



O CUIDADO À FAMÍLIA DIANTE DA PERDA NEONATAL: UMA REFLEXÃO SOB A ÓTICA DA TEORIA DA COMPLEXIDADE

CARE FOR THE FAMILY BEFORE NEONATAL LOSS: A REFLECTION UNDER THE OPTICS OF THE COMPLEXITY THEORY

EL CUIDADO A LA FAMILIA ANTE LA PÉRDIDA NEONATAL: UNA REFLEXIÓN BAJO LA ÓPTICA DE LA TEORÍA DE LA COMPLEJIDAD

Carolliny Rossi de Faria Ichikawa¹, Patricia Stella Silva Sampaio², Natalia Nigro de Sá³, Regina Szyllit⁴, Silvana Sidney Costa Santos⁵, Divane de Vargas⁶

RESUMO

Objetivo: refletir sobre o cuidado à família diante da perda neonatal. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, teórico e filosófico, que utilizou a Teoria da Complexidade, de Edgar Morin, como embasamento para esta reflexão. **Resultados:** as questões examinadas neste ensaio podem subsidiar a reflexão dos profissionais de saúde, buscando um olhar para um universo familiar como um todo, sem fragmentar a realidade vivenciada por estas famílias, rompendo com a visão simplificadora e permitindo uma compreensão mais próxima do real. **Conclusão:** esta reflexão contribuiu para a melhor compreensão deste momento tão difícil na vida familiar e, assim, favorecer o desenvolvimento de ações com as quais profissionais de saúde possam auxiliar no cuidado a estas famílias. **Descritores:** Família; Morte Perinatal; Pesar; Enfermagem; Dinâmica não linear.

ABSTRACT

Objective: to reflect on care for the family in the face of neonatal loss. **Method:** a qualitative, descriptive, theoretical and philosophical study, using Edgar Morin's Theory of Complexity as a basis for this reflection. **Results:** the questions examined in this essay may support the reflection of health professionals, seeking a look at a family universe as a whole, without fragmenting the reality experienced by these families, breaking with the simplifying vision and allowing a closer understanding of reality. **Conclusion:** this reflection contributed to the better understanding of this difficult moment in family life and, thus, to favor the development of actions with which health professionals can assist in the care of these families. **Descriptors:** Family; Perinatal Death; Grief; Nursing; Nonlinear Dynamics.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre el cuidado a la familia ante la pérdida neonatal. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, teórico y filosófico, que utilizó la Teoría de la Complejidad, de Edgar Morin, como basamento para esta reflexión. **Resultados:** las cuestiones examinadas en este ensayo pueden subsidiar la reflexión de los profesionales de salud, buscando una mirada al universo familiar como un todo, sin fragmentar la realidad vivida por estas familias, rompiendo con la visión simplificadora y permitiendo una comprensión más cercana a lo real. **Conclusión:** esta reflexión contribuyó a la mejor comprensión de este momento tan difícil en la vida familiar y así, favorecer el desarrollo de acciones con las que profesionales de salud puedan auxiliar en el cuidado a estas familias. **Descriptores:** Familia; Muerte Perinatal; Pesar; Enfermería; Dinámicas no Lineales.

¹Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGE, Universidade de São Paulo/USP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: caroll@usp.br; ²Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGE, Universidade de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: pattysampaio@usp.br; ³Psicóloga, Doutoranda, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: nataliasa@usp.br; ⁴Enfermeira, Professor Livre-Docente, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: szylit@usp.br; ⁵Enfermeira, Professor Associado II Aposentado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: silvanasidney@terra.com.br; ⁶Enfermeiro, Professor Livre-Docente, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: vargas@usp.br

INTRODUÇÃO

Ao se considerar a taxa de mortalidade entre crianças menores de cinco anos de idade ao redor do mundo, 40% dizem respeito às mortes neonatais. Destas, 75% ocorrem durante a primeira semana após o nascimento e de 25% a 45% ocorrem dentro das primeiras 24 horas de vida do recém-nascido.¹

Conforme a Organização Mundial da Saúde¹, o período neonatal começa no momento do nascimento e termina com vinte e oito dias completos depois do parto. A morte neonatal pode ser subdividida em morte neonatal precoce, como aquela que ocorre durante os primeiros sete dias de vida (0-6 dias), e morte neonatal tardia, que ocorre depois do sétimo e antes do vigésimo oitavo dia de vida (7-27 dias).

A grande maioria dos óbitos neonatais acontece nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs), ainda que a literatura² mostre que os pais têm a opção por levar o filho recém-nascido, em situação de final de vida, para um hospice ou homecare, sob cuidados paliativos.

Dessa forma, o cuidado se configura em um contexto delicado e de extrema sensibilidade, o que demanda habilidades específicas dos profissionais da saúde. Já para a família, em função do estresse e da ansiedade, a absorção das notícias pode se dar de forma lentificada, podendo ser necessário repetir a informação algumas vezes³, uma vez que algumas famílias precisam de tempo para assimilar que o bebê recém-nascido está morrendo. A lacuna de educação e prática para conversas difíceis com os pais são estressores para os profissionais da UTIN.⁴

Diante desse cenário, este trabalho objetiva propor uma reflexão teórica e filosófica acerca do cuidado à família diante da perda neonatal, sob a perspectiva da teoria da complexidade, de Edgar Morin.

OBJETIVO

- Refletir sobre o cuidado à família diante da perda neonatal.

MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo, que consiste em uma análise teórica e filosófica acerca do cuidado à família diante da perda neonatal. Para tanto, se utilizou a Teoria da Complexidade, de Edgar Morin, como embasamento para a reflexão. Optou-se pela realização prévia de uma revisão de literatura, possibilitando uma abordagem mais ampla sobre o assunto. Em seguida, os resultados foram apresentados e

contextualizados em três eixos analíticos: O cuidado à família no contexto da perda neonatal; A vivência familiar do luto neonatal e A “Complexidade” de Edgar Morin e a perda neonatal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

♦ O cuidado à família no contexto da perda neonatal

A partir do momento em que os pais compreendem a complexidade do diagnóstico e, conseqüentemente, vivenciam o final de vida de seu filho recém-nascido, inicia-se um processo delicado. Diante da perda neonatal, se faz necessário estabelecer relações de confiança com a equipe de saúde nas quais as informações sejam compartilhadas em tempo hábil e a comunicação clara, objetiva e compassiva viabilize que a família encontre espaço para contar e elaborar sua história. Para tanto, a equipe precisa unir habilidades para proporcionar um cuidado efetivo no final de vida e no processo de luto desta família.⁵

O impacto do final de vida do filho recém-nascido é tão intenso que pode repercutir na família de forma ampla, afetando a conjugalidade dos pais, com o aumento do número de separações, bem como as próximas gestações e, também, a relação entre irmãos.^{2,6-7} Dessa forma, a família precisa de estratégias de comunicação efetiva, além de escuta terapêutica, para evitar o sentimento de culpa e a sensação de que as lembranças do período de final de vida do bebê não são suficientes para que sua história seja imortalizada para aquela família.²

Um dos papéis do enfermeiro em UTIN, que cuida da família do recém-nascido em situação de final de vida, é fazê-lo de forma sistemática e sensível, sabendo que todos os seus movimentos verbais e não verbais farão diferença positiva ou negativa no porvir daquela família.^{4,8}

Os pais conseguem lembrar as atitudes, comportamentos e comentários inapropriados de membros da equipe de profissionais da UTIN, meses e até anos após a morte do recém-nascido.³ Além disso, expectativas, por parte dos pais, que não são cumpridas pela equipe são lembradas pelo resto da vida e podem ser atribuídas como um fracasso, colocando-os em risco para o luto complicado.²

Dessa maneira, é reforçada a necessidade de educação da equipe quanto à comunicação efetiva e empática no cuidado do recém-nascido em fase final de vida. Ainda a esse respeito, um estudo que avaliou o atendimento oferecido aos recém-nascidos em situação de final de vida e às suas famílias

Ichikawa CRF, Sampaio PSS, Sá NN de et al.

O cuidado à família diante da perda neonatal...

revelou que, apesar da redução das abordagens terapêuticas, melhorias no manejo da dor e de apoio à família, um grande número de recém-nascidos ainda recebe tratamentos agressivos no final da vida em unidades de terapia intensiva.⁹

Além disso, apesar de conhecida a importância do apoio psicossocial com uma abordagem holística para as famílias e acompanhamento no processo de luto⁹, a oferta deste cuidado ainda encontra lacunas. A equipe deve ser treinada nos princípios básicos de cuidados paliativos pediátricos e deve ser preparada, com habilidades, para fornecer um cuidado consistente e de alta qualidade no fim de vida do recém-nascido.⁹

Uma revisão sistemática, que buscou bases na literatura que evidenciassem a eficácia das intervenções de luto em UTIN, mostrou que essas intervenções acontecem de várias formas e são baseadas na experiência pessoal e/ou da equipe na prática atual.¹⁰ Porém, para a equipe, a morte não é um assunto fácil, discutido, explicado de forma aberta e clara.¹¹⁻²

Barreiras no contexto da UTIN, para que o cuidado ocorra de forma compassiva e eficaz no final de vida, geram sofrimento moral, causando ressentimento, culpa, frustração e sensação de impotência. Essas barreiras estão associadas à falta de treinamento ou educação, à cultura da família, ao cuidado com o profissional e cultura da UTIN e à consistência do atendimento.^{5,11}

Programas de cuidados paliativos disponíveis para recém-nascidos e suas famílias, independente do diagnóstico e tempo, são requisitados por instituições de assistência a essa população. É proposto que esse cuidado ocorra de quatro formas: oferta de apoio físico e emocional no momento da morte; comunicação clara, consistente e com compaixão; viabilização da tomada de decisão compartilhada e acompanhamento da família durante o processo de luto.⁷

Pesquisas mostram a importância do desenvolvimento e implementação de programas que sugere a elaboração de protocolos como, por exemplo, o *Hope and Healing*¹³, *Gundersen Letheran Bereavement Services*, *March of Dimes* e *Wisconsin Stillbirth Service Program*, além de *Guidelines* como o *The Royal College of Paediatrics and Child Health* (RCPCH)¹⁴, que incluam intervenções que ajudem a família, desde o nascimento até morte¹⁵, bem como orientações aos profissionais de saúde sobre a melhor e mais respeitosa forma de manusear o recém-nascido.¹⁶

Atuar no cotidiano da UTIN requer amadurecimento emocional e habilidade prática. Esta habilidade necessita ser exercitada continuamente na prática hospitalar, tendo início na graduação, com continuidade na pós-graduação e nos processos de aprendizagem presentes em treinamentos sobre o cuidado no final de vida. Apesar das recomendações da *British Association of Palliative Medicine* (BAPM), discussões multidisciplinares raramente ocorrem após a morte de um recém-nascido.

A educação para o enfrentamento do luto, para profissionais de saúde, é benéfica para minimizar alguns efeitos no processo de luto da família.¹⁷ Estar junto com a família sem uma educação formal, que não acontece ou pouco acontece no âmbito da graduação, é um fator a mais e de grande estresse para a enfermeira e que necessitará de um treinamento beira leito na UTIN.

♦ A vivência familiar do luto neonatal

Ao saber que a mortalidade, no início da vida, é um evento que acarreta forte impacto na vida das famílias e dos profissionais de saúde, torna-se importante trazer à cena do cuidado, tanto na esfera teórica, como prática, os fatores e a complexidade envolvidos no processo de luto.

O luto é a consequência da experiência de perda e acontece sempre que a vida for afetada pelo término de uma relação, de um projeto ou de um sonho. Ele significa um sofrimento emocional intenso causado pela perda, é um processo dinâmico, individualizado e multidimensional pelo qual o indivíduo que sofreu a perda de algo significativo atravessa.¹⁸

O luto leva a novas percepções e exige tempo para a aceitação. Uma nova forma de relação com a pessoa perdida começa a ser processada, bem como uma nova construção da própria identidade diante da ausência da pessoa. A experiência do luto é subjetiva. Cada indivíduo tem reações diferentes ao lidar com a perda e ao lembrar de situações, histórias e momentos.¹⁸

No cotidiano da assistência e das práticas de cuidado, estão em constante relação diferentes atores sociais, profissionais, pais, mães e famílias. Um encontro significativo possibilita trocas entre quem cuida e quem está sendo cuidado. Entretanto, a forma como os serviços estão organizados e a realidade dos contextos de saúde podem gerar barreiras para a aproximação entre os profissionais, a pessoa que está sendo cuidada e a família, não permitindo que esse encontro ocorra de forma efetiva e sensível.¹⁹

É um desafio para os profissionais se aproximarem das famílias que vivem o luto e dar suporte para que enfrentem essa fase. Muitas vezes, os profissionais da saúde se veem sem recursos para desempenhar esse papel.²⁰

Diante dessas considerações, torna-se essencial ouvir as vozes dos enfermeiros neonatais, que assistem as famílias que perderam seus filhos precocemente, para a compreensão do processo de cuidar no final de vida. Conhecer como acontecem as relações com as famílias enlutadas, quais significados o enfermeiro dá, quais as interações que ocorrem durante esse processo, bem como suas preferências, podem fortalecer conceitos básicos utilizados em diferentes teorias e no trabalho de prevenção do luto complicado com a família.

♦ A “Complexidade” de Edgar Morin e a perda neonatal

A palavra complexidade origina-se de *plexus*, que significa entrelaçado, tecido em conjunto. Morin utiliza a metáfora de uma tapeçaria contemporânea, constituída por fios de diferentes tecidos e cores, como comparação ao modo de pensar complexo que necessita olhar para os diferentes componentes, distinguindo as características individuais, sem perder a noção do conjunto, ou seja, o todo é, ao mesmo tempo, maior e menor que a soma de suas partes. Assim, para se conhecer o pensamento complexo, não basta conhecer as propriedades de todos os tipos de fios utilizados para a sua tessitura, da mesma forma que, ao considerar o conjunto, as qualidades de cada fio, separadamente, podem adquirir configurações diferenciadas, podendo se inibir ou adquirir uma maior expressão, dependendo do contexto em que se encontram.²¹

Morin enfoca a necessidade de um saber que contemple um olhar ampliado sobre as distintas dimensões presentes em um fenômeno, o que implica também reconhecer, de modo mais apropriado, as relações entre a parte e o todo e o todo e as partes.²² É fundamental buscar as relações e inter-retroações entre cada fenômeno e o seu contexto. As relações de reciprocidade todo/partes, como uma mudança em nível local, podem trazer implicações sobre o todo e como uma mudança do todo pode repercutir nas partes.²²

Morin propõe o pensamento complexo como possibilidade de abordagem que considere o que é “tecido junto”. Isso implica considerar as partes distintas que se articulam na composição do fenômeno, inseridas em seu contexto, comportando as contradições em

perspectiva dialógica.²³

Para Morin, o princípio dialógico é um dos princípios fundamentais integrantes do pensamento complexo que mantém a dualidade no âmago da unidade. É por meio da dialógica que se é possível contextualizar o objeto, promovendo o estabelecimento de articulações, sem eliminar as diferenças. Assim, na complexidade, encontram-se antagonismos e complementaridades considerados em diferentes contextos.^{21,23}

Os limites da formação do profissional de saúde, baseada no modelo biomédico, podem trazer implicações na apropriação desse referencial.²⁴ Tal fato é bastante paradoxal, pois justamente tal apropriação, mesmo com alguns limites, é que pode abrir possibilidades para um novo pensar e fazer.

O pensamento complexo integra os modos de pensar opondo-se aos mecanismos reducionistas. É uma atividade mental que procura integrar os modos do pensar linear e sistêmico, simplificadores e totalizantes da era moderna, num esforço do pensamento, para promover a união, operando com diversidades de pensamentos: o simples e o complexo.²⁵ Este modo de pensar complexo, quando desenvolvido, produz um modo de pensamento com alicerce em um paradigma de construção de conhecimento, distinto do pensamento moderno, exigindo um afastamento do modo cartesiano, comum de pensar e ser, sem que se deixe de ser produto do modelo cartesiano no qual se constitui-se como pessoa.²⁴

É imprescindível que se visualizem o contexto, o global, o multidimensional e o complexo, pois é preciso situar as informações e os dados em seu contexto para que, dessa forma, eles adquiram sentido. Assim como cada ponto singular de um holograma contém a totalidade da informação do que representa, cada ser humano contém, de modo hologramático, o todo do qual faz parte e ao mesmo tempo.²⁵⁻⁶

Esta maneira de pensar torna desejável que a questão da complexidade dos problemas de saúde dos seres humanos seja mais bem trabalhada, recorrendo-se ao auxílio da religação dos saberes para o desenvolvimento das ações.²⁷ Para Morin, ao religar os saberes, orienta-se também para a religação dos seres humanos.²⁸

Ao entender o ser humano como um ser complexo, o cuidado direcionado a ele é também uma ação complexa, interdisciplinar, direcionando-se à transdisciplinaridade. A interdisciplinaridade, como passo inicial para a transdisciplinaridade, e a própria transdisciplinaridade como elementos da

Ichikawa CRF, Sampaio PSS, Sá NN de et al.

Complexidade.²⁹ Sendo o cuidado à família que sofre a perda do filho passível de ser abordado por meio da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, como um cuidado complexo.

A desordem e as mudanças no seu ciclo de vida são fatos presentes no contexto das famílias e, conseqüentemente, esta dialógica, ordem e desordem, está também contida no processo de trabalho em saúde, assim, no cuidado à família que perde um filho.

Ao pensar na perda neonatal, à luz da complexidade, faz-se necessário considerar elementos como a estruturação e a desestruturação familiar como importantes, pois a linearidade e a circularidade ou recursividade dos fatos são passíveis de alteração, sendo que o todo e as partes têm peso igual, tornando-se importante considerá-los juntos.²⁷

Em se tratar da perda neonatal, ocorrem a construção e a desconstrução da família, com mudanças nesta família contínuas e dependentes das fases da vida em que esta família se encontra. Assim, a complexidade é um tipo de pensamento que considera todas as influências recebidas, internas e externas, e ainda enfrenta a incerteza e a contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes. Enfatiza o problema e não a questão que tem uma solução linear. Como o homem, um ser complexo, o pensamento também assim se apresenta.³⁰

O sofrimento pode mostrar uma unidade afetiva presente em todos na família, porém, ao mesmo tempo, pode se apresentar peculiar para cada sujeito. Esse sofrimento assume múltiplas faces e está presente nos diferentes momentos durante o processo da perda.

CONCLUSÃO

Ao cuidar da família que passou por uma perda neonatal, a compreensão de que o real é complexo exige a busca pela visão do todo, rompendo com a visão simplificadora da realidade vivenciada. Dessa forma, esta reflexão teórica e filosófica aproxima a prática do cuidado da família que sofre uma perda neonatal com os pressupostos da complexidade de Edgar Morin.

Para a articulação entre a complexidade e a perda neonatal, é necessário entender o cuidado como algo que vai além, oferecido de forma integral, mergulhado em conhecimentos científicos e aceitando as influências sofridas pela família, por meio de suas relações com os outros e consigo mesma. É um cuidado sem preconceitos e julgamentos, com o objetivo de entender o

O cuidado à família diante da perda neonatal...

indivíduo/família como ser único, completo e complexo.

Ao recorrer à complexidade, o objetivo deste trabalho é melhor compreender a condição da família e, em consequência, impedir a estruturação de cuidados fragmentados na situação da perda de um recém-nascido. Assim, considerando a complexidade da situação da perda de um filho e as necessidades de se aprimorar a comunicação e a assistência nesta situação, busca-se o significado da perda, a fim de aprimorar a abordagem das famílias que vivenciam esta experiência.

O fenômeno da perda neonatal envolve múltiplas dimensões, em um momento peculiar na vida da família, exigindo demandas específicas, inseridas em um contexto familiar e social, além do convívio cotidiano com diferentes profissionais. Diante dessa vertente, poderão ser apontados elementos que levem à reflexão sobre a construção de práticas de cuidar condizentes com a complexidade da condição humana.

Há a necessidade de ser cauteloso em relação ao cuidar da família que sofreu uma perda neonatal, para que não se criem padrões de cuidado, considerando sempre as particularidades do cuidado diante da perda, sem perder de vista as peculiaridades da condição humana que se fazem presentes para além de qualquer situação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Newborns: reducing mortality [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2015 June 01]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>
2. Woodroffe I. Supporting bereaved families through neonatal death and beyond. Semin Fetal Neonatal Med. 2013 Apr;18(2):99-104. Doi: [10.1016/j.siny.2012.10.010](https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.10.010)
3. Cortezzo DE, Sanders MR, Brownell EA, Moss K. End-of-life care in the neonatal intensive care unit: experiences of staff and parents. Am J Perinat. 2015 July; 32(08):713-24. Doi: [10.1055/s-0034-1395475](https://doi.org/10.1055/s-0034-1395475)
4. Simwaka ANK, Kok B, Chilemba W. Women's perceptions of Nurse-Midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe, Malawi: An exploratory study. Malawi Med J. 2014 Mar; 26(1): 8-11. PMID:24959318
5. Fenstermacher K, Hupcey JE. Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. J Adv Nurs. 2013 Nov; 69(11):2389-400. Doi: [10.1111/jan.12119](https://doi.org/10.1111/jan.12119)

6. Cacciatore J. References in Psychological effects of stillbirth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2013 Apr; 18(2): 76-82. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2012.09.001>
7. Wool C. State of the science on perinatal palliative care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013 May/June; 42(3):372-82. Doi: [10.1111/1552-6909.12034](http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12034)
8. Scarton J, Poli G, Kolankiewicz ACB, Piovesan CL, Scarton J, Poli AG. Nursing: death and dying in a pediatric and neonatal intensive care unit. *J Nurs UFPE [Internet].* 2013 Oct [cited 2016 July 12]; 7(10): 5929-37. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3324/pdf_3618
9. Wool C. Clinician perspectives of barriers in perinatal palliative care. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2015 Jan/Feb; 40(1): 44-50. Doi: [10.1097/NMC.0000000000000093](http://dx.doi.org/10.1097/NMC.0000000000000093)
10. Donovan LA, Wakefield CE, Russell V, Cohn RJ. Hospital-based bereavement services following the death of a child: a mixed study review. *Palliat Med.* 2015 Mar; 29(3):193-210. Doi: [10.1177/0269216314556851](http://dx.doi.org/10.1177/0269216314556851)
11. Silva LCSP, Valença CN, Germano RM. Phenomenologic study about experiences when living the death in the neonatal critical care unit. *Rev Bras Enferm.* 2010 Sept/Oct;63(50): 770-774. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500012>
12. Souza LF, Misko MD, Silva L, Poles K, Santos MR, Bousso RS. Dignified death for children: perceptions of nurses from an oncology unit. *Rev Esc Enferm USP.* 2013 Feb; 47(1): 30-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100004>
13. English NK, Hessler KL. Prenatal birth planning for families of the imperiled newborn. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013 May/June;42(3):390-9. Doi: [10.1111/1552-6909.12031](http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12031)
14. Brooten D, Youngblut JM, Seagrave L, Caicedo C, Hawthorne D, Hidalgo I, Roche R. Parent's perceptions of health care providers actions around child ICU death: what helped, what did not. *Am J Hosp Palliat Care.* 2013 Feb; 30(1): 40-9. Doi: [10.1177/1049909112444301](http://dx.doi.org/10.1177/1049909112444301)
15. Wool C, Côté-Arsenault D, Perry Black B, Denney-Koelsch E, Kim S, Kavanaugh K. Provision of services in perinatal palliative care: a multicenter survey in the United States. *J Palliat Med.* 2016 Mar;19(3):279-85. Doi: [10.1089/jpm.2015.0266](http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2015.0266)
16. Mancini A, Kelly P, Bluebond-Langner M. Training neonatal staff for the future in neonatal palliative care. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2013 Apr; 18(2):111-5. Doi: [10.1016/j.siny.2012.10.009](http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2012.10.009)
17. Jonas-Simpson C, Pilkington FB, MacDonald C, McMahon E. Nurses' experiences of grieving when there is a perinatal death. *SAGE Open.* 2013; 3(2):1-11. Doi: [https://doi.org/10.1177/2158244013486116](http://dx.doi.org/10.1177/2158244013486116)
18. Bousso RS. The complexity and simplicity of the experience of grieving. *Acta Paul Enferm [Internet].* 2011 [cited 2017 Jan 15]; 24(3):7-8. Available from: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDOI/3955/The%20complexity%20and%20simplicity%20of%20the%20experience%20of%20grieving.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
19. Peng N, Chen CH, Huang LC, Liu HL, Lee MC, Sheng CC. The educational needs of neonatal nurses regarding neonatal palliative care. *Nurse Educ Today.* 2013 Dec; 33(12):1506-10. Doi: [10.1016/j.nedt.2013.04.020](http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.04.020)
20. Bousso RS. Um tempo para chorar: a família dando sentido à morte prematura do filho [Livre- docência] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006 [cited 2017 Jan 18]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-27092006-104500/pt-br.php>
21. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 4th ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.
22. Morin E. A cabeça bem feita. 5th ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
23. Morin E. Ciência com consciência. 8th ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.
24. Menossi, MJ. O cuidado do adolescente com câncer: a perspectiva do pensamento complexo. [tese] [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009 [cited 2017 Jan 17]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/22133/tde-09032010-165150/pt-br.php>
25. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2nd ed. São Paulo: Cortez; 2011.
26. Menossi MJ, Zorzo JCC, Lima RAG. The dialogic life-death in care delivery to adolescents with câncer. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012 Jan/Feb; 20(1):126-34. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100017>
27. Santos SSC. Education in nursing and the complexity. *Contexto educação.* 2005; 20 (74/75):103-17. Doi: <http://dx.doi.org/10.21527/2179-1309.2005.73-74.103-117>

Ichikawa CRF, Sampaio PSS, Sá NN de et al.

O cuidado à família diante da perda neonatal...

28. Morin E. O método 6: ética. 3rd ed. Porto Alegre: Sulina; 2007.

29. Santos SSC. Teaching of gerontogeriatric nursing and complexity. Rev Esc Enferm USP. 2006 June;40 (2):228-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200011>

30. Morin E. O método II: a vida da vida. 4th ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.

Submissão: 28/05/2017

Aceito: 27/10/2017

Publicado: 01/12/2017

Correspondência

Carolliny Rossi de Faria Ichikawa
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Universidade de São Paulo/USP
Escola de Enfermagem
CEP: 05403-000 – São Paulo (SP), Brasil