

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**MORTE E O MORRER: SENTIMENTOS DOS  
PROFISSIONAIS DA SAÚDE DIANTE DO PACIENTE  
TERMINAL**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
-MODALIDADE ARTIGO PUBLICÁVEL-**

**Daynah Waihrich Leal Giaretton**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2013**

# **MORTE E O MORRER: SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DIANTE DO PACIENTE TERMINAL**

por

Daynah Waihrich Leal Giaretton

Trabalho final de conclusão – modalidade artigo publicável –apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase em Hemato-Oncologia.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Teresinha Weiller.**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2013**

**Universidade Federal de Santa Maria**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**MORTE E O MORRER: SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE  
DIANTE DO PACIENTE TERMINAL**

Elaborado por  
**DAYNAH WAIHRICH LEAL GIARETTON**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de  
Saúde, ênfase em Hemato-Oncologia.**

**Comissão Examinadora:**

  
TERESINHA HECK  
WEILLER

  
ALINE BIN

  
FABIO BECKER PIRES

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

## **MORTE E O MORRER: SENTIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DIANTE DO PACIENTE TERMINAL**

Daynah Waihrich Leal Giaretton, Thamires Graciela Flores, Izabella Fagundes, Kauana Flores, Teresinha Weiller.

### **Resumo**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima, para o ano de 2030, 27 milhões de casos novos e 17 milhões de mortes por câncer (INCA, 2011). O presente estudo apresenta os sentimentos de 85 trabalhadores da rede de atenção básica de saúde e da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), do município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, sobre a morte. Estar em contato com a morte traz implicações e reflexões para os profissionais da saúde a respeito da finitude (RODRIGUES; ZAGO, 2012). Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva (BARDIN, 1995), realizada através de entrevistas e posterior análise das categorias. Conclui-se que a falta de preparo dos profissionais frente à morte e a difícil aceitação do fim da vida, causa impotência aos trabalhadores. O sofrimento intenso é observado na fala de muitos entrevistados. Já os sentimentos moderados de frustração, ansiedade, tristeza, dor, compaixão e pena são citados por 35 profissionais. Esses refletem no equilíbrio ao se deparar com a morte. Para que a morte do outro, espelhada em si mesmo, seja presenciada dentro dos limites de sofrimento individuais.

**Palavras-chave:** doente terminal, morte, emoções e profissionais.

### **ABSTRACT**

The World Health Organization (WHO) estimates, for the year 2030, 27 million new cases and 17 million cancer deaths (INCA, 2011). This study presents the feelings of 85 workers of primary health care network and emergency care unit (UPA), from the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul, about death. Being in contact with death brings implications and reflections for health professionals about the end of life (RODRIGUES; ZAGO, 2012). This is a qualitative descriptive study (BARDIN, 1995), that used interviews and subsequent analysis of the issues. We conclude that the lack of staff training about death and hard acceptance of the end of life, cause impotence workers. The intense suffering is observed in the speech of many interviewees. Moderate feelings of frustration, anxiety, sadness, pain, compassion and pity are cited by 35 professional. These reflect in the balance when faced with death. So that the death of another, mirrored in itself, be witnessed within the limits of individual suffering.

**Keywords:** terminal patient, death, emotions, professional.

## INTRODUÇÃO

O câncer é um problema que causa bastante preocupação para os órgãos públicos e a população em geral, pois a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima, para o ano de 2030, 27 milhões de casos novos, 17 milhões de mortes por câncer, com maior incidência nos países emergentes. Essa ascensão da incidência e da mortalidade tem como principal fator o envelhecimento populacional. Sendo, a segunda causa de morte no mundo (INCA, 2011).

O homem na contemporaneidade, caracterizada pela valorização do conhecimento científico imerso no contexto capitalista e materialista, busca respostas invisíveis para a morte e simultaneamente anseia por tecnologias fúteis para retardar o fenômeno natural do morrer (MONTANARI; OLIVEIRA, 2010).

A morte por ser integrante do ciclo de vida humano é uma certeza absoluta e a aceitação dela por parte do paciente, da família e equipe de saúde facilita os cuidados paliativos, e esses, não aceleram e nem adiam a morte. E é através da escuta, da comunicação, da atenção e tecnologias medicamentosas que se busca auxiliar no alcance do conforto (OLIVEIRA et. al., 2010). A filosofia paliativista parte da ideia que se não é possível curar, é possível cuidar. Consiste em uma tecnologia leve e de grande impacto interpessoal no resgate da humanização nas ações em saúde (BORGES; MENDES, 2012).

A figura do cuidador é central quando se pensa em tecnologia leve, porque ela implica nos saberes e na capacidade da tomada de decisão do profissional na relação com o usuário. Esta relação é estabelecida de maneira respeitosa, singular, subjetiva e através de vínculos permeados de sentimentos para atender o usuário conforme as suas necessidades (MALTA; MERHY, 2010).

O Código de Ética Médica no artigo XXII, afirma que nas situações clínicas irreversíveis e terminais o profissional de saúde responsável pelo paciente evitará procedimentos diagnósticos e terapêuticos supérfluos e propiciará aos atendidos os cuidados paliativos adequados para a situação (CFM, 2009).

A morte representa a interrupção definitiva da vida e o morrer o intervalo em que a patologia se torna irreversível e a letalidade o resultado da mesma (AZEREDO et. al., 2011).

O fato de estar diante da morte têm implicações para os profissionais da saúde, como: o confronto com a morte do outro, o cuidado direto com o paciente terminal, o Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

contato com a própria finitude e as perdas e lutos vividos individualmente e/ou coletivamente pelos membros da equipe de saúde. O que faz daquelas gerar reflexões e sentidos para o profissional que está em um constante aprendizado, a respeito dos sofrimentos diante das perdas, do autoconhecimento, da sensibilidade e da compaixão frente ao outro e do aprimoramento de estratégias para o enfrentamento da transição da vida para a morte (RODRIGUES; ZAGO, 2012).

Estudo (RODRIGUES; ZAGO, 2012) mostra que é no óbito do outro que é possível refletir e buscar definições que tentam significar o fenômeno do morrer. Um dos possíveis significados abrange a religiosidade, com suas diversificadas crenças, sentidos, identidades e disposições éticas que podem constituir sistemas de referências estruturantes nos seres humanos.

Não se podem desvalorizar os vários recursos disponíveis na tentativa de manutenção e recuperação da vida, mas também se faz necessário discutir e abrir espaço para novas reflexões sobre o assunto da morte (SALOMÉ; CAVALI; ESPÓSITO, 2009).

O óbito (SALOMÉ; CAVALI; ESPÓSITO, 2009) pode ser entendido pela vivência dos profissionais da saúde através da expressão de sentimentos diante da terminalidade do outro, essas emoções despertadas incluem a sensação de fracasso, perda, impotência, tristeza e medo. A equipe de saúde é composta por pessoas que expressam suas limitações e emoções na rotina de trabalho. Pois, se trata de uma situação em que o ser humano luta constantemente com suas defesas na tentativa de distanciar-se do inevitável contato com a morte.

Muito se escreve a respeito do paciente terminal e a família, mas pouco se pesquisou sobre os profissionais e suas dificuldades em explicar sobre o tema morte (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011). Existem vários trabalhos que esboçam as atitudes dos profissionais de enfermagem e docentes frente ao processo de morrer, porém poucos relacionam os sentimentos da equipe multiprofissional frente aos familiares e pacientes acerca do tema (MARQUES et. al., 2011).

O presente artigo apresenta os sentimentos dos trabalhadores da rede de atenção básica de saúde e da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), do município de Santa Maria, sobre a morte.

Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

## METODOLOGIA

Esse trabalho é resultado do projeto de intervenção realizado por ocasião da Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, na área de concentração em Hemato-Oncologia.

O estudo, apresentado a seguir, tem como trajetória quatro momentos. O primeiro momento de pré-diagnóstico realizado com a escolha do município pesquisado, essa se deu a partir da observação empírica efetuada por ocasião da atuação na condição de residentes na área de concentração de Hemato-Oncologia, junto a um hospital universitário de referência estadual para tratamento oncológico. Dentre os municípios da área de atuação, destaca-se Santa Maria por ser o município com maior concentração populacional, de 261.027 habitantes (IBGE, 2011). Ao tomar o município de Santa Maria como unidade para desenvolver o projeto de intervenção, se objetivou desencadear a construção da linha de cuidado de pacientes oncológicos terminais, verificou-se que as procedências dos pacientes oncológicos no hospital eram das regiões administrativas Centro e Oeste. A escolha da região oeste para esta pesquisa se deve ao fato da mesma possuir uma rede de atenção básica estruturada.

O segundo momento compreende a etapa de diagnóstico que buscou identificar os sentimentos dos profissionais de saúde vinculados às equipes da atenção básica, formadas por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), da região oeste de Santa Maria e Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) dessa cidade, no estado do Rio Grande do Sul, diante do acompanhamento de pacientes oncológicos em estágio terminal.

Os profissionais do estudo foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. Os benefícios da participação consistiram na possibilidade de valorização dos mesmos diante da atuação em cuidados paliativos aos pacientes oncológicos sem possibilidade terapêutica. A participação na pesquisa não representou qualquer risco de ordem física ou psicológica. Os envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I) e receberam uma via do mesmo com informações para acesso aos pesquisadores, sendo-lhes assegurado o direito de retirar-se da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo, prezando sempre a autonomia das pessoas.

Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

A coleta de dados foi feita através da realização de entrevistas semi-estruturadas (ANEXO II), constituídas por dez questões abertas sobre os conhecimentos da equipe de saúde a respeito dos cuidados paliativos e cuidados domiciliares. O presente estudo enfoca uma pergunta do total de questões, direcionadas a cada entrevistado, que apresenta a percepção, a representação e os sentimentos dos profissionais da saúde sobre a morte de pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas e seus desafios para a criação da linha de cuidado. As entrevistas foram gravadas, transcritas e, após a análise dos dados, foram arquivadas.

Os entrevistados foram nominados por uma letra seguida de número representando as unidades de saúde (A1 à A6) e o número para se referir ao profissional, como no exemplo A2 (Unidade de saúde) - 07 (número do profissional), por ordem de entrevista.

A entrevista qualitativa (OLABUÉNAGA, 2003) como instrumento de escolha proporciona um espaço de entrevistas de maior profundidade. Essa técnica obtém informações acerca do assunto conforme as definições pessoais, perspectivas frente às experiências, as situações e as vidas dos entrevistados.

O terceiro momento da intervenção ocorreu por ocasião da realização de uma oficina, presencial com os trabalhadores da atenção básica e da UPA, objetivando a atualização de protocolos e trocas de experiências sobre cuidados paliativos em consonância com os temas emergentes do diagnóstico. E no quarto momento, buscou-se a avaliação da intervenção a partir da análise do instrumento que objetivou captar a opinião dos participantes em relação à oficina.

Esse artigo trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, direcionado à análise de conteúdo temática baseada na construção de categorias (BARDIN, 1995). Inicialmente com o registro das entrevistas através da sua transcrição, seguida pela leitura compreensiva do material na busca da compreensão da totalidade e das particularidades. O manejo dos dados foi realizado através de uma grade de qualificação constituída pelo código do profissional, categoria profissional, fala literal, extrato essencial da fala, expressões corporais, reflexões, categorias, análise frequencial das categorias e autores (referencial teórico). A partir da entrevista de número 40 observam-se as repetições das informações constatadas no estudo, frente à saturação do repertório das falas dos profissionais, as categorias foram construídas a partir daquela amostra aleatória do conteúdo das entrevistas, como guia para uma análise posterior do total de

Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

85 entrevistas. Então, a amostra do estudo foi definida pela saturação dos dados e com isso, construíram-se os temas da análise, permitindo assim, a interpretação daqueles. Os temas foram evocados por afirmações dos profissionais entrevistados e separados em unidades de registro, chamadas de categorias. As categorizações organizadas a posteriori, foram elaboradas após a análise do material e, seguida da revisão do referencial teórico.

Dos dados emergiram as seguintes categorias: o perfil dos profissionais de saúde da atenção básica participantes do estudo, sentimentos diante da morte, limitações emocionais dos profissionais frente à terminalidade, estratégias de enfrentamento dos profissionais frente à morte e a terminalidade do outro, espelhada em si mesmo.

A pesquisa observou os procedimentos éticos a partir da aprovação da mesma junto ao Comitê de Ética em Pesquisa e Extensão (CEPE) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob o protocolo de número 03475312.1.0000.5346, respeitando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO III).

## ANÁLISE E DISCUSSÃO

### **Perfil dos profissionais de saúde da atenção básica.**

O estudo foi realizado com 85 profissionais da saúde, sendo médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, psicólogos, farmacêuticos, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. Destes, 57 profissionais são vinculados às equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) da região oeste de Santa Maria e 28 profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Dos profissionais, 69 eram do sexo feminino, a média de idade de 37,9 anos, o tempo de experiência média dos profissionais era de 10 anos. Dentre eles, 48 possuem ensino superior e 52 refere possuir formação complementar a graduação.

O perfil da pesquisa (SILVA; CALDEIRA, 2010) mostra a maioria dos profissionais da atenção básica de saúde sendo do sexo feminino e a média de idade de 37 anos, o que apresenta uma similaridade com os dados dos profissionais do presente estudo. Pesquisa de (CÔRREA; ARAÚJO; RIBEIRO; PEDROSA, 2012) aponta para o predomínio de profissionais do sexo feminino na atenção básica de saúde e elevado índice de trabalhadores em saúde que buscam atualizações com cursos de pós-graduação e demais capacitações profissionais.

Os profissionais da saúde do estudo (BIFULCO; IOCHIDA, 2009) consistem na grande maioria por sujeitos do gênero feminino. O que sugere a reflexão do papel de cuidar estar associado a espaços de predomínio do sexo feminino.

### **Sentimentos diante da morte.**

Os sentimentos aqui descritos referem-se às condições de compreensão e os enfrentamentos emocionais do processo de morrer e da morte. Eles aparecem na seguinte ordem: impotência, frustração, ansiedade, dor, tristeza, desânimo, fragilidade, compaixão e pena. Os profissionais, citados a seguir, transparecem um semblante calmo durante a realização das entrevistas.

Nota-se uma resistência dos profissionais da saúde em vivenciar o luto do paciente de forma completa, dando relevância à luta da vida contra a morte, sendo ela uma inimiga a ser combatida e não como uma etapa natural do ciclo vital. O que impede, na maioria das vezes, de o profissional oferecer conforto, informação e cuidado aos pacientes terminais e seus familiares (RIBEIRO; FORTES, 2012). O que pode ser visto nas falas abaixo.

Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

“[...] é um pouco de impotência frente ao caso já consumado, digamos assim, as possibilidades de vida, então é um pouco de impotência.” A2-07.

“[...] a gente fica meio impotente para tentar resolver e tu sabe que não vai resolver.” A8-11.

“Eu me sinto impotente, queria fazer algo para salvar aquela vida, mas tu sabes que o que tu vais fazer não salvará aquela vida.” A6-28.

Os entraves que dificultam no processo de morrer do paciente terminal segundo alguns estudos, consistem no pequeno número de enfermeiros para cuidar do paciente terminal e a formação do profissional de saúde insuficiente para dar conta dos cuidados paliativos, à associação da morte com o fracasso profissional, dentre outros (FERREIRA; SOUZA; LIMA, 2011). A fala a seguir revela o profissional de saúde citando a morte como um fracasso no seu cotidiano de trabalho.

“[...] eu não sei usar a palavra certa, porque é uma palavra [...] é um sentimento de perda. Tu sabes que o paciente não tem mais um período tão grande assim esperado e a gente se sente um pouco responsável por isso.” A6-03.

Os profissionais manifestam impotência diante da inexorável morte do paciente e essa é compreendida como um fracasso pessoal, que ocorre pelo fato de não poder curar o doente. Há um sofrimento daqueles que vivenciam a impossibilidade de salvar vidas dos pacientes terminais sem possibilidades terapêuticas (FERREIRA; SOUZA; LIMA, 2011) (BUSHATSKY et. al., 2011), como revelam as falas abaixo.

“[...] impotência, de não poder dar a cura, de dizer para família que aqui os cuidados vão ser realizados, mas que infelizmente vai ser só pelo bem estar [...] vai gerar uma qualidade de vida melhor para aquela pessoa. Mas, dá uma ansiedade, medo de perder aquela pessoa.” A7-02.

“Angústia, às vezes impotência, porque tu fizeste tudo o que tu podias e às vezes não deu certo. Às vezes a sensação de dever cumprido, que é conflitante, porque tu estás impotente, mas tu te sentes bem porque tu tentaste tudo o que podia.” A6-29.

“A impotência que se transmite para gente é uma coisa muito (pausa) dolorosa de enfrentar, por isso eu acho que tem que ter é esse suporte psicológico.” A8-02.

O pensamento de que não se tem o que fazer com o paciente terminal ainda é bastante presente na cultura dos profissionais de saúde, em decorrência à impotência que sentem diante da morte do outro. Porém, existem mecanismos de enfrentamento que o paciente pode ter desenvolvido no decorrer de momentos difíceis da vida que, se estimulados pelos profissionais, são importantes para a manutenção da auto-estima. Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

Ainda, no que tange aos cuidados diretos de controle da dor, da higiene do paciente, da aspiração de secreções brônquicas, do controle de edemas periféricos e pulmonar, da prevenção ou cuidado das escaras, dentre outras intervenções para a promoção de uma morte digna e com níveis toleráveis de angústia (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009). A fala abaixo mostra a cultura do profissional de não ter o que fazer pelo paciente terminal.

“É a impotência. Tu ficas impotente porque não consegue fazer muita coisa.”  
A4-04.

Os discursos dos profissionais no que diz respeito a não ter o que fazer diante do paciente sem possibilidades terapêuticas mostra as limitações da escuta e do falar sobre a morte (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009). Esse fato é expresso abaixo.

“[...] eu me senti impotente, com vontade de fazer alguma coisa, mas o que eu iria fazer [...] o que eu iria falar para aquela pessoa.” A5-07.

A dificuldade da comunicação médico e paciente está atrelada a diversos fatores como o despreparo em lidar com a morte, devido à sensação de fracasso de proporcionar a cura e ao medo que sejam dirigidos sentimentos de raiva dos pacientes e familiares para o profissional que se sente culpado diante da terminalidade do outro, podendo acontecer o abandono do profissional frente ao paciente. Outra crença que facilita no afastamento da equipe de saúde é de que indivíduos sem possibilidades terapêuticas não podem fazer mais nada além do que esperar a morte. Então, observa-se que quanto maior a impotência sentida pelo profissional surge o aumento da resistência dele ao processo de morrer do doente (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009) (AZEREDO et. al., 2011). E a morte acontece em condições de solidão, como mostra a fala abaixo.

“[...] a tua impotência, existe certa distância do profissional, se evita o contato, não tem o que fazer, é terminal, uma espécie de não aceitação do fim.” A8-03.

Estudos demonstram que (FERREIRA; SOUZA; LIMA, 2011) o profissional que procura trabalhar com a sua impotência e busca sentidos envoltos de significados do que se faz diante do paciente terminal elabora com maior eficácia as próprias crenças e sentimentos a respeito da morte e, conseqüentemente, conduz a uma morte digna ao paciente. O que se observa a seguir.

“A gente se sente um pouco impotente por não ajudar, de repente, do jeito que a gente queria, mas ao mesmo tempo a gente sabe que está ajudando da forma que a gente pode. Que é confortando o paciente [...]” A6-16.

Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

“É um sentimento um pouco de impotência e quando se tem um resultado para contribuir, para amenizar o sofrimento, também de satisfação, porque tu sabes que a pessoa não tem chance de cura, mas tu estás contribuindo para amenizar o sofrimento, então acho que é uma mistura.” A1-11.

“Sinto-me um pouco impotente, tento fazer o melhor trabalho para ajudar aquela pessoa.” A3-04.

O ideal de cuidar do paciente e a realidade pessoal vivida pelo cuidador resultam na tensão entre o que se acredita que deve ser feito para auxiliar o paciente e o que se consegue fazer, devido a sentimentos como frustração, ansiedade, despreparo e dor que emergem ao deparar-se com a situação real (SADALA; SILVA, 2009). O que se observa na fala dos profissionais a seguir.

“É frustrante, na realidade ninguém quer perder paciente [...]” A6-11.

“No começo da profissão sentia um pouco de ansiedade, mas depois a gente vai aprendendo que a gente tem que saber lidar com essas aflições e nunca perder o rumo, tem que estar tranquilo para poder passar uma segurança para a família e para o próprio paciente.” A8-04.

“O sentimento é de dor, não tem como não sentir isso.” A3-06.

O atual contexto cultural permeia a negação da morte na tentativa de eliminar a dor e o sofrimento. E a aceitação dela faz-nos sentir deprimidos e sofredores. A palavra morte nos remete a associações de sentimentos como dor, ruptura, interrupção, desconhecimento e tristeza. Confrontar-se rotineiramente com o fenômeno de morrer é um desafio para os profissionais da saúde, que nem sempre estão aptos para administrar essa situação (FREITAS; OLIVEIRA, 2010). O que fica claro nas falas abaixo.

“Às vezes a gente não quer olhar a dor [...] A gente tem todas as nossas limitações.” A5-01.

“Frustrada, derrotada e muito triste.” A8-14.

“Eu tenho um sentimento de tristeza [...], perda, é complicado, é difícil. Lidar com a morte é complicado.” A3-07.

“[...] é muito triste. É a parte sentimental.” A8-11.

Alguns profissionais da saúde encaram o óbito dos pacientes do ponto de vista técnico, notado na seguinte explanação (FREITAS; OLIVEIRA, 2010).

“[...] seria como qualquer outra pessoa, eu faria o meu trabalho, faria as orientações necessárias. Seguiria o meu trabalho normalmente, porque tu sabes que a pessoa já estava em um estado que não tem mais volta, mas é a vida, fazer o que, não pode se abater, tem que seguir, porque é o nosso trabalho.” A1-05.

Já outros profissionais apresentam sentimentos e ações oriundos de uma fragilidade emocional. Uma maneira de encarar o sofrimento do outro e que denuncia a dificuldade e a falta de preparo ao se deparar com a morte (FREITAS; OLIVEIRA, 2010).

“A gente se sente chocada, a gente sabe que a realidade é dura, sabe que aquela pessoa não tem mais volta.” A5-04.

“[...] eu iria me sentir um pouco para baixo.” A8-09.

“Fragilizada, é tu saber um pouco da vida, mas saber que tu não podes oferecer muito a ele [...]” A3-09.

A possibilidade dos profissionais da saúde sentirem-se tristes não é descartada. A perda de um paciente é sentida com maior intensidade quando os laços vinculares são fortes ou a carga emocional dessa díade, profissional e paciente, for significativa para surgir aquele sentimento (FREITAS; OLIVEIRA, 2010).

“É triste. Procuo dar uma palavra de conforto. Sempre dar um apoio ao paciente e à família.” A7-05.

“Olha [...] eu fico muito triste. A gente fica triste por saber que não vai adiantar em nada. Embora a esperança seja a última que morre.” A6-07.

“[...] acho que a gente fica triste.” A6-17.

“É um pouco triste, porque a gente sabe que ele tem pouco tempo, então a gente tem que fazer com que naquele tempo ele tenha o máximo de saúde possível.” A3-04.

O cuidado ao paciente paliativo e sem possibilidades terapêuticas resgata as relações interpessoais e sentimentos essenciais como a compaixão e a empatia (PESSINI, 2004). A empatia dos profissionais da saúde pelo sofrimento alheio ao lidar com a morte (BUSHATSKY et. al., 2011), pode ser confirmada nas manifestações abaixo.

“Com compaixão.” A2-01.

“É solidariedade [...]” A8-18.

O afeto e a presença dos profissionais são estratégias de comunicação verbal diante do paciente no estágio de fim da vida, essa atitude é sinal de interesse, compaixão pelo estado do outro e solidariedade. O que ameniza o medo de abandono e o sofrimento psíquico dos pacientes em cuidados paliativos (FRANKS, 2010). O cuidado humanizado remete a gratidão do trabalho dispensado ao paciente e à competência profissional (BUSHATSKY et. al., 2011), o que é esboçado nas transcrições abaixo.

“Meu sentimento é de solidariedade, de apoio, de recuperação, basicamente isso, é solidariedade.” A8-03.

Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

“Eu acho que é de solidariedade.” A6-20.

O sentimento de pena vivenciado por algumas equipes de saúde frente ao paciente terminal pode se dar devido à postura paternalista, na tentativa de proteger o seu paciente de grandes impactos emocionais. O que muitas vezes, essa conduta pode dificultar na decisão dos profissionais de exporem o diagnóstico e prognóstico para os pacientes, e assim fazendo a comunicação da situação do doente aos familiares. A atitude paternalista aumenta na medida em que os recursos terapêuticos se exaurem. (TRINDADE; AZAMBUJA; ANDRADE; GARRAFA, 2007). Esse sentimento de piedade fica evidente nas falas dos profissionais abaixo.

“[...] tu tem pena. Então é um sentimento de pena, dó [...]” A2-04.

“A gente se sente penalizado.” A4-06.

Como o paciente passa pelas fases do luto: negação da doença, raiva, barganha, depressão e aceitação. O profissional da saúde que trabalha na assistência de pacientes em estado crítico pode sentir frustração, raiva, culpa, tristeza, desamparo, ansiedade e depressão diante da morte de seus pacientes (SANTANA; LEAL; LOPES; GUIMARÃES; HOLANDA; DUTRA, 2010). A manifestação da raiva e o não sentir pena do paciente é manifestada nas falas a seguir.

“Uma coisa que eu não consigo dizer do paciente [...] Que pena do paciente! Isso eu não consigo ter.” A3-08.

“Eu não sinto pena. Porque às vezes o cara fumou a vida inteira e teve câncer. Então ele sabia dos riscos que tinha.” A4-07.

A equipe de saúde precisa elaborar suas perdas e lidar de forma mais adequada com a morte de seus pacientes. Aceitando e entendendo as próprias limitações enquanto profissional da saúde (ABRANTES; FIGUEIREDO; SOUSA; GOMES; REIS; GONÇALVES, 2011).

### **Limitações emocionais dos profissionais frente à terminalidade.**

O luto e a intensidade da dor que emergem após a morte do paciente tem relação com a convivência entre ambos, quanto maior a duração da mesma acarreta altos níveis de abalos emocionais. Aquele é necessário, penoso e sentido com pesar. Os profissionais dedicados podem estar mais suscetíveis ao sofrimento exagerado na relação com o paciente (MARQUES et. al., 2011). O que se observa a seguir.

“A gente fica muito abalado porque o câncer, só a palavra, já te diz tudo. Não que tu não queres acompanhar, é difícil, mas já acompanhei, já presenciei muita coisa e tu consegues te manter forte. Mas, como te disse é importante a

psicologia, tanto para quem cuida quanto para quem tem o problema (agitação psicomotora das mãos).” A2-05.

“[...] outra coisa é ver a pessoa com vida, participar do tratamento, lutar pela vida junto com a pessoa e ver que a doença, que a morte está cercado a pessoa o tempo todo e participar dos altos e baixos, é difícil [...] e tu tens que ser forte (choro).” A2-03.

Os fatores que envolvem o sofrimento dos profissionais que atendem pacientes com o risco iminente de morte estão relacionados com o tempo de permanência do paciente na internação hospitalar, o vínculo estabelecido e o envolvimento com a morte do mesmo. A morte, também, pode ser vista como inoportuna e despertar um sentimento de perda intenso quando se trata da pouca idade (MARQUES et. al., 2011). O que é percebido nas falas abaixo.

“Fico com pena, dó, um sentimento de (pausa) eu fico bem comovida. Porque o que a gente vai fazer, tenho pena. Se é mais jovem, mais ainda, às vezes quando é [...] quando já tá com uma idade mais avançada, tranquilo [...], mas quando é um paciente mais jovem e terminal é muito triste (pavor expressado na face)” A2-08.

O tema da morte remete aos profissionais lembranças de perdas, a dor do luto, a sensação de finitude e o receio do futuro (ZAIHAF, 1990). Pois, a equipe de saúde (FREITAS; OLIVEIRA, 2010) não está imune aos sentimentos de dor e angústia frente à morte de seus pacientes. Assim, faz-se necessário a busca de um suporte emocional para os profissionais a fim de reestruturar pontos da sua vida e elaborar para si as particularidades a respeito do morrer. As falas a seguir revelam o sofrimento psíquico dos profissionais estudados.

“[...] eu tive meu cunhado que morreu de câncer [...] para as pessoas que estão envolvidas é cruel, tu ver aquele estado terminal [...] (choro).” A4-05.

“Eu me sinto bem deprimida, é bem angustiante, a gente entra no problema (desânimo expressado na face).” A1-06.

“Vivi uma perda de um paciente com câncer, nosso conhecido, ele era jovem, tinha a minha idade, ele morreu, nunca imaginei [...] o pessoal foi se despedir dele, foi agora, faz pouco que ele faleceu. E a família sabia que estava dando adeus para ele, eu nem cheguei a vê-lo, ele internou e em questão de horas morreu (pavor expressado na face).” A2-08.

“[...] falta estrutura em ti (agitação psicomotora dos pés).” A5-02.

“Sinto-me muito mal (apatia expressada na face).” A6-25.

Quando não se consegue impedir ou adiar a morte o trabalho da equipe de saúde pode ser encarado como frustrante e sem significado, a vivência do processo de morrer,

Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

dos pacientes, provoca nos profissionais sentimentos de limitações diante do próprio trabalho e extrema dor (KUSTER; BISOGNO, 2010). O que fica claro na transcrição a seguir.

“[...] ele tinha um câncer de garganta, muito triste [...] eu fiquei bem abalada. Então é ruim, é muito triste, chegar nesse estado, fiquei bem deprimida (choro).” A6-19.

Nas situações em que o vínculo entre o profissional e o paciente permanece por um longo período antes da morte, o primeiro pode sentir imenso sofrimento e tristeza (KUSTER; BISOGNO, 2010). Esse fato aparece no que é manifestado a seguir.

“[...] foi muito difícil perder aquela paciente, quando ela foi a óbito eu chorei, a gente não deve pessoalizar a relação, mas é difícil em alguns momentos [...] [...] imagino que quem conviva, por exemplo, diariamente com a pessoa que está internada no hospital passe por isso também (desânimo expressado na face).” A2-03.

Segundo alguns estudos (GOMES; MARGARIDA, 2011) o profissional de saúde que cuida do doente no término da vida deve prezar pelo seu bem estar físico, psicológico, social e espiritual. As pessoas têm as suas individualidades em se deparar com as questões fundamentais da vida, como por exemplo, a morte. Então, buscar os significados da própria existência e cultivá-la a seu próprio modo pode ser uma eficiente estratégia de enfrentamento diante finitude do ser humano.

### **Estratégias de enfrentamento dos profissionais frente à morte.**

As atitudes de enfrentamento diante do paciente terminal podem divergir desde uma preferência por expressar os sentimentos com os colegas da equipe de saúde ou até mesmo se calar e viver o processo isolado, a fim de buscar o controle sobre os próprios sentimentos (MARQUES et. al., 2011). Isolam-se os medos e as angústias e então o profissional passa a negar seus sentimentos e agir com frieza e sem uma reflexão a respeito da morte (KUSTER; BISOGNO, 2010). Os profissionais que não são estimulados a detectar e expressar sentidos para as suas reações emocionais diante do processo de morrer e da morte, o que pode gerar doenças ocupacionais a aqueles (BORGES; MENDES, 2012), como aparece na fala a seguir.

“Difícil de dizer. É difícil de dizer, eu não saberia te responder. Não quero falar sobre isso (expressão de apatia na face).” A2-06.

Por outro lado, alguns profissionais manifestam que a estratégia usada para enfrentar a morte se faz a partir da fé e da experiência espiritual de cada um. Representada nos sentidos dados à vida, à morte, à doença e à saúde. A espiritualidade  
Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

aparece na relação com o outro, assim a vida é significada e resignificada na interação com os semelhantes. A dimensão da fé pode ser observada através de um olhar mais humano e verdadeiro, o que proporciona conforto ao exercer suas funções laborais. Além de um crescimento pessoal para conseguir superar a jornada de trabalho (ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010). O que é observada nas falas a seguir.

“Eu hoje sou uma pessoa mais espiritualizada, preciso disso para trabalhar, para viver, para os meus filhos. Então a gente precisa ter fé [...] para lidar com as coisas.” A5-07.

“[...] não que eu me sinta confortável, mas acho que eu encaro bem a morte, eu acho que faz parte, eu trabalho a morte dentro da minha religião. [...] só o que não entra muito dentro disso é sofrer, então eu acho que é aí que entra o trabalho da gente, de não deixar o paciente sofrer.” A6-09.

O ser humano entende que é finito no tempo e espaço (ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010), em função disso se busca algo que o ultrapasse, através de crenças religiosas para dar sustento, proteção e prudência diante da realidade vivida. Essa concepção particular dos profissionais gera consequências na forma de enfrentar as peculiares e difíceis situações do trabalhador da saúde que convive com a morte. Tenta-se olhar o outro e escutá-lo dentro de si, ajudando o doente e o profissional a se perceber nesse processo através do apoio, do conforto e da esperança. A crença na transcendência (BORGES; MENDES, 2012) constrói um sentido para a morte, diminuindo o sofrimento dos sujeitos no exercício profissional.

Estudos (GOMES; MARGARIDA, 2011) apontam que a equipe de saúde tem a responsabilidade de melhorar a qualidade de vida do paciente em processo de morte, como também, manter a dignidade no cuidado dele e dos familiares para diminuir o sofrimento. A assistência remete à boa comunicação e à empatia do profissional com informações verdadeiras. Essas competências facilitam no equilíbrio daquele em lidar melhor com o doente diante da morte e o morrer. E contribuem para vivenciá-la no exercício profissional como um processo natural (FREITAS; OLIVEIRA, 2010). O fim do ciclo vital que os seres humanos enfrentam na sua existência (KUSTER; BISOGNO, 2010), o que é ratificado pelas falas a seguir.

“Não tenho nenhum problema com a morte, entendo bem essa situação. Tenho uma abordagem profissional de ser igual tanto para uma pessoa na fase terminal como para uma criança que está iniciando a vida.” A8-06.

Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

“[...] como é que eu me sinto [...] acho que é da vida, acho que ele já cumpriu sua missão aqui, não tenho nenhum tipo de receio e nenhum tipo de constrangimento [...]” A8-10.

A ortotanásia considera o direito de o paciente morrer com dignidade, utilizando-se de cuidados paliativos e não curativos, com o intuito de diminuir o sofrimento do doente. Assim, os profissionais, os familiares e o paciente podem sentir a morte como um evento natural da vida, diante do sofrimento e da dor naturais e aceitando esse fato inevitavelmente humano (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009), confirmado nas falas a seguir.

“[...] se deve acompanhar as pessoas em todas as fases da vida. E o paciente terminal, na fase terminal, também faz parte [...] o familiar tem medo do que os outros irão dizer se ele deixar o paciente em casa e acontecer alguma coisa, que ele sabe que irá acontecer, porque é evidente [...] [...] o paciente não precisa de leito, precisa de um conforto [...] [...] é importante para o teu familiar saber, como é que se dará o desfecho daquela doença, para ele ter confiança de cuidar e cuidar sabendo que está cuidando bem.” A8-18.

“É uma coisa natural do ser humano.” A8-17.

“É uma coisa que acontece na vida. Tem que ter respeito pelas pessoas, como tudo, entender o que ela está sentindo. E preparar ela para o fim da vida, com o máximo de conforto de que ela precisa.” A6-15.

Pois, segundo (AZEREDO et. al., 2011) a boa morte deve estar ligada aos princípios religiosos, morais e terapêuticos, propiciando ao paciente um respeito as suas crenças e valores. A morte consiste em um ato de cuidado para que o sujeito terminal dê sentido a sua existência e seja ativo nas decisões diante do processo de morrer.

### **A terminalidade do outro, espelhada em si mesmo.**

O medo da morte do outro remete a própria morte e suas incertezas, permeadas pela negação cultural do homem ocidental de pensar e discorrer sobre o tema (VIANNA; PICCELLI, 1998), o que é manifestado a seguir.

“[...] mais cedo ou mais tarde a gente vai lidar com isso.” A1-05.

“É difícil, às vezes dá tristeza, principalmente quando um paciente tem a minha idade, então a gente olha e pensa que podia ser tu. [...] depende de como vem à morte [...]” A6-29.

“Eu não me sinto bem, é muito difícil. Uma vez eu acompanhei uma paciente que o nome dela era o mesmo que o meu. É muito ruim.” A6-27.

Ao presenciar a morte dos pacientes surgem angústias por parte da equipe de saúde, porque eles se defrontam com a perturbante sensação do próprio fim da vida. O cotidiano de trabalho propicia o contato direto dos profissionais com a morte, e esse trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

enfrentamento deve ser respeitado na integralidade dos enfermos, alunos, profissionais e familiares como autores do processo do viver e do morrer (AZEREDO et. al., 2011).

Os profissionais da saúde normalmente revelam suas limitações teóricas-práticas ao se encontrar diante do sofrimento dos pacientes no seu processo de morrer, porque este fato os coloca em contato com a própria morte. Esta faz com que os sujeitos que a vivenciaram junto da família ou de pessoas significativas, recentemente, reeditem essa experiência dolorosa e os sofrimentos vividos (MARQUES et. al., 2011), o que é lembrado na fala do profissional a seguir.

“É um reflexo meu para eles. Não digo só de mim. Porque todo ser humano vai estar debilitado um dia, vai estar nesta fase final da vida, seja por CA (câncer) ou um AVC (acidente vascular cerebral), seja por qualquer outra patologia. [...] dói, mas um dia eu estarei na situação dele, todos nós estaremos. Então, tento me colocar no lugar do paciente. Nas suas necessidades. E ver qual é a melhor conduta com ele.” A7-06.

Portanto, a morte (FREITAS; OLIVEIRA, 2010) é um processo natural e é uma das certezas na vida. Para o trabalhador de saúde, que convive no dia-a-dia com situações de óbitos, em especial quando é maior a frequência do fato, nota-se a importância de que ele consiga elaborar os processos de luto com mais eficácia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aspecto que se observa diante dessa temática é a falta de preparo técnico dos profissionais frente à morte, evidenciado através de expressões emocionais não verbais de choro, agitação psicomotora das mãos e dos pés, apatia, pavor e desânimo percebidos nas faces dos entrevistados, que podem representar as frustrações e ansiedades exageradas diante do assunto da pesquisa. Sendo esse, um padrão que se repetiu em mais da metade dos profissionais participantes do estudo. Ainda, nota-se a difícil aceitação do fim da vida o que causa impotência aos trabalhadores da saúde.

Os sentimentos dos profissionais, desse estudo, frente ao paciente em cuidados paliativos e sem possibilidades terapêuticas passam pela impotência, frustração, ansiedade, tristeza, dor, compaixão e pena. Essas manifestações emocionais fazem parte do processo de elaboração do luto diante das perdas dos pacientes no local de trabalho, que apareceram em 35 profissionais da saúde. Entretanto, quando essas são expressas com maior intensidade, o que se observou em muitos sujeitos da pesquisa, pode prejudicar o bem-estar do profissional. Por exemplo, a angústia, a frustração e a dor insuportáveis podem resultar em doenças ocupacionais. E se essas não forem tratadas adequadamente, por uma equipe que possa dar suporte aos profissionais da saúde, incidem na precariedade da saúde do trabalhador e por consequência, na inadequada assistência aos pacientes. Então se percebe uma tendência à reação problemática dos trabalhadores de saúde frente ao processo de morrer e morte, o que preocupa e inquieta os pesquisadores, e ainda, sugere uma intervenção dos gestores públicos e da população em geral, focada na qualidade de vida do trabalhador.

Os profissionais da saúde, por ocasião da formação acadêmica, são estimulados a buscar a cura. São ensinados a trabalhar com a vida e têm dificuldades em se deparar com a morte, por isso a necessidade de investimentos na educação e na saúde para formar, capacitar e dar suporte integral às equipes multidisciplinares que convivem com a terminalidade dos pacientes no ambiente laboral.

Já alguns trabalhadores, do presente estudo, manifestam a aceitação dessa etapa da vida e o equilíbrio ao se deparar com o fim da mesma, porque utilizam estratégias de enfrentamento saudáveis. As manifestações comportamentais positivas incluem a busca de sentidos para os lutos presenciados nos serviços de saúde, o compartilhamento de angústias e frustrações com os colegas de trabalho e a criação de espaços para o cuidado integral, nas esferas biopsicossociais, dos profissionais. Aquelas estratégias facilitam na

Este trabalho está formatado segundo as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO IV). O material será revisado por ocasião de submissão ao periódico.

atribuição dos diversos significados à finitude da vida, como a exemplo, a presença da fé, da espiritualidade, de acordo com as crenças individuais do homem, e a aceitação da morte como um processo natural do ciclo vital.

O equilíbrio entre a ética profissional e a postura pessoal, no convívio com a temática da morte, exige uma comunicação aberta e de qualidade da equipe de saúde, para que o convívio com a terminalidade do outro, espelhada em si mesmo, dê conta das incertezas, dos anseios e das necessidades dos profissionais frente às fragilidades e aos fantasmas da própria morte.

Quanto maior a nossa consciência das mortes diárias, mais nos organizamos para o momento da grande perda de tudo que acumulamos na trajetória da vida, desde a bagagem de conhecimentos, os relacionamentos afetivos, as atividades laborais, o convívio com os familiares e amigos, as dificuldades físicas e emocionais devido ao avanço da idade, até a morte do corpo. Enfim, as nossas histórias terminam como começam.

## REFERÊNCIAS

ABRANTES, M. J. G. de; FIGUEIREDO, F. J. G.; SOUSA, A. T. O. de; GOMES, I. P.; REIS, P. E. D. dos; GONÇALVES, L. A. D.. O significado da morte de pacientes para profissionais de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE**, Pernambuco, v. 5, n. 1, p. 37-44, jan.-fev. 2011. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

AZEREDO, N. S. G.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A.. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 37-43, jan./mar 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010055022011000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022011000100006)>. Acesso em: 26 dez. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, p. 1-226, 1995.

BIFULCO, V. A., IOCHIDA, L. C.. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Revista Brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 92-100, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/13.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2013.

BORGES, M. S. da; MENDES, N.. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 324-331, mar.-abr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672012000200019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672012000200019&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 jan. 2013.

BUSHATSKY, M.; SARINHO, E. S. C.; LIMA, L. S.; FARIA, J. H. de; FARIA, T. M. B.. Cuidados paliativos em pacientes fora de possibilidade terapêutica: um desafio para profissionais de saúde e cuidadores. **Rev. Bioethikos**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 309-316, 2011. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/87/A6.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2013.

Conselho Federal de Medicina. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Modificada pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009. Dispõe o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 24 set. 2009; Seção 1.

CORRÊA, A. C. P.; ARAÚJO, E.F. de; RIBEIRO, A. C.; PEDROSA, I. C. F. de. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá – Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 14, n. 1, p. 171-180, jan.-mar. 2012. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf)>. Acesso em: 09 jan. 2013.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R. do; BELLO, A. A.. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 1-8, nov./dez. 2010. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 28 dez. 2012.

FERREIRA, A. P. J. de; SOUZA, L. J. de; LIMA, A. A. F. de. O profissional de saúde frente à distanásia: uma revisão integrativa. **Rev. Bioethikos**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 462-469, 2011. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/89/A14.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2012.

FRANKS, J. A.. The power of presence. **J. Med. Palliat.**, Inglaterra, v. 13, n. 3, p. 331-332, mar. 2010. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2009.0313>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

FREITAS, A. F. S. C. de; OLIVEIRA, S. A. de. Os impactos emocionais sofridos pelo profissional de psicologia frente à morte em contexto hospitalar. **Akrópolis**, Umuarama, Paraná, v. 18, n.4, p. 263-273, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/akropolis/article/view/3297/2277>>. Acesso em: 28 dez. 2012.

GOMES, R.; MARGARIDA, A.. A espiritualidade no aproximar da morte. **Enfermería Global**, Múrcia, Espanha, n. 22, p. 1-9, abr. 2011. Disponível em: <[www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)>. Acesso em: 28 dez. 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados – Santa Maria. Rio de Janeiro, 2011, n. 28, p. 14. (XII Recenseamento Geral do Brasil). Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_rio\\_grande\\_do\\_sul.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_rio_grande_do_sul.pdf)>. Acesso em: 08 jan. 2013.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, p. 1-118, 2011.

KUSTER, D. K.; BISOGNO, S. B. C.. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. **Disc. Scientia. Série Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 11, n. 1, p. 9-24, 2010. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/Saude/2010/02.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2013.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E.. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, São Paulo, v.14, n. 34, p. 593-605, jul.-set. 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=3DS1414-32832010000300010%26script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=3DS1414-32832010000300010%26script=sci_abstract)>. Acesso em: 2 jan. 2013.

MARQUES, F. R. B.; BOTELHO, M. R.; MATOS, P. C. B. de; WAIDMAN, M. A. P.. Morte em uma unidade de terapia intensiva: a visão da equipe multidisciplinar em relação ao paciente e ao corpo. In: **VII EPCC Encontro internacional de Produção Científica**, Maringá, Paraná, ISBN 978-85-8084-055-1, 25 a 28 Out. 2011. p. 1-6. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/fernanda\\_ribeiro\\_baptista\\_marques%20\(1\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/fernanda_ribeiro_baptista_marques%20(1).pdf)>. Acesso em: 25 dez. 2012.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A.. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 203-227, jul.-dez. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a13.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2012.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M.. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582009000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582009000100011)>. Acesso em: 25 dez. 2012.

MONTANARI, F. L.; OLIVEIRA, S. L. de. Uma visão histórica e reflexiva das práticas do cuidar e da morte entre os séculos XIII e XVI, no ocidente. **Rev. Multidiscipl. Saúde**, São Paulo, n. 3, p. 62-71, ano II, 2010. Disponível em: <[http://www.anchieta.br/unianchieta/revistas/saudeemfoco/pdf/RevistaMultidisciplinardSaude\\_03.pdf](http://www.anchieta.br/unianchieta/revistas/saudeemfoco/pdf/RevistaMultidisciplinardSaude_03.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2012.

OLABUÉNAGA, J. I. R. **Metodología de la investigación cualitativa**. 3ª ed. Bilbao, Espanha: Universidad de Deuto, p. 11-14, 2003.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BERTOLINO, K. C. O.. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1077-1080, nov.-dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000600033&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000600033&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 dez. 2012.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini, L., Bertachini L.. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, p. 181-208, 2004.

RIBEIRO, D. B.; FORTES, R. C.. A morte e o morrer na perspectiva de estudantes de enfermagem. **Revisa 2012**, Goiás, v. 1, n. 1, p. 32-39, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/10>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. M. F.. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, Paraná, v. 11, p. 31-38, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17050>>. Acesso em: 01 jan. 2013.

SADALA, M. L. A.; SILVA, F. M. da. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 287-294, 2009. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acesso em: 13 nov. 2012.

SALOMÉ, G. M.; CAVALI, A; ESPÓSITO, V. H. C.. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 681-686, set.-out. 2009. Disponível em:

<[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S003471672009000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003471672009000500005)>. Acesso em: 4 jan. 2013.

SANTANA, J. C. B.; LEAL, A. C.; LOPES, P. A. T.; GUIMARÃES, R. G.; HOLANDA, T. S. M.; DUTRA, B. S.. Percepções de acadêmicos de enfermagem sobre finitude em instituições hospitalares. **Rev. Enferm. UFPE**, Pernambuco, v. 4, n. 1, p. 162-169, jan.-mar. 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>>. Acesso em: 5 jan. 2013.

SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A.P.. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2010000600012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000600012)>. Acesso em: 05 jan. 2013.

TRINDADE, E. S. de; AZAMBUJA, L. E. O. de; ANDRADE, J. P.; GARRAFA, V.. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 68-74, jan.-fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n1/23.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2013.

VIANNA, A; PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Rev. Ass. Med. Brasil.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 21-27, mar. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010442301998000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442301998000100005)>. Acesso em: 12 nov. 2012.

ZAIDHAFT, S.. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 1-167, 1990.

# ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do estudo: **Pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas: desafios para a criação da linha de cuidado.**

Pesquisador(es) responsável(is): Teresinha Weiller.

Instituição/Departamento: Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM.

Telefone para contato: (55) 9175-3602

Local da coleta de dados: \_\_\_\_\_

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Dessa forma, os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Objetivo do estudo.** Construir a linha de cuidado do paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas.

**Procedimentos.** No primeiro momento sua participação consistirá em responder às perguntas da entrevista que abordarão o seu conhecimento e interesse sobre Cuidados Paliativos, a partir de então você será convidado a participar das oficinas de aprimoramento referentes ao tema e após será novamente aplicado um questionário para avaliar a resolutividade da intervenção.

**Benefícios.** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado e possibilitará a construção de redes de cuidado no município de Santa Maria.

**Riscos.** A participação na pesquisa não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Caso o tema abordado possa causar algum tipo de constrangimento ou mal-estar ao entrevistado, o mesmo deverá ser encaminhado a uma unidade básica de referência de Santa Maria.

**Sigilo.** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. As informações serão mantidas na sala 1305 do prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof.(a) Pesquisador (a) Teresinha Weiller. Após este período, os dados serão destruídos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar das etapas da pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2012

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Pesquisadora responsável Teresinha Weiller

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Sujeito da Pesquisa

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

## Anexo II– Instrumento de Diagnóstico

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR – HEMATO-  
ONCOLOGIA

### IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Anos de experiência na função: \_\_\_\_\_ anos.

Formação Complementar: \_\_\_\_\_

Unidade Básica: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO DE ENTREVISTA -DIAGNÓSTICO

1. O que você entende por cuidados domiciliares e cuidados paliativos?
2. Você já atendeu paciente com câncer nesta unidade/ área de abrangência?  
  
( ) Sim ( ) Não
3. Você acha que os cuidados paliativos é responsabilidade de quem?  
  
( )Hospital ( )Unidade Básica ( )Família ( )Instituições assistências  
( )Hospital, Unidade Básica e família ( )Outro. \_\_\_\_\_
4. Você entende a complexidade do paciente oncológico e paliativo?  
  
( ) Não ( ) Pouco ( ) suficiente ( ) Muito
5. Você se considera preparado (a) para receber/acolher paciente oncológico e paliativo?
6. A unidade básica em que você trabalha fornece condições para receber estes pacientes?
7. De 0 a 10, qual o número que representa o quanto você se sente motivado para acompanhar estes pacientes? \_\_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_
8. Você tem receio de atender pacientes em tratamento oncológico?
9. O que você gostaria (conteúdos importantes na qualificação) de saber sobre oncologia e cuidados paliativos? Que tipo de formação seria importante para você estar capacitado a atender estes?
10. Como você se sente acompanhando um paciente que se encontra na fase terminal da vida?

## **ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

---

### **PROJETO DE PESQUISA**

---

**Título:** PACIENTES ONCOLÓGICOS SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS: DESAFIOS PARA A CRIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Teresinha Heck weiller

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

**Versão:** 2

**CAAE:** 03475312.1.0000.5346

---

### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

---

**Número do Parecer:** 41955

**Data da** 25/06/2012

**Apresentação do Projeto:**

Nas últimas décadas o câncer se tornou um problema de saúde pública mundial, onde diversos estudos têm sido realizados para a cura completa dos pacientes, porém, muitas vezes a doença encontra-se avançada e o paciente entra em estado terminal. No Brasil, algumas iniciativas governamentais buscam construir uma rede de cuidados no fim da vida visto que estes são considerados, cada vez mais, um campo requerido por autênticas necessidades de saúde. Neste contexto tem-se como objetivo geral do estudo, construir a linha de cuidado do paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas através de uma pesquisa qualitativa exploratória onde os sujeitos serão profissionais de saúde vinculados às unidades de saúde da região oeste e a unidade de pronto atendimento do Município de Santa Maria, RS. A 1ª etapa da pesquisa será de diagnóstico. O instrumento de pesquisa será a aplicação de entrevistas semiestruturadas com questões abertas e fechadas, elaboradas pelos próprios residentes, o qual embasará os temas pertinentes para a qualificação. As entrevistas serão gravadas, transcritas e, após, descartadas. A partir do levantamento dos dados serão elaboradas as oficinas de qualificação. A 2ª etapa será de intervenção. Será proporcionado o encontro de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa através de oficinas sobre cuidados paliativos. Eles serão incentivados à busca ativa dos pacientes oncológicos na sua área de abrangência para posterior socialização de experiências e saberes. As oficinas serão realizadas em quatro encontros presenciais previamente agendados. Serão abordados temas emergentes do diagnóstico. Será proposto, em um dos encontros, a construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS). A 3ª etapa será de avaliação. Será realizada através de um questionário com questões abertas e fechadas. Os sujeitos envolvidos nesta etapa serão aqueles que participaram da entrevista inicial, bem como da qualificação. Amostra do estudo será definida por saturação dos dados. A análise dos Dados será feita através da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática.

**Objetivo da Pesquisa:**

Construir a linha de cuidado do paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas. Como objetivos específicos: realizar o diagnóstico de como os trabalhadores da rede básica de saúde abordam as necessidades e cuidados que envolvem os pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas; executar ação de intervenção, a fim de aprimorar o conhecimento das equipes para acolher e intervir nos pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas; avaliar o impacto da intervenção junto às equipes da atenção básica em relação aos cuidados paliativos e necessidades dos pacientes oncológicos terminais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios da participação será a possibilidade de valorização dos mesmos na atuação em cuidados paliativos aos pacientes oncológicos sem possibilidade terapêutica, vinculados às unidades de saúde.

Entretanto, os desconfortos que poderão ocorrer ao responder às entrevistas não estão descritos no projeto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem elaborado e a metodologia está coerente com os objetivos do estudo. A amostragem está definida, bem como os instrumentos de coleta de dados e formas de análise destes. O cronograma de execução prevê o início da coleta de dados para o mês de junho de 2012 e a elaboração do artigo final para o mês de janeiro de 2013. O orçamento estima um gasto de R\$ 500,00 que será custeado pelos pesquisadores.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão adequados ao que preconiza a Res 196/96 do CNS

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovar o projeto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 23 de Junho de 2012

---

Assinado por:

Félix Alexandre Antunes Soares

# ANEXO IV – NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

## Normas Cadernos de Saúde Pública. Psicologia: A2.

### 1. Normas para envio de artigos.

1.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

1.2 - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

1.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

1.4 - A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 11.12.

### 2. Publicação de ensaios clínicos.

2.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

2.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) e do Workshop ICTPR.

2.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

### 3. Fontes de financiamento.

3.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

3.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

3.3 - *No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.*

### 4. Conflito de interesses

4.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

### 5. Colaboradores.

5.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

5.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: **1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.**

### 6. Agradecimentos.

6.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

### 7. Referência.

7.1 - *As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo,*

*em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).*

7.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

7.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

#### **8. Nomenclatura.**

8.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

#### **9. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos.**

9.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da World Medical Association.

9.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

9.3 - *Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).*

9.4 - *Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.*

9.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

#### **10. Processo de submissão online**

10.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

10.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

10.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

10.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

#### **11. Envio do artigo**

11.1 - A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

11.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

11.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, abstract e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

11.4 - O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

11.5 - O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

11.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

11.7 - **Resumo.** Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

11.8 - **Agradecimentos.** Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

11.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

11.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

11.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

11.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

11.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

11.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

11.15 - **Ilustrações.** O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

11.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

11.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

11.18 - **Tabelas.** As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

11.19 - **Figuras.** Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

11.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

11.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

11.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

11.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

11.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

11.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

11.26 - **Formato vetorial.** O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam valores matemáticos para sua descrição.

11.27 - **Finalização da submissão.** Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

11.28 - **Confirmação da submissão.** Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

**12. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo.**

12.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

12.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

**13. Envio de novas versões do artigo.**

13.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

**14. Prova de prelo.**

14.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

14.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

**OBS: O TRABALHO ESTÁ ESCRITO NA NORMA ABNT PARA MELHOR VISUALIZAÇÃO DOS AUTORES, PORÉM PARA A REVISTA SERÁ FORMATADO NA NORMA VANCOUVER.**