrar o planejamento de novas ações de ensino para uma aprendizagem mais significativa dos discentes. Podemos afirmar que, na visão de Freire, a aprendizagem se sustenta nos seguintes pontos: na elaboração de instrumentos pedagógico-

didáticos que correspondam à função educativa; na autoavaliação e no diálogo permanente, livre, respeitoso e democrático entre docentes e discentes; no conteúdo que será utilizado para gerar reflexão durante o processo de ensino; na compreensão de que o ser humano é inacabado e que sua aprendizagem se dá por meio de uma construção coletiva e emancipatória, de caráter crítico-criativa, que envolve aspectos socioculturais individuais; e na concepção de que o erro é uma etapa da construção da aprendizagem que não deve ser punida, mas sim refletida para planejar estratégias que possibilitem uma aprendizagem significativa (Freire, 2005; 2002).

Proposta Pedagógica: É o documento que define os princípios, objetivos, métodos e estratégias de ensino adotado em uma instituição de ensino. Ela representa o conjunto de diretrizes e orientações que norteiam a prática pedagógica e a organização do trabalho educativo, com o propósito de assegurar a coerência entre os objetivos educacionais da instituição e as práticas desenvolvidas em sala de aula.

Por meio da delimitação de um caminho de aprendizado fundamentado em valores filosóficos, objetivos educacionais, metodologias de ensino, critérios de avaliação e organização curricular, a proposta pedagógica estrutura o caminho para promover o desenvolvimento integral dos alunos, preparando-os para atuar em seus ofícios, para a vida em sociedade e para o exercício de sua cidadania. Dessa forma, representa um documento essencial para um processo formativo fundamentado em uma educação que não apenas visa transmitir conhecimentos, mas sim desenvolver habilidades, valores e atitudes que são basilares para o pleno desenvolvimento humano (Brasil, 2022).

4 MÉTODO

O presente trabalho é classificado como um estudo de natureza mista, combinando estratégias qualitativas e quantitativas para subsidiar a elaboração de uma proposta pedagógica voltada ao enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação superior de profissionais da área da saúde. A escolha do método se justifica devido ao ineditismo e à abrangência da pergunta de pesquisa, que requer tanto a confirmação da ocorrência do fenômeno investigado quanto a sua compreensão. A abordagem mista permite o uso de diferentes estratégias metodológicas, e, possibilita ao pesquisador realizar comparações e complementações entre dados quantitativos e qualitativos, superando as limitações inerentes a ambas (Creswell; Creswell, 2021; Oliveira, 2020; Paranhos *et al.*, 2016).

De acordo com Creswell e Creswell (2021), existem quatro aspectos básicos que norteiam o planejamento de todas as pesquisas mistas: distribuição de tempo, atribuição de peso, combinação e teorização. A distribuição de tempo compreende o período necessário à realização de cada etapa e se os dados, quantitativos e qualitativos, serão coletados de forma sequencial ou simultânea. Em outras palavras, ela determina o desenho do estudo, que pode ser sequencial exploratório (quali-quant), sequencial explanatório (quant-quali) ou concomitante (Santos *et al.*, 2017; Creswell; Creswell, 2021).

A atribuição de peso diz respeito à ênfase dada a cada fase da coleta. Dependendo do interesse do pesquisador e do fenômeno investigado, o estudo pode priorizar uma etapa em relação à outra ou atribuir a mesma importância às duas. Nesse caso, o nível de relevância atribuída a cada fase é indicado pelo pesquisador no momento da descrição do método, sendo destacado com letras maiúsculas a etapa de maior peso e com letras minúsculas a de menor: QUAL-quant; QUANT-qual. Entretanto, se ambas tiverem o mesmo peso, tudo é sinalizado com letra maiúscula: QUAL-QUANT (Santos *et al.*, 2017; Creswell; Creswell, 2021).

A combinação indica o momento em que os dados quali e quantitativos serão relacionados na pesquisa. Em geral, essa etapa pode ocorrer em diferentes estágios e assumir três formas: 1) **conectados**: quando a análise do banco de dados da primeira fase está interligada a da segunda e influencia sua coleta; 2) **integrados**: quando os dados, quali e quantitativos, são coletados ao mesmo tempo e estão fundidos em um único banco; 3) **incorporados**: quando dados secundários, destinados a complementar informações do estudo, são incorporados ao banco de dados principal (Santos *et al.*, 2017; Creswell; Creswell, 2021).

Por fim, a teorização consiste no pensamento teórico utilizado pelo pesquisador para orientar o estudo, podendo ser explícito ou implícito, dependendo do objetivo do investigador.

O quadro 2 ilustra a relação dos quatro princípios mencionados para o planejamento de um estudo misto (Santos *et al.*, 2017; Creswell; Creswell, 2021).

Quadro 2 - Aspectos norteadores para o planejamento de estudos de método misto.

Distribuição de tempo	Peso	Combinação	Teorização
Coleta concomitante	Igual	Integração	Explícita
Dados qualitativos coletados primeiro	Qualitativa	Conectado	
Dados quantitativos coletados primeiro	Quantitativo	Incorporado	Implícita

Fonte: Adaptado de Creswell e Creswell (2021).

Após considerar o planejamento do estudo, o pesquisador precisa definir qual das seis estratégias de métodos mistos irá utilizar: sequencial explanatória, sequencial exploratória, sequencial transformativa, paralelo-convergente, incorporada concomitante ou transformativa concomitante. Para fazer essa definição, a literatura recomenda que o pesquisador adote um sistema de notação, desenvolvido com rótulos e símbolos, para facilitar a representação das características da pesquisa, (Quadro 3) e para definir aquela que melhor se adequa aos objetivos do estudo (Quadro 4).

Quadro 3 - Sistema de notação utilizado para estudos de métodos mistos.

Notação	Definição
QUAN	Estudo conduzido com ênfase na abordagem quantitativa
QUAL	Estudo conduzido com ênfase na abordagem qualitativa
quan	Os dados quantitativos são secundários em relação aos qualitativos
qual	Os dados qualitativos são secundários em relação aos quantitativos
Sinal de mais:+	Coleta concomitante dos dados qualitativos e quantitativos
Seta: →	Indica a sequência da coleta dos dados. Ex.: QUAL (1ª fase) → quan (2ª fase)
Parêntese: ()	Métodos incorporados para compor um projeto maior. Ex.: QUAL(quan)

Fonte: Adaptado de Creswell e Clark (2013).

Quadro 4 - Principais estratégias de método misto.

Estratégia	Definição	Peso
Sequencial Explanatória	A coleta e a análise dos dados quantitativos ocorrem na primeira fase do estudo, seguida da coleta e análise dos dados qualitativos, que são desenvolvidos a partir dos resultados gerados dos dados quantitativos.	QUAN→qual
Sequencial Exploratória	A coleta e a análise dos dados qualitativos ocorrem na primeira fase, seguida da coleta e análise dos dados quantitativos, que são desenvolvidos a partir dos resultados gerados dos dados qualitativos.	QUAL→quan
Sequencial Transformativa	É um projeto realizado em duas fases que apresenta uma lente teórica sobreposta ao procedimento sequencial. Ele pode tanto iniciar com a coleta quantitativa ou qualitativa e seguir a segunda fase com a estratégia complementar (quali ou quanti), que é desenvolvida sobre a fase anterior.	QUAN→qual; QUAL→quan.
Paralelo-Convergente	Ambos os dados são coletados e comparados ao mesmo tempo, com o objetivo de identificar convergências, divergências e combinações	QUAN + QUAL
Incorporada Concomitante	Os dados qualitativos e quantitativos são coletados ao mesmo tempo. Porém, na primeira fase de coleta há um método predominante, que guia todo o projeto. Enquanto na segunda, que pode ser qualitativa ou quantitativa, serve como um banco de dados secundários, que tem como propósito complementar as informações.	Qual(QUAN) → Quan(QUAL)
Transformativa Concomitante	Todo o processo é guiado por uma teoria específica. Os dados são coletados juntos e podem estar incorporados um no outro.	QUAN + QUAL → quan

Fonte: Adaptado de Creswell e Clark (2013).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Considerando as etapas descritas anteriormente para a elaboração de estudos mistos, a presente investigação optou por adotar o desenho sequencial transformativo, que utiliza uma lente teórica como perspectiva integradora dos dados quantitativos e qualitativos. Essa lente proporciona uma estrutura para o interesse da pesquisa, incluindo métodos de coleta de dados, organização dos resultados ou mesmo para as mudanças previstas no estudo. Além disso, ela serve como guia ao pesquisador em relação às questões que são importantes de serem examinadas (relações de poder, marginalização, dentre outros), as pessoas que precisam ser estudadas (mulheres, minorias, entre outros), a forma como ele deve se posicionar na etapa qualitativa (isento ou influenciado pelo contexto pessoal, cultural e histórico) e como a narrativa final deve ser escrita. Nesse sentido, o método transformativo enfatiza o papel que

determinados valores (feministas, raciais, freirianos, dentre outros) irão desempenhar em todas as fases do processo de pesquisa, preocupando-se principalmente em dar voz aos participantes para melhor entender o fenômeno estudado. Para isso, ele flexibiliza a escolha das estratégias de coleta que melhor se adequem à teoria que guiará o estudo (Creswell; Creswell, 2021).

Assim, os dados desta pesquisa foram coletados separadamente em duas fases conectadas: uma quantitativa, seguida de uma qualitativa (quan→QUAL). A fase quantitativa foi realizada por meio de um estudo descritivo, cujos dados subsidiaram a etapa seguinte. Desta forma, a fase qualitativa foi estruturada de acordo com os achados da etapa quantitativa, caracterizando-se como uma pesquisa participativa e de abordagem problematizadora. Por fim, foi realizada uma terceira etapa para a validação do produto gerado das etapas anteriores, junto a avaliadores externos. Todas as etapas de desenvolvimento da pesquisa foram guiadas e estruturadas segundo o referencial de Paulo Freire e as recomendações do *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), de 2018 para a condução do estudo (Hong *et al.*, 2018).

As pesquisas quantitativas são orientadas por pressupostos filosóficos oriundos do pós-positivismo, que concebe a realidade por um prisma determinista pautado na relação de causa e efeito. Esse tipo de estudo tem por objetivo identificar as causas que influenciam/determinam um fenômeno específico de forma objetiva. Para isso, reduzem as ideias (hipóteses) que tangem o elemento investigado a um conjunto de fatores ou variáveis passíveis de mensuração, testam suas teorias e examinam a relação entre as variáveis numéricas obtidas por meio de procedimentos estatísticos (Creswell; Creswell, 2021; Polit; Beck, 2019).

Uma investigação quantitativa descritiva configura-se como um estudo de levantamento realizado em um único momento ou em um curto espaço de tempo, com o objetivo de descrever numericamente as tendências, atitudes ou opiniões de uma população. Geralmente, utilizam-se questionários ou entrevistas estruturadas como instrumentos de coleta e exige um número representativo de participantes para generalizar os padrões encontrados (Creswell; Creswell, 2021; Polit; Beck, 2019).

Por outro lado, os estudos de abordagem qualitativa visam investigar as relações, representações e opiniões provenientes da subjetividade humana, sejam elas relacionadas ao seu modo de vida, pensamentos, sentimentos ou motivações. Diferentemente da pesquisa quantitativa, essa abordagem costuma ser realizada pela sistematização progressiva da experiência, na qual o pesquisador adentra à lógica interna do contexto investigado até sua

compreensão simbólica. Isso permite ao pesquisador ter flexibilidade para explorar e conhecer os processos sociais investigados, além de elaborar novas práticas e conceitos sobre o fenômeno de investigação (Creswell; Creswell, 2021; Minayo, 2014).

As pesquisas qualitativas participativas com abordagem problematizadora têm como objetivo alcançar a resolução de um problema coletivo por meio de uma ação cooperativa entre o pesquisador e os sujeitos que fazem parte da realidade investigada. Isso exige dos participantes um movimento de reflexão-ação-reflexão para diagnosticar e compreender pontos de conflitos específicos e criar estratégias viáveis para sua realidade. Assim, o cenário de investigação é o próprio contexto dos participantes, permitindo-lhes mergulhar em um processo de transformação social para assumir uma postura protagonista perante a realidade (Espiridião *et al.*, 2017; Villardi; Cyrino; Berbel, 2015).

Nota-se que a pesquisa participativa com abordagem problematizadora caracteriza-se como um processo educativo consciente que contribui para o desenvolvimento crítico-criativo de diversas áreas do conhecimento. No entanto, por não apresentar uma metodologia fixa para sua condução, muitos autores utilizam estratégias pedagógicas e metodológicas derivadas de autores da área da educação, como o arco da problematização de Charles Maguerez – adotado nesta investigação (Espiridião *et al.*, 2017; Villardi; Cyrino; Berbel, 2015).

O arco da problematização consiste em uma estrutura desenvolvida pelo médico e educador brasileiro, Charles Maguerez, para guiar o processo de aprendizagem baseado em problemas. Esse arco guia os alunos por meio de um processo cíclico cinco fases de investigação, reflexão e ação, que compreendem a:

- 1) **Observação da realidade:** Nesta etapa, os alunos são expostos a uma situação da vida real que desperta sua curiosidade e motivação para aprender.
- 2) **Listagem de problemas-chave:** Os alunos identificam os problemas principais, ou questões-chave, relacionados à situação apresentada, formulando perguntas e hipóteses.
- 3) **Teorização:** Os alunos buscam informações, estudam teorias relevantes e buscam compreender os conceitos e princípios subjacentes aos problemas identificados.
- 4) **Hipóteses de solução:** Com base na compreensão adquirida na etapa anterior, os alunos desenvolvem e propõem soluções ou estratégias para abordar os problemas identificados.

- 5) **Aplicação à realidade:** Os alunos aplicam suas soluções propostas na prática, avaliam seus resultados e refletem sobre suas experiências, fechando assim o ciclo de aprendizado (Espiridião *et al.*, 2017; Villardi; Cyrino; Berbel, 2015).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Por visar à elaboração de uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da saúde, os cenários escolhidos para esta investigação foram os cursos de graduação da área da saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no campus Florianópolis (UFSC, 2020).

A UFSC é uma instituição de ensino público com mais de 60 anos de história, que tem como missão: a produção, sistematização e socialização de saberes filosóficos, científicos, tecnológicos e artísticos à sociedade, bem como o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação (UFSC, 2020).

A universidade é composta por cinco *campi* distribuídos entre as cidades de Araranguá, Blumenau, Curitibanos, Florianópolis e Joinville, onde mais de 50 mil pessoas circulam diariamente. Conta com a colaboração de mais de 2.495 docentes, 3.129 técnicos-administrativos, 1.190 discentes da educação básica, aproximadamente 30 mil discentes matriculados em 120 cursos de graduação (presencial e a distância) e 10 mil estudantes divididos entre os cursos de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*, de acordo com os dados fornecidos pelo Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI 2020-2024) (UFSC, 2020).

A UFSC possui mais de 620 grupos de pesquisa, que desenvolvem cerca de 2,7 mil projetos. Esses grupos, além de publicarem suas produções em revistas científicas nacionais e internacionais, também realizam atividades de extensão que, juntas, representam mais de 21,8 mil iniciativas voltadas ao desenvolvimento e bem-estar social. Recentemente, estabeleceu parcerias de trabalho com outros 38 países em diferentes continentes do mundo, uma colaboração internacional que já conta com um total de 349 convênios com impactos globais (UFSC, 2020).

Na última avaliação do Sistema Nacional de Pós-Graduações, realizada pela Coordenação de Pessoal de Nível Superior (CAPES), 17 dos 56 programas ofertados pela UFSC foram conceituados com as notas mais altas (6 e 7), colocando-os entre os classificados com nível de excelência no país. Dentre os cursos restantes, 62,5% deles obtiveram nota igual ou superior a 5 (UFSC, 2020).

A instituição foi classificada como a quarta melhor universidade federal do país no Índice Geral de Cursos (IGC) de 2019, o que a colocou entre as instituições de ensino com padrão de excelência na classificação do MEC. Além disso, esteve entre as oito melhores universidades do país na avaliação internacional do *Times Higher Education* (THE) e assumiu o quarto lugar entre as melhores do Brasil no *Ranking* Universitário Folha (RUF), competindo com outras 197 instituições pública e privada de ensino (UFSC, 2020).

Em 2020, devido à pandemia da Covid-19, a UFSC teve suas atividades presenciais suspensas pela portaria nº 354/2020 e precisou adaptar a sua rotina de trabalho à modalidade remota. Apesar disso, suas atividades de ensino, pesquisa e extensão continuaram sendo realizadas em todos os níveis de ensino, embora com algumas restrições (UFSC, 2020; Brasil, 2020d).

Entre os cursos de graduação relacionados à área da saúde, a instituição oferece: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia (UFSC, 2021). No entanto, para este estudo, foram considerados apenas os cursos de enfermagem, medicina e psicologia, devido à sua atuação expressiva no contexto do nascimento e por lidarem primeiramente com o processo de enfrentamento da morte e do luto das famílias nesse contexto. Essas três áreas também são as principais responsáveis pela produção científica do tema em questão, de acordo com os achados da revisão de literatura.

A seguir, serão apresentadas as características básicas de cada curso (nome, número de fases e objetivos) e alguns exemplos de conteúdos ministrados na UFSC que podem contribuir e/ou mencionar algum tema pertinente ou relacionado com a investigação (morte, luto, saúde da mulher e/ou do recém-nascido, saúde da família, medicina legal, saúde/suporte na atenção básica, SUS e interdisciplinaridade). Todas as informações foram retiradas das grades curriculares dos respectivos cursos, disponíveis no site da instituição no ano de 2021 e serão citadas conforme a descrição da Superintendência de Governança Eletrônica e Tecnologia da Informação e Comunicação (SeTIC).

Curso de enfermagem, 10 fases, objetivo:

O curso de graduação em enfermagem tem como objetivo formar enfermeiro generalista com espírito crítico, comprometido com as necessidades de saúde da população, com a responsabilidade de assistir o indivíduo, família e grupos sociais na sua integralidade, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. É capaz de contribuir para o desenvolvimento da profissão através do ensino, pesquisa, participação nas entidades de enfermagem e no exercício da cidadania social (SeTIC, 2021^a, p.1).

Disciplinas pertinentes ao estudo: “O cuidado no processo de viver humano IV – Saúde da Mulher, do Neonato, da Criança e do Adolescente”, da 6ª fase do curso; e “Aprendizagem Vivencial III”, da 5ª fase. Temas abordados:

[Fase IV]: O cuidado de Enfermagem no contexto das políticas de atenção à saúde da criança, do adolescente, da mulher e da família, incluindo as perspectivas étnico-raciais e de gênero. A compreensão do nascimento como processo individual e social e o cuidado de enfermagem à família neste processo. O cuidado à criança, adolescente e sua família no processo de viver nas intercorrências clínicas agudas, prolongadas e crônicas, no contexto da atenção básica domiciliar e hospitalar, em ações de promoção, prevenção das intercorrências e recuperação da saúde. O cuidado integral à mulher na atenção básica, domiciliar e hospitalar, em sua saúde reprodutiva. Ética e bioética. Processo investigativo. Gestão do cuidado de enfermagem. Sistematização da assistência de enfermagem. Segurança do paciente (SeTIC, 2021a, p.6. grifo e inclusão das fases nossa).

[Fase V]: Grupo de reflexão como espaço de elaboração de tensões. Dilemas e conflitos gerados pelas atividades do curso. Enfrentamento de diversos limites e condições do trabalho profissional: finitude/morte, eutanásia, doenças crônico-degenerativas. O cuidado de si – o profissional que cuida (SeTIC, 2021a, p.6 grifo e inclusão das fases nossa).

Curso de Medicina, 12 fases, objetivo:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (SeTIC, 2021b, p.1)

Disciplinas pertinentes ao estudo: “Saúde da Mulher”, da 1ª à 5ª fase do curso; disciplina optativa “Medicina Legal II”, da 8ª fase; e “Internato médico III – Saúde da Mulher”, 11ª fase. Exemplos de tópicos trabalhados:

[Fase III]: Infecções congênicas, drogas e gravidez, ABO - consanguinidade, abortamento e gravidez ectópica, infecções maternas de interesse na gestação, AIDS e malformações fetais [...] **[Fase IV]:** O parto, estudando a contração uterina, o trajeto e objeto, a assistência ao parto. A operação Cesariana. O puerpério normal e patológico. Avaliação da maturidade e vitalidade fetal. Estudo de doenças próprias da gestação: toxemia gravídica, coriomias e hiperemese (Gestoses). Diagnóstico e causas de retardo do crescimento intrauterino. [...] **[Fase V]:** Complicações no trabalho de parto, parto pélvico e fórceps. Sofrimento fetal agudo e crônico. Hemorragias na gravidez: descolamento prematuro de placenta, placenta prévia. Prematuridade e o parto prematuro. Rotura prematura de membranas. O sofrimento fetal agudo e crônico (SeTIC, 2021b, p.5-7, grifo e inclusão das fases nossas).

[Fase VIII]: Generalidades sobre a medicina legal: conceitos, ramos da medicina legal e sua correlação com o direito. Introdução à medicina legal, documentos médico-legais, perícia e peritos. Estudo da antropologia forense, traumatologia forense, sexologia forense, psiquiatria forense, toxicologia forense, tanatologia e infortunística. Confecção de laudos e realização de exames periciais (SeTIC, 2021b, p. 17, grifo e inclusão das fases nossas).

[Fase XI]: Acompanhamento nas enfermarias e na emergência da Obstetrícia. Centro obstétrico acompanhamento de partos e intercorrências cirúrgicas. Supervisão em ultrassonografia aplicada à obstetrícia e noções básicas em Medicina Fetal. Acompanhamentos dos atendimentos de obstetrícia, enfermarias de alto-risco. As atividades serão desenvolvidas na Maternidade Carmela Dutra (SeTIC, 2021b, p.11, grifo e inclusão das fases nossas).

Curso de Psicologia, 10 fases, objetivo:

O curso de Psicologia tem por objetivo formar licenciados e psicólogos capacitados para lecionar psicologia nos cursos de nível médio, e assumir suas responsabilidades como pessoa e profissional, realizando pesquisas no campo da psicologia e atuando nos diversos campos de especialização, aos quais a lei lhes confere o direito (SeTIC, 2021c, p. 1).

Disciplinas pertinentes ao estudo: “Psicologia e Atenção à Saúde”, da 2ª fase; disciplina optativa “Psicologia do Luto”, da 6ª fase; e núcleo “Psicologia da Saúde” (bacharelado). Assuntos discutidos:

[Fase II] Saúde e doença: análise conceitual e representações sociais. Movimentos higienistas do século XIX. Movimento Sanitário no Brasil. Saúde Pública e Saúde coletiva. O Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF). A psicologia no campo da saúde. Aspectos éticos. Instituições de saúde e psicologia.

[Fase VI]: Conceitos. Processo de Luto. Lutos não reconhecidos. Luto no ciclo vital da família. Aspectos interculturais do luto. Fatores de risco e proteção no luto. Intervenções primárias e secundárias. Cuidados éticos na pesquisa com enlutados (SeTIC, 2021c, p.29, grifo e inclusão das fases nossas).

[Núcleo em psicologia]: Psicologia da Saúde: antecedentes históricos, conceito. Saúde e doença: análise conceitual e representações sociais. Políticas públicas de saúde. Estudo da relação entre comportamento e saúde. Instituições de saúde e comunidade. A atuação do psicólogo nas equipes de saúde: interdisciplinaridade. Principais tópicos e relações estudadas na pesquisa em saúde. A ética na pesquisa e intervenção. Questões contemporâneas (SeTIC, 2021c, p.23, grifo e inclusão da fase nossa).

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

4.3.1 Fase 1 – coleta quantitativa

Na primeira fase, foi realizado um estudo descritivo com o objetivo de investigar o conhecimento adquirido pelos discentes para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento, durante a formação. A estratégia quantitativa foi escolhida para guiar a etapa qualitativa, em razão de possibilitar um “diagnóstico” mais pontual da realidade e identificar os elementos causais envolvidos.

4.3.1.1 *População e amostra*

A população da fase quantitativa foi constituída pelos discentes dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e psicologia da UFSC, campus Florianópolis, matriculado nas duas últimas fases dos respectivos cursos durante o semestre de 2021/1, totalizando 264 discentes: 58 de enfermagem, 134 de medicina e 72 da psicologia. A escolha se deu pelo fato de os educandos já terem concluído todas as disciplinas essenciais à formação.

A amostragem foi do tipo não probabilístico e se deu por conveniência (acidental), uma vez que os discentes escolhidos apresentavam maior potencial para responder a pergunta de pesquisa (Polit; Beck, 2019). Foram adotados como critérios de inclusão: ser discente do curso de enfermagem, medicina ou psicologia da UFSC e estar cursando as duas últimas fases da graduação.

4.3.1.2 *Coleta e análise dos dados*

A proposta de investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC para análise e só foi iniciada após aprovação. Os pesquisadores entraram em contato com as coordenações dos cursos selecionados para apresentar os objetivos do estudo e suas fases de coleta. Com a aprovação dos responsáveis, foi solicitado às coordenações que enviassem um *e-mail* aos discentes para convidá-los a participarem da pesquisa. No *e-mail*, foi anexada uma carta convite (Apêndice A), contendo o *link* de acesso a um questionário elaborado no *Google forms*[®], e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

O questionário foi dividido em duas partes: caracterização pessoal e discente; e uma avaliação semiestruturada do conhecimento adquirido na formação atual para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento (Apêndice C). A primeira parte do questionário serviu para retratar os aspectos pessoais dos participantes, como idade, sexo, estado civil,

religião, curso de graduação em andamento e a fase ao qual estava matriculado. Já a segunda parte consistia a uma série de perguntas abertas e fechadas, adaptadas do questionário “Avaliação do preparo dos discentes do oitavo semestre de medicina no enfrentamento com a morte e o morrer dos pacientes”, criado, testado e validado por Azeredo (2007), como instrumento de coleta de dados de sua dissertação de mestrado.

Para a categorização do estudo, as variáveis independentes foram classificadas conforme descrito no Quadro 5.

Quadro 5 – Formulário de avaliação e categorização das variáveis dos participantes.

Nº	Variável	Natureza	Categoria
Categorização das variáveis pessoais e discentes dos participantes			
1	Idade	Quantitativa/Discreta	Anos completos - dado fornecido pelo respondente
2	Sexo	Qualitativa/Nominal	Masculino Feminino
3	Identidade de Gênero	Qualitativa/Nominal	Cisgênero (identificação com o sexo biológico de nascimento). Transgênero (identificação com o sexo oposto ao biológico de nascimento). Não-binário (não se identifica com nenhum dos sexos).
4	Estado civil	Qualitativa/Nominal	Solteiro(a) Em união estável Casado(a) Separado/Divorciado(a) Viúvo(a)
5	Local de Nascimento	Quantitativa/Discreta	Nome da cidade - dado fornecido pelo respondente
6	Religião	Qualitativa/Nominal	Católica Evangélica Espírita Umbanda/Candomblé ou outra religião afro-brasileira Espiritualista Budista Ateu Outras
	Se respondeu “outras”, Quais?	Qualitativa/Nominal	Nome da religião - dado fornecido pelo respondente.
7	Curso de Graduação	Qualitativa/Nominal	Enfermagem Medicina Psicologia
8	Fase atual do curso	Quantitativa/Discreta	Fase em números completos fornecida pelos respondentes
9	Em algum momento da sua vida você	Qualitativa/Nominal	Sim

	já se deparou com alguma situação de morte/luto?		Não
10	Esse enfrentamento ocorreu em qual ambiente?	Qualitativa/Nominal	Familiar Entre amigos ou vizinhos Durante a graduação (paciente) Ainda não houve enfrentamento
11	Você já se deparou com alguma situação de morte/luto que envolvesse o contexto do nascimento?	Qualitativa/Nominal	Sim Não
12	Esse enfrentamento ocorreu em qual ambiente?	Qualitativa/Nominal	Familiar Entre amigos ou vizinhos Durante a graduação (paciente) Ainda não houve enfrentamento
Questionário semiestruturado de avaliação do preparo dos discentes para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento			
13	No seu curso de graduação estão incluídas no currículo disciplinas que abordem temas relacionados ao enfrentamento da morte/luto?	Qualitativa/Nominal	Sim Não Não sei informar
14	Se sim, em quais disciplinas?	Quantitativa/Discreta	Nome da disciplina fornecida pelo respondente
15	Durante a sua formação atual, você recorda de ter lido/discutido sobre temas relacionados ao enfrentamento da morte/luto no contexto do nascimento (Ex.: óbito materno-infantil, complicações no parto, suporte à famílias enlutadas...)?	Qualitativa/Nominal	Sim Não
16	Se sim, por favor, descreva em qual(is) disciplina(s) e o nome do(s)/da(s) docente(es)/a(s)	Quantitativa/Discreta	Nome da disciplina e do docente fornecidos pelos respondentes
17	Você recorda de algum docente discutir, mesmo que apenas uma vez, discutir sobre estratégias de enfrentamento da morte/luto, independentemente de elas estarem relacionadas ou não ao contexto do nascimento?	Qualitativa/Nominal	Sim Não
18	Se sim, por favor, descreva o nome do(s)/da(s) docentes(as) e a(s) disciplina(s)	Qualitativa/Nominal	Nome da disciplina e do docente fornecidos pelos respondentes
19	Dentre os assuntos relacionados a morte e ao luto, você recorda de ter lido/discutido sobre algum dos temas citados abaixo, durante a sua graduação atual?	Qualitativa/Nominal	Fases do luto Protocolo <i>Spike</i> Rituais de despedida <i>Coping</i> -religioso espiritual Outros Não conheço nenhuma das opções
20	Se respondeu “outros”, quais?	Qualitativa/Nominal	Nome da temática fornecida pelo respondente
21	Em algum momento da sua atual graduação, você já precisou lidar com	Qualitativa/Nominal	Sim Não

	alguma situação de morte/luto, independentemente de ela ser real ou simulada?		Nunca lidei com qualquer situação de morte/luto na minha vida
22	Alguma delas envolvia o contexto do nascimento?	Qualitativa/Nominal	Sim Não Nunca lidei com qualquer situação de morte/luto na minha vida
23	Ao vivenciar essa experiência de enfrentamento da morte/luto durante a sua graduação atual, independentemente dela estar relacionada ou não ao contexto do nascimento, você sentiu:	Qualitativa/Nominal	Medo Sensação de incapacidade/Impotência Culpa Sofrimento/Tristeza Tranquilidade Que era mais um aprendizado Não vivenciei nenhuma experiência de enfrentamento na minha graduação atual Não vivenciei nenhuma experiência de enfrentamento na minha vida
24	Quando você se deparou pela primeira vez com uma situação de enfrentamento da morte/luto na sua graduação atual, este fato:	Qualitativa/Nominal	Ficou por mais de um mês em sua lembrança Ficou por duas semanas em sua lembrança Foi rapidamente esquecido Não vivenciei nenhuma experiência de enfrentamento na minha graduação atual Não vivenciei nenhuma experiência de enfrentamento na minha vida
25	Você considera relevante que o profissional da área da saúde saiba lidar com situações de morte/luto?	Qualitativa/Nominal	Sim Não
26	Com base nos conhecimentos adquiridos durante a sua formação atual, o quanto você se sente preparado(a) para lidar com situações de morte e luto?	Qualitativa/Ordinal	Totalmente preparado(a) Parcialmente preparado(a) Parcialmente despreparado(a) Totalmente despreparado(a)
27	E quando esta situação envolve o contexto do nascimento, o quanto você se sente preparado(a)?	Qualitativa/Ordinal	Totalmente preparado(a) Parcialmente preparado(a) Parcialmente despreparado(a) Totalmente despreparado(a)
28	Você considera que aprender a lidar com situações relacionadas a morte/luto no contexto do nascimento durante o processo de formação dos profissionais da saúde é:	Qualitativa/Nominal	Importante, tanto para a vida pessoal, quanto para a atuação de todos os profissionais da saúde; Importante para a vida pessoal e atuação apenas dos profissionais da área materno/infantil Importante para a vida pessoal, mas não à atuação dos profissionais da saúde; Irrelevante, tanto para a vida pessoal, quanto para a atuação dos profissionais da saúde.
29	Com base na resposta anterior, qual o grau de importância que você atribui ao aprendizado do enfrentamento da	Qualitativa/Ordinal	Muito importante Importante Pouco Importante

	morte/luto no contexto do nascimento para a sua atuação profissional, levando em consideração a sua graduação atual?		Não considero importante
30	Durante o seu processo de formação, a graduação lhe proporcionou alguma mudança em relação a visão que você tinha sobre a temática da morte/luto?	Qualitativa/Ordinal	Não, nenhuma mudança Sim, poucas mudanças Sim, muitas mudanças/ mudanças significativas
31	Por fim, gostaríamos convidá-lo(a) a participar da segunda etapa desta pesquisa e nos ajudar a elaborar uma proposta pedagógica multiprofissional para implementar a temática da morte e do luto no contexto do nascimento nas graduações da área da saúde da UFSC. Para participar, basta deixar o seu nome, <i>e-mail</i> e telefone no campo abaixo para receber mais informações sobre o estudo.	Quantitativa/Discreta e Qualitativ/ Nominal	Nome, número de telefone e <i>e-mail</i> fornecidos pelo respondente

Fonte: Adaptado de Azeredo (2007).

Foram utilizadas diferentes estratégias para contactar os participantes, sendo a amostra não probabilística por conveniência. O envio do *e-mail* convite aos discentes foi solicitado às secretarias dos cursos, às associações dos discentes e aos docentes responsáveis pelas últimas fases de cada curso. Além disso, foi pedido aos representantes de turma que divulgassem o estudo nos grupos de discentes em um aplicativo de mensagem instantânea, quando o contato deles era disponibilizado por algum docente responsável. Em cada tentativa, o convite foi reforçado três vezes. No final, a pesquisadora principal tentou solicitar autorização dos docentes responsáveis para realizar a divulgação do estudo presencialmente nas salas de aula, mas somente dois retornaram. A coleta ocorreu entre os meses de março a julho de 2022, com a participação de apenas 38 discentes.

Os dados obtidos foram tabulados no programa *Excel*[®] 2016 e analisados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão e valor máximo e mínimo).

4.3.2 Fase 2 – coleta qualitativa

Na segunda fase, o objetivo foi compreender os dados da etapa quantitativa e problematizá-los para elaborar possíveis soluções para as dificuldades identificadas. Em seguida, buscou elencar os elementos essenciais para a elaboração da proposta pedagógica,

utilizando a abordagem problematizadora do arco de Charles Maguerez e o referencial teórico de Paulo Freire. Salienta-se que, como a pesquisa se constituiu como um estudo de desenho misto, a segunda etapa também foi favorável para investigar os desfechos da fase quantitativa, incluindo algumas hipóteses relacionadas à baixa adesão dos discentes. Esses dados são discutidos mais à frente, nos resultados.

4.3.2.1 *População e amostra*

A escolha da amostra foi baseada nos passos da amostragem bola-de-neve, na qual a seleção é feita por meio de indicações prévias dos próprios participantes da pesquisa (Polit; Beck, 2019). Nesse caso, os docentes dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e psicologia mencionados pelos discentes na fase quantitativa foram convidados a participar da segunda fase do estudo. Também foram incluídos os discentes que manifestaram interesse em continuar participando do estudo (última pergunta do questionário).

Todos os convites foram feitos pelo *e-mail* da instituição. Os discentes dessa fase receberam apenas um novo TCLE (Apêndice D), enquanto os docentes receberam uma carta convite (Apêndice E), o TCLE (Apêndice F) e uma ficha de caracterização docente (Apêndice G). Em seguida, aos interessados, foi enviado um link de acesso a um quadro online, com opções de datas e horários para a realização da coleta de dados.

Como critérios de elegibilidade foram adotados: ser docente da área da saúde e ministrar alguma disciplina para os cursos de graduação da enfermagem, medicina ou psicologia da UFSC por pelo menos um ano; ou ser discente da área da saúde, ter participado da primeira fase do estudo e manifestado interesse em continuar. Foram excluídos da amostra os docentes temporários.

No questionário, foram mencionados 41 docentes como potenciais colaboradores do estudo. Desses, 15 demonstraram interesse em participar, mas somente 10 compareceram aos encontros (oito de enfermagem, um de medicina e um de psicologia). Em relação aos discentes, 11 sinalizaram interesse em prosseguir no estudo, porém somente dois compareceram (um de enfermagem e outro de medicina). No total, a segunda fase contou com a colaboração de 12 participantes.

4.3.2.2 *Coleta e análise de dados*

A coleta de dados da etapa qualitativa foi realizada por meio de grupos focais. Os grupos focais são semelhantes a entrevistas coletivas, visando obter informações sobre um tema específico de forma organizada. Eles trazem como premissa a compreensão de que os seres humanos são capazes de formar opiniões quando interagem com outros indivíduos, tornando possível a formulação de questões, consensos e novas atitudes perante um problema (Minayo, 2014).

Geralmente, os grupos são compostos por dois componentes: os organizadores (um animador e um relator) e os participantes. Minayo (2014) sinaliza uma máxima de 12 convidados, tendo em vista o tempo e a necessidade de aprofundamento dos temas de cada encontro.

O pesquisador normalmente assume a função de animador do grupo, responsável por: apresentar o tema discutido, encorajar a participação de todos, dar ênfase na inexistência de respostas certas ou erradas, manter a temática latente, observar as comunicações não verbais envolvidas e monitorar o ritmo das discussões para cumprimento das atividades no tempo previsto. O relator, por sua vez, é a pessoa encarregada de auxiliar o pesquisador na organização e coleta dos dados do grupo, atuando, basicamente, como um observador que anota os aspectos emergentes do processo interativo (Minayo, 2014).

No caso da presente investigação, a pesquisadora principal desempenhou a função de animadora do grupo, enquanto uma doutoranda atuou como relatora. Para sistematizar os encontros foi aplicado um roteiro operacional organizado em três partes: acolhimento, desenvolvimento e finalização. A etapa de desenvolvimento foi guiada pelo arco de Charles Maguerez, que compreende: 1) Reconhecimento da realidade, 2) Listagem dos Ponto-chaves; 3) Teorização; 4) Hipótese de solução e 5) Aplicação à realidade (Apêndice H) (Espiridião *et al.*, 2017; Villardi; Cyrino; Berbel, 2015; Bordernave, 1994). As etapas são ilustradas na figura 1.

Figura 1 - Arco da problematização de Charlez Maguerez.



Fonte: Bordenave, 1994.

Para adequar a proposta de coleta à agenda dos participantes foi necessário dividi-la em três momentos: um encontro virtual, um encontro presencial e uma etapa de validação, realizada individualmente.

O primeiro momento da coleta ocorreu de forma online, por meio da plataforma do *Google Meet*[®], conforme solicitado pelos participantes. Cada um deles recebeu um *e-mail* contendo um link de acesso a sala virtual, sete dias antes da data marcada. No dia do encontro, os participantes foram recebidos pela pesquisadora principal e pela relatora, que fizeram uma breve apresentação das suas credenciais e objetivos da pesquisa, além de explicarem como seria conduzido o grupo, conforme indicado por Minayo (2014). Foi solicitada anuência verbal dos participantes para a gravação do encontro, que foi iniciada após essa confirmação. Em todos os momentos da pesquisa, foi utilizado um gravador de voz digital da marca *Knup*[®], modelo *KP-8004*, para auxiliar na coleta dos depoimentos.

Para iniciar o encontro, a pesquisadora principal solicitou que cada participante se apresentasse, informando seu nome, formação, tempo de docência ou fase de formação, e curso para o qual leciona ou participa. Em seguida, foi realizada uma dinâmica “quebra gelo”, na qual foram apresentadas três perguntas disparadoras: 1) O que representa a morte e como eu lido com ela no meu exercício profissional? 2) Como eu percebo a experiência da morte no contexto do nascimento? 3) Como eu avalio o preparo dos profissionais para lidarem com a morte no contexto do nascimento?

Os participantes foram incentivados a buscar imagens ou palavras que representassem suas reflexões sobre as perguntas e compartilhá-las em uma lousa virtual, usando o aplicativo *Jamboard*[®]. Cada participante teve 15 minutos para realizar essa atividade. Após esse tempo, os participantes foram convidados a apresentar suas reflexões ao grupo, dando início às três primeiras fases do arco da problematização e ao processo de integração dos dados da pesquisa. Abaixo, está descrito como as etapas do arco foram conduzidas em cada encontro.

1) Reconhecimento da Realidade: Foram ouvidas as opiniões dos participantes a respeito da instrumentalização dos discentes para o enfrentamento da morte e do luto, especialmente no contexto do nascimento. Em seguida, os dados da etapa quantitativa foram apresentados aos participantes, e suas ideias e opiniões a respeito do levantamento foram ouvidas, no intuito de identificar a leitura inicial que faziam da realidade.

2) Listagem dos Ponto-chaves: A partir das discussões, os participantes enumeraram no *Jamboard*[®] as palavras-chave que representavam os principais problemas e desafios identificados para preparar os estudantes para lidar com a morte e o luto no contexto do nascimento.

3) Teorização: Os participantes foram estimulados a realizar uma dinâmica de *brainstorming*, “chuva de ideias”, para pensar em soluções para os problemas identificados e em instrumentos teóricos ou metodológicos que pudessem contribuir para a formação dos estudantes. Nesta etapa, foram considerados não apenas os conhecimentos empíricos dos envolvidos, mas também os achados disponíveis na literatura sobre o tema. Novamente, o *Jamboard*[®] foi utilizado para compartilhar essas ideias e informações. Ao final, ficou acordado que cada participante buscaria aprofundamento teórico sobre as questões levantadas e compartilhar suas descobertas no próximo encontro.

Para finalizar o encontro, os participantes escolheram uma palavra para representar a sua experiência no grupo. A pesquisadora principal agradeceu a disponibilidade de todos e informou sobre as datas do segundo encontro. Todas as atividades realizadas no *Jamboard*[®] foram fotografadas e salvas após o encerramento dos grupos focais (Apêndice I).

O processo da etapa virtual precisou ser repetido três vezes com três grupos diferentes devido à incompatibilidade de horários dos participantes. Entretanto, nenhum deles participou mais de uma vez de cada momento de coleta.

O segundo momento da coleta consistiu em encontros presenciais na UFSC, os quais seguiram todas as medidas de segurança recomendadas pelo Ministério da Saúde para conter os avanços da contaminação causados pelo vírus da Covid-19, ainda em vigor no momento da

coleta. Essas medidas incluíram: distanciamento de um metro e meio entre os participantes, álcool gel para higienização das mãos, uso obrigatório de máscaras, ventilação natural no ambiente e limite de até 12 pessoas por grupo, incluindo os organizadores. Três participantes não puderam comparecer ao encontro presencial por motivos de saúde. No entanto, um que não pode comparecer aos encontros anteriores esteve presente.

Após as apresentações e obtenção do consentimento verbal para a gravação dos relatos, foi realizada uma apresentação com fotos das atividades desenvolvidas no aplicativo *Jamboard*[®] pelos três grupos, seguida de uma síntese dos conteúdos discutidos durante os encontros para validação dos participantes. Os dados foram organizados em blocos conceituais, divididos em: “Realidade do contexto”, “Principais problemas enfrentados” e “Possíveis soluções” (Apêndice J). Os participantes foram estimulados a repensar e corrigir cada item, tendo liberdade para acrescentar e/ou excluir informações conforme julgassem necessário. Dado que os grupos foram formados por pessoas diferentes, a pesquisadora principal precisou recapitular os aspectos discutidos em cada um dos grupos, com todos, no intuito de desenvolver um processo progressivo em relação às temáticas de investigação para chegar ao consenso total do grupo. Essa estratégia também permitiu que os participantes ausentes na primeira etapa de coleta pudessem participar do processo de discussão, seja para discordar, endossar ou sugerir novos pontos de vista.

Finalizado o processo de síntese de conteúdo, foi dado início à penúltima fase do arco: Hipótese de solução.

4) Hipótese de solução: Foi apresentado ao grande grupo os componentes estruturais, elencados pela Secretaria do Estado do Paraná (Paraná, 2022), para a elaboração de uma proposta pedagógica. Em seguida, os participantes foram convidados a ensaiar um esboço, junto a pesquisadora principal, dos elementos que preencheriam cada um dos itens citados. Durante o processo, foram listadas algumas palavras-chave, porém a maior parte do trabalho se desenvolveu por meio de conversação.

Para finalizar o encontro, foi realizada a mesma dinâmica de fechamento da fase anterior, seguida da entrega de um presente de agradecimento aos participantes. É importante destacar que, assim como no momento virtual, a dinâmica presencial precisou ser repetida três vezes com grupos diferentes, devido a incompatibilidade de horário dos participantes.

O terceiro momento de coleta consistiu na última etapa do arco da problematização e na validação final da proposta pedagógica pelos participantes. Essa fase ocorreu de forma individual.

5) Aplicação à realidade: A partir das gravações dos encontros presenciais, a pesquisadora principal realizou uma nova síntese dos conteúdos trazidos pelos três grupos, com o objetivo de concluir o preenchimento do esboço iniciado junto aos participantes. Após finalizado, esse esboço foi enviado por *e-mail*, em formato de quadro, para que os participantes pudessem validar e/ou modificar seus conteúdos em um prazo de 15 dias úteis, incluindo os que não puderam estar presentes no encontro presencial (Apêndice K). Como não houve sugestões de mudanças, a pesquisadora principal redigiu a versão final da proposta pedagógica, agora estruturada, fundamentada e em formato de documento. Em conjunto, criou-se um infográfico a partir dos conteúdos da proposta pedagógica para facilitar a apreensão de suas principais ideias e conteúdo. Ambos enviados aos participantes para validação. Novamente, foi dado um prazo de 15 dias úteis para a emissão dos pareceres, porém, com exceção de algumas correções de digitação, não houve novas inclusões e/ou exclusões. Após a validação, o documento foi encaminhado a uma revisora de português e enviado aos participantes para que tivessem acesso ao trabalho final.

Toda a coleta ocorreu entre agosto de 2022 e março de 2023. O tempo médio de duração de cada encontro foi de aproximadamente duas horas, conforme descrito no quadro 6, totalizando quase 12 horas de gravação.

Quadro 6: Número de participantes e tempo de duração por grupo focal: modalidade virtual e presencial.

Encontro Virtual	Encontro Presencial
<p>Grupo 1 Número de participantes: 5 Tempo: 2:25:16</p>	<p>Grupo 4 Número de participantes: 4 Tempo: 2:28:08</p>
<p>Grupo 2 Número de participantes: 4 Tempo: 2:00:10</p>	<p>Grupo 5 Número de participantes: 2 Tempo: 1:30:58</p>
<p>Grupo 3 Número de participantes: 2 Tempo: 1:32:52</p>	<p>Grupo 6 Número de participantes: 3 Tempo: 2:03:26</p>

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Destaca-se que o referencial de Paulo Freire foi utilizado para a análise e validação interna do processo como um todo. Dessa forma, a proposta foi elaborada a partir dos

elementos identificados pelo grande grupo, sem restringi-los a um formato específico, para que pudessem ser implementados na realidade de cada curso.

4.3.3 Fase 3 - Validação externa da proposta pedagógica

A realização da validação externa da proposta pedagógica foi iniciada logo após a conclusão da fase qualitativa. Seu objetivo consistia em determinar se os conteúdos e a operacionalização da versão preliminar da proposta eram adequados para a formação dos profissionais da saúde, na visão de especialistas da área.

4.3.3.1 População e amostra

Foram convidados a participar da etapa de validação profissional com *expertise* nos temas investigados. Para isso, foram formados dois comitês de avaliação: um de especialistas na área da saúde da mulher e do recém-nascido e outro de especialistas na temática da morte e do luto. Ao todo, foram convidados 50 profissionais para participar da pesquisa. Destes, 22 responderam, porém somente 12 informaram disponibilidade para participar, de modo que cada comitê foi composto por seis *experts* (Coluci; Alexandre; Milani, 2015).

A seleção dos especialistas ocorreu por meio de uma avaliação curricular na plataforma *Lattes* e por um sistema de pontuação adaptado da proposta de Richard H. Fehring (1987) para estudos de validação. Foram selecionados apenas os participantes que obtiveram pontuação igual ou maior do que cinco pontos em suas respectivas áreas, conforme ilustrado nos quadros 7 e 8 (Coluci; Alexandre; Milani, 2015).

Quadro 7 – Critérios de inclusão adotados no comitê de especialistas na área da saúde da mulher e do recém-nascido.

Critérios de Inclusão	Pontuação
Graduação na área da saúde à pelo menos 2 anos	1
Ter no mínimo dois anos de experiência profissional na área da saúde da mulher e do recém-nascido	2
Ter especialização ou residência relacionada à saúde da mulher e do recém-nascido	1
Titulação de Mestre com dissertação relacionada ao enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento	2
Titulação de Doutor com tese relacionada ao enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento	3
Ter experiência na área de ensino ou assistência relacionada à saúde da	3

mulher e do recém-nascido há pelo menos 2 anos	
Participar de grupos/projetos de pesquisa envolvendo a temática da saúde da mulher e do recém-nascido	1
Ter artigos publicados envolvendo a temática da morte e do luto no contexto do nascimento	1
Ter experiência na área da educação e/ou ter exercido função de coordenador de curso	2

Fonte: Adaptado de Fehring (1987).

Quadro 8 – Critérios de Inclusão adotados no comitê de especialistas na temática da morte e do luto.

Critérios de Inclusão	Pontuação
Graduação na área da saúde à pelo menos 2 anos	1
Ter no mínimo dois anos de experiência profissional envolvendo o enfrentamento da morte e do luto	2
Ter especialização em tanatologia	2
Titulação de Mestre com dissertação relacionada ao enfrentamento da morte e do luto	2
Titulação de Doutor com tese relacionada ao enfrentamento da morte e do luto	3
Ter experiência na área de ensino ou assistência relacionada ao enfrentamento da morte e do luto há pelo menos 2 anos	3
Participar de grupos/projetos de pesquisa envolvendo a temática do enfrentamento da morte e do luto	1
Ter artigos publicados envolvendo a temática da morte e do luto	1
Ter experiência na área da educação e/ou ter exercido função de coordenador de curso	2

Fonte: Adaptado de Fehring (1987).

Todos os especialistas foram contactados via correio eletrônico e receberam uma carta convite para participar do comitê de validação (Apêndice L) e um TCLE (Apêndice M) contendo as informações do estudo e os itens que deveriam ser considerados na avaliação. Após o aceite, os avaliadores receberam um *link* de acesso ao formulário de validação (Apêndice N), construído posteriormente à etapa qualitativa na plataforma do *Google forms*[®].

4.3.3.2 Coleta e análise dos dados

O formulário de validação foi composto pelos itens correspondentes à operacionalização da proposta pedagógica, identificados nos grupos focais, além de perguntas relacionadas ao infográfico (design, conteúdo, organização, dentre outros). As informações ficaram disponíveis para que os especialistas validassem individualmente os conteúdos e/ou

fizessem sugestões de inclusão/exclusão. Cada integrante teve 10 dias úteis para emitir sua avaliação. Em caso de inclusões e/ou exclusões, o especialista deveria justificar sua escolha no próprio formulário.

Para alcançar um consenso entre as opiniões dos especialistas, foi utilizada a técnica Delphi, um método de *feedback* que realiza rodadas avaliativas por meio de diferentes versões de um mesmo instrumento, até que seja obtido o consenso entre os participantes. Desta forma, após consideradas as solicitações de inclusões e exclusões de todos, foi enviado um novo *link* de acesso para a versão atualizada do formulário, com um novo prazo de retorno. Esse processo foi repetido três vezes até que o nível de concordância fosse igual ou maior do que 80% entre os especialistas (Polit; Beck, 2019; Marques; Freitas, 2018).

Para calcular o nível de concordância e consistência dos participantes em relação à proposta pedagógica como um todo, foi utilizado a Taxa de Concordância do Comitê (TCC), cuja fórmula é retratada abaixo (Alexandre; Coluci, 2011):

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{Número de participantes que concordaram}}{\text{Número total de participantes}} \times 100$$

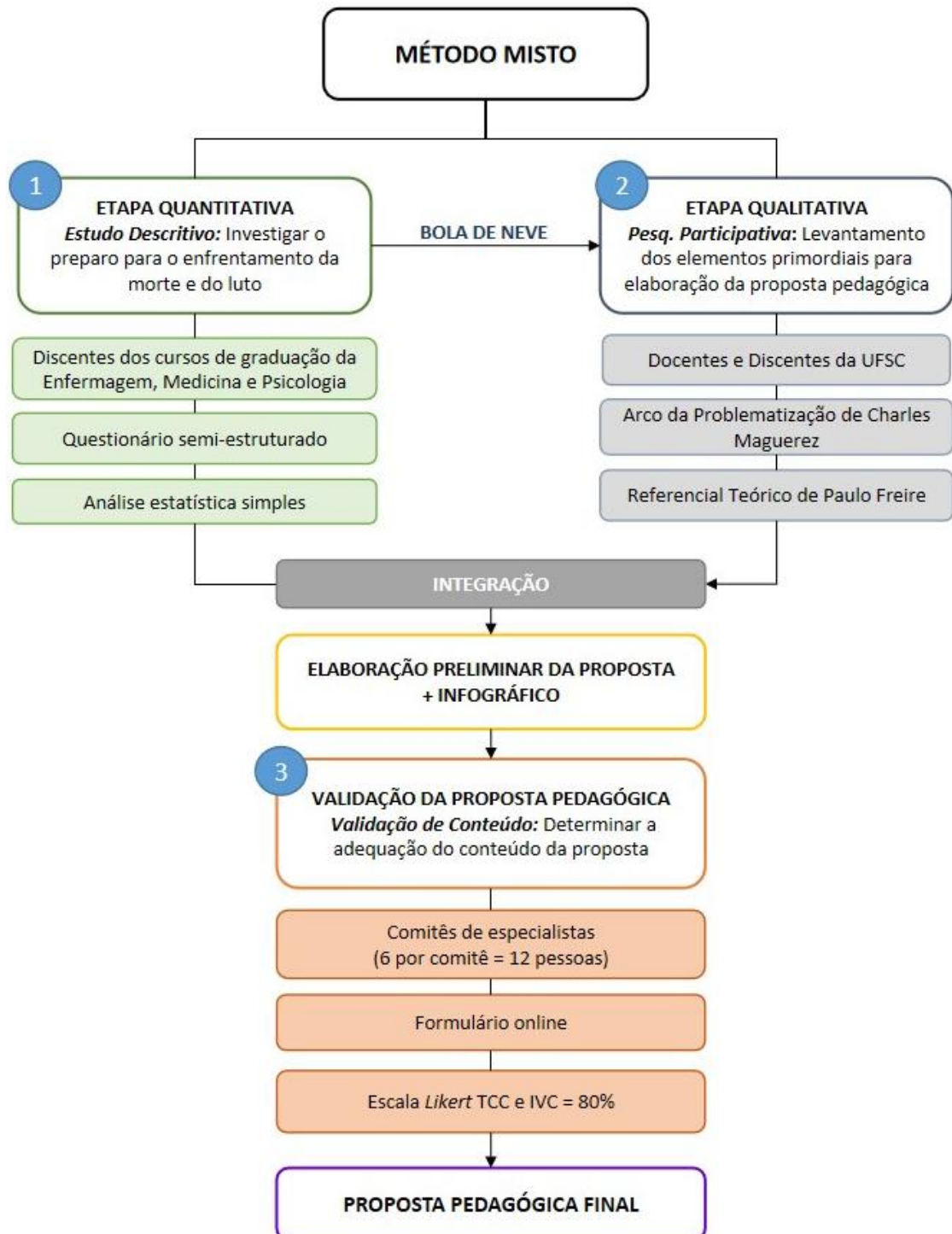
Já para calcular o nível de concordância de cada item apresentado na proposta, foi adotado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que emprega uma escala tipo *likert* para avaliar a relevância de um item, atribuindo valor a ele entre 1 e 4, onde: 1 = não relevante, 2 = necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = necessita de pequena revisão, 4 = item relevante. Assim, a concordância foi calculada por meio da soma dos itens com pontuação “3” e “4”. Aqueles que obtiverem pontuação “1” ou “2” foram revisados ou eliminados da proposta pedagógica, conforme indicações da literatura. A fórmula utilizada para calcular o IVC de cada item se encontra abaixo (Coluci; Alexandre; Milani, 2015; Alexandre; Coluci, 2011).

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas “3” ou “4”}}{\text{Número total de respostas}}$$

Todos os dados foram tabulados no programa *Excel*® 2016. Foram validados e incluídos na versão final da proposta pedagógica apenas os itens que alcançaram um nível de concordância igual ou maior do que 80% entre os especialistas. O processo de validação externa ocorreu de abril a julho de 2023.

Para facilitar o entendimento do leitor sobre toda a operacionalização do estudo, bem como suas fases de coleta e estratégias utilizadas, foi criado um fluxograma ilustrativo, apresentado na figura 2.

Figura 2– Fluxograma da operacionalização do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

4.4 CUIDADOS ÉTICOS

O desenvolvimento deste projeto respeitou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, descritas nas Resoluções nº 466/2012 (Brasil, 2012) e nº 510/2016 (Brasil, 2016); assim como as orientações do ofício nº 2/2021, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Brasil, 2021c), para procedimentos de pesquisa que envolva ambientes virtuais. O mesmo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de ética da UFSC, sob parecer: 5.287.016, CAAE: 56225322.3.0000.0121, e teve início somente após aprovação (Anexo A).

Foram conhecidos e cumpridos os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) quanto ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis utilizados para a execução da presente pesquisa. Assim, todos os dados fornecidos pelos participantes foram coletados apenas mediante o aceite e/ou assinatura dos TCLE, apresentados antes do início de cada fase de coleta. Em todos os TCLE, independentemente de serem da primeira (discentes), segunda (docentes e discentes) ou terceira fase (especialistas) da pesquisa, foi informado por escrito: os objetivos do estudo, os detalhes referentes aos passos e métodos de coleta, a utilização dos dados para fins acadêmicos, os riscos e benefícios da pesquisa, bem como os riscos característicos do ambiente virtual, os cuidados que seriam tomados e as limitações do pesquisador para assegurar a total confidencialidade dos dados.

Durante toda a trajetória e fases de coleta do estudo, foi garantida aos participantes autonomia para: não responder a qualquer pergunta; solicitar que determinadas falas/conteúdos não fossem expostas; e liberdade de abandonar a pesquisa, sem perdas, danos ou qualquer necessidade de justificativa. No caso da etapa 1 (discentes), como foi utilizado um questionário *online* que não permitia a identificação do participante, foi esclarecido no TCLE a impossibilidade de exclusão dos dados da pesquisa, durante ou após o processo de registro/consentimento.

Além dos itens já mencionados, também foi informado aos participantes da segunda fase (docentes e discentes) por escrito, sobre a ocorrência das gravações dos grupos. Nos encontros presenciais, a entrega do TCLE foi feita digitalmente e em mãos pela pesquisadora. Já nos encontros *online*, foi disponibilizada uma cópia digital. Em ambos os casos, a coleta de dados foi iniciada somente após o consentimento dos participantes.

Seguindo os princípios éticos da justiça e beneficência, foram tomados os devidos cuidados durante a condução deste trabalho, a fim de minimizar todo e qualquer risco que pudesse causar mal-estar à integridade dos participantes. Contudo, por abordar questões

subjetivas referentes à morte e o enfrentamento do luto no contexto do nascimento, algumas perguntas poderiam gerar conflitos aos participantes e causar desconfortos. Assim, foi oferecido suporte a eles, quando necessário, incluindo o seu encaminhamento ao Serviço de Atenção Psicológica (SAPSI) da UFSC, se fosse de sua vontade. Também foi garantido o direito ao ressarcimento por toda e qualquer despesa que os participantes pudessem ter em função do estudo, tais como: transporte e alimentação, mesmo que não estivessem previstos inicialmente. Além disso, foi assegurado o direito do participante de solicitar indenização por eventuais danos, desde que fossem comprovadamente causados pela pesquisa. Ressalta-se que nenhuma medida de coerção ou remuneração financeira foi tomada na tentativa de induzir os indivíduos, em nenhuma das fases, a participarem desta investigação.

Para garantir a proteção dos participantes em seus direitos ao anonimato, confidencialidade e voluntariedade, sem riscos ou agravos a sua vida, a identidade de todos os participantes foram substituídas pelas siglas “DI” (no caso dos discentes) e “DO” (docentes), seguido de um número conforme ordem de participação (DI1, DO2, DI3...). Todas as gravações realizadas durante esta investigação foram armazenadas em um HD externo de uso próprio e exclusivo da pesquisadora principal e ficarão arquivadas por, no mínimo, cinco anos. O mesmo vale para os dados obtidos em ambiente digital, que foram retirados das plataformas de origem por meio de *downloads*, deletados do sistema (nuvens) e armazenados no mesmo local que as gravações. Mesmo assim, os participantes foram informados sobre a possibilidade remota de haver quebra de sigilo involuntário e não intencional, em decorrência de algumas fases de coleta acontecerem em ambiente virtual.

5 RESULTADOS

“Haverá outro modo de salvar-se? Senão o de criar as próprias realidades?”

(Clarice Lispector)

A apresentação dos resultados deste estudo seguirá a Instrução Normativa 01/PEN/2016, que estabelece os critérios para elaboração e apresentação de trabalhos de conclusão de Mestrado e de Doutorado. Dessa forma, os resultados serão apresentados em formato de artigos científicos, conforme detalhado a seguir:

- 1) Morte no contexto do nascimento: olhar de docentes e discentes sob a formação em saúde
- 2) Desafios na formação do profissional de saúde em relação à morte no contexto do nascimento.
- 3) Preparo para o enfrentamento da morte: diálogos e soluções de docentes e discentes da área da saúde.
- 4) Construção e validação de uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento: estudo de método misto

Após, também será apresentada a proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde. Para facilitar a compreensão, elaboramos um quadro que relaciona os objetivos de cada manuscrito às fases do arco da problematização. Embora todos os manuscritos contemplem os dados coletados em todas as fases do arco, optamos por apresentar os resultados em cada manuscrito de acordo com uma etapa do arco da problematização, com o intuito de tornar mais clara a organização da pesquisa e aprofundar a discussão dos resultados (Quadro 9).

Quadro 9 - Etapas do arco da problematização e organização dos resultados

Fases do arco	Correspondência	Objetivo do manuscrito
Reconhecimento da Realidade	Manuscrito 1	- Investigar a percepção de docentes e discentes a respeito da abordagem da morte no contexto do nascimento na formação em saúde
Listagem dos Pontos-chaves	Manuscrito 2	- Analisar quais são os desafios enfrentados por docentes e discentes na formação em saúde em relação ao tema da morte no contexto do nascimento.
Teorização + Hipótese de soluções	Manuscrito 3	- Identificar soluções para preparar os profissionais da saúde para o enfrentamento da morte no contexto do nascimento a partir da vivência de docentes e discentes.

Aplicação à realidade + Validação Externa	Manuscrito 4	- Elaborar e validar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento durante a formação em saúde
Produto	Apresentação da proposta	

Fonte: Elaborado pelos autores

5.1 MANUSCRITO 1 - MORTE NO CONTEXTO DO NASCIMENTO: OLHAR DE DOCENTES E DISCENTES SOB A FORMAÇÃO EM SAÚDE

RESUMO: Objetivo: Investigar a percepção de docentes e discentes sobre a abordagem da morte no contexto do nascimento na formação em saúde. **Método:** Estudo misto, sequencial-transformativo (quan→QUAL), realizado com docentes e discentes dos cursos de enfermagem, psicologia e medicina de uma universidade do sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário *online*, semiestruturado, e grupos focais, elaborados a partir da lógica do arco da problematização de Charlez Maguerez. A análise seguiu a proposta operativa de Minayo sustentada pelo referencial teórico de Paulo Freire. **Resultados:** A partir da integração dos dados percebeu-se que os cursos dispõem de disciplinas que abordam o tema da morte, porém o contexto do nascimento tem pouca visibilidade e a carga horária/estrutura curricular são insuficientes. Os discentes não se identificam com o tema e sua sensação de preparo diverge da realidade da formação. A influência do paradigma biologicista tornou-se um problema para a formação, a qual necessita de estratégias de sensibilização para despertar nos futuros profissionais habilidades para enfrentar a morte. **Considerações finais:** Discutir sobre a morte no contexto do nascimento é algo secundário nas formações em saúde e, apesar de ser considerada importante para a atuação profissional, a reflexão sobre suas nuances e complexidades permanecem invisíveis nas salas de aula.

Descritores: Capacitação de recursos humanos em saúde; Luto; Morte materna; Morte perinatal; Universidades.

INTRODUÇÃO

Fundado em meados de 1980, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro garante a toda a população o direito ao acesso universal e igualitário a serviços assistenciais em saúde, por meio da articulação entre a União, estados e municípios. Ao tornar a saúde um direito de todos e ao delegar às instituições de saúde a responsabilidade de promover, proteger e recuperar a saúde da população, desde o nascimento até a morte, as exigências do SUS trouxeram à tona lacunas expressivas entre a promoção integral da saúde humana e a capacitação dos profissionais da assistência, as quais têm gerado inúmeras discussões sobre os limites do modelo biologicista no qual as formações são embasadas (Melo *et al.*, 2022; Peixoto; Miranda; Peixoto, 2020).

Dentre as reflexões que emergiram no país, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministérios da Educação e Cultura (MEC) decidiram criar, em 1996, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os 14 cursos de nível superior da área da saúde, com o intuito de orientar os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) a integrarem o ensino, o trabalho e as práticas sociais ao processo de aprendizagem, preconizando a formação reflexiva, crítica e empática em relação ao contexto psicossocial de cada pessoa. Entretanto, passada duas décadas após a criação das DCN nota-se que o espaço destinado às questões relacionadas aos

aspectos psicossociais da população, como a morte e o morrer, permanece pequeno, mesmo entre os cursos de enfermagem e medicina (Melo *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2021; Brasil, 2017).

No ano de 2018, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou novos pareceres técnicos contendo recomendações à proposta de DCN para os cursos de graduação em enfermagem, os quais receberam fortes críticas por parte dos profissionais e permaneceram em discussão. Dentre as mudanças sugeridas, é possível observar menções à “redução de danos [...] dos distintos processos de vida, saúde, cultura, trabalho, adoecimento e morte” (Brasil, 2018b, p. 15) no documento dos cursos de enfermagem, destacando-a como competências desejadas. Entretanto, não há outra menção sobre o processo de terminalidade em todo o documento, deixando evidente que a abordagem da morte, em sua complexidade, ainda é uma dificuldade na formação em saúde. Curiosamente, a Resolução nº 678/2021 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), regulamenta a atuação dos enfermeiros no acolhimento ao processo de luto, reforçando o papel dos profissionais da prestação de cuidados humanizados e integrados em saúde mental e psiquiátrica (COFEN, 2021).

Recentemente, o Ministério da Educação (MEC) e Cultura, juntamente com o Conselho Nacional de Educação (CNE), publicaram a Resolução CNE/CES 3, em 3 de novembro de 2022, que altera os Art. 6, 12 e 23 do documento de 2014, que institui as DCN dos cursos de graduação em medicina. Essa resolução inclui princípios e boas práticas de cuidados paliativos, destacando, no Art. 23, a “compreensão dos aspectos biológicos, psicossociais e espirituais que envolvem a terminalidade da vida, a morte e o luto, considerando o domínio das intervenções e medidas farmacológicas para o adequado controle dos sintomas” (Brasil, 2022, p. 2), representando uma conquista para a área da saúde. Ainda assim, é evidente que a abordagem da morte ficou restrita aos profissionais de cuidados paliativos.

Pesquisadores afirmam que um dos grandes desafios da formação em saúde atual é transcender o ensino estritamente técnico para abranger a complexidade de situações que envolvam sofrimento e terminalidade. Na literatura, discute-se que grande parte dos profissionais da saúde são treinados para lidar com a morte em seus aspectos técnicos e legais, mas carecem de preparo para lidar com a pessoa que sofre pela ocorrência da morte. Assim, o processo de formação tende a imprimir uma visão impessoal e puramente biológica da ocorrência de uma perda, o que aliena os profissionais de suas próprias emoções e acarreta mais sofrimento para as famílias (Melo *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2021; Rosa, *et al.*, 2022).

Em termos conceituais, o luto define-se como a manifestação emocional de uma pessoa que sofre o rompimento de um vínculo com algo ou alguém querido. Representa o período pelo qual o enlutado passa a ressignificar a ausência da figura afetiva, o qual pode durar dias, meses ou até mesmo anos. É comum que nesse período a pessoa vivencie sentimentos como dor, revolta, culpa, dificuldade de aceitação, depressão e ansiedade. Porém, caso não consiga elaborar a perda, o sofrimento pode tornar-se patológico e afetar a saúde do enlutado e das demais pessoas ao seu redor (Luz; Bastos, 2019; Kübler-Ross, 2017). Isso se tornar ainda mais acentuado quando a morte ocorre de forma inesperada, como em um contexto de nascimento, no qual os envolvidos aguardam o início de uma nova fase vida, não a ocorrência de uma morte (Menezes; Marciano, 2019; Aciole; Bergamo, 2019; Kübler-Ross, 2017).

Estudo realizado em 2016, que avaliou fatores associados ao estado de luto pós-óbito fetal de mulheres brasileiras e canadenses, identificou uma elevada incidência de depressão, ansiedade e luto complicado entre as brasileiras, bem como uma alta prevalência de separação conjugal, que chegava a ser cogitada até seis vezes mais por elas. Os autores atribuíram os resultados à escassez de grupos de apoio especializados no assunto em território brasileiro e à falta de preparo dos profissionais para acolher o luto perinatal. A diferença entre as nacionalidades é evidenciada pelos próprios dados do estudo, que identificaram que 80% das mulheres canadenses que superaram o luto receberam assistência e/ou participaram de grupos de apoio especializados (Paris; Montigny; Pelloso, 2016).

Estudos mais recentes reafirmam as observações dos autores e chamam a atenção para outros agravos decorrentes de lutos não assistidos à saúde das famílias, tais como: falta de motivação; desunião familiar; abandono do lar; consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas; uso de medicamentos controlados; pensamento suicida, dificuldades financeiras, dentre outros. Eles reforçam a importância de discutir a realidade da morte nas formações em saúde, principalmente pelo impacto, positivo ou negativo, que a presença dos profissionais pode exercer na vida de uma pessoa enlutada (Rocha *et al.*, 2023; Ignacio; Medeiros, 2023; Rosa *et al.*, 2022; Figueiredo, 2020; Crepaldi *et al.* 2020; Sousa; Lins, 2020).

Considerando que os aspectos culturais e simbólicos da morte constroem possibilidades particulares para o modo como cada pessoa lida com a perda, observa-se uma fragilidade na formação dos profissionais de saúde que carece de atenção (Melo *et al.*, 2022). Assim, levando em conta a complexidade envolvida na abordagem da morte e sua relevância para a prática em saúde, tem-se como objetivo neste trabalho: investigar a percepção de docentes e discentes a respeito da abordagem da morte no contexto do nascimento na formação em saúde.

MÉTODO

Estudo de natureza mista, sequencial transformativo (quan→QUAL), que utilizou o referencial de Paulo Freire como lente teórica para a integração dos dados e as recomendações do *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), de 2018 para a condução do estudo (Hong *et al.*, 2018).

A fase quantitativa caracterizou-se como um estudo descritivo realizado junto a graduandos de enfermagem, medicina e psicologia de uma universidade no sul do país. A amostragem foi do tipo não probabilístico e se deu por conveniência, dada à natureza dessas profissões que lidam diretamente com o enfrentamento da morte em seus ofícios.

A população foi estabelecida a partir do número de discentes matriculados nas duas últimas fases dos respectivos cursos durante o semestre de 2021.1 (264 discentes, 58 de enfermagem, 134 de medicina e 72 da psicologia). Foram adotados como critérios de inclusão: ser discente do curso de enfermagem, medicina ou psicologia da universidade escolhida e estar cursando as duas últimas fases da graduação (Polit; Beck, 2019).

O recrutamento foi realizado após a pesquisadora principal contactar as coordenações dos cursos por *e-mail*, explicando os objetivos e etapas da pesquisa e obter a aprovação para divulgação. O convite para a participação da pesquisa foi feito por diferentes vias, incluindo o envio de *e-mails* por meio das secretarias dos cursos, associações de discentes e pelos docentes responsáveis pelas últimas fases dos cursos. Também foi pedido aos representantes de turma que divulgassem o convite nos grupos de discentes formados em um aplicativo de mensagem instantânea, quando disponibilizado por algum responsável. Além disso, foi solicitada autorização aos discentes para a divulgação da pesquisa presencialmente em sala de aula, porém apenas dois retornaram. Para cada estratégia de recrutamento, foram feitas três tentativas.

No convite, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um *link* de acesso a um formulário eletrônico elaborado no *Google forms*®. Esse formulário incluía questões abertas e fechadas sobre as características sociodemográficas dos discentes, o curso de graduação ao qual pertenciam e sobre o preparo recebido na graduação para lidar com a morte relacionada, ou não, ao contexto do nascimento. O mesmo trata-se de uma adaptação do questionário: “avaliação do preparo dos discentes do oitavo semestre de medicina no enfrentamento com a morte e o morrer dos pacientes”, criado, testado e validado por Azeredo (2007). No questionário, também foi solicitado aos discentes que mencionasse o

nome de docentes e/ou disciplinas que tivessem abordado o tema da morte na formação, mesmo que uma única vez, para identificar potenciais participantes para a etapa qualitativa.

Os dados obtidos da fase quantitativa foram tabulados no programa *Excel*® 2016 e analisados por meio de estatística descritiva. O processo de coleta desta etapa ocorreu entre os meses de março a julho de 2022.

Para a fase qualitativa adotou-se o método da problematização no intuito de compreender e ampliar os resultados quantitativos. Foram convidados a participar do estudo: os discentes da fase quantitativa que demonstraram interesse em continuar na pesquisa e os docentes das disciplinas mencionadas no formulário online. Os convites foram enviados pelo *e-mail* da instituição. Os discentes receberam apenas um TCLE, enquanto os docentes receberam uma carta convite, o TCLE e uma ficha de caracterização docente.

A coleta de dados da fase qualitativa foi realizada por meio de grupos focais, desenvolvidos de forma *online* na plataforma do *Google meet*® e presencialmente na instituição investigada. Essa fase ocorreu entre agosto de 2022 a março de 2023.

Como critérios de elegibilidade, adotou-se: ser docente da área da saúde e ministrar alguma disciplina para os cursos de graduação em enfermagem, medicina e/ou psicologia da universidade selecionada a pelo menos um ano ou ser discente da área da saúde e ter participado da primeira fase do estudo. Foram excluídos os docentes temporários.

Para adequar a coleta à agenda dos participantes, foram realizados três encontros iguais em datas distintas. Para isso, utilizou-se um roteiro semiestruturado para a sistematização dos encontros, composto pelas cinco etapas do arco da problematização de Charles Maguerez: 1) Reconhecimento da realidade, 2) Listagem dos Ponto-chaves; 3) Teorização; 4) Hipótese de solução; e 5) Aplicação à realidade.

Na primeira etapa, “Reconhecimento da realidade”, os participantes foram convidados a expressar suas opiniões sobre o preparo fornecido pelas formações para lidar com a morte e o luto relacionado, ou não, ao contexto do nascimento. Em seguida, foram apresentados os dados da etapa quantitativa e ouvidas suas opiniões a respeito dos resultados (momento em que se iniciou a integração dos dados). Posteriormente, foram listados os pontos de conflito envolvidos (2ª fase do arco); teorizados os motivos de ocorrerem (3ª fase); e refletido sobre possíveis soluções (4ª e 5ª fase).

O tempo médio de duração de cada grupo foi de aproximadamente duas horas. Todos os encontros foram gravados e transcritos posteriormente pela pesquisadora principal, que substituiu a identidade dos participantes pelas letras “DI”, no caso dos discentes, e “DO” para os docentes, seguida de um número, conforme ordem de participação: (DI1, DO2, DI3).

Para garantir a coerência dos dados, visto que os grupos ocorreram separadamente, foi criado um quadro sintetizando os resultados de todos os grupos. Esse quadro foi apresentado aos participantes para validação de conteúdo em um encontro presencial na instituição, em que puderam excluir ou incluir novos elementos.

Todo o processo de análise foi realizado seguindo a proposta operativa de Minayo (2014) e os resultados serão apresentados juntamente com os dados quantitativos em duas categorias de análise, cada uma com três subcategorias, conforme ilustrado no quadro 10.

Quadro 10 - Categorias e Subcategorias de sentido - Etapa qualitativa.

Categorias	Subcategorias
A MORTE NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE: UMA REALIDADE INVISÍVEL	<ul style="list-style-type: none"> - Os discentes não se identificam com o tema - O tema da morte tem pouca visibilidade no contexto do nascimento - Carga horária e estrutura curricular são insuficientes
PREPARO E IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDOS AO TEMA	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção dos discentes diverge da realidade da formação - Paradigma biológico e tecnicista da saúde -Necessidade de sensibilizar para a importância do tema

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

O estudo foi apresentado ao Comitê de ética da UFSC e aprovado sob o parecer: 5.287.016. Em ambas as fases, foram respeitadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, descritas nas Resoluções nº 466/2012 (Brasil, 2012) e nº 510/2016 (Brasil, 2016); bem como as orientações do ofício nº 2/2021, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Brasil, 2021), para procedimentos de pesquisa em ambientes virtuais, e os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018). A coleta ocorreu somente após aceite e assinatura do TCLE pelos participantes.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da fase quantitativa 45 discentes. Desses, sete foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, totalizando 38 respondentes. A média de idade dos

participantes variou entre 21 e 47 anos, sendo 27 mulheres e 11 homens. Com relação ao estado civil, 33 eram solteiros, dois estavam em união estável e três eram casados. Quanto à naturalidade, 25 eram do estado de Santa Catarina, cinco do Rio Grande do Sul, três do Paraná e quatro de outros estados (Mato Grosso, Minas Gerais, São Paulo e Maranhão), havendo apenas uma pessoa de nacionalidade uruguaia.

Com relação ao curso de graduação realizado, 15 participantes faziam medicina; 12, psicologia; e 11, enfermagem. Destes, 11 manifestaram interesse em continuar na fase qualitativa da pesquisa, mas somente dois compareceram aos encontros (um de enfermagem e outro de medicina).

Para a segunda fase do estudo, 41 docentes foram mencionados como potenciais contribuintes. Destes, 15 demonstraram interesse em participar, mas apenas 10 compareceram aos encontros (oito de enfermagem, um de medicina e um de psicologia), totalizando 12 participantes (docentes e discentes). Todos os docentes eram mulheres, com média de idade de 45,5 anos, sendo cinco casadas, três solteiras e duas divorciadas. Quanto à religião, cinco eram católicas, duas espíritas, uma luterana, uma agnóstica e uma preferiu não se manifestar. Todas possuíam elevado nível de formação, com especialização, mestrado e doutorado. A média de tempo de atuação docente na universidade investigada foi de aproximadamente 8,2 anos.

A MORTE NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE: UMA REALIDADE INVISÍVEL

Os três cursos participantes do estudo possuem disciplinas que abordam sobre a morte (84,2%), porém seis discentes não lembravam ou não sabiam informar se elas existiam nas grades curriculares. Da mesma forma, nota-se que a abordagem da morte no contexto do nascimento é menos discutida nas formações em saúde, tanto a nível teórico (71,1%) quanto vivencial (42,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Abordagem da morte nos cursos de graduação da área da saúde de uma Universidade no Sul do Brasil, SC, 2023

Variáveis	n 38	%
Graduação contém disciplinas que abordam o tema da morte		
Sim	32	84,2
Não	3	7,9
Não sabe informar	3	7,9
Leu ou discutiu o tema no contexto do nascimento		
Sim	27	71,1

Não	11	28,9
Vivenciou alguma situação de morte, real ou simulada na graduação		
Sim	32	84,2
Não	6	15,8
Ela envolvia o contexto do nascimento		
Sim	16	42,1
Não	22	57,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Os discentes não se identificam com o tema

Para os participantes da segunda fase, tanto a baixa adesão à pesquisa quanto o esquecimento dos discentes indicam falta de interesse e/ou identificação dos mesmos com o tema da morte, especialmente quando ela envolve o contexto do nascimento.

“Eu acho que tanto a baixa adesão quanto às respostas [da pesquisa] em si [...] eu vinculo muito a falta de identificação do aluno com esse tema. Para começar, nas amostras de conveniência, a pessoa que vai responder, vai responder se convir a ela, já começa por aí. Quem responde já é uma pessoa que, de antemão, dá um valor [para o tema] para querer responder [a pesquisa] [...] E se você [...] tem um mínimo [de] contato que seja com ele, você lembra dele porque ele tem um significado pessoal para você. [...] A primeira aula que eu tive depois que eu perdi o meu avô foi sobre o câncer do qual o meu avô tinha morrido. Óbvio que [...] aquilo me chamaria a atenção. Agora, se fosse uma segunda-feira qualquer e eu tivesse aquela mesma aula, ia ser assim: "que professor chato", como outras tantas segundas-feiras, coisas que não me tocavam e que passam a tocar a partir do momento que a gente tem aproximação” (D13).

“Eu tive uma experiência muito legal de trabalhar com a professora [nome da professora] e ela [...] montou todo um currículo [...], fazia simulação, muito legal. [...] Aí nós fizemos um esquema para colocar pelo menos duas aulas em cada semestre obrigatórias e os alunos ficaram putos [...] porque era muita carga horária. Claro, você tem que ter uma disponibilidade emocional e uma vontade de brincar, de encarar aquilo, aquilo tem que fazer sentido para você. Só que chegou uma hora que encheu o saco porque eles não faziam nada, não escreviam nada, não mandavam nada e ela falou assim: "não quero mais fazer". Era uma super carga horária, ela se empolgava toda, a gente se preparava, fazia mil cenários e os alunos não quiseram. E de novo, a gente vai culpar os alunos por não saberem que eles precisam desse conteúdo na quinta fase? Esse cara está no terceiro ano e eles nem sabem que eles vão precisar? Depois chega no [nome do estágio]: "mas eu nunca tinha visto". [...] Eu vejo mais problemas, além disso. [...] Eu tenho filhos universitários e é tanta coisa que eles têm [...] que eles não têm nem disponibilidade

emocional para lidar [com isso], e acho que é por isso que eles não vão [nas aulas]" (DO12).

O tema da morte tem pouca visibilidade no contexto do nascimento

É possível perceber que a ênfase dada à morte no contexto do nascimento é escassa na formação em saúde. Pela fala dos participantes, conclui-se que isso se deve à associação do local ao início da vida e à imagem do bebê, o que vincula a possibilidade de morte apenas ao óbito neonatal, excluindo do imaginário profissional outras situações envolvidas, como o óbito materno, fetal e o abortamento.

“Não vivenciei isso [preparo para lidar com a morte] nem na trajetória acadêmica e nem na minha [trajetória] pessoal mesmo. [...] Eu acho que é um momento muito inesperado, porque quando a gente pensa no nascimento a gente não pensa na morte associada, então quando acontece é algo que mexe muito com todo mundo [...] Eu acho que ao longo da graduação a gente não é preparada para lidar com a morte, mas não só no contexto do nascimento” (DII).

“Eu sou formada há 20 anos, e quando eu ainda estava fazendo a graduação [...] um grupo de estudantes me convidou para participar da mesa da semana acadêmica e o tema era sobre morte. [...] Naquela época [...] eu falei que a gente não tinha preparo [...] para lidar com a morte no nosso cotidiano e no nosso trabalho, e que a nossa profissão teria sempre esse tipo de circunstância, diferente de outras profissões. [...] E aí nesse dia eu falei que, no hospital, o único lugar que praticamente os pacientes entram felizes e porque querem, era a obstetrícia” (DO4).

“Tem alguns ambientes que tem muito mais mortes e eu sempre tive muito interesse em trabalhar na maternidade, onde tem o nascimento, onde tem gestação, onde tem bebê, isso sempre me encantou muito. E o que eu percebi é que nesses ambientes tem menos morte. Onde tem nascimento, não tem tanta morte, todo dia, como tem na UTI, como tem na clínica médica. Então parece que é um ambiente mais de vida, mas a morte também acontece (DO10)”.

“Eu acho engraçado porque se a gente olhar, a gente traz muito a parte da perda da criança, a gente não fala muito da morte materna [...]” (DO11).

“O aborto é muito mais frequente do que a morte de pessoas já formadas, mas é muito menos valorizado” (DO12).

Carga horária e estrutura curricular são insuficientes

Outro fator mencionado pelos participantes foi a carga horária destinada ao assunto nos cursos de graduação da saúde e a estrutura curricular adotada pela instituição.

“[Enquanto professores] [...] se acontecer [uma situação de morte], a gente vai fazer a abordagem com o aluno, mas, honestamente, nós não discutimos um plano com uma aula para falar sobre o processo de morte e como lidar com isso”. (DO4)

“A enfermagem é bem diferente da medicina, porque [lá] você não segue uma turma, você dá uma aula para a sexta, duas aulas para a quinta [fase] [...] e cada uma tem um monte de slide. Ai você tem que passar a [matéria de] ausculta do batimento cardíaco fetal, é uma aula que tem 60 slides e você tem que ensinar tudo. Ai você fala assim: "vou falar de óbito?". O primeiro slide que “dança” quando eu tenho que adaptar o meu tempo é o de óbito” (DO12).

PREPARO E IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO APRENDIZADO

Em relação ao preparo para lidar com situações de morte, nota-se que a maioria dos discentes (65,8%) sente-se parcialmente preparado para lidar com situações de morte e luto. No entanto, apenas 12 discentes (31,6%) mantiveram suas respostas quando ela envolve o contexto do nascimento.

Em relação à importância de aprender sobre o tema, 36 discentes (94,7%) consideram importante, tanto para a vida pessoal quanto para o exercício profissional. Apesar disso, um discente considerou ser irrelevante para a formação profissional, enquanto outro mencionou ser relevante apenas para quem atua na área materno-infantil (Tabela 2).

Tabela 2 - Preparo para lidar com situações de morte e luto e importância atribuídos ao aprendizado do tema por discentes de uma Universidade no Sul do Brasil, SC, 2023.

Variáveis	n	38	%
Preparado para lidar com situações de morte e luto			
Totalmente preparado(a)	0		0
Parcialmente preparado(a)	25		65,8
Parcialmente despreparado(a)	12		31,6
Totalmente despreparado(a)	1		2,6
Preparado para lidar com situações de morte no contexto do nascimento			
Totalmente preparado(a)	0		0
Parcialmente preparado(a)	12		31,6
Parcialmente despreparado(a)	18		47,4
Totalmente despreparado(a)	8		21,1
Aprender sobre morte no contexto do nascimento é:			
Importante, tanto para a vida pessoal quanto para a atuação de todos os profissionais	36		94,7
Importante para a vida pessoal e atuação apenas dos profissionais da área materno/infantil	1		2,6

Irrelevante tanto para a vida pessoal, quanto para a atuação dos profissionais da saúde	1	2,6
---	---	-----

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Percepção dos discentes diverge da realidade da formação

Para os participantes da etapa qualitativa, a sensação de preparo referida pelos discentes (63,8%) não condiz com a realidade da formação, nem com as habilidades que estes demonstram em sala de aula.

“Eu até penso que, como eles dizem que se sentem parcialmente preparados, acho que eles imaginam assim: “quando eu for [...] um profissional já há muito tempo, botei meu jaleco, virei profissional, irei conseguir”, acho que foi uma pretensão, uma vontade de ser [...]. A gente vê realmente que há uma lacuna e há uma necessidade de desenvolver essa habilidade, essa competência, essa sensibilidade nos alunos” (DO2).

“Eu vejo os profissionais muito capacitados para lidar com situações complexas [...] que exigem muita capacidade técnica [e] de envolvimento com o trabalho [...] mas, quando a morte acontece, ela se torna um fato médico. O que é um fato médico? Ela vira um óbito, não é o filho da fulana que morreu, é um óbito fetal, então, o fato médico descaracteriza as características de quem morreu ou de quem se enlutou, muitas vezes [...]. Como é um fato médico, ver o óbito não tem significado para a maioria das pessoas ali, e [...] é vivido como um fracasso [...] Eu posso gerar significados negativos sobre a morte [...] ao ponto de ter dúvidas se eu deveria ter estado naquele plantão, deveria ter estado acompanhando aquela gestante... Então, a falta de preparo desse profissional é justamente [...] a incapacidade de lidar com a morte na complexidade de como ela acontece” (DO5).

“O dado que mais me chamou atenção foi os alunos dizerem que se sentem parcialmente preparados. Aquilo ali me assustou um pouco, porque eu não vejo o curso preparando o aluno para lidar com a morte, e ao mesmo tempo quando eles falam com a gente, a gente vê que eles têm muita dificuldade em todas as abordagens e até para cumprimentar. Então se tem dificuldade em cumprimentar, como é que vai ter facilidade em lidar com a morte?” (DO7)

Influência do paradigma biológico e tecnicista da saúde

Um dos fatores que contribui negativamente para que o tema da morte seja abordado em sala de aula é o viés biológico e tecnicista do fazer em saúde.

“A história do hospital moderno [...] é uma história que conta para a gente que a morte não existe, que é um local de cura, aquilo tudo que todos nós sabemos, e as profissões da saúde, elas fazem esses juramentos

hipocrático, no sentido de “olha, vamos lá salvar todo mundo”, mas isso traz muita ambivalência para quem está trabalhando, muita ambivalência com relação à sua identidade. Tudo que representa luto no hospital [...] pode ser visto como: “eu não devia estar sentindo isso, isso não é adequado” [...], sobretudo no momento do nascimento. A ambivalência do nascer e do morrer no mesmo momento traz muita ambivalência, “como que eu venho para um local que tem que ajudar e eu acabo sofrendo? Isso é totalmente inadequado, inesperado, indesejado” (DO5).

“Se a gente fala de vida, a gente tem que falar de morte, porque senão a gente está replicando um conceito, uma cultura bem ocidental, que a gente sabe que não é adequada. Então não é só uma lacuna, é um tema que faz parte da vida, morrer faz parte da vida, então a gente não pode ficar no modelo biomédico curativista, porque senão a gente está fugindo de uma realidade” (DO7).

“Uma coisa que pouco se fala é a questão dos corpos [...], os alunos acabam tendo contato com os corpos na anatomia onde a gente é ensinado [...] que aquilo é uma peça anatômica. E justamente por isso, a gente desumaniza as peças anatômicas. Pelo menos na minha formação, ter o corpo inteiro [era difícil], tinha mais fragmentos de corpos para você estudar. E eu vejo que o corpo morto da criança incomoda muito” (DO12).

Necessidade de haver sensibilização

Os participantes falaram sobre a importância de desenvolver estratégias pedagógicas para sensibilizar os discentes acerca da importância do tema durante a formação, enfatizando sua complexidade, bem como a relevância da atuação do profissional na vida dos enlutados.

“Quando a gente fala do tema morte na graduação, ele tem um diferencial que às vezes nem o professor se toca [...]: ninguém está preparado, de fato, para quando vai acontecer [...] Muitas vezes, quem vai estar na “cara do gol” na hora que isso acontece é o discente. Então, quando o aluno se toca disso, esteja ele na fase em que estiver, é muito potente, porque uma coisa [...] é falar: “tu vais precisar quando for profissional, tá?”; e ele fala: “falta bastante [...], até lá eu dou um jeito [...]”. Então você fala: “vou te falar uma coisa, quem sabe, [...] quando tu estiver no teu estágio ali, achando que não vai dar nada, e só contando as horas para ir embora, acontece na tua frente e é tu que vai ter que manejar”. [...] acho que muitas vezes o que pega é que o aluno pensa que é algo automático [...]: “infelizmente fizemos tudo que podíamos”. “Sinto muito, mas não deu certo”. “Sinto muito, mas... apesar de tudo”...” (DI3).

“Eu penso que, talvez [...] o ponto chave seria sensibilizar os alunos. Talvez, a forma como a gente aborda esses temas não sensibilize tanto, no sentido de eles pensarem a complexidade que tem essa temática.

Talvez, o momento [da formação] com que a gente aborda, talvez, realmente, seja mais lá, quando eles estão no campo prático, que eles estão vivenciando, que eles se dão conta da importância desses temas que foram trabalhados. Não sei, já tive situações que a gente abordou com uma turma [...] mortalidade nesse contexto [...], mas eu percebi que, quando a gente foi para campo, [...] [eles falaram]: “professora, mas a gente não trabalhou esse tema, eu não me recordo disso”, então a forma como foi trabalhado com os alunos aquela temática, de alguma forma, não sensibilizou eles” (DO6).

DISCUSSÃO

No tocante dos resultados, nota-se que diferentes questões permeiam a discussão e o enfrentamento da morte na formação em saúde, que variam desde o desinteresse dos discentes até a pouca visibilidade dada ao tema. Dados similares são encontrados em uma revisão integrativa que investigou a ocorrência da abordagem da morte e do morrer nas graduações de medicina do Brasil. Segundo o estudo, o modelo biomédico das formações, a organização curricular e até mesmo o preparo dos docentes são obstáculos para a reflexão do assunto nas salas de aula. Além disso, são poucos os cursos no país que incluem os aspectos psicossociais envolvidos no processo de morte nos currículos, e, aqueles que o fazem muitas vezes limitam-se a cargas horárias insuficientes, disciplinas optativas ou extracurriculares, e frequentemente utilizam métodos didático-pedagógicos inadequados para desenvolvê-los. Como resultado, os discentes saem prejudicados, pois, além de ficarem expostos ao sofrimento psíquico derivado do enfrentamento da morte e do luto das famílias, iniciam seu fazer profissional com um conhecimento desfasado (Melo *et al.*, 2022).

Esses dados refletem a realidade do contexto pesquisado, onde os cursos apresentam disciplinas que abordam a temática da morte (84,2%), porém dão menos visibilidade ao contexto do nascimento, tanto a nível teórico (71,1%) quanto prático (42,1%). Essa constatação é reforçada pela fala de D11, na segunda subcategoria, que menciona a ausência de preparo específico para lidar com a morte nesse contexto. Além disso, a fala de DO12, na terceira subcategoria, que refere que “o primeiro *slide* que “dança” quando ela precisa adaptar a carga horária, é o de óbito” (terceira subcategoria), deixa evidente que o espaço destinado a essas discussões é limitado, especialmente devido à distribuição curricular das instituições.

Outros trabalhos também evidenciam que os profissionais da saúde são formados para diagnosticar doenças e preservar a vida. Dessa forma, quando precisam lidar com situações de morte sentem-se despreparados, a ponto de alguns a interpretarem como sinônimo de insucesso e reagirem a ela com atitudes evitativas e/ou de negação. Essas atitudes, segundo os dados, são ainda mais expressivas quando envolvem o contexto do nascimento, já que o

espaço, como observado na fala dos participantes, é associado ao início da vida, à esperança e à felicidade. Apesar disso, os índices de mortalidade são elevados nesse cenário e necessitam de profissionais com habilidades de manejo especializado (Rosa *et al.*, 2022; Silveira *et al.*, 2022; Wolf *et al.*, 2022).

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano 2019, declarou em nota que mais de 2,8 milhões de grávidas e recém-nascidos morrem por ano no mundo, o equivalente a uma morte a cada 11 segundos, durante, imediatamente ou após o parto. A maioria dessas mortes acontece até o 27º dia de vida, sendo 30% delas um dia após o nascimento. O abortamento, por sua vez, representa o desfecho de 10% das gestações e é considerado um problema de saúde pública, principalmente porque as estatísticas do Brasil são feitas com base no número de abortos registrados ou de internações por complicações do aborto nos serviços de saúde (Brasil, 2020b; Cardoso; Vieira; Saraceni, 2020; ONU, 2019). Portanto, conclui-se que a morte no contexto do nascimento é significativa e que a falta de preparo dos profissionais para lidar com ela representa uma fragilidade na formação dos profissionais de saúde e coloca em risco à saúde de todos os envolvidos.

Uma revisão integrativa, que investigou as experiências e condutas dos profissionais de saúde frente ao óbito neonatal, identificou que a forma como os profissionais enfrentam a realidade da morte influencia o seu modo de cuidar. Profissionais com atitudes defensivas, como distanciamento e repressão de sentimentos, transmitem frieza e indiferença às famílias, dificultando a superação do luto (Rosa *et al.*, 2022). Dados similares são destacados em outros trabalhos, os quais evidenciam que profissionais com habilidades de enfrentamento mais eficazes geralmente possuem mais tempo de vida e de trabalho, ressaltando a importância do aprendizado pela experiência (Rocha *et al.*, 2023; Silveira *et al.*, 2022).

Ao considerar essas questões, destacam-se as falas da subcategoria “percepção dos discentes diverge da realidade da formação”, especialmente o depoimento de DO7, que refere a dificuldade dos discentes em realizar abordagens simples, como cumprimentar o paciente, o que sugere uma falta de habilidade para lidar com abordagens complexa, como a condução de um processo de luto. Talvez seja esse o motivo pelo qual 47,4% dos discentes declararam sentir-se parcialmente despreparados para lidar com a morte no contexto do nascimento (Tabela 2), visto que esse tipo de morte demanda habilidades de manejo mais específicas.

Realizar uma assistência integral de qualidade exige que os profissionais da saúde desenvolvam habilidades para formar vínculos de afeto com aqueles que estão sob os seus cuidados, que vão além dos conhecimentos técnicos de seus ofícios. Assim, para

compreenderem as necessidades de cada pessoa, precisam, antes, aprender a escutar; a refletir criticamente suas ações e a dialogar de forma genuína, principalmente porque não há encontro sem diálogo, como também não há respeito sem escuta.

O educador, Paulo Freire, via na dialogicidade a possibilidade de fazer emergir os limites vivenciados pelas pessoas em situações específicas. E buscava, por meio delas, compreender a leitura que faziam da realidade. Assim, ele estimulava a reflexão conjunta no intuito de transpor os limites da singularidade humana, de modo que os envolvidos pudessem criar juntos, novas formas de compreender, ser e estar no mundo (Dalmolin, 2020; Freire, 2005).

Ao proporcionar aos docentes e discentes um espaço para reconhecer sua realidade, o presente estudo permitiu que alcançassem um diagnóstico de seu contexto atual, servindo como um momento de trocas para pensar em possíveis estratégias de melhorias. Além disso, todo o processo reflexivo aproximou os participantes do tema, levando-os a se engajar no processo de mudança de sua prática e a se tornarem uma fonte de inspiração para que outras pessoas também se sensibilizassem com o tema.

Alguns autores consideram que a dificuldade apresentada pela área da saúde em lidar com temas reflexivos, como a morte, nas salas de aula, deriva do viés biologicista e cartesiano sobre os quais os cursos se estruturam. Por ter uma lógica voltada a um fazer especializado, o pensamento mecanicista constitui uma barreira para a construção de um saber reflexivo, já que criam no imaginário dos egressos uma hierarquia de conhecimento em que as habilidades técnicas se tornam mais importantes para o fazer profissional do que o raciocínio subjetivo (Amaral; Boery, 2022; Alves *et al.*, 2022; Alves *et al.*, 2021; Crepaldi *et al.*, 2020; Figueiredo, 2020; Oliveira *et al.*, 2020; Kübler-Ross, 2017). Tais aspectos também foram trazidos pelos participantes da presente pesquisa, como observado nos depoimentos da subcategoria “paradigma biológico e tecnicista da saúde”.

Frente ao exposto, é importante considerar a questão da “disponibilidade emocional”, mencionada por DO12 na subcategoria “Falta de identificação com tema”, principalmente porque as universidades recebem discentes cada vez mais jovens que precisam se adaptar a um conjunto de mudanças intrínsecas ao processo de formação em um curto espaço de tempo.

O volume de leitura, o desenvolvimento de atividades teóricas, as avaliações constantes, a responsabilidade aumentada, a cobrança para o desempenho de procedimentos práticos e o lidar com as expectativas (externas e internas) relacionadas a ser “um bom profissional” são alguns exemplos citados pela literatura que podem levar os discentes a

estados de desgaste e sobrecarga, fazendo com que evitem tudo o que exija demasiadamente seu envolvimento (Amaral; Boery, 2022; Grings; Kaieski; Jung, 2022).

O aparente “desinteresse” dos discentes por um tema também pode indicar a dificuldade que possuem para se relacionar com assuntos desconhecidos, uma vez que esses conhecimentos precisam ser elaborados e significados para serem integrados à sua estrutura cognitiva (Amaral; Boery, 2022). Nesse processo, muitas vezes, as novas informações “esbarram” na forma como eles compreendem a realidade, causando conflitos com o seu modo de ser e estar no mundo. Assim, requer deles um movimento adaptativo, para o qual podem precisar de ajuda. O temor da finitude é tão grande em alguns seres humanos que, inconscientemente, eles evitam pensar na morte para não atraí-la. Dessa forma, eles ignoram a inevitabilidade do fim da vida para evitar sofrer, tornando o culto a vida o cenário da boa sorte. Logo, a morte no contexto do nascimento choca, por ser quase inconcebível no imaginário coletivo, o que contribui para torná-la um tabu, mesmo entre os profissionais da saúde (Ignacio; Medeiros, 2023).

Na educação Freireana, que se baseia na troca constante entre aquele que ensina e quem é ensinado; no respeito aos saberes individuais; no aprendizado progressistas e na ação-reflexão-ação consciente, o aprendizado se faz na realidade das contradições e floresce em meio às experiências dos indivíduos e no contexto ao qual pertencem. O ideal e o real são vistos em conjunto, assim como o singular e o coletivo, de modo que o caminho percorrido é criado a partir, e em prol, da realidade concreta, não da ideologia (Dalmolin, 2020; Freire, 2005). Assim, possibilita-se que docentes e discentes conheçam seu contexto de atuação e os problemas que nele existem, permitindo-os não só criarem soluções plausíveis, mas torná-los profissionais mais qualificados, emancipados e transformadores da realidade.

Uma limitação enfrentada neste trabalho foi o contexto pandêmico, cujo volume de atividades *online* ocasionou sobrecarga física, mental e emocional em muitos docentes e discentes da área da saúde, dificultando a adesão de mais participantes. Outra questão foi a adoção da amostra intencional e não probabilística, que impossibilita a generalização dos dados. Portanto, sugere-se que outros trabalhos sejam realizados em diferentes realidades e períodos de tempo para fins de comparação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo alcançou seu objetivo de investigar a percepção de docentes e discentes sobre a abordagem da morte no contexto do nascimento na formação em saúde. O desenho misto

permitiu uma visão abrangente da realidade das formações em saúde, destacando a continuidade de fragilidades antigas, identificadas em outros estudos, e a importância de haver uma reestruturação curricular nas graduações. O diálogo e a reflexão multiprofissional foram identificados como essenciais para a promoção do cuidado integral às famílias que enfrentam uma perda no contexto do nascimento, especialmente quando baseados nas necessidades da população e na realidade das instituições de ensino.

O estudo contribui ao campo científico ao fornecer um “diagnóstico” do cenário de ensino, alertando e inspirando outras universidades a avaliarem seus caminhos formativos, nos quais a temática da morte no contexto do nascimento muitas vezes permanece secundária nas salas de aula.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G.; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde em debate (online)**, v.43, n.122, p. 805-818, nov., 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912212 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019000300805&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 18 jun. 2020.

ALVES, I. F. B. O.; COSTA, R.; LIMA, M. M.; ZAMPIERI, M. F. M.; NITSCHKE, R. G.; GOMES, I. E. M. Significados atribuídos à maternidade por mulheres de um grupo de casais grávidos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. e56988, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.56988>. Acesso em: 16 jan. 2022.

ALVES, I. F. B. O.; COSTA, R.; LIMA, M. M.; ZAMPIERI, M. F. M.; NITSCHKE, R. G.; VOLVATO, F. Influências na construção do significado da maternidade. **RECIEN**, v.12, n. 37, p.3-13, 2022. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.3-13>. Acesso em: 10 jun. 2022.

AMARAL, A. P. S.; BOERY, R. N. S. O. Metodologias ativas no processo de ensino-aprendizado do curso de Enfermagem. **Educación Física Y Deportes.**, v.27, n.290, p.34-49, 2022. DOI: <https://doi.org/10.46642/efd.v27i290.2416>. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/download/2416/1615?inline=1>. Acesso: 23 agost., 2023.

AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação.** 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Pediatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS. 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12945/000635601.pdf?sequence=1> Acesso: 30 mar., 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº569**, de dezembro de 2017. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf> . Acesso em: 19 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 573**, de 31 de janeiro de 2018b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>. Acesso: 04 Abr., 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3**, de 3 de novembro de 2022d. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CNE-CES-003-2022-11-03.pdf>. Acesso: 04 abr., 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika)**, Semanas Epidemiológicas 1 a 19, 2020. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, v.51, mai. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, sup.1: e00188718, 2020. DOI: 10.1590/01002-311X00188718. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8vBCLC5xDY9yhTx5qHk5RrL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 set., 2021.

COFEN. Conselho Regional de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 678/2021**. Aprova a atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-678-2021/>. Acesso: 05 Jun., 2024.

CREPALDI, M. A.; SCHIMIDT, B.; NOAL, D. S.; BOLZE, S. D.; GABARRA, L. M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de Covid-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos em Psicologia**, Campinas, v.37, n.e200090, p. 1-12, 2020. DOI: 10.1590/1982-0275202037e200090. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2020000100508&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 24 jan. 2021.

DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T., S. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: desvelando a promoção da saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v.28, e3277, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YzZcH3vhQ3P9qfrM4gnxz5y/?lang=en>. Acesso: 24 jun., 2021.

FIGUEIREDO, A. M. de. Tanatologia: Abordagem histórico-filosófico da morte no contexto da medicina legal e do direito. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 09, n.10, p.26-55, 2020. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/lei/medicina-legal. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/lei/medicina-legal>. Acesso: 18 mar. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GRINGS, A. J.; KAIESKI, N.; JUNG, C. F. Gestor educacional: você sabe o que influencia as escolhas profissionais de seus discentes?. **Trabalho e educação.**, v.31, n.1, p.155-66, 2022.

DOI: <https://doi.org/10.35699/2238-037X.2022.26541>. Disponível em:
<https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/26541>. Acesso: 23 agost. 2023.

HONG, Q. N.; PLUYE, P.; FÀBREGUES, S.; BARTLETT, G.; BOARDMAN, F.; CARGO, M. *et al.*, **Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018**. Canadá: McGrill, 2018. Disponível em:
http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf. Acesso: 15 Nov., 2020.

IGNACIO, E. S.; MEDEIROS, A. P. Nascimento e morte: o apagamento do luto durante a perinatalidade. **ID on line**, v.17, n.66, p.253-72, 2023. DOI:
<https://doi.org/10.14295/idonline.v17i66.3743>. Disponível em:
<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3743/5793>. Acesso: 06 set. 2023.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros e aos próprios parentes. 10ªed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

LUZ, R.; BASTOS, D. F. **Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer**: o legado de Elisabeth Kübler-Ross para os nossos dias. São Paulo: Summer, 2019.

MELO, V. L.; MAIA, C. Q.; ALKMIM, E. M.; RAVASIO, A. P.; DONADELI, R. L.; DE PAULA, L. O. E *et al.* Morte e morrer na formação médica brasileira: revisão integrativa. **Rev. Bioética**, v. 30, n. 2., p. 300-17, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302526PT>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/qGGFJdGcTnwNZ8PmQTXSxnz/?lang=pt#>. Acesso: 05 set. 2023.

MENEZES, N. R. C.; MARCIANO, R. P. Morte na maternidade: intervenção psicológica em um grupo de mães enlutadas. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 23, n. 1, p: 176-189, jan./jun. 2019. Disponível em:
<http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/51148/27212>. Acesso em: 2 ago. 2020.

MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, J. C. de; FELIPE, B. C. M.; BARBOSA, G. de; SANTOS, T. P. dos; VIANA, J. S. Reflexões sobre o suporte emocional do enfermeiro no processo de tanatologia. **Brazilian Journal of Health Review**. v.3, n.3, p.4566-76, may/jun. 2020. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/341894787_Reflexoes_sobre_o_suporte_emocional_do_enfermeiro_no_processo_de_tanatologia Acesso: 15 mar. 2021.

OLIVEIRA, C. A.; AMARAL, E. M.; CYRINO, E. G.; GLANINI, R. J. Encontros e desencontros entre projetos pedagógicos de cursos de Medicina e Diretrizes Curriculares Nacionais: percepções de docentes. **Interface (Botucatu)**, v.25, e200076, 2021. DOI:
<https://doi.org/10.1590/interface.200076>. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e200076/>. Acesso: 22 Jan 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **UNICEF e OMS dizem que taxas de mortalidade materno-infantil nunca foram tão baixas**. ONU News, 2019. Disponível em:
<https://news.un.org/pt/story/2019/09/1687532>. Acesso em: 18 jul. 2020.

PARIS, G. F.; MONTIGNY, F.; PELLOSO, S. M. Factors associated with the grief after stillbirth: a comparative study between Brazilian and Canadian woman. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 546-553, July./aug. 2016. DOI: 10.1590/S0080-623420160000500002. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0546.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.

PEIXOTO, M. T.; MIRANDA, A. C.; PEIXOTO, M. T. Formação para a Atenção Primária à Saúde. **J Management Primary Health Care**, v.12, e.44, p.57-66, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.174632>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/174632>. Acesso: 22 Jan 2024.

POLIT, F. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ROCHA, L.; COSTA, R.; GOMES, I. E. M.; ALVES, I. F. B. O.; ROSA, R.; LIMA, M. M. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem no cuidado à mulher com óbito fetal. **Saberes Plurais: educação em saúde**, v.7, n.1, p.1-16, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v7i1.128168>. Disponível: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/128168>. Acesso: 11 mai 2023.

ROSA, R.; GOMES, I. E. M.; COSTA, R.; ALVES, I. F. B. O.; AIRES, L. C. P. Experiências e condutas do profissional de saúde diante do óbito neonatal: revisão integrativa. **Rev. Min. Enfermagem**, v. 26, n. e3-1479, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.41101. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/41101/31999>. Acesso: 11 maio 2023.

SILVEIRA, C. M.; BELLAGUARDA, M. L. R.; CANEVER, B.; COSTA, R.; KNIHS, N. S.; CALDEIRA, S. Coping da equipe de enfermagem no processo morte-morrer em unidade neonatal. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 35, n. eAPEO2261, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02261>. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ape/a/T6FDrXFy8pZ8K6xnNGsCVgP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 11 mai 2023.

SOUSA, T. B. E.; LINS, A. C. A. A. Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v.15, n.2, p.1-15, abri./jun. 2020. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/e3286/2346. Acesso em: 26 jul. 2020.

WOLF, A. H. J.; HINDS, P. S.; ARNOLD, R. M.; SOGHIER, L.; TOMPKINS, R. Vulnerability of inexperience: a qualitative exploration of physician grief and coping after impactful pediatric patient. **J Palliat Med**, v.25, n. 10, p. 1476-83, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0050>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-35333602>. Acesso: 23 agost 2023.

5.2 MANUSCRITO 2 - DESAFIOS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO À MORTE NO CONTEXTO DO NASCIMENTO

RESUMO: Objetivo: Analisar os desafios enfrentados por docentes e discentes na formação em saúde em relação ao tema da morte no contexto do nascimento. **Método:** Estudo misto, sequencial-transformativo (quan→QUAL), realizado com 38 discentes e 10 docentes de três cursos da área da saúde de uma universidade do sul do Brasil. Os dados quantitativos foram coletados a partir de um questionário *online* semiestruturado, enquanto os qualitativos foram obtidos por meio de grupos focais organizados nas etapas do arco da problematização de Charlez Maguerez. Para a análise de dados, foi utilizado a proposta operativa de Minayo e o referencial teórico de Paulo Freire. **Resultados:** Docentes e discentes atribuem como desafios ao falar sobre morte no ambiente acadêmico questões ligadas ao experienciar a finitude da vida e estabelecer mecanismos de defesa; a dificuldade de preparar os discentes para realizar uma despedida; o respeito necessário às crenças e valores individuais dos envolvidos e a ausência de suporte emocional e pedagógico nas instituições de ensino para desenvolver tais questões. **Considerações finais:** Os maiores desafios enfrentados por docentes e discentes no lidar com a morte nas formações em saúde relacionam-se à falta de preparo técnico, pedagógico e emocional para tratar as questões simbólicas, psicoemocionais e culturais da morte.

Descritores: Ensino; Determinação de Necessidades de Cuidado de Saúde; Morte Perinatal; Luto; Atitude frente à morte.

INTRODUÇÃO

A morte denota a interrupção da vida. Ela consiste em um processo natural e inevitável do ciclo vital, que carrega diferentes significados a depender do contexto cultural e do período em que ocorre, sendo ao mesmo tempo um fenômeno biológico, social, religioso e filosófico (Kübler-Ross, 2017).

Ao longo da trajetória humana, a conotação da morte foi revertida em tabu por sua associação a atos de violência, acidentes, catástrofes ou doenças permeadas de sofrimento. Sua vivência, antes experienciada dentro dos lares e junto às famílias, foi restringida aos limites do ambiente hospitalar, onde permanece escondida dos olhos do mundo. Consequentemente, a repressão social para com a temática fez com que muitas pessoas em processo de perda sentissem dificuldade em lidar com suas emoções, pois, além de tolhidas em sua expressão de pesar, ficaram desprovidas de qualquer preparo para enfrentar a morte (Figueiredo, 2020; Kübler-Ross, 2017; Ariès, 2017).

Inúmeros estudos sinalizam que a repressão e a negação da dor associadas ao processo da perda dificultam a superação do luto, deixando explícita a importância de haver investigações acerca do tema (Rosa *et al.*, 2022; Nascimento *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2020; Aciole; Bergamo, 2019). Dentre eles, o trabalho de Kübler-Ross (2017) ganha destaque ao

identificar que os temores e as atitudes de negação em relação à morte também estão presentes nos profissionais e discentes da área de saúde. Isso é especialmente relevante considerando que esses profissionais, mesmo com os avanços tecnológicos e recursos disponíveis, precisarão enfrentar a realidade da morte em algum momento das suas trajetórias. Assim, é fundamental que reconheçam a morte como parte da vida para não serem tomados por sentimentos de fracasso, culpa, revolta e inadequação (Rocha *et al.*, 2023; Silveira *et al.*, 2022; Willis, 2019).

Estudos indicam que muitos profissionais experimentam sentimentos desagradáveis relacionados ao enfrentamento da finitude da vida ainda durante o processo de formação e, muitas vezes, precisam lidar com eles sozinhos (Silva *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2020). Apesar de os cursos de graduação abordarem conteúdos relacionados à morte, estes são, na maioria das vezes, insuficientes e superficiais, já que o foco das formações se volta ao preparo do discente para evitar que a morte aconteça, não para acolhê-la em sua complexidade. Dessa forma, quando eles precisam enfrentar uma situação em que seus esforços não conseguem alcançar a cura do paciente, sentimentos de desilusão e incapacidade emergem, lembrando-os de que um dia sua morte também virá, assim como a de pessoas queridas (Melo *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2022; Figueiredo, 2020). Portanto, é importante que durante o processo de formação exista espaço para discutir a morte de maneira profunda, possibilitando um diálogo aberto, respeitoso e reflexivo, para que os discentes adquiram os conhecimentos necessários para enfrentar a morte e acolher os sentimentos das famílias (Melo *et al.*, 2022).

Autores pontuam que comunicar uma má notícia às famílias, como a perda de um ente querido, é um grande desafio para os profissionais de saúde, uma vez que essa informação acarreta impactos negativos na vida dos envolvidos. Trata-se de uma situação delicada que exige atenção quanto ao que precisa ser comunicado e como as pessoas que a recebem reagirão à notícia, já que a maneira como a comunicação é realizada afeta o desenrolar da elaboração da perda e pode repercutir na saúde física e emocional das famílias (Silva *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2020; Sousa; Lins, 2020; Freiburger; Carvalho; Bonamigo, 2019; Kübler-Ross, 2017).

Profissionais ligados à assistência perinatal atuam em um contexto em que predominam eventos saudáveis, esperados e, majoritariamente, desejados, o que difere de outros cenários relacionados às situações de emergência e doença. Consequentemente, intercorrências e mortes são consideradas “inesperadas” pelos profissionais e exigem

habilidades de enfrentamento e manejo complexos. Entre as dificuldades vivenciadas pelos profissionais da assistência perinatal, comunicar o óbito de uma criança ou de uma mãe está entre as tarefas mais desafiadoras, especialmente porque o contexto está intimamente ligado ao nascimento e ao início da vida. Essa situação gera uma quebra nas expectativas de todos os envolvidos em relação ao curso do ciclo vital, além de confrontá-los com a possibilidade de a morte ocorrer a qualquer momento (Wolf *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2020).

Outra dificuldade enfrentada pela assistência perinatal é o óbito materno, que consiste na morte decorrente de fatores ligados à gravidez ou relacionados a ela. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), aproximadamente 8.000 mulheres morrem a cada ano por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto na América Latina e no Caribe. No Brasil, a mortalidade materna aumentou em 94,4% durante a pandemia da Covid-19, chegando a 107,53 casos para cada 100 mil nascidos vivos em 2021; um retrocesso para a saúde, considerando que em 2019 as taxas eram de 55,31. Para a coordenadoria do Observatório Obstétrico Brasileiro, as taxas de óbito de 2021 evidenciaram o impacto que a pandemia teve no sistema de saúde, destacando todas as fragilidades que já existiam na atenção obstétrica (OPAS, 2022).

Para tanto, é evidente que a morte no contexto do nascimento é uma realidade presente no cotidiano dos profissionais e demanda uma atenção qualificada e empática. Frente a isso, os profissionais necessitam de um preparo sólido para lidar com a finitude da forma mais benéfica possível para as famílias envolvidas. No entanto, para que esse preparo seja eficaz, é necessário compreender o processo formativo dos cursos da área da saúde, assim como os desafios enfrentados por docentes e discentes ao abordar o tema da morte nas salas de aula (Melo *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2021). Portanto, objetiva-se com este estudo: analisar os desafios enfrentados por docentes e discentes na formação em saúde em relação ao tema da morte no contexto do nascimento.

MÉTODOS

Estudo misto, sequencial transformativo (quan→QUAL), fundamentado pelo referencial de Paulo Freire. Para garantir o rigor metodológico, foram seguidas as recomendações do *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) para estudos mistos (Hong *et al.*, 2018).

Na fase quantitativa, foi realizado um estudo descritivo com estudantes de graduação dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia de uma universidade no sul do Brasil, que

estavam em fase de conclusão dos cursos. A escolha se deu por conveniência e de forma não probabilística (Polit; Beck, 2019)

Ao total, a população investigada consistiu em 264 alunos matriculados nas disciplinas dos dois últimos semestres de seus respectivos cursos durante o semestre de 2021.1. Adotou-se como critérios de inclusão: ser discente dos cursos escolhidos e estar matriculado nas duas últimas fases da formação.

Antes de iniciar o recrutamento, a pesquisadora principal entrou em contato por *e-mail* com as coordenações dos cursos investigados, explicando os objetivos da pesquisa. Após a aprovação das coordenações, os discentes foram contactados por *e-mail* com o convite para participar da pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um *link* de acesso a um formulário do *Google forms*®.

Esse formulário foi adaptado do questionário “Avaliação do preparo dos discentes do oitavo semestre de medicina no enfrentamento com a morte e o morrer dos pacientes”, de Azeredo (2007), e composto por 31 perguntas abertas e fechadas, abordando o preparo recebido na graduação para lidar com situações de morte relacionada ao contexto do nascimento, além de dados de caracterização. Os discentes também foram solicitados a nomear docentes e/ou disciplinas que abordassem o tema da morte na formação e pudessem contribuir com a etapa qualitativa da pesquisa. Os dados coletados no formulário foram tabulados no programa *Excel*® 2016 e analisados por meio de estatística descritiva simples. Toda a coleta quantitativa ocorreu entre os meses de março e julho de 2022.

Na fase qualitativa, foi adotado o método da problematização, com o objetivo de compreender os achados da etapa anterior. Foram convidados a participar: os docentes mencionados no formulário *online* e os discentes da fase anterior que expressaram interesse em continuar na pesquisa. Os convites foram efetuados pelo *e-mail* da instituição, contendo uma carta convite com as informações da pesquisa, o TCLE e uma ficha de caracterização para os docentes.

Como critérios de elegibilidade, adotou-se: ser docente dos cursos de graduação em enfermagem, medicina ou psicologia da universidade selecionada a pelos menos um ano; ou ser discente dos cursos mencionados e ter participado da primeira fase do estudo. Foram excluídos os docentes temporários.

A coleta de dados ocorreu por meio de grupos focais realizados tanto *online*, na plataforma do *Google Meet*®, quanto presencialmente na instituição. Para garantir a sistematização dos encontros, foi criado um roteiro semiestruturado, elaborado a partir das

etapas do arco da problematização de Charles Maguerez: 1) Reconhecimento da realidade, 2) Listagem dos Ponto-chaves; 3) Teorização; 4) Hipótese de solução e 5) Aplicação à realidade.

Nos encontros virtuais, os participantes foram recebidos pela pesquisadora principal e pela relatora - uma aluna de doutorado que ficou responsável por observar e anotar a interação do grupo. Elas apresentaram as suas credenciais, os objetivos da pesquisa e explicaram como o grupo seria conduzido. Nesse momento, também foi lembrado ao grupo sobre a gravação do encontro, que teve início somente após o consentimento de todos (Minayo, 2014).

Em seguida, os participantes foram convidados a expressar suas impressões sobre o preparo oferecido pelas formações em saúde para o enfrentamento da morte no contexto do nascimento. Após, foram compartilhados com os participantes os resultados da etapa quantitativa e solicitado que emitissem suas opiniões sobre os mesmos, iniciando a integração dos dados.

A partir desse processo, os participantes elencaram os principais fatores de conflito percebidos na questão (Reconhecimento da realidade e Listagem de Ponto-chaves), os motivos envolvidos na sua ocorrência (Teorização); e algumas estratégias de melhoria (Hipótese de solução e Aplicação à realidade). Ao final, a pesquisadora agradeceu a participação de todos e informou sobre as datas do encontro presencial.

Devido à incompatibilidade de horários dos participantes, foi necessário repetir a dinâmica dos grupos, tanto na modalidade *online* quanto na presencial, três vezes em datas diferentes, totalizando seis grupos focais. Entretanto, nenhum participante contribuiu mais do que uma vez em cada momento de coleta.

Os encontros presenciais ocorreram nas dependências da instituição investigada, e durante a realização dos mesmos, foram tomadas todas as medidas de segurança recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) para conter os avanços da Covid-19, que ainda estavam vigentes no momento da coleta.

Assim como nos encontros *online*, os participantes foram recebidos pela pesquisadora e pela relatora, que apresentaram novamente as informações da pesquisa e os lembraram sobre as gravações. Após obter o consentimento dos presentes, foi iniciada a coleta de dados. Dessa vez, a pesquisadora apresentou ao grupo um quadro contendo a síntese dos principais temas que emergiram durante os encontros *online* e os convidou a analisar cada item para corrigir inconsistências ou incluir novas informações, até que fosse obtida a saturação dos dados.

Como os encontros presenciais também ocorreram separadamente foi realizado mais uma etapa de coleta com o intuito de validar o conteúdo como um todo. Assim, os

participantes receberam, individualmente, um *e-mail* com todos os elementos trazidos nos dois momentos de coleta (*online* e presencial) para que fossem validados e/ou alterados em um prazo de 15 dias úteis. No final, não foram solicitadas alterações no conteúdo apresentado, somente na escrita, o que culminou no fim do processo de validação interna. A coleta da fase qualitativa ocorreu entre agosto de 2022 a março de 2023.

A média de duração de cada grupo foi de aproximadamente duas horas. Todos os encontros foram gravados e transcritos pela pesquisadora principal, que garantiu o anonimato dos participantes substituindo seus nomes pelas letras “DO” (docentes) e “DI” (discentes), seguidas de um número correspondente à ordem de participação (DI1, DO2).

Os dados foram analisados seguindo a proposta operativa de Minayo (2014) e o referencial de Paulo Freire, e serão apresentados por meio da categoria, “Desafios enfrentados ao falar sobre morte no ambiente acadêmico: visão de docentes e discentes” composta de quatro subcategorias: “Experienciar a finitude da vida e estabelecer mecanismos de defesa”, - “Preparar o discente para os momentos de despedida”, “Ausência de suporte emocional e pedagógico” e “Respeito às crenças e aos valores pessoais”.

Durante toda a pesquisa, foram seguidas todas as diretrizes das resoluções nº 466/2012 (Brasil, 2012) e nº 510/2016 (Brasil, 2016) do Conselho Nacional de Saúde, bem como as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Brasil, 2021c), ofício nº 2/2021, para procedimentos de pesquisa em ambientes virtuais. O estudo foi apresentado e aprovado ao Comitê de Ética da universidade, sob o parecer: 5.287.016, tendo início somente após a assinatura do TCLE pelos participantes.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO

Dos 38 participantes da etapa quantitativa, 15 eram do curso de medicina, 12 de psicologia e 11 de enfermagem. Destes, 27 eram do sexo feminino e 11 do masculino, todos cisgênero, com idade entre 21 e 47 anos.

Em relação ao estado civil, 33 discentes eram solteiros, dois estavam em união estável e três eram casados. A maioria dos participantes era natural do estado de Santa Catarina (25), enquanto os demais eram oriundos de outros estados do Brasil, como Rio Grande do Sul (cinco), Paraná (três), Mato Grosso (um), Minas Gerais (um), São Paulo (um) e Maranhão (um). Apenas uma pessoa declarou ser de outra nacionalidade, do Uruguai.

Quanto à religiosidade, 10 participantes se declararam ateus, oito católicos, cinco evangélicos, quatro espíritas, três espiritualistas e oito pertencentes a outras religiões.

Na fase qualitativa, foram convidados 41 docentes mencionados no questionário da fase quantitativa, dos quais 15 se dispuseram a participar do estudo. No entanto, somente 10 compareceram, sendo oito de enfermagem, um de medicina e um de psicologia. Todos eram mulheres e doutoras, com média de idade de 45,5 anos. Em relação ao tempo de atuação na universidade estudada, a média do grupo foi de cerca de oito anos.

De acordo com os dados quantitativos, todos os discentes já haviam entrado em contato com situações de morte ao menos uma vez em suas vidas, seja de familiares, vizinhos e/ou amigos. A maioria também já havia enfrentado alguma situação de morte, real ou simulada, durante a graduação, mas geralmente não relacionada ao contexto do nascimento.

Houve predominância de sentimentos negativos entre os discentes após o contato com a experiência de morte, como tristeza, sofrimento, sensação de incapacidade, medo e culpa. No entanto, alguns consideraram que a situação era apenas mais um aprendizado. Ainda assim, metade deles declarou que o ocorrido ficou por mais de dois meses em sua memória, enquanto outros disseram que foi rapidamente esquecido.

Com relação às estratégias de enfrentamento, a maioria dos participantes afirmou conhecer as fases do luto, os rituais de despedida e o protocolo *spike*, todos eles provenientes da formação acadêmica. Porém, poucos estavam familiarizados com o *coping-religioso*, enquanto apenas duas pessoas conheciam outras estratégias de enfrentamento além das citadas, e ambas afirmaram que essas informações não foram adquiridas durante a formação.

Quase todos os participantes consideraram importante aprender sobre a morte no contexto do nascimento para sua atuação. Além disso, a maioria relatou que a graduação contribuiu para mudar sua visão em relação ao enfrentamento da morte e do luto, mesmo que de forma sutil. Na Tabela 3 são ilustrados os resultados da etapa quantitativa.

Tabela 3 - Contato, repercussões psioemocionais e estratégias de enfrentamento de situações de morte vivenciados por graduandos da área da saúde durante o processo de formação em uma universidade do Sul do Brasil, SC, 2023.

Variáveis	n 38	%
Vivência de situações de morte, real ou simulada, na graduação		
Sim	32	84,2
Não	6	15,8
Vivência envolvendo o contexto do nascimento		
Sim	16	42,1
Não	22	57,9

Sensação/Sentimento ao vivenciar a experiência		
Medo	7	18,4
Sensação de Incapacidade	23	60,5
Culpa	4	10,5
Sofrimento/Tristeza	26	68,4
Tranquilidade	6	15,8
Que era mais um aprendizado	13	34,2
Não vivenciou nenhuma situação na graduação atual	6	15,8
Tempo em que a situação ficou na memória do graduando		
Ficou por mais de um mês em sua lembrança	18	47,4
Ficou por duas semanas em sua lembrança	6	15,8
Foi rapidamente esquecido	8	21,1
Não vivenciei nenhuma experiência na minha graduação atual	6	15,8
Estratégias de enfrentamento abordadas na graduação		
Fases do luto	32	84,2
Protocolo Spike	18	47,4
Rituais de despedida	22	57,9
<i>Coping</i> religioso-espiritual	5	13,16
Outros	2	5,26
Importância atribuída ao aprendizado do enfrentamento da morte voltado ao contexto do nascimento para a atuação profissional		
Muito importante	28	73,7
Importante	9	23,7
Pouco importante	1	2,6
Mudança propiciadas pela formação em relação a temática da morte/luto		
Nenhuma mudança	1	2,6
Poucas mudanças	19	50
Muitas mudanças/ mudanças significativas	18	47,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

DESAFIOS ENFRENTADOS AO FALAR SOBRE MORTE NO AMBIENTE ACADÊMICO: VISÃO DE DOCENTES E DISCENTES

Frente aos dados da etapa quantitativa, os participantes dos grupos focais refletiram acerca das dificuldades encontradas no momento de falar sobre morte nas salas de aula, especialmente quando envolve o contexto do nascimento.

Experienciar a finitude da vida e estabelecer mecanismos de defesa

Um dos pontos de conflitos identificados pelos participantes foi a imaturidade dos discentes ao lidar com situações envolvendo a morte, independentemente de ser resultado de um erro ou de outras circunstâncias. A falta de compreensão dos discentes em relação à complexidade e à importância desse tema durante o aprendizado também foi destacado como

um problema, que muitas vezes só se torna evidente quando os discentes têm contato direto com a morte na prática. Esses fatores foram considerados contribuintes para a adoção de mecanismos de defesa negativos entre os futuros profissionais, tais como distanciamento emocional, apatia e indiferença.

“Quando a [nome da pesquisadora] mostrou ali no quadro aquele gráfico sobre o tempo que a situação de morte ficou na lembrança, já me veio na cabeça [uma situação que eu vivi] lá na terceira fase [do curso]. Então quando a gente vivencia, a gente realmente se recorda das aulas, mas é só ali [...]. Ali que a gente vê também o quanto que precisamos trabalhar isso para fornecer uma assistência adequada naquele momento” (D11).

“Esses dias teve um [...] residente [...] [que] aplicou medicação errada [em uma] mulher e ela passou mal, aumentou a pressão e ninguém sabia o porquê, porque ele fez e saiu, não avisou ninguém [...]. [A mulher] foi parar na UTI [...]... Se [ele] tivesse essa maturidade [...] poderia facilmente dizer: “olha, fiz uma coisa errada, não sei como reverter, chama alguém”, porque ele era um residente, podia ter chamado e não chamou” (DO2).

“[os alunos] olham o natimorto [...] e ninguém tira eles [de lá], leva para uma sala e diz: “vamos conversar um pouquinho sobre isso? Vamos assistir um filme juntos para a gente poder assentar esses conteúdos?”. Então [...] eles vão com essas atitudes muito evitativas e distanciadadas. [...] Isso, para mim, é um indicativo de que eles estão sem suporte. [...] E aí o significado que eles vão dar para esse sofrimento é que vai gerar complicações para eles, que eles vão começar a fazer outras coisas para se aliviar [...] e muitas vezes, usar coisas, e fazer uso de substâncias, enfim.” (DO5)

“Eu acho interessante, porque [os] profissionais que são apáticos e desenvolvem essa apatia na verdade são os que se importam. É um mecanismo de defesa [...]. Na verdade, os que não se importam são os que acham graça, os sádicos, os que odeiam [...] Eu acho que a apatia e a falta de se importar com isso faz parte de uma coisa que precisa ser trabalhada, mas [...] se você não tem para onde extravasar, você usa os seus mecanismos de defesa. Agora, [se] tu vai balançar os mecanismos de defesa e não vai oferecer nada em troca, aí tu vai desestabilizar todo mundo”. (DO12)

Preparar o discente para os momentos de despedida

Um aspecto discutido foi a importância de abordar o luto profissional nas salas de aula, especialmente para discutir os estigmas relacionados ao sofrimento na saúde, bem como seus

impactos no bem-estar dos discentes e na maneira como eles irão lidar com a morte em sua prática profissional.

“Então, o preparo técnico não é só com relação à questão do luto, mas são todas as decisões bioéticas que precisam ser tomadas [...]. Então, a gente enrola de qualquer jeito o bebezinho, os movimentos são rápidos, se tira a cena da morte, nossa, parece que você tirou uma cena de crime, então, a gente tem que limpar a cena do crime, some com todos os sinais [...] isso não é uma crítica, porque eu sei que é difícil para as equipes. Às vezes, a morte fica escancarada ali, [...] você vê pedaço de cordão umbilical no chão, coisas que são um desrespeito com o corpo, com o feto, onde se escancara essa dor desse profissional que não sabe o que fazer com aquilo, joga no chão. [...] Tem umas coisas bizarras que acontecem mesmo. Se tiver um acompanhante sacando que está acontecendo aquilo ali, ele vai olhar, e não precisa nem conscientemente perceber, mas ele vai captar que a equipe se desorganizou, que a equipe não deu conta”. (DO5)

“Então, eu acho que a gente tem que trabalhar o luto, o luto mesmo. Como que os profissionais estão preparados para dar o apoio para o luto e como eles vivenciam esse luto ?[...] Eu acho que isso, talvez, também vai refletir na forma como eles [alunos] vão vivenciar isso [...] porque eles estão fazendo algo que pode ser um diferencial nesse momento de dor para a família”. (DO6)

As participantes também discutiram sobre a importância dos profissionais realizarem momentos de despedida com os membros da equipe, onde pudessem acender uma vela, fazer orações coletivas ou prestar homenagens ao falecido.

‘Há “N” formas de se despedir, a gente só tem que ensinar aos nossos alunos a saber levar esse momento de uma maneira diferenciada com sentimento de amor, de carinho, compaixão. Por que é que tu não pode dar gargalhada? Vai que ele era uma pessoa engraçada: "fulano, àquela hora que tu fez tal coisa, lembra? Foi tão engraçado, a gente vai sentir saudade de ti, vai com deus, vai em paz, vamos agora rezar uma oração aqui para ti". A gente já fez isso várias vezes, então eu acho que é ensinar isso a eles, ensinar para os nossos alunos a olhar [a morte] de uma outra forma [...] e cuidar da família que ficou’. (DO11)

Cabe ressaltar que a fala da participante refere-se a um momento de despedida vivenciado exclusivamente pelos profissionais, de modo que pudesse se expressar em sua individualidade sem o risco de entrar em conflito com as crenças, necessidades e percepções da família.

Ausência de suporte emocional e pedagógico

Foram identificadas dificuldades significativas relacionadas às habilidades dos docentes para manejar situações de enfrentamento da morte no ambiente acadêmico. A ausência de treinamento adequado e suporte especializado se revelou um problema, principalmente porque a temática da morte evoca questões sensíveis que, frequentemente, exigem conhecimentos específicos para serem trabalhadas e conduzidas.

“Você também precisa ter muito tato pedagógico para entrar em um tema onde alguém está demonstrando algum tipo de resistência porque tem um pano de fundo, tem um contexto. E aí, como professora, eu também acrescentaria que [...] seria importante [ter] estratégias de retaguarda [...] espaços de troca, de compartilhamentos, para que a gente possa trabalhar isso” (DO8).

“Para mim sempre foi mais difícil ter que preparar esse corpo após a morte. Eu sinto que é a dificuldade de todo mundo, porque acho que aí nessa hora a gente se depara com a morte real, e o sofrimento também. É muito triste acompanhar esse sofrimento, mas quando acontece, a morte mexe muito com todos os profissionais e também com os alunos. [...] A gente não é preparado para a morte, não vê a morte como parte do ciclo vital, e também enquanto profissionais, não existe um preparo”. (DO10)

“Tanto o suporte emocional quanto instrumentalização não é só para os alunos, é para a gente [professores] também [...] O que você faz quando a pessoa tem um breakdown, quando a pessoa começa a bater a cabeça na parede? Como que você segura? Como que você valida? E a gente não sabe!” (DO12).

Durante a discussão do grupo, foi mencionado que a universidade disponibiliza acesso a canais de suporte gratuitos ou de valor acessível aos discentes e à comunidade. Entretanto, a participante DI3 destacou que esses canais, em sua maioria, derivam de projetos encabeçados pelos próprios docentes da universidade, o que, além de ocasionar conflitos éticos, pode deixar o discente exposto.

“Às vezes, eles [alunos] sabem que existe [canais de suporte], mas não se sentem confortáveis para buscar, porque [...] o professor que está lá [...] às vezes não é uma pessoa terceirizada ao processo de formação desse pessoal [...]. Então eu não vou lá buscar ele, porque o professor não gosta de mim, [ou] “vai dizer para os outros professores que eu não sou competente, que eu sou incapaz, que eu não soube lidar com aquilo”. (DI3)

Essa ausência de suporte faz com que o estudante tenha mais dificuldade em compreender os sentimentos e as lembranças vinculadas.

Respeito às crenças e aos valores pessoais

O respeito a diferentes visões de mundo e rituais de despedida também se mostraram desafiadores.

“Eu acho que a maior dificuldade é quando entra nesta questão das crenças, dos valores [...] Cada um tem uma crença e uma religião, então a gente precisa respeitar todas elas e mostrar para eles [alunos] que cuidado a gente pode ter com ou sem crença, porque naquele momento tu tem que respeitar as crenças da família [...] Mesmo [eles] acreditando que não existe um depois, se aquela família acredita, tu não vais dizer para ela que aquilo não existe [...], como já teve: "mas professora, não existe"; "não querido, a tua perspectiva é que não existe. A perspectiva do João é que existe” (DO11).

Dentre os assuntos mencionado, a questão do aborto ganhou destaque por entrar em conflito com as crenças e valores pessoais de alguns profissionais.

“Uma questão que mexe muito comigo [...] é o aborto. Nem todos são a favor do aborto, mas há um movimento favorável a legalização, mas o aborto também é morte de um bebê. Parece que a gente sofre quando morre uma pessoa, mas a gente quer ao mesmo tempo o aborto, então parece que é uma contradição. Eu acho que isso também teria que ser mais trabalhado [...] E a gente pensa muito pouco nas consequências que esse aborto traz também para a vida dessa mulher. Qual é a assistência que ela tem depois do aborto?” (DO10)

DISCUSSÃO

Quase todos os discentes que participaram da pesquisa presenciaram alguma situação de morte durante a graduação. Independentemente de ser real ou simulada, ou de ocorrer no contexto do nascimento, essa experiência provocou sentimentos negativos na maioria deles, como tristeza, sensação de incapacidade e medo. Dados similares são encontrados em outros estudos, que revelam que muitos discentes têm seu primeiro contato com o fenômeno da morte durante a formação e que somente após experiência-lá começam a refletir sobre o tema e a compreender sua importância para o exercício profissional, conforme ilustrado pela fala de DI1, na primeira subcategoria (Santos *et al.*, 2022; Neta *et al.*, 2021; Correia *et al.*, 2020).

A questão da imaturidade dos discentes, destacada pelas participantes DO2, DO5 e DO12, também é abordada em um estudo realizado com discentes, o qual indicou uma transformação progressiva nas expectativas deles em relação à graduação e ao que consideram ser um bom profissional. Esse estudo demonstra que, no início do processo de formação, os discentes tendem a ter uma visão fantasiosa de como um profissional deve ser, a qual gradualmente se torna mais realista à medida que eles se envolvem com a prática. Da mesma forma, o processo formativo deixa de ser simplesmente um percurso de acúmulo de conhecimento e se torna um “aprender fazendo” para os discentes, o que resulta em preocupação sobre estar preparado para lidar com situação adversa. Isso ocorre porque as informações apreendidas em sala de aula geralmente diferem da prática clínica. Como resultado, os discentes frequentemente apresentam altos níveis de estresse e ansiedade devido ao medo de cometer um erro, à maior responsabilidade e à sensação de não saber o que fazer (Neta *et al.*, 2021).

Um dado alarmante foi encontrado em uma investigação sobre a percepção de estudantes de medicina a respeito do preparo recebido na graduação para a comunicação de más notícias. Dos 164 participantes do estudo, a maioria nunca havia testemunhado um profissional habilitado transmitindo uma notícia difícil, nem mesmo os seus docentes. No entanto, muitos foram incumbidos de realizar essa tarefa sem receber instruções prévias ou estarem acompanhados por um supervisor. A falta de informação e apoio para lidar com essas situações foi identificada como a principal causa de estresse e insegurança entre os discentes, revelando um ciclo falho na educação que se retroalimenta. Isso ocorre porque os próprios docentes também carecem de informações e suporte para conduzir e/ou ensinar sobre essas situações, como observado nas falas dos participantes na última subcategoria (Freiberger; Carvalho; Bonamigo, 2019).

Nesse contexto, um estudo envolvendo 366 discentes de graduação em enfermagem, medicina, psicologia e fisioterapia, identificou níveis estatisticamente significativos de medo em relação à morte de um paciente entre os estudantes (Santos *et al.*, 2022). Como os participantes da pesquisa em questão, esse medo também estava associado à sensação de fracasso e frustração. Destaca-se que os discentes de enfermagem apresentaram uma prevalência maior de medo em relação ao processo de morte e morrer, em comparação com os demais participantes, o que foi atribuído à proximidade que têm com o paciente. Para os autores, o fato dos profissionais de enfermagem acompanharem o paciente desde o processo de prognóstico, tratamento, morte e preparo do seu corpo, faz com que vivenciem o sofrimento

dele o das famílias com mais intensidade, muitas vezes, sem disporem dos recursos ou do conhecimento necessário para abrandá-lo (Santos *et al.*, 2022).

Outra questão identificada pelo mesmo estudo foi o decréscimo do medo do processo de morte e morrer entre os discentes de medicina. Os autores sugerem que esse decréscimo pode ser resultado do contato constante do discente com o campo prático, bem como da internalização do valor cultural atribuído à imagem de um médico - aquele que é treinado para salvar vidas e que valoriza a técnica em detrimento das emoções. Dessa forma, os autores acreditam que os discentes aprendem a ignorar ou a ocultar suas emoções ao longo da graduação como uma medida protetiva, na tentativa de evitar o sofrimento e a sensação de impotência que a acompanha a circunstância da morte (Santos *et al.*, 2022).

Tais dados, quando comparados aos achados da presente investigação, levantam questionamentos acerca dos sentimentos mencionados pelos discentes na fase quantitativa, especialmente quando referem sentir tranquilidade após o contato com morte (15,8%) - mesmo com pouca ou nenhuma experiência prévia - ou que a lembrança foi rapidamente esquecida (21,1%), enquanto outros consideraram que foi apenas mais um aprendizado (34,2%).

Em consonância com o tema, uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, que avaliou o impacto emocional da morte de paciente pediátrico em médicos e estagiários, constatou que os novatos são os mais afetados e tendem a adotar posturas evitativas como estratégias de enfrentamento, tais como o entorpecimento e ruminação (Wolf *et al.*, 2022). Esses dados são similares aos achados do presente estudo, em que 47,4% dos discentes relataram recordar do ocorrido por mais de um mês seguido ou tê-lo esquecido rapidamente (21,1%).

Falar sobre o assunto demonstrou ser eficaz para lidar com a situação de forma mais positiva, ao ponto de os autores destacarem a importância de haver mais diálogo sobre a vulnerabilidade dos profissionais durante a formação, assim como de humanizar a imagem do médico por meio do apoio e do incentivo ao crescimento pessoal dos discentes, não apenas às suas capacidades “assertivas” (Wolf *et al.*, 2022).

No entendimento de Paulo Freire, a base de uma educação humanizada consiste em compreender que o ser humano é inconclusivo e está sempre em processo de “ser mais” em sua humanidade. Para ele, é por meio do reconhecimento da realidade e da reflexão crítica que a libertação autêntica das pessoas acontece, impulsionando mudanças concretas para uma *práxis* transformadora. Assim, um verdadeiro processo educativo libertador só pode ser

estabelecido por meio da análise e da compreensão das necessidades reais dos sujeitos envolvidos no processo, não da percepção do educador (Freire, 2005, 2000).

Compreender os desafios enfrentados pelos discentes durante a formação é de extrema relevância para a área da saúde, especialmente considerando as taxas de depressão, ideação suicida e uso abusivo de álcool e drogas que existe entre estas profissões (Sousa *et al.*, 2020; Costa *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2019). Segundo dados de uma pesquisa, as taxas de suicídio entre estudantes de medicina são elevadas em comparação com restante da população. Entre as mulheres médicas, a prevalência chega a ser quatro vezes maior do que outras mulheres com mais de 25 anos (Costa *et al.*, 2020). Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo, porém entre as estudantes de enfermagem. Os resultados foram relacionados a cobranças abusivas no ambiente acadêmico e de trabalho, estresse, privação de sono, ausência de vida social, afastamento da família, comportamento idealizado, contato constante com a morte e com o sofrimento e a limitação de conhecimento (Silva *et al.*, 2019).

Outra questão levantada na pesquisa sobre os fatores envolvidos no suicídio de estudantes e profissionais de medicina é a constatação de que o sofrimento psíquico entre os profissionais da saúde é algo antigo (Costa *et al.*, 2020). No trabalho, os autores mencionam o estudo retrospectivo de Simon realizado em 1968, com 62 escolas médicas norte-americanas e três canadenses, o qual identificou o suicídio como a segunda causa de morte entre os estudantes matriculados entre os anos de 1947 a 1967. A mesma realidade foi encontrada entre os discentes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no estudo de Millan, Rossi e De Marco (1990), reforçando que as fragilidades permanecem. Assim, os estudos lançam luz sobre a urgência das instituições de ensino se atentarem para o preparo dos acadêmicos para lidar com as nuances da morte, principalmente quando é inesperada ou ligada a causas evitáveis, como as do contexto do nascimento, considerando os sentimentos de medo, fracasso e culpa que suscitam (Rosa *et al.*, 2022).

Expressar as emoções do luto por meio de choro, orações ou conversas com pessoas mais experientes propicia atitudes mais compreensivas diante da morte, pois, além de criar uma rede de apoio entre as pessoas envolvidas, facilita a compreensão dos sentimentos e símbolos que permeiam o contexto da morte, bem como o papel dos rituais de despedida (Rosa *et al.*, 2022; Giamatthey *et al.*, 2022; Nascimento *et al.*, 2021).

Rituais de despedida são momentos de comunicação verbal e não verbal realizados para expressar sentimentos, pedidos de desculpas ou agradecimentos à pessoa que faleceu, e geralmente envolvem crenças e práticas rituais de preparação do corpo ligados a alguma ideologia religiosa (Giamatthey *et al.*, 2022; Nascimento *et al.*, 2021; Crepaldi *et al.*, 2020). A

espiritualidade costuma ser um recurso importante nessas ocasiões para algumas famílias, principalmente para encontrar conforto e significado no que estão vivenciando (Crepaldi *et al.*, 2020). Corroborando com estes achados, um estudo realizado com mulheres que perderam seus filhos apontou que a espiritualidade foi o principal recurso adotado para superar a perda, especialmente entre aquelas sem companheiro ou rede de apoio (Araújo *et al.*, 2020).

Frente a isso, é válido lembrar que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1988, incluiu a dimensão da espiritualidade ao conceito de saúde, definindo-a como “o conjunto de todas as convicções, suposições, emoções e questões referentes ao significado e sentido da vida”, sem que esta fosse limitada a qualquer tipo de crença ou prática religiosa. Entretanto, embora faça parte da dimensão da saúde, há um movimento lento nas universidades para a inclusão desses temas nas grades curriculares, em parte por se tratar de um assunto polêmico e sensível, ligado a valores basilares de docentes e discentes, que muitas vezes geram conflitos em sala de aula. Além disso, trata-se de um tema de caráter integrativo e humanístico, que adentra ao campo da subjetividade e da relativização, chocando-se com o olhar técnico e fragmentado da formação em saúde (Biondo *et al.*, 2023).

Sem o contato com temas relativos à subjetividade, os discentes perdem a oportunidade de aprender a identificar um recurso de valia para sua atuação profissional, bem como de refletir sobre seus valores e como eles influenciam, positiva ou negativamente, em sua conduta profissional, seja ao lidar com outras crenças ou com situações que ferem princípios ligados à sua moral ou religiosidade, como, por exemplo, uma situação de aborto - desfecho de 60% das gestações não planejadas em todo mundo (ONU, 2022). Outro ponto importante é a identificação de possíveis traços de intolerância religiosa que ocorre de forma velada sob um discurso filosófico, como em alguns casos de ateísmo, nos quais uma pessoa é considerada inteligente quando declara ser desprovida de toda e qualquer tipo de crenças dogmática (Lego; Ecco, 2023; Costa, 2021; Lopes; Oliveira, 2019).

Para Freire, no momento em que uma pessoa ou sociedade se torna capaz de conduzir a própria vida por meio de uma postura crítica e consciente, ela se torna livre, mas para isso ela precisa, antes, dominar a arte do diálogo e se tornar capaz de criar uma visão da realidade a partir de diferentes pontos de vista. Deste modo, uma educação que visa o empoderamento e a humanização precisa estar pautada em um processo pedagógico dialógico, que fomente a curiosidade dos discentes em relação às próprias histórias, potencialidades e limitações, de modo que possam questioná-las, problematizá-las e, principalmente, transformá-las a partir de suas reflexões (Dalmolin, 2020; Freire, 2005, 2000).

Ao trazer os princípios de humanização e dialogicidade de Paulo Freire para as salas de aula, promove-se uma abordagem educacional que valoriza o diálogo contínuo entre docentes e discentes, a consciência crítica, a diversidade e a formação integral. Dessa forma, a metodologia freireana contribui com a construção de um conhecimento colaborativo e emancipatório, pautado no respeito mútuo, na empatia e na construção do saber voltado a uma prática emancipatória, que pode auxiliar os futuros profissionais da área da saúde a superar as dificuldades encontradas em seu cotidiano (Dalmolin, 2020; Freire, 2005, 2000).

Por fim, recomenda-se que as instituições de ensino e saúde se abram para a possibilidade de dialogar livremente sobre temas sensíveis, como a morte, para que possam refletir sobre as dificuldades enfrentadas e pensar em possíveis soluções. Deste modo, indica-se que outras pesquisas relacionadas ao tema sejam desenvolvidas em diferentes instituições de ensino ou contextos de saúde, já que o trabalho contempla apenas a experiência das pessoas que vivenciam a realidade da instituição investigada. Também sugere-se replicá-lo em períodos de tempo diferentes, levando em conta que o cenário pandêmico de 2020-2022 - momento em que a pesquisa ocorreu-, gerou uma exposição prolongada ao tema “morte”, ocasionando “repulsa” ao assunto em algumas pessoas e dificultando a adesão de mais participantes.

Enquanto limitações, destaca-se: o contexto pandêmico, cujas restrições e excesso de atividades *online* dificultaram a adesão de mais participantes; o recorte do próprio estudo, limitado à realidade da universidade pesquisada e a estratégia de coleta adotada na etapa quantitativa, cuja taxa de resposta é menor comparado com outras estratégias presenciais. Para fins de comparação, sugere-se que novos estudos sejam feitos em outros contextos de ensino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar compreender os desafios enfrentados por docentes e discentes na formação em saúde em relação ao tema da morte no contexto do nascimento, torna-se evidente que as dificuldades estão ligadas à falta de preparo e suporte técnico, pedagógico e emocional para lidar com as questões simbólicas, psicoemocionais e culturais associadas à morte. Frente a isso, o desenho misto adotado nesta investigação propiciou um conhecimento abrangente das dificuldades enfrentadas pelos participantes durante o processo de formação, permitindo identificá-las com maior precisão.

O diálogo franco e reflexivo entre as diferentes profissões sobre as questões vivenciadas na abordagem desse tema mostrou-se de grande valia, tanto para identificar as

fragilidades envolvidas no processo quanto para problematizá-las no cenário educacional. Dessa forma, a problematização da temática nas instituições de ensino demonstrou ser um caminho reflexivo, transformador e emancipatório dos futuros profissionais da saúde para lidar com a morte no contexto do nascimento.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G.; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde em debate (online)**, v.43, n.122, p. 805-818, nov., 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912212 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019000300805&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 18 jun. 2020.
- ARAÚJO, A. S.; MARCOS, T. G. A.; SANTOS, D. A.C.; DONHA, Y. S. Influência do coping religioso-espiritual no luto materno. **Rev. Enf, Brasileira**, v.19, n.4, p.310-6, 2020. Disponível em: <https://www.convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4147/html>. Acesso: 18 Out 2023.
- ARIÈS, Phillippe. **História da morte no ocidente**: da idade média aos nossos tempos. Ed. Especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.
- AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte**: questões para se (re) pensar a formação. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Pediatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS. 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12945/000635601.pdf?sequence=1> Acesso: 30 mar., 2021.
- BIONDO, C. S.; CAFEZEIRO, A. S.; CUNHA, A. L. G. O.; BROMOCHENKEL, C. B.; NETA, M. M. S. dos A.; YARID, S. D. Abordagem da espiritualidade na formação em saúde à luz da teoria de Viktor Frankl. **Rev Enferm Cent O Min.**, v.13, n. 13, p. e4721, 2023. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v13i1.4721>. Disponível em: <http://periodicos.ufsj.edu.br/recom/article/view/4721>. Acesso 18 out., 2023.
- CORREIA, D. S.; TAVEIRA, M. G. M. M.; MARQUES, A. M. V. F.; CHAGAS, R. R. S.; CASTRO, C. F.; CAVALCANTI, S. L. Percepção e vivência da morte de estudantes de medicina durante a graduação. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.44, n.1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190200>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/85qNGRqqnV4mCVhM3dbNNsz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso:
- COSTA, A. Michel Onfray e o ateísmo contemporâneo: considerações e balaço crítico ao Tratado de ateologia. **Griot**, v.21, n.3, p. 336–350, 2021. DOI: <https://doi.org/10.31977/griofi.v21i3.2434>. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/griot/article/view/2434>. Acesso em: 23 out. 2023.

COSTA, C. H. G.; GRIZA, R. L. A.; SALDANHA, J. M. R.; TOMAZZINI, A. C.; ZANINI, E. O. A influência social, econômica e ambiental no processo saúde-doença envolvendo o suicídio entre estudantes de medicina e médicos. **Journal of Health**, v.2, n.1, p.135-141, 2020. DOI: <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i1.167>. Disponível em: <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/167>. Acesso: 17 Out. 2023.

CREPALDI, M. A.; SCHIMIDT, B.; NOAL, D. S.; BOLZE, S. D.; GABARRA, L. M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de Covid-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos em Psicologia**, Campinas, v.37, n.e200090, p. 1-12, 2020. DOI: 10.1590/1982-0275202037e200090. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2020000100508&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 24 jan. 2021.

DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T., S. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: desvelando a promoção da saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v.28, e3277, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YzZcH3vhQ3P9qfrM4gnxz5y/?lang=en>. Acesso: 24 jun., 2021.

FIGUEIREDO, A. M. de. Tanatologia: Abordagem histórico-filosófico da morte no contexto da medicina legal e do direito. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 09, n.10, p.26-55, 2020. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/lei/medicina-legal. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/lei/medicina-legal>. Acesso: 18 mar. 2021.

FREIBERGER, M. H.; CARVALHO, D.; BONAMIGO. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. **Revista Bioética**, Brasília. v.27, n.2, p. 318-25, abr./jun. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019272316. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v27n2/1983-8042-bioet-27-02-0318.pdf>. Acesso em: 19 mar., 2021.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 24 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIAMATTEY, M.E.P.; FRUTUOSO, J. T.; BELLAGUARDA, M. L. R.; LUNA, I. J. Rituais fúnebres na pandemia de Covid-19 e luto: possíveis reverberações. **Escola Anna Nery**, v.26, n.e20210208, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0208>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zGDv9BZ6Lc44fxJFBBz8ktC>. Acesso: 23 Jan. 2024.

HONG, Q. N.; PLUYE, P.; FÁBREGUES, S.; BARTLETT, G.; BOARDMAN, F.; CARGO, M. *et al.*, **Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018**. Canadá: McGill, 2018. Disponível em: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/fetch/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf. Acesso: 15 Nov., 2020.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros e aos próprios parentes. 10ªed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

LEGO, L.; ECCO, C. Cidadania ativa multicultural, religião e espiritualidade na formação dos profissionais médicos no Brasil. **Fragmentos de cultura**. v.23, p.80-93, 2023. DOI:

<https://doi.org/10.18224/frag.v33iEsp.13492>. Disponível em:
<https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/13492/6341>. Acesso: 17 Out 2023.

LOPES, S. D. N.; OLIVEIRA, M. H. B. Meu corpo, minhas regras: mulheres na luta pelo acesso ao serviço público de saúde para a realização do aborto seguro. **Saúde em Debate**, v.43, n. spe4, p.20-3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S403>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe4/20-33>. Acesso: 23 Out 2023.

MELO, V. L.; MAIA, C. Q.; ALKMIM, E. M.; RAVASIO, A. P.; DONADELI, R. L.; DE PAULA, L. O. E *et al.* Morte e morrer na formação médica brasileira: revisão integrativa. **Rev. Bioética**, v. 30, n. 2., p. 300-17, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302526PT>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/qGGFJdGcTnwNZ8PmQTXSxnz/?lang=pt#>. Acesso: 05 set. 2023.

MILLAN, L. R.; ROSSI, E.; De Marco, O. L. N. O suicídio entre estudantes de medicina. **Rev. Hosp. Clinic. Fac. Med. Univ. São Paulo.**, v.45, n.3, p.145-9, 1990. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-103698>. Acesso: 18 Out., 2023.

MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, A. R.; SILVA, B. K. B. S.; ABRAHÃO, B. R.; SWERTS, L. S.; GOMES, L. E. S.; ALVES, M. T. L.; SILVA, N. L. R. Rituais de despedida no contexto da pandemia da Covid-19. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 14, n. 1, p.: 80-5, 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/384>. Acesso em: 3 de out., 2021.

NETA, A. M. S.; FERREIRA, D. B. B.; PIMENTEL, D.; NANCY, M. M.; BARRETO, Í, D. C.; TRINDADE, L. M. D. F. Metodologia PBL: Motivações e expectativas de estudantes de medicina. **Rev. Ciências e estudos acadêmicos de medicina**, v.1, n.14, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/4975/4377>. Acesso: 17 Out, 2023.

OLIVEIRA, J. C. de; FELIPE, B. C. M.; BARBOSA, G. de; SANTOS, T. P. dos; VIANA, J. S. Reflexões sobre o suporte emocional do enfermeiro no processo de tanatologia. **Brazilian Journal of Health Review**. v.3, n.3, p.4566-76, may/jun. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341894787_Reflexoes_sobre_o_suporte_emocional_do_enfermeiro_no_processo_de_tanatologia Acesso: 15 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação da população mundial 2022**: vendo o invisível. Relatório do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). 2022, 160 p. Disponível em: <https://popdesenvolvimento.org/images/noticias/2022/UNFPA-relatorio-popul-mundial-2022-PT.pdf>. Acesso: 22 dez., 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **UNFPA**: mortalidade materna no Brasil aumentou 94,4% durante a pandemia. Nações Unidas, Brasil.2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/203964-unfpa-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-944-durante-pandemia>. Acesso: 23 Jan. 2024.

POLIT, F. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ROCHA, L.; COSTA, R.; GOMES, I. E. M.; ALVES, I. F. B. O.; ROSA, R.; LIMA, M. M. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem no cuidado à mulher com óbito fetal. **Saberes Plurais: educação em saúde**, v.7, n.1, p.1-16, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v7i1.128168>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/128168>. Acesso: 11 mai 2023.

RONCAGLIA, L. P.; MARTINS, A. F.; BATISTA, C. B. Serviços de apoio aos estudantes de medicina: conhecendo alguns núcleos em universidades públicas brasileiras. **Pretextos**, v.5, n.9, p. 664-82, 2020. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/22043>. Acesso: 14 Out 2023.

ROSA, R.; GOMES, I. E. M.; COSTA, R.; ALVES, I. F. B. O.; AIRES, L. C. P. Experiências e condutas do profissional de saúde diante do óbito neonatal: revisão integrativa. **Rev. Min. Enfermagem**, v. 26, n. e3-1479, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.41101. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/41101/31999>. Acesso: 11 maio 2023.

SANTOS, K. N.; OLIVEIRA, L. C.; FONSECA, M. R. A.; SOUSA, D. A.; LIMA, P. A. L.; BARROS, L. M. O medo da morte e do morrer em estudantes da saúde. **Psicologia em pesquisa**, v.16, n.e30075, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.30075>. Disponível em: <https://periodicoshomolog.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/30075>. Acesso: 17 Out. 2023.

SILVA, E. E. G.; RODRIGUEZ, G. C.; de SILVEIRA, G. B.; LAGUNA, T. F. dos S.; CELLA, M. L. S. G.; RANGEL, R. F.; KRUEL, C. S. Percepções dos profissionais da saúde acerca da comunicação de más notícias e óbitos no contexto perinatal. **Research, Society and Development**, v.10, n.5, e43510515101, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15101>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15101/13570>. Acesso: 23 Jan 2023.

SILVA, L.; LEMES, A.; NASCIMENTO, V.; VOLPATO, R.; ROCHA, E.; MOURA, A. Fatores de risco e ideação suicida entre estudantes de enfermagem. **Rev Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.24, p.08-16, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0276>. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n24/n24a02.pdf>. Acesso: 18 Out. 2023.

SILVA, V. B.; PINHEIRO, A. S.; FERREIRA, L. N.; CUNHA, I. V.; CAVALHEIRO, R. T. M.; STIPP, M. A. C. Abordagem problematizadora da educação permanente em saúde na formação em enfermagem: uma experiência na atenção hospitalar. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v.56, e20210543, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0543pt>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SILVEIRA, C. M.; BELLAGUARDA, M. L. R.; CANEVER, B.; COSTA, R.; KNIHS, N. S.; CALDEIRA, S. Coping da equipe de enfermagem no processo morte-morrer em unidade neonatal. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 35, n. eAPEO2261, 2022. DOI:

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02261>. Disponível:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/T6FDrXFy8pZ8K6xnNGsCVgP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso:
11 mai 2023.

SIMON, H. J. Mortality among medical students, 1947-1967. **J Med Educ.**, v.43, n.11, p.1175-82, 1968. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-196811000-00012>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5697401/>. Acesso: 18 Out 2023.

SMITH, L. K.; DICKENS, J.; ATIK, R. B.; BEVAN, C.; FISHERM, J.; HINTON, L. Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: a UK qualitative study. **BJOG**,v.127, n.7, p.:868-74, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.16113>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7383869/>. Acesso: 23 agost 2023.

SOUSA, T. B. E.; LINS, A. C. A. A. Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v.15, n.2, p.1-15, abri./jun. 2020. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/e3286/2346. Acesso em: 26 jul. 2020.

SOUSA, G. S.; RAMOS, B. M. D.; TONACO, L. A. B.; REINALDO, A. M. S.; PEREIRA, M. O.; BOTTI, N. C. L. Fatores associados à ideação suicida de universitários da área da saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v.75, suplem 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0982>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Dh9T5gTnSDB9HP8RyzVHXqs/?lang=pt#>. Acesso: 18 Out 2023.

WOLF, A. H. J.; HINDS, P. S.; ARNOLD, R. M.; SOGHIER, L.; TOMPKINS, R. Vulnerability of inexperience: a qualitative exploration of physician grief and coping after impactful pediatric patient. **J Palliat Med.**,v.25, n. 10, p. 1476-83, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0050>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mdl-35333602>. Acesso: 23 agost 2023.

5.3 MANUSCRITO 3 - PREPARO PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTE: DIÁLOGOS E SOLUÇÕES DE DOCENTES E DISCENTES DA ÁREA DA SAÚDE

RESUMO: Objetivos: Identificar soluções para preparar os profissionais de saúde para o enfrentamento da morte no contexto do nascimento a partir da vivência de docentes e discentes. **Método:** Estudo misto, sequencial-transformativo (quan→QUAL). Na fase quantitativa, participaram 38 discentes de três cursos da área da saúde, matriculados nos últimos semestres de uma universidade do sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário *online* semiestruturado. A fase qualitativa foi realizada com dez docentes e dois discentes dos cursos mencionados e ocorreu por meio de grupos focais organizados a partir das etapas do arco da problematização. A análise de dados seguiu a proposta de Minayo e foi guiada pelo referencial de Paulo Freire. **Resultados:** O preparo para o enfrentamento da morte nas formações em saúde deve considerar os significados e conotações específicas que o óbito tem no contexto do nascimento, para acolher os lutos que dele emergem, seja pela morte do bebê ou da mulher. Para enfrentar esse desafio, o tema da morte pode ser abordado transversalmente ao longo das formações, permitindo que os discentes tenham um contato gradual e assistido com o assunto. A criação de espaços para a vazão do luto, assim como, a formação de grupos de estudo multidisciplinares, foram citados como estratégias para ajudar os profissionais de saúde a superarem essas dificuldades. **Considerações finais:** Há carência de espaço nas instituições de saúde e ensino para promover discussões de conhecimentos específicos e aprimorar habilidades psicoafetivas essenciais no cuidado com as famílias. O compartilhamento de experiências e informações sobre o tema tem potencial de estimular os profissionais a se tornarem autônomos e atuarem como agentes transformadores da realidade.

Descritores: Educação interprofissional; Docentes; Discentes; Atitude frente a morte; Obstetrícia.

INTRODUÇÃO

A morte caracteriza-se como o momento de encerramento da vida, sendo tanto um evento biológico quanto uma construção social, capaz de suscitar diversos pensamentos, emoções e reações emocionais com poder de afetar quem está morrendo ou aqueles que estão à sua volta (Kübler-Ross, 2017). Apesar de ser uma parte inevitável do ciclo vital, a morte é frequentemente encarada como um tema difícil de ser enfrentado e, muitas vezes, é temida pela maioria das pessoas, especialmente quando se dá de forma violenta ou abrupta. Conseqüentemente, a morte que ocorre em um momento inesperado, como no contexto de um nascimento, tende a gerar reações de espanto, revolta e muito sofrimento para todos os envolvidos (Araújo *et al.*, 2020; Figueiredo, 2020).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (2022), todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto em todo o mundo, com 99% desses óbitos ocorrendo em países em desenvolvimento. Entre os anos de 1990 e 2015, houve uma redução de 44% na mortalidade materna global. No

entanto, no Brasil, as taxas aumentaram em 94,4% durante a pandemia da Covid-19, atingindo 107,53 casos para cada 100 mil nascidos vivos em 2021 (Opas, 2022).

Em relação ao óbito neonatal, que se refere à morte que ocorre entre os primeiros 28 dias após o nascimento de um bebê, estima-se que aproximadamente 17 crianças tenham vindo a óbito a cada 1.000 Nascidos Vivos (NV) no ano de 2019, o que equivale a 6.700 mortes por dia. No Brasil, a média registrada em 2018 foi de 12,4 óbitos/1.000 NV, representando um avanço em comparação com os dados da década de 1940, quando as taxas chegaram a 146,6 óbitos/1.000 NV (UNICEF, 2020; ONU, 2019).

Souza e colaboradores (2023), mencionam que a figura do médico frequentemente vista como o agente social responsável por controlar ou deter a morte. No entanto, durante a formação em saúde, o ensino geralmente se concentra em abordagens estritamente biomédicas, negligenciando vários aspectos psicossociais da profissão. Mesmo cursos de medicina, enfermagem e psicologia apresentam fragilidades quanto a espaços reflexivos dedicados à discussão sobre a morte. Essas lacunas contribuem para a falta de preparo dos futuros profissionais, os quais, quando em contato com a experiência de morte, frequentemente a enfrentam totalmente desprovidos de ferramentas e habilidades necessárias para enfrentá-la.

Estudos indicam que profissionais com pouca experiência ou despreparados tendem a adotar atitudes negativas diante da morte para evitar o contato com as próprias emoções. Tais atitudes podem se manifestar por meio da mecanização assistencial, frieza no trato com os pacientes e seus familiares, e um distanciamento que contradiz os princípios de humanização da saúde atualmente preconizada. Por outro lado, profissionais devidamente capacitados demonstram mais preparo para lidar com situações de morte, sendo capazes de administrar suas emoções e oferecer suporte aos familiares em processo de luto (Rocha *et al.*, 2023; Rosa *et al.*, 2022; Araújo *et al.*, 2020; Correa *et al.*, 2020; Aciole; Bergamo, 2019).

A psiquiatra Kübler-Ross (2017), pioneira no tratamento paliativo, afirma a importância de os profissionais de saúde conhecerem e discutirem profundamente sobre sua postura frente à morte antes de prestarem atendimento aos familiares. Ela ressalta a necessidade de incluir no ensino a conscientização dos discentes sobre a realidade da própria morte, no intuito de gerar uma sociedade que a compreenda como algo integrado à vida.

Apesar disso, estudos demonstram que os cursos de graduação da área da saúde muitas vezes não preparam os acadêmicos para enfrentar situações de perdas e luto, mesmo que estas façam parte da prática dos profissionais. Embora a temática da morte seja explorada nos cursos de graduação, sua abordagem tende a ser exclusivamente técnica, focada em

procedimentos assépticos, uso de medicamentos, preenchimento de documentação de óbito e na conduta que os profissionais devem ter no momento do óbito. Portanto, há uma lacuna na educação dos cursos da área da saúde, que repercute negativamente na prática profissional e precisa ser problematizada e refletida (Rocha *et al.*, 2023; Rosa *et al.*, 2022; Mello, *et al.*, 2022; Dias *et al.*, 2022).

Assim, partindo do pressuposto de que os hospitais se tornaram locais primordiais para o nascimento; que os profissionais da saúde que atuam nesse contexto se deparam regularmente com o processo de morte; e que a maioria deles não dispõe de preparo técnico e emocional para lidar com essa situação e suas repercussões na vida das famílias, traçou-se como objetivo: identificar soluções para preparar os profissionais de saúde para o enfrentamento da morte no contexto do nascimento a partir da vivência de docentes e discentes.

MÉTODO

Estudo misto (quan→QUAL), sequencial-transformativo, operacionalizado pela abordagem problematizadora do arco de Charles Maguerez e fundamentado no referencial teórico de Paulo Freire. Para redigir o trabalho, foram seguidas as recomendações do *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), versão 2018 (Hong *et al.*, 2018).

Na etapa quantitativa, adotou-se o estudo descritivo com estratégia metodológica. A população investigada nesta pesquisa consistiu nos estudantes de graduação matriculados nas duas últimas fases dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia de uma universidade localizada no sul do Brasil, totalizando 264 discentes. O recrutamento dos participantes ocorreu de forma *online*, por meio do *e-mail* da instituição e de um aplicativo de mensagem instantânea, além de presencialmente nas salas de aula, quando permitido pelo docente responsável. Para cada estratégia de recrutamento, foram feitas três tentativas. Durante o processo, os discentes receberam uma carta convite contendo as informações da pesquisa, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um *link* de acesso a um formulário elaborado no *Google forms*®, que consistiu em uma adaptação do questionário de Azeredo (2007).

O formulário foi composto por perguntas abertas e fechadas, referentes às características sociodemográficas dos participantes e suas experiências em relação à abordagem da morte, com ênfase no contexto do nascimento, durante a formação atual. Como critérios de inclusão, foram adotados: ser discente dos cursos mencionados e estar cursando as duas últimas fases da graduação.

Ao todo, 38 discentes participaram da etapa quantitativa. A coleta foi realizada de março a julho de 2022, por amostra não probabilística e por conveniência. Os dados foram tabulados no programa *Excel*® 2016 e analisados por meio de estatística descritiva simples.

Na fase qualitativa, optou-se pela abordagem participativa e problematizadora. Foram realizados grupos focais com os estudantes que participaram da primeira fase do estudo, além de alguns docentes com experiência na temática da morte e do luto e/ou em saúde materno infantil, indicados pelos próprios discentes na fase anterior.

Os convites foram realizados pelo *e-mail* da instituição e incluíram: uma carta de apresentação, um TCLE e uma ficha de caracterização para os docentes. No total, foram convidados 41 docentes, dos quais 10 participaram efetivamente da pesquisa. Em relação aos 38 discentes da primeira fase de coleta, 11 sinalizaram interesse em continuar no estudo, porém somente dois puderam comparecer aos encontros, totalizando 12 participantes (docentes e discentes).

Como critérios de elegibilidade, adotou-se: ser docente e ministrar aulas para os cursos de graduação em enfermagem, medicina ou psicologia da universidade selecionada, com pelos menos 1 anos de experiência; ou ser estudante de graduação, matriculado nas últimas duas fases dos cursos mencionados e ter participado da primeira fase do estudo. Foram excluídos os docentes temporários.

Cada grupo focal foi formado por uma animadora (pesquisadora principal), responsável por apresentar o tema e conduzir as discussões, e uma relatora (aluna de doutorado), que observou a interação dos participantes e registou os dados que emergiram; além dos próprios participantes (Minayo, 2014).

Durante a condução do estudo, foi necessário realizar três momentos de coleta: um encontro virtual, um presencial e uma etapa de validação. No entanto, para ajustar a pesquisa à agenda dos convidados foram organizados três grupos focais idênticos em datas distintas, tanto para a etapa *online* quanto para a presencial, totalizando seis grupos focais. Ressalta-se que um roteiro adaptado do arco da problematização de Charles Maguerez foi utilizado na condução dos grupos para garantir o rigor da pesquisa: 1) Reconhecimento da realidade, 2) Listagem dos Ponto-chaves, 3) Teorização, 4) Hipótese de solução e 5) Aplicação à realidade. Nenhum participante compareceu mais de uma vez em cada etapa de coleta.

O encontro virtual foi realizado na plataforma do *Google Meet*®. No dia previsto, os participantes foram recebidos pela animadora e pela relatora, que fizeram uma breve apresentação das suas credenciais; dos objetivos da pesquisa; e da condução do grupo naquele

dia. Foi também informado sobre a gravação do encontro, que teve início somente após os participantes darem seu consentimento.

Para iniciar a fase de desenvolvimento, foi realizada uma dinâmica “quebra gelo”, por meio de três perguntas disparadoras: “a) O que representa a morte e como eu lido com ela no meu exercício profissional? b) Como eu percebo a experiência da morte no contexto do nascimento? c) Como eu avalio o preparo dos profissionais para lidarem com a morte no contexto do nascimento?”. Em seguida, foi solicitado aos participantes que colocassem imagens e/ou palavras representativas às suas respostas no aplicativo *Jamboard*[®]. Foi dado um prazo de 15 minutos para a conclusão da tarefa. Ao final, cada integrante apresentou suas reflexões para dar início a primeira fase do arco de Charles Maguerez.

Em seguida, os dados da etapa quantitativa foram apresentados aos participantes e suas opiniões a respeito dos mesmos foram ouvidas, marcando o início da integração dos dados. A partir disso, os participantes identificaram os pontos de conflito envolvidos (2ª fase do arco); teorizaram sobre sua ocorrência (3ª fase); e articularam ideias para solucioná-los (4ª e 5ª fase). Ao final, a animadora agradeceu a disponibilidade de todos e informou as datas do segundo encontro. As atividades do *Jamboard*[®] foram fotografadas e serviram como base para o encontro seguinte.

O segundo momento de interação do grupo foi realizado presencialmente na própria universidade, seguindo todas as medidas de segurança recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) para conter os avanços da Covid-19, vigentes no momento da realização da pesquisa. A animadora deu as boas-vindas aos participantes, apresentou suas credenciais, os objetivos da pesquisa e informou sobre a gravação, conforme feito no primeiro encontro. Em seguida, iniciou-se uma nova dinâmica “quebra gelo”, na qual foram apresentadas as fotos das atividades desenvolvidas no aplicativo *Jamboard*[®] pelos três grupos, seguido de uma síntese dos principais temas discutidos em cada um deles. Esses dados foram apresentados na forma de um quadro para que os participantes pudessem repensar cada item e corrigir, acrescentar ou excluir informações equivocadas, até que fosse obtido um consenso total entre todos.

A média de duração de cada grupo, tanto *online* quanto presencial, foi de aproximadamente duas horas. Todas as gravações foram transcritas pela pesquisadora principal. Os nomes dos docentes foram substituídos pelas letras “DO”, e dos discentes por “DI”, acompanhados de um número que seguiu a ordem de participação (DI1, DO2, DI3). A fase qualitativa ocorreu entre agosto de 2022 a março de 2023. Toda a análise seguiu a proposta operativa de Minayo (2014) e o referencial teórico de Paulo Freire.

Como os encontros ocorreram separadamente, a pesquisadora principal realizou mais uma etapa para a validação total do conteúdo. Dessa vez, foi enviado um arquivo por *e-mail* aos participantes, contendo todos os elementos trazidos nos dois momentos de coleta, para que pudessem validar e/ou propor mudanças individualmente, dentro de um prazo de 15 dias úteis. Ao final, foram acatados os ajustes sugeridos, que consistiram principalmente em pequenas alterações de redação, sendo encerrada a fase de validação.

Os dados coletados na etapa quantitativa e qualitativa serão apresentados por meio de duas categorias subdivididas, conforme ilustra o quadro 11.

Quadro 11 - Categorias e subcategorias de sentido - Etapa qualitativa

Categorias	Subcategorias
DIÁLOGOS DE DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENFRENTAMENTO DA MORTE NO CONTEXTO DO NASCIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Simbolismo do contexto e da morte; - Acolhimento de lutos diferentes; - Conhecimentos especializado e disponibilidade emocional; - Limitações institucionais.
POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA MELHORAR A FORMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Tornar a morte um tema transversal; - Contato gradual e seguro com a experiência; - Espaços para a vazão de sentimentos; - Grupos de estudo multidisciplinares; - Estímulo ao envolvimento ativo: o profissional como agente de mudanças.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2023.

Ao longo do estudo, foram seguidas as diretrizes das resoluções nº 466/2012 (Brasil, 2012) e nº 510/2016 (Brasil, 2016), do Conselho Nacional de Saúde, assim como as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Brasil, 2021c) e o ofício nº 2/2021, que dispõe sobre procedimentos de pesquisa em ambientes virtuais. O estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de ética da universidade, sob o parecer: 5.287.016.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO

Participaram do estudo 38 discentes com idade entre 21 e 47 anos. Destes, 27 eram mulheres e 11 homens. A maioria era solteiro(a), de nacionalidade brasileira e natural do estado de Santa Catarina. 15 deles cursavam medicina, 12 psicologia e 11 enfermagem.

Dentre eles, apenas uma aluna da medicina e outra da enfermagem participaram da segunda fase do estudo.

Quanto aos docentes, oito eram do curso de enfermagem, um de medicina e um de psicologia. Todas eram mulheres, sendo três solteiras, duas divorciadas e as demais casadas. No que diz respeito à formação e tempo de docência, todas as participantes possuíam especialização, mestrado e doutorado. A média do grupo em relação ao tempo de atuação na universidade investigada foi de aproximadamente 8,2 anos.

DIÁLOGOS DE DOCENTES E DISCENTES SOBRE O ENFRENTAMENTO DA MORTE NO CONTEXTO DO NASCIMENTO

Os dados quantitativos revelam que a maioria dos discentes teve acesso a algum conhecimento teórico relacionado à morte no contexto do nascimento durante a graduação, porém poucos o vivenciaram na prática. Nenhum discente indicou se sentir totalmente preparado para lidar com a situação de morte no contexto do nascimento, embora a maioria considere importante aprender sobre ela para a sua atuação profissional. Com exceção de um participante, os discentes dos três cursos consideraram que o processo de formação contribuiu para promover mudanças na relação que estabelecem com a morte, mesmo que de forma sutil. Na tabela 4 são apresentados os dados da pesquisa.

Tabela 4 - Abordagem da morte e sensação de preparo de discentes de uma universidade no sul do Brasil, SC, 2023.

Variáveis	n 38	%
Abordagem da morte na graduação atual		
Sim	27	71,1
Não	11	28,9
Experiência, real ou simulada, de enfrentamento da morte no contexto do nascimento		
Sim	16	42,1
Não	22	57,9
Sensação de estar reparado(a) para lidar com situações de morte no contexto do nascimento		
Totalmente preparado(a)	0	0
Parcialmente preparado(a)	12	31,6
Parcialmente despreparado(a)	18	47,4
Totalmente despreparado(a)	8	21,1
Importância atribuída ao aprendizado do tema para a sua atuação profissional		
Muito importante	28	73,7
Importante	9	23,7
Pouco importante	1	2,6
Mudança propiciadas pela formação em relação a morte/luto		
Nenhuma mudança	1	2,6

Poucas mudanças	19	50
Muitas mudanças/ mudanças significativas	18	47,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Simbolismo do contexto do nascimento e da morte

Por meio das falas dos participantes, foi possível perceber que a morte no contexto do nascimento afeta emocionalmente o pessoal da saúde de maneiras distintas, diferindo de outras situações de perda. Isso se deve ao significado atribuído a ela, que apresenta características específicas, tanto por ocorrer em um contexto de início da vida quanto por estar associada às iniquidades sociais.

“A morte no contexto do nascimento é algo quase desestabilizador [...] quando isso acontece em um contexto de centro obstétrico, que a mulher entra super bem, e toda a família e todo aquele espaço está preparado para a vida, e de repente traz uma situação de morte, é algo muito delicado e difícil as vezes de lidar [...] tanto que a grande maioria foge [...], some todo mundo e fica uma pessoa para dar a notícia [...] ninguém quer ter essa incumbência”. (DO2)

“A morte como um fato de ruptura, de uma história biográfica de alguém, ela representa, obviamente, muitos desafios [...] [porque] essa pessoa que morreu em vida, ela vive contextos adversos [...] Muitas vezes, o momento da morte só é, digamos, uma continuidade de uma vida muito difícil, e isso traz, obviamente, muita angústia para todo mundo [...] Sobretudo para pessoas que vivem políticas de vida precárias [...] os preconceitos a essas pessoas, no luto, permanece. [...] Se a garota lá, de 15 anos, tem um natimorto e ela não chora, “ela não gostava da criança.[...]” ou ao contrário, “essa garota nem devia ter engravidado”, então, também se nega essa gestação, se nega esse luto”. (DO5)

“A gente percebe que a morte no contexto do nascimento está diretamente relacionada com os indicadores sociais. Ela reflete a qualidade da assistência à saúde para essa população, as interseccionalidades, porque a gente sabe que morrem mais mulheres negras, indígenas, de classe baixa, mulheres que não estudam... então, tem essas questões [...] que estão diretamente ligadas a esses muros; às oportunidades econômicas; às condições gerais de vida de uma população e também à questão da determinação das políticas, porque, apesar de a gente ter as políticas públicas [...] [e] tentar melhorar a qualidade do pré-natal, da assistência obstétrica, a gente sabe que nós estamos muito longe de alcançar as metas, principalmente em relação à mortalidade materna [...] Tudo isso está diretamente relacionado à qualidade da assistência, porque essas mortes, elas são, na sua grande maioria, mortes evitáveis”. (DO6)

Acolhimento de lutos diferentes

O contexto do nascimento abarca diferentes tipos de luto, que variam de acordo com o momento da morte (início da gestação, final da gestação, pós-parto), o tipo de óbito (materno, fetal/neonatal), o motivo (espontâneo, previsto/esperado, erros de identificação precoce de agravos e manejo, dentre outros), quem o sente (pai, mãe, irmãos, avós, profissionais da saúde, dentre outros) e o significado que o falecido tinha para cada membro da família, o que demanda dos profissionais habilidades amplas e específicas de acolhimento e manejo.

“O pós-cureta a gente acaba não lidando [com a mulher], ela não fica ali no ambiente, ela logo acorda, vai para o quarto e [...] logo ela vai de alta e não tem ninguém para dar uma palavra, para entender como é que ela está. Ela muitas vezes vai ficar internada um tempo antes do procedimento [...] vivendo esse luto, vivendo essa perda e ninguém tem esse olhar. É real, não tem uma pessoa que vai lá dar um apoio e um suporte porque: "aí, é bem no iniciozinho, a barriga nem cresceu". Isso é uma visão individual, pessoal e que não é geral, então esse olhar para o abortamento deve existir também, não é apenas o procedimento em si, é também o significado daquilo para aquela família e para aquela mulher”. (DO2)

“No meu exercício [...] eu vou para a atenção primária. E lá a morte não chega diretamente para a gente, mas chegam as histórias, chegam esses vazios nas vidas das pessoas e que interferem no processo de saúde [...] E profissionalmente isso tudo para mim é super importante que seja considerado”. (DO8)

“Uma vez eu acompanhei uma morte materna, mas não foi nem no centro obstétrico, eu trabalhava também na UTI neonatal e o bebê foi parar lá, e aí eu vi a irmãzinha chegar com dez anos e pedir para segurar [o bebê], e ela já se assumindo no papel de mãe, uma criança de dez anos. Ela também perdeu a mãe, sabe?”. (DO9)

“Eu acho que morte é morte, é dolorida em qualquer fase da vida [...] O que eu acho é que a morte de um bebê é quando tu perdes um sonho. Então ele morreu e com ele morreu todo o sonho daquela mãe [...], é como se desse um gap na vida dela. Agora, quando a gente perde a mãe eu acho que é muito complicado, principalmente para o pai que ficou e se ficou ainda o bebê. Pode ser uma coisa meio cruel, mas parece que quando morre o bebê, a mãe tem a oportunidade de ter um outro bebê. Não que vá substituir aquele bebê, de jeito nenhum, cada um tem o seu papel, mas quando tu perdes a mãe, acabou tudo [...] É como se fosse riscada uma história. Então dói de todas as formas, vai doer a morte de um idoso, de um bebê, de uma criança, de um adolescente, mas eu acho que são dores que tem conotações diferentes porque vão ter sonhos diferentes, envolvimento diferentes, expectativas diferentes”. (DO11)

“Uma das queixas das mulheres que sofreram aborto [é de] que elas não são validadas e esse é um ponto que eu acho muito importante, que é a validação da maternidade”. (DO12)

Conhecimento especializado e disponibilidade emocional

A disponibilidade emocional necessária para lidar com a morte e o luto das famílias foi pontuado como um desafio pelos participantes, pois envolve tanto o manejo dos sentimentos, experiências e crenças das famílias, quanto o domínio de habilidades técnicas específicas para conduzir situações de perda.

“Lidar com alguém que lida com a morte é saber silenciar a sua própria experiência de morte, porque [...] a gente tende a compartilhar essa dor com todo mundo que minimamente vai entender essa dor, inclusive pessoas que estão perdendo agora. Mas esse [...] não é um momento para elas ouvirem a nossa dor, é um momento que a gente tem para silenciar, para ouvir a dor delas, se elas quiserem compartilhar. [...] Eu gostaria que uma pessoa me falasse que eu sou nova ainda [para ter um filho], mas empatia não é sobre isso, empatia não é sobre fazer o que você queria que fizessem para você, empatia é fazer o que aquela pessoa precisa que seja feita com ela. Então entender essa dinâmica do contexto da pessoa silenciar e fazer isso é fundamental.” (DI3)

“Eu vejo que existem receitas básicas ou condutas protocoladas que a gente faz [...] Por exemplo, se você tem uma mãe que perdeu um bebê, você não coloca ela no alojamento junto com as outras mães [...]. Quando um bebê nasce [morto], você sempre estimula que a mãe pegue aquele bebê e possa fazer um reconhecimento na despedida [...], senão ela pode fantasiar e achar que o meu bebê não nasceu morto, que levaram... Mas às vezes você fala assim: "você quer ver o seu bebê?", e a resposta dela é não. Ai você espera, dá um tempinho: "você tem certeza? É o teu filho. Se você não quiser, eu levo. Você quer pensar um pouquinho?". Ai, muitas vezes, elas mudam de opinião, pegam aquele bebê. Outras: "não quero"; ai o familiar que quer acompanhar: "posso ir junto?"; "pode, vem". Então assim, a gente tem formas de tentar amenizar essas dores, essa situação que está sendo vivenciada, mas eu acho que os profissionais têm essa receitinha básica, mas eles precisam olhar através, para tentar entender novamente o que as pessoas estão vivenciando”. (DO9)

“A gente teve uma experiência muito pesada de uma mãe que sabia que o neném não sobreviveria muitas horas após a parto, e ela tinha outras crianças. Então as outras crianças, junto ao pai e a mãe, fizeram uma cartinha [...] então, quando ela ganhou o bebê, o bebê veio para nós, com vida, para a gente deixar ele partir. Isso é muito complicado. Tu deixar partir com tanto aparato que tu tem [...] A gente colocou toda a roupinha [...] e leu a carta para ele [bebê] [...] [e] ficou com ele no colo [...]. Então

não é fácil, [porque] tu está dando tchau para uma criancinha que nem é tua!". (DO11)

Limitações institucionais

Para os participantes, a alta rotatividade de profissionais nas instituições de saúde, motivada pela baixa remuneração bancária, contribui para as sobrecargas de trabalho, a mecanização da assistência e o pouco entrosamento das equipes. Isso não apenas dificulta o manejo e a humanização do luto, mas também aumenta a incidência de mortes nesses locais.

"Semana passada a gente estava conversando que a morte materna está aumentando as estatísticas e [...] [isso] não podia acontecer, porque a morte materna é um erro, é uma falha [...] alguma coisa aconteceu, porque a estatística natural para morrer assim, "não tem o que fazer", é muito baixa. [...] E o que a gente vê? Tem muita mudança de equipe [...] Tinha uma equipe super redondinha, que cresceu junto com a maternidade, basicamente, [mas agora] a pediatria e a UTI neo, estão sem médico obstetra e pediatra para fechar todos os plantões [...], então isso dificulta muito [...] Agora, a cada seis meses, mudam quase todos [...] porque o salário não compensa [...] [o valor é] um terço, em comparação a trabalhar no estado, ninguém fica". (DO2)

"Eu atuo bastante na atenção primária e, na atenção primária, isso é algo mais [distante] ainda, porque parece que já tem que pular para outro assunto: "vamos encaminhar para o psicólogo, isso já não é mais da minha alçada", sabe? É uma fuga [...] a gente já teve situações de atender uma paciente em uma semana e, na outra, descobrir que ela perdeu o bebê, apesar de ser uma idade gestacional avançada e esperava-se que estivesse tudo bem. Então, no hospital, a gente já tem pouco preparo [...], [mas] eu acho que na atenção primária, [é] menos ainda". (DO6)

"A gente escuta muito: "eu não tenho nem tempo de cuidar dos vivos, vou cuidar dos que morreram?". Não que os que morreram não tenham importância, mas eu estou sem tempo. E aí eu acho que forma um ciclo vicioso [...] E aí quando tem uma possibilidade, está menos cheio e tem tempo, ela nem vai porque ela já projetou que não é para fazer nada. É isso, não dá tempo de cuidar dos bebês que morreram e das famílias enlutadas porque está muito corrido, aí quando tem tempo eu já nem vou porque eu nem faço isso no andamento das coisas que eu preciso fazer". (DO12)

POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA MELHORAR A FORMAÇÃO

Após refletirem sobre o contexto da atuação profissional, juntamente com os dados quantitativos, os participantes dos grupos focais realizaram uma rodada de *brainstorm* no

intuito de encontrar soluções viáveis para a realidade em questão, as quais serão apresentadas a seguir.

Tornar a morte um tema transversal

Considerando a abrangência do tema e o impacto que causa no fazer assistencial, os participantes refletiram que a temática da morte deveria ser tratada de forma transversal nas formações em saúde.

“Se for falar de morte, uma disciplina de morte não é legal [...] [porquê], ou muitos gatilhos vão ser disparados com esse assunto ou [ele] vai ser banalizando, "vamos ver mais uma morte". [...] Hoje em dia [acontece um acidente] e o povo antes de atender, está filmando [...] como as redes sociais estão tão forte [...] ele recebe o vídeo dos corpos [de um acidente] todos abertos, povo morrendo e não sei o que. E acaba sendo assim, parece um filme, banalizado”. (DO2)

“Acho que a graduação precisa sempre ter, de forma transversal, [e em] todas as disciplinas, alguns conteúdos vinculados como a morte e o cuidar de pessoas e família, porque é algo que tem que ser constante e porque exige reflexão. Pontos pequenos, mas de forma continuada, porque a maturidade das vivências vai indo aos poucos. [...] E aí poderia pegar a morte da mãe, da criança, do idoso, a questão do câncer [...] são momentos específicos de vivência de morte, que vamos dizer, são comuns [...] Ter uma proposta transversal e que abordasse os vários tipos de morte, não é um curso de especialização, mas é o mínimo que o aluno tem que ter de conceito, de experiências, de estratégias pedagógicas, para ele ir amadurecendo [...]. E se na prática ele tiver oportunidade de [viver] enfrentamentos reais de morte, que os professores os permitam vivenciar isso”. (DO7)

“No contexto do nascimento, quando acontece ali o aborto legal, eu penso nos casos onde vai ter intervenção profissional, mas também existe o aborto ilegal. Estou pensando na área criminal, mas que essas pessoas chegam para a gente nos serviços e também foram atravessadas por um processo de luto, de morte, de perda, de julgamento social, de sofrimento psicossocial da mulher, de risco de morte dela, de saúde da família, de saúde psicossocial. Então, assim, se eu pensar em trabalhar isso na formação, eu acho que é um tema bioético [transversal] que faz parte”. (DO8)

Contato gradual e seguro com a experiência

No quesito aprendizagem, os participantes ressaltaram a importância de proporcionar um contato gradual, porém realista, com a temática da morte. Para eles, a abordagem permitiria os discentes compreenderem a complexidade do assunto, ajudando-os a identificar as habilidades necessárias para enfrentá-lo. Além disso, seria uma oportunidade para que reconhecessem as lacunas em seu conhecimento e entendessem como suas ações podem impactar significativamente na vida das famílias enlutadas.

“Sem o confronto com o que falta, é muito difícil que o aluno leve o seu processo de aprendizado em direção a buscar aquilo que falta [...] Porque, ok [...] entendi que agora eu não tenho recurso [...] Então o que eu vou fazer? [...] E daí a gente começa a falar sobre protocolo SPIKE, sobre como dar uma notícia, frases que são certas, do ponto de vista metodológico, para que essa pessoa tenha na ponta da língua. Não para sair falando, mas para caso eu tenha que falar, eu sei como falar, eu sei as palavras que eu vou usar para não causar um erro”. (DI3)

“Eu vi crianças nascendo sem cérebro [...],vi mães que sabiam que a criança já estava falecida e estavam esperando a hora do parto para parir, porque não dava para tirar antes porque tinha risco de vida. Olha, e isso eu vivi na graduação. Para mim, qual foi o meu benefício? Tinha duas enfermeiras obstétricas, que me acompanhavam na época do estágio [...] [e] elas me deram todo o suporte, além de emocional, a questão técnica, eu acompanhava elas, fazia toda abordagem junto com elas. Então isso foi muito importante e me trouxe também maturidade profissional”. (DO7)

“Todo mundo lembra do primeiro óbito que acompanhou [...] e é isso que vai nos trazer segurança, nos trazer conhecimento e reflexão. Hoje eu saberia acolher uma mulher que teve uma perda. É o silêncio, é se colocar e deixá-la à vontade. [...] Quem já perdeu lembra que as falas realmente ficam na sua memória, você conta para alguém [...] e vem aquilo que falaram [na ocasião], o que foi bom [...], e as falas que [nos] fizeram desmoronar. Então você tem que ter muito cuidado quando você fala”. (DO9)

Espaços para a vazão de sentimentos

Foi dado destaque a importância da promoção de espaços e grupos de apoio, nos quais docentes e discentes possam expressar seus sentimentos de luto, compartilhar experiências e participar de atividades conjuntas de educação continuada, no intuito de adquirirem habilidades técnicas e sensíveis para lidar com as situações de morte e luto.

“Eu pensei agora nesse preparo psicológico dos profissionais, é muito defasado e deve ser corriqueiro [...]. A gente sabe que tem experiências muito exitosas [...] nesse sentido, de lidar com os processos de luto do dia a dia para isso não se tornar uma porta de adoecimento para os profissionais [...] porque na hora que acontece ele precisa saber o que fazer porque vai doer nele também, e tudo bem.”(DO2)

“A instituição, considerando recursos, é muito difícil ela ter um profissional que é vinculado a ti. psicólogo não vai poder te dar o suporte porque é contra os próprios princípios ter laços de profissionais ali. [Buscar] um profissional fora, a maioria não tem dinheiro para pagar. E a instituição também não tem. Então, o que é que eu sempre vi? Quando tu cria teus pequenos grupos de discussão sobre os problemas vividos, que pode ser com horário marcado [...] tu tem encontros para discussões de casos [...] para dar subsídio tanto teórico quanto de troca de experiência para novos enfrentamentos. Mas a grande maioria dos grupos é sempre assim: "não tenho tempo, não tenho tempo, estou correndo, estou correndo" e não criam essas oportunidades. Eu acho que as pessoas deixam de crescer”. (DO7)

“Eu fiquei muito admirada em descobrir através da minha tese [...] que os profissionais de modo geral têm muita dificuldade em lidar com a morte, principalmente para dar a notícia [...] para os familiares. [...] daí eu percebi [...] que os profissionais sofrem muito com a morte, alguns banalizam a morte, outros entram em depressão e isso gera muito sofrimento. E quando essas mortes são constantes no teu trabalho, o sofrimento é maior ainda. [...] Então assim, eu acho que tem que ter esse acompanhamento para os profissionais que também não tem momentos de reflexão” (DO10)

Grupos de estudo multidisciplinares

As participantes também ressaltaram a relevância de haver momentos de troca multidisciplinares nas universidades, para conhecer como cada especificidade compreende e enfrenta a realidade da morte, com o objetivo de superar eventuais dificuldades.

“Eu acho que o apoio dos próprios colegas, pelo menos no nosso departamento [...] tu tens um grupo de docentes, que tem reuniões constantes [...] todo mundo tem doutorado, tem pós-doutorado, muitos cursos... Eu vejo uma troca muito saudável de experiências, de replanejamentos, de como abordar o aluno. Pode não te dar um suporte 100%, mas eu entendo, no meu ponto de vista, que é saudável e ajuda bastante”. (DO7)

“Essa roda de conversa hoje aqui, que coisa boa até para nós que estamos participando [...]. Isso deveria acontecer mais vezes, nós

precisamos falar mais desse assunto na sociedade de uma forma geral, também na formação e na assistência ”. (DO10)

Estímulo ao envolvimento ativo: o profissional como agente de mudança

Dois participantes fizeram considerações sobre a promoção do “agenciamento” desde o processo formativo, para que os futuros profissionais sejam proativos diante de situações de conflito entre o treinamento recebido, as necessidades do público e as normativas das instituições de saúde.

“Algo que eu acho que eu acrescentaria [...] seria entender as limitações institucionais [...] “Não pode entrar”, “não pode ver”, “não pode levar” [...] tudo bem que a família inteira não possa ver uma criança que está na UTI, a gente entende isso porque é um lugar que pode contaminar [...] agora, será que está tudo bem a gente ter que mandar uma criança lá para o outro lugar [...] e tirá-la daquele berço pequeno? [...] Acho que entender as limitações institucionais nesses termos [...] é uma coisa importante [...] [para] perceber-se como agente ativo, como potencial transformador dessas regras, sabe?”. (D13)

“A gente é formado para trabalhar de um jeito legal e vem as regras da instituição, e então a gente entra em sofrimento moral [...] um assujeitamento às regras, então você paralisa, porque é um bom moço, você aprendeu a seguir regras, não só porque elas são necessárias, mas porque elas falam também do nosso contrato social de se manter numa prática que seja coesa, não é? [...] agenciamento significa justamente você ir criando as regras numa perspectiva [...] de dialogar com essas regras e agenciar um novo modo de vida, um novo modo de cuidar”. (DO5)

“Contribuições para formação é preparar realmente para enfrentar isso, que vai ser encontrado. E se a sociedade ainda não está preparada para dar o suporte às famílias, aí a formação tem que alavancar isso, porque quando a gente vai dentro da enfermagem até estudar itinerário terapêutico, a gente vê o quanto uma coisa influencia a outra e vice-versa. Se culturalmente para mim a sociedade não está preparada para isso, tem que vir do conhecimento para influenciar a cultura e para depois ter esse jogo, esse zig zag de informações até se transformar, mas isso para mim eu acho que é um século, pelo menos, porque já estamos há muito tempo nessa vivência”. (DO7)

DISCUSSÃO

Docentes e discentes lidam com situações de morte no contexto do nascimento na trajetória da formação. Por se tratar de um cenário associado ao início da vida e permeado por iniquidades sociais (falas da primeira subcategoria), o significado da morte adquire

conotações específicas nesse contexto, impactando no enfrentamento dos profissionais e dos enlutados. Consequentemente, o acolhimento ao luto torna-se complexo, seja decorrente da morte de um bebê (luto perinatal, dos irmãos, tios, avós, dos profissionais) ou de uma mulher (luto do cônjuge, irmãos, filhos, pais, dos profissionais), exigindo dos profissionais preparo e disponibilidade emocional para conduzir o processo de perda de acordo com as necessidades de cada enlutado (depoimentos da segunda e terceira subcategoria).

Estudos relacionam o luto complicado à falta de suporte emocional. No entanto, a perda perinatal ainda não é reconhecida pela sociedade, pois os pais não têm a oportunidade de conviver com o filho por muito tempo. Isso fomenta, no imaginário coletivo, a crença de que o sofrimento é menor nesses casos e que os pais não precisam de cuidados específicos (Rocha *et al.*, 2023; Rosa *et al.*, 2022; Aciole; Bergamo, 2020). Consequentemente, os pais em processo de perda são tolhidos de demonstrar seu pesar em público, ao mesmo tempo em que têm sua maternidade/paternidade invalidada pelo meio (depoimento de DO11). Na fala de DO2, é possível perceber essa relação quando ela menciona a ausência de acolhimento à mulher submetida a uma curetagem dentro do ambiente hospitalar, o que ressalta a invisibilidade do luto perinatal, mesmo entre os profissionais da saúde.

A capacidade de acolher e identificar os elementos simbólicos de um processo de perda envolve uma prática em saúde pautada no diálogo e na formação de vínculos. Pilger (2023), em sua cartilha de educação para a morte, sugere que os profissionais de saúde precisam considerar seis elementos no momento de compreender o processo de luto de uma pessoa, que incluem: 1) quem era o falecido na vida do enlutado e o que ele representava; 2) a natureza do vínculo emocional entre eles; 3) as circunstâncias da morte e a forma como o enlutado recebeu a notícia; 4) histórico de luto complicado anteriores ao vivido; 5) a personalidade do enlutado; 6) e os fatores sociais envolvidos, como as influências culturais, étnicas, religiosas e a presença de rede de apoio. Assim, a autora deixa clara a importância de os profissionais desenvolverem seu “silêncio e empatia” (fala de DI3) para ouvir a dor do outro, de modo a se tornarem capazes de “olhar através das circunstâncias” e realizar uma assistência para além dos protocolos institucionais pré-estabelecidos (fala de DO9) (Alves *et al.*, 2022).

A realização de práticas de cuidado complexas, como o acolhimento ao luto, demanda tempo, treinamento e a articulação das equipes de saúde. Logo, são elas também as mais afetadas quando há sobrecarga de trabalho, rotatividade profissional e mecanização da assistência (fatores mencionados na última subcategoria). Um estudo descritivo, realizado em 35 unidades de saúde da família em um estado de médio porte do Brasil, observou que a alta

rotatividade dos profissionais e a falta de capacitação especializada afetavam diretamente os serviços prestados pelas equipes (fala de DO6). Como consequência, os usuários das unidades consideravam o desempenho dos serviços insatisfatórios em quase todos os itens avaliados no *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil) (Ribeiro; Scatena, 2019).

Corroborando com o tema, um trabalho realizado com 166 enfermeiros identificou que a rotatividade dos profissionais nas instituições de saúde está diretamente relacionada a cinco fatores: apoio da chefia, recompensa, conforto físico, controle/pressão e coesão da equipe. O aumento da “recompensa” demonstrou ser o fator mais eficaz para diminuir a intenção de rotatividade dos profissionais, ao passo que a diminuição do conforto físico e a pouca coesão da equipe a aumentavam (depoimentos de DO2 e DO12) (Bracarense *et al.*, 2022). Curiosamente, os dois fatores estão associados ao desenvolvimento de distúrbios psíquicos nos profissionais, como *burnout*, ansiedade e depressão, os quais também são as principais causas de afastamentos e saídas precoces, citados em outros estudos (Petermann, 2020; Munhoz *et al.*, 2020; Ribeiro; Scatena, 2019).

Para superar os desafios identificados, os participantes refletiram sobre a importância de o tema da morte ser abordado de forma transversal nas formações em saúde, para que os discentes desenvolvam as habilidades necessárias para enfrentá-la de forma gradual e assistida. Também ressaltaram a importância de haver espaços de diálogo, acolhimento ao luto e vazão dos sentimentos, tanto no ambiente acadêmico quanto no trabalho, bem como grupos de estudo multidisciplinares voltados à troca de informação e ao aprendizado conjunto, que os estimulem a assumir uma postura ativa em relação ao processo de cuidar em saúde.

As necessidades citadas pelo grupo estão alinhadas com um estudo que analisou a presença de disciplinas relacionadas à educação para morte, perda e luto, em 103 cursos de medicina e enfermagem do território brasileiro. Segundo os autores, 83% dos cursos de medicina do Brasil abordam o tema da morte em disciplinas obrigatórias. No entanto, apenas 28% de todos os cursos analisados incluem algo relacionado à educação para morte, perda e luto em seus currículos, e em nenhum deles o assunto era o tema central da matéria. Esses dados reforçam a necessidade de uma reformulação no processo formativo das profissões da saúde, para que situações complexas e inerentes às profissões, como a morte, possam ser abordadas com profundidade e progressivamente nas graduações, de modo que os discentes tenham oportunidade de compreender as nuances técnicas, simbólicas e emocionais envolvidas em cada processo de perda (Souza *et al.*, 2023).

A significância de um aprendizado detalhado ganha visibilidade com um trabalho realizado na Inglaterra, o qual investigou a experiência de pais cujos bebês morreram antes,

durante ou após o nascimento. Os resultados demonstram que a terminologia utilizada pelos profissionais da saúde para se referirem à morte do bebê teve forte impacto na saúde dos pais. Quando informados que estavam “perdendo seu bebê”, em vez de “tendo um aborto espontâneo”, os pais demonstraram mais preparo para enfrentar o trabalho de parto e o nascimento do natimorto, assim como para vê-lo e segurá-lo. Para os autores, isso ocorreu porque a terminologia validava a perda dos pais, facilitando a despedida e a elaboração do luto (Smith *et al.*, 2020).

Frente ao exposto, os dados quantitativos do presente estudo chamam a atenção, considerando que 57,9% dos discentes referiu não ter experienciado situações de morte envolvendo o contexto do nascimento durante a graduação, seja ela real ou simulada; enquanto 28,9%, sequer teve contato com conteúdos teóricos relacionados ao tema.

O contato com a terminalidade da vida ocasiona uma quebra nas defesas do ego de discentes, docentes e profissionais da saúde, obrigando-os a enfrentar emoções relacionadas à realidade da perda e do desapego (Correia *et al.*, 2020; Freiras-Júnior, 2020). Isso lhes permite refletir sobre a inevitabilidade da morte e assumir as dificuldades que se apresentam ao lidar com ela, incluindo suas crenças, conceitos e pré-conceitos, como ilustrado pela fala de DI3 e D09 na subcategoria “contato gradual e seguro com a experiência”. Conseqüentemente, a aproximação contínua e assistida com a temática torna-a algo naturalizado no ambiente acadêmico e profissional, facilitando a troca de informações entre os envolvidos para um melhor preparo (Souza *et al.*, 2023; Rosa *et al.*, 2022; Smith *et al.*, 2020; Menezes; Aciole; Bergamo, 2019). O depoimento de DO7 corrobora com essa questão. O fato de quase todos os participantes da etapa quantitativa considerarem que aprender a lidar com a morte no contexto do nascimento é importante (23,7%) ou muito importante (73,7%) para a atuação profissional reafirma essa ideia.

Na concepção do educador Paulo Freire, a escuta e o diálogo são as bases de todas as relações humanas. Para ele, não há encontro sem diálogo, como também não há respeito sem escuta. É por meio da dialogicidade que emergem as contradições e limites das situações vivenciadas por cada pessoa, revelados os fatores ocultos que sustentam a interpretação que fazem da realidade. Portanto, Freire via na reflexão conjunta o meio dos seres humanos conhecerem e transporem os limites da própria singularidade, para encontrarem novas formas de ser e estar no mundo (Freire, 2000, 2005).

A mesma lógica se aplica à promoção de espaços destinados à expressão do luto, os quais, de acordo com a literatura, são eficazes para auxiliar os discentes a enfrentarem os

desafios emocionais da formação, trazendo benefícios como redução do estresse, aumento de produtividade e foco; melhora na capacidade de empatia e maior habilidade para o enfrentamento de situações estressantes, como a morte. Entretanto, no Brasil, a maioria dos serviços oferecidos nas universidades públicas está concentrada na região sudeste do país e destinam-se exclusivamente aos discentes de medicina, o que reforça a urgência de implementar esses serviços em outros cursos e localidades (Roncaglia; Martins; Batista, 2020).

Nesse sentido, a ideia de criar grupos de estudo multidisciplinares é promissora, pois estimula a partilha de experiências entre pessoas com conhecimentos e habilidades distintas para superarem adversidades similares, possibilitando o crescimento conjunto e a criação de soluções condizentes com a realidade de cada contexto. Ao se abrirem ao aprendizado, os profissionais, além de se sentirem mais preparados para enfrentar situações adversas, aprendem a reconhecer potenciais fatores risco e a pensar estratégias para melhorar a assistência, a qualidade do ensino e a eficácia das políticas públicas (Souza *et al.*, 2023; Rocha *et al.*, 2023; Rosa *et al.*, 2022; Alves *et al.*, 2022; Smith *et al.*, 2020).

Ao se tornar ativo em seu processo de aprendizado, os profissionais da saúde adquirem consciência sobre sua capacidade emocional de sentir, de se conectar, de pensar individual e coletivamente sobre seus direitos e responsabilidades em relação aos problemas que existem. Logo, mesmo que as circunstâncias sejam difíceis ou pareçam impossíveis, o espírito investigador, o sentimento de esperança e o compromisso com melhoria da realidade perduram, pois a adversidade não representa o fim das possibilidades, mas sim a fronteira entre aquilo que é e o que pode vir a ser. Portanto, quando os seres humanos conseguem vislumbrar os problemas da vida e dialogar sobre eles de forma construtiva, têm o poder de transcender as limitações e fazer o “inédito viável” se tornar visível, ao ponto de a solução não ser mais um sonho, mas uma realidade possível (Kübler-Ross, 2017; Freire, 2005, 2000).

Portanto, um processo formativo centrado no diálogo amoroso e na relação respeitosa entre educadores e educandos, criar um ambiente de aprendizagem acolhedor, capaz de promover o crescimento conjunto e capacitar os envolvidos a compreenderem criticamente sua realidade e mudá-la ativamente. Nesse sentido, o exercício da busca pelo conhecimento desde a graduação pode facilitar a conscientização dos novos profissionais acerca da importância da educação permanente e do compromisso em avaliar continuamente sua prática por meio do ciclo de ação-reflexão-ação.

Destaca-se como limitações desse estudo: a escolha por uma amostra não probabilística e por conveniência; o contexto pandêmico, no qual as restrições vigentes e o excesso de atividades remotas dificultaram a adesão de mais participantes durante a coleta

quantitativa; e o recorte da realidade investigada. Essas limitações podem servir de inspiração para a realização de outras pesquisas que se proponham a explorar o tema da morte nas formações em saúde em outros contextos de ensino e períodos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo identificar soluções para preparar os profissionais de saúde para o enfrentamento da morte no contexto do nascimento a partir da vivência de docentes e discentes. Ao final, concluiu-se que as formações em saúde precisam considerar os significados e conotações específicos que o óbito tem no contexto do nascimento em suas grades curriculares, para acolher os diferentes lutos que dele emergem. Para enfrentar esse desafio, o tema da morte deve ser abordado transversalmente ao longo das formações, permitindo que os discentes tenham um contato gradual e assistido com o assunto. A criação de espaços para a expressão do luto, assim como a formação de grupos de estudo multidisciplinares, são estratégias que podem ajudar os profissionais de saúde a superarem essas dificuldades, além de estimulá-los a assumirem postura ativa em seu processo enquanto agentes transformadores da realidade.

O diálogo multidisciplinar, sobre as dificuldades vivenciadas na abordagem da morte, mostrou-se de grande valia, tanto para identificar as fragilidades envolvidas quanto para criar hipóteses de soluções condizentes com a realidade de cada cenário educacional. Para tanto, o referencial teórico de Paulo Freire demonstrou ser um caminho às instituições de ensino, servindo como um guia para a construção desse processo.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G.; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde em debate (online)**, v.43, n.122, p. 805-818, nov., 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912212 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019000300805&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 18 jun. 2020.
- ALVES, I. F. B. O.; COSTA, R.; LIMA, M. M.; ZAMPIERI, M. F. M.; NITSCHKE, R. G.; GOMES, I. E. M. Significados atribuídos à maternidade por mulheres de um grupo de casais grávidos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. e56988, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.56988>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- ARAÚJO, A. S.; MARCOS, T. G. A.; SANTOS, D. A.C.; DONHA, Y. S. Influência do coping religioso-espiritual no luto materno. **Rev. Enf, Brasileira**, v.19, n.4, p.310-6, 2020. Disponível em:

<https://www.convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4147/html>. Acesso: 18 Out 2023.

AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação.** 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Pediatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS. 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12945/000635601.pdf?sequence=1> Acesso: 30 mar., 2021.

BRACARENSE, C. F.; COSTA, N. dos S.; RAPONI, M. B. G.; GOULART, B. F. Clima organizacional e intenção de rotatividade de enfermeiros: estudo de método misto. **Rev Bras. Enferm.**, v. 75, n. 4, p. 1-8, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0792>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dvTv45jxDfLKWZKtsrHSVcS/?format=html&lang=pt#>. Acesso: 24 dez., 2023.

CORREIA, D. S.; TAVEIRA, M. G. M. M.; MARQUES, A. M. V. F.; CHAGAS, R. R. S.; CASTRO, C. F.; CAVALCANTI, S. L. Percepção e vivência da morte de estudantes de medicina durante a graduação. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.44, n.1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190200>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/85qNGRqqnV4mCVhM3dbNNsz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso:

DIAS, A.; VILELA, E. F. M.; PAULA, R. C. Grupo de enfrentamento à morte materna e infantil da secretaria de saúde do estado de São Paulo: uma estratégia do Comitê Estadual de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v.24, n.19, p.1-7, 2022. DOI: <https://doi.org/10.57148/bepa.2022.v.19.37346>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37346/35469>. Acesso: 23 Out 2023.

FIGUEIREDO, A. M. de. Tanatologia: Abordagem histórico-filosófico da morte no contexto da medicina legal e do direito. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 09, n.10, p.26-55, 2020. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/lei/medicina-legal. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/lei/medicina-legal>. Acesso: 18 mar. 2021.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade.** 24 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS-JÚNIOR, R. A. de O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Rev. Bras. Saúde Mater Infant.**, v.20, n.2, p. 615-22, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/jdXwst5w4p8jdY4DFstbT5b/?lang=pt#>. Acesso: 23 Out 2023.

HONG, Q. N.; PLUYE, P.; FÀBREGUES, S.; BARTLETT, G.; BOARDMAN, F.; CARGO, M. *et al.*, **Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018.** Canadá: McGill, 2018. Disponível em: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf. Acesso: 15 Nov., 2020.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros e aos próprios parentes. 10ªed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

MELO, V. L.; MAIA, C. Q.; ALKMIM, E. M.; RAVASIO, A. P.; DONADELI, R. L.; DE PAULA, L. O. E *et al.* Morte e morrer na formação médica brasileira: revisão integrativa. **Rev. Bioética**, v. 30, n. 2., p. 300-17, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302526PT>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/qGGFJdGcTnwNZ8PmQTXSxnz/?lang=pt#>. Acesso: 05 set. 2023.

MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MUNHOZ, O. L.; ARRIAL, T. S.; BARLEM, E. L. D.; DALMOLIN, G. L.; ANDOLHE, R.; MAGNAGO, T. S. B. de S. Estresse ocupacional e burnout em profissionais de saúde de unidades de perioperatório. **Acta Paulista**, v. 33, eAPE20190261, 2020. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0261>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/4tFGsB6dkL7ycjB934hd5Kz/?lang=pt#>. Acesso: 24 dez 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **UNICEF e OMS dizem que taxas de mortalidade materno-infantil nunca foram tão baixas**. ONU News, 2019. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/09/1687532>. Acesso em: 18 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **UNFPA: mortalidade materna no Brasil aumentou 94,4% durante a pandemia**. Nações Unidas, Brasil.2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/203964-unfpa-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-944-durante-pandemia>. Acesso: 23 Jan. 2024.

PETERMANN, X. B. Estresse ocupacional entre os profissionais da atenção básica no contexto brasileiro. **Perspectiva: ciência e saúde.**, v.5, n. 3., p. 101-112, 2020. Disponível em: <http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/253>. Acesso: 24 dez 2023.

PILGER, C. H. **Educação para morte no contexto de UTIN**: orientação sobre o luto e acolhimento em situações de perda neonatal. 1ed. Santa Maria: UFSM, 2023, p. 37. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/29174/Cartilha_Educacao_para_a_morte.pdf?sequence=1. Acesso: 24 Out 2023.

POLIT, F. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. **Saúde em debate.**, v.43, n. esp 7, p. 129-140, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S710>. Disponível em: Acesso: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rHhZ7ykBCQ4H76BWPYq9GyG/?format=html#>. 24 dez., 2023.

ROCHA, L.; COSTA, R.; GOMES, I. E. M.; ALVES, I. F. B. O.; ROSA, R.; LIMA, M. M. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem no cuidado à mulher com óbito fetal. **Saberes Plurais: educação em saúde**, v.7, n.1, p.1-16, 2023. DOI:

<https://doi.org/10.54909/sp.v7i1.128168>. Disponível em:
<https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/128168>. Acesso: 11 mai 2023.

RONCAGLIA, L. P.; MARTINS, A. F.; BATISTA, C. B. Serviços de apoio aos estudantes de medicina: conhecendo alguns núcleos em universidades públicas brasileiras. **Pretextos**, v.5, n.9, p. 664-82, 2020. Disponível em:
<https://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/22043>. Acesso: 14 Out 2023.

SANTOS, K. N.; OLIVEIRA, L. C.; FONSECA, M. R. A.; SOUSA, D. A.; LIMA, P. A. L.; BARROS, L. M. O medo da morte e do morrer em estudantes da saúde. **Psicologia em pesquisa**, v.16, n.e30075, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.30075>. Disponível em:
<https://periodicoshomolog.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/30075>. Acesso: 17 Out. 2023.

SMITH, L. K.; DICKENS, J.; ATIK, R. B.; BEVAN, C.; FISHERM, J.; HINTON, L. Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: a UK qualitative study. **BJOG**, v.127, n.7, p.:868-74, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.16113>. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7383869/>. Acesso: 23 agost 2023.

SOUZA; L. G.; dos SANTOS, A. A.; CARNEIRO, T. V.; dos SANTOS, V. R.; LOPEZ, F. N. Profissionais de saúde e educação para morte: um estudo do ensino superior brasileiro. **Saúde Redes**, v.9, n.2, p.16, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n2.4009>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1444186>. Acesso: 23 Out 2023.

UNICEF. **Levels e trends in child mortality**: report 2020. UNICEF, 2020. Disponível em: <https://www.UNICEF.org/media/79371/file/UN-IGME-child-mortality-report-2020.pdf.pdf>. Acesso em: 6 set., 2021.

5.4 MANUSCRITO 4 - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA PROPOSTA PEDAGÓGICA PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTE E DO LUTO NO CONTEXTO DO NASCIMENTO: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

RESUMO: Objetivos: Elaborar e validar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento durante a formação em saúde. **Método:** Pesquisa mista, sequencial transformativa (quan→QUAL), envolvendo 38 discentes e 12 docentes da área da saúde de uma universidade no sul do Brasil. A etapa de validação externa contou com a participação de 12 *experts* de diferentes áreas do conhecimento e regiões do Brasil. Para determinar a coesão entre os especialistas, foram utilizados o cálculo da Taxa de Concordância do Comitê e o Índice de Validade de Conteúdo, sendo validados resultados iguais ou maiores do que 80% (0,8). **Resultados:** A partir da integração dos dados da etapa quantitativa (estudo descritivo) e qualitativa (problematização), foram estabelecidos os elementos essenciais da proposta, incluindo: estrutura conceitual; objetivos gerais e específicos; competências gerais e específicas do egresso; principais temas; práticas pedagógicas; métodos de avaliação e referências. Em seguida, foi elaborado um documento dividido em cinco partes: apresentação, contexto histórico-social, operacionalização e referências, além de um infográfico. Ambos foram submetidos à avaliação externa. Tanto a proposta quanto o infográfico obtiveram escores de aprovação de 0,98 e 0,91, respectivamente. **Considerações finais:** A construção e a validação coletiva de uma proposta pedagógica voltada ao enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento mostrou-se um caminho essencial para integrar o conhecimento científico à realidade dos profissionais. Dessa forma, apresenta potencial para contribuir tanto com o processo formativo quanto com a prática assistencial da saúde.

Descritores: Universidade; Educação em saúde; Estudo de validação; Atitude frente à morte; Obstetrícia.

INTRODUÇÃO

Entende-se por formação em saúde o conjunto de práticas adotadas pelas instituições de ensino com o objetivo de promover uma qualificação profissional comprometida com a ética, humanização, autonomia e trabalho em equipe, integrando as dimensões de ensino-serviço-pesquisa aos valores do Sistema Único de Saúde (SUS). São consideradas ações de ensino aquelas comprometidas com as diretrizes de atenção e cuidado nos serviços de saúde, a adoção de práticas recomendadas à especificidade de cada contexto, o trabalho multiprofissional dinâmico, a gestão descentralizada e o estímulo à participação e ao protagonismo dos envolvidos (Bitencourt *et al.*, 2020; Brasil, 2017).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) enfatiza a importância da educação superior ao promover o desenvolvimento humano e preparar os indivíduos para o mercado de trabalho. A LDB estabelece que a finalidade da educação superior é desenvolver

o pensamento crítico e científico, preparando os graduados para contribuírem com a sociedade brasileira (Brasil, 1996). Para tanto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde norteiam a elaboração dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), também conhecidos como Projetos Pedagógicos de Curso (PPC), e o desenvolvimento dos currículos das instituições de ensino. O PPP orienta o trabalho educativo da instituição, baseando-se na Proposta Pedagógica Curricular, que organiza o conhecimento no currículo alicerçado em fundamentos conceituais, metodológicos e avaliativos (Costa *et al.*, 2018; Brasil, 2022, 2014).

Os cursos da área da saúde possuem elementos em comuns, como a formação humanista, a articulação do ensino, pesquisa e extensão/assistência, o desenvolvimento de competências e habilidades específicas para exercer a profissão e a capacidade de realizar ações interdisciplinares à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) preconizam a formação de profissionais crítico-reflexivos, capazes de compreender e respeitar as singularidades biopsicossociais de cada pessoa no momento de exercer o cuidado. No entanto, duas décadas após a criação das DCN, observa-se que o espaço destinado aos aspectos psicossociais da morte e do morrer permanece pequeno nas formações, mesmo nos cursos de enfermagem, medicina e psicologia (Melo *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2021; Peixoto; Miranda; Peixoto, 2020; Brasil, 2017).

A temática da morte, histórica e culturalmente, é pouco abordada pela sociedade devido ao medo e a repulsa que suscita na maioria da população. No meio acadêmico, por exemplo, há muitas pesquisas que se propõem a investigar técnicas para evitar que a morte aconteça, mas são poucas as que se dedicam a discutir o que é necessário para enfrentá-la enquanto parte inevitável e inerente ao ciclo da vida. Portanto, não é surpreendente que até mesmo os profissionais da área da saúde se sintam despreparados para lidar com a realidade da morte, especialmente quando ela ocorre de forma inesperada, como em um contexto de nascimento (Melo *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2021; Kübler-Ross, 2017).

Perder uma mãe ou um bebê, em uma situação de abortamento, parto ou após o nascimento é um assunto delicado em muitas partes do mundo. O contexto do nascimento evoca vida, felicidade e novos começos. Logo, o luto e o trauma causados por uma perda nesse cenário geram espanto, culpa, tristeza e indignação. Esses sentimentos, quando não assistidos por profissionais qualificados, podem resultar em um luto complicado e representar um risco à saúde do enlutado (Rocha *et al.*, 2023; Rosa *et al.*, 2022).

Uma metassíntese mostrou que as mães vivenciam uma gama de emoções devido à morte perinatal, que são agravadas por respostas negativas de profissionais de saúde, parceiros, famílias e comunidades, que tendem a ignorar a perda, como se o bebê nunca tivesse existido. Assim, elas se afastam do restante da família e vivenciam o luto sozinhas, contando apenas com suas próprias formas de enfrentamento (Kuforiji *et al.*, 2023). Conseqüentemente, pelo agravamento do luto e da solidão, muitas mulheres (ou outros membros da família) começam a manifestar sintomas de depressão, ansiedade e/ou pensamentos suicidas; Rompem os seus relacionamentos conjugais, abandonam o lar e começam a fazer uso abusivo de medicamentos, álcool ou drogas (Rocha *et al.*, 2023; Ignacio; Medeiros, 2023; Rosa *et al.*, 2022).

No contexto de trabalho do profissional de saúde, é essencial haver preparo emocional para a vivência do processo de morte e do luto, além de acesso a conhecimento específico relacionado a condutas de enfrentamento da morte e de suporte, acolhimento e manejo do sofrimento das famílias. Para isso, o processo formativo deve levar em conta que o enfrentamento da morte envolve muitos aspectos além do biológico, já que perpassa pelas histórias pessoais de cada pessoa, pelo modo individual de cada ser humano elaborar perdas, pela cultura, por suas crenças, espiritualidades e pela visão que têm acerca do significado da vida e da morte (Souza *et al.*, 2023; Rocha *et al.*, 2023; Rosa *et al.*, 2022; Araújo *et al.*, 2020; Correia *et al.*, 2020).

Etimologicamente, a palavra enfrentamento designa o ato de confrontar diretamente algo ou alguém que represente uma ameaça ou um desafio para a psique humana, em razão de ser algo desconhecido para a qual ainda não se tem uma resposta automatizada ou pré-estabelecida. Nesse ato, o indivíduo que enfrenta vivencia um esforço cognitivo e comportamental para lidar com a situação estressora e, a partir das suas características pessoais, do contexto em que a situação ocorre, do tipo de estressor envolvido e da sua capacidade de controlá-lo, reage a ela (Muller; Silva; Pesca, 2021; Folkman; Lazarus, 1980).

Existem duas formas principais de enfrentamento: o focado na emoção e o focado no problema. No primeiro, o esforço adaptativo busca amenizar a emoção que acomete a pessoa durante o ato de enfrentamento e pode gerar tanto respostas positivas, como o desenvolvimento de habilidade de empatia e de suporte às famílias em luto, quanto negativa, como atitudes de indiferença ou evitação. Já o enfrentamento focado no problema volta-se para uma adaptação externa, em que o indivíduo busca identificar e realizar mudanças para

apaziguar o enfrentamento, que podem, inclusive, ser delegadas a outras pessoas. Tem-se como exemplo os comitês de mortalidade ou grupos de suporte ao luto, que buscam compreender as necessidades do seu cenário de atuação para identificar problemas e deficiências assistenciais para fornecer estratégias de melhoria (Muller; Silva; Pesca, 2021; Folkman; Lazarus, 1980).

Independentemente de estar focado na emoção ou no problema, é evidente que lidar com a morte no contexto do nascimento requer atenção, reflexão e consciência por parte daqueles que a vivenciam, a fim de que possam enfrentá-la de maneira benéfica e saudável. Nesse sentido, considerando a importância de oferecer um suporte adequado às famílias enlutadas, de proteger os profissionais de agravos psicoemocionais decorrentes da exposição constante a situações estressoras no ambiente de trabalho, de alinhar o fazer em saúde aos princípios do SUS e da fragilidade das formações da área da saúde, viu-se a necessidade de realizar um estudo com o objetivo de elaborar e validar uma Proposta Pedagógica para o Enfrentamento da Morte e do Luto no Contexto do Nascimento (PP-EMLCN) durante a formação em saúde.

MÉTODO

Pesquisa mista, de desenho sequencial transformativo (quan→QUAL), orientada pelo referencial de Paulo Freire. Foram seguidas as recomendações do *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), versão 2018 (Hong *et al.*, 2018), para garantir o rigor do trabalho. Cabe destacar que o estudo foi organizado em três etapas: duas utilizando o método misto (quantitativo e qualitativo), realizadas com docentes e discentes de uma universidade pública do Sul do Brasil; e uma etapa de validação externa, conduzida com especialistas de diferentes áreas do conhecimento e localidades do país.

A fase quantitativa foi realizada por meio de um estudo descritivo. A população pesquisada consistiu nos graduandos de enfermagem, medicina e psicologia, matriculados nas duas últimas fases de seus respectivos cursos, totalizando 264 discentes. A amostragem foi do tipo não probabilístico e se deu por conveniência.

O recrutamento dos discentes ocorreu por meios digitais (*e-mail* da instituição e aplicativo de mensagem instantânea) e presencialmente em sala de aula. Os interessados receberam um convite de participação, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um *link* de acesso a um formulário eletrônico elaborado no *Google Forms*®,

adaptado do questionário “Avaliação do preparo dos alunos do oitavo semestre de medicina no enfrentamento com a morte e o morrer dos pacientes”, de Azeredo (2007).

Um total de 38 discentes participou da etapa quantitativa. A coleta de dados ocorreu de março a julho de 2022. Os dados foram tabulados no programa *Excel*® 2016 e analisados por meio de estatística descritiva simples.

Para a etapa qualitativa, adotou-se o método da problematização. Foram convidados a participar do estudo os discentes da fase anterior, bem como 41 docentes, cujas disciplinas, especialidades ou interesses foram considerados potencialmente relevantes para a construção do tema investigado, conforme relatado pelos discentes na fase quantitativa.

Como critérios de elegibilidade, adotou-se: ser docente da área da saúde e ministrar alguma disciplina para os cursos de graduação em enfermagem, medicina e/ou psicologia da instituição pesquisada há pelo menos um ano; ou ser discente da área da saúde e ter participado da primeira fase do estudo. Foram excluídos os docentes temporários.

Os convites foram enviados pelo e-mail da instituição. Os docentes receberam um TCLE, uma carta convite e uma ficha de caracterização. Participaram efetivamente da investigação 10 docentes (oito de enfermagem, um de medicina e um de psicologia) e dois discentes (um de enfermagem e um de medicina).

A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2022 a março de 2023, por meio de grupos focais realizados tanto de forma *online* na plataforma do *Google Meet*, quanto presencialmente na instituição. Para garantir a padronização dos encontros, foi utilizado um roteiro semiestruturado, adaptado a partir das etapas do arco de Charles Maguerez: 1) Reconhecimento da realidade; 2) Listagem dos Ponto-chaves; 3) Teorização; 4) Hipótese de solução e 5) Aplicação à realidade.

A integração dos dados quantitativos e qualitativos ocorreu durante o desenvolvimento dos passos do arco de Maguerez, momento em que foram apresentados aos participantes os resultados da etapa quantitativa e ouvidas suas opiniões a respeito dos dados. Em seguida, foram identificados os pontos de conflitos relacionados ao tema e refletido sobre seus motivos e possíveis soluções.

Para adequar as etapas de coleta à disponibilidade dos participantes, foram organizados três encontros iguais em datas distintas, tanto online quanto presencial, até que a saturação dos dados fosse alcançada. Importante ressaltar que nenhum participante esteve presente mais de uma vez no mesmo momento de coleta. Cada grupo teve uma duração média de aproximadamente duas horas. Os encontros foram gravados e posteriormente transcritos

pela pesquisadora principal. Toda a análise seguiu a proposta operativa de Minayo (2014) e foi embasada na lente teórica de Paulo Freire.

Como os grupos foram realizados separadamente, foi criado um quadro sintetizando os dados integrados em três blocos temáticos: “Realidade do contexto”, “Ponto-chaves” e “Possíveis soluções”. Esse quadro foi apresentado aos participantes durante o encontro presencial para que pudessem validar e/ou sugerir modificações nas informações.

No encontro presencial, os participantes foram convidados a colaborar com a pesquisadora principal na elaboração da proposta pedagógica. Para isso, foi utilizado um quadro de elementos estruturais fornecido pela Secretaria de Educação do Estado do Paraná (Paraná, 2022), projetado especificamente para orientar instituições de ensino na formulação de suas propostas pedagógicas de curso. As informações coletadas foram posteriormente organizadas em um documento do *Word*[®] e enviadas aos participantes individualmente, para que pudessem realizar a validação interna da proposta dentro de um prazo de 15 dias. Esse processo foi repetido duas vezes: primeiro com o quadro da secretaria e, depois, com a versão redigida da proposta, acompanhada de um infográfico elaborado a partir de suas ideias principais. O processo de validação foi concluído após o aval dos participantes.

Para avaliar a coerência da proposta pedagógica com outras realidades brasileiras, foi realizada uma etapa de validação com profissionais externos à universidade investigada, que possuíam *expertise* nos temas estudados. Para isso, foram formados dois comitês: um composto de especialistas em saúde materno-infantil e outro dedicado a questões relacionadas à morte e/ou luto.

A seleção dos membros dos comitês foi realizada através da plataforma *Lattes*, utilizando um método de avaliação curricular. Foi utilizado um sistema de pontuação adaptado da proposta de Richard H. Fehring (1987) para estudos de validação. Esse sistema propõe como critério de inclusão uma escala de pontuação curricular igual ou maior a cinco pontos (Quadro 12) (Coluci; Alexandre; Milani, 2015).

Quadro 12 - Critérios de inclusão dos comitês de especialistas.

Comitê de especialistas na área de saúde materno infantil	Pontuação
Graduação na área da saúde à pelo menos 2 anos	1
Ter no mínimo dois anos de experiência profissional na área da saúde da mulher e do recém-nascido	2
Ter especialização ou residência relacionada à saúde da mulher e do recém-nascido	1
Titulação de Mestre com dissertação relacionada ao enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento	2

Titulação de Doutor com tese relacionada ao enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento	3
Ter experiência na área de ensino ou assistência relacionada à saúde da mulher e do recém-nascido há pelo menos 2 anos	3
Participar de grupos/projetos de pesquisa envolvendo a temática da saúde da mulher e do recém-nascido	1
Ter artigos publicados envolvendo a temática da morte e do luto no contexto do nascimento	1
Ter experiência na área da educação e/ou ter exercido função de coordenador de curso	2
Comitê de especialistas na temática da morte e do luto	Pontuação
Graduação na área da saúde a pelo menos 2 anos	1
Ter no mínimo dois anos de experiência profissional envolvendo o enfrentamento da morte e do luto	2
Ter especialização em tanatologia	2
Titulação de Mestre com dissertação relacionada ao enfrentamento da morte e do luto	2
Titulação de Doutor com tese relacionada ao enfrentamento da morte e do luto	3
Ter experiência na área de ensino ou assistência relacionada ao enfrentamento da morte e do luto há pelo menos 2 anos	3
Participar de grupos/projetos de pesquisa envolvendo a temática do enfrentamento da morte e do luto	1
Ter artigos publicados envolvendo a temática da morte e do luto	1
Ter experiência na área da educação e/ou ter exercido função de coordenador de curso	2

Fonte: Adaptado de Fehring (1987).

No total, 50 especialistas foram contactados. Eles receberam uma carta convite por *e-mail* contendo informações sobre o estudo, juntamente com um TCLE. Dentre esses, 12 especialistas se disponibilizaram a participar da pesquisa, totalizando seis *experts* para cada comitê (Coluci; Alexandre; Milani, 2015).

Os interessados receberam posteriormente um *link* de acesso a um formulário do *Google Forms*[®], composto por duas etapas: 1) Avaliação da proposta pedagógica, na qual deveriam atribuir notas aos seus componentes (objetivos, competências, temas sugeridos, práticas pedagógicas, métodos de avaliação e referências), bem como ao documento como um todo; e 2) Avaliação do infográfico, que consistia na atribuição de notas para critérios como: *design*, síntese e clareza das informações. Para ambos os casos, foram disponibilizadas caixas de sugestões abaixo de cada item avaliado, permitindo que os participantes registrassem sugestões de melhoria, exclusão e/ou inclusão. Essas sugestões somente foram acatadas quando devidamente justificadas e respaldadas pela literatura. Cada participante teve um prazo de 10 dias úteis para realizar a avaliação.

Para estabelecer um consenso entre os especialistas, foi adotada a técnica *Delphi*, que consiste em rodadas avaliativas de diferentes versões de um mesmo instrumento. Após cada modificação do formulário, os participantes receberam um novo *link* de acesso à versão atualizada, tendo mais 10 dias úteis para realizar uma nova avaliação. Esse processo foi repetido três vezes até que o nível de concordância entre os *experts* atingisse 80% ou mais. Para isso, foi utilizada a Taxa de Concordância do Comitê (TCC) para calcular a consistência entre os participantes em relação à aprovação dos documentos como um todo - Proposta e Infográfico (Polit; Beck, 2019; Marques; Freitas, 2018).

Já para calcular o nível de concordância de cada componente da proposta e do infográfico, foi adotado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que utiliza uma escala tipo *likert*, atribuindo notas de 1 a 4 a cada item avaliado, sendo: 1 = não relevante, 2 = necessita de grande revisão, 3 = necessita de pequena revisão, 4 = item relevante. Assim, a concordância foi estabelecida através da soma dos itens com pontuação “3” e “4”, divididos pelo número de avaliadores. Ao final, foram validados e incluídos na versão final da proposta pedagógica os itens com nível de concordância igual ou superior a 80% (0,8) (Coluci; Alexandre; Milani, 2015; Alexandre; Coluci, 2011). A etapa de validação externa ocorreu entre abril a julho de 2023.

Durante todas as fases do estudo, foram respeitadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, das Resoluções nº 466/2012 (Brasil, 2012) e nº 510/2016 (Brasil, 2016), juntamente como as orientações do ofício nº 2/2021, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Brasil, 2021), e da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da universidade responsável e foi iniciada somente após aprovação, conforme parecer: 5.287.016.

RESULTADOS

Elaboração da PP-MLCN

A partir da integração dos dados quantitativos e qualitativos, com sustentação nas etapas do arco da problematização, os participantes compreenderam que a temática da morte no contexto do nascimento tem pouca visibilidade na formação em saúde, já que envolve aspectos subjetivos que divergem do paradigma biológico assistencial e demandam tempo, preparo e sensibilidade dos docentes e discentes para serem desenvolvidos, além de cargas horárias compatíveis. Assim, identificaram que a dificuldade de discutir sobre o tema está

ligada ao fato de que a morte tem diferentes significados para cada pessoa, gerando também diferentes tipos de luto. Dessa forma, para que o acolhimento ocorra de forma efetiva, é necessário que o profissional esteja disponível emocionalmente para identificar e atender as necessidades das famílias, as quais muitas vezes podem conflitar com o seu treinamento, crenças pessoais, mecanismos de defesa e com as limitações da própria instituição de saúde e de ensino. Para tanto, os participantes trouxeram a importância de haver suporte e apoio (emocional e pedagógico) externos para superar as barreiras institucionais e as próprias limitações.

Ao identificarem tais questões, os participantes sugeriram como possíveis soluções a inclusão do tema da morte de forma transversal e multiprofissional nas formações, tanto para que os discentes estabeleçam um contato gradual e seguro com o assunto, e possam desenvolver suas habilidades de forma progressiva, quanto para superarem, juntos, as dificuldades que possam emergir durante esse processo. Para isso, foi identificada a importância de haver espaços de acolhimento ao luto e trocas de experiência dentro das instituições de saúde e ensino, incentivando docentes e discentes a criarem entre si uma rede de apoio para a superação das dificuldades, incentivando-os a se tornarem ativos em seu processo de aprendizado, ao mesmo tempo em que assumem seu papel enquanto transformadores da realidade da saúde.

Após percorrer as etapas do arco da problematização, os participantes iniciaram o processo de elaboração da PP-MLCN, utilizando os elementos propostos pela Secretaria de Educação do Estado do Paraná. Assim, foram desenvolvidos os seguintes eixos: 1) Fundamentos teórico-metodológicos, que explicaram a importância do componente curricular para a formação em saúde, destacando seus benefícios para a sociedade e os resultados esperados (objetivos gerais e específicos); 2) Competências, que detalharam as habilidades que se desejava desenvolver no estudante durante a formação; 3) Encaminhamentos Metodológicos, que descreveram como as competências seriam desenvolvidas, detalhando os temas abordados, as práticas pedagógicas a serem utilizadas e os recursos didáticos e tecnológicos necessários; 4) Avaliação, que se referiu às estratégias adotadas para acompanhar o processo de aprendizado dos discentes; e 5) Referências, que listaram autores, diretrizes, políticas e outros materiais que fundamentam o desenvolvimento dos temas e práticas pedagógicas pretendidas.

Ao total, foram elencados pelo grupo: quatro objetivos gerais e sete específicos; seis competências gerais e cinco específicas; três temas principais; sete práticas pedagógicas; uma estratégia geral de avaliação e quatro tipos de referências.

Esses elementos, primeiramente preenchidos em um quadro validado pelo grande grupo, foram redigidos no formato de documento que incluiu uma breve apresentação sobre o desenvolvimento de todo o trabalho, seguida de uma explanação sobre a sua necessidade no contexto histórico atual da saúde brasileira, bem como do marco conceitual, pressupostos e conceitos utilizados para embasá-lo e construí-lo. Em seguida, foi detalhada a operacionalização da proposta, consistindo nos elementos essenciais desenvolvidos com o grupo e as referências utilizadas em todo o processo. Após ser validado pelos participantes, esse documento foi utilizado como base para a construção de um infográfico.

Elaboração do infográfico

A elaboração do infográfico envolveu a criação de um material ilustrativo destinado a apresentar as ideias da PP-EMLCN de maneira clara e concisa, utilizando recursos visuais como imagens e textos. O infográfico foi produzido na plataforma *online* de *design* e comunicação visual, *Canva*[®], pela pesquisadora principal. Foi utilizado um modelo gráfico pré-estruturado da própria plataforma, com uma paleta de cores predominantemente em tons de lilás, rosa e roxo. Este modelo foi subdividido e organizado em sete caixas de texto contendo as principais informações da proposta (título, objetivos, competências, temas sugeridos, práticas pedagógicas e avaliação), acompanhadas por ilustrações relacionadas aos seus conteúdos.

Foram selecionadas ao todo 16 imagens: sete representações humanas e nove objetos. Dentre elas, a única que fazia menção ao sexo feminino foi a do título, as demais não tinham definição de gênero. Apenas duas imagens continham palavras, ambas em inglês: “*skill*” (competência, habilidade) e “*like e share*” (gostar e compartilhar). Durante a seleção das imagens, foi tomado o cuidado para evitar figuras que pudessem ser associadas a ideais políticos, religiosos ou a grupos étnicos específicos.

Todas as imagens, exceto as utilizadas no título, tiveram suas cores alteradas para distinguir as categorias apresentadas, seguindo a lógica: berinjela para o título, rosa para os objetivos, azul bebê para as competências, roxo para os temas sugeridos, azul-marinho para as práticas pedagógicas e vinho para a avaliação. As ilustrações foram adquiridas pela pesquisadora para uso fora da plataforma, sem infringir direitos autorais. O projeto foi salvo em formato PDF[®], em tamanho A4.

Validação da PP-MLCN - Comitê de especialistas

O comitê de especialistas foi composto por 12 profissionais, todos do sexo feminino. Dentre elas, sete eram psicólogas, três enfermeiras, uma médica e uma teóloga. Todas atenderam aos critérios de inclusão do estudo, obtendo pontuação curricular igual ou superior a 10. A maioria residia no estado de São Paulo (sete), enquanto as demais estavam distribuídas entre o Rio de Janeiro (duas), Goiás (uma), Minas Gerais (uma) e Santa Catarina (uma).

Na primeira rodada de avaliação, a média obtida no IVC da proposta e do infográfico foi de 0,98 e 0,91, respectivamente, indicando um alto índice de concordância entre os avaliadores (Quadro 13 e 14).

Quadro 13 - Dados do comitê de avaliação referente ao IVC da PP-EMLCN.

Conteúdo	Item	Prevalência das notas atribuídas				IVC
		1	2	3	4	
Objetivos Gerais	1	0	0	4	8	1
	2	0	0	3	9	1
	3	0	0	4	8	1
	4	0	1	2	9	0,91
Objetivos específicos	1	0	0	1	11	1
	2	0	0	1	11	1
	3	0	0	2	10	1
	4	0	0	2	10	1
	5	0	0	2	10	1
	6	0	0	2	10	1
	7	1	0	0	11	0,91
Competências gerais	1	1	0	0	11	0,91
	2	0	0	2	10	1
	3	0	0	2	10	1
	4	0	0	0	12	1
	5	1	0	0	11	0,91
	6	0	0	1	11	1
Competências específicas	1	0	0	0	12	1
	2	0	0	0	12	1
	3	0	0	0	12	1
	4	0	0	2	10	1
	5	0	0	1	11	1
Temas	1	0	0	1	11	1
	2	0	0	6	6	1
	3	0	0	1	11	1
Práticas pedagógicas	1	0	0	0	12	1

	2	0	0	0	12	1
	3	0	0	0	12	1
	4	0	0	0	12	1
	5	0	0	0	12	1
	6	0	0	0	12	1
	7	0	0	0	12	1
Avaliação	1	0	0	1	11	1
Referências	1	0	0	2	10	1
	2	0	2	4	7	0,91
	3	0	0	2	10	1
	4	0	0	1	11	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Quadro 14 - Dados do comitê de avaliação referente ao IVC do Infográfico.

Conteúdo	Item	Prevalência das notas atribuídas				IVC
		1	2	3	4	
Designer	Cor	1	0	1	10	0,91
	Distribuição	1	1	2	8	0,83
	Imagens	0	1	3	8	0,91
	Tamanho fonte	0	0	1	11	1
	Tipo de fonte	0	0	1	11	1
Conteúdo	Síntese	1	0	0	11	0,91
	Clareza	0	1	2	9	0,91
	Relevância	0	1	0	11	0,91
	Quantidade Inform.	1	1	3	7	0,83

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Entretanto, com base nas considerações qualitativas fornecidas pelos avaliadores no formulário, foram realizadas adequações em alguns itens de ambos os arquivos. Nos objetivos gerais da proposta, por exemplo, foi substituído o termo “religião” por “espiritualidade” no item um, que trata da mudança de paradigma em relação à finitude da vida. No segundo item, que aborda as lacunas do conhecimento, foi acrescentada a importância de considerar os “aspectos biológicos e biográficos” da população no momento de lidar com a morte. No terceiro item, a frase “clínica, hospitais e atenção primária”, referente ao campo de atuação profissional, foi modificada para “atenção primária, secundária, terciária e em ambiente domiciliar”.

Quanto aos objetivos específicos, apenas dois itens foram modificados: o quarto e o sexto. No quarto item, que trata das nuances dos diferentes processos de morte e luto (morte materna, neonatal, fetal, aborto legal ou induzido, luto materno, paterno, do cônjuge, dos avós, dos filhos, irmãos, dentre outros), os avaliadores sentiram a necessidade de detalhar mais a

descrição, alterando o termo “nuances dos diferentes tipos de luto”, para “nuances e aspectos conceituais envolvidos nos diferentes processos de morte e luto”. Eles também incluíram o “luto não reconhecido” e o “luto complicado”, além de destacarem a importância de os profissionais identificarem as “estratégias de proteção utilizadas” por quem passa pelo luto. Já no sexto item, que fala sobre a instrumentalização dos profissionais da saúde, os avaliadores consideraram incluir “cuidados paliativos”.

Em relação às competências gerais, foram modificados os itens dois e três. No item dois, “tomada de decisão”, foram incluídas as “diretrizes de saúde pública” como fontes de embasamento da atuação dos profissionais. Já no item três, “comunicação”, foi dada ênfase às “habilidades tecnológicas de informação e comunicação dos profissionais”, bem como à busca pelo “domínio de, pelos menos, uma língua estrangeira”, assim como a outras formas de “comunicações inclusivas” (linguagem de sinais, por exemplo).

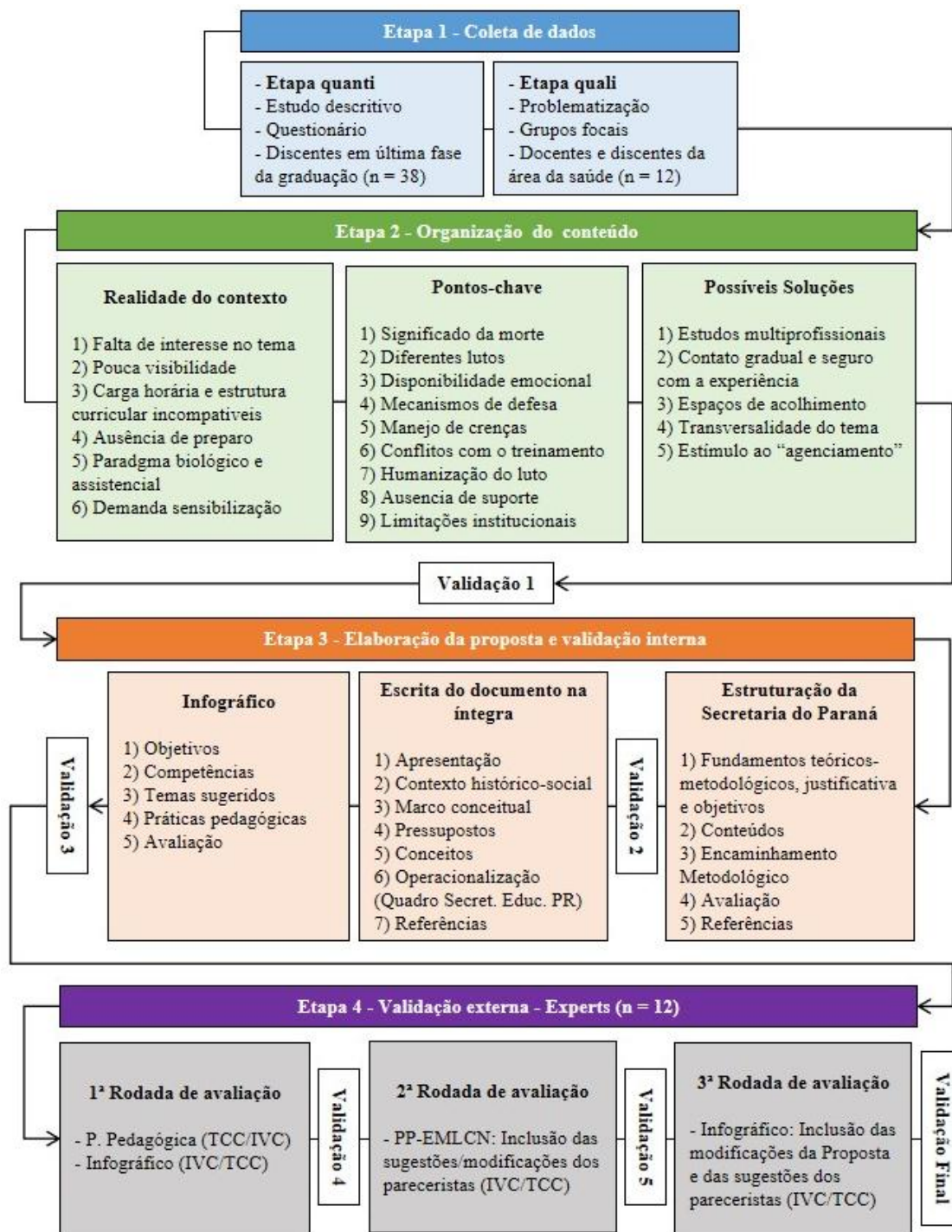
Nos temas sugeridos, foram feitas edições nos itens um e dois. No primeiro, “conceitos e aspectos legais e burocráticos da morte no contexto do nascimento”, foram adicionados dois tópicos: “preenchimento correto da declaração de óbito e do registro de morte” e “perspectivas futuras e metas mundiais para prevenir a mortalidade”. Já no item dois, “aspectos emocionais presentes na morte no contexto do nascimento”, foi mudada a palavra “emocionais” para “psicoemocionais”. Também foram acrescentados ao primeiro tópico deste item os termos “luto profissional” e “luto não reconhecido” para abordar os diferentes tipos de luto acolhidos pelos profissionais.

Quanto às referências, os avaliadores sugeriram a inclusão de uma variedade de materiais de embasamento, incluindo: livros, artigos científicos, poesias, filmes, documentários, entrevistas, *blogs*, sites especializados, páginas de redes sociais, dentre outros. Todas as sugestões foram acatadas.

As modificações realizadas no infográfico seguiram a lógica das alterações feitas na proposta. No entanto, foram considerados outros elementos mencionados pelos avaliadores, como maior síntese do conteúdo, aumento do espaçamento entre as palavras, substituição da palavra “*skill*” por outra com o termo em português e substituição da ilustração de “aprendizagem vivencial” por outra mais compatível.

Após as adequações, tanto a proposta quanto o infográfico obtiveram pontuação superior a 90% no cálculo da TCC. Para melhor compreensão de todo processo, as etapas de construção e validação da proposta são ilustradas na figura 3.

Figura 3 - Fluxograma do processo de elaboração e validação da proposta pedagógica.



Fonte: Elaboração própria, 2023.

O resultado final do processo é ilustrado pelo infográfico, na Figura 4¹.

¹ O material foi registrado na Câmara Brasileira do Livro, no dia 06 de dezembro de 2023, sob o código: 599ba5d03432871cd881fdcf001ae1c072a689901ecc649815bf15d991b44814.

Figura 4 - Infográfico da Proposta Pedagógica.



Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

DISCUSSÃO

A realização do presente estudo foi motivada pela identificação de lacunas expressivas nas formações da área da saúde, relacionadas ao preparo técnico e sensível dos profissionais para o enfrentamento de situações de morte e luto no contexto do nascimento. No decorrer de sua construção, tornou-se evidente a importância de compreender as nuances envolvidas no processo de morte e morrer nesse contexto específico, não apenas pelos aspectos simbólicos e assistenciais que o permeiam, mas pelas habilidades que os profissionais precisam ter no momento de enfrentar a morte e acolher o sofrimento das famílias.

Considerando o papel crucial que esses profissionais desempenham em diferentes estágios do processo de enfrentamento dos enlutados (dar a notícia de óbito, acolher o sofrimento imediato, facilitar o ritual de despedida, preparar o corpo e acompanhar o desenvolvimento do luto após a alta hospitalar na atenção primária), e da influência que exercem na reorganização de suas vidas, os participantes do estudo compreenderam a importância do processo formativo ocorrer de forma abrangente e realista, para que os futuros profissionais entendam, problematizem e busquem suprir aquilo que lhes falta no momento de enfrentar situações complexas, como a realidade da morte. Assim, a ideia de desenvolver um instrumento didático-pedagógico, construído e validado a partir da realidade das formações, da atuação profissional e das necessidades da população em geral, destacou-se como uma solução viável para tais necessidades.

A ideia de aprender a partir da experiência, para depois criar um sistema de ensino que incorpore o rigor metodológico das salas de aula, transgride o modelo de formação autoritária, pois se baseia na troca, no respeito aos saberes individuais, no aprendizado progressista e na ação-reflexão-ação consciente. Entretanto, essa abordagem exige abertura, respeito e muito diálogo entre os participantes para que as dificuldades e limitações de cada um possam ser compreendidas e incorporadas no processo (Silveira *et al.*, 2022; Rosa *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2022; Dalmolin, 2020; Freire, 2005). Por essa razão, a presente proposta pedagógica foi concebida em caráter amplo e flexível, de modo que pudesse ser adaptada às particularidades de cada ofício e às diferentes realidades das instituições de ensino.

Esse processo de construção coletiva revelou-se enriquecedor em relação aos diferentes olhares que a formação oferece sobre a realidade, assim como a forma como cada participante interpreta e enfrenta a realidade da morte em um contexto de nascimento. Isso possibilitou a ampliação desses olhares a partir do diálogo e da reflexão, ao mesmo tempo em que também evidenciou as barreiras que a formação fragmentada impõe aos profissionais.

Para superá-las, os profissionais exercitaram sua capacidade de escuta e empatia para acolher as dificuldades dos outros e as suas próprias, assumindo a responsabilidade que lhes cabia, enquanto indivíduos e enquanto grupo, para resolver o problema. Dessa forma, integraram conhecimentos individuais e criaram um saber de todos, tornando-se protagonistas do processo de aprendizado e da transformação da realidade.

É importante destacar que o caminho pedagógico se faz como um saber feito em conjunto, o qual envolve as contradições dos indivíduos e do contexto; do ideal e do vivido; do singular e do coletivo. Isso permite a criação de uma educação emancipatória que visa à transformação da realidade (Dalmolin, 2020; Freire, 2005).

A promoção de espaços interativos favorecem a atuação interprofissional e a mobilização de saberes e práticas inovadoras em saúde. O aprendizado compartilhado convida os profissionais a acolherem as ambivalências das profissões e de cada ser humano, estimulando-os a criar estratégias compartilhadas e colaborativas de novos modos de ser e fazer em saúde. A sensação de protagonismo ocasionado pela experiência ressignifica o senso de valor e compromisso dos profissionais com a qualidade da assistência prestada, reforçando sua atenção para com as necessidades da saúde, o cuidado integral e a transformação do processo de trabalho. Portanto, práticas de construção coletiva desempenham papel fundamental, tanto para a ampliação dos conhecimentos da saúde quanto para a implementação de práticas mais eficientes (Silva *et al.*, 2022; Salvati *et al.*, 2021; Ogata *et al.*, 2021). Nesta perspectiva, a construção coletiva para trabalhar a temática do enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento durante a formação em saúde foi um exercício de busca constante do conhecimento e transformação da realidade guiada pela criticidade, reflexividade dos participantes deste estudo.

Outro ponto que merece destaque é o processo de validação. Recentemente, tem-se observado um aumento significativo no número de publicações da área da saúde com o propósito de desenvolver e validar instrumentos voltados ao fazer em saúde. Coordenadores, docentes e profissionais buscam constantemente embasamento em evidências científicas para suas práticas, visto que conhecer detalhadamente o estado da arte de um tema é imprescindível para o desenvolvimento de estratégias adequadas ao ensino (Lopes *et al.*, 2023; Graeff *et al.*, 2022; Mattos *et al.*, 2021; Reichenheim; Bastos, 2021). Nesse quesito, a apreciação da presente proposta por profissionais com experiência na área investigada possibilitou uma avaliação mais criteriosa da compatibilidade do instrumento com a realidade, permitindo um julgamento mais acurado de sua veracidade e capacidade de promover

mudanças significativas para preparar os futuros profissionais para lidarem com a morte no contexto do nascimento.

Como limitações, destaca-se a dificuldade de contato com os estudantes na etapa quantitativa devido ao contexto pandêmico, que gerou uma grande demanda de pesquisas online e saturação de informações relacionadas a morte e ao morrer. Outra questão observada, foi a ausência de figuras masculinas durante a etapa qualitativa e de validação da proposta. Esse fato levanta questionamentos sobre o envolvimento dos homens da área da saúde e a importância dada por eles ao preparo para enfrentar a morte no contexto do nascimento. Tais limitações configuram-se como oportunidades para pesquisas futuras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo alcançou o seu objetivo de elaborar e validar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento durante a formação em saúde. O instrumento, construído a partir de conhecimentos multidisciplinares e da realidade das formações, obteve o consenso de *experts* de diferentes localidades do Brasil, demonstrando coesão com as necessidades da saúde e do processo formativo.

Os escores alcançados no Índice de Validade de Conteúdo e na Taxa de Concordância dos Comitês, tanto para a proposta pedagógica quanto para o infográfico, foram similares aos encontrados na literatura, comprovando a consistência da proposta e sua qualidade para auxiliar os futuros profissionais a se prepararem para lidar com a morte no contexto do nascimento.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrm/?lang=pt>. Acesso em: 16 mai. 2021.
- ARAÚJO, A. S.; GOMES, A. M. T.; SANTOS, A. C. S.; YARID, S. D. Influência do coping religioso-espiritual no luto materno. **Revista Enfermagem Brasil**, Petrolina, v.19, n.4, p.310-6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4147>. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4147>. Acesso: 18 Out 2023.
- AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Pediatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12945/000635601.pdf?sequence=1>. Acesso: 30 mar., 2021.

BITENCOURT, R. R.; BUCHMANN, M. G.; MENGATTO, C. M.; BERNARDI, J. R.; SILVA, V. L.; RUIZ, E. N. F. *et al.* O processo de formação em saúde: uma análise dos planos de ensino das atividades curriculares obrigatórias. **Saberes Plurais**, [S.l.], v.4, n.1, p.62-78, 2020. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v4i1.102022>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/102022>. Acesso: 27 Jan., 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº569** de dezembro de 2017. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Presidência da República. **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf. Acesso: 05 mai., 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES nº116/2014** de 3 de abril de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 24 fev. 2021.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumento de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.20, n.3, p.925-36, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr., 2021.

CORREIA, D. S.; TAVEIRA, M. G. M. M.; MARQUES, A. M. V. F.; CHAGAS, R. R. S.; CASTRO, C. F.; CAVALCANTI, S. L. Percepção e vivência da morte de estudantes de medicina durante a graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v.44, n.1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190200>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/85qNGRqqnV4mCVhM3dbNNsz/?lang=pt>. Acesso: 15 mai., 2023.

COSTA, D. A. S.; SILVA, R. F.; LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 22, p. 1183-1195, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GZsw79s7SZGBXZ3QNBhNppn/?lang=pt>. Acesso em: 15 out., 2020.

DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: desvelando a promoção da saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.28, e3277, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518->

8345.3162.3277. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/YzZcH3vhQ3P9qfrM4gnxz5y/?lang=en>. Acesso: 24 jun., 2021.

FEHRING, R. J. Methods to Validate Nursing Diagnoses. **Heart and Lung**, [S.I.], v. 16, n. 6, 1987. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/281246748>. Acesso em: 29 abr., 2020.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Helath and Social Behavior**, [S.I.], v.21, n.3, p.219-239, 1980. DOI: <https://doi.org/10.2307/2136617>. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2136617?origin=crossref>. Acesso: 27 Set., 2023.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GRAEFF, M. S.; ALMEIDA, M. A.; PORCEL-GÁLVEZ, A. M.; NOMURA, A. T. G.; LUNELLI, R. P.; SILVA, T. S. Adaptação transcultural e validação de instrumento para medir a dependência de cuidados de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.43, e.20210135, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210135.en>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/XdtWFFcbrfwcrg798Dsz4k/?lang=en>. Acesso 14 jan., 2024.

HONG, Q. N.; PLUYE, P.; FÀBREGUES, S.; BARTLETT, G.; BOARDMAN, F.; CARGO, M. *et al.*, **Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018**. Canadá: McGrill, 2018. Disponível em: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf. Acesso: 15 Nov., 2020.

IGNACIO, E. S.; MEDEIROS, A. P. Nascimento e morte: o apagamento do luto durante a perinatalidade. **ID on line. Revista de Psicologia**, Cariri, v.17, n.66, p.253-72, 2023. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v17i66.3743>. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3743>. Acesso: 06 set. 2023.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros e aos próprios parentes. 10ªed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

KUFORJI, O; MILLS, T. A.; LOVELL, K. Women's experiences of care and support following perinatal death in high burden countries: A metasynthesis. **Women and Birth, Australian**, v.36, n. 2, p.195-202, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.170>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519222002992?via%3Dihub>. Acesso: 27 Jan., 2024.

LOPES, V. J.; DAS MERCÊS, N. N. A.; SARTOR, S. F.; DA SILVA, L. A. G. P. Construção e validação de um instrumento para avaliação do conforto de adolescentes em tratamento quimioterápico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 44, e20220023, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220023.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/rXVTdyhzwvRD9CJCsvnmwbv/?lang=pt#>. Acesso: 14 jan., 2024.

- MARQUES, J. B. V.; DE FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. **Pro-posições**, Campinas, v.29, n.2, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pp/v29n2/0103-7307-pp-29-2-0389.pdf>. Acesso em: 15 abri., 2021.
- MATTOS, S.; MOREIRA, T.; FLORÊNCIO, R.; CESTARI, V. Elaboração e validação de um instrumento para mensurar Autopercepção de Saúde em adultos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.45, n. 129, p. 366-77, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112909>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LMqybj3XywmmW7SCXm6qP6k/?lang=pt#>. Acesso: 14 jan 2024.
- MELO, V. L.; MAIA, C. Q.; ALKMIM, E. M.; RAVASIO, A. P.; DONADELI, R. L.; DE PAULA, L. O. E. *et al.* Morte e morrer na formação médica brasileira: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 2., p. 300-17, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302526PT>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/qGGfJdGcTnwNZ8PmQTXSxnz/#>. Acesso: 05 set. 2023.
- MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MULLER, J. M.; SILVA, N.; PESCA, A. D. Estratégias de coping no contexto laboral: uma revisão integrativa da produção científica brasileira e internacional. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, v.21, n. 3, 1594-1604, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/rpot/2021.3.20385>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572021000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso: 28 Set., 2023.
- OGATA, M. N.; SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M.; COSTA, M. V.; FORTUNA, C. M.; FELICIANO, A. B. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.55, e03733, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/?lang=pt>. Acesso: 14 jan., 2024.
- OLIVEIRA, C. A.; AMARAL, E. M.; CYRINO, E. G.; GLANINI, R. J. Encontros e desencontros entre projetos pedagógicos de cursos de Medicina e Diretrizes Curriculares Nacionais: percepções de professores. **Interface**, Botucatu, v.25, e200076, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200076>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MCkxrgP8zBMkFYpYRs7LRBB/?lang=pt>. Acesso: 22 Jan 2024.
- PARANÁ. Ministério da Educação. Secretaria da Educação do Paraná. **Gestão Pedagógica: Proposta Pedagógica Curricular**. Ministério da Educação. 2022. Disponível em: <http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/modules/faq/category.php?categoryid=131>. Acesso em: 18 jul 2022.
- PEIXOTO, M. T.; MIRANDA, A. C.; PEIXOTO, M. T. Formação para a Atenção Primária à Saúde. **Journal Management Primary Health Care**, [S.I], v.12, e.44, p.57-66, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1019>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1019>. Acesso: 22 Jan 2024.

POLIT, F. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

REICHENHEIM, M.; BASTOS, J. L. O quê, para quê e como? Desenvolvendo instrumentos de aferição em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.55, n., 40 p. 1-18, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002813>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/189335>. Acesso: 14 jan., 2024.

ROCHA, L.; COSTA, R.; GOMES, Í. E. M.; ALVES, I. F. B. O.; ROSA, R.; LIMA, M. M. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem no cuidado à mulher com óbito fetal. **Saberes Plurais: educação em saúde**, [S.I.], v.7, n.1, p.1-16, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v7i1.128168>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/128168>. Acesso: 11 mai 2023.

ROSA, R.; GOMES, Í.E. M.; COSTA, R.; ALVES, I. F. B. O.; AIRES, L. C. P. Experiências e condutas do profissional de saúde diante do óbito neonatal: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S.I.], v. 26, n. e3-1479, 2022. DOI: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.41101>. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/41101/31999>. Acesso: 11 maio 2023.

SALVATI, C.O.; GOMES, C. A.; HAEFFNER, L. S. B.; MARCHIORI, M. R. C. T.; SILVEIRA, R. S. *et al.* Humanization of the hospital: participatory construction of knowledge and practices on care and ambience. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.55, e20200058, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0058>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hpdZZT8D3YXDsdNk4x4ZTqq/?lang=en>. Acesso: 14 jan., 2024.

SILVA, V. B.; PINHEIRO, A. S.; FERREIRA, L. N.; CUNHA, I. V.; CAVALHEIRO, R. T. M.; STIPP, M. A. C. Abordagem problematizadora da educação permanente em saúde na formação em enfermagem: uma experiência na atenção hospitalar. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.56, e20210543, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0543pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xHRGgTndvqkSqvR3S74bvM/?lang=pt>. Acesso: 14 jan., 2024.

SILVEIRA, C. M.; BELLAGUARDA, M. L. R.; CANEVER, B.; COSTA, R.; KNIHS, N. S.; CALDEIRA, S. Coping da equipe de enfermagem no processo morte-morrer em unidade neonatal. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 35, n. eAPEO2261, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02261>. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/coping-of-the-nursing-team-in-the-death-dying-process-in-a-neonatal-unit/>. Acesso: 11 mai 2023.

SOUZA; L. G.; DOS SANTOS, A. A.; CARNEIRO, T. V.; DOS SANTOS, V. R.; LOPEZ, F. N. Profissionais de saúde e educação para morte: um estudo do ensino superior brasileiro. **Revista Saúde em Redes**, [S.I.], v.9, n.2, p.16, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n2.4009>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4009>. Acesso: 23 Out 2023..

5.5 PROPOSTA PEDAGÓGICA PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTE E DO LUTO NO CONTEXTO DO NASCIMENTO NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

O presente trabalho é fruto de uma tese de doutorado em enfermagem desenvolvida pela doutoranda Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves, sob orientação da Prof^a Dr^a Roberta Costa e coorientação da Prof^a Dr^a Margarete Maria de Lima. Trata-se de um estudo de métodos mistos, construído em conjunto com docentes e discentes dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo objetivo foi elaborar uma proposta pedagógica que auxiliasse no preparo dos profissionais da área da saúde para lidar com o enfrentamento da morte e do luto envolvendo o contexto do nascimento, durante a formação.

O diferencial desse estudo consiste em apresentar uma proposta educacional multidisciplinar, ampla e flexível, pensada por profissionais da área da saúde, para trabalhar os elementos essenciais que permeiam a temática da morte e do luto no contexto do nascimento. Desta forma, a presente proposta não intenta ser uma estrutura rígida de conteúdos e modos de ensinar pré-determinados, mas sim um caminho de aprendizado em constante construção, que pode ser moldado às necessidades de cada profissão e cenário educacional. Torna-se, portanto, possível adaptá-la a diferentes modalidades de ensino, seja incorporando seus elementos às grades curriculares existentes ou os transformando em disciplinas optativas, atividades de extensão ou minicursos, conforme as características de cada instituição de ensino.

Todo processo de construção desse trabalho foi pautado nos principais documentos que embasam a educação brasileira (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - Lei nº 9.394, Plano Nacional de Educação (PNE) - Lei nº 10172, Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) - Educação Superior e guiado pelos pressupostos de Paulo Freire, que considera intrínseco ao processo educativo o estabelecimento de relações interpessoais humanizadas, respeito mútuo e corresponsabilidade para com o ensino entre docentes e discentes; diálogo ético e reflexões coletivas a partir da problematização da realidade; e encorajamento à autonomia e criatividade dos envolvidos em prol da elaboração de soluções democráticas viáveis ao contexto. Assim, tem como princípio a transformação da realidade e a renovação do saber, em um processo que tanto modifica quanto é modificado por aqueles que o utilizam.

Embora seja de conhecimento das pesquisadoras a existência de vertentes filosóficas da área da educação que distinguem o processo de ensino do processo de aprendizado, tais distinções não apareceram nos dados que subsidiaram a construção dessa proposta. Sendo assim, eles não serão apresentados como elementos distintos. Cabe mencionar que a versão final da proposta foi validada por 12 *experts* de diferentes áreas do conhecimento e regiões do Brasil.

Para a estruturação da proposta, foram utilizados os Planos Pedagógicos¹⁻³ dos cursos de graduação que participaram do estudo e as diretrizes da Secretaria de Educação do Estado do Paraná para a construção de Propostas Pedagógicas de Curso⁴. Deste modo, ela será apresentada em três eixos: 1) Descrição do contexto histórico-social em que se pretende intervir; 2) marco conceitual utilizado; e 3) operacionalização da proposta em si, em que serão descritos os objetivos de aprendizagem; as competências do egresso, os temas e metodologias didático-pedagógicas sugeridas, as estratégias de avaliação e algumas referências.

CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL DO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, criado em 1988, tem o compromisso social de promover ações efetivas à saúde da população. A edificação do SUS sobre os pilares da universalidade, integralidade e equidade, torna a saúde um dever do estado, deixando a cargo dos serviços assistenciais a responsabilidade de promover, proteger e recuperar a saúde coletiva, desde a concepção até o momento da morte. Deste modo, o SUS determina que os órgãos e instituições de saúde sigam as diretrizes do Art. 198 da Constituição Federal e baseiem suas ações em prol do atendimento integral à saúde humana⁴⁻⁹.

A demanda por práticas capazes de atender as necessidades do SUS evidenciou ao longo dos anos lacunas expressivas entre o trabalho e o ensino preparatório dos profissionais da saúde. No intuito de suprir essas demandas, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC), criaram, em 1996, as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), com o objetivo de nortear a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos 14 cursos de nível superior da área da saúde - Medicina, Odontologia, Psicologia, Enfermagem, Biologia, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Serviços Sociais, Terapia Ocupacional e profissionais da Saúde Coletiva^{5,8-11}.

O objetivo das DCN era estipular bases para guiar a elaboração dos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC), de modo que as esferas do ensino, trabalho e práticas sociais ficassem vinculadas. Desta forma, todos os cursos da saúde foram pensados a partir dos

mesmos princípios: formar profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos capazes de intervir em situações de saúde-doença-morte da população, sem desconsiderar as dimensões biopsicossociais dos sujeitos, o perfil epidemiológico de cada área e os determinantes sociais envolvidos^{8,10-12}.

Passados mais de 20 anos, os pilares centrais da DCN permanecem, ainda que o documento tenha sido desmembrado e personalizado às especificidades de cada profissão. No entanto, nota-se que houve um silenciamento em relação ao processo de morte e morrer nos documentos vigentes, mesmo entre os cursos de enfermagem e medicina, fato que vai contra os princípios do SUS^{8,10-13}.

Oportunizar um cuidado integral, seguro e humanizado faz parte do trabalho dos profissionais de saúde, mas exige habilidades que vão além do conhecimento técnico. Cuidar demanda um pensar crítico, uma prática pautada no singular, no diálogo e na formação de vínculo. A ausência de tais qualidades compromete o êxito assistencial e pode determinar desfechos negativos para a saúde da população como, por exemplo, os riscos envolvidos no processo de luto mal assistido. Nessa perspectiva, o silenciamento das graduações da saúde em relação aos temas ligados a morte se mostra um problema em potencial¹³⁻²¹.

O problema é ainda mais expressivo quando a morte envolve o contexto do nascimento. Segundo nota emitida pela Organização das Nações Unidas (ONU), mais de 2,8 milhões de grávidas e recém-nascidos morrem por ano no mundo de causas evitáveis, o equivalente a uma morte a cada 11 segundos, durante, imediatamente ou após o parto. A maioria dos óbitos ocorre no período neonatal, entre 0 a 27 dias de vida, sendo 30% um dia após o nascimento¹⁹⁻²⁰. Atualmente, como a maioria dos partos se dá em ambiente hospitalar, a prevalência de óbitos materno-infantis é maior nesses locais e costuma causar intenso mal-estar nos profissionais por estarem relacionadas a causas evitáveis, fato que contribui para fomentar a cultura da negação da morte no contexto do nascimento^{20,23-26}.

Temas como gravidez de risco ou indesejada, má formação congênita, aborto espontâneo ou induzido, morte materno-infantil e luto, fazem parte do ofício dos profissionais da saúde, independentemente desses atuarem direta ou indiretamente com o cenário do nascimento. Nesta perspectiva, viu-se a necessidade de minimizar essa lacuna teórico-prática, na formação, por meio da elaboração de uma proposta pedagógica que possibilitasse a instrumentalização dos profissionais para lidarem com a morte que ocorre no contexto do nascimento.

Para tanto, foi realizada uma busca por trabalhos com temáticas similares em diferentes fontes de dados. Foram encontrados: estudos abordando a visão das famílias que vivenciam a morte no contexto do nascimento; a perspectiva dos discentes sobre o preparo para lidar com a morte; a importância atribuída à disciplina de tanatologia nos cursos da saúde; os conflitos psicoemocionais e medidas de enfrentamento da morte utilizadas pelos profissionais da assistência no contexto do nascimento; consequências do luto neonatal na vida das mães; experiência materna do parto de natimortos; processo de luto materno e neonatal do pai e dos avôs; e alguns trabalhos que avaliaram a eficácia de estratégias de enfrentamento da morte relacionada, ou não, ao contexto do nascimento^{13,17-21,23-38}.

Entretanto, não foram encontrados estudos que se propusessem a elaborar uma proposta pedagógica – um plano didático, teórico e metodológico - para o enfrentamento da morte no contexto do nascimento que pudesse ser incorporada aos cursos de graduação da área da saúde, razão pela qual esse trabalho nasceu.

MARCO CONCEITUAL

A proposição de uma proposta pedagógica voltada à formação em saúde se funda no entendimento de pressupostos e conceitos básicos que articulam a compreensão compartilhada entre os sujeitos do processo formador, incluindo: docentes, discentes, instituições de ensino e órgãos governamentais. Para tanto serão apresentados os pressupostos e conceitos nos quais essa proposta se estrutura.

Pressupostos

A formação do profissional de saúde generalista é aquela que está atenta às transformações e necessidades da sociedade e do conhecimento. Logo, é dinâmica quanto ao seu modo de desenvolver competências para cuidar, gerenciar, aprender e educar. O processo educativo precisa subsidiar competências e desenvolver projetos individuais e coletivos para superar a fragmentação do saber, o que implica desviar o foco da atenção dos conteúdos disciplinares. Portanto, o incentivo à participação do educador e do educando é fundamental para a construção e a transformação do conhecimento.

No processo educativo, conhecimentos, experiências e sentimentos se inter-relacionam, influenciando uns aos outros. Portanto, ter um currículo flexível é essencial para que a instituição de ensino exerça seu papel enquanto espaço de produção e exercício da liberdade, conforme definem as políticas educacionais, o que sugere um processo educativo que oportunize a transformação e a reestruturação dos espaços de educação e trabalho³⁹.

Conceitos

Ser-humano-social

Denota um ser histórico que questiona, reflete e aprende a partir da sua interação com os outros e com o mundo, tornando-se capaz de transformar a si próprio e o seu entorno. É um ser inconclusivo que permanece durante todo o seu existir em um processo de construção, no qual busca se educar para ser mais. É alguém que questiona, argumenta e procura sempre dialogar com o mundo em uma atitude aberta para rever seus posicionamentos de forma ética e consciente⁴⁰⁻⁴⁵.

Processo de morte e morrer

A morte é uma condição inerente à vida, porém o significado atribuído a ela abarca inúmeros fatores ambientais, sociais e simbólicos que influenciam a forma como cada ser humano age perante ela. Compreender os significados atribuídos à morte pelos docentes e discentes da área da saúde é imprescindível para identificar suas habilidades e dificuldades de enfrentamento na prática clínica, pois permite aos futuros profissionais vislumbrarem sua forma de agir (e reagir) perante a realidade da morte. Essa consciência possibilita a reflexão de pontos de conflito e a criação de soluções favoráveis, favorecendo a preservação da sua saúde mental e a das famílias que serão assistidas por eles^{42,47}.

A morte no contexto do nascimento

É o contexto em que o nascimento e o início de uma nova fase de vida são esperados, mas no qual a morte encerra a vida da mãe e/ou do bebê repentinamente, gerando reações diversas nos familiares e profissionais envolvidos. Assim sendo, compreende o período em que ocorrem todos os tipos de morte durante o processo de gestação, parto, pós-parto ou puerpério, incluindo abortos, óbitos fetais, neonatais, materno e procedimentos induzidos, como a curetagem. Entendendo que a saúde materno-infantil permeia diferentes cenários assistenciais, incluindo a atenção básica, hospitalar e domiciliar, e que o luto das famílias também faz parte do ofício da saúde^{33-38,47}.

Ambiente

É o contexto físico, cultural, econômico, político e social do qual o ser humano faz parte. É o espaço onde o sujeito se insere, se relaciona, transforma e é transformado por todos os fatores e relações existentes em seu meio. Ele também representa a realidade onde o problema emerge. No caso desta proposta, a realidade é definida como o espaço onde os seres humanos em processo de formação vivenciam e se relacionam com a temática da morte no contexto do nascimento, incluindo sua comunidade, a cultura que vivem, os cursos que realizam e o cenário educacional em que estão inseridos. É neste contexto que os docentes e futuros profissionais da área da saúde se preparam para enfrentar o processo de morte e luto, e é através desta experiência que transformam a si mesmos e a sua realidade de atuação⁴⁰⁻⁴⁶.

Educação

Consiste no processo dialógico em que duas ou mais pessoas compartilham experiências e refletem sobre a realidade de forma conjunta, transformando-se mutuamente. No caso da saúde, são os profissionais que exercem a função de facilitadores do processo educativo para as famílias enlutadas. Desta forma, precisam ter em mente que todos os envolvidos apresentam conteúdos provenientes de sua história, que precisam ser analisados, respeitados e incluídos no processo reflexivo para a superação dos pontos de conflito⁴⁰⁻⁴⁶.

Avaliação

A avaliação diz respeito à emancipação dos sujeitos envolvidos no processo de aprendizado. Seu foco não está em averiguar a capacidade do discente de repetir ou memorizar informações, mas sim na sua capacidade de se encontrar com o outro, de compreender a si e aos demais em prol do crescimento de todos, de despertar a consciência crítica por meio do diálogo livre, permanente e democrático. Assim, ela não admite a exclusão social como no modelo educacional tradicional, ao contrário, abraça as diferenças, levando em consideração que a aprendizagem tem relação direta com as necessidades socioculturais de cada um⁴⁰⁻⁴¹.

O erro é visto como um degrau no processo de construção do conhecimento, uma vez em que estimula o sujeito a pensar e buscar as causas para o seu resultado. Deste modo a avaliação torna-se um instrumento pedagógico-didático que permite o vislumbre de um novo planejamento de ensino para uma aprendizagem mais significativa dos discentes.

Proposta Pedagógica

É o documento que define os princípios, objetivos, métodos e estratégias de ensino adotados em uma instituição de ensino. Ela representa o conjunto de diretrizes e orientações que norteiam a prática pedagógica e a organização do trabalho educativo, com o propósito de assegurar a coerência entre os objetivos educacionais da instituição e as práticas desenvolvidas em sala de aula.

Por meio da delimitação de um caminho de aprendizado fundamentado em valores filosóficos, objetivos educacionais, metodologias de ensino, critérios de avaliação e organização curricular, a proposta pedagógica estrutura o caminho para promover o desenvolvimento integral dos alunos, preparando-os para os seus ofícios, para a vida em sociedade e para o exercício de sua cidadania. Dessa forma, representa um documento essencial em um processo formativo fundamentado em uma educação que não apenas visa transmitir conhecimentos, mas sim desenvolve habilidades, valores e atitudes que são basilares para o pleno desenvolvimento humano (Brasil, 2022).

OPERACIONALIZAÇÃO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTE E DO LUTO NO CONTEXTO DO NASCIMENTO

Objetivos

Os objetivos da proposta compreendem a apresentação da importância e das contribuições da disciplina/componente curricular ou área de conhecimento em questão para a formação do educando. Neles são apresentados os objetivos gerais e específicos e os resultados esperados do trabalho em conjunto entre docentes e discentes.

Objetivos Gerais

- 1) Estimular a mudança de paradigma em relação à finitude da vida, visando: melhorar o modo como os profissionais agem frente a morte; possibilitar um atendimento qualificado e humanizado aos pacientes e famílias em situação de perda; estimular discussões a respeito do paradigma vida/morte/morrer, dando ênfase à morte digna, o respeito às famílias, a valorização da cultura, o respeito a diversidade e a espiritualidade de cada pessoa, bem como a forma que cada ser vivencia seu processo de luto e o significa.
- 2) Suprir lacunas do conhecimento e necessidades de formação dos profissionais da saúde e proporcionar ferramentas que os possibilitem desenvolver competências para lidar com o

processo de morte e morrer no contexto do nascimento, compreendendo os aspectos sociais, culturais, filosóficos, espirituais e individuais que este envolve;

- 3) Sensibilizar docentes e discentes para a importância do preparo para lidar com a morte no exercício profissional, já que ela é intrínseca à prática em saúde (seja durante ou após a formação) e pode ocorrer em todos os ambientes assistenciais (clínica, hospital, atenção primária).
- 4) Refletir e promover um cuidado humanizado e interprofissional, pautado em uma escuta ativa e atenta às famílias em situação de perda, para acolher suas manifestações emocionais, com respeito e flexibilidade às suas crenças e características socioculturais.

Objetivos Específicos

- 1) Promover espaços educativos e reflexivos que fomentem discussões relacionadas ao processo de vida/morte/morrer, incluindo seus aspectos historicoculturais, teórico-conceituais, técnico-legais, religiosos e simbólicos, para compreender diferentes entendimentos sobre o processo de vida/morte/morrer em seu sentido filosófico e espiritual, bem como hábitos, protocolos de manejo e estratégias de enfrentamento utilizados por várias culturas;
- 2) Estimular a discussão da temática na formação em saúde para identificar seus pontos de conflitos, seja em relação a forma como cada profissional lida com a finitude; as limitações encontradas nas instituições de saúde; possíveis divergências éticas e legais encontradas pelos profissionais no lidar com a morte/luto no contexto do nascimento, dentre outras.
- 3) Problematizar o enfrentamento da morte no contexto do nascimento, para desvelar seus tabus e dar mais visibilidade ao papel dos profissionais da assistência nesses momentos;
- 4) Abordar sobre as nuances envolvidas nos diferentes processos de morte e luto relacionados ao contexto do nascimento (morte materna, neonatal, fetal, aborto legal ou induzido, luto materno, paterno, do cônjuge, dos avós, dos filhos, irmãos, entre outros), suas implicações à saúde dos envolvidos e possíveis estratégias de cuidado utilizadas para cada caso e contexto assistencial (hospitalar; atenção primária, domicílio).
- 5) Identificar, acolher e refletir sobre o sofrimento vivido pelos discentes e profissionais da saúde frente à morte, problematizando e entendendo as repercussões das diferentes estratégias de enfrentamento, ou fuga, adotadas por ele. Problematizar e contextualizar a importância do desenvolvimento de competências para lidar com a morte no contexto do

nascimento, em um espaço que permita aos discentes conhecerem suas competências, fragilidades e limites no lidar com a morte.

- 6) Instrumentalizar futuros profissionais da saúde para promoverem uma assistência técnica especializada e sensível às situações de morte/luto no contexto do nascimento, para evitar ações prejudiciais ao processo de luto das famílias, minimizar seu sofrimento e realizar o manejo de seus conflitos e desejos psicoemocionais;
- 7) Promover a integração interprofissional para discutir o tema e desenvolver estratégias de cuidado conjuntas e integrativas.

PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Competências gerais comuns aos cursos de graduação da área da saúde

- 1) *Atenção à saúde:* estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde física, emocional e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- 2) *Tomada de decisões:* O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- 3) *Comunicação:* os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

- 4) *Liderança*: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- 5) *Administração e gerenciamento*: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- 6) *Educação permanente*: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Competências específicas

- 1) *Reconhecer e acolher os diferentes tipos de luto envolvidos na morte que ocorre no contexto do nascimento*: Os profissionais de saúde devem prestar uma assistência integral e humanizada às famílias em situação de perda, desenvolvendo ações de proteção e prevenção de agravos ao sofrimento que facilitem o processo de luto dos envolvidos. Estar aptos para analisar os problemas e/ou conflitos vivenciados pelas famílias, com sensibilidade e pensamento crítico, para criar possíveis soluções, a partir dos princípios éticos/bioéticos de sua profissão, das leis vigentes, das evidências científicas e do respeito às crenças histórico-sócio-culturais-espirituais de cada família, bem como os significados e sentimentos vivenciados por cada envolvido no processo de perda;
- 2) *Compreensão dos fatores epidemiológicos e psicoemocionais envolvidos*: das competências técnicas e humanísticas exigidas do profissional para lidar com os processos de morte; da realidade do sistema de saúde e do ambiente de trabalho, incluindo as limitações institucionais, disponibilidade de recursos físicos, humanos e estruturais necessários ao cuidado pós-morte, de modo que os profissionais possam avaliar, decidir e adaptar suas condutas a cada situação e realidade. É importante que os profissionais se percebam como potenciais promotores de modos de cuidado, para

- flexibilizar as rotinas e/ou condutas assistenciais de forma ativa e mudar a realidade, quando esta impactar negativamente no processo de enfrentamento da morte das famílias;
- 3) *Comunicação verbal, não-verbal e escuta ativa*: Habilidade de comunicar notícias difíceis de forma clara e precisa. Escuta atenta, empática e qualificada para acolher a dor da pessoa em situação de perda, bem como capacidade de permanecer em silêncio para perceber as suas necessidades de modo a prestar um suporte humanizado que não reduza ou instrumentalize sua experiência de luto a um fato biológico.
 - 4) *Conhecimentos e habilidades técnico-sensíveis*: Noções histórico-filosóficas-culturais-religiosas e simbólicas de paradigmas de vida/morte/morrer, para desvelamento de tabus e compreensão das diversas crenças envolvendo a temática. Conhecimentos das definições teórico-conceituais das mortes que se dão no contexto do nascimento. Preparo ético, técnico e humanizado para o cuidado com o corpo pós-morte e flexibilidade no acolhimento aos processos de despedida das famílias, com respeito às suas crenças e escolhas, aos protocolos e as melhores práticas baseadas em evidências para conduzir e facilitar o enfrentamento do luto das famílias, adequando-as de acordo com as necessidades específicas de cada caso, bem como em respeito às suas singularidades, crenças, valores e decisões.
 - 5) *Autoconhecimento e busca ativa pela educação permanente*: Capacidade de identificar suas potencialidades, inabilidades, limitações e mecanismos de ação no lidar com situações de morte e luto no contexto do nascimento. Sensibilidade e consciência em relação a importância da educação permanente para lidar com a morte no contexto do nascimento, em todos os âmbitos da assistência, tanto para superar as dificuldades pessoais dos profissionais frente ao tema e aprimorar a qualidade do cuidado, quanto para suprir fragilidades e lacunas na assistência. Estímulo à busca e atualização constante por meio de cursos, pesquisas, trocas interprofissionais, rodas de discussão e das boas práticas baseadas em evidências.

TEMAS SUGERIDOS

São os elementos relacionados às disciplinas/componentes curriculares ou às áreas do conhecimento, que são separados por bimestre, trimestre ou semestre, conforme definido pela Instituição de Ensino.

Principais temas

1) *Conceitos e aspectos legais e burocráticos da morte no contexto do nascimento:*

- Definições dos diferentes tipos de óbito;
- Fatores e dados epidemiológicos relacionados aos diferentes tipos de óbito;
- Direitos e implicações legais da morte no contexto do nascimento;
- Preceitos éticos e bioéticos envolvendo a morte;
- Questões burocráticas;

2) *Aspectos emocionais presentes na morte no contexto do nascimento:*

- A morte do bebê: Luto profissional, luto materno, luto paterno, luto dos irmãos, luto dos avós, dentre outros; A morte da mulher: Luto dos profissionais, luto do cônjuge, luto dos pais da mulher, luto dos filhos, dentre outros.
- Estratégias, mecanismos de defesa e atitudes de enfrentamento adotadas pelas famílias e profissionais frente a morte e o luto: ações benéficas e prejudiciais - problematização.

3) *Estratégias de manejo e humanização do cuidado*

- Comunicação de más notícias;
- Preparo respeitoso do corpo pós-morte;
- Rituais de despedida (para as famílias e profissionais);
- Ações de cuidado para minimizar o sofrimento das famílias e profissionais (protocolos; condutas; grupos de apoio).
- Conhecimento dos canais de suporte psicoemocional;
- Debates e trocas multiprofissionais

PRÁTICAS PEDAGÓGICAS SUGERIDAS

É a apresentação do modo com que serão desenvolvidas as práticas pedagógicas escolhidas para o desenvolvimento das competências em consonância com o Projeto Político Pedagógico da instituição. Ressalta-se que as práticas precisam ser escolhidas conforme a necessidade do contexto educacional e da realidade social para a qual os discentes estão sendo preparados para intervir.

- 1) **Sensibilização:** Consiste na aproximação gradual dos discentes com a temática por meio do uso de documentários, relatos de caso, *podcasts*, filmes e/ou palestras de pessoas que já passaram pela experiência da morte ou do luto no contexto do nascimento. Essa abordagem visa promover ao discente um contato com o tema que vai além das

informações técnicas envolvidas no lidar com a morte; ela estimula o seu envolvimento, pois apresenta a singularidade de casos reais que, muitas vezes, se relacionam com suas histórias, dos seus familiares e da sua comunidade, de modo que compreendam sua relevância e responsabilidade enquanto agentes de saúde.

- 2) **Problematização:** A discussão do tema se dá a partir de um problema real e se desenvolve por meio de uma reflexão coletiva, em que os participantes são estimulados a identificar os Ponto-chaves envolvidos na questão e a articularem soluções possíveis. Ela favorece o envolvimento dos discentes com o aprendizado por meio das trocas coletivas que os estimulam a assumirem o papel de agentes de mudanças em saúde. Exemplos dessa estratégia são: a pesquisa de campo, estudos de caso (reais ou fictícios).
- 3) **Sala de aula invertida:** O docente disponibiliza conteúdos teóricos aos discentes para serem estudados previamente à aula, tais como textos, vídeos ou problemas de caso. No dia da aula, os primeiros minutos são destinados ao esclarecimento das dúvidas e equívocos dos discentes, de modo que sejam sanadas antes dos conceitos serem aplicados às atividades práticas. Dessa forma, o discente é estimulado a se responsabilizar pela apreensão do conteúdo teórico, deixando o espaço da sala de aula para a prática e aprofundamento desses conhecimentos.
- 4) **Mostra de boas práticas:** Consiste em eventos coletivos que combinam a exposição de conhecimentos teóricos e práticos em prol da inovação do conhecimento e/ou desenvolvimento de habilidades relacionadas a um tema específico. Nelas são expostos os experimentos exitosos e as novas tendências, incluindo os materiais de cunho educativo e as práticas validadas pelas evidências científicas. As feiras de ciências multiprofissionais, *workshops*, palestras educativas e cursos de capacitação ou sensibilização de temáticas específicas, são alguns exemplos.
- 5) **Debates:** Compreende uma discussão entre duas ou mais pessoas que utiliza um tema de conhecimento público como disparador reflexivo. Tem por objetivo possibilitar um espaço que dê vazão às experiências, opiniões e ideias dos envolvidos por meio da apresentação de argumentos e esclarecimento de dúvidas que possam elucidar posicionamentos divergentes para uma mesma questão. Tem-se como exemplo a dinâmica de júri simulado, onde dois ou mais grupos de discentes são desafiados a elaborar e defender ideias contrárias para uma mesma situação problema. Nessa interação, eles se preparam previamente ao encontro, buscando e estudando conteúdos por conta própria, que serão apresentados ao “júri” em um espaço de tempo específico. Assim,

desenvolvem suas habilidades investigativas, argumentativa e de síntese de forma lúdica, tornando-se autônomos em seu processo de aprendizado.

- 6) **Grupos de apoio:** São espaços coletivos que recebem e assistem pessoas que vivenciam questões de conflito similares. São locais de diálogo e partilha de sentimentos que buscam acolher as demandas de cada integrante de forma ética e respeitosa, fomentando laços de amizade e apoio mútuo para que progressivamente superem as dificuldades de forma conjunta. É uma forma de favorecer a integração e o crescimento por intermédio da comunicação interpessoal e da cumplicidade em prol do manejo e da superação da dor e das dificuldades.
- 7) **Aprendizado vivencial:** São metodologias ativas utilizadas para preparar os discentes a assumirem uma postura ativa, crítica e reflexiva no seu fazer profissional. Nessas modalidades, os discentes são inseridos em situações problema simulados, onde conseguem vivenciar e desenvolver habilidades de mediação e solução de conflitos. Essas modalidades, além de fornecerem um espaço seguro à experimentação, também permitem que o discente assuma o papel de outra pessoa, como o paciente ou sua família, e visualize a situação por sua perspectiva. Esse processo de “se colocar no lugar do outro” facilita o exercício de empatia e humanização do cuidado do profissional, ao mesmo tempo em que o ajuda a avaliar, preparar e modificar sua conduta de atendimento. Exemplos: *Role-play*, RPG, dramatização, simulação, grupos *Ballots*.

AValiação DO ENSINO-APRENDIZADO

São as práticas avaliativas adotadas pelo docente para acompanhar o processo de apropriação do conhecimento do discente, conforme as legislações e normativas. Ressalta-se que tanto os critérios, quanto os instrumentos de avaliação devem ser discriminados no Plano de ensino ou planos de atividades do curso - planejamento da docência - em razão de envolverem as especificidades de cada turma, o que não se aplica a esta PPC. Entretanto recomenda-se nesta proposta que a avaliação seja um instrumento didático-pedagógico ancorado no diálogo e promova a consciência crítica dos discentes e docentes para que juntos construam o processo de ensino aprendizagem, não se limitando à mensuração de conteúdos.

Considerando que a morte é um tema sensível, espera-se que o foco da avaliação se volte para a autoavaliação em relação ao diálogo livre e respeitoso entre todos; para a interação e participação dos discentes nas discussões; e para os temas e estratégias utilizadas nas reflexões. Logo, o erro não deve ser tratado de forma punitiva, mas sim visto como um fator de reflexão para revisar e planejar um novo caminho de ensino que possibilite uma

aprendizagem mais significativa para os envolvidos. Exemplos de estratégias de avaliação: diários reflexivos, *feedback*, avaliação afetivo-individual, participação do aluno nas atividades, dentre outros.

REFERÊNCIAS SUGERIDAS

A seguir, apresenta-se as referências bibliográficas utilizadas na elaboração da proposta, as quais poderão subsidiar a adaptação da proposta de acordo com a realidade de cada instituição de ensino.

Políticas, diretrizes e dados epidemiológicos

- Aguiar RS. Cartilha de Orientações sobre luto para profissionais da área da saúde. São Paulo: GEPAP, 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. Violência Obstétrica. Secretaria do Estado de Saúde, São Paulo: Ministério da Saúde, 2021d.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção Humanizada ao abortamento: normas técnicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de saúde pública: contribuições para o debate sobre o aborto, 36(sup.1), 2020b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. São Paulo: Ministério da Saúde, 2020c.
- Brasil. Ministério da Saúde/UNESCO. Projeto de avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN). Projeto 914BRA2000. São Paulo: Ministério da Saúde, abril, 2004.
- Brasil. Ministério de Estado da Saúde. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materno e Neonatal. 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 570. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Gabinete do Ministério. Brasil, 29 novembro de 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece a vigilância do óbito infantil e neonatal nos serviços de saúde. Ministério da Saúde. 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2009.
- FIOCRUZ. Principais questões sobre o diagnóstico do abortamento. Brasília: Governo Federal, 2019.

- FIOCRUZ. Mortalidade materna no Brasil – Boletim Epidemiológico n. 20/MS (Maio, 2020). Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente.
- Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: saúde e bem-estar. 2021.
- Organização Mundial da Saúde. OMS publica novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês. ONUBR Nações Unidas do Brasil, 2016a.
- Organização Mundial da Saúde. Making every baby count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths, 2016b.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – Mortalidade materna. Brasil, 2018.
- UNICEF. Levels e trends in child mortality: report 2020. UNICEF, 2020.
- United Nations Children’s Fund. Levels & Trends in child mortality. United Nations Inter-agency Grup for Child Mortality Estimation, 2017.
- United Nations Publication. Universal Declaration of Human Rights. New York: United Nations Publications, 2017.

Referências complementares

- Gularte NDG, Velho MTAC, Gonçalves KCS, Beschoren NF. Abordando a relação clínica e a comunicação de notícias difíceis com o auxílio das artes e dos relatos vivos. *Rev. Bras Educ Médica*, 43(4):131-40, 2019.
- Barreto B. Lágrimas à livre demanda. 1.ed., Maringá: Viseu, 2023. 130p.
- Luz R, Bastos DF. Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer: o legado de Elisabeth Kübler-Ross para os nossos dias. São Paulo: Summer, 2019.
- Onari P. O luto na Estratégia da Saúde da Família: Caso complexo 7 – Samuel. UNA-SUS: Especialização em saúde da família, 2011.
- Rocha L, Costa R, Gomes IEM, Alves IFBO, Rosa R, Lima MM. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem no cuidado à mulher com óbito fetal. *Saberes Plurais*, 7(1): e128168, 2023.
- Rosa R, Gomes IEM, Costa R, Alves IFBO, Aires LCP. Experiências e condutas do profissional de saúde frente ao óbito neonatal. *Reme*, 26:e1479, 2022.

Filmografia

- Pices of a woman (Filme) - Diretor: Kornél Mundruczó, 2020.
- Morte materna: histórias de dor e saudade (Matéria Jornalística) - Caminhos da Reportagem da Tv Brasil, 2018.
- No woman, no cry (Documentario) - Diretor: Christy Turlington, 2010

Referências estratégia-pedagógicas

- Amaral APS, Boery RNS. O. Metodologias ativas no processo de ensino-aprendizado do curso de Enfermagem. *Edu Física Y Deportes.*, 27(290): 34-49, 2022.
- Antonini FO, Heidemann ITSB, Durand MK, Rimor PCF, Schimitz CCC, Marçal CCB. Itinerário de pesquisa de Paulo Freire em produções de programas de pós-graduação em saúde. *Rev Bras Pesqui saúde*, 22(2):157-64, 2020.
- Bellaguarda MLR, Knihs NS, Tholl AD, Canever BJ, Girondi JBR. Ateliê de ideias: estratégias educacionais de apoio ao ensino e à aprendizagem. Florianópolis: Ed. Papa-livros, 2020.
- Dresch A, Lacerda DP, Miguel PAC. Uma análise distintiva entre o estudo de caso, a pesquisa-ação e design science research. *Rev. Bras Gestão Negócios*, 17(56):1116-33, 2015.
- Espiridião E, Souza CS, Caxeta CC, Pinho ES, Nunes FC. Arco de Maguerez: estratégia de metodologia ativa para coleta de dados. *In: Atas 6º congresso Ibero-americano de investigações qualitativa em saúde*, 2017.

- Filho CCS *et al.* Da Pirâmide para o círculo: em busca de práticas educativas participativas em saúde. In: Prado ML, Schmidt KR. Paulo Freire, a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016.
- Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBNA, Durand MK. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. *Texto contexto - enferm*, 26(4):e0680017, 2017.
- Silva VB, Pinheiro AS, Ferreira LN, Cunha IV, Cavalheiro RTM, Stipp MAC. Abordagem problematizadora da educação permanente em saúde na formação em enfermagem: uma experiência na atenção hospitalar. *Rev. esc enferm USP*, 56:e20210543, 2022.
- Cuello C. Educación problematizadora de Paulo Freire: un giro desde lo antropológico y epistemológico del ser. *Rev. digit invertig y postgrado*, 4(7):131-142, 2023.

REFERÊNCIAS UTILIZADAS NA PROPOSTA

1. Universidade Federal de Santa Catarina. Plano pedagógico do curso de graduação em enfermagem. Florianópolis, 2018.
2. Universidade Federal de Santa Catarina. Plano pedagógico do curso de graduação em medicina. Florianópolis, 2015.
3. Universidade Federal de Santa Catarina. Plano pedagógico do curso de graduação em psicologia. Florianópolis, 2018.
4. Brasil. Governo de Santa Catarina. Leis Orgânicas da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Secretaria de Estado da Saúde, 1990.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº569 de dezembro de 2017.
8. Lima JCS, Lima RRT, Gosmes SM, Lopes APF, Bezerra INM, Noro LRA. Consenso de docentes de saúde coletiva sobre as principais abordagens pedagógicas para a formação no sistema único de saúde. *Texto contexto - enferm*. 29:e20190192, 2020.
9. Costa DAS, Da Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface - comunic., saúde, educ.*, 22:1183-195, 2018.
10. Brasil. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer nº CNE/CES 1.133/2001, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Distrito Federal: Conselho Nacional de Educação, 2001.
11. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9394, de 20 de janeiro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Ministério da Educação, 1996.
12. Crepaldi MA, Schimidt B, Noal DS, Bolze SD, Gabarra LM. Terminalidade, morte e luto na pandemia de Covid-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos em psic.*, 37(e200090):1-12, 2020.
13. Alves IFBO, Costa R, Lima MM, Zampieri MFM, Nitschke RG, Gomes IEM. Significados atribuídos à maternidade por mulheres de um grupo de casais grávidos. *Rev enferm UERJ*;29:e56988, 2021.
14. Alves IFBO, Costa R, Lima MM, Zampieri MFM, Nitschke RG, Volvato F. Influências na construção do significado da maternidade. *Recien*;12(37):3-13, 2022.
15. Willis P. Nurses perspective on caring for women experiencing perinatal loss. *The Amer J maternal child nursing*, 44(1):46-51, 2019.
16. Aciole GG, Bergamo DC. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Saúde debate*, 43(122):805-818, 2019.

17. Sampaio CL, Neri MFS, Araújo MAM, Caetano JA, Eloia SMC, Souza AMA. Aprendizagem baseada em problemas de ensino da Tanatologia, no curso de graduação em enfermagem. *Esc enferm Anna Nery*, 22(3): e20180068, 2018.
18. Lopes BG. Perspectivas maternas sobre mortalidade perinatal. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Atenção Interdisciplinar em Saúde, Ponta Grossa, 2018.
19. Oliveira-Cardoso, E. A.; Santos, M. A. Grupo de educação para a morte: uma estratégia complementar à formação acadêmica do profissional de saúde. *Psic: ciên e profissão*, 37(2):500-14, 2017.
20. Cabeça LPF, Sousa FGM. Dimensions qualifying for communication of difficult News in neonatal intensive care unite. *Rev. Cuidad Fundamental*, 9(1):37-50, 2017.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 1 a 19, 2020. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, v.51, mai. 2020.
22. Organização das Nações Unidas. UNICEF e OMS dizem que taxas de mortalidade materno-infantil nunca foram tão baixas. *ONU News*, 2019.
23. Gomes TRA, Santos AFO. A relação mãe-bebê prematuro na UTI neonatal: um olhar Winnicottiano. *Rev. Eletr Acervo Saúde*, 12(2): e2422, 2020.
24. Sousa TBE, Lins ACA. A. Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*,15(2):1-15, 2020.
25. Lopes BG. Perspectivas maternas sobre mortalidade perinatal. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Atenção Interdisciplinar em Saúde, Ponta Grossa, 2018.
26. Oliveira JC, Felipe BCM, Barbosa G, de Santos TP, Viana JS. Reflexões sobre o suporte emocional do enfermeiro no processo de tanatologia. *Brazilian J Health Review*.3(3): 4566-76, 2020.
27. Schiavo RA, Perosa GB. Child development, maternal depression and associated factors: a longitudinal study. *Paidéia*, 30:e3012, 2020.
28. De Figueiredo AM. Tanatologia: Abordagem histórico-filosófico da morte no contexto da medicina legal e do direito. *Rev Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 9(10):26-55, 2020.
29. Menezes NRC, Marciano RP. Morte na maternidade: intervenção psicológica em um grupo de mães enlutadas. *Perspect Psic*, 23(1):176-89, 2019.
30. Gularte NDG, Velho MTAC, Gonçalves KCS, Beschoren NF. Abordando a relação clínica e a comunicação de notícias difíceis com o auxílio das artes e dos relatos vivos. *Rev. Bras Educ Médica*, 43(4):131-40, 2019.
31. Freiburger MH, Carvalho D, Bonamigo EL. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. *Rev Bioética*, 27(2):318-25, 2019.
32. Tenório PJ, Avelar TC, Barros EN. Gravidez molar: do sonho ao luto. *Boletim Acad Paulista Psic*, 39(97):193-206. 2019.
33. Medeiros MM, Machado LMCL, Alvarenga MRM. Diretrizes curriculares nacionais para o curso de enfermagem: tanatologia e a formação do enfermeiro. *Ensino, saúde e ambiente*, 11(1):158-66, 2018.
34. Diniz SS, Queiroz AAF, Rollemberg CVV, Pimentel D. Comunicação de más notícias: percepção de médicos e pacientes. *Rev Sociedade Brasileira clinicas médicas*,16(3):146-51, 2018.
35. Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Factors associated with the grief after stillbirth: a comparative study between Brazilian and Canadian woman. *Rev esc enferm USP*, 50(4):546-53, 2016.
36. Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Cross-cultural adaptation and validation evidence of the perinatal grief scale. *Texto contexto - enferm*, 26(1): e5430015, 2017.
37. Cabaço SR, Caldeira S, Vieira M, Rodgers B. Spiritual coping: a focus of new nursing diagnoses. *International J nursing knowledge*, 29(3):1-9, 2017.
38. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão e a flexibilização curricular: uma visão da extensão. (documento digitado) 2003.
39. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

40. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002
41. Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBNA, Durand MK. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(4):e0680017, 2017.
42. Freire P. *Pedagogia da esperança*. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 1992
43. Freire P. *Educação como prática de liberdade*. 24 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
44. Freire P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.
45. Freire P. Shor I. *Medo e ousadia: cotidiano do docente*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
46. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicosm enfermeiros e aos próprios parentes*, 10ªed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.
47. Paraná. Ministério da Educação. Secretaria da Educação do Paraná. *Gestão Pedagógica: Proposta Pedagógica Curricular*. Ministério da Educação. 2022.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho defendeu a tese de que a elaboração de uma proposta pedagógica multiprofissional, construída e validada a partir da realidade de docentes e discentes da área da saúde em um espaço de trocas e reflexões coletivas, em que a educação é compreendida como um instrumento de transformação da realidade e de liberdade dos sujeitos, pode contribuir para a formação em saúde na instrumentalização para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento. Ao final, considera-se que o objetivo do estudo foi alcançado.

Ao investigar a percepção de docentes e discentes a respeito da abordagem da morte no contexto do nascimento, foi possível perceber que os cursos da área da saúde, apesar de incluírem disciplinas que abordam o tema da morte em suas grades curriculares, dão pouca ênfase ao contexto do nascimento. Além disso, as cargas horárias são insuficientes e os discentes costumam não se identificar com o tema, resultando na sensação de estarem preparados sem que isso corresponda à realidade da formação. A influência do paradigma biologicista revelou-se como um obstáculo para a formação, demandando estratégias de sensibilização para desenvolver nos futuros profissionais as habilidades necessárias para enfrentar a morte.

Com relação aos desafios enfrentados no momento de abordar a temática na formação, nota-se a discussão sobre as nuances e complexidades da morte no contexto do nascimento permanecem distantes das salas de aula, principalmente devido às questões ligadas à experiência da finitude da vida e ao estabelecimento de mecanismos de defesa. Uma das dificuldades apontadas pelos participantes foi a preparação dos discentes para realizar uma despedida respeitosa, que leve em conta as crenças e valores individuais das famílias, especialmente devido à falta de suporte emocional e pedagógico nas instituições de ensino para desenvolver tais questões, as quais, muitas vezes, entram em conflito com as crenças e concepções dos discentes e docentes. Assim, os participantes concluíram que o preparo para o enfrentamento da morte nas formações em saúde deve considerar os significados e conotações específicas que o óbito tem no contexto do nascimento, para acolher os lutos que dele emergem, seja pela morte do bebê ou da mulher.

Enquanto possíveis soluções para transpor as dificuldades encontradas, os participantes pontuaram sobre a importância do tema da morte ser abordado de forma transversal ao longo das formações, permitindo que os discentes tenham um contato gradual e assistido com o assunto. A criação de espaços para a vazão do luto, assim como, a formação

de grupos de estudo multidisciplinares, foram citados como estratégias para ajudar os profissionais de saúde a superarem essas dificuldades, visto que o diálogo franco e reflexivo entre as diferentes profissões possibilita a identificação das fragilidades vivenciadas por todos, permitindo que sejam problematizadas no contexto em que ocorrem. Dessa forma, essa abordagem lhes proporciona a oportunidade de desenvolver soluções práticas que se adequem à sua realidade.

Para tanto, a construção e a validação coletiva de uma proposta pedagógica, voltada ao enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento, mostrou-se um caminho essencial para integrar o conhecimento científico à realidade dos profissionais da saúde. Além disso, a iniciativa demonstrou ser possível construir um caminho reflexivo, transformador e emancipatório para os futuros profissionais, contribuindo significativamente para o aprimoramento da formação e da assistência.

O desenho misto adotado neste trabalho proporcionou uma visão abrangente da realidade das formações em saúde da universidade pesquisada, evidenciando a continuidade de fragilidades antigas, já identificadas em outros estudos, e a importância de uma reestruturação curricular nas graduações. Ao possibilitar a integração de dados oriundos de diferentes abordagens metodológicas, o desenho misto permitiu o vislumbre de leituras distintas sobre a realidade, possibilitando uma compreensão mais ampla de suas nuances e fatores envolvidos. Além disso, permitiu a superação das dificuldades encontradas ao longo do desenvolvimento da pesquisa, como a baixa adesão dos discentes na fase qualitativa, possibilitando reflexões acerca dessas dificuldades para transformá-las em dados de pesquisa.

O referencial teórico de Paulo Freire, embasado na dialogicidade, no respeito, na cooperação e na liberdade dos sujeitos foi imprescindível ao processo e pode ser adotado por outras instituições de ensino como guia valioso nessa jornada de construção e reconstrução da realidade. Da mesma forma, o arco da problematização provou ser um caminho operacional viável a esse processo de construção, visto que suas etapas possibilitaram uma organização clara para desenvolvimento e aprofundamento das reflexões dos grupos.

Uma limitação enfrentada neste trabalho foi a escolha da amostragem por conveniência e não probabilística, que impossibilitou a generalização dos dados, e o contexto pandêmico, cujo aumento de atividades *online* e restrições de convívio ocasionaram sobrecarga física, mental e emocional em muitos docentes e discentes da área da saúde, dificultando a adesão de um número maior de participantes. Portanto, sugere-se que futuras pesquisas sejam realizadas em diferentes realidades e períodos para fins de comparação.

Outra questão que merece destaque, identificada durante a realização do trabalho, foi a ausência de figuras masculinas, tanto na etapa qualitativa quanto na de validação, ambos os momentos em que se buscou maior aprofundamento sobre o tema da morte no contexto do nascimento. Essa lacuna levanta questões e deixa perguntas em aberto, especialmente se a falta de envolvimento dos homens poderia indicar, como no caso dos discentes, uma falta de identificação com o tema, por ser associado à gestação e, conseqüentemente, à saúde feminina. Questiona-se se esse silenciamento por parte dos homens da saúde decorre de uma maior dificuldade em discutir assuntos sensíveis, que exigem maior tato e abertura, ou se poderia indicar um desinteresse pela dor causada pela perda de vidas femininas e infantis. Deixo a reflexão como sugestão para que outras pesquisas investiguem essa questão de forma mais profunda.

Ademais, este trabalho contribui para o campo científico ao fornecer um diagnóstico do cenário de ensino investigado em relação à temática da morte, destacando os principais desafios enfrentados pelos docentes e discentes ao abordar o tema. Ao refletir junto a eles sobre possíveis soluções para melhorar a preparação do pessoal da saúde no enfrentamento da morte, com base em suas vivências e experiências, e ao elaborar uma proposta pedagógica validada por especialistas de diferentes áreas do conhecimento e localidades do Brasil, este estudo serve como fonte de conhecimento e inspiração para outras realidades de ensino, incentivando-os a avaliarem seus caminhos formativos.

Cabe destacar que, embora o presente trabalho tenha investigado um contexto de ensino específico, os dados aqui apresentados corroboram com outras realidades descritas pela literatura, reforçando sua relevância e aplicabilidade a outros cenários. Nesse sentido, espera-se que essa proposta possa ser utilizada como um ponto de partida para que as formações de saúde preparem melhor os futuros profissionais para lidar com a morte no contexto do nascimento, tornando o processo de luto menos traumático para os que ficam.

Por fim, é importante ressaltar que essa proposta não pretende fornecer respostas definitivas ou ser um guia passo-a-passo para alcançar o preparo definitivo dos profissionais ao lidar com situações de morte e luto. Isso seria impossível, dada a abrangência, complexidade e subjetividade do tema, que extrapola os limites da formação e a capacidade desta investigação. Ao invés disso, buscou-se construir um caminho de questionamentos que pudessem auxiliar cada pessoa a encontrar as respostas necessárias à compreensão das peculiaridades envolvidas na presença da morte na vida de uma pessoa, de modo a identificar seu significado, repercussão e o cuidado que cada um precisa.

REFERÊNCIAS

- ABU, O.; MCMANUS, D. D.; LESSARD, D. M.; KIEFE, C. I.; GOLDBERG, R. J. Religious practices and changes in health-related quality of life after hospital discharge for na acute coronary syndrome. **Health and quality of life outcomes**, v.17, n. 149, p.1-10, set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1218-6>. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12955-019-1218-6>. Acesso em: 15 set. 2019.
- ACIOLE, G. G.; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde em debate (online)**, v.43, n.122, p. 805-818, nov., 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912212>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019000300805&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 18 jun. 2020.
- AGUIAR, R. S. **Cartilha de Orientações sobre luto para profissionais da área da saúde**. São Paulo: GEPAP, 2022. Disponível em: <https://www.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/356/2022/03/Cartilha-de-Suporte-ao-Luto.pdf>. Acesso: 13 out., 2023.
- 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2021.
- ALVES, I. F. B. O.; COSTA, R.; LIMA, M. M.; ZAMPIERI, M. F. M.; NITSCHKE, R. G.; GOMES, I. E. M. Significados atribuídos à maternidade por mulheres de um grupo de casais grávidos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. e56988, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.56988>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1353685/significados-atribuidos-pt.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- ALVES, I. F. B. O.; COSTA, R.; LIMA, M. M.; ZAMPIERI, M. F. M.; NITSCHKE, R. G.; VOLVATO, F. Influências na construção do significado da maternidade. **RECIEN**, v.12, n. 37, p.3-13, 2022. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.3-13>. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/553>. Acesso em: 10 jun. 2022.
- AMARAL, A. P. S.; BOERY, R. N. S. O. Metodologias ativas no processo de ensino-aprendizado do curso de Enfermagem. **Educación Física Y Deportes.**, v.27, n.290, p.34-49, 2022. DOI: <https://doi.org/10.46642/efd.v27i290.2416>. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/download/2416/1615?inline=1>. Acesso: 23 agost., 2023.
- ANTONINI, F. O.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; DURAND, M. K.; RIMOR, P. C. F.; SCHIMITZ, C. C. C.; MARÇAL, C. C. B. Itinerário de pesquisa de Paulo Freire em produções de programas de pós-graduação em saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em saúde**. v.22, n.2, p.157-164, 2020. DOI: <https://doi.org/10.47456/rbps.v22i2.24517>. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/24517/23163>. Acesso em: 30 set., 2021.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

ARAÚJO, A. S.; MARCOS, T. G. A.; SANTOS, D. A.C.; DONHA, Y. S. Influência do coping religioso-espiritual no luto materno. **Rev. Enf, Brasileira**, v.19, n.4, p.310-6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4147>. Disponível em: <https://www.convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4147/html>. Acesso: 18 Out 2023.

ARIÈS, Phillippe. **História da morte no ocidente: da idade média aos nossos tempos**. Ed. Especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.

AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Pediatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS. 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12945/000635601.pdf?sequence=1>. Acesso: 30 mar., 2021.

BAQUERO, R.V.A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? - uma discussão conceitual. **Revista DEBATES**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.173-187, jan.-abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-5269.26722>. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/debates/article/viewFile/26722/17099/>. Acesso: 27 jun., 2021.

BARRETO, Brunna. **Lágrimas à livre demanda**. 1.ed, Maringá: Viseu, 2023. 130p.

BELLAGUARDA, M. L. R.; KNIHS, N. S.; THOLL, A. D.; CANEVER, B. J.; GIRONDI, J. B. R. **Ateliê de ideias: estratégias educacionais de apoio ao ensino e à aprendizagem**. Florianópolis: Ed. Papa-livros, 2020.

BITTENCOURT, P.J.S. **As epidemias na história**. Universidade Federal da Fronteira Sul 2020. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/campi/erechim/noticias/artigo-as-pandemias-na-historia>. Acesso em: 30.07.2021.

BIONDO, C. S.; CAFEZEIRO, A. S.; CUNHA, A. L. G. O.; BROMOCHENKEL, C. B.; NETA, M. M. S. dos A.; YARID, S. D. Abordagem da espiritualidade na formação em saúde à luz da teoria de Viktor Frankl. **Rev Enferm Cent O Min.**, v.13, n. 13, p. e4721, 2023. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v13i1.4721>. Disponível em: <http://periodicos.ufsj.edu.br/recom/article/view/4721>. Acesso 18 out., 2023.

BORDENAVE, J. D. **Alguns fatores pedagógicos**. [Apostila] Curso de capacitação pedagógica para instrutor/ supervisor da área da saúde – Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Brasília, 1994. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0220.pdf>. Acesso: 29 Jun., 2023.

BRACARENSE, C. F.; COSTA, N. dos S.; RAPONI, M. B. G.; GOULART, B. F. Clima organizacional e intenção de rotatividade de enfermeiros: estudo de método misto. **Rev Bras. Enferm.**, v. 75, n. 4, p. 1-8, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0792>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/dvTv45jxDfLKWZKtsrHSVcS/?format=html&lang=pt#>. Acesso: 24 dez., 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº569** de dezembro de 2017a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf> . Acesso em: 19 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 573**, de 31 de janeiro de 2018b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>. Acesso: 04 Abr., 2024.

BRASIL. Governo de Santa Catarina. Leis Orgânicas da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Secretaria de Estado da Saúde, 1990. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/leis/leis-organicas-da-saude>. Acesso em: 19 mar., 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. **Cadernos ODS 3**: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPAE, 2019b. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35004&Itemid=444. Acesso em: 13 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Presidência da República. **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf. Acesso: 05 mai., 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer ° CNE/CES 1.133/2001**, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Distrito Federal: Conselho Nacional de Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 23 de nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES nº116/2014** de 3 de abril de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2014a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 13.005** de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Ministério da Educação, 2014b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113005.htm. Acesso em: 23 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº354-2020-GR**, de 18 de março de 2020. Estabelece medidas complementares às portarias nº 352/2020/GR e nº 353/2020/GR, de 16 de março de 2020, e define prazos sobre o funcionamento das atividades administrativas e acadêmicas na UFSC. 2020d. Disponível em: <https://pen40anos.paginas.UFSC.br/files/2020/03/PORTARIA-NORMATIVA-N%C2%BA-354-2020-GR-DE-18-DE-MAR%C3%87O-DE-2020.pdf>. Acesso: 5 abr., 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**: educação é a base. Ministério da Educação, 2022a. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf. Acesso: 17 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3**, de 3 de novembro de 2022d. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CNE-CES-003-2022-11-03.pdf>. Acesso: 04 abr., 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **V Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0212cns_anais1.pdf. Acesso em: 13 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 13 dez., 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde/UNESCO. Projeto de avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN). **Projeto 914BRA2000**. São Paulo: Ministério da Saúde, abril, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_phpn1.pdf. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005**. Disponível em: <https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-ateno-obsttrica-e-neonatal-2.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009**. Regulamenta a coleta de dados das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010**. Estabelece a vigilância do óbito infantil e neonatal nos serviços de saúde. Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: Acesso em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html. 23 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/legislacao/pdf/doc-693.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção Humanizada ao abortamento**: normas técnicas. Sêrio A. Normas e Manuais Técnicos: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acesso: 15 mai., 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 570**. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Gabinete do Ministério. Brasil, 29 novembro de 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24636737/do1-2016-11-30-portaria-n-570-de-29-de-novembro-de-2016-24636621. Acesso em: 13 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **ApiceOn: Aprimoramento e inovação no cuidado em obstetrícia e neonatologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Revista-Apice-ON.pdf?undefined=undefined>. Acesso em: 12 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso: 23 Nov., 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika)**, Semanas Epidemiológicas 1 a 19, 2020. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, v.51, mai. 2020a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de saúde pública: contribuições para o debate sobre o aborto**, 36(sup.1), 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Cuidados Paliativos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. São Paulo: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Rede Cegonha**. Ministério da Saúde. 2021a. Disponível em: <https://aps.sau.gov.br/smp/smpasredecegonha>. Acesso: 08 mar., 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia QualiNEO: Qualificação da Assistência ao Recém-Nascido de Risco**. 2021b. Disponível em: <https://antigo.sau.gov.br/sau-de-indigena/cursos/823-assuntos/sau-de-para-ONU>. Acesso 13 Nov., 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. **Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS**, de 24 de fevereiro de 2021. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. 2021c. Disponível em: https://conselho.sau.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 13 mai., 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Obstétrica**. Secretaria do Estado de Saúde, São Paulo: Ministério da Saúde, 2021d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Ministério da Saúde cria a Rede de Atenção Materna e Infantil e amplia atendimento para mães e bebês no SUS**. Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16676>. Acesso: 17 mai 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023**, Revoga Portarias que especifica e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html. Acesso: 13 mar., 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9394**, de 20 de janeiro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Ministério da Educação, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso: 15 jan 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Código Civil e normas correlatas**. 10ªed. Brasília: Senado Federal, 2019a. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/bdsf/handle/id/558326>. Acesso: 29 ago. 2021.

BRAUER, K. C. N.; FREIRE, M. M. Paulo Freire e Edgar Morin: a complementaridade de um diálogo possível. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, v. 60, n. 1, p: 316-327, jan./abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/010318139516211820210305>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tla/a/tLbfvL7nZ5pnWQzvw5dJ58f/abstract/?lang=pt>. Acesso: 13 Ago., 2022.

CABAÇO, S. R.; CALDEIRA, S.; VIEIRA, M.; RODGERS, B. Spiritual coping: a focus of new nursing diagnoses. **International journal os nursing knowledge**, v.29, n.3, p. 1-9, jan./mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12171>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12171>. Acesso em: 09 set., 2019.

CABEÇA, L. P. F.; SOUSA, F. G. M. Dimensions qualifying for communication of difficult News in neonatal intensive care unite. **Rev. Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.37-50, jan./mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.37-50>. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754108006_5.pdf. Acesso em: 14 jul., 2020.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, sup.1: e00188718, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8vBCLC5xDY9yhTx5qHk5RrL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 set., 2021.

CARRINHO, M. **Direito desde a concepção**. Jus.com.br, 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/52571/direitos-desde-a-concepcao>. Acesso: 15 jul., 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº2.173**, de novembro de 2017. Define critérios do diagnóstico de morte encefálica. Brasília: Diário Oficial da União. 2017. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 15 mar., 2021.

CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. **Dicionário de Símbolos**. Ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2018.

COFEN. Conselho Regional de Enfermagem. **Conceitos básicos das diretrizes curriculares nacionais (Dcns) dos cursos de graduação da área da saúde**. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/Artigo-Conceitos-B%C3%A1sicos-das-Diretrizes-Curriculares-Nacionais-Dcns-dos-cursosd-Gradua%C3%A7%C3%A3o-da-%C3%81rea-de-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.

COFEN. Conselho Regional de Enfermagem. Resolução COFEN nº 678/2021. Aprova a atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-678-2021/>. Acesso: 05 Jun., 2024.

COLUCI, M.Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumento de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.925-36, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>. Acesso em: 15 abr., 2021.

CORREIA, D. S.; TAVEIRA, M. G. M. M.; MARQUES, A. M. V. F.; CHAGAS, R. R. S.; CASTRO, C. F.; CAVALCANTI, S. L. Percepção e vivência da morte de estudantes de medicina durante a graduação. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.44, n.1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190200>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/85qNGRqqnV4mCVhM3dbNNsz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso:

COSTA, A. Michel Onfray e o ateísmo contemporâneo: considerações e balanço crítico ao Tratado de ateologia. **Griot**, v.21, n.3, p. 336–350, 2021. DOI: <https://doi.org/10.31977/grirfi.v21i3.2434>. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/griot/article/view/2434>. Acesso em: 23 out. 2023.

COSTA, C. H. G.; GRIZA, R. L. A.; SALDANHA, J. M. R.; TOMAZZINI, A. C.; ZANINI, E. O. A influência social, econômica e ambiental no processo saúde-doença envolvendo o suicídio entre estudantes de medicina e médicos. **Journal of Health**, v.2, n.1, p.135-141, 2020. DOI: <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i1.167>. Disponível em: <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/167>. Acesso: 17 Out. 2023.

COSTA, D.A.S; SILVA, ROSELI FERREIRA DA; LIMA, V. V. ; RIBEIRO, E.C.O. . Diretrizes curriculares nacionais das profissões da saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1183-

1195, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.nahead/10.1590/1807-57622017.0376/>. Acesso em: 15 out., 2020.

COUNTED, V.; POSSAMAI, A.; MEADE, T. Relational spirituality and quality of life 2017 to 2017: an integrative research review. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.16, n.75, p.1-18, abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0895-x>. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-018-0895-x>. Acesso em: 09 set. 2019.

CREPALDI, M. A.; SCHIMIDT, B.; NOAL, D. S.; BOLZE, S. D.; GABARRA, L. M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de Covid-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos em Psicologia**, Campinas, v.37, n.e200090, p. 1-12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2020000100508&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 24 jan. 2021.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. p. **Pesquisa de métodos mistos**. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2013.

CUELLO, C. Educación problematizadora de Paulo Freire: un giro desde lo antropológico y epistemológico del ser. **Rev. digit invertig y postgrado**, v. 4, n. 7, p.131-142, 2023.

DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T., S. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: desvelando a promoção da saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v.28, e3277, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3162.3277>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YzZcH3vhQ3P9qfrM4gnxz5y/?lang=en>. Acesso: 24 jun., 2021.

DIAS, A.; VILELA, E. F. M.; PAULA, R. C. Grupo de enfrentamento à morte materna e infantil da secretaria de saúde do estado de São Paulo: uma estratégia do Comitê Estadual de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v.24, n.19, p.1-7, 2022. DOI: <https://doi.org/10.57148/bepa.2022.v.19.37346>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37346/35469>. Acesso: 23 Out 2023.

DINIZ, S. S.; QUEIROZ, A. A. F.; ROLLEMBERG, C. V. V.; PIMENTEL, D. Comunicação de más notícias: percepção de médicos e pacientes. **Revista da Sociedade Brasileira de Clinicas Médicas**, v, 16, n.3, p.146-151, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1047940/146-151.pdf>. Acesso: 15 nov. 2020.

DRESCH, A.; LACERDA, D. P., MIGUEL, P. A. C. Uma análise distintiva entre o estudo de caso, a pesquisa-ação e design science research. **Rev. Brasileira de Gestão de Negócios**. v.17, n.56, p.1116-1133, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.7819/rbgn.v17i56.2069>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/947/94742688006.pdf>. Acesso em: 8 out. 2019.

DREWS, M. P.; LIMA, M. M.; ALVES, I. F. B. O.; COSTA, R.; ROQUE, A. T.; CUSTÓDIO, Z. A. O. Experiências de puerperas participantes de um grupo de gestantes nos

cuidados com o recém-nascido. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 10, n.1, 94-102, 2021. DOI: <https://doi.org/10.46551/rnm23173092202100110>. Acesso em: 25 jan 2022.

EPICURO. **Carta sobre a felicidade**: (a Meneceu) / Epicuro; Tradução e Apresentação de Álvaro Lorencini e Enzo Del Carratore. São Paulo: Ed. UNESP, 200. Disponível em: <https://www.docdroid.net/yzbdt29/carta-sobre-a-felicidade-epicuro-pdf#page=5>. Acesso: 3 jun., 2021.

ESCOBAR, H. 15 **Universidades públicas produzem 60% da ciência brasileira**. Jornal da USP [online]. 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/universidade/politicas-cientificas/15-universidades-publicas-produzem-60-da-ciencia-brasileira/>. Acesso: 11 mai., 2021.

ESPIRIDIANO, E.; SOUZA, C. S.; CAXETA, C. C.; PINHO, E. S.; NUNES, F. C. Arco de Magueréz: estratégia de metodologia ativa para coleta de dados. *In: Atas 6º congresso Ibero-americano de investigações qualitativa em saúde*, v.2, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1279/1239>. Acesso em: 28 set. 2019.

FARINHA, F. T.; BOM, G. C.; MANSO, M. M. F. G.; RAZERA, A. P. R.; MONDINI, C. C. S. D.; TRETENE, A. S. Fatores relacionados ao uso do coping religioso por cuidadores informais: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.74, n. 3, e20201227, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1227>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/F9Ct4pJf34NLPmT49ymrn5N/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 set., 2021.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v.16, n. 6, p. 625-629, 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3679856/>. Acesso em: 15 abr., 2021.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino-serviço**: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <https://repositorio.UFSC.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/95003/292132.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 out., 2021.

FERREIRA-VALENTE, A.; SHARMA, S.; TORRES, S.; SMOTHER, Z.; PAIS-RIBEIRO, J.; ABBOTT, J. H.; JENSEN, M. Does religiosity/spirituality play a role in function, pain-related beliefs, and coping in patients with chronic pain? A systematic review. **Journal of religion and health**, set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00914-7>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31535274>. Acesso em: 20 ago. 2019.

FIGUEIREDO, A. M. de. Tanatologia: Abordagem histórico-filosófico da morte no contexto da medicina legal e do direito. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 09, n.10, p.26-55, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/lei/medicina-legal>. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/lei/medicina-legal>. Acesso: 18 mar. 2021.

FILHO, C.C.S.; *et al.* Da Pirâmide para o círculo: em busca de práticas educativas participativas em saúde. In: PRADO, M. L. SCHMIDT, K. R. **Paulo Freire, a boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016.

FILHO, C. C. S. **Educação para paz na formação em saúde: diálogo e utopia em Paulo Freire**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://tede.ufsc.br/teses/PNFR1021-T.pdf>. Acesso: 22 jun., 2021.

FILHO, V. P. D; SARDINHA, L. A. C.; FALCÃO, A. L. E.; ARAÚJO, S.; TERZI, R. G. G.; DAMASCENO, B. P. Dos conceitos de morte aos critérios para o diagnóstico de morte encefálica. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, n.54, v.4, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1996000400025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/CCJqxSgBKj5CbYBzbqTWCKb/abstract/?lang=pt>. Acesso: 16 abr., 2021.

FIOCRUZ. **ApiceOn**. Portal das Boas Práticas. Brasília: Governo Federal, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em: 08 mar. 2021.

FIOCRUZ. **Principais questões sobre o diagnóstico do abortamento**. Brasília: Governo Federal, 2019a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-diagnostico-do-abortamento/>. Acesso em: 22 nov., 2020.

FIOCRUZ. **Estratégia QualiNeo: 10 passos para o cuidado neonatal**. Brasília: Governo Federal, 2019b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/10-passos-para-a-melhoria-do-cuidado-neonatal/>. Acesso: 17 mar. 2021.

FIOCRUZ. **Hospitais que integram o projeto ApiceOn**. Brasília: Governo Federal, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/hospitais-que-integram-o-projeto-apice-on/>. Acesso em: 08 jun. 2020.

FIOCRUZ. **Mortalidade materna no Brasil – Boletim Epidemiológico n. 20/MS** (Maio, 2020). Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>. Acesso em: 24 jul., 2020.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior.**, v.21, n.3, p.219-239, 1980. DOI: <https://doi.org/10.2307/2136617>. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2136617?origin=crossref>. Acesso: 27 Set., 2023.

FORTI, S.; SERBENA, C. A.; SCADUTO, A. A. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.25, n.4, p.1463-74, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21672018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SC3ncDvp9mgfHPDmYzg5Gkc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago., 2020.

FONSECA, S. C.; DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C.; AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S. **Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018**. *Cad. Saúde Pública*, v.36, supp 1, e00189718, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/45xNf6pyjM4Fzt9ztnQRGjk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 17 mai 2023.

FREIBERGER, M. H.; CARVALHO, D.; BONAMIGO. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. **Revista Bioética**, Brasília. v.27, n.2, p. 318-25, abr./jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019272316>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v27n2/1983-8042-bioet-27-02-0318.pdf>. Acesso em: 19 mar., 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 1992

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 24 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia: cotidiano do docente**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREITAS-JÚNIOR, R. A. de O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Rev. Bras. Saúde Mater Infant.**, v.20, n.2, p. 615-22, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200016>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/jdXwst5w4p8jdY4DFstbT5b/?lang=pt#>. Acesso: 23 Out 2023.

GIAMATTEY, P.; FRUTUOSO, E.; TAVARES, J.; BELLAGUARDA, M. L. R.; LUNA, I. J. Rituais fúnebres na pandemia de Covid-19 e luto: possíveis reverberações. **Esc Anna Nery**, v. 26, n. p. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0208>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zGDv9BZ6Lc44fxJFBBz8ktC>. Acesso: 15 Jul 2022.

GIRALDI, L. M.; CORRÊA, T. R. K.; SCHUELTER-TREVISOL, F.; GONÇALVES, C. O. Óbito fetal: fatores obstétricos, placentários e necroscópicos fetais. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. v.55, n.1, p.85-98, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20190007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/7xtrSVLLXVSHvf83BVt9Jbj/?lang=pt>. Acesso em: 26 set., 2021.

GOMES, T. R. A.; SANTOS, A. F. O. A relação mãe-bebê prematuro na UTI neonatal: um olhar Winnicottiano. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, v.12, n.2, p. e2422, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2422.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2422>. Acesso em: 20 jul. 2020.

GRAEFF, M. S.; ALMEIDA, M. A.; PORCEL-GÁLVEZ, A. M.; NOMURA, A. T. G.; LUNELLI, R. P.; SILVA, T. S. Adaptação transcultural e validação de instrumento para medir a dependência de cuidados de enfermagem. **Rev Gaúcha de Enferm.**, v.43,

e.20210135, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210135.en>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/XdtWFFcbrfwcrg798Dsz4k/?lang=pt#>. Acesso 14 jan., 2024.

GRINGS, A. J.; KAIESKI, N.; JUNG, C. F. Gestor educacional: você sabe o que influencia as escolhas profissionais de seus discentes?. **Trabalho e educação.**, v.31, n.1, p.155-66, 2022. DOI: <https://doi.org/10.35699/2238-037X.2022.26541>. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/26541>. Acesso: 23 agost. 2023.

GULARTE, N. D. G.; VELHO, M. T. A. C.; GONÇALVES, K. C. S.; BESCHOREN, N. F. Abordando a relação clínica e a comunicação de notícias difíceis com o auxílio das artes e dos relatos vivos. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v.43, n.4, out./dez., p.131-40, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20190098>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/tmZvLp6W4t5nFnXd3G8kq6c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jun., 2021.

HEIDEGGER, M. **Carta sobre o humanismo**. Tradução de Rubens Eduardo Frias. São Paulo: Centauro, 2005

HEIDEMANN, I. T. S. B.; DALMOLIN, I. S.; RUMOR, P. C. F.; CYPRIANO, C. C.; COSTA, M. F. B. N. A.; DURAND, M. K. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n.4, e0680017, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pdfHS9bS8fqwp5BTcPqL64L/?lang=pt>. Acesso: 15 jun., 2021.

HONG, Q. N.; PLUYE, P.; FÀBREGUES, S.; BARTLETT, G.; BOARDMAN, F.; CARGO, M. *et al.*, **Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018**. Canadá: McGill, 2018. Disponível em: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf. Acesso: 15 Nov., 2020.

IGNACIO, E. S.; MEDEIROS, A. P. Nascimento e morte: o apagamento do luto durante a perinatalidade. **ID on line**, v.17, n.66, p.253-72, 2023. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v17i66.3743>. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3743/5793>. Acesso: 06 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018**: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Ministério da Economia: Coordenação de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://biblioteca.IBGE.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

JUNG, C. G. **O homem e seus símbolos**. 20.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KALE, P. L.; FONSECA, S. C.; OLIVEIRA, P. W. M.; BRITO, A. S. Tendências da mortalidade fetal e infantil segundo evitabilidade das causas de morte e escolaridade materna. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.24, e210008, supl 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210008.supl.1>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2021.v24suppl1/e210008/pt>. Acesso em: 22 set. 2021.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros e aos próprios parentes. 10ªed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

KUFORJI, O.; MILLS, T. A.; LOVELL, K. Women's experiences of care and support following perinatal death in high burden countries: A metasynthesis. **Women and Birth**, v.36, n. 2, p.195-202, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.170>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519222002992>. Acesso: 27 Jan., 2024.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 3ª Ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016.

LEGO, L.; ECCO, C. Cidadania ativa multicultural, religião e espiritualidade na formação dos profissionais médicos no Brasil. **Fragmentos de cultura**. v.23, p.80-93, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18224/frag.v33iEsp.13492>. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/13492/6341>. Acesso: 17 Out 2023.

LIMA, M.; MACHADO, M. L.; COSTA, R.; CANEVER, B.; PINA, J. C.; ALVES, I. F. B. O. Contribuições da extensão em um grupo de gestantes e casais grávidos para a formação do enfermeiro. **Rev. Anna Nery**, v.22, n.4, p.1-8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0367>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170367.pdf. Acesso: 07 set. 2018.

LINO, C. A.; AUGUSTO, K. L.; OLIVEIRA, R. A. S.; FEITOSA, L. B.; CAPRARA, A. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.35, n.1, p.52-57. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/5qBdL9YrscGF8chzfcqrXP/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2021.

LOPES, B. G. **Perspectivas maternas sobre mortalidade perinatal**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Atenção Interdisciplinar em Saúde, Ponta Grossa, 2018. Disponível em: <https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/prefix/2547/1/Beatriz%20G%20Lopes.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

LOPES, S. D. N.; OLIVEIRA, M. H. B. Meu corpo, minhas regras: mulheres na luta pelo acesso ao serviço público de saúde para a realização do aborto seguro. **Saúde em Debate**, v.43, n. spe4, p.20-3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S403>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe4/20-33>. Acesso: 23 Out 2023.

LOPES, V. J.; DAS MERCÊS, N. N. A.; SARTOR, S. F.; DA SILVA, L. A. G. P. Construção e validação de um instrumento para avaliação do conforto de adolescentes em tratamento quimioterápico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 44, e20220023, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220023.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/rXVTdyhzvzRD9CJCsvnmwv/?format=html&lang=pt#>. Acesso: 14 jan., 2024.

LUZ, R.; BASTOS, D. F. **Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer: o legado de Elisabeth Kübler-Ross para os nossos dias.** São Paulo: Summer, 2019.

MAGAGNIN, A. B. **Empowerment do familiar cuidador: promoção da saúde na hospitalização.** 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.UFSC.br/bitstream/handle/123456789/205797/PNFR1074-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso: 23 jun. 2021.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. **Pro-posições**, v.29, n.2, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pp/v29n2/0103-7307-pp-29-2-0389.pdf>. Acesso em: 15 abri., 2021.

MATTOS, S.; MOREIRA, T.; FLORENCIO, R.; CESTARI, V. Elaboração e validação de um instrumento para mensurar Autopercepção de Saúde em adultos. **Saúde em Debate**, v.45, n. 129, p. 366-77, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112909>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2021.v45n129/366-377/pt/>. Acesso: 14 jan 2024.

MEDEIROS, M. M.; MACHADO, L. M. C. L.; ALVARENGA, M. R. M. Diretrizes curriculares nacionais para o curso de enfermagem: tanatologia e a formação do enfermeiro. **Ensino, Saúde e Ambiente**, n.11, n.1, p.158-166, abr., 2018. DOI: <https://doi.org/10.22409/resa2018.v11i1.a21285>. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/ensinosaudeambiente/article/view/21285/12757>. Acesso: 13 mai. 2020.

MEDEIROS, A. C. R.; VITORINO, B. L. C.; SPOLADORI, I. C.; MAROCO, J. C.; SILVA, V. L. M.; SALLES, M. J. S. Sentimento materno ao receber um diagnóstico de malformação congênita. **Psicologia em Estudo**. v.26, e45012, 2021. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.45012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/VxM4NPY7zL9p4TSBf3JQvHv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 set., 2021.

MELO, V. L.; MAIA, C. Q.; ALKMIM, E. M.; RAVASIO, A. P.; DONADELI, R. L.; DE PAULA, L. O. E *et al.* Morte e morrer na formação médica brasileira: revisão integrativa. **Rev. Bioética**, v. 30, n. 2., p. 300-17, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302526PT>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/qGGFJdGcTnwNZ8PmQTXSxnz/?lang=pt#>. Acesso: 05 set. 2023.

MENEZES, G. M. S.; ALQUINO, E. M. L.; FONSECA, S. C.; DOMINGUES, R. M. S. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, suplemento 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197918>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36suppl1/e00197918/pt/>. Acesso em: 19 set., 2021.

MENEZES, N. R. C.; MARCIANO, R. P. Morte na maternidade: intervenção psicológica em um grupo de mães enlutadas. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 23, n. 1, p: 176-189, jan./jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.14393/PPv23n1a2019-51148>. Disponível em:

<http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/51148/27212>. Acesso em: 2 ago. 2020.

MILLAN, L. R.; ROSSI, E.; De Marco, O. L. N. O suicídio entre estudantes de medicina. **Rev. Hosp. Clinic. Fac. Med. Univ. São Paulo.**, v.45, n.3, p.145-9, 1990. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-103698>. Acesso: 18 Out., 2023.

MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, L. R. M. A legislação sobre o aborto e seus impactos na saúde da mulher. **Sematus**, v.6, n.1, p.50-58, 2008. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/131831/legisla%C3%A7%C3%A3o_aborto_impacto.pdf?sequence=6#:~:text=Aborto%20\(de%20ab%20Dortus\),cujo%20resultado%20%C3%A9%20o%20aborto](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/131831/legisla%C3%A7%C3%A3o_aborto_impacto.pdf?sequence=6#:~:text=Aborto%20(de%20ab%20Dortus),cujo%20resultado%20%C3%A9%20o%20aborto). Acesso em: 13 jan., 2022.

MULLER, J. M.; SILVA, N.; PESCA, A. D. Estratégias de coping no contexto laboral: uma revisão integrativa da produção científica brasileira e internacional. **Rev., Psicol. Organ., Trab.** v.21, n. 3, 1594-1604, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/rpot/2021.3.20385>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-66572021000300007&script=sci_arttext. Acesso: 28 Set., 2023.

MUNHOZ, O. L.; ARRIAL, T. S.; BARLEM, E. L. D.; DALMOLIN, G. L.; ANDOLHE, R.; MAGNAGO, T. S. B. de S. Estresse ocupacional e burnout em profissionais de saúde de unidades de perioperatório. **Acta Paulista**, v. 33, eAPE20190261, 2020. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0261>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/4tFGsB6dkL7ycjB934hd5Kz/?lang=pt#>. Acesso: 24 dez 2023.

NASCIMENTO, A. R.; SILVA, B. K. B. S.; ABRAHÃO, B. R.; SWERTS, L. S.; GOMES, L. E. S.; ALVES, M. T. L.; SILVA, N. L. R. Rituais de despedida no contexto da pandemia da Covid-19. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 14, n. 1, p.: 80-5, 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/384>. Acesso em: 3 de out., 2021.

NETA, A. M. S.; FERREIRA, D. B. B.; PIMENTEL, D.; NANCY, M. M.; BARRETO, Í, D. C.; TRINDADE, L. M. D. F. Metodologia PBL: Motivações e expectativas de estudantes de medicina. **Rev. Ciências e estudos acadêmicos de medicina**, v.1, n.14, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/4975/4377>. Acesso: 17 Out., 2023.

OGATA, M. N.; SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M.; COSTA, M. V.; FORTUNA, C. M.; FELICIANO, A. B. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Rev. Esc Enfermagem USP**, v.55, e03733, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 14 jan., 2024.

OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; SANTOS, M. A. Grupo de educação para a morte: uma estratégia complementar à formação acadêmica do profissional de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n.2, p.500-514, abr./jun. 2017. DOI: <http://doi.org/10.1590/1982->

3703002792015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0500.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

OLIVEIRA, C. A.; AMARAL, E. M.; CYRINO, E. G.; GLANINI, R. J. Encontros e desencontros entre projetos pedagógicos de cursos de Medicina e Diretrizes Curriculares Nacionais: percepções de docentes. **Interface** (Botucatu), v.25, e200076, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200076>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e200076/>. Acesso: 22 Jan 2024.

OLIVEIRA, J. C. de; FELIPE, B. C. M.; BARBOSA, G. de; SANTOS, T. P. dos; VIANA, J. S. Reflexões sobre o suporte emocional do enfermeiro no processo de tanatologia. **Brazilian Journal of Health Review**. v.3, n.3, p.4566-76, may/jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n3-053>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341894787_Reflexoes_sobre_o_suporte_emocional_do_enfermeiro_no_processo_de_tanatologia. Acesso: 15 mar. 2021.

OLIVEIRA, J. L. C. Integração de dados em pesquisas de método misto: desafios e oportunidades para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.29, e20200203, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0002-0003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/WDgMcQxRLvmjQrWBQVMkb7K/?lang=pt>. Acesso: 05 abr., 2021.

ONARI, P. **O luto na Estratégia da Saúde da Família: Caso complexo 7 – Samual**. UNASUS: Especialização em saúde da família, 2011. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Samuel/Complexo_07_Samuel_Luto.pdf. Acesso em: 22 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **UNICEF e OMS dizem que taxas de mortalidade materno-infantil nunca foram tão baixas**. ONU News, 2019. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/09/1687532>. Acesso em: 18 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação da população mundial 2022: vendo o invisível**. Relatório do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). 2022, 160 p. Disponível em: <https://popdesenvolvimento.org/images/noticias/2022/UNFPA-relatorio-popul-mundial-2022-PT.pdf>. Acesso: 22 dez., 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: saúde e bem-estar**. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso: 9 mai., 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS publica novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês**. ONUBR Nações Unidas do Brasil, 2016a. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/OMS-publica-novas-orientacoes-sobre-pre-natal-para-reduzir-mortes-de-maes-e-bebes/>. Acesso em: 20 abr., 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Making every baby count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths**, 2016b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa – Mortalidade materna**. Brasil, 2018. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 18 mar., 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **UNFPA**: mortalidade materna no Brasil aumentou 94,4% durante a pandemia. Nações Unidas, Brasil.2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/203964-unfpa-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-944-durante-pandemia>. Acesso: 23 Jan. 2024.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.10, n. 3, p. 507-516, set./dez. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300019>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18.pdf>. Acesso em: 22 ago., 2019,

PARANÁ. Ministério da Educação. Secretaria da Educação do Paraná. **Gestão Pedagógica**: Proposta Pedagógica Curricular. Ministério da Educação. 2022. Disponível em: <http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/modules/faq/category.php?categoryid=131>. Acesso em: 18 jul 2022.

PARANHOS, R.; FILHO, D. B. F.; DA ROCHA, E. C.; JÚNIOR, J. A. S.; FREITAS, D. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias** - Porto Alegre, v. 18, n. 42, p.384-411, mai./ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/15174522-018004221>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/soc/v18n42/1517-4522-soc-18-42-00384.pdf>. Acesso em: 18 mar., 2021.

PARGAMENT, Kenneth I. **The psychology of religion and coping**: theory, reserch, practice. London: New York, 1997.

PARIS, G. F.; MONTIGNY, F.; PELLOSO, S. M. Factors associated with the grief after stillbirth: a comparative study between Brazilian and Canadian woman. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 546-553, july./aug. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500002>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0546.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.

PARIS, G. F.; MONTIGNY, F.; PELLOSO, S. M. Cross-cultural adaptation and validation evidence of the perinatal grief scale. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n.1, e5430015, may, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005430015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/0104-0707-tce-26-01-e5430015.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2020.

PEIXOTO, M. T.; MIRANDA, A. C.; PEIXOTO, M. T. Formação para a Atenção Primária à Saúde. **J Manegement Primary Helth Care**, v.12, e.44, p.57-66, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.174632>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/174632>. Acesso: 22 Jan 2024.

PETERMANN, X. B. Estresse ocupacional entre os profissionais da atenção básica no contexto brasileiro. **Perspectiva: ciência e saúde.**, v.5, n. 3., p. 101-112, 2020. Disponível em: <http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/253>. Acesso: 24 dez 2023.

PILGER, C. H. **Educação para morte no contexto de UTIN**: orientação sobre o luto e acolhimento em situações de perda neonatal. 1ed. Santa Maria: UFSM, 2023, p. 37.

Disponível em:

https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/29174/Cartilha_Educacao_para_a_morte.pdf?sequence=1. Acesso: 24 Out 2023.

PLATÃO, **Fédon**. Porto Alegre: Globo S. A., 1972.

POLIT, F. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PORTO, R. A.; MARANHÃO, T. L. G.; FÉLIX, W. M. Aspectos psicossociais da depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Multidisciplinar e de Psicologia**. v.11, n.34, p.219-245, fev., 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/686/965>. Acesso em: 18 mar., 2020.

RANHEL, A. S. História do corpo na idade média: representações, símbolos e cultura popular. **Veredas da História** [online], v.11, n.1, p13-31, jun., 2018. Disponível em: <http://www.seer.veredasdahistoria.com.br/ojs-2.4.8/index.php/veredasdahistoria/article/view/368/262>. Acesso em: 8 jun., 2021.

REICHENHEIM, M.; BASTOS, J. L. O quê, para quê e como? Desenvolvendo instrumentos de aferição em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, v.55, n., 40 p. 1-18, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002813>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2021.v55/40/pt/>. Acesso: 14 jan., 2024.

RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. **Saúde em debate.**, v.43, n. esp 7, p. 129-140, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S710>. Disponível em: Acesso: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rHhZ7ykBCQ4H76BWPYq9GyG/?format=html#>. 24 dez., 2023.

ROCHA, L.; COSTA, R.; GOMES, I. E. M.; ALVES, I. F. B. O.; ROSA, R.; LIMA, M. M. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem no cuidado à mulher com óbito fetal. **Saberes Plurais: educação em saúde**, v.7, n.1, p.1-16, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v7i1.128168>. Disponível: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/128168>. Acesso: 11 mai 2023.

RONCAGLIA, L. P.; MARTINS, A. F.; BATISTA, C. B. Serviços de apoio aos estudantes de medicina: conhecendo alguns núcleos em universidades públicas brasileiras. **Pretextos**, v.5, n.9, p. 664-82, 2020. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/22043>. Acesso: 14 Out 2023.

ROSA, R.; GOMES, I. E. M.; COSTA, R.; ALVES, I. F. B. O.; AIRES, L. C. P. Experiências e condutas do profissional de saúde diante do óbito neonatal: revisão integrativa. **Rev. Min. Enfermagem**, v. 26, n. e3-1479, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.41101. DOI: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.41101>. Disponível em: <https://plaplantineriodicos.ufmg.br/index.php/remem/article/view/41101/31999>. Acesso: 11 maio 2023.

RUSSELL, J.B.; ALEXANDER, B. **História da bruxaria**. São Paulo: Aleph, 2008.

SALVATI, C.O.; GOMES, C. A.; HAEFFNER, L. S. B.; MARCHIORI, M. R. C. T.; SILVEIRA, R. S. *et al.* Humanização hospitalar: construção coletiva de saberes e práticas de acolhimento e ambiência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.55, e20200058, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0058>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hpdZZT8D3YXDsdNk4x4ZTqg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 14 jan., 2024.

SAMPAIO, C. L.; NERI, M. F. S.; ARAÚJO, M. A. M.; CAETANO, J. A.; ELOIA, S. M. C.; SOUZA A. M. A. Aprendizagem baseada em problemas de ensino da Tanatologia, no curso de graduação em enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.22, n.3, e20180068, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0068>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300703&lng=pt&tlng=pt. Acesso: 18 mar., 2021.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H.; LANZONI, G. M. M.; CUNHA, V. P.; ROSS, R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de método misto. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, v.26, n.3, e1590016, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000300330&script=sci_arttext. Acesso: 22 mar., 2021,

SANTOS, K. N.; OLIVEIRA, L. C.; FONSECA, M. R. A.; SOUSA, D. A.; LIMA, P. A. L.; BARROS, L. M. O medo da morte e do morrer em estudantes da saúde. **Psicologia em pesquisa**, v.16, n.e30075, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.30075>. Disponível em: <https://periodicoshomolog.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/30075>. Acesso: 17 Out. 2023.

SCARTON, J. S.; PAULA, S. F.; ANDRADE, G. B.; RANGEL, R. F.; VENTURA, J.; SIQUEIRA, H. C. H. Perfil da mortalidade materna: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Fundamental Care Online**, v.11, n.13, p. 816-827, apr./jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.816-822>. Disponível em: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7063/pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.

SCHIAVO, R. A.; PEROSA, G. B. Child development, maternal depression and associated factors: a longitudinal study. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 30, e3012, jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e3012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v30/1982-4327-paideia-30-e3012.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2020.

SCHMITZ, E. L.; GELBCKE, F. L.; BRUGGMANN, M. S.; LUZ, S. C. L. Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, v.37, e.68435, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68435>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4784Xyxjq5N3Y9xTGscfPyt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 25 mar., 2022.

SCHOPENHAUER, A. **Metafísica do amor/Metafísica da morte**. Tradução de Martial Gueroult e Jair Barbosa. São Paulo: Martins Fontes, 2000. Disponível em: <http://abdet.com.br/site/wp-content/uploads/2015/01/Metaf%C3%ADsica-do-Amor-e-Metaf%C3%ADsica-da-Morte.pdf>. Acesso 3 jun. 2021.

SCORSOLINI-COMIN, F.; ROSSATO, L.; CUNHA, V. F.; CORREIA-ZANINI, M. R. G.; PILLON, S. C. A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da Covid-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.10, n. e3723, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3723>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3723>. Acesso em: 25 set. 2021.

SETIC. **Currículo de Curso – Enfermagem**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2021a. Disponível em: <http://cagr.sistemas.UFSC.br/relatorios/curriculoCurso?curso=101>. Acesso: 14 mai., 2021.

SETIC. **Currículo de Curso – Medicina**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2021b. Disponível em: <https://cagr.sistemas.UFSC.br/relatorios/curriculoCurso?curso=103>. Acesso: 14 mai., 2021.

SETIC. **Currículo de Curso – Psicologia**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2021c. Disponível em: <https://cagr.sistemas.UFSC.br/relatorios/curriculoCurso?curso=319>. Acesso: 14 mai., 2021.

SHAKHMAN, L. M.; OLARI, O. A.; ARULAPPAN, J.; WYNADEN, D. Interprofessional education and collaboration: strategies for implementation. **Oman Med J**, v.35, n.4, e160, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5001%2Fomj.2020.83>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7430136/>. Acesso: 15 Jun 2022.

SILVA, L.; LEMES, A.; NASCIMENTO, V.; VOLPATO, R.; ROCHA, E.; MOURA, A. Fatores de risco e ideação suicida entre estudantes de enfermagem. **Rev Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.24, p.08-16, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0276>. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n24/n24a02.pdf>. Acesso: 18 Out. 2023.

SILVA, T. O.; RIBEIRO, H. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. End-of-life experiences in the dying process: scoping and mixed-methods systematic review. **BMJ Supportive Palliative Care**, v.13, p.624-40, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-004055>. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/13/e3/e624.citation-tools>. Acesso: 25 jan., 2024.

SILVA, V.; FERREIRA, C; BASÍLIO, A.; FERREIRA, A. B.; MEGUELOTE, R. Sintomas depressivos no termo da gestação, em mulheres de baixo risco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n.2, p. 65-72, abr./jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000229>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852019000200065&lang=pt. Acesso em: 27 jul. 2020.

SILVA, E. E. G.; RODRIGUEZ, G. C.; de SILVEIRA, G. B.; LAGUNA, T. F. dos S.; CELLA, M. L. S. G.; RANGEL, R. F.; KRUEL, C. S. Percepções dos profissionais da saúde acerca da comunicação de más notícias e óbitos no contexto perinatal. **Research, Society and**

Development, v.10, n.5, e43510515101, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15101>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15101/13570>. Acesso: 23 Jan 2023.

SILVA, V. B.; PINHEIRO, A. S.; FERREIRA, L. N.; CUNHA, I. V.; CAVALHEIRO, R. T. M.; STIPP, M. A. C. Abordagem problematizadora da educação permanente em saúde na formação em enfermagem: uma experiência na atenção hospitalar. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v.56, e20210543, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0543pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/xHRGgTndvqkSqqvR3S74bvM/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SILVEIRA, C. M.; BELLAGUARDA, M. L. R.; CANEVER, B.; COSTA, R.; KNIHS, N. S.; CALDEIRA, S. Coping da equipe de enfermagem no processo morte-morrer em unidade neonatal. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 35, n. eAPEO2261, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02261>. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ape/a/T6FDrXFy8pZ8K6xnNGsCVgP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 11 mai 2023.

SIMON, H. J. Mortality among medical students, 1947-1967. **J Med Educ.**, v.43, n.11, p.1175-82, 1968. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-196811000-00012>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5697401/>. Acesso: 18 Out 2023.

SIND-ENFERMEITO. Sindicato dos Enfermeiros-DF. Ministério da Saúde Revoga Rami e retoma a Rede Cegonha. Distrito Federal, 2024. Disponível em: <https://sindenfermeiro.com.br/index.php/2023/01/17/ministerio-da-saude-revoga-rami-e-retoma-a-rede-cegonha/>. Acesso: 05 Jun., 2024.

SMITH, L. K.; DICKENS, J.; ATIK, R. B.; BEVAN, C.; FISHERM, J.; HINTON, L. Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: a UK qualitative study. **BJOG**, v.127, n.7, p.:868-74, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.16113>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7383869/>. Acesso: 23 agost 2023.

SOUSA, F. F. P. R.; FREITAS, S. M. F. M.; CUNHA, M. C. S. O.; ARAÚJO, M. F. M.; VERAS, V. S. Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.13, n.1, p.45-51, jan./mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p45-51>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-69762017000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 07 set. 2019.

SOUSA, T. B. E.; LINS, A. C. A. A. Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v.15, n.2, p.1-15, abri./jun. 2020. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/e3286/2346. Acesso em: 26 jul. 2020.

SOUSA, G. S.; RAMOS, B. M. D.; TONACO, L. A. B.; REINALDO, A. M. S.; PEREIRA, M. O.; BOTTI, N. C. L. Fatores associados à ideação suicida de universitários da área da

saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v.75, suplem 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0982>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Dh9T5gTnSDB9HP8RyzVHxqs/?lang=pt#>. Acesso: 18 Out 2023.

SOUTO, D. C.; SCHULZE, M. D. Profissionais de saúde e comunicação de más notícias: experiências de uma unidade neonatal. **Rev Psicologia e Saúde**, v. 11, n.3, p.173-84, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.690>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/6098/609863970012/609863970012.pdf>. Acesso: 21 jun., 2022.

SOUZA; L. G.; dos SANTOS, A. A.; CARNEIRO, T. V.; dos SANTOS, V. R.; LOPEZ, F. N. Profissionais de saúde e educação para morte: um estudo do ensino superior brasileiro. **Saúde Redes**, v.9, n.2, p.16, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n2.4009>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1444186>. Acesso: 23 Out 2023.

TENÓRIO, P. J.; AVELAR, T. C.; BARROS, E. N. Gravidez molar: do sonho ao luto. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 39, n. 97, p. 193-206. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n97/a05v39n97.pdf>. Acesso em: 15 mai.2020.

UNICEF. **Levels e trends in child mortality**: report 2020. UNICEF, 2020. Disponível em: <https://www.UNICEF.org/media/79371/file/UN-IGME-child-mortality-report-2020.pdf.pdf>. Acesso em: 6 set., 2021.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Levels & Trends in child mortality. United Nations Inter-agency Grup for Child Mortality Estimation**, 2017. Disponível em: https://www.UNICEF.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2017.pdf. Acesso em: 4 jun.2020.

UNITED NATIONS PUBLICATION. **Universal Declaration of Human Riths**. New York: United Nations Publications, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Estrutura da UFSC**, Portal UFSC, 2020. Disponível em: <https://estrutura.UFSC.br/>. Acesso: 06 mai., 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Guia dos cursos de graduação**. Portal UFSC, 2021. Disponível em: <https://estrutura.UFSC.br/guia-dos-cursos-da-graduacao/>. Acesso: 14 mai., 2021.

VELOSO, F. C. S.; KASSAR, L. M. L.; OLIVEIRA, M. J. C.; LIMA, T. H. B.; BUENO, N. B.; GURGEL, R. Q *et al*. Análise dos fatores de risco na mortalidade neonatal no Brasil: uma revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.95, n.5, p.519-30, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.12.014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/wZS4WFQPR8j9qrgk9NBrhnq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. *In: A problematização em educação em saúde: percepções dos docentes tutores e discentes*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, p. 45-52.

WILLIS, P. Nurses perspective on caring for women experiencing perinatal loss. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, v.44, n.1, p.46-51, jan./feb. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000490>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30531589/>. Acesso em: 15 jul. 2020.

WOLF, A. H. J.; HINDS, P. S.; ARNOLD, R. M.; SOGHIER, L.; TOMPKINS, R. Vulnerability of inexperience: a qualitative exploration of physician grief and coping after impactful pediatric patient. *J Palliat Med.*,v.25, n. 10, p. 1476-83, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0050>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mdl-35333602>. Acesso: 23 agost 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health statistics and information systems: maternal mortality ratio (per 100 000 live births)**. Word Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>. Acesso em: 24 jul. 2020.

YAEGASHI, S. F. R.; OLIVEIRA, L. V.; RUIZ, N. F.; SOUZA, V. F. M. Plano nacional de educação (2014-2024): reflexões sobre a alfabetização e o aletramento. *Rev. Online de Política e Gestão Educacional*, v. 24, n.1, p.37-54, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22633/rpge.v24i1.12793>. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/12793/8904>. Acesso em: 23 jul. 2022.

APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS DISCENTES DE GRADUAÇÃO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Carta convite aos discentes de graduação da área da saúde**

Prezado(a) discente(a) de graduação das últimas fases do curso de **enfermagem, medicina e psicologia da UFSC**,

Você está sendo convidado(a) a participar da primeira fase da pesquisa intitulada: ***“Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: método misto”***, realizada pela doutoranda Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves, sob orientação da docente, doutora, Roberta Costa e co-orientação da docente, doutora, Margarete Maria de Lima.

A investigação está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Para participar, basta clicar no link abaixo para ter acesso ao questionário de avaliação. O instrumento é composto por 31 itens e leva aproximadamente 10 minutos para ser preenchido. As contribuições são anônimas e irão auxiliar na formação dos profissionais da área da saúde.

Link de acesso: <https://forms.gle/XaxZ4DxZJvFzKGAv8>

Contamos com a sua participação e, desde já, agradecemos a disponibilidade!

Att. Às pesquisadoras.

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:
DISCENTES DE GRADUAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE**



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

Você está recebendo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *online* com explicações referentes a investigação descrita abaixo. Caso concorde em participar, acesse o *link* disponível na carta convite que você recebeu e de o seu “aceite” na página de apresentação do formulário para ter acesso às perguntas da pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Discentes de graduação da área da saúde

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“Pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: método misto”**, realizada pela doutoranda Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves (pesquisadora principal), sob orientação da docente doutora Roberta Costa (pesquisadora responsável) e co-orientação da docente doutora Margarete Maria de Lima. A investigação está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e tem como objetivo: elaborar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde.

O estudo se ampara nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e 510/2016 e segue as orientações disponíveis no ofício circular nº 2/2021, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para procedimentos em pesquisas com etapas em ambientes virtuais. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob o parecer: 5.287.016. Os participantes selecionados para a primeira etapa do estudo são discentes de graduação da área da UFSC, matriculados nas duas últimas fases de seus respectivos cursos no ano de 2022. Para a coleta de dados será utilizado um formulário de avaliação *online* contendo perguntas fechadas, relacionadas a sua percepção quanto ao preparo obtido durante a formação para o enfrentamento de situações envolvendo a morte e o luto no contexto do nascimento.

Se você desejar participar da pesquisa, deverá ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), acessar o *link* do formulário e declarar o seu aceite ao final da página de apresentação. Não é obrigatório responder a todas as perguntas. Você não terá despesas e não será remunerado por participar da pesquisa. Além disso, garantimos o seu direito e liberdade de se recusar a participar, sem risco de penalização ou justificativa. Porém, informamos que não será possível excluir as respostas fornecidas após o registro das mesmas, em decorrência de não haver a possibilidade de identificar os respondentes dos questionários. As informações coletadas serão armazenadas pelos pesquisadores por 5 anos, garantindo o sigilo e anonimato dos respondentes.

Todos os dados obtidos serão utilizados com finalidades acadêmicas, em eventos ou publicações científicas. Assim, os benefícios aos participantes serão indiretos, por meio do entendimento do preparo dos discentes para lidarem com a morte e o luto no contexto do nascimento, bem como pela elaboração de uma proposta pedagógica que os ajude a trabalhar com a temática durante a formação na UFSC.

Os riscos relacionados a sua participação são mínimos e serão tomados todos os cuidados necessários para garantir a segurança adequada das informações, porém há a possibilidade remota de quebra de sigilo involuntária e não intencional em decorrência do ambiente virtual. Além disso, as perguntas podem causar desconforto em algumas pessoas e evocar memórias que podem mobilizar sentimentos desconfortáveis. Nesse caso, se houver a necessidade, será garantido o seu direito ao acesso à assistência integral gratuita decorrente de danos diretos ou indiretos causados pela sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Também está garantido o direito ao ressarcimento por toda e qualquer despesa que você possa ter em função da participação no estudo, tais como transporte e alimentação, ainda que não previstos inicialmente. Além disso, diante de eventuais danos, está assegurado o seu direito a solicitar indenizações que forem, comprovadamente, causadas pela pesquisa

Caso tenha dúvidas em relação aos procedimentos da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Prof. Dra. Roberta Costa, líder do Laboratório Interprofissional de Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde Obstétrica e Neonatal (LAIPISON), por um dos meios de contato disponibilizados ao final deste documento. Em caso de dúvida em relação a este TCLE, você poderá 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.

Prof^ª. Dr^ª. Roberta Costa
Orientadora/ docente responsável
E-mail: roberta.costa@UFSC.br

Doutoranda Isadora F. B. O. Alves.
Pesquisadora principal
E-mail: isa.fboa@gmail.com
Celular: (48)99653-8592

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Diante do exposto e pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos deste estudo, assim como:

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta acerca da pesquisa, bem como acesso ao seu produto final.
- Dos cuidados e riscos relacionados à segurança dos meus dados e preservação do anonimato.
- Da liberdade de desistir a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo algum a mim.
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais durante e após o término deste estudo.

Assim, declaro que estou ciente e concordo em participar deste estudo.

Ass. Pesquisa: _____, Florianópolis, ____/____/____

**APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PREPARO DOS DISCENTES
PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTE E DO LUTO NO CONTEXTO DO
NASCIMENTO**

Formulário de avaliação do preparo dos discentes para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento: adaptação do instrumento “ Avaliação do preparo dos discentes do oitavo semestre de medicina no enfrentamento com a morte e o morrer dos pacientes” da autora Azeredo (2007)

1. Idade: _____
2. Sexo: a) Feminino b) Masculino
3. Identidade de Gênero:
 - a) Cisgênero (Me identifico com o gênero atribuído ao meu sexo biológico no momento de nascimento).
 - b) Transgênero (Me identifico com um gênero diferente daquele atribuído ao meu sexo biológico no momento do nascimento)
 - c) Não-binário (Não me identifico completamente nem com o gênero atribuído ao meu sexo biológico no momento do nascimento, nem com outro sexo).
4. Estado civil:
 - a) Solteiro(a) b) Em união estável c) Casado(a) d) Separado(a)/Divorciado(a) e) Viúvo(a).
5. Local de Nascimento (Cidade): _____
6. Religião:
 - a) Católica
 - b) Evangélica
 - c) Espirita
 - d) Umbanda/Candomblé ou outra religião afro-brasileira
 - e) Budista
 - f) Espiritualista (acredito em uma força maior – Deus, natureza, espírito -, mas não sigo nenhuma religião específica)
 - g) Outras
 - h) Ateu.
7. Curso de Graduação: a) Enfermagem b) Medicina c) Psicologia.
8. Fase atual do curso: _____
9. Em algum momento da sua vida você já se deparou com uma situação de morte/luto?
 - a) Sim b) Não
10. Esse enfrentamento ocorreu em que ambiente?
 - a) Familiar b) Entre amigos ou vizinhos c) Durante a graduação (paciente) d) Ainda não houve enfrentamento.

11. Você já se deparou com uma situação de morte/luto que envolvesse o contexto do nascimento? a) Sim b) Não
12. Em caso afirmativo, esse enfrentamento ocorreu em que ambiente?
a) Familiar b) Entre amigos ou vizinhos c) Durante a graduação (paciente)
d) Ainda não houve enfrentamento.
13. No seu curso de graduação estão incluídas no currículo disciplinas que abordem temas relacionados ao enfrentamento da morte/luto? a) Sim b) Não.
14. Se sim, em qual(is) disciplina(s)?: _____
15. Em alguma ocasião você recorda de ter discutido sobre o enfrentamento da morte/luto no contexto do nascimento (óbito materno-infantil, complicações no parto, suporte as famílias enlutadas) durante a sua formação? a) Sim b) Não
16. Se sim, por favor, descreva em qual(is) disciplina(s) e o nome do(s)/da(s) docente(es)/a(s) responsável: _____
17. Você recorda de algum docente discutir sobre **estratégias** de enfrentamento da morte/luto, mesmo que apenas uma única vez, durante a sua formação?
a) Sim b) Não
18. Se sim, por favor descreva o nome do(s)/da(s) docente(a)(es/as) e da(s) disciplina(s):

19. Dentre os assuntos relacionados a morte e ao luto, você recorda de ter visto/discutido algum dos temas citados abaixo, durante a sua graduação?
a) Fases do luto b) Protocolo Spike c) Rituais de despedida d) *Coping*-religioso espiritual
e) Outras f) Não conheço nenhuma das opções
20. Outras, quais? _____
21. Você já precisou lidar com uma situação de morte/luto durante a graduação, independentemente dela ser real ou simulada? a) Sim b) Não
22. Alguma delas envolvia o contexto do nascimento?
a) Sim b) Não c) Ainda não tive nenhuma experiência.
23. Ao vivenciar essa experiência, independentemente dela estar relacionada com o contexto do nascimento, você sentiu:
a) Medo b) Incapacidade c) Culpa d) Sofrimento
e) Tranquilidade f) Mais um aprendizado g) Ainda não tive nenhuma experiência
24. Quando você se deparou pela primeira vez com uma situação de enfrentamento da morte/luto, este fato:
a) Ficou por mais de um mês em sua lembrança b) Ficou por duas semanas em sua lembrança;
c) Foi rapidamente esquecido d) Ainda não tive nenhuma experiência.

25. Você considera relevante que o profissional da área da saúde saiba lidar com situações de morte/luto? a) Sim b) Não
26. Com base no conhecimento adquirido durante a sua formação, o quanto você se sente preparado(a) para lidar com situações de morte e luto?
a) Totalmente preparado(a) b) Parcialmente preparado(a)
c) Parcialmente despreparado(a) d) Totalmente despreparado(a)
27. E quando esta situação envolve o contexto do nascimento, o quanto você se sente preparado(a)?
a) Totalmente preparado(a) b) Parcialmente preparado(a)
c) Parcialmente despreparado(a) d) Totalmente despreparado(a)
28. Para você, aprender a lidar com situações relacionadas a morte/luto no contexto do nascimento, durante a formação é:
a) Importante, tanto para a vida pessoal, quanto para a atuação de todos os profissionais da saúde;
b) Importante para a vida pessoal e profissional, apenas para os profissionais especializados nesta área da saúde;
c) Importante para a vida pessoal, mas não à atuação de todos os profissionais da saúde;
d) Irrelevante, tanto para a vida pessoal, quanto para a atuação profissional na área da saúde.
29. Com base na resposta anterior, qual o grau de importância que você atribui ao aprendizado do enfrentamento da morte/luto no contexto do nascimento para a sua atuação profissional? a) Muito importante b) Pouco Importante
30. A graduação lhe ofereceu alguma mudança na visão que você tinha sobre a morte/luto?
a) Não, nenhuma b) Poucas mudanças c) Sim, mudanças significativas
31. Por fim, você teria interesse em participar da segunda etapa desta pesquisa e ajudar a elaborar uma proposta pedagógica multidisciplinar para discutir a temática da morte e do luto no contexto do nascimento? Se sim, por favor deixe o seu contato de telefone e *e-mail*.

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – 2ª
FASE - DICENTES DA UFSC**



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

Prezado(a) discente, você está recebendo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *online* por ter demonstrado interesse em participar da segunda etapa da investigação **“Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: método misto”**. Todas as informações referentes aos procedimentos que serão realizados estão descritas logo abaixo. Para participar, basta responder a esse *e-mail* enviando uma cópia deste TCLE assinado.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Discentes UFSC

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: método misto”**, realizada pela doutoranda Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves (pesquisadora principal), sob orientação da docente doutora Roberta Costa (pesquisadora responsável) e está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. A mesma tem como objetivo: elaborar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde.

O estudo se ampara nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e 510/2016 e segue as orientações disponíveis no ofício circular, nº 2/2021, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para procedimentos em pesquisas com etapas em ambientes virtuais. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob o parecer: 5.287.016. Os participantes selecionados para a segunda fase do estudo serão docentes da área da saúde que tenham lecionado na UFSC nos últimos 5 anos e os discentes da primeira fase que demonstrarem interesse em prosseguir com a pesquisa.

Se você desejar participar, deverá ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e declarar o aceite ao final do documento. O arquivo poderá ser assinado e entregue eletronicamente, desde que a assinatura seja autenticada pelo sistema da UFSC. Assinaturas em punho *escaneadas*, também serão aceitas. Para a coleta de dados serão formados grupos, com até 15 docentes, no intuito de refletir e construir, coletivamente, uma proposta pedagógica para o enfrentamento de situações envolvendo a morte e o luto no contexto do nascimento.

Os encontros serão agendados conforme a disponibilidade dos participantes e terão duração máxima de 2 horas. Cada grupo poderá escolher se o mesmo será realizado presencialmente, na UFSC, ou de forma remota, via plataforma do *google meet*. Em ambos os casos, os encontros poderão ser gravados, mediante o consentimento de todos os envolvidos.

Não é obrigatório comparecer a todos os grupos ou responder a todas as perguntas. Nós garantimos o seu direito e liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento e fase da pesquisa, sem risco de penalização ou justificativa. Além disso, você também poderá solicitar a modificação e/ou exclusão das

informações fornecidas. Ressalta-se que você não terá despesas e não será remunerado(a) por participar do estudo.

As informações coletadas serão armazenadas pelos pesquisadores por 5 anos, garantindo o sigilo e anonimato dos respondentes. Será utilizado um gravador, caso você consiga, durante os encontros para melhor precisão na análise dos dados. Todas as informações obtidas serão utilizadas para finalidades acadêmicas, incluindo exposição em eventos ou publicações científicas. Assim, os benefícios gerados aos participantes do estudo serão indiretos, por meio da reflexão do preparo dos discentes para lidarem com a morte e o luto, bem como para a elaboração de uma proposta pedagógica que ajude os docentes a trabalharem com a temática nos cursos da UFSC.

Os riscos relacionados a sua participação são mínimos, porém há a possibilidade remota de quebra de sigilo involuntária e não intencional em decorrência de haver fases da coleta envolvendo o ambiente virtual. Além disso, as perguntas/reflexões realizadas durante o encontro do grupo podem causar desconforto em algumas pessoas e evocar memórias e/ou sentimentos desconfortáveis. Nesse caso, se houver a necessidade, será garantido o seu direito ao acesso à assistência integral gratuita decorrente de danos diretos ou indiretos causados pela sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Também está garantido o direito ao ressarcimento por toda e qualquer despesa que você possa ter em função da participação no estudo, tais como transporte e alimentação, ainda que não previstos inicialmente. Além disso, diante de eventuais danos, está assegurado o seu direito a solicitar indenizações que forem, comprovadamente, causadas pela pesquisa

Em caso de dúvida em relação a este TCLE, você poderá contactar 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.

Este documento foi elaborado em duas vias, rubricadas e assinadas, sendo que uma via ficará com os pesquisadores e a outra com o participante. Diante do exposto, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos deste estudo, bem como:

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta acerca da pesquisa, bem como de ter acesso ao seu produto final.
- Dos cuidados e riscos relacionados a segurança dos meus dados e preservação do anonimato.
- Da liberdade de desistir a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo algum a mim.
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais durante e após o término deste estudo.

Assim, declaro que estou ciente e concordo em participar deste estudo.

Ass. Participante: _____ Data: ____/____/2022.

Profª. Drª. Roberta Costa
Orientadora/ docente responsável
E-mail: roberta.costa@UFSC.br

Doutoranda Isadora F. B. O. Alves.
Pesquisadora principal
E-mail: isa.fboa@gmail.com
Celular: (48)99653-8592

APÊNDICE E - CARTA CONVITE AOS DOCENTES DA UFSC

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

Prezado(a) docente,

Meu nome é Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - PEN/UFSC, e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: método misto**”, sob a orientação da docente Dr^a. Roberta Costa e co-orientação da docente doutora Margarete Maria de Lima.

Busco desenvolver na minha investigação uma proposta pedagógica para melhorar o preparo dos discentes de graduação da área da saúde para o enfrentamento da morte e o luto no contexto do nascimento, que possam vivenciar durante a atuação profissional. O meu objetivo é contribuir com a formação dos discentes para que possam ter mais segurança e preparo diante dessas situações, tanto para preservar sua saúde e bem-estar psicoemocional, quanto para fornecerem o cuidado necessário às famílias que vivenciam uma perda no contexto do nascimento.

Esta investigação se caracteriza como um estudo misto e está dividida em três fases: uma quantitativa, realizada com discentes de graduação da área da saúde; uma qualitativa, desenvolvida junto a um grupo multiprofissional de docentes e discentes da UFSC; e uma etapa de validação de conteúdo, composta por uma comissão de especialistas. Considerando que **o seu nome foi citado** na primeira fase de coleta, como alguém com potencial para contribuir com a investigação, gostaríamos de convidá-lo(a) a fazer parte da segunda fase desse estudo, que será composto por um grupo de discentes e docentes com interesse, conhecimento e/ou experiência sobre o tema investigado - morte/luto e/ou saúde da mulher e do recém-nascido. O principal objetivo desta fase é construir uma proposta pedagógica, com base em reflexões críticas acerca dos dados obtidos na primeira etapa de coleta, para criar soluções viáveis e resolutas que contribuam com a melhoria do ensino na área da saúde da UFSC.

Os grupos serão formados por no máximo de 15 pessoas e terão duração máxima de 2 horas. O agendamento será feito conforme a disponibilidade dos participantes, que poderão optar pela modalidade *online* ou presencial. Não será obrigatório a participação em mais de um encontro. Ressalta-se que as atividades poderão ser gravadas, caso os envolvidos permitam, mas o anonimato de todos será preservado. Caso aceite fazer parte do grupo, basta confirmar seu interesse respondendo a esse *e-mail* com a ficha de caracterização preenchida e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado. Em caso de dúvidas, ou qualquer outra dificuldade relacionada a pesquisa, você deverá entrar em contato com: Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves (pesquisadora responsável) pelo celular/*WhatsApp*: (48) 99653-8592 ou pelo *e-mail*: isa.fboa@gmail.com.

Agradecemos sua contribuição. Atenciosamente,
Drd^a Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves (pesquisadora)
Prof^a. Dr^a. Roberta Costa (orientadora)
Prof^a Dr^a Margarete Maria de Lima (coorientadora)

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – DOCENTES DA UFSC



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

Você está recebendo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *online* com explicações referentes a investigação descrita abaixo. Caso concorde em participar, responda o *e-mail* pelo qual você recebeu este convite enviando a ficha de caracterização docente preenchida e uma cópia deste TCLE assinado.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Docentes UFSC

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “**Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: método misto**”, realizada pela doutoranda Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves (pesquisadora principal), sob orientação da docente doutora Roberta Costa (pesquisadora responsável) e está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. A mesma tem como objetivo: elaborar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde.

O estudo se ampara nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e 510/2016 e segue as orientações disponíveis no ofício circular, nº 2/2021, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para procedimentos em pesquisas com etapas em ambientes virtuais. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob o parecer: 5.287.016. Os participantes selecionados para a segunda fase do estudo são docentes da área da saúde que tenham lecionado na UFSC nos últimos 5 anos.

Se você deseja participar da pesquisa, deverá ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e declarar o aceite ao final do documento. O arquivo poderá ser assinado e entregue eletronicamente, desde que a assinatura seja autenticada pelo sistema da UFSC ou escaneada. Para a coleta de dados serão formados grupos, com até 15 docentes, no intuito de refletir e construir, coletivamente, uma proposta pedagógica para o enfrentamento de situações envolvendo a morte e o luto no contexto do nascimento.

Os encontros serão agendados conforme a disponibilidade dos participantes e terão duração máxima de 2 horas. Cada grupo poderá escolher se o mesmo será realizado presencialmente, na UFSC, ou de forma remota, via plataforma do *google meet*. Em ambos os casos os encontros poderão ser gravados, mediante o consentimento de todos os envolvidos.

Não é obrigatório comparecer a todos os grupos ou responder a todas as perguntas. Nós garantimos o seu direito e liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento e fase da pesquisa, sem risco de penalização ou justificativa. Além disso, você também poderá solicitar a modificação e/ou exclusão das informações fornecidas. Ressalta-se que você não terá despesas e não será remunerado(a) por participar do estudo.

As informações coletadas serão armazenadas pelos pesquisadores por 5 anos, garantindo o sigilo e anonimato dos respondentes. Será utilizado um gravador, caso você consinta, durante os encontros para melhor precisão na análise dos dados. Todas as informações obtidas serão utilizadas para finalidades acadêmicas, incluindo exposição em eventos ou publicações científicas. Assim, os benefícios gerados aos participantes do estudo serão indiretos, por meio da reflexão do preparo dos discentes para lidarem com a morte e o luto, bem como para a elaboração de uma proposta pedagógica que ajude os docentes a trabalharem com a temática nos cursos da UFSC.

Os riscos relacionados a sua participação são mínimos, porém há a possibilidade remota de quebra de sigilo involuntária e não intencional em decorrência de haver fases da coleta envolvendo o ambiente virtual. Além disso, as perguntas/reflexões realizadas durante o encontro do grupo podem causar desconforto em algumas pessoas e evocar memórias e/ou sentimentos desconfortáveis. Nesse caso, se houver a necessidade, será garantido o seu direito ao acesso à assistência integral gratuita decorrente de danos diretos ou indiretos causados pela sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Também está garantido o direito ao ressarcimento por toda e qualquer despesa que você possa ter em função da participação no estudo, tais como transporte e alimentação, ainda que não previstos inicialmente. Além disso, diante de eventuais danos, está assegurado o seu direito a solicitar indenizações que forem, comprovadamente, causadas pela pesquisa.

Em caso de dúvida em relação a este TCLE, você poderá contactar 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.

Este documento foi elaborado em duas vias, rubricadas e assinadas, sendo que uma via ficará com os pesquisadores e a outra com o participante. Diante do exposto, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos deste estudo, bem como:

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta acerca da pesquisa, bem como de ter acesso ao seu produto final.
- Dos cuidados e riscos relacionados à segurança dos meus dados e preservação do anonimato.
- Da liberdade de desistir a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo algum a mim.
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais durante e após o término deste estudo.

Assim, declaro que estou ciente e concordo em participar deste estudo.

Data: ____/____/2022.

Ass. Participante: _____

Prof^a. Dr^a. Roberta Costa
Orientadora/ docente responsável
E-mail: roberta.costa@UFSC.br

Doutoranda Isadora F. B. O. Alves.
Pesquisadora principal
E-mail: isa.fboa@gmail.com
Celular: (48)99653-8592

APÊNDICE G – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOCENTE



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

Ficha de caracterização docente

Dados Pessoais

Nome: _____
 Idade: _____ anos.
 Sexo: Feminino Masculino
 Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo
 Outros: _____
 Religião: _____
 E-mail: _____
 Celular com *WhatsApp*® para contato: _____
 Lattes: _____

Dados Sócio profissionais:

6. Graduação: _____
 7. Formação(ões) profissional(is) complementar(es): 2ª Graduação Aprimoramento
 Residência Especialização Mestrado Doutorado Outros
 Por favor, especifique suas formações: _____

 8. Tempo em que exerce atividade docente na UFSC: _____
 Tipo de vínculo: _____
 9. Curso(s) para o qual leciona: _____
 10. Disciplinas lecionadas na UFSC nos últimos 5 anos: _____

Dados para formação dos grupos

Tenho preferencia que o encontro ocorra: Presencialmente Online
 Os melhores dias e períodos para mim são: _____

APÊNDICE H - ROTEIRO DE CONDUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

Roteiro grupos focais – modalidade presencial e *online*

Ambiente (Modalidade presencial): Será reservada uma sala ampla e ventilada que acomode todos os participantes, de modo que seja possível ficarem a uma distância de 1 metro e meio uns dos outros. Serão disponibilizadas cadeiras, que ficarão dispostas em formato de círculo, e duas mesas: uma com materiais de higiene (álcool gel e toalhas de papel descartáveis) e outra com água, café e copos descartáveis.

Ambiente (Modalidade Online): Será enviado um link de acesso a uma sala virtual na plataforma do google meet, em que a pesquisadora e a relatora, abrirão com cerca de 30 minutos de antecedência para deixar a apresentação e demais atividades prontas para a chegada dos participantes.

Acolhimento: Em todos os encontros os participantes serão recebidos pela pesquisadora principal, que dará as boas-vindas individualmente para cada integrante. Após a chegada de todos, a pesquisadora fará uma breve apresentação das suas credenciais, objetivos da pesquisa e de como se dará a condução do grupo, conforme aponta Minayo (2014). Novamente será frisado sobre a gravação do encontro e solicitado a anuência verbal dos participantes. Após, será solicitado que cada integrante se apresente – nome, formação, tempo de docência/fase de formação, curso para o qual leciona/participa – e informe o que o estimulou a participar do encontro. Em seguida, será iniciado o desenvolvimento do trabalho, organizado pelo Arco da Problematização de Charles Maguerez.

Desenvolvimento:

1º dia (ambiente virtual)

- 1) **Objetivo:** Percorrer as 4 primeiras etapas do arco da problematização
- 2) **Dinâmica proposta:** Dinâmica “Quebra-gelo”, para estimular a interação entre os participantes e iniciar as etapas do arco da Problematização de Charles Maguerez.
- 3) **Operacionalização:** No primeiro encontro do grupo, a pesquisadora principal fornecerá 3 folhas de papel sulfite, canetas e lápis coloridos a cada participante. Em seguida, pedirá a eles que respondam, em cada uma das folhas, com imagens e/ou palavras, as perguntas disparadoras: a) “O que representa a morte e como eu lido com ela no meu exercício profissional? Como eu percebo a experiência da morte no contexto do nascimento? Como eu avalio o preparo dos profissionais para lidarem com a morte no contexto do nascimento? Após, será pedido que cada integrante apresente suas reflexões ao grande grupo.
- 4) **Questões trabalhadas:**
 - a) **Reconhecimento da Realidade:** Serão ouvidas as opiniões dos participantes referentes a como eles avaliam a instrumentalização dos discentes para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento. Após, serão apresentados os dados identificados na etapa 1 do estudo e ouvidas as ideias e opiniões deles a respeito do levantamento para identificar a leitura inicial que fazem da situação vivida.
 - b) **Listagem dos Ponto-chaves:** Serão identificados quais são os pontos chave/ aspectos relevantes para o preparo dos estudantes para o enfrentamento da morte no contexto do nascimento.
 - c) **Teorização:** Será feito um levantamento das possíveis causas para a ocorrência dos problemas identificados pelos participantes, bem como suas origens e consequências para a realidade dos profissionais. A partir disso, os participantes serão estimulados a buscar instrumentos teórico/metodológicos que possam contribuir com a formação dos estudantes. Nesta etapa serão consideradas não apenas os conhecimentos empíricos dos docentes e discentes, mas também os achados disponíveis na literatura - Dinâmica “Chuva de ideias”. Para isso, será pactuado no grupo que cada participante busque aprofundamento teórico sobre as questões levantadas e as compartilhe no próximo encontro.

2º dia (presencial)

- 1) **Objetivo:** Realizar as duas últimas etapas do arco por meio da reflexão e elaboração da proposta pedagógica.
- 2) **Dinâmica proposta:** Retrospectiva em blocos temáticos e construção coletiva
- 3) **Operacionalização:** A pesquisadora principal fará um resumo dos pontos trabalhados no encontro anterior para apresentar ao grupo os principais tópicos discutidos em cada etapa do arco da problematização. Esses dados serão apresentados na forma de blocos conceituais, que serão divididos em: Realidade do contexto, Principais problemas enfrentados e Possíveis soluções. A partir do exposto, será apresentado aos participantes a estrutura da proposta pedagógica e seus elementos essenciais, conforme apresentado no quadro abaixo. Serão listadas as soluções consideradas pelo grupo como as mais viáveis e resolutivas ao seu contexto para a construção da proposta.
- 4) Questões trabalhadas:
 - d) **Hipótese de solução:** Apropriação das informações teóricas e práticas discutidas nos encontros anteriores para a criação de soluções criativas dos problemas encontrados .
 - e) **Aplicação à realidade:** Elaboração da proposta pedagógica. Será feito um esboço a partir das falas dos participantes, que será enviado posteriormente para validação dos mesmos.

Elementos da 'PPC	Questões trabalhadas
Fundamentos teórico-metodológicos	-Por que essa disciplina/componente curricular é importante para a formação dos profissionais da área da saúde? -Quais são as suas contribuições para a formação do educando e para a sociedade? -Quais resultados se pretende alcançar com ela? (objetivos gerais e específicos)?
Conteúdo, Encaminhamento metodológico e Avaliação	-Quais são as competências que o estudante precisa desenvolver durante o aprendizado? -Quais temas e práticas pedagógicas poderiam auxiliar no desenvolvimento dessas competências? Incluindo recursos didáticos e tecnológicos? - Que tipo de estratégias avaliativas seriam adotadas para acompanhar o processo de aprendizagem dos discentes?
Referências	-Quais autores, diretrizes, políticas, etc., poderiam servir de base para desenvolver esses temas e práticas?

Finalização: Ao final de cada encontro, será feita uma rodada de perguntas para os participantes se manifestarem quanto a experiência. Nesse momento, será solicitado que exponham suas percepções por meio de uma palavra que represente suas conclusões sobre o trabalho. Ao final, a pesquisadora agradeceu a disponibilidade de todos e informou as datas dos outros grupos, bem como a possibilidade deles realizarem novas participações.

1. Vejo a morte como um processo presente em vários contextos de vida, e que se refere a finitude da vida, do corpo, da matéria e que traz muitos desafios as pessoas, grupos e organizações na atualidade, considerando as dificuldades de enfrentamento e os contextos adversos que se impoem no viver e morrer. Lido com ela buscando ter consciencia das atitudes que temos frente a morte e o morrer, dos estigmas sociais e culturais que permeiam situações de morte, e também de luto. O aspecto educativo e teraoêutico são fundamentais para o meu contexto de trabalho, sobretudo, visando dar visibilidade a quem vive situações de perda e luto e precisam de apoio social e psicológico.

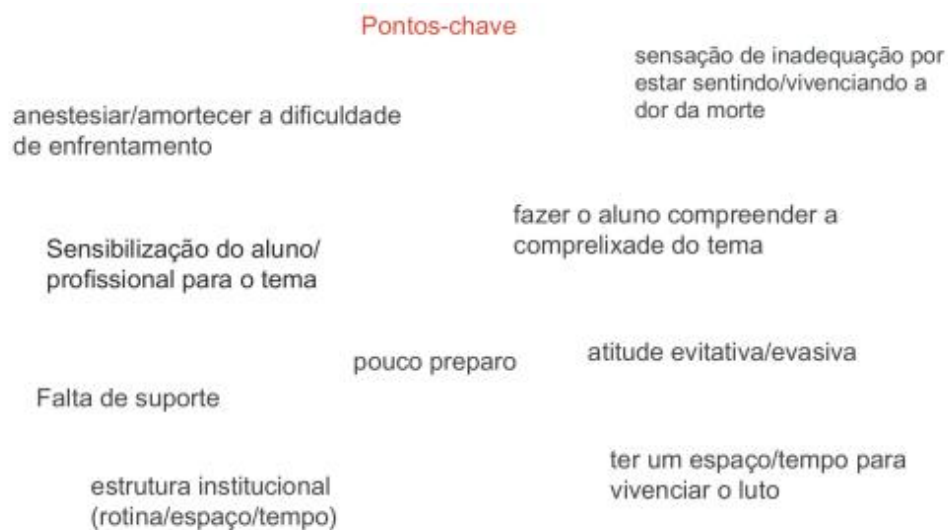
2. eu percebo que a morte no contexto de nascimento traz muito sofrimento a todos, considerando que o nascimento ocorre no ambiente hospitalar que é pautado por ações e pressupostos que negam a existência da morte como uma fato natural da vida e que ocorre em qualquer idade. O sofrimento do luto também pode ser visto como inadequado ou indesejado para o momento do nascimento, sobretudo para alguma pessoas que vivem politicas de vida precárias. e há muito preconceito com as pessoas em situações de vida e morte

1- Para mim a morte é algo que é difícil falar, por ter vivenciado perdas as quais foram difíceis de resignificar. Para mim é sinônimo de tristeza. Mas, um momento de muita fé. Não vejo os profissionais de saúde preparados para trabalharem este tema. Talvez por não terem este conteúdo na sua formação ou até mesmo não terem um espaço nos próprios serviços para dialogarem e/ou se fortalecerem sobre o assunto.

2 - A morte no contexto do nascimento está diretamente relacionada aos indicadores sociais. Reflete a qualidade da assistência à saúde, as interseccionalidades, as oportunidades econômicas, as condições gerais de vida de uma população e a determinação das políticas públicas.

3. O profissional de saúde lida com situações complexas na dinâmica hospitalar e no contexto do nascimento. O preparo é grande em relação ao nascimento e suas intercorrências médicas, mas a morte quando ocorre torna-se um fato médico, sem significado, e vivido como fracasso terapêutico ou existencial ao ponto de gerar duvidas sobre a capacidade técnica do profissional de continuar atuando na sua área de formação. A morte é vivida como uma crise inesperada e entendida na maioria das vezes, sobretudo, para os profissionais iniciantes como fracasso, impotência, impericia, medo e angústia.

“Ponto-chaves”



“Possíveis soluções”

<p>Simulação - Role Play (estratégia pedagógica)</p>	<p>Filmes - Debates</p>
<p>Iniciar aulas expondo as incompetencias pessoais</p>	<p>vivência com alguém que perdeu/com filmes aue retratam perda.</p>
<p>Penso que os professores devem lembrar que esse também é um conteúdo importante a ser trabalhado nas disciplinas Para a enfermagem que entendo que é um tema transversal Assim como é a segurança do paciente Ou controle de infecção por exemplo</p>	<p>Centralizar os ensinoss e dinâmicas na importância que o alunos tem e terá pra lidar com esse tema e nas incompetências de lidar com aquilo presentes no momento da aula</p>

Brainstorming

	<p>rodas de conversa entre e alunos/profissionais</p>
<p>disciplinas optativas voltada a saúde e qualidade de vida profissional, multiprofissionais, que partam da demanda e forma de ser/estar dos alunos</p>	<p>podcasts</p>
	<p>workshops tematicos</p>
<p>mostra de boas práticas - o que tem sido feitos em outros locais que tem dado certo</p>	<p>projetos de extensão em parceria com outras profissões</p>
<p>seminários</p>	<p>espaço de acolhimento durante as disciplinas para os alunos se manifestarem</p>

Preparo psicológico dos profissionais é defasado

Aprender ferramentas que consiga acessar quando lidar com a morte

Grupos de apoios e suporte psicológico para os profissionais para conseguir lidar com o processo de luto e não adoecerem

Buscar algo mais prático

Implantar a vontade de o aluno buscar a educação permanente

Um dia em cada semestre para falar sobre a morte

Espaço de compartilhamento de experiência multiprofissional

Graduação de forma transversal, conteúdos vinculados com morte e cuidar de pessoas e famílias

Pontos pequenos e de forma continuada

Ter no estágio supervisionado também para ver se o aluno está enfrentando direito.

Reuniões na vida profissional para compartilhar experiências

profissionais precisam ter emoção

Vela artificial

Passagem, respeito e humanização

Rodas de conversa e reflexão

Educação permanente

Lógica do lado humano

Transformar um momento muito triste algo não tão pesado

Coisas simples

Instrumentalizar os alunos de outras formas

Ensinar o aluno a ter mais compaixão

Ritual de passagem

Cuidar da pessoa que está indo embora e da família também

APÊNDICE J - SÍNTESE DAS DISCUSSÕES EM GRUPO

REALIDADE DO CONTEXTO

Inclusões e modificações (em vermelho)	
<p>A imagem da morte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Algo natural 2. Um vazio físico e histórico que a ausência de alguém causa na vida de uma pessoa/família; 3. Uma ausência sempre presente 4. Algo que transcende o modelo formativo da academia e envolve valores simbólicos individuais. 	<p>Como os profissionais compreendem a morte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Algo natural. Uma passagem; um momento de transcendência/ transformação; 2. Um vazio físico e histórico que a ausência de alguém causa na vida de uma pessoa/família; 3. Uma ausência sempre presente; 4. Algo que transcende o modelo formativo da academia e envolve valores simbólicos individuais e coletivos; 5. Algo que tem múltiplos significados. Pode tanto representar um momento de sofrimento/desespero, quanto de alívio e paz, dependendo da situação e do contexto em que ocorre. Ela não é, necessariamente, algo ruim, ainda que a dor/sentimento de luto esteja sempre presente.
<p>A morte no contexto do nascimento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não é esperada. 2. Tem conotações diferentes de outras mortes. Envolve questões como: a imaterialidade do feto - "é uma cureta"; conflitos com o treinamento (aborto legal); frustração de sonhos futuros (óbito neonatal); e falhas/ injustiças (morte materna). 3. Pouca visibilidade por ocorrer menos/ menos preparo 4. Necessita acolher o luto da família em sua singularidade, respeitando suas escolhas, crenças e rituais de despedida - Humanizar a morte 5. Limitações e dificuldades estruturais/normativas. 	<p>A morte no contexto do nascimento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não é esperada: Embora seja do conhecimento de todos que a morte possa ocorrer em qualquer momento da vida, quando se dá em um contexto onde se espera um nascimento ela desestabiliza, causa desconfortos, sensação de culpa e/ou revolta nos profissionais. 2. Tem conotações diferentes de outras mortes: Ela envolve questões como: <ul style="list-style-type: none"> • A imaterialidade do feto - "é uma cureta". Apesar de ocorrerem mais, os abortos tem pouca visibilidade nas discussões sociais porque geralmente, não são registrados e/ou computados nos índices de mortalidade. Logo, é uma morte pouco valorizada em comparação com outros tipos de morte como, por exemplo, o óbito neonatal. Conseqüentemente, é menos discutida na literatura e durante o preparo da formação. Devido a falta de um "corpo para se despedir", esse tipo de óbito é menos "palpável" ao profissional e acaba se transformando em um procedimento cirúrgico - cureta - , não uma mãe que perdeu o filho. Isso, por vezes, influencia no cuidado realizado, ao mesmo tempo que invalida a dor e a

PONTOS-CHAVE

Quadro Primário	Quadro após 2º encontro (inclusões e modificações em vermelho)
<p>1) A morte mescla histórias e crenças. A dificuldade de lidar com ela não está na teoria, mas no valor simbólico atribuído a ela.</p>	<p>1) A morte mescla histórias e crenças: A dificuldade de lidar com ela não está na teoria, mas no valor simbólico atribuído a ela.</p>
<p>2) Respeito e compaixão a dor do outro. Importância de saber silenciar a própria experiência de dor para acolher a do outro, sem tentar "retirá-la" ou instrumentalizá-la.</p>	<p>2) Respeito e compaixão a dor do outro: Importância de saber silenciar a própria experiência de dor para acolher a do outro, sem tentar "retirá-la" ou instrumentalizá-la.</p>
<p>3) Imaturidade dos alunos: Professores evitam expor os alunos a morte. Porém, eventualmente eles a enfrentam sozinhos. Falta de contato = não envolvimento X Ausência de suporte psicoemocional.</p>	<p>Imaturidade dos alunos: Os alunos, geralmente, tem pouco ou nenhum contato prévio com a temática. Os professores, por questões de resguardo e/ou falta de preparo, evitam expor os alunos a temática da morte para protegê-los de eventuais gatilhos (alunos contemporâneos apresentam baixa tolerância a frustração e/ou maleabilidade diante de conflitos). Porém, eventualmente eles enfrentam a morte sozinhos e de forma inesperada, seja no estágio ou durante sua atuação profissional. Logo, o contato com a morte é inevitável no ofício da saúde, necessitando que os profissionais sejam preparados para enfrentá-la. No entanto, os professores não são preparados e não tem o suporte necessário para lidar com as dificuldades e conflitos psicoemocionais dos alunos, o que contribui para alimentar o problema. Falta de contato = não envolvimento, o que reflete na pouca adesão e envolvimento dos alunos em disciplinas que trabalham com essa temática, seja ela obrigatória ou optativa, e no esquecimento de tê-las visto durante a formação, principalmente quando envolvem o contexto do nascimento.</p>
<p>4) Sensibilização e preparo gradual: Demonstrar a relevância do profissional na vida de quem será cuidado por ele. Aproximação com o tema, e suas complexidades, durante toda a graduação.</p>	<p>4) Sensibilização e preparo gradual: Demonstrar para os alunos a relevância do profissional na vida de quem passa por um processo de luto e será cuidado por ele. É preciso realizar aproximações graduais com o tema da morte e suas complexidades em diferentes contextos (não somente do nascimento) durante toda a formação, trazendo sua relevância para a prática clínica; implicações à saúde dos envolvidos; e suas diferentes formas de manejo.</p>
<p>5) Confronto com as incompetências. Contato "seguro" com a experiência para promover o autoconhecimento e identificar as dificuldades frente ao luto, para trabalhar-las e supri-las.</p>	<p>5) Contato seguro com a experiência: Promover espaços simulados que oportunizem o confronto com a realidade da morte/luto para identificar as competências e as dificuldades/inabilidades técnicas e psicoemocionais dos</p>

APÊNDICE K - ESBOÇO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA

PROPOSTA PEDAGÓGICA - ELEMENTOS ESSENCIAIS -

Elementos Essenciais da PP / Questões trabalhadas	Importância e Contribuição para a sociedade
<p>Fundamentos teórico-metodológico</p> <p>a) Por que esse componente curricular é importante para a formação dos profissionais da área da saúde?</p> <p>b) Quais são as suas contribuições para a formação em saúde e para a sociedade?</p> <p>c) Quais resultados se pretende alcançar com ela? (objetivos gerais e específicos)?</p>	<p>1) Estimular a mudança de paradigma em relação a finitude da vida, visando: melhorar o modo como os profissionais agem frente a morte; possibilitar um atendimento qualificado e humanizado aos pacientes e famílias em situação de perda; estimular discussões e sociais a respeito do paradigma vida/morte/morrer, dando ênfase a morte digna, o respeito as famílias, a valorização da cultura, o respeito a diversidade e a religiosidade de cada pessoa, bem como a forma que cada ser vivencia seu processo de luto e o significa.</p> <p>2) Suprir lacunas do conhecimento e necessidades da formação dos profissionais da saúde e proporcionar ferramentas que os possibilitem desenvolver competências para lidar com o processo de morte e morrer no contexto do nascimento, compreendendo os aspectos sociais, culturais, filosóficos, espirituais e individuais que este envolve;</p> <p>3) Refletir e sensibilizar alunos e professores para a relevância do preparo para lidar com a morte no exercício profissional, haja visto que ela é intrínseca à prática em saúde (seja durante ou após a formação) e pode ocorrer em todos os ambientes assistenciais (clínica, hospital, atenção básica), independentemente do profissional estar preparado, ou não, para lidar com ela;</p> <p>4) Promover um cuidado humanizado, pautado em uma escuta ativa e atenta às família em situação de perda, para acolher suas manifestações emocionais, com respeito e flexibilidade as suas crenças e características sócio-culturais;</p> <p>O que se pretende alcançar</p> <p>1. Promover espaços educativos e reflexivos que fomentem discussões relacionadas ao processo de vida/morte/morrer, incluindo seus aspectos históricos-culturais, teórico-conceituais, técnicos-legais, religiosos e</p>

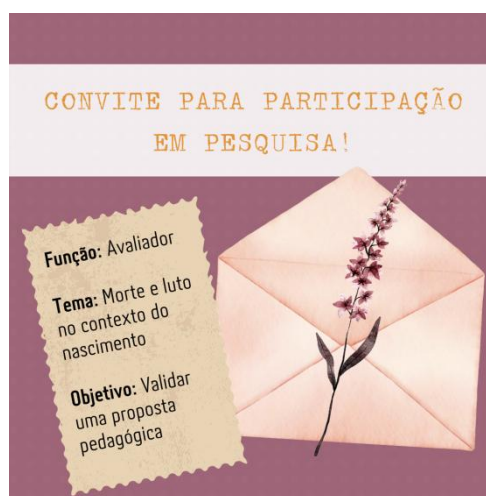
	estratégias de cuidado conjuntas e integrativas;
<p>Conteúdo e Encaminhamento Metodológico</p> <p>d) Quais são as competências que o estudante da saúde precisa desenvolver durante o aprendizado?</p> <p>e) Quais temas e práticas pedagógicas poderiam auxiliar no desenvolvimento dessas competências? Incluindo recursos didáticos e tecnológicos?</p>	<p>Competências</p> <p>GERAIS</p> <p>1) Atenção à saúde: estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde física, emocional e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>2) Tomada de decisões: O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>3) Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p>

APÊNDICE L – CARTA CONVITE COMITÊ DE VALIDAÇÃO



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

Carta convite ao comitê de especialistas para validação de conteúdo



Prezado(a) especialista,

Meu nome é Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves e sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - PEN/UFSC. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: método misto”**, sob a orientação da docente Dr^a. Roberta Costa e co-orientação da docente Dr^a Margarete Maria de Lima, na qual busco desenvolver uma proposta pedagógica para melhorar o preparo de discentes da área da saúde para situações de morte e luto vivenciados durante a atuação profissional.

O principal intuito desta investigação é contribuir para a reflexão de conteúdos complexos durante a formação dos discentes, de modo que contribuam com a sua segurança, bem-estar e que também os preparem para fornecer um cuidado humanizado de qualidade às famílias que vivenciam uma perda no contexto do nascimento. Para isto, esta investigação foi dividida em três fases: uma etapa quantitativa, realizada com os discentes de graduação da área da saúde; uma fase qualitativa, desenvolvida em conjunto a um grupo multiprofissional de docentes e discentes; e uma etapa de validação.

Considerando a sua expertise no tema relacionada à saúde da mulher e do recém-nascido e/ou enfrentamento da morte e do luto, gostaríamos de convidá-lo(a) a fazer parte do comitê de validação do conteúdo da proposta pedagógica, que foi elaborada a partir das duas etapas anteriores. Para que a proposta seja validada, você deverá avaliar o instrumento como um todo, além de considerar cada item individualmente. Você terá um prazo de 10 dias para finalizar a avaliação, a contar da data seguinte à disponibilização do link para acesso ao formulário. O conteúdo validado será utilizado para a versão final da proposta pedagógica.

Caso aceite fazer parte do Comitê de Especialistas, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as orientações e o link de acesso ao instrumento de validação. Em caso de dúvidas, ou qualquer outra dificuldade relacionada a esta pesquisa, você deverá entrar em contato com: Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves (pesquisadora responsável): Telefone: (48) 99653-8592, *e-mail*: isa.fboa@gmail.com

Agradecemos sua contribuição.

Atenciosamente,
Drd^a Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves (pesquisadora)
Prof^a. Dr^a. Roberta Costa (orientadora)
Prof^a Dr^a Margarete Maria de Lima (Co-orientadora)
A.

APÊNDICE M – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COMITÊ DE VALIDAÇÃO



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

Prezado pesquisador, você está recebendo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *online* com explicações referentes a investigação descrita abaixo. Caso concorde em participar, responda o *e-mail* pelo qual você recebeu este convite com uma cópia deste TCLE assinando.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Comitê de Validação

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “**Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: método misto**”, realizada pela doutoranda Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves (pesquisadora principal), sob orientação da docente doutora Roberta Costa (pesquisadora responsável) e co-orientação da docente doutora Margarete Maria de Lima, e está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. A mesma tem como objetivo: Elaborar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde.

O estudo se ampara nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e 510/2016 e segue as orientações disponíveis no ofício circular nº 2/2021, da Comissão Nacional de ética em Pesquisa para procedimentos em pesquisas com etapas em ambientes virtuais. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob o parecer: 5.287.016. Sua participação corresponderá a terceira etapa desta investigação, que tem como objetivo validar os conteúdos de uma proposta pedagógica elaborada para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde.

Para a coleta de dados será utilizado um formulário de validação *online* referente aos itens da proposta pedagógica. Assim, sua participação nesta pesquisa consistirá em:

- Ler atentamente o conteúdo do instrumento;
- Analisar o instrumento como um todo;
- Analisar os itens do instrumento individualmente;
- Preencher o formulário de validação de conteúdo;
- Finalizar o processo de validação no prazo de 10 dias;
- Repetir o processo de avaliação após a análise dos resultados da primeira avaliação, caso o instrumento sofra alterações.

Para participar da investigação, você deverá ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e declarar o aceite ao final do documento. O arquivo poderá ser assinado eletronicamente, desde que a assinatura seja autenticada. Caso contrário, deverá ser assinado em punho e enviado escaneado para os pesquisadores.

Sua participação é voluntária, assim você não terá despesas e também não será remunerado(a) por participar da pesquisa. Nós garantimos o seu direito e liberdade de se

recusar a participar do estudo, assim como de retirar o seu consentimento durante o processo e em qualquer fase da investigação, sem nenhum prejuízo ou necessidade de justificativa. As informações coletadas serão armazenadas pelos pesquisadores por 5 anos, garantindo o sigilo e anonimato dos respondentes. Todos os dados obtidos serão utilizados com finalidades acadêmica, em eventos ou publicações científicas, porém a identidade dos participantes será preservada.

Embora a pesquisa não forneça benefícios diretamente a você, sua participação poderá contribuir com o ensino e formação dos futuros profissionais do país, assim como para a ampliação do conhecimento científico. E poderá impactar, não só na vida e atuação dos discentes e docentes, como também na saúde das pessoas que estarão sob os seus cuidados no momento de enfrentar a morte e o luto no contexto do nascimento.

Os riscos relacionados a sua participação são mínimos e serão tomados todos os cuidados necessários para garantir a segurança adequada das informações, porém há a possibilidade remota de quebra de sigilo involuntária e não intencional em decorrência do processo de validação se dar em ambiente virtual. Além disso, as perguntas podem causar desconforto em algumas pessoas e evocar memórias e/ou sentimentos desconfortáveis. Nesse caso, se houver a necessidade, será garantido o seu direito ao acesso a assistência integral gratuita decorrente de danos diretos ou indiretos causados pela sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Também está garantido o direito ao ressarcimento por toda e qualquer despesa que você possa ter em função da participação no estudo, tais como transporte e alimentação, ainda que não previstas inicialmente. Além disso, diante de eventuais danos, está assegurado o seu direito a solicitar indenizações que forem, comprovadamente, causadas pela pesquisa

Você poderá esclarecer quaisquer dúvidas que tiver sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, com a pesquisadora principal – os dados para contato constam no final do documento. Em caso de dúvida em relação a este TCLE, você poderá 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.

Este documento foi elaborado em duas vias, rubricadas e assinadas, sendo que uma via ficará com os pesquisadores e a outra com o participante. Diante do exposto, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos deste estudo, assim como:

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta acerca da pesquisa, bem como de ter acesso ao seu produto final.
- Dos cuidados e riscos relacionados a segurança dos meus dados e preservação do anonimato.
- Da liberdade de desistir a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo algum a mim.
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais durante e após o término deste estudo.

Deste modo, declaro que estou ciente e que concordo em participar deste estudo.

Data: ____/____/____. Ass. Participante: _____

Prof^a. Dr^a. Roberta Costa
Orientadora/ docente responsável
E-mail: roberta.costa@UFSC.br

Doutoranda Isadora F. B. O. Alves.
Pesquisadora principal
E-mail: isa.fboa@gmail.com
Celular: (48)99653-8592

APÊNDICE N - FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO

Proposta Pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto no nascimento - ETAPA DE VALIDAÇÃO.

Prezado parecerista, você está sendo convidado a participar do processo de avaliação e validação de uma **Proposta Pedagógica voltada ao enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento para a formação de profissionais da área da saúde**. Esse trabalho é fruto de uma tese de doutorado vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e foi desenvolvido pela doutoranda Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves em conjunto com docentes e discentes de três cursos de graduação da área da saúde, sob orientação da Profa Dra Roberta Costa e coorientação da Profa Dra Margarete Maria de Lima.

O estudo se ampara nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde n 466/12 e 510/2016 e segue as orientações disponíveis no ofício circular n 2/2021, da Comissão Nacional de ética em Pesquisa para procedimentos em pesquisas com etapas em ambientes virtuais. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o parecer: 5.287.016.

Sua participação consistirá em:

1. **Ler atentamente o conteúdo do instrumento;**
2. **Analisar o instrumento como um todo;**
3. **Analisar os itens do instrumento individualmente;**
4. **Preencher o formulário de validação de conteúdo;**
5. **Finalizar o processo de validação no prazo de 10 dias;**
6. **Repetir o processo de avaliação após a análise dos resultados da primeira avaliação, caso o instrumento sofra alterações.**

Sua participação é voluntária, assim você não terá despesas e também não será remunerado(a) por participar da pesquisa. Nós garantimos o seu direito e liberdade de se recusar a participar do estudo, assim como de retirar o seu consentimento durante o processo e em qualquer fase da investigação, sem nenhum prejuízo ou necessidade de justificativa. As informações coletadas serão armazenadas pelos pesquisadores por 5 anos, garantindo o sigilo e anonimato dos respondentes. Todos os dados obtidos serão utilizados com finalidades acadêmica, em eventos ou publicações científicas, porém a identidade dos participantes será preservada.

Embora a pesquisa não forneça benefícios diretamente a você, sua participação poderá contribuir com o ensino e formação dos futuros profissionais do país, assim como para a ampliação do conhecimento científico, e poderá impactar, não só na vida e atuação dos profissionais, como também na saúde das pessoas que estarão sob os seus cuidados no

Os riscos relacionados a sua participação são mínimos e serão tomados todos os cuidados necessários para garantir a segurança adequada das informações, porém há a possibilidade remota de quebra de sigilo involuntária e não intencional em decorrência do processo de validação se dar em ambiente virtual. Além disso, as perguntas podem causar desconforto em algumas pessoas e evocar memórias e/ou sentimentos desconfortáveis. Nesse caso, se houver a necessidade, será garantido o seu direito ao acesso a assistência integral gratuita decorrente de danos diretos ou indiretos causados pela sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário. Também está garantido o direito ao ressarcimento por toda e qualquer despesa que você possa ter em função da participação no estudo, tais como transporte e alimentação, ainda que não previstas inicialmente. Além disso, diante de eventuais danos, está assegurado o seu direito a solicitar indenizações que forem, comprovadamente, causadas pela pesquisa

Você poderá esclarecer quaisquer dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, com a pesquisadora principal, por meio do e-mail: isa.boa@gmail.com ou pelo telefone: (48)99653-8592. Em caso de dúvida em relação a este TCLE, você poderá 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.

A versão digitalizada e assinada deste documento se encontra disponível no

link: <https://drive.google.com/file/d/1vKgOHA9tQsslZHirMwPCtkk3Cx4x7Md1/view?usp=sharing>.

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. E-mail *

2. **Ao seguir para a próxima etapa, você declara que foi informado(a) de forma clara e detalhada acerca dos objetivos deste estudo, assim como:** *

- 1) Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta acerca da pesquisa, bem como de ter acesso ao seu produto final;
- 2) Dos cuidados e riscos relacionados a segurança dos meus dados e preservação do anonimato;
- 3) Da liberdade de desistir a qualquer momento; sem que isso traga prejuízo algum a você mim;
- 4) De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais durante e após o término deste estudo.

Marcar apenas uma oval.

- Estou ciente e concordo em participar do estudo
- Não concordo em participar do estudo

DIRETRIZES PARA AVALIAÇÃO

Para dar início ao processo de avaliação/validação, é necessário que você tenha lido a Proposta na íntegra e esteja ciente do contexto histórico, marco conceitual e pressupostos que a embasam.

Para facilitar, disponibilizamos uma cópia do arquivo no

link: https://drive.google.com/file/d/1_QygD58pb8nEnzLPQI06coGd8qItNZMI/view?usp=share_link.

3. **Ao prosseguir, você confirma que:** *

Marcar apenas uma oval.

- Li e estou ciente dos elementos citados
- Não estou ciente, voltarei mais tarde.

AVALIAÇÃO - ETAPA 1 (PARECER ESPECÍFICO)

A seguir, serão apresentados os **elementos que compõem a operacionalização da Proposta Pedagógica** (objetivos, competências, temas, práticas pedagógicas, avaliação e referências).

Você deverá analisar individualmente cada item apresentado e atribuir uma nota de 1 a 4 à sua relevância, sendo 1 = *não relevante*, 2 = *necessita de grande revisão*, 3 = *necessita de pequena revisão*, 4 = *item relevante*. Lembre-se de considerar os pressupostos descritos no marco conceitual da proposta no momento da avaliação.

Importante: Caso queira incluir, excluir ou modificar algum item, você deverá justificar sua ação na caixa "Comentários, sugestões e/ou justificativas", logo abaixo do elemento avaliado. Por favor, forneça a maior quantidade de detalhes possível.

OBJETIVOS

Os objetivos da proposta compreendem a apresentação da importância e das contribuições da disciplina/componente curricular ou área de conhecimento em questão para a formação do educando. Neles são apresentados os objetivos gerais e específicos e os resultados esperados do trabalho em conjunto entre docentes e discentes.

4. Objetivos Gerais

*

1) Estimular a mudança de paradigma em relação à finitude da vida, visando: melhorar o modo como os profissionais agem frente à morte; possibilitar um atendimento qualificado e humanizado aos pacientes e famílias em situação de perda; estimular discussões a respeito do paradigma vida/morte/morrer, dando ênfase à morte digna, o respeito às famílias, a valorização da cultura, o respeito à diversidade e à religiosidade de cada pessoa, bem como a forma que cada ser vivencia seu processo de luto e o significa;

Marcar apenas uma oval.

- 1 = Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

5. Comentários, sugestões e/ou justificativas

6. 2) Suprir lacunas do conhecimento e necessidades de formação dos profissionais da saúde e proporcionar ferramentas que os possibilitem desenvolver competências para lidar com o processo de morte e o de morrer no contexto do nascimento, compreendendo os aspectos sociais, culturais, filosóficos, espirituais e individuais que este envolve; *

Marcar apenas uma oval.

- 1 = Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

7. Comentários, sugestões e/ou justificativas

8. 3) Sensibilizar docentes e discentes para a importância do preparo para lidar com a morte no exercício profissional, já que ela é intrínseca à prática em saúde (seja durante ou após a formação) e pode ocorrer em todos os ambientes assistenciais (clínica, hospital, atenção primária); *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

9. Comentários, sugestões e/ou justificativas

10. 4) Refletir e promover um cuidado humanizado e interprofissional, pautado em uma escuta ativa e atenta às famílias em situação de perda, para acolher suas manifestações emocionais, com respeito e flexibilidade às suas crenças e características socioculturais. *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

11. Comentários, sugestões e/ou justificativas

12.

*

Objetivos Específicos

1) Promover espaços educativos e reflexivos que fomentem discussões relacionadas ao processo de vida/morte/morrer, incluindo seus aspectos histórico-culturais, teóricos e conceituais, técnicos e legais, religiosos e simbólicos, para compreender diferentes entendimentos sobre o processo de vida/morte/morrer em seu sentido filosófico e espiritual, bem como hábitos, protocolos de manejo e estratégias de enfrentamento, utilizados por várias culturas;

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

13. Comentários, sugestões e/ou justificativas

14. 2) Estimular a discussão da temática na formação em saúde para identificar seus pontos de conflitos, seja em relação à forma como cada profissional lida com a finitude; às limitações encontradas nas instituições de saúde; às possíveis divergências éticas e legais enfrentadas pelos profissionais no lidar com a morte/luto no contexto do nascimento, dentre outras; *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

15. Comentários, sugestões e/ou justificativas

16. 3) Problematizar o enfrentamento da morte no contexto do nascimento, para desvelar seus tabus e dar mais visibilidade ao papel dos profissionais da assistência nesses momentos; *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

17. Comentários, sugestões e/ou justificativas

18. 4) Abordar sobre as nuances envolvidas nos diferentes processos de morte e luto relacionados ao contexto do nascimento (morte materna, neonatal, fetal, aborto legal ou induzido, luto materno, paterno, do cônjuge, dos avós, dos filhos, irmãos, entre outros), suas implicações à saúde dos envolvidos e possíveis estratégias de cuidado utilizadas para cada caso e contexto assistencial (hospitalar, atenção primária, domicílio); *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

19. Comentários, sugestões e/ou justificativas

20. 5) Identificar, acolher e refletir sobre o sofrimento vivido pelos discentes e profissionais da saúde frente à morte, problematizando e entendendo as repercussões das diferentes estratégias de enfrentamento ou fuga adotadas. Problematicar e contextualizar a importância do desenvolvimento de competências para se ocupar com a morte no contexto do nascimento, em um espaço que permita aos discentes conhecerem suas competências, fragilidades e limites no lidar com a mesma; *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

21. Comentários, sugestões e/ou justificativas

22. 6) Instrumentalizar futuros profissionais da saúde para promoverem uma assistência técnica especializada e sensível às situações de morte/luto no contexto do nascimento, para evitar ações prejudiciais ao processo de luto das famílias, minimizar seu sofrimento e realizar o manejo de seus conflitos e desejos psicoemocionais; *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

23. Comentários, sugestões e/ou justificativas

24. 7) Promover a integração interprofissional para discutir o tema e desenvolver estratégias de cuidado conjuntas e integrativas. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 = Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

25. Comentários, sugestões e/ou justificativas

**COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS ALINHADAS À PROPOSTA
PEDAGÓGICA**

26. Competências gerais comuns aos cursos de graduação da área da saúde *

1) Atenção à saúde: estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde física, emocional e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

27. Comentários, sugestões e/ou justificativas

28. **2) Tomada de decisões:** O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando ao uso apropriado, à eficácia e ao custo/efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

29. Comentários, sugestões e/ou justificativas

30. **3) Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação; *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

31. Comentários, sugestões e/ou justificativas

32. **4) Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

33. Comentários, sugestões e/ou justificativas

34. **5) Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

35. Comentários, sugestões e/ou justificativas

36. **6) Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Destarte, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais. *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

37. Comentários, sugestões e/ou justificativas

38. **Competências específicas**

*

1) Reconhecer e acolher os diferentes tipos de luto envolvidos na morte que ocorre no contexto do nascimento: Os profissionais de saúde devem prestar uma assistência integral e humanizada às famílias em situação de perda, desenvolvendo ações de proteção e prevenção de agravos ao sofrimento que facilitem o processo de luto dos envolvidos. Estarem aptos para analisar os problemas e/ou conflitos vivenciados pelas famílias, com sensibilidade e pensamento crítico, para criar possíveis soluções, a partir dos princípios éticos/bioéticos de sua profissão, das leis vigentes, das evidências científicas e do respeito às crenças histórico-socioculturais e espirituais de cada família, bem como os significados e sentimentos vivenciados por cada envolvido no processo de perda;

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

39. Comentários, sugestões e/ou justificativas

40. **2) Compreensão dos fatores epidemiológicos e psicoemocionais** *
envolvidos: das competências técnicas e humanísticas exigidas do profissional para lidar com os processos de morte; da realidade do sistema de saúde e do ambiente de trabalho, incluindo as limitações institucionais, disponibilidade de recursos físicos, humanos e estruturais necessários ao cuidado pós-morte, de modo que os profissionais possam avaliar, decidir e adaptar suas condutas a cada situação e realidade. É importante que se percebam como potenciais promotores de modos de cuidado, para flexibilizar as rotinas e/ou condutas assistenciais de forma ativa e mudar a realidade, quando esta impactar negativamente no processo de enfrentamento da morte nas famílias;

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

41. Comentários, sugestões e/ou justificativas

42. **3) Comunicação verbal, não verbal e escuta ativa:** Habilidade de comunicar notícias difíceis de forma clara e precisa. Escuta atenta, empática e qualificada para acolher a dor da pessoa em situação de perda, bem como capacidade de permanecer em silêncio para perceber as suas necessidades de modo a prestar um suporte humanizado que não reduza ou instrumentalize sua experiência de luto a um fato biológico. *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

43. Comentários, sugestões e/ou justificativas

44. **4) Conhecimentos e habilidades técnico-sensíveis:** Noções históricas, filosóficas, culturais, religiosas e simbólicas de paradigmas de vida/morte/morrer, para desvelamento de tabus e compreensão das diversas crenças envolvendo a temática. Conhecimentos das definições teórico-conceituais das mortes que se dão no contexto do nascimento. Preparo técnico e humanizado para o cuidado com o corpo pós-morte e flexibilidade no acolhimento aos processos de despedida das famílias, com respeito às suas crenças e escolhas. Conhecimento dos protocolos e das melhores práticas baseadas em evidências para conduzir e facilitar o enfrentamento do luto das famílias, adequando-as de acordo com as necessidades específicas de cada caso em respeito às suas singularidades, crenças, valores e decisões. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 = Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

45. Comentários, sugestões e/ou justificativas

46. **5) Autoconhecimento e busca ativa pela educação permanente:** Capacidade *
de identificar suas potencialidades, inabilidades, limitações e mecanismos de
ação no lidar com situações de morte e luto no contexto do nascimento.
Sensibilidade e consciência em relação à importância da educação
permanente para lidar com a morte no contexto do nascimento, em todos os
âmbitos da assistência, tanto para superar as dificuldades pessoais dos
profissionais frente ao tema e aprimorar a qualidade do cuidado, quanto para
suprir fragilidades e lacunas na assistência. Estímulo à busca e atualização
constante por meio de cursos, pesquisas, trocas interprofissionais, rodas de
discussão e das boas práticas baseadas em evidências.

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

47. Comentários, sugestões e/ou justificativas

TEMAS SUGERIDOS

São os elementos relacionados às disciplinas/componentes curriculares ou às áreas do conhecimento, que são separados por bimestre, trimestre ou semestre, conforme definido pela Instituição de Ensino.

48. Principais temas ***1) Conceitos e aspectos legais e burocráticos da morte no contexto do nascimento:**

- a) Definições dos diferentes tipos de óbito;
- b) Fatores e dados epidemiológicos relacionados aos diferentes tipos de óbito;
- c) Direitos e implicações legais da morte no contexto do nascimento;
- d) Preceitos éticos e bioéticos envolvendo a morte;
- f) Questões burocráticas.

Marcar apenas uma oval.

- 1 = Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

49. Comentários, sugestões e/ou justificativas

50. **2) Aspectos emocionais presentes na morte no contexto do nascimento:** *

a) A morte do bebê: Luto profissional, luto materno, luto paterno, luto dos irmãos, luto dos avós, dentre outros; A morte da mulher: Luto dos profissionais, luto do cônjuge, luto dos pais da mulher, luto dos filhos, dentre outros;

b) Estratégias, mecanismos de defesa e atitudes de enfrentamento adotadas pelas famílias e profissionais frente à morte e ao luto: ações benéficas e prejudiciais – problematização.

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

51. Comentários, sugestões e/ou justificativas

52. **3) Estratégias de manejo e humanização do cuidado** *

- a) Comunicação de más notícias;
- b) Preparo respeitoso do corpo pós-morte;
- c) Rituais de despedida (para as famílias e profissionais);
- d) Ações de cuidado para minimizar o sofrimento das famílias e profissionais (protocolos; condutas; grupos de apoio);
- e) Conhecimento dos canais de suporte psicoemocional;
- f) Debates e trocas multiprofissionais.

Marcar apenas uma oval.

- 1 = Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

53. Comentários, sugestões e/ou justificativas

PRÁTICAS PEDAGÓGICAS SUGERIDAS

É a apresentação do modo com que serão desenvolvidas as práticas pedagógicas escolhidas para o desenvolvimento das competências, em consonância com o Projeto Político Pedagógico da instituição. Ressalta-se que as práticas precisam ser escolhidas conforme a necessidade do contexto educacional e da realidade social para a qual os discentes estão sendo preparados para intervir.

54. **1) Sensibilização:** Consiste na aproximação gradual dos discentes com a temática por meio do uso de documentários, relatos de caso, *podcasts*, filmes e/ou palestras de pessoas que já passaram pela experiência da morte ou do luto no contexto do nascimento. Essa abordagem visa promover ao discente um contato com o tema que vai além das informações técnicas envolvidas no lidar com a morte; ela estimula o seu envolvimento, pois apresenta a singularidade de casos reais que, muitas vezes, se relacionam com suas histórias, dos seus familiares e da sua comunidade, de modo que compreendam sua relevância e responsabilidade, enquanto agentes de saúde. *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

55. Comentários, sugestões e/ou justificativas

56. **2) Problematização:** A discussão do tema se dá a partir de um problema real e * se desenvolve por meio de uma reflexão coletiva, em que os participantes são estimulados a identificar os pontos-chave envolvidos na questão e a articularem soluções possíveis. Ela favorece o envolvimento dos discentes com o aprendizado por meio das trocas coletivas que os estimulam a assumirem o papel de agentes de mudanças em saúde. Exemplos dessa estratégia são: a pesquisa de campo, estudos de caso (reais ou fictícios).

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

57. Comentários, sugestões e/ou justificativas

58. **3) Sala de aula invertida:** O docente disponibiliza conteúdos teóricos aos discentes para serem estudados previamente à aula, tais como textos, vídeos ou problemas de caso. No dia da aula, os primeiros minutos são destinados ao esclarecimento das dúvidas e equívocos dos discentes, de modo que sejam sanados antes dos conceitos serem aplicados às atividades práticas. Dessa forma, o discente é estimulado a se responsabilizar pela apreensão do conteúdo teórico, deixando o espaço da sala de aula para a prática e aprofundamento desses conhecimentos. *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

59. Comentários, sugestões e/ou justificativas

60. **4) Mostra de boas práticas:** Consiste em eventos coletivos que combinem a exposição de conhecimentos teóricos e práticos em prol da inovação do conhecimento e/ou desenvolvimento de habilidades relacionadas a um tema específico. Nestes são expostos os experimentos exitosos e as novas tendências, incluindo os materiais de cunho educativo e as práticas validadas pelas evidências científicas. As feiras de ciências multiprofissionais, *workshops*, palestras educativas; cursos de capacitação ou sensibilização de temáticas específicas são alguns exemplos. *

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

61. Comentários, sugestões e/ou justificativas

62. **5) Debates:** Compreende uma discussão, entre duas ou mais pessoas, em que se utiliza um tema de conhecimento público como disparador reflexivo. Tem por objetivo possibilitar um espaço que dê vazão às experiências, opiniões e ideias dos envolvidos por meio da apresentação de argumentos e esclarecimento de dúvidas que possam elucidar posicionamentos divergentes para uma mesma questão. Tem-se, como exemplo, a dinâmica de júri simulado, onde dois ou mais grupos de discentes são desafiados a elaborar e defender ideias contrárias para uma mesma situação problema. Nessa interação, eles se preparam previamente ao encontro, buscando e estudando conteúdos por conta própria, que serão apresentados ao “júri” em um espaço de tempo específico. Assim, desenvolvem suas habilidades investigativas, argumentativas e de síntese, de forma lúdica, tornando-se autônomos em seu processo de aprendizado.

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

63. Comentários, sugestões e/ou justificativas

64. **6) Grupos de apoio:** São espaços coletivos que recebem e assistem pessoas que vivenciam questões de conflito similares. São locais de diálogo e partilha de sentimentos que buscam acolher as demandas de cada integrante de forma ética e respeitosa, fomentando laços de amizade e apoio mútuo para que progressivamente superem as dificuldades de forma conjunta. É uma forma de favorecer a integração e o crescimento por intermédio da comunicação interpessoal e da cumplicidade em prol do manejo e da superação da dor e das dificuldades. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 = Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

65. Comentários, sugestões e/ou justificativas

66. **7) Aprendizado vivencial:** São metodologias ativas utilizadas para preparar os discentes a assumirem uma postura ativa, crítica e reflexiva no seu fazer profissional. Nessas modalidades, eles são inseridos em situações-problema simuladas, onde conseguem vivenciar e desenvolver habilidades de mediação e solução de conflitos. Essas modalidades, além de fornecerem um espaço seguro à experimentação, também permitem que o discente assuma o papel de outra pessoa, como o paciente ou sua família, e visualize a situação por sua perspectiva. Esse processo de “se colocar no lugar do outro” facilita o exercício de empatia e humanização do cuidado do profissional, ao mesmo tempo em que o ajuda a avaliar, preparar e modificar sua conduta de atendimento. *

Exemplos: *Role-play*, RPG, dramatização, simulação, grupos *balint*.

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

67. Comentários, sugestões e/ou justificativas

AVALIAÇÃO DO ENSINO APRENDIZADO

São as práticas avaliativas adotadas pelo docente para acompanhar o processo de apropriação do conhecimento do discente, conforme as legislações e normativas. Ressalta-se que tanto os critérios, quanto os instrumentos de avaliação devem ser discriminados no Plano de ensino ou planos de atividades do curso – planejamento da docência – em razão de envolverem as especificidades de cada turma.

68. Recomenda-se, nesta proposta, que a avaliação seja um instrumento didático e * pedagógico, ancorado no diálogo, e promova a consciência crítica dos discentes e docentes para que juntos construam o processo de ensino aprendizagem, não se limitando à mensuração de conteúdos.

Considerando que a morte é um tema sensível, espera-se que o foco da avaliação se volte para a autoavaliação em relação ao diálogo livre e respeitoso entre todos; para a interação e participação dos discentes nas discussões; e para os temas e estratégias utilizados nas reflexões. Logo, o erro não deve ser tratado de forma punitiva, mas sim, visto como um fator de reflexão para revisar e planejar um novo caminho de ensino que possibilite uma aprendizagem mais significativa para os envolvidos.

Marcar apenas uma oval.

- 1 = Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

69. Comentários, sugestões e/ou justificativas

REFERÊNCIAS SUGERIDAS

A seguir, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas na elaboração da proposta, as quais poderão subsidiar a adaptação da mesma de acordo com a realidade de cada instituição de ensino.

70. Políticas, diretrizes e dados epidemiológicos *

Aguiar RS. Cartilha de Orientações sobre luto para profissionais da área da saúde. São Paulo: GEPAP, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Violência Obstétrica. Secretaria do Estado de Saúde, São Paulo: Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção Humanizada ao abortamento: normas técnicas. Sérgio A. Normas e Manuais Técnicos: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n. 4. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1ª edª. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de saúde pública: contribuições para o debate sobre o aborto, 36(sup.1), 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. São Paulo: Ministério da Saúde, 2020.

Brasil. Ministério da Saúde/UNESCO. Projeto de avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN). Projeto 914BRA2000. São Paulo: Ministério da Saúde, abril, 2004.

Brasil. Ministério de Estado da Saúde. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Portaria n. 1.067, de 04 de julho de 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materno e Neonatal. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 570. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Gabinete do Ministério. Brasil, 29 novembro de 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece a vigilância do óbito infantil e neonatal nos serviços de saúde. Ministério da

Saude. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2009.

Fiocruz. Principais questões sobre o diagnóstico do abortamento. Brasília: Governo Federal, 2019.

Fiocruz. Mortalidade materna no Brasil – Boletim Epidemiológico n. 20/MS (Maio, 2020). Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente.

Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: saúde e bem-estar. 2021.

Organização Mundial da Saúde. OMS publica novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês. ONUBR Nações Unidas do Brasil, 2016.

Organização Mundial da Saúde. Making every baby count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths, 2016.

Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – Mortalidade materna. Brasil, 2018.

Unicef. Levels e trends in child mortality: report 2020. Unicef, 2020.

United Nations Children's Fund. Levels & Trends in child mortality. United Nations Inter-agency Grup for Child Mortality Estimation, 2017.

United Nations Publication. Universal Declaration of Human Riths. New York: United Nations Publications, 2017.

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

71. Comentários, sugestões e/ou justificativas

72. Referências complementares



Gularte NDG, Velho MTAC, Gonçalves KCS, Beschoren NF. Abordando a relação clínica e a comunicação de notícias difíceis com o auxílio das artes e dos relatos vivos. Rev. Bras Educ Médica, 43(4):131-40, 2019.

Lágrimas a livre demanda - Livro em processo de editoração, da autora Brunna Barreto Linhares da Silva.

Luz R, Bastos DF. Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer: o legado de Elisabeth Kübler-Ross para os nossos dias. São Paulo: Summer, 2019.

Onari P. O luto na Estratégia da Saúde da Família: Caso complexo 7 – Samuel. UNA-SUS: Especialização em saúde da família, 2011.

Rocha L, Costa R, Gomes IEM, Alves IFBO, Rosa R, Lima MM. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem no cuidado à mulher com óbito fetal. Saberes Plurais, 7(1): e128168, 2023.

Rosa R, Gomes IEM, Costa R, Alves IFBO, Aires LCP. Experiências e condutas do profissional de saúde frente ao óbito neonatal. Reme, 26:e1479, 2022.

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

73. Comentários, sugestões e/ou justificativas

74. **Filmografia**

*

Pices of a woman (Filme) - Diretor: Kornél Mundruczó, 2020.

Morte materna: histórias de dor e saudade (Matéria Jornalística) - Caminhos da Reportagem da Tv Brasil, 2018.

No woman, no cry (Documentario) - Diretor: Christy Turlington, 2010

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

75. Comentários, sugestões e/ou justificativas

76. **Referências estratégia-pedagógicas** *

Antonini FO, Heidemann ITSB, Durand MK, Rimor PCF, Schimitz CCC, Marçal CCB. Itinerário de pesquisa de Paulo Freire em produções de programas de pós-graduação em saúde. *Rev Bras Pesqui saúde*, 22(2):157-64, 2020.

Bellaguarda MLR, Knihns NS, Tholl AD, Canever BJ, Girondi JBR. Ateliê de ideias: estratégias educacionais de apoio ao ensino e à aprendizagem. Florianópolis: Ed. Papa-livros, 2020.

Dresch A, Lacerda DP, Miguel PAC. Uma análise distintiva entre o estudo de caso, a pesquisa-ação e *design science research*. *Rev. Bras Gestão Negócios*, 17(56):1116-33, 2015.

Espiridião E, Souza CS, Caxeta CC, Pinho ES, Nunes FC. Arco de Maguerez: estratégia de metodologia ativa para coleta de dados. *In: Atas 6º congresso Ibero-americano de investigações qualitativa em saúde*, 2017.

Filho CCS et al. Da Pirâmide para o círculo: em busca de práticas educativas participativas em saúde. *In: Prado ML, Schmidt KR. Paulo Freire, a boniteza de ensinar e aprender na saúde*. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016.

Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBNA, Durand MK. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. *Texto contexto - enferm*, 26(4):e0680017, 2017.

Silva VB, Pinheiro AS, Ferreira LN, Cunha IV, Cavalheiro RTM, Stipp MAC. Abordagem problematizadora da educação permanente em saúde na formação em enfermagem: uma experiência na atenção hospitalar. *Rev. esc enferm USP*, 56:e20210543, 2022.

Cuello C. Educación problematizadora de Paulo Freire: un giro desde lo antropológico y epistemológico del ser. *Rev. digit invertig y postgrado*, 4(7):131-142, 2023.

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não relevante
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = Item relevante

77. Comentários, sugestões e/ou justificativas

AVALIAÇÃO - ETAPA 2 (PARECER GERAL).

Agora, considerando a **Proposta como um todo**, atribua no quadro abaixo uma nota à sua adequação, sendo 1 = *Inadequada*, 2 = *Necessita de grande revisão*, 3 *Necessita de pequenas revisões*, 4 = *É adequada*.

78. De um modo geral, considero que a Proposta Pedagógica apresentada: *

Marcar apenas uma oval.

- 1 = É inadequada
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequenas revisões
- 4 = É adequada

79. Por favor, comente o seu parecer. *

AVALIAÇÃO - ETAPA 3 (INFOGRÁFICO).

Para finalizar, pediremos que você avalie o **Infográfico da Proposta Pedagógica**.

Esse material foi desenvolvido com o intuito de apresentar as ideias centrais da proposta de forma clara e sucinta, por meio de recursos visuais, palavras-chave e textos curtos. Solicitamos que você leia o material na íntegra e se atente às suas características, incluindo: designer, cores, imagens, distribuição das informações, organização e capacidade de síntese.

Link de acesso ao

infográfico: https://drive.google.com/file/d/1D5aTM5cZB8rJjMY8IS5DICKKePIAhKy-/view?usp=share_link.

80. Ao prosseguir, você declara que: *

Marcar apenas uma oval.

- Li o material e me sinto apto(a) a avaliar seus conteúdos e características
- Não li o material, voltarei mais tarde.

AVALIAÇÃO DO INFOGRÁFICO

Considerando a sua experiência visual e de leitura, atribua uma nota, de 1 a 4, à cada um dos itens do infográfico apresentados abaixo, sendo 1= *Não adequado*; 2 = *Necessita de grande revisão*; 3 = *Necessita de pequena revisão*; 4 = *Item adequado*.

Sugestões de inclusão/exclusão/alteração podem ser feitas na aba "Comentários, sugestões e/ou justificativas".

81. **DESIGNER ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4
Cor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distribuição das inf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imagens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tamanho da fonte/letra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tipo de fonte/letra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

82. Comentários, sugestões e/ou justificativas

83. **CONTEÚDO ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4
Síntese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de Inf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

84. Comentários, sugestões e/ou justificativas

85. **INFOGRÁFICO COMO UM TODO ***

Marcar apenas uma oval.

- 1= Não é adequado
- 2 = Necessita de grande revisão
- 3 = Necessita de pequena revisão
- 4 = É adequado

86. Por favor, comente o seu parecer *

MUITO OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

Em breve, disponibilizaremos os resultados das avaliações!



ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento na formação de profissionais da área da saúde: método misto

Pesquisador: Roberta Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56225322.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.287.016

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_...pdf, de 22/09/2020, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

[resumo] **Objetivo:** Elaborar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento durante a formação de profissionais da área da saúde. **Método:** Estudo misto, sequencial explanatório, realizado em três etapas: 1 – Delineamento transversal, realizado junto a discentes de três cursos da área da saúde por meio de um formulário online semi-estruturado (etapa quantitativa); 2 – Pesquisa participativa promovida por grupos focais formados por docentes e discentes dos cursos da primeira fase, guiados pelas etapas do Arco de Charles e o referencial teórico de Paulo Freire (etapa qualitativa); 3 – Validação externa da proposta pedagógica por um comitês de especialistas utilizando um formulário online do tipo likert para determinar a taxa e o nível de concordância entre os avaliadores.

[hipótese (se for o caso)] A elaboração de uma proposta pedagógica multiprofissional, construída e validada a partir da realidade dos discentes e docentes da área da saúde possibilitará um espaço de trocas e reflexões inclusivas que propicia a transformação na formação em saúde e 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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.287.016

instrumentalização para a o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento.

[metodologia] Estudo misto sequencial explanatório, dividido em três fases: quantitativa, realizada com discentes de graduação da área da saúde; qualitativa, desenvolvida junto a um grupo multiprofissional de docentes e discentes; e uma etapa de validação de conteúdo, composta por uma comissão de especialista. Local do estudo: Universidade Federal de Santa Catarina. 1ª Etapa - Delineamento transversal (Fase quantitativa): Serão convidados os discentes dos cursos de graduação da área da saúde da UFSC (Enfermagem, Medicina e Psicologia), matriculados nas duas últimas fases de seus respectivos cursos no ano de 2022. Para a coleta de dados será utilizado um formulário de avaliação online contendo perguntas fechadas, relacionadas à percepção dos alunos quanto ao preparo obtido durante a formação para o enfrentamento de situações envolvendo a morte e o luto no contexto do nascimento. O instrumento trata-se se uma adaptação do questionário "avaliação do preparo dos alunos do oitavo semestre de medicina no enfrentamento com a morte e o morrer dos pacientes", criado, testado e validado por Azeredo (2007), como instrumento de coleta de dados de sua dissertação de mestrado. Para estabelecer o cálculo amostral e o número mínimo de participantes (n) foi utilizado o Sistema Sestatnet® da universidade, seguindo os parâmetros de estimação de percentual com nível de confiança de 95%, perda amostral de 10% e erro amostral de 5%. O cálculo foi realizado a partir do número de discentes matriculados nas duas últimas fases de suas respectivas formações durante o semestre de 2021.1, totalizando 264 discentes da área da saúde: 58 de enfermagem, 134 de medicina e 72 da psicologia. A amostragem será do tipo não probabilística e se dará por conveniência (acidental) pelo fato dos discentes escolhidos representarem os participantes com maior potencial para responderem à pergunta de pesquisa. 2ª Etapa - Pesquisa participativa com abordagem problematizadora (Fase Qualitativa): Serão convidados os docentes dos cursos de graduação que, segundo indicação dos discentes da fase anterior, apresentarem potencial para contribuir com a pesquisa (ministrarem disciplinar e/ou realizarem pesquisas envolvendo a temática). Também serão incluídos os discentes que manifestarem interesse em continuar contribuindo com o estudo. A coleta de dados será realizada por meio de grupos focais (online ou presenciais), onde serão discutidos os elementos primordiais à elaboração de uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento. Os grupos serão compostos por até 12 participantes (incluindo os pesquisadores) e terão duração de no máximo duas horas. Os encontros serão operacionalizados por meio do Arco da problematização de Charles Maguerez (composto por 6 etapas) e guiados pelo referencial teórico de Paulo Freire. 3ª Etapa (Validação): O modelo prévio da proposta pedagógica será apresentado ao grupo para validação interna. Após, 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: ce.p.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.287.016

mesma será encaminhada a um comitê de especialistas, externos, para validação de conteúdo. O formulário de validação será composto pelos itens identificados nos encontros do grupo focal. As informações ficarão disponíveis para que os especialistas, individualmente, validem o conteúdo e/ou façam sugestões de inclusão/exclusão nos itens previamente definidos. Para obtenção de consenso e nível de concordância será utilizada a técnica Delphi e cálculo de consistência para o instrumento em si e para cada item da proposta. Somente serão validados os itens que obtiverem resultado igual ou maior do que 80%.

[critérios de inclusão] 1ª Fase: ser discente do curso de enfermagem, medicina ou psicologia da UFSC e estar cursando as duas últimas fases da graduação. 2ª Fase: ser docente da área da saúde e ministrar (ou ter ministrado) alguma disciplina para os cursos de graduação da enfermagem, medicina ou psicologia da UFSC nos últimos cinco anos; Ser discente da área da saúde, ter participado da primeira fase do estudo e manifestar interesse no questionário em continuar contribuindo com a pesquisa. 3ª Fase: A seleção dos especialistas ocorrerá por meio de uma avaliação curricular na plataforma lattes e por um sistema de pontuação adaptado da proposta de Richard H. Fehring (1987) para estudos de validação. Serão selecionados apenas os participantes que obtiverem pontuação igual ou maior do que cinco pontos em suas respectivas áreas.

[critérios de exclusão] 1ª Fase: Serão excluídos da amostra os discentes que não preencherem os instrumentos de coleta até o final. 2ª Fase: Serão excluídos da amostra docentes temporários ou com tempo de atuação menor ou igual a seis meses e os participantes que não comparecerem a nenhum dos grupos focais. 3ª Fase: Não se aplica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Elaborar uma proposta pedagógica para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento durante a formação de profissionais da área da saúde.

Objetivo Secundário: 1. Identificar como os discentes de cursos de graduação da área da saúde avaliam o preparo para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento durante sua formação;

2. Compreender a percepção dos docentes da área da saúde a respeito da abordagem do enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento durante a formação profissional;

3. Definir, junto a docentes e discentes de cursos de graduação da área da saúde, os elementos essenciais para a elaboração de uma proposta pedagógica multiprofissional, voltada para o enfrentamento da morte e do luto no contexto do nascimento. 4. Validar a proposta pedagógica com experts do território nacional.

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: ce.p.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.287.016

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Por abordar questões subjetivas referentes à morte e o enfrentamento do luto no contexto do nascimento, algumas perguntas podem gerar conflitos nos participantes e lhes causar desconfortos. Caso a eventualidade ocorra, será oferecido a eles todo o suporte necessário, incluindo (caso seja de sua vontade) seu encaminhamento ao Serviço de Atenção Psicológica (SAPSI) da UFSC. Também está garantido o direito ao ressarcimento por toda e qualquer despesa que os participantes possam ter em função da participação no estudo, tais como transporte e alimentação, ainda que não previstas inicialmente. Além disso, diante de eventuais danos, está assegurado o direito do participante a solicitar indenizações que forem, comprovadamente, causadas pela pesquisa. Os dados obtidos em ambiente digital serão retirados das plataformas de origem, através de downloads, e armazenados no mesmo local que os demais. Em seguida, esses dados serão deletados das plataformas (nuvens). Ainda assim, será informado aos participantes a possibilidade remota de quebra de sigilo involuntária e não intencional em decorrência de haver fases de coleta realizadas em ambiente virtual.

Benefícios: Embora a pesquisa não forneça benefícios diretos aos participantes, a participação deles poderá contribuir com o ensino e formação dos futuros profissionais do país, assim como para a ampliação do conhecimento científico. E poderá impactar, não só na vida e atuação dos discentes e docentes, como também na saúde das pessoas que estarão sob os seus cuidados no momento de enfrentar a morte e o luto no contexto do nascimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

Tese de doutorado de Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, orientado/a por Orientadora: Profª. Drª. Roberta Costa Co-orientadora: Profª. Drª Margarete Maria de Lima

Estudo [nacional] e [unicêntrico], [prospectivo].

Financiamento: [próprio].

País de origem: [Brasil].

Número de participantes no Brasil: [500].

Previsão de início do estudo: [28/03/2022 no formulário PB].

Previsão de término do estudo: [01/12/2023 no formulário PB].

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

Continuação do Parecer: 5.287.016

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências ou inadequações.

Desejo sucesso no desenvolvimento do estudo!

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_1868630.pdf	09/02/2022 09:08:48		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_isadoraassinado.pdf	09/02/2022 09:06:12	Roberta Costa	Aceito
Outros	InstrumentosDeColeta.pdf	07/02/2022 12:44:16	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito
Outros	CartasConvite.pdf	07/02/2022 12:43:46	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/02/2022 12:35:30	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	07/02/2022 12:33:16	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	07/02/2022 12:33:03	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/02/2022 12:32:25	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PsicologiaResolucao510.pdf	07/02/2022 12:21:44	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PsicologiaResolucao466.pdf	07/02/2022 12:21:35	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito

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: 5.287.018

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Medicina Resolucao510.pdf	07/02/2022 12:21:25	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Medicina Resolucao466.pdf	07/02/2022 12:21:13	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Enfermagem Resolucao510.pdf	07/02/2022 12:21:00	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Enfermagem Resolucao466.pdf	07/02/2022 12:20:49	Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Março de 2022

Assinado por:
Luciana C Antunes
(Coordenador(a))