

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

INDAYÁ DA SILVA MACHADO FREIRE FRANCO

MORTE E LUTO EM CUIDADOS PALIATIVOS: VIVÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**JOÃO PESSOA - PB
2019**

INDAYÁ DA SILVA MACHADO FREIRE FRANCO

MORTE E LUTO EM CUIDADOS PALIATIVOS: VIVÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como exigência para obtenção do título de Especialista em Cuidados Paliativos.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Emília Limeira Lopes

João pessoa - PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F825m Franco, Indaya da Silva Machado Freire.
MORTE E LUTO EM CUIDADOS PALIATIVOS: VIVÊNCIA DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE / Indaya da Silva Machado Freire
Franco. - João Pessoa, 2019.
0 f.

Orientação: MARIA EMILIA LIMEIRA LOPES LOPES.
TCC (Especialização) - UFPB/CCS.

1. Cuidados paliativos; Cuidados paliativos na termin.
I. LOPES, MARIA EMILIA LIMEIRA LOPES. II. Título.

UFPB/BC

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Cuidados Paliativos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como exigência para obtenção do título de especialista.

Apresentado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Emília Limeira Lopes
Orientadora

Prof^a Dr^a Jaqueline Brito Vidal Batista
Membro Titular

Prof^a Ms Mayara Limeira Freire
.....
Membro Titular

.....
Prof^a Ms Carla Braz Evangelista

João Pessoa - PB

2019

RESUMO

Objetivo: Analisar o discurso de profissionais da Saúde sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos, no momento da morte e luto da família. **Métodos:** Pesquisa de campo, de natureza qualitativa, realizada com dez profissionais da Saúde, vinculados a dois hospitais de João Pessoa, Paraíba. **Resultados:** A análise dos depoimentos mostra a compreensão dos profissionais sobre a morte, revela os sentimentos e a assistência paliativa deles no momento da morte, além de identificar a assistência à família e as dificuldades enfrentadas no momento do luto. **Conclusão:** O estudo evidenciou lacunas no conhecimento dos profissionais da Saúde acerca do processo de morte e de luto, sendo necessário incentivar a implementação da educação continuada nos serviços de cuidados paliativos, voltada à educação para a morte, a fim de que eles possam compreender as dimensões desta e proporcionar ao paciente e família melhor assistência no exercício de sua profissão.

DESCRITORES: Cuidados paliativos; Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Morte; Luto; Profissionais da saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the discourse of nursing professionals regarding the care of patients under palliative care at the time of death and family mourning. **Methods:** Field research, of qualitative nature, carried out with ten nursing professionals linked to two hospitals in João Pessoa, Paraíba. **Results:** The analysis of the statements has shown the understanding of death of professionals, revealing their feelings and palliative care at the time of death, in addition to identifying family care and the difficulties faced during mourning. **Conclusion:** The research has shown gaps with regard to the knowledge of nursing professionals concerning the process of death and mourning, making clear the need for encouraging the implementation of continuing education in palliative care services, focused on education to better understand the meaning of death in its dimensions, and to provide both patient and family with better assistance concerning the exercise of their profession.

DESCRIPTORS: Palliative care; Hospice care; Death; Bereavement; Health personnel.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el discurso de profesionales de la Salud sobre el cuidar de pacientes en cuidados paliativos, en el momento de la muerte y duelo de la familia.

Métodos: Investigación de campo, de naturaleza cualitativa, realizada con diez profesionales de la Salud, vinculados a dos hospitales de João Pessoa, Paraíba. **Resultados:**

El análisis de las declaraciones muestra la comprensión de los profesionales sobre la muerte, revela los sentimientos y la asistencia paliativa de los mismos en el momento de la muerte, además de identificar la asistencia a la familia y las dificultades enfrentadas en el momento del duelo. **Conclusión:** El estudio evidenció lagunas en el conocimiento de los profesionales de la Salud acerca del proceso de muerte y duelo, siendo necesario incentivar la implementación de la educación continuada en los servicios de cuidados paliativos, volteada a la educación para la muerte, a fin de que ellos puedan comprender las dimensiones de esta y proporcionar al paciente y familia mejor asistencia en el ejercicio de su profesión.

DESCRIPTORES: Cuidados paliativos; Cuidados paliativos al final de la vida; Muerte Aflicción; Personal de salud.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 MÉTODO	12
3 RESULTADOS	13
4 DISCUSSÃO	18
5 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	21
APÊNDICES	24
APÊNDICE A	25
APÊNDICE B	27
ANEXOS	29
ANEXO A - PARECER DO CEP	30
ANEXO B - NORMAS DA REVISTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	32

**MORTE E LUTO EM CUIDADOS PALIATIVOS: VIVÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DEATH AND MOURNING IN PALLIATIVE CARE: THE EXPERIENCE OF HEALTH
PROFESSIONAL
MUERTE Y LUTO EN CUIDADOS PALIATIVOS: LA EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE
LA SALUD**

RESUMO

Objetivo: Analisar o discurso de profissionais da Saúde sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos, no momento da morte e luto da família. Métodos: Pesquisa de campo, de natureza qualitativa, realizada com dez profissionais da Saúde, vinculados a dois hospitais de João Pessoa, Paraíba. Resultados: A análise dos depoimentos mostra a compreensão dos profissionais sobre a morte, revela os sentimentos e a assistência paliativa deles no momento da morte, além de identificar a assistência à família e as dificuldades enfrentadas no momento do luto. Conclusão: O estudo evidenciou lacunas no conhecimento dos profissionais da Saúde acerca do processo de morte e de luto, sendo necessário incentivar a implementação da educação continuada nos serviços de cuidados paliativos, voltada à educação para a morte, a fim de que eles possam compreender as dimensões desta e proporcionar ao paciente e família melhor assistência no exercício de sua profissão.

DESCRITORES: Cuidados paliativos; Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Morte; Luto; Profissionais da saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the discourse of nursing professionals regarding the care of patients under palliative care at the time of death and family mourning. **Methods:** Field research, of qualitative nature, carried out with ten nursing professionals linked to two hospitals in João Pessoa, Paraíba. **Results:** The analysis of the statements has shown the understanding of death of professionals, revealing their feelings and palliative care at the time of death, in addition to identifying family care and the difficulties faced during mourning. **Conclusion:** The research has shown gaps with regard to the knowledge of nursing professionals concerning the process of death and mourning, making clear the need for encouraging the implementation of continuing education in palliative care services, focused on education to better understand the meaning of death in its dimensions, and to provide both patient and family with better assistance concerning the exercise of their profession.

DESCRIPTORS: Palliative care; Hospice care; Death; Bereavement; Health personnel.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el discurso de profesionales de la Salud sobre el cuidar de pacientes en cuidados paliativos, en el momento de la muerte y duelo de la familia.

Métodos: Investigación de campo, de naturaleza cualitativa, realizada con diez profesionales de la Salud, vinculados a dos hospitales de João Pessoa, Paraíba.

Resultados: El análisis de las declaraciones muestra la comprensión de los profesionales sobre la muerte, revela los sentimientos y la asistencia paliativa de los mismos en el momento de la muerte, además de identificar la asistencia a la familia y las dificultades enfrentadas en el momento del duelo. **Conclusión:** El estudio evidenció lagunas en el conocimiento de los profesionales de la Salud acerca del proceso de muerte y duelo, siendo necesario incentivar la implementación de la educación continuada en los servicios de cuidados paliativos, volteada a la educación para la muerte, a fin de que ellos puedan comprender las dimensiones de esta y proporcionar al paciente y familia mejor asistencia en el ejercicio de su profesión.

DESCRIPTORES: Cuidados paliativos; Cuidados paliativos al final de la vida; Muerte Aflicción; Personal de salud.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são uma modalidade de cuidado que propicia uma elevação na qualidade de vida de pacientes com doenças que ameaçam a vida, promovendo a prevenção e alívio do sofrimento nos níveis físico, psíquico, emocional e espiritual.¹

Estudo² afirma que os profissionais da saúde em geral não se sentem preparados para lidar com essa situação. Destaca algumas razões como estágios avançados de doenças como o câncer — consideradas situações temidas por estarem atreladas ao sofrimento físico e moral, à mutilação e à morte. Outras razões para esse despreparo³ são a carência de disciplinas que, durante a formação dos profissionais da saúde, abordem a morte no contexto dos cuidados paliativos, e a falta de educação permanente nos ambientes de

trabalho em saúde, o que impede o processo de reflexão sobre o assunto para superar as dificuldades. Doutra parte, a literatura ainda é escassa, apresentando lacunas no conhecimento sobre a temática². Tudo isso contribui para o desconhecimento destes profissionais com relação à filosofia, aos princípios e às indicações dos cuidados paliativos e, conseqüentemente, insegurança para lidarem com as condutas prescritas.⁴

Acrescente-se que esse despreparo dos profissionais paliativistas se estende ao momento do luto da família, podendo acarretar-lhe prejuízos no direito de externar os seus sentimentos, pensamentos, preferências, pendências no momento da morte e do luto. Ressalte-se a necessidade de rever a formação desses profissionais e estimular a realização de treinamentos e educação continuada visando-se a uma educação para a morte, a fim de que possam lidar adequadamente com o adoecimento, com a morte e com o luto.⁵

Diante disto, ressalte-se a importância de conhecer a vivência de profissionais da saúde que assistem pacientes em cuidados paliativos, visto que tal fato possibilita uma compreensão mais aprofundada a respeito da assistência que esses pacientes e suas famílias recebem.

Este estudo teve como objetivo o de analisar o discurso de profissionais da Saúde sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos, no momento da morte e luto da família.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de campo desenvolvida com abordagem qualitativa, em dois hospitais da cidade de João Pessoa (PB, Brasil). A amostra, por conveniência, constituiu-se de dez profissionais da saúde de nível superior (três enfermeiros, três médicos, dois psicólogos e dois assistentes sociais) que assistem pacientes em cuidados paliativos. Os critérios de inclusão foram os seguintes: ter, no mínimo, um ano de atuação na assistência a pacientes em cuidados paliativos, ter interesse e disponibilidade para participar da pesquisa e estar em atividade no período da coleta de dados. Excluíram-se os profissionais que não se adequaram a esses critérios.

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2019, mediante entrevista semiestruturada, utilizando-se um roteiro que abrangeu dados de caracterização dos participantes e questões relacionadas com a vivência destes no cuidar de paciente em cuidados paliativos e de familiares, no momento da morte e luto.

Para a análise do material empírico, utilizou-se a análise de conteúdo temática, proposta por Bardin⁶, a fim de se ter acesso à essência dos discursos dos profissionais sobre o cuidar de paciente e família no contexto dos cuidados paliativos, sendo os significados agrupados em duas categorias. Visando-se garantir o sigilo e o anonimato, os participantes foram representados pela sigla PS (profissional da saúde), seguida de um numeral, considerando-se a sequência das entrevistas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob número CAAE nº 11345919.9.0000.5188, respeitando-se as observâncias éticas da pesquisa científica, contempladas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Da análise do material empírico emergiram duas categorias: Morte em cuidados paliativos: compreensão, sentimentos e cuidados; Luto em cuidados paliativos: assistência e dificuldades.

MORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: compreensão, sentimentos e cuidados

Os profissionais da saúde expressam a sua compreensão sobre a morte, relatam os sentimentos mais presentes quando estão cuidando do paciente no momento da morte e descrevem alguns cuidados com o paciente. Isso se evidencia nas falas descritas a seguir.

Na compreensão dos profissionais, a morte é uma passagem natural, inevitável, desfecho de um ciclo, reflexo da experiência de vida, conforme mostram os depoimentos:

A morte em si eu entendo como um desfecho de um ciclo. Faz parte da vida. É o processo final dela. Morrer é igual nascer porque o nascer é tão natural, é motivo de alegria; a morte vai ter os

momentos de tristeza, o luto da família, o sofrimento do próprio paciente, mas temos que encarar isso com mais naturalidade. (PS4)

Eu acho que a morte é inevitável. É um processo que todos vão passar. (PS9)

Eu acho que a morte é o começo de uma nova vida. É algo natural, algo que a gente tem medo pelo desconhecido, mas é para o outro lado do caminho, é a continuidade. A morte é o desfecho e desfechar é abrir. A morte bem trabalhada é vida. É transformador para quem cuida, para quem vai e para quem fica. (PS5)

A morte é uma coisa que é do ser humano, que é da vida na Terra, é uma passagem. É a última e grande fronteira que a gente tem pra passar. Eu entendo que a morte vai refletir o que pessoa fez em vida. (PS6)

No entanto, mesmo admitindo a ideia da morte como uma passagem e uma continuidade, outros participantes não a percebem como um processo natural, mas como perda e algo de difícil aceitação:

Eu acho que a passagem da vida pra morte nunca será natural. Eu vejo as aflições! A morte, realmente, é uma perda definitiva. Eu acredito que alguma energia permanece e que ninguém morre por definitivo. (PS7)

Meu lado consciente entende a morte como uma passagem [...] Mas não é algo fácil de aceitar. (PS2)

Os profissionais relataram sentimentos de tristeza, pesar, medo, abalo emocional, tranquilidade, conforme está demonstrado nos depoimentos:

Tristeza, porque não deu certo aquele tratamento, por vários motivos. (PS2)

Lidar com estes pacientes não me entristece, não me tira a calma, mesmo o outro manifestando pesar. Aquela história: eu estou centrado, não sinto pena, foi bom ter conhecido, compartilhado. É como se eu tivesse uma expressão de pesar da minha própria vida. (PS7)

É o medo de sofrer e eu não tenho nenhum suporte. Então, eu vou pra casa com uma carga emocional muito grande! E isso já tem muitos anos. (PS9)

Não é questão de não ser sensível, mas de saber separar, de dar o apoio espiritual, o abraço, o aperto de mão se for necessário, sem me desesperar com a situação. Hoje em dia, a minha compreensão é mais aprofundada: no momento exato, em relação ao paciente, eu fico tranquila. (PS10)

Eu fico emocionalmente abalada. Quando vejo o paciente morrendo e vejo o acompanhante, eu choro junto com eles. (PS1)

Outros ainda afirmam que os sentimentos dependem do vínculo que estabeleceram com o paciente:

Esses sentimentos dependem muito do vínculo, da minha relação com o paciente. Se for um que eu já vinha acompanhando, a gente acaba se envolvendo. (PS8)

A gente tem um contato maior com aquele paciente e, inevitavelmente, tem um apego maior. Impossível não se sensibilizar com algumas histórias. (PS4)

Quando vejo um paciente que morre de uma forma confortável porque eu cuidei, eu me sinto bem, confortável, útil, me sinto de certa forma emponderado. Eu sinto tristeza quando eu não consigo fazer aquilo que está programado, quando não dá tempo. Aí, é uma sensação de impotência absurda. O entendimento de que nem sempre é do jeito que a gente deseja. Isso é importante, porque deixa a gente mais humilde. (PS3)

Os profissionais relatam os cuidados paliativos oferecidos ao paciente no momento da morte. Alguns ressaltam o atendimento às necessidades físicas:

Primeiro, a gente foca, na necessidade do paciente, se ele está respirando: tentamos colocar o oxigênio; se está tendo reação alérgica, tenta fazer medicação antialérgica. Mas se nada disso vai resolver, então, é confortar. (PS1)

A gente está sempre preocupada com o conforto daquele paciente, com medidas que não vão prolongar o sofrimento dele. (PS4)

Outros profissionais relatam cuidados, como presença, estar junto, toque, segurar na mão, irradiar amor sobre o paciente e liberação de visitas:

Minha presença. Nesse momento, por mais que cause essas aflições, eu quero pensar que de certa forma eu aquieto alguns corações (PS7)

Eu me lembro de alguns que, mesmo sedados, eu fiquei junto, peguei na mão, tentei falar pra não ter medo, que o sofrimento

estava terminando [...] e que ele não estava sozinho, eu estava ali com ele. (PS8)

Eu já tive um paciente que estava sentindo muita dor. Eu sabia que ele ia morrer. Então, o que ele queria eu fiz: colocava ele em pé, dava o maior aconchego, porque eram os últimos momentos da vida dele. Amo minha profissão, antes de minha mão tocar, o amor que tenho irradia sobre o paciente. Quando eu vejo que o momento da morte tá se aproximando, eu tento passar pra o paciente que aquele é um momento dele e Deus. (PS3)

Uma boa comunicação. Acho que isso faz parte da oferta de cuidado: oferecer a sua presença, se doar [...]. Depois vem as medidas pra o alívio. Muita gente pensa: “Ah, o controle de dor! Então, é morfina.” Morfina vem depois: o farmacológico vem muito depois do não farmacológico. O paliativista precisa ser um profissional que integra tanto as várias dimensões do sofrimento quanto as dimensões da profissão. (PS6)

Tinha a preocupação de liberar mais visitas. Eu falava com a médica que deixava autorizado, falava ao serviço social e ia liberando ao longo do plantão (PS2).

Outros, porém, alegam que, no momento da morte do paciente, se afastam, quando ele começa a apresentar os sinais de morte iminente, como uma forma de se preservar:

Se for um paciente que eu apenas passei de visita e eu comecei a perceber que ele está passando mal, cor diferenciada, mais calado, eu tento evitar, não me aproximo tanto. (PS9)

Às vezes, eu não vou visitar um paciente na enfermaria ou eu não vou visitar na emergência pra me preservar. (PS1)

CATEGORIA II - LUTO EM CUIDADOS PALIATIVOS: assistência e dificuldades

Nesta categoria, os profissionais descreveram os cuidados a que eles procedem com as famílias enlutadas e relataram algumas dificuldades que enfrentam no momento do luto. A assistência acontece enquanto o corpo do paciente está no hospital e não há um acompanhamento sistemático do luto.

Eu digo à família que chegou a hora dele, que ela (família) fez sua parte. Então, abraço [...]. São momentos de visita e não de acompanhamento do luto. (PS1)

A assistência à família ocorre, apenas enquanto o corpo está no hospital. Após esse momento, se desliga completamente. Não há um acompanhamento pós-luto. (PS10)

No luto imediato, na notícia do óbito, mas, depois que eles saem daqui, o hospital não faz esse serviço. (PS8)

Eu não posso ter uma assistência satisfatória que contemple as necessidades daquela família no momento da morte e luto, se eu não tive um acompanhamento antes. (PS4)

Alguns profissionais relatam que buscam conversar com a família, compreender a situação, dar algum suporte psicológico, abraçar, orientar as famílias no aspecto social:

Eu procuro dar assistência de uma maneira geral, mas entender que para quem fica também é muito difícil. (PS9)

A gente não sabe se tá fazendo certo, se tá fazendo errado. Às vezes, não tem o que dizer. É só abraçar. (PS2)

Muitas vezes, a gente é psicólogo, assistente social para as famílias, segura o choro, tenta ser forte pra passar força. (PS3)

Quando o paciente vem a óbito, eu tento suavizar, levar essa compreensão pra família. (PS7)

Eu penso no luto no momento do diagnóstico. A principal coisa que eu posso dar pra família no momento do luto, antes da morte, é tempo. Vou permitir que eles trabalhem o luto deles com a presença dessa pessoa (paciente). Após a morte, envolve o ato de estar presente e ouvir o que precisa ser ouvido. O paliativista precisa entender que o luto faz parte e permitir o luto. (PS6)

Os participantes da pesquisa evidenciaram algumas dificuldades enfrentadas no momento de assistir a família na experiência do luto:

Não há esse momento do luto com a família. O hospital acompanha até o momento da morte. Para o pós-luto, nós não temos nem espaço. A gente como profissional se sente muito impotente. O número de profissionais atuando é mínimo. (PS9)

E dependendo do horário, a "coisa" fica mais complicada, principalmente à noite, finais de semana e feriados, porque não há psicólogos, assistentes sociais para acompanhar os familiares. (PS10)

A gente não domina muito o que é certo ou errado nesse momento. E o vínculo que eles (familiares) criam às vezes não é o mesmo que o meu. A equipe de saúde, de uma forma geral, deveria ser melhor preparada pra lidar com essas situações. É até cruel "jogar" essas pessoas pra lidar com aquilo e aprender na prática. E o profissional que está lidando, deveria ser acompanhado também. (PS2)

Alguns aceitam, quando passa muito tempo em sofrimento. Mas, quando é uma doença fulminante, rápida, não aceitam. A não aceitação é a maior dificuldade. (PS3)

A relação com estes pacientes em estado terminal também tem uma contrapartida pra mim. (PS7)

Tem família que tem o conceito de que a boa morte é estar na UTI e tem família que aceita a proposta de um pouco mais de conforto. Então, aceita que vá pra o apartamento, tira da UTI, extuba, para de fazer diálise e vem todo mundo, reza e tudo mais. Então, as principais dificuldades partem por família que não tem o mesmo entendimento de uma boa morte que você. Outra dificuldade é no entendimento de cuidado paliativo pelo profissional. (PS6)

DISCUSSÃO

Os relatos dos profissionais da saúde evidenciaram que a maioria compreende a morte como um processo natural inerente ao ser humano. No entanto, esta percepção é bastante confusa. A vivência desse mesmo profissional no acompanhamento ao paciente no desfecho da morte passa a ser uma observação à distância ou uma experiência trazida de sua vida pessoal, longe de ser a vivência ao lado daquele que é o seu paciente.

Os sentimentos desses profissionais ficam suprimidos, gerando desconforto e dificuldades no exercício de sua profissão. Sentimento de impotência, tristeza, medo de apegar-se e o de sofrer criam uma couraça, onde as emoções naturais não são vivenciadas nem compartilhadas.

Os profissionais de forma geral mostram-se apáticos a esses momentos, por não se permitir fazer vínculo. Com isso, perdem oportunidades valiosas de ouvir a história de vida daquele paciente mediante uma escuta psicológica assertiva que possibilitaria uma melhor aplicação das terapêuticas medicamentosas e a condução da espiritualidade, abrangendo os pilares dos cuidados paliativos.

Essa conduta revela um mecanismo de defesa inconsciente de negação, o qual protege do sofrimento e da dor, os profissionais. Estudo⁷ ressalta que a resistência a assuntos sobre a morte e a cultura de negação em torno dela repercutem de forma negativa nos profissionais da saúde, sendo comum a presença de mecanismos de defesa, como negação,

resistência e despersonalização, contribuindo para a fragilidade emocional e despreparo desses profissionais. Isto pode culminar em adoecimento psíquico ou esgotamento, sendo necessárias formas eficazes que os auxiliem a elaborar os seus processos de luto e a reivindicar melhorias nas condições de trabalho individuais e coletivas.

A finitude do ser humano, no contexto dos cuidados paliativos, demanda dos profissionais da saúde uma capacidade para lidarem com equilíbrio, em tal situação, com o cuidar de paciente e família, numa proposta de integralidade. Diante da complexidade das questões que envolvem o processo de morte e morrer, estudo² ressalta a necessidade de falar sobre a morte e produzir conhecimento sobre ela, para se aprender a lidar profissionalmente com a morte, tal como se lida com o nascimento, visto que é responsabilidade dos profissionais cuidar tanto daquele que está para nascer como daquele que está para morrer.

A formação dos profissionais da saúde precisa ser revista, para que formandos e profissionais possam, através do processo educativo, fazer o exercício de pensar, problematizar e modificar conhecimentos, sentimentos, valores e práticas que, de forma negativa, ainda representam a morte. Desse modo, desenvolver-se-ão competências e habilidades que possibilitem o planejamento de ações com base nas necessidades de cuidado de cada paciente e família.⁸

A assistência ao paciente e à família enlutada ocorre de forma empírica. Percebe-se nos relatos dos profissionais que, quando se faz um vínculo com o paciente ou familiares, essa assistência empírica acontece de forma pontual, ou seja, no momento da morte do paciente até o corpo sair do hospital. A assistência dos profissionais da saúde às famílias é feita com um tanto de insegurança e medo de errar, gerando angústias e, por vezes, sentimento de culpa, por não se acharem preparados.

Os profissionais ainda expressam a sensação de impotência devido à falta de treinamento, de um espaço físico adequado para essa assistência e à escassez de

profissionais nos finais de semana e nos feriados, o que gera uma enorme lacuna no processo da assistência à família enlutada.

Os cuidados paliativos permitem uma assistência integral ao paciente e à família, desde o diagnóstico da doença ameaçadora da vida até o luto.⁰⁹⁻¹⁰ A promoção de uma morte digna ocorre quando a equipe de saúde tem a capacidade de acolher, amparar e auxiliar o doente e família, mediante escuta ativa e carinho diante da situação. Logo, os profissionais deverão ser sensíveis e esclarecer as dúvidas dos pacientes e familiares, encorajando-os a tomar atitudes positivas no processo de morte e de luto.⁰⁹

Os cuidados paliativos deverão estender-se após a morte do paciente, de modo que ofereçam suporte à família no processo de luto.¹¹ Como já foi dito, o luto é uma reação natural diante da perda de um ente querido. Portanto, a pessoa que o vivencia necessita de assistência para que retome a vida de modo saudável e possa compreender a morte como algo natural.⁰⁹ Isto porque, no contexto dos cuidados paliativos, as “mortes” começam a acontecer no momento do diagnóstico, quando o paciente recebe a notícia que está com uma doença grave, crônica. Nesse momento, algo começa a morrer. Inicia-se o luto antecipatório: nas várias fases vivenciadas, ele faz-se presente.

Trata-se de um fenômeno que se revela na própria experiência daquele que se encontra nessa situação, podendo apresentar falta de sentido da vida, dor e uma “ambiguidade vivida na presença-ausente” do outro.¹²

Estudo evidencia que, no luto antecipatório, independente da doença do paciente, o familiar apresenta uma condição emocional que requer uma intervenção profissional, no sentido de identificar as suas necessidades que podem se apresentar no âmbito físico, emocional ou social.¹³

Em cuidados paliativos, é essencial uma aproximação dos profissionais com a família enlutada – o que os permite conhecer a história de vida dela e oferecer-lhe uma escuta qualificada. Desse modo, haverá condições de planejar e implementar ações que possibilitem atender as suas necessidades e aliviar o sofrimento: educação em saúde,

estratégias para o enfrentamento, interação com a espiritualidade e com a religião. Tudo isso são instrumentos viáveis e minimizadores do sofrimento entre os familiares cuidadores.¹⁴

É urgente uma política de treinamento e capacitação para esses profissionais poderem lidar com as nuances de morte e luto, no sentido de perceber o que é cuidado paliativo para a família em questão e adequar-se às crenças dessa família, para que a assistência ao luto possa ser ofertada sem violentar esses valores, e a equipe de saúde tenha um entendimento assertivo e alinhado do que significa cuidado paliativo e conheça a forma aplicá-lo.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo mostraram que os profissionais da saúde não possuem o preparo necessário para lidar com as diversas situações que ocorrem no processo de morte e luto, o que acarreta prejuízos na assistência prestada a paciente e família.

Morte e luto são vivências estruturantes ao ser humano. Necessitam de um bom acompanhamento para atravessar essa fase sem percalços nem somatizações. A equipe de saúde deve ser capacitada para tal assistência desde o momento do diagnóstico, abrindo caminhos, construindo pontes para que o paciente possa chegar a essa fase o mais leve possível, na vivência da boa morte e – por que não dizer? – no bom luto: o luto digno e saudável.

Este estudo apresentou limitação, por não ter contemplado na amostra outros profissionais, como os nutricionistas, os fisioterapeutas e os fonoaudiólogos, o que impediu uma análise sobre a vivência desses profissionais no cuidar de paciente e família, no processo de morte e luto em cuidados paliativos.

Espera-se que este estudo possa contribuir para um maior conhecimento sobre a vivência de profissionais da saúde, na assistência paliativa e nas dificuldades por eles enfrentadas no momento da morte e do luto. Sugere-se que novas pesquisas possam ser

desenvolvidas nesta área, a fim de se avaliar a vivência da equipe de cuidados paliativos no cuidar de paciente e família.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Definition of palliative care. 2019 [cited 2019 jul 11]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
2. Lima R, Borsatto AZ, Vaz DC, Pires ACF, Cypriano VP, Ferreira MA. A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. REME rev min enferm [Internet]. 2017 [cited 2019 fev 09];21:e-1040. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1178>.
3. Luiz MM, Netto JJM, Vasconcelos AKB, Brito M da CC. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online) [Internet]. 2018 [cited em 2019 fev 09];10(2):585-92. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5051/pdf_.
4. Cezar VS, Castilho RK, Reys KZ, Rabin EG, Waterkemper R. Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma Proposta de Pesquisa-Ação. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online) [Internet]. 2019 [cited 2019 jul 11]; 11(n. esp):324-32. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6538/pdf_1
5. Liberato R. O luto do profissional de saúde: a visão do psicólogo. In: Casellato G. O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus Editorial; 2015, p. 155.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
7. Magalhães MV, Melo SCA. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. Psicol Saúde Debate [Internet]. 2015 [cited 2019 ago 20];1(1):65-77. Available from: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7/5>
8. Carvalho KK de, Lunardi VL, Silva PA da, Vasques TCS, Amestoy SC. (Des)cuidado na terminalidade, cuidados paliativos e a necessária reforma do pensamento. 2016. Rev

enferm UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2019 ago 07];10(7):2720-30. Available from:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11333/13034>

9. Fernandes MA, Platel IC dos S, Costa SFG da, Santos FS, Zaccara AAL, Duarte MCS. Cuidados paliativos e luto: compreensão de médicos residentes. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online) [Internet]. 2015 [cited 2019 ago 07]; 7(1):1808-19. Available from:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3458/pdf_1409.

10. Fernandes MA, Costa SFG da, Morais GS da N, Duarte MCS, Zaccara AAL, Batista OS de S. Cuidados paliativos e luto: um estudo bibliométrico. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2016 [cited 2019 ago 07];20(4):e20160102. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160102.pdf>.

11. Braz MS, Franco MHP. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. Psicol ciênc prof [Internet]. 2017 [cited 2019 ago 07];37(1):90-105. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n1/1982-3703-pcp-37-1-0090.pdf>

12. Freitas JL. Luto, pathos e clínica: uma leitura fenomenológica. Psicol USP [Internet]. 2018 [cited 2019 ago 07];29(1):50-7. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v29n1/1678-5177-pusp-29-01-50.pdf>.

13. Neto JO, Lisboa CS de M. Doenças associadas ao luto antecipatório: uma revisão da literatura. Psicol saúde doenças [Internet]. 2017 [cited 2019 ago 07];18(2):308-21. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n2/v18n2a03.pdf>.

14. Lima LES, Santana ME, Correa Júnior AJS, Vasconcelos EV. Juntos resistimos, separados caímos: vivências de familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online) [Internet]. 2019 [cited 2019 ago 07];11(4):931-6. Available from:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6756/pdf_.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARAPROFISSIONAIS DE SAÚDE

Prezado profissional,

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada **Morte e luto em cuidados paliativos**: vivência de profissionais de saúde, a ser desenvolvido pela discente do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos (HULW/CCS/UFPB) INDAYA DA SILVA MACHADO FREIRE FRANCO, sob a orientação da professora Dr^a Maria Emília Limeira Lopes. O estudo proposto tem o seguinte objetivo: Analisar o discurso de profissionais da Saúde sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos, no momento da morte e luto da família.

Este trabalho contribuirá para divulgar a importância do cuidado de profissionais de saúde ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura e sua família, principalmente, no momento da morte e luto da família. Para a realização desta pesquisa, solicitamos a sua colaboração participando deste estudo, por meio de uma entrevista individual, com a pesquisadora do trabalho.

Faz-se oportuno esclarecer, que a sua participação na pesquisa é voluntária, portanto, você não é obrigado a fornecer informações e/ou colaborar com atividades solicitadas pelas pesquisadoras, podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo, fato este que não representará qualquer tipo de prejuízo relacionado ao seu trabalho nesta instituição. Vale salientar que esta pesquisa não trará nem dano previsível a sua pessoa, visto que sua participação consistirá em uma entrevista.

A sua participação no estudo é voluntária. Portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado(a) a fornecer informações e/ou colaborar com atividades solicitadas pelas pesquisadoras, podendo solicitar sua desistência a qualquer momento da pesquisa.

No caso de desistência, o (a) senhor (a) não terá qualquer tipo de prejuízo em relação a assistência prestada ao paciente pela equipe de saúde do Serviço hospitalar. Vale salientar que esta pesquisa não trará nem dano previsível a sua pessoa, visto que sua participação será apenas uma entrevista.

É importante destacar que receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que a pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, caso venha a concordar em participar da investigação proposta, convido o (a) você conjuntamente comigo, a assinar este Termo.

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, bem como da participação da pesquisadora como entrevistadora, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, bem como concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos.

João Pessoa, / / 2019.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Endereço e telefones para contato com as pesquisadoras:

Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba-UFPB
Telefone: 83 3216 7735.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - CCS/UFPB
Telefone: 83 3216 7109.

Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB
Telefone: 83 32167064.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Idade: _____
Sexo: _____
Estado Civil: _____
Formação acadêmica: () Médico () Enfermeiro () Nutricionista () Serviço Social
() Psicólogo.
Ano de conclusão do curso de graduação: _____
Instituição: _____
Especialização: _____ área: _____
Mestrado: _____ área: _____
Doutorado: _____ área: _____
Tempo de trabalho na instituição: _____.
Setor: _____
Capacitação: _____ área: _____
Curso de atualização: _____ área: _____.

II. DADOS RELACIONADOS COM AS FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS:

Durante a graduação, você cursou alguma disciplina que abordasse o assunto cuidados paliativos? () Sim () Não.

Durante a graduação, você cursou alguma disciplina que abordasse a preparação do profissional de saúde para lidar com o fenômeno da morte de pacientes sob os seus cuidados?

() Sim () Não.

Assinale o tipo de leitura que você tem feito sobre cuidados paliativos:

() revistas () livros () periódicos científicos () informações online () outro () nenhum.

Eventos sobre Cuidados Paliativos que já participou: () Congressos () Seminários () Palestra () Outro. Especificar: _____.

Durante a graduação, realizou alguma atividade prática com pacientes em cuidados paliativos? () Sim () Não. Se afirmativo, marque a alternativa:

() estágio em hospital

() estágio em comunidade

() extensão universitária

() Outra. Especificar: _____

() Nenhuma.

III. ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual o seu entendimento acerca dos cuidados paliativos?
2. Fale-nos de sobre a sua experiência de cuidar de paciente sem possibilidade terapêutica de cura e em fase terminal.

3. Que estratégias de cuidado você utiliza no cuidar de pacientes em cuidados paliativos, na fase final de vida?
4. Qual a sua compreensão sobre a morte?
5. Fale-nos sobre o que você sente (sentimentos e emoções) ao assistir um paciente no momento da morte.
6. Fale-nos sobre o cuidado que você oferece aos pacientes em cuidados paliativos no momento da morte.
7. Fale-nos sobre o cuidado que você oferece à família de paciente em cuidados paliativos, no momento do luto.
8. Você enfrenta dificuldades no cuidar de pacientes em cuidados paliativos no momento da morte? Se afirmativo, fale-nos sobre isso.
9. Você enfrenta dificuldades no cuidar da família de pacientes em cuidados paliativos no momento do luto? Se afirmativo, fale-nos sobre isso.

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.293.764

saúde ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura e sua família, principalmente, no momento da morte e luto da família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De comum acordo com os objetivos, referencial teórico, metodologia e referências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação necessária.

Recomendações:

Divulgar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1317688.pdf	29/03/2019 12:00:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	29/03/2019 11:59:52	Maria Emilia Limeira Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	29/03/2019 11:30:41	Maria Emilia Limeira Lopes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.docx	29/03/2019 11:26:39	Maria Emilia Limeira Lopes	Aceito
Outros	instrumento.docx	29/03/2019 11:08:56	Maria Emilia Limeira Lopes	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.293.764

saúde ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura e sua família, principalmente, no momento da morte e luto da família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De comum acordo com os objetivos, referencial teórico, metodologia e referências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação necessária.

Recomendações:

Divulgar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1317688.pdf	29/03/2019 12:00:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	29/03/2019 11:59:52	Maria Emilia Limeira Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	29/03/2019 11:30:41	Maria Emilia Limeira Lopes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.docx	29/03/2019 11:26:39	Maria Emilia Limeira Lopes	Aceito
Outros	instrumento.docx	29/03/2019 11:08:56	Maria Emilia Limeira Lopes	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO B

NORMAS DA REVISTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO



FONTE: Trebuchet MS; fonte 11 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

ITÁLICO: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

NOTAS DE RODAPÉ: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ††, ‡‡, §§, †††, etc.

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo.

Simple para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO (incluindo referências):

1. Editorial - Limite máximo de 600 palavras;
2. Artigos originais - Limite máximo 4500 palavras;
3. Revisão - Limite máximo de 5000 palavras;

ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2019, uma nova etapa será inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um software irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados:

- Até 25% de plágio - será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;
- Mais de 50% de plágio - será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (Português, Inglês, Espanhol)
2. Resumo (nos 3 idiomas do título)
3. Descritores (nos 3 idiomas do título)
4. Introdução

5. Metodologia
6. Resultados
7. Discussão
8. Considerações finais/conclusão
9. Referências

OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;
- Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras “RESUMO”, “DESCRITORES”, “INTRODUÇÃO”, “MÉTODO”, “RESULTADOS”, “DISCUSSÃO”, “CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO”, “REFERÊNCIAS” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA.

TÍTULO

Deve aparecer nos 3 idiomas do Resumo;

Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

RESUMO

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Inclui: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido;

Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: CAIXA ALTA E EM NEGRITO;

Inserir 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta;

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) → <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descriptor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH) → www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRITORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

INTRODUÇÃO

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

METODOLOGIA

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a importância da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

RESULTADOS

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

Limite máximo de 30 referências;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação;

Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências

Tabelas e quadros

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura

Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;

Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela

Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis.

Utilizar fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento simples entre linhas.

O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, sem negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

Exemplo 1: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (Sem ponto final)

Exemplo 2: Tabela 1 - Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes¹.

2) Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: 8-10 - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: 8,10 - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

3) Citação direta com até três linhas

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:13 - a informação se refere à referência 8, página 13.

4) Citação direta com mais de três linhas

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Trebuchet MS 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: (8:345-6) o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

5) Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Trebuchet 11, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2