

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
FACULDADE DE MEDICINA

ROSILENE MARIA CAMPOS GONZAGA

VIVÊNCIAS DE LUTO EM FAMÍLIAS ACOMPANHADAS POR EQUIPES DE SAÚDE  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

UBERLÂNDIA

2019

ROSILENE MARIA CAMPOS GONZAGA

VIVÊNCIAS DE LUTO EM FAMÍLIAS ACOMPANHADAS POR EQUIPES  
DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPSAF) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Janaína Paula Costa da Silva

UBERLÂNDIA

2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

G642 Gonzaga, Rosilene Maria Campos, 1969-  
2019 Vivências de Luto em Famílias Acompanhadas por Equipes de  
Saúde na Atenção Primária [recurso eletrônico] : / Rosilene Maria  
Campos Gonzaga. - 2019.

Orientadora: Janaína Paula Costa da Silva.  
Coorientadora: Mariana Hasse.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Pós-graduação em Saúde da Família.  
Modo de acesso: Internet.  
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2403>  
Inclui bibliografia.  
Inclui ilustrações.

1. Ciências médicas. I. Silva, Janaína Paula Costa da, 1983-,  
(Orient.). II. Hasse, Mariana, 1980-, (Coorient.). III. Universidade  
Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde da Família. IV.  
Título.

CDU: 61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:  
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091  
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional**

Av. Pará, 1720, Bloco 2U, Sala 08 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG,  
CEP 38400-902 Telefone: - www.famed.ufu.br -  
ppsaf@famed.ufu.br



**ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO**

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde da Família				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional do PPSAF				
Data:	04 de outubro de 2019	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	15:43
Matrícula do Discente:	11712PSF008				
Nome do Discente:	Rosilene Maria Campos Gonzaga				
Título do Trabalho:	Vivências de luto em famílias acompanhadas por equipes de saúde na Atenção Primária				
Área de concentração:	Saúde Coletiva				
Linha de pesquisa:	Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica				
Projeto de Pesquisa devinculação:	Vivências de luto em famílias acompanhadas por equipes de saúde na Atenção Primária				

Reuniu-se na sala 2U29, *Campus* Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, assim composta: Professores(as) Doutores(as): Marcelle Aparecida de Barros Junqueira – FAMED/UFU; Luciana Fernandes de Medeiros – FACISA/UFRN; Janaína Paula Costada Silva – FAMED/UFU-orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando o trabalho o(a) presidente da mesa, Dr(a). Janaína Paula Costada Silva, apresentou

Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao(a) Discente a

palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do(a) Discente e o tempo de arguição e resposta foram conformes as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(as)

examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Última arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após o cumprimento dos demais requisitos, conforme a norma do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

---

Documento assinado eletronicamente por **Janaína Paula Costada Silva, Presidente**, em 04/10/2019, às 15:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



---

Documento assinado eletronicamente por **Marcelle Aparecida Barros Junqueira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 04/10/2019, às 15:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



---

Documento assinado eletronicamente por **Luciana Fernandes de Medeiros, Usuário Externo**, em 04/10/2019, às 15:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do



---

[Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](#), informando o código verificador **1589312** e o código **CRCA1223D74**.

Para meu pai, que possibilitou a minha  
vivência do luto e a minha mãe que trilhou  
minha vida nos estudos.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Janaína Paula Costa da Silva e a minha co-orientadora Mariana Hasse, sem as quais não teria conseguido.

Às minhas filhas Natália e Bianca pela compreensão da ausência, em especial ao meu esposo, sem o qual não estaria realizando esse meu sonho.

Aos enlutados que em sua dor se dispuseram a compartilhar sua vivência e aos colegas da Atenção Primária pelo apoio recebido, em especial as Agentes Comunitárias de Saúde e a Enfermeira Cláudia Mara de Souza Palhares.

À Kelma Patrícia de Souza pelos ensinamentos que contribuíram para a normalização do meu trabalho.

Às Professoras Doutoras Marilene Rivany Nunes e Natália de Fátima Gonçalves Amâncio do Centro Universitário de Patos de Minas, que tanto me incentivaram e apoiaram para a realização deste Mestrado.

*“Eu sabia que era preciso tempo.Cada perda tem sua hora de acabar,cada morto seu prazo de partir,e não depende muito da vontade da gente.”*

Lya Luft



## RESUMO

Este estudo objetivou mapear redes sociais de famílias enlutadas e identificar recursos e lacunas que possam interferir na vivência do luto. Participaram oito famílias com um total de nove enlutados, pertencentes a uma unidade de Atenção Primária de um município do estado de Minas Gerais, que concederam entrevistas semi-estruturadas, com a utilização de um roteiro previamente elaborado e colaboraram para a construção de um mapa de rede social mínimo, conforme proposto por Sluzki. As narrativas foram gravadas, transcritas, textualizadas e trabalhadas por meio de análise de conteúdo. Os resultados indicaram: (a) a família, assim como a espiritualidade são fatores considerados fundamentais pelos enlutados para enfrentar uma perda familiar; (b) a equipe de saúde da família é pouco definida como apoiadora na vivência do luto; (c) os enlutados tem um desejo de falar sobre a perda do familiar; (d) a visita domiciliar favorece o melhor enfrentamento do luto. Assim sendo, os recursos utilizados pelos enlutados foram a família e a espiritualidade e observou-se como lacuna a falta de apoio da Atenção Primária.

**Palavras-chaves:** Luto. Profissionais de saúde. Mapa de Rede Social Pessoal. Resiliência.

## ABSTRACTS

This study has the purpose of mapping social networks of mourning families to identify resources and gaps that could interfere in the mourning experience. Eight families with a total of nine mourners belonging to a municipality primary care unit in the state of Minas Gerais participated in the study. They gave semi-structured interviews using a previously elaborated script and the construction of a minimum social network map proposed by Sluzki. The stories were recorded, transcribed, textualized and worked through content analysis. The results indicated: (a) the family, as well as spirituality, are factors considered fundamental by the mourners to deal with a family lost; (b) the health team is poorly defined as a supporter of grief; (c) the mourners have a desire to talk about the lost of the relative; (d) the home visit supports a better mourning frontation. Thus, the resources used by the bereaved were family and spirituality, and the lack of support from Primary Care was a shortcoming.

**Keywords:** Mourning. Health professionals. Map of Personal Social Network. Resilience.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 -</b>	<b>Mapa de rede social.....</b>	<b>22</b>
<b>Figura 2 -</b>	<b>Mapa de rede social.....</b>	<b>41</b>
<b>Figura 3 -</b>	<b>Mapa de rede social dos participantes.....</b>	<b>46</b>
<b>Quadro 1 -</b>	<b>Distribuição dos dados sociodemográficos dos enlutados cadastrados na equipe de saúde da família Girassol ano de 2017....</b>	<b>43</b>
<b>Quadro 2-</b>	<b>Características estruturais da rede social dos participantes.....</b>	<b>46</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>JD.</b>	Jardim
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UAPS</b>	Unidade de Atenção Primária à Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1</b>	<b>Luto.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2</b>	<b>Atenção Primária de Saúde e o cuidado a situações de luto.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3</b>	<b>Rede Social.....</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1</b>	<b>Campo de pesquisa.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2</b>	<b>Desenho da pesquisa.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3</b>	<b>População do estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>3.4</b>	<b>Coleta e análise de dados.....</b>	<b>27</b>
<b>3.5</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>28</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>57</b>
	<b>ANEXO A - DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM PATOS DE MINAS.....</b>	<b>58</b>
	<b>ANEXO B - COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO.....</b>	<b>59</b>
	<b>ANEXO C – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO – PARTICIPANTE.....</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXO D–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXO E – NORMAS DE SUBMISSÃO DE ARTIGO.....</b>	<b>63</b>

## APRESENTAÇÃO

As experiências a partir das atividades de rotina, como médica na Atenção Primária, me proporcionaram um vínculo (especial) com as famílias pertencentes a Equipe de Saúde da Família de um dos bairros no município em que atuou. Essa vivência resultou em uma curiosidade (minha) em conhecê-las melhor no intuito de entender, com mais detalhes, suas necessidades em algumas etapas da vida. Especialmente o tema “luto” me chamava atenção e me despertou para investigação (científica) desse tema.

Ao refletir sobre a temática (Luto na Atenção Primária) que despertou meu interesse, a possibilidade de desenvolver uma pesquisa no mestrado com um tema relacionado a Atenção Primária seria fundamental para o meu aprendizado, além de proporcionar um meio de busca de melhorias na qualidade do serviço de saúde.

Em 2017, ao iniciar o Mestrado Profissional de Saúde, entendi que havia necessidade de compartilhar as experiências vividas com as famílias e desenvolver ações de saúde, não somente curativas, mas de promoção e prevenção. No momento de definição do tema de pesquisa, trouxe essa reflexão para minha orientadora. Cabe registrar que a Professora Dra Mariana Hasse era minha orientadora no início do curso, e a Professora Janaína Paula Costa da Silva, no final. Voltando à etapa de definição da temática e do objetivo, considerando que o município, onde atuo, tem uma grande preocupação com a Atenção Primária voltada para as equipes de saúde da família, que exercem um papel importante para a comunidade e com uma abrangência da área rural e área urbana significativa, pensei na possibilidade de contribuir para esse fortalecimento da Atenção Primária com um assunto pouco falado e de grande relevância: o luto.

Muito embora na literatura haja menção sobre cuidados paliativos, pouco se produziu sobre a questão do enlutado na Atenção Primária. Estamos acostumados a cuidar do doente e nos esquecemos das pessoas que compõem a família e de como estas ficam depois da morte de seus familiares. Esses enlutados e a maneira que eles vivenciavam a perda foram o foco do estudo.

Assim sendo, o desejo de melhorar a minha atitude profissional em relação a essas pessoas era grande e, por muitas vezes, me senti inútil perante a elas porque não sabia como me posicionar diante de tal situação para ajudá-las. Confesso que o fato de nunca ter perdido algo de tanto valor como um familiar até o ano de 2018 me deixou uma pessoa acostumada a confortar os enlutados, mas sem entender o significado daquela perda.

Entretanto, em 2018 - com a perda de meu pai e em 2019 - com a perda da minha mãe, e, assim, assumindo a posição de enlutada, percebi que realmente as coisas que acontecem na vida não são por acaso. Dessa maneira, o tema proposto para pesquisa, que fazia parte da minha realidade profissional, agora também faz parte da minha realidade pessoal.

A definição final do tema conduziu a escolha de um método e de uma abordagem em pesquisa que permitiriam conhecer com profundidade o tema: trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

Optamos pela técnica de análise do conteúdo a partir dos discursos dos enlutados entrevistados por mim, que sou de Médica da Equipe, com o intuito de evidenciar os núcleos de sentidos aos quais os enlutados vivenciam a perda do familiar. Assim, a pesquisa do meu mestrado teve início!

## 1 INTRODUÇÃO

Para apresentar o cenário em que a pesquisa se desenvolveu, cabe destacar conceitos envolvidos nesse contexto de interesse. Ainda, no intuito de compreender temas relacionados a percepção do assunto, foram elencados três pontos a serem desenvolvidos e compartilhados: luto, atenção primária e rede social, para melhor contextualização da temática: Luto na Atenção Primária.

### 1.1 Luto

O luto é um momento/etapa/fase/processo para superar, de forma progressiva, as vivências desarmonicas provocadas pela perda de alguém significativo. Mesmo sendo um evento dito natural, que faz parte da vida humana, em regra, o desenrolar das respostas íntimas às realidades da perda está vinculado a sofrimento físico e mental importantes (REBELO; LANCMAN; BATISTA, 2017; WORDEN, 2013; STROEBE, 2005).

Fatores históricos e sociais foram interferindo na forma de pensar sobre a morte. Antigamente, em geral, a morte acontecia nos lares, cercados por familiares em um ambiente que proporcionava tranquilidade e segurança as pessoas, inclusive onde também se realizava o velório. Entretanto, com o advento da hospitalização as pessoas tendem a morrer em ambiente longe de seus familiares. Assim, morrer deixou de ser um processo natural e passou ser um momento de sofrimento e separação. Percebeu-se que as pessoas deixaram de falar sobre o assunto relacionado a morte, e ao não falar sobre a morte perde-se a oportunidade de que as pessoas se preparem, de forma gradual, para a vivência de algo referente a vida (KOURY, 2014; MORITZ, 2005; ARIÈS, 2003; KUBLER-ROSS, 1996).

Essa transformação no entendimento da morte acaba por gerar transtornos para a percepção do enlutado que tem dificuldades em falar sobre suas perdas, o que leva a uma interiorização dos sentimentos. Isso também ocorre entre os membros, que compõem a rede social do enlutado, que ficam sem saber o que falar diante de tal situação e, por isso, muitas vezes, tende a se afastar dos enlutados em um processo de discrição (KOURY, 2014; FRANQUEIRA; MAGALHÃES, 2018).

A morte de uma pessoa significativa gera no enlutado o sofrimento de uma perda que além da tristeza pode se manifestar na forma de ansiedade, raiva, culpa e solidão. A forma como o enlutado lida com essa questão pode gerar o luto complicado, onde se observa uma dificuldade em processar essa perda que determina diversas reações (WORDEN, 2013).



Essas reações podem ser crônicas, retardadas ou exageradas. São consideradas crônicas aquelas reações em que a pessoa não consegue fechar o ciclo do luto ficando um tempo considerado excessivo em sofrimento. Reações retardadas são aquelas em que ocorre uma inibição do luto, ou seja, as reações frente à perda são suprimidas ou adiadas. Por fim, reações exageradas são aquelas que tendem a comprometer o comportamento da pessoa que, de certa forma, não consegue se adaptar ao momento (WORDEN, 2013).

Em contrapartida, no luto considerado saudável existem quatro dimensões racionais elementares com as quais o enlutado tem que lidar: reconhecer a perda como irreversível; compreender que toda perda gera transtornos que podem se refletir no emocional e também no financeiro; ter capacidade de disponibilizar recursos no enfrentamento da perda; e continuar a viver na ausência da pessoa perdida, tendo a percepção que é possível essa vivência mesmo na ausência do outro (REBELO; LANCMAN; BATISTA, 2017).

Em todas essas manifestações, a vivência do luto está relacionada a um ritual, um processo de “morte social” do indivíduo - que difere da morte biológica ocorrida. É um período entendido como uma transição, na qual ocorre a desconstrução social do falecido, enquanto familiares e amigos seguem vivos na ausência deste ente (GUSSO; LOPES, 2012).

Sabe-se que o enlutado tem uma resposta individual a perda. Essa resposta está vinculada a certos fatores como: grau de parentesco entre o enlutado e quem morreu; e circunstâncias que levaram a morte da pessoa – quando mortes violentas e traumáticas, por exemplo, podem provocar impactos que duram muito tempo e podem evoluir para lutos complicados, visto que tais circunstâncias podem ensejar cenários nos quais os sobreviventes tenham dificuldades em expressar sua raiva ou, ainda, tenham necessidade de responsabilizar alguém por tal perda (WORDEN, 2013).

Ao entender a resposta individual à perda (vivência do luto), observa-se que outros agravantes, na tarefa de processar a dor do luto, como sentimento de culpa, negação, isolamento social e uso abusivo de substâncias fazem com que a pessoa tenha que voltar no tempo para processar a dor que poderia ter sido evitada (WORDEN, 2013).

O apoio, bem como a forma como ele é ofertado, recebido pelo enlutado também está entre os fatores que influenciam a vivência do luto (FRANQUEIRA; MAGALHÃES, 2018). É comum pessoas enlutadas procurarem em pessoas próximas o apoio adequado às suas necessidades. Estruturas, nas quais há disponibilidade de escuta sem críticas sempre, são consideradas apropriadas ao cuidado dessas situações (REBELO; LANCMAN; BATISTA, 2017).

Entretanto, por fatores como indisponibilidade de uma rede relacional, dificuldades em lidar com a perda, membros da rede inseridas no mesmo contexto de perda e sem condições emocionais para auxiliar o outro, nem sempre um contexto de apoio se faz presente e/ou efetivo. Assim, a falta de disponibilidade em acolher o enlutado propicia uma demanda a serviços especializados, tais como os profissionais da saúde mental (REBELO; LANCMAN; BATISTA, 2017; WALTER, 2010).

Ter outras pessoas ouvindo as histórias de perda contribui para que as memórias permaneçam vivas e não sejam esquecidas, o que favorece a vivência do luto. Muitos enlutados acabam procurando grupos de apoio onde há pessoas que passaram por perdas semelhantes para que possam ser ouvidas e compreendidas, visto que a sociedade, em geral, tem dificuldades em acolher o enlutado no longo prazo (STEVENSON, 2017; BENKEL; WIJK; MOLANDER, 2009). A espiritualidade também é um suporte, existente para o enfrentamento do luto, bastante utilizado por pessoas que acreditam em uma força maior que as tornaria capazes de compreender o sentido daquela perda (BARBOSA et al., 2017).

Tais fatores podem influenciar a vivência do luto, assim como a dinâmica familiar pode ser influenciada pela perda e, portanto, um bom funcionamento familiar contribui no processo de ajustamento adaptativo à situação de perda (DELALIBERA et al., 2015).

## **1.2 Atenção Primária à Saúde e o cuidado a situações de luto**

Atenção Primária à Saúde é um conjunto de ações desenvolvidas por equipes multidisciplinares, que geram medidas de promoção, prevenção e cura das famílias acompanhadas de uma população adstrita. Dessa forma, busca-se um sistema de saúde mais próximo de todos, com equipes de saúde capaz de desenvolver e planejar ações efetivas de saúde (PORTELA, 2017; STARFIELD, 2002).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada em 1994, visa organizar a Atenção Primária levando em consideração os preceitos do Sistema Único de Saúde. Dessa forma busca promover a qualidade de vida da comunidade e intervir em fatores que poderiam gerar danos à saúde. Voltada a uma atenção integral e contínua tem como proposta ser a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, sendo assim o primeiro contato da população com o serviço de saúde próximo ao local onde residem (BRASIL, 2017; PORTELA, 2017; PINHEIRO; GUANAES-LORENZI, 2014; STARFIELD, 2002).

A integralidade é um dos atributos que favorece uma maior resolubilidade da Atenção Primária à Saúde, visto que as unidades de Atenção Primária de Saúde devem garantir que o

indivíduo receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde e assim proporcionar uma saúde de qualidade para todos (STARFIELD, 2002). Portanto, esse cuidado às pessoas deve ser ofertado em todos os momentos, inclusive nos momentos de crise. O acompanhamento é importante porque determina cuidados de cura, diminuição de danos, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2017; REBELO; LANCMAN; BATISTA, 2017).

A ESF tem como ponto crucial o estabelecimento de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico, uma enfermeira, uma técnica ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais da saúde bucal (BRASIL, 2017).

Além da equipe saúde da família, desde 2008, é possível ter Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): equipes compostas por diferentes profissionais especializados de diversas áreas (médico acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicóloga, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional) que se somam à equipe de saúde da família com objetivo de integrar o cuidado. Junto às equipes de saúde da família, integram um cuidado voltado para/focado em uma clínica ampliada, visando uma melhor abordagem das questões que envolvem as famílias e como forma de melhorar a qualidade da atenção básica (BRASIL, 2017, 2012, 2008).

Visto que a Estratégia Saúde da Família tem o objetivo centrado na saúde da família, a realização de visitas a esses familiares enlutados pode facilitar a elaboração do luto e identificar situações que podem ocasionar lutos complicados. Família reduzida e isolada, cuidadores etilistas, uso abusivo de drogas ou distúrbios psiquiátricos sem acompanhamento adequado e, também, famílias nas quais o evento “morte” não é aceito de forma natural são situações que precisam ser identificadas para avaliação. Reconhecer tais situações (fatores) é fundamental para que ações possam ser planejadas, visando não somente a morte digna do paciente, mas também o equilíbrio familiar durante a enfermidade e após o óbito do paciente (DELALIBERA et al., 2015; BRASIL, 2013; BRAGA; QUEIROZ, 2013).

Dessa forma, quando as pessoas são acompanhadas desde o início da sua doença até o desfecho da morte em ambiente domiciliar, há quase uma garantia de uma certa comodidade para os familiares, bem como maior tranquilidade e confiança para os enfermos, além de um risco menor de infecção hospitalar. A pessoa sente-se querida e ao mesmo tempo acolhida e seus sentimentos de medo, angústia e sofrimento podem ser compartilhados (BRASIL, 2013).

Visitar o enlutado após o falecimento do paciente é importante porque demonstra preocupação com o mesmo através de uma escuta responsável, onde há espaço para um

momento de fala sobre a perda e todo sentimento gerado (REBELO; LANCMAN; BATISTA, 2017). A visita serve para a família compartilhar, com a equipe, a finalização de uma etapa e o recomeço de outra agora sem aquela pessoa. Nesse momento é possível avaliar o quanto o enlutado precisa de uma atenção especial na vivência do luto (BRASIL, 2013).

Essas considerações possibilitam compreender melhor o cenário do enlutado e construir a perspectiva de se trabalhar com redes sociais. Em outras palavras, conhecer o indivíduo e sua família, seu ambiente familiar e suas interações favorece um cuidado ampliado. A observação das redes pode ser uma forma de aproximação entre comunidade e equipes por meio da familiarização com o que dizem os atendidos sobre as pessoas importantes em suas vidas, o que elas fazem e qual sua importância. Isto pode ampliar as formas de intervenções e assim aproximar as práticas às necessidades das pessoas (PINHEIRO; GUANAES-LORENZI, 2014; BRAGA; QUEIROZ, 2013).

O papel e as funções que as redes sociais desempenham junto ao sujeito, sua família ou grupos sociais aos quais pertencem são importantes devido a possibilidade do sujeito se sentir “reconhecido pelo outro” em determinada situação da vida, onde se fazem presentes a compreensão e aceitação das emoções, dificuldades e opiniões, ou por comportamentos e ações, por meio de ajuda material ou até mesmo por conselhos (MOREÍ; CREPALDI, 2012).

É de interesse que a equipe de saúde tenha um sistema de apoio, visando a atenção à família não somente no período de enfermidade, mas também durante o luto, afinal é necessária uma medicina baseada na pessoa. Oferecer atenção adequada aos familiares, reconhecendo individualidades e processos de luto normais e complicados é o que se deseja dos profissionais de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Quando da necessidade de cuidados paliativos eficientes, estes devem ser realizados por uma equipe multiprofissional onde se compartilhe as habilidades de cada membro com intuito de ajudar o paciente e seus familiares a se adaptarem às mudanças de vida impostas tanto pela doença como no enfrentamento da morte. Atender em equipe facilita a abordagem no tanger ao acréscimo de informações e orientações específicas de cada profissional que em um conjunto trazem maior conforto ao paciente e familiares, assim como a troca de experiências entre os profissionais (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

A forma como se percebe o cuidado paliativo faz o diferencial, faz-se necessário uma percepção humanista e de empatia quando se abre espaço para a escuta, se identifica com o sofrimento dos familiares e, assim consegue lidar melhor com a situação dando apoio e fortalecendo o vínculo com a família (SILVA, 2014; FONSECA; GEOVANINI, 2013). Deve-se ressaltar que a abordagem curricular dos cuidados paliativos para profissionais da saúde é

insuficiente, visto que profissionais recém-formados tem nenhuma ou pouca experiência para lidar com pacientes e familiares em atendimento paliativo (COSTA; POLES; SILVA, 2016; BRAGA; QUEIROZ, 2013; MORITZ, 2005).

Há uma necessidade de incluir na graduação do ensino médico cuidados paliativos na grade curricular, visto que as pessoas com doenças sem perspectiva de cura necessitam de acompanhamento de profissionais com habilidades de comunicação, trabalho com equipe multiprofissional e assistência familiar, além do controle de sinais e sintomas com a finalidade de diminuir o sofrimento na fase final da doença (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

Apesar de o assunto ser extremamente relevante e complexo, ainda há poucos artigos relacionando o luto a questões familiares (FRANQUEIRA; MAGALHÃES, 2018; BRAGA; QUEIROZ, 2013), sendo que a maioria desses estudos está concentrada nos Estados Unidos e Austrália onde fica nítido a abordagem familiar relacionada as reações de luto (DELALIBERA et al., 2015). Ainda falando sobre artigos que contemplem o assunto luto na atenção primária são poucos, faz-se necessário mais pesquisas sobre esse assunto tão relevante.

### **1.3 Rede Social**

Faz-se necessário ressaltar um ponto importante ao se definir rede social: o termo apoio social pode ser compreendido como a principal função de uma rede social (SLUZKI, 1997). Esse apoio social pode ser avaliado através de alguns instrumentos como o Mapa Mínimo de Relações do Idoso: análise de reprodutibilidade, Escala de Apoio Social do Estudo Pró-Saúde, adaptada de Social Support Survey of the Medical Outcomes Study, Escala de Apoio Social para hábitos alimentares saudáveis, Escala de percepção de suporte social, Escala de apoio social para a prática de atividades físicas, Escala de Suporte Social para pessoas vivendo com HIV/Aids, Escala de apoio de Bille-Brahe, Escala de Suporte Social e Estresse na Infância e Adolescência e questionário de Suporte Social de Norbeck (GUEDES et al., 2017).

Segundo Sluzki (1997,2010), define rede social como o somatório de todas as relações significativas de um indivíduo, ou seja, pessoas que sejam importantes na sua percepção. Essas redes podem ser compostas por parceiros amorosos, membros da família, amigos, relações de trabalho ou escolares, relações comunitárias e de serviço e são encontradas em diversos ambientes, como o familiar - onde se desenvolvem as relações interpessoais - até em sistemas

mais amplos como igrejas, escolas e centros de saúde. Apresenta uma ferramenta de identificação e descrição das redes sociais que chamade “mapa mínimo de relações”. Ele é representado por quatro quadrantes nos quais são incluídos membros da família, amigos, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias. Inscritos nesses quadrantes existem três círculos concêntricos que representam, de dentro para fora, as relações íntimas, as relações com menor grau de compromisso e as relações ocasionais, respectivamente.

Figura 1 – Mapa de rede social



Fonte: Sluzki(1997, 2010).

Por meio da utilização do mapa de rede social, ferramenta muito útil em pesquisas de abordagem qualitativa, torna-se viável conhecer a composição da rede social de cada pessoa (ANDRADE; DAVID, 2015; MORÉ; CREPALDI, 2012; ALEXANDRE et al., 2011). Ao observar o mapa construído, deve-se atentar-se as características estruturais, que são: tamanho, densidade, composição, dispersão e homogeneidade/heterogeneidade (SLUZKI, 2010).

Em relação ao tamanho de uma rede social pode-se definir como sendo a quantidade de pessoas na rede. Assim sendo, as redes consideradas de tamanho médio tendem a funcionar melhor do que as pequenas ou aquelas muito numerosas. Enquanto as redes mínimas são menos efetivas em situações de sobrecarga ou tensão de longa duração, visto que as pessoas tendem a se afastarem para evitar a sobrecarga - ou então a se sobrecarregarem. As redes muito numerosas, por sua vez, correm o risco de serem ineficientes ao se basearem na

suposição de que alguém, muito provavelmente, deve estar cuidando do problema (SLUZKI, 2010).

Em alguns casos, pessoas com uma rede social pequena podem se sentir satisfeitas e menos solitárias enquanto pessoas com redes sociais muito maiores e com mais envolvimento em atividades sociais se sentem mais solitárias. Isso decorre do fato de que uma rede social menor pode ter uma qualidade e frequência das interações que satisfaz mais a pessoa, enquanto uma rede social maior, mas com conexões pouco significativas, podem aumentar a probabilidade de solidão (FRANQUEIRA; MAGALHÃES, 2018; UTZ et al., 2014; SLUZKI, 2010).

A densidade de uma rede é representada no mapa pela conectividade entre seus membros dentro e entre os quadrantes, ou seja, pela existência de conexões entre membros independentemente do informante. A densidade mede a intensidade das relações recíprocas existentes. Um nível de densidade médio favorece a máxima efetividade do grupo ao permitir o cotejamento de impressões, ou seja, pessoas com formas diferentes de pensar sobre o mesmo assunto possibilita uma maior discussão sobre o evento. Já uma rede com nível de densidade muito alta favorece a conformidade entre seus membros como forma de pressão para adaptação do indivíduo às regras do grupo, enquanto um nível de densidade muito baixo reduz a efetividade pela falta do efeito potencializador do cotejamento (SLUZKI, 2010).

Especialmente quanto à composição se refere à distribuição dos membros dentro e entre os quatro quadrantes e três círculos ou camadas de intimidade. As redes muito localizadas, ou seja, em que há muitos membros em um mesmo quadrante ou camadas, tendem a ser menos flexíveis e efetivas, e, então, geram menos opções do que as redes com distribuição mais ampla e isso se aplica tanto à distribuição em quadrantes como em círculo, possuem uma mesma forma de pensar sem análise crítica do fato. Assim, pessoas cuja rede significativa esteja centrada no quadrante da família ou no círculo das relações íntimas podem tornar-se muito dependentes das pessoas centrais. Contudo, redes muito amplas, onde não existe questionamento sobre a situação porque possuem a mesma idéia e percepção diante do fato, como seitas ou cultos mostram mais inércia e, portanto, menos capacidade de reagir (SLUZKI, 2010).

Critério de dispersão está relacionado à distância geográfica ou prática dos membros em relação ao informante e ele sinaliza a velocidade nas respostas possíveis às demandas da rede, que podem ser mais ou menos rápidas dependendo da distância entre o informante e os membros da sua rede. Uma maior dispersão pressupõe dificuldades no contato entre eles e menor efetividade da rede. Entretanto, vale ressaltar que tecnologias podem favorecer o contato

entre as pessoas que moram distantes, o que seria positivo para as redes sociais (SLUZKI, 2010).

Grau de homogeneidade ou heterogeneidade condiz com semelhança ou dissimilaridade entre os membros de acordo com variáveis como idade, sexo, cultura e nível sócioeconômico, com vantagens e inconvenientes em termos de identidade, reconhecimento de sinais de estresse e da necessidade de que o outro precisa de ajuda. ativação e utilização. Essa variável orienta a respeito de tensões potenciais entre subredes com diferenças culturais ou sócioeconômicas, tal como se observa na rede de casais de diferente base étnico/cultural ou diferente status educacional ou social (SLUZKI, 2010).

Também é possível avaliar por meio das falas as funções emocionais ou sociais que cada vínculo social efetivo realiza em relação ao informante, podendo ser de apoio emocional, companheirismo social, guia e aconselhamento cognitivo, regulamentação social, suporte material e de serviços e de conexão com outras redes. Por último, podem ser avaliadas as características específicas da relação entre o informante e qualquer pessoa em sua rede, verificadas pela frequência real de contato, intensidade - que é o compromisso com o relacionamento -, histórias compartilhadas e reciprocidade. Tais aspectos são avaliados no diálogo produzido, bem como a observação de características da rede (SLUZKI, 2010).

Em diversos níveis a rede social pode afetar a saúde dos indivíduos, dando ou não segurança frente a algum perigo e sentido à vida das pessoas que a compõe (MORÉ; CREPALDI, 2012). Podemos destacar que uma rede social cuja característica se alinha a uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável favorece a promoção de saúde já que os indivíduos que contam com essa rede apresentam maior resiliência emocional e imunodefesa aprimoradas (SLUZKI, 2010).

Redes sociais confiáveis fornecem apoio emocional, senso de valor, motivos para continuarem vivas e, de forma simultânea, também funcionam como agentes de referência, aumentando a adequada utilização de serviços de saúde e favorecendo a recuperação e reconstrução dos seus componentes quando há uma crise. Por outro lado, pessoas que ostentam redes sociais inacessíveis ou escassas mostram maior morbidade e mortalidade (MORÉ; CREPALDI, 2012; SLUZKI, 2010).

Apoio emocional determinado pelas redes sociais se faz levando em consideração componentes causais e de consequência, ou seja, pessoas saudáveis tendem a realizar apoio emocional e práticos para os membros da sua rede com o fortalecimento da mesma e, assim, em tese, quando necessitam de ajuda, sua rede estará mais presente. O contrário ocorre em



redes sociais nas quais os membros cursam com doenças crônicas ou outras crises. Nessas redes, a oferta e disponibilidade social tendem a se deteriorar a longo prazo (SLUZKI, 2010).

Assim, a análise de redes sociais, ao evidenciar estruturas relacionais interpessoais e institucionais, possibilita a detecção de influências nos processos de saúde-doença-cuidado, o que favorece a busca por soluções quando se aplica uma determinada ação em certo contexto (DAVID et al., 2018).

## **2 OBJETIVO**

Mapear a rede social de famílias enlutadas e identificar recursos e lacunas que possam interferir na vivência do luto.

## **3 MÉTODO**

### **3.1 Campo de pesquisa**

Patos de Minas possui uma população estimada, para o ano de 2018, de 150.833 habitantes (IBGE, 2010) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,765, sendo o vigésimo melhor em Minas Gerais (IBGE, 2010). Há vinte e cinco unidades básicas de saúde, rede composta por quarenta equipes de saúde da família sendo sete dessas unidades básicas de saúde rurais que são atendidas por quatro equipes volantes. Com uma cobertura de 100% da área rural e 99% da área urbana pelas equipes de saúde da família (PATOS DE MINAS, 2019). A distribuição das equipes de saúde da família por unidade básica de saúde de Patos de Minas foram dispostas em um quadro (Anexo A).

A Estratégia Saúde da Família é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O número de agentes comunitários de saúde deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de doze agentes de saúde por equipe de saúde da família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, quatro mil pessoas (BRASIL, 2017).

O estudo foi realizado na equipe de saúde da família Girassol que atua na UBS Nova Floresta que presta assistência a uma população de aproximadamente 3.000 pessoas. A equipe é formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de dentista, cinco agentes comunitárias de saúde e duas agentes de endemias. Essa

equipe recebe apoio de um Núcleo Ampliado à Saúde da Família constituído por um psicólogo, um assistente social, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma educadora física. Também participam da equipe os alunos dos cursos de enfermagem, odontologia e medicina do UNIPAM.

### **3.2 Desenho da pesquisa**

Para a produção dos dados dessa pesquisa descritiva qualitativa foram utilizados dois instrumentos – entrevistas semiestruturadas, realizadas com as famílias enlutadas cuja perda familiar aconteceu no ano de 2017, e a construção junto ao enlutados do mapa de rede social pessoal, das pessoas que ajudaram no luto.

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro semiestruturado com questões de interesse para a pesquisa composta por temas disparadores como sentimentos despertados pelo luto, fatores considerados fundamentais para o enfrentamento diante da perda de um familiar e percepções sobre essa vivência (Apêndice A). Ele foi construído a partir da literatura relacionada com a questão a ser compreendida e procurou contemplar, além de informações básicas como os dados sociodemográficos, relatos sobre a percepção do enlutado e sentimentos despertados. A escolha pelo método foi feita de acordo com o entendimento de que os enlutados possuem percepções individualizadas no que tange a perda do familiar, dividimos o entendimento de que não há prazo determinado, nem fases preestabelecidas e que, para cada tipo de perda haverá um tipo de luto, considerando fatores e circunstâncias em que houve a perda e seus respectivos significados, como a natureza do que foi perdido, o contexto, existência de rede de apoio, personalidade e estresses concomitantes (WORDEN, 2013).

Também foram realizados os mapas de rede social pessoal onde os enlutados utilizaram da ferramenta proposta por Sluzki em 2010 para assim delinear todas as pessoas que no momento da perda e durante o processo de luto se fizeram presentes e como essa presença de fato foi percebida pelo então enlutado. Mapa foi representativo gráfico da rede social pessoal dos enlutados onde as características e as funções desempenhadas por essa rede pode assim ser demonstrada (SLUZKI, 2010; SLUZKI, 1997).

Todas as entrevistas e construção do mapa de rede social foram gravadas em áudio através de aparelho celular, transcritas utilizando o Microsoft Word e arquivadas em meio digital.

### **3.3 População do estudo**

Foram ouvidas as histórias de nove enlutados, vinculados a uma Equipe de Estratégia Saúde da Família de uma cidade do interior de Minas Gerais, incluídos neste estudo com os critérios de idade igual ou maior de 18 anos e a vivência do luto no ano de 2017; estarem em condições de utilizarem a fala como ferramenta de comunicação e disponibilidade para contarem suas histórias e construir o mapa de rede social. A indicação dos participantes foi definida pelos critérios de inclusão onde com a ajuda das agentes comunitárias de saúde conseguiu ter acesso as famílias que tiveram óbitos no ano de 2017. Inicialmente, participariam dez famílias pertencentes a uma determinada equipe de saúde da família. Destas, uma família durante o período de entrevistas se mudou do município e uma outra família - composta pelo viúvo e seu filho devido a comorbidades como quadro demencial e esquizofrenia grave com comprometimento cognitivo importante – acabou não participando da população de estudo.

A produção dos dados iniciou-se em 22/06/2018 sendo a última entrevista realizada em 15/02/2019. O tempo médio das entrevistas e construção do mapa foi de duas horas, durante a qualificação do projeto, houve sugestões em relação a construção do mapa de rede social o qual foi prontamente aceito, houve também durante o processo de entrevistas a percepção da questão da espiritualidade muito citada, esses dois fatores isolados ensejaram a necessidade do retorno para complementação da entrevista de alguns participantes.

### **3.4 Coleta e análise de dados**

Após adequação do roteiro de entrevistas e construção dos mapas de rede social, levando-se em consideração o recurso de saturação para estabelecer a interrupção, iniciou-se a coleta de dados após a concordância dos participantes e assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido. Realizaram-se duas entrevistas piloto e partir destas houve sugestões de modificações durante a qualificação do mestrado que foram prontamente aceitas e implantadas, sendo que, após essas entrevistas e de acordo com a disponibilidade dos participantes foram realizadas entrevistas em suas residências, em ambientes sem a presença de outras pessoas. Totalizou-se o número de nove entrevistas nas quais duas a orientadora deste trabalho, psicóloga estava presente e o roteiro final sofreu ajustes. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e arquivadas em meio digital.

Análise na pesquisa qualitativa visa descobrir padrões nos dados produzidos que revelam a percepção comum diante da vivência dos entrevistados. Para tal, utilizamos a

análise de conteúdo, há várias formas de análise do conteúdo de uma pesquisa, utilizamos a modalidade temática consistente na descoberta de núcleos de sentido que compõe a comunicação onde a presença tenha algum significado para o objeto em análise observado (BARDIN, 1979).

Foram analisados os dados referentes às características estruturais das redes sociais dos participantes como tamanho, densidade, composição e o tipo de funções desempenhadas por cada vínculo e pelo conjunto. As entrevistas foram avaliadas através da análise de conteúdo a partir da leitura atenta dos textos várias vezes, pelas pesquisadoras envolvidas, com a finalidade de encontrar temáticas comuns nos discursos e relatos contados, sendo assim, identificamos os padrões que nos levaram as seguintes categorias: recursos para lidar com o luto; lacunas para lidar com o luto, vivência do luto e elementos da rede.

Partindo desse processo os relatos foram analisados, passando para a compreensão do material produzido em campo utilizando os princípios de interpretação já discutidos anteriormente.

As categorias foram apresentadas e analisadas separadamente, procedeu-se dessa forma por entender que os dados relacionam-se diretamente com as vivências dos enlutados.

### **3.5 Aspectos éticos**

Para a realização deste trabalho foram seguidas as normas para pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da saúde (BRASIL, 2012b). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia, sob o número CAAE 83733518.9.0000.5152(Anexo B). Houve autorização da Secretaria de Saúde de Patos de Minas (Anexo C).

Todos os participantes tiveram um primeiro encontro em suas residências onde foi explicado minuciosamente o trabalho e no segundo momento aos enlutados que aceitaram participar do trabalho foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma ficando com os pesquisadores e a outra via com o participante devidamente assinados (Anexo D).

Todas as entrevistas somente foram realizadas após assinatura do TCLE, sendo as mesmas gravadas em celular e transcritas na íntegra. O material produzido ficará guardado com o pesquisador responsável por, no mínimo, cinco anos e, quando no seu descarte, será

realizado de forma a não identificação de nenhum dos participantes e da mesma forma com o conteúdo.

Portanto, garantir que o trabalho siga parâmetros éticos para adequações técnicas é importante, contudo o pesquisador deve possuir uma visão ética que vai além do contexto escrito, visto que a pesquisa qualitativa por si só demonstra um comprometimento maior com a ética, já que temos uma absorção de maior impacto com os participantes do trabalho (MINAYO, 2015).

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Ana Maria Cosvoski *et al.* Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 272-279, abr. 2012.  
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200002>
- ALVARENGA, Márcia Regina Martins *et al.* Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, Maio 2011.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500030>
- AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos *et al.* Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 335-346, jun. 2013.  
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000200015>
- ARIÈS, Philippe. **Historia da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BARBOSA, Roberta Maria de Melo *et al.* A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 165-182, jan./jun. 2017.
- BARBOSA, Alice Regina Costa *et al.* Apoio social percebido por idosos: um estudo com participantes de uma universidade da maturidade. **Revista Humanidade e Inovação**, [s.l.], v. 6, n. 11, p. 151-157, jun. 2019.
- BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-43, jun. 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BENKEL, Inger; WIJK, Helle; MOLANDER, Ulla. Family and friends provide most social support for the bereaved. **SAGE Publications**, Los Angeles, v. 23, p. 141-149, May 2009.  
<https://doi.org/10.1177/0269216308098798>
- BRAGA, Iara Falleiro *et al.* Percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade no contexto da atenção primária. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 448-455, set. 2014.
- BRAGA, Fernanda de Carvalho; QUEIROZ, Elizabeth. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 413-429, dez. 2013.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000300004>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção domiciliar**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 19 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012b.

CARLOS, Diene Monique *et al.* Minimum Map of Social Institutional Network: a multidimensional strategy for research in Nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. spe, p. 101-106, June 2016.  
<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300015>

CARR, Deborah *et al.* Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed persons. **Journal of Gerontology: social sciences**, [s.l.], v. 56, n.4, p. 237-248, July 2001.  
<https://doi.org/10.1016/B978-075064947-6/50013-7>

CHARON, Joel M. **Sociologia**. São Paulo: Saraiva, 2013.

COSTA, Álvaro Percínio; POLES, Kátia; SILVA, Alexandre Ernesto. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1041-1052, dez. 2016.  
<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal *et al.* Análise de redes sociais na atenção primária em saúde: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.31, n. 1, p. 108-115, fev. 2018.  
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800016>

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ANDRADE, Deyvyd Manoel Condé. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 852- 855, nov. 2015.  
<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.14861>

DELALIBERA, Mayra *et al.* A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p. 1119-1134, ago. 2014.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.09562014>

DOMINGUES, Daniela Fontoura; DESSEN, Maria Auxiliadora. Reorganização familiar e rede social de apoio pós-homicídio juvenil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 141-148, jun. 2013.

<https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000200003>

DOMINGUES, Marisa Accioly *et al* . Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 49-59, mar. 2013.

<https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100006>

FLICK, Uwe. **Introdução a pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: ARTEMED, 2009.

FONSECA, Anelise; GEOVANINI, Fatima. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 120-125, jan.2013.

<https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100017>

FRANQUEIRA, Ana Maria Rodrigues; MAGALHÃES, Andrea Seixas. Compartilhando a dor: o papel das redes sociais no luto parental. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 373-389, ago. 2018.

FRATEZI, Flávia Renata; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.16, n. 7, p. 3241-3248, maio 2011.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800023>

GUEDES, Marcelo Barbosa Otoni Gonçalves *et al*. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, jul.2017.

<https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>

GUSSO, Gustavo D. F.; LOPES, Jose M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e pratica**. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

IBGE. **Panorama dos municípios**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/patos-de-minas/panorama>. Acesso em: 19 maio 2019.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al* . Metodologia de análise de redes do cotidiano num serviço residencial terapêutico: um estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**,[s. l.], v. 15, n. 1, p. 61-70, mar. 2013.

<https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.16128>

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. O luto no Brasil do século XX. **Caderno Centro de Estudos e Pesquisas em Humanidades**, Salvador, v. 27, n. 72, p. 593-612, dez. 2014.

<https://doi.org/10.1590/S0103-49792014000300010>

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e a seus próprios parentes**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.



LETTIERE, Angelina. **A rede de atenção à mulher em situação de violência sob a perspectiva do pensamento complexo**. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

<https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.32977>

LOHAN, Janet; MURPHY, Shirley. Bereavedmothers' marital status andfamilyfunctioningafter a child'ssudden, violent death: a preliminarystudy. **JournalFamilyNursing**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 333-347, July 2007.

<https://doi.org/10.1080/15325020701296794>

MARCOLINO, José Alvaro. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 81-82, mar. 1999.

<https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100015>

MIQUELETTTO, Marcelo *et al.* Espiritualidade de famílias com um ente querido em situação de final de vida. **RevistaCuidarte**, Bucaramanga, v. 8, n. 2, p. 1616-1627, maio 2017.

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.391>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disputas científicas que transbordam para o campo da ética em pesquisa: entrevista com Maria Cecília de Souza Minayo. **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2693-2696, 2015.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.11862015>

MORÉ, Carmem LeontinaOjedaOcampo; CREPALDI, Maria Aparecida. O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 43, p. 84-98, ago. 2012.

MORITZ, Rachel Duarte. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Bioética**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005.

NESSE Randolph *et al.* **Changinglivesofoldercouples (CLOC)**: astudyofspousalbereavement in the Detroit Area, 1987-1993. Ann Arbor, MI: Inter-University Consortium for Politicaland Social Research, 2006.

NUNES, MarileneRivany *et al.* Rede social de adolescentes em liberdade assistida na perspectiva da saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.69, n.2, p. 298-306, abr. 2016. Disponível em: 33S3333:33S33.sciello.br/scielo.php?pid= S0034-71672016000200298&script=sci\_arttext. Acesso em: 10 jun. 2019.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690213i>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Serviços de Cuidado Paliativo Gestão da Qualidade**. Genebra, 2002.

PINHEIRO, Ricardo Lana; GUANAES-LORENZI, Carla. Funções do Agente Comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 1, p. 48-57, mar. 2014.

<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000100007>

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, set. 2017.

<https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>

REBELO, José Eduardo; LANCMAN, Selma; BATISTA Marina Picazzio Perez. Perspectivas sobre as estruturas não governamentais e a ação comunitária no apoio ao luto sadio em Portugal e o “Modelo Vivencial do Luto Sadio”. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 1-8, jan./abr.2017.

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i1p1-8>

SANTOS, Josenáide; GANDOLF, Leonora. Sentidos do sofrimento no contexto da atenção primária. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 321-327, out. 2015.

SILVA, Mariana Lobato dos Santos Ribeiro. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 45-53, jan./mar. 2014.

[https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)718](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)718)

SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SLUZKI, Carlos E. Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. **Families, Systems & Health**, [s.l.], v. 28, n. 1, p. 1-18, 2010.

<https://doi.org/10.1037/a0019061>

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, services e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STROEBE, Wolfgang *et al.* Does Social Support help in bereavement. **Journal of Social and Clinical Psychology**, [s.l.], v. 24, n. 7, p. 1030-1050, 2005.

<https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.7.1030>

TAVERNA, Gelson; SOUZA, Waldir. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. **Cadernoteológico da PUCPR**, Curitiba, v.2, n.1, p.38-55, 2014.

UTZ, Rebeca *et al.* Feeling lonely versus being alone: loneliness and social support among recently bereaved persons. **The Journal of Gerontology**, [s.l.], v. 69, n. 1, p. 85-94, 2014.

<https://doi.org/10.1093/geronb/gbt075>

VON ZUBEN, Juliana Vieira; RISSI, Maria Rosa Rodrigues; GUANAES-LORENZI, Carla. A rede social significativa de uma mulher após o diagnóstico de HIV/AIDS. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 211-221, jun. 2013.

<https://doi.org/10.1590/S1413-73722013000200003>

WALTER, Tony. Grief narratives: the role of medicine in the policing of grief. **Anthropology & Medicine**, London, v. 7, n. 1, p. 97-114, Jun. 2010.  
<https://doi.org/10.1080/136484700109377>

WORDEN, James William. **Aconselhamento do luto e terapia do luto**: um manual para profissionais da saúde mental. São Paulo: Roca, 2013.

#### **4. ARTIGO A SER SUBMETIDO**

O artigo, aqui descrito, será revisado após a defesa e submetido à revista Interface-comunicação, saúde e educação. A escolha do periódico foi feita em virtude da sua relevância e de acordo com as exigências da coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. O conteúdo do artigo foi elaborado utilizando as regras de submissão da revista (Anexo E).

#### **VIVÊNCIAS DE LUTO EM FAMÍLIAS ACOMPANHADAS POR EQUIPES DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Rosilene Maria Campos Gonzaga; Mariana Hasse, Janaína Paula Costa da Silva

##### **Resumo**

Este estudo objetivou mapear redes sociais de famílias enlutadas e identificar recursos e lacunas que possam interferir na vivência do luto. Participaram oito famílias com um total de nove enlutados, pertencentes a uma unidade de atenção básica de um município do estado de Minas Gerais, que concederam entrevistas semi-estruturadas com a utilização de um roteiro previamente elaborado e a construção de um mapa de rede social mínimo proposto por Sluzki. As narrativas foram gravadas, transcritas, textualizadas e trabalhadas por meio de análise de conteúdo. Os resultados indicaram: (a) a família, assim como a espiritualidade são fatores considerados como fundamentais pelos enlutados para enfrentar uma perda familiar; (b) a equipe de saúde da família é pouco definida como apoiadora na vivência do luto; (c) os enlutados tem um desejo de falar sobre a perda do familiar; (d) a visita domiciliar favorece o melhor enfrentamento do luto. Assim sendo, os recursos utilizados pelos enlutados foram a família e a espiritualidade e observou-se como lacuna a falta de apoio da Atenção Primária.

##### **Palavras chave**

Luto; Profissionais de saúde; Mapa de Rede Social Pessoal; Resiliência.

## **LIVING LIVES IN FAMILIES ACCOMPANIED BY HEALTH TEAMS IN PRIMARY ATTENTION**

Rosilene Maria Campos Gonzaga, Mariana Hasse, Janaína Paula Costa da Silva

### **Abstract**

This study has the purpose of mapping social networks of mourning families to identify resources and gaps that could interfere in the mourning experience. Eight families with a total of nine mourners belonging to a municipality basic care unit in the state of Minas Gerais participated in the study. They gave semi-structured interviews using a previously elaborated script and the construction of a minimum social network map proposed by Sluzki. The stories were recorded, transcribed, textualized and worked through content analysis. The results indicated: (a) the family, as well as spirituality, are factors considered fundamental by the mourner to deal with a family loss; (b) the health team is poorly defined as a supporter of grief; (c) the mourners have a desire to talk about the loss of their relative; (d) the home visits support a better mourning frontation. Thus, the resources used by the bereaved were family and spirituality, and the lack of support from Primary Care was a shortcoming.

### **Keywords**

Mourning; Health professionals; Map of Personal Social Network; Resilience.

## **VIVENCIAS DE LUCHA © FAMILIAS ACOMPAÑADAS POR EQUIPOS DE SALUD © LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Rosilene Maria Campos Gonzaga, Mariana Hasse, Janaína Paula Costa da Silva

### **Resumen**

Este estudio 38S383838ia38 mapear redes sociales de 38S383838ia38 enlutadas e identificar recursos y lagunas que pudieran interferir en la vivencia del luto. Participaron ocho familias con un total de nueve enlutados, pertenecientes a © unidad de atención básica de un municipio 38S38 estado de Minas Gerais, que concedieron entrevistas semiestructuradas con la utilización de un 38S383838ia38io previamente elaborado y la construcción de © mapa de red social mínimo propuesto por Sluzki. Las narrativas fueron grabadas, transcritas, textualizadas y trabajadas por 38S383838 de análisis de contenido. Los resultados indicaron: (a) La 38S383838ia, así como la espiritualidad son factores considerados como fundamentales por los enlutados para enfrentar © 38S383838ia familiar; (b) 38S equipo de salud de la 38S383838ia 38S 38S3838 definida como apoyadora en 38S vivencia 38S38 luto; (c) los enlutados tienen un deseo de hablar de la pérdida 38S38 familiar; (d) 38S visita domiciliar favorece el mejor enfrentamiento del luto. Por lo tanto, los recursos utilizados por los deudos fueron la familia y la espiritualidad, y 38S falta de apoyo de Atención Primaria fue un fracaso.

### **Palabras clave**

luto; Profesionales de la salud; Mapa de Red Social Personal; La resiliencia.

## Introdução

O sofrimento está presente na perda de alguém significativo onde ocorre uma desorganização familiar, o que influencia na dinâmica da mesma. Essa etapa de reconstrução compõe o luto como um processo de superação, de forma progressiva, as vivências desarmônicas provocadas pela perda pessoal de alguém significativo. Mesmo sendo um evento dito natural, que faz parte da vida humana, em regra, o desenrolar das respostas íntimas às realidades da perda está vinculado a um sofrimento físico e mental importantes.<sup>1,2</sup>

Sendo assim, dependendo de como o enlutado vivencia essa perda que faz parte do ciclo de vida e como essa é trabalhada pode gerar o que denominamos de luto não saudável com repercussões em vários níveis, inclusive sistêmico. Esse fato pode também ser observado em alguns casos onde a maneira como aconteceu a morte pode influenciar, se violenta ou não, algo esperado pela própria idade da pessoa ou não esperada como em casos de acidentes automobilísticos e de crianças, que tem um impacto maior quando este tipo de evento acontece principalmente quando se pensa em crianças, as repercussões no âmbito familiar são devastadoras. Pensando em todo esse comprometimento maléfico e de transtornos gerados pelo não reconhecimento dessas pessoas que sofrem durante a perda de um familiar há portanto, necessidade urgente de percebê-los para evitar males maiores como o luto patológico, mesmo sabendo que a morte faz parte da vida, mas sobretudo compreender que o luto é um momento que deve ser vivenciado após perda significativa e que existem maneiras de vivenciar de forma mais harmônica.<sup>1,2,3,4</sup>

A fim de vivenciar o luto com a devida tranquilidade se faz necessário a busca constante dessas famílias enlutadas com objetivo de proporcionar uma escuta desses familiares que muitas vezes sofrem sozinhos e outros buscam ajuda de profissionais especializados. A espiritualidade também é um suporte existente para o enfrentamento do luto, bastante utilizado por pessoas que acreditam em uma força maior que as torna capazes de compreender o sentido daquela perda. Assim pensar na equipe saúde da família que utiliza de atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, tais como: Atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação como fundamentais na abordagem do enlutado. Para isso utilizam ferramentas extremamente importantes como clínica ampliada, matriciamento, projeto terapêutico singular e visitas domiciliares como fontes apoiadoras dos enlutados.<sup>3,5,6,7,8</sup>

As visitas domiciliares assim como a clínica ampliada são ferramentas cruciais no aporte dessas famílias enlutadas visto que o maior potencial de escuta está inserido nesses profissionais que compõem a equipe saúde da família. A visualização dos indivíduos que tiveram perda e que muitas vezes sofrem sozinhos, ter um ombro amigo ou uma pessoa a quem falar dos sentimentos gerados com a perda se torna fundamental. Dessa forma, vivenciar o luto com recursos existentes na própria Atenção Primária à Saúde se torna importante, visto que esse potencial muitas vezes é deixado em segundo plano, onde as visitas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde ficam restritos aos indivíduos acamados e domiciliados, e esquecendo que os enlutados se não tiverem uma vivência do luto de forma adequada podem adoecer levando em consideração o conceito amplo de saúde.<sup>6,8,9,10</sup>

Espera-se que profissionais da equipe saúde da família e do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) que são apoiadores da equipe de saúde tenham um cuidado e acompanhamento não somente durante a enfermidade das pessoas, mas também após o falecimento dessas pessoas que se acompanhem os familiares, visto que esses profissionais de saúde tem uma ligação importante com essas famílias e ajudam no enfrentamento desse momento de perda, buscando dessa maneira contemplar toda a família e, assim ampliando todo o cuidado.<sup>6,9,11,12,13</sup>

Para que todo esse movimento estratégico de se apoiar o enlutado na sua vivência é preciso que os profissionais médicos, assim como os demais profissionais da área de saúde e apoiadores da saúde da família saiam de sua zona de conforto. Pensando em mudanças há de se fazer com que alunos da graduação tenham um maior entendimento sobre como os enlutados precisam serem acompanhados da mesma forma que as pessoas com doenças sem perspectiva de cura necessitam de acompanhamento de profissionais com habilidades de comunicação, trabalho com equipe multiprofissional e assistência familiar.<sup>7,14,15,16</sup>

Assim sendo, as situações que vão determinar um desequilíbrio sejam de cunho sentimental ou material fazem com que as pessoas em redes usufruam desse vínculo existente nas redes sociais como meio de garantir um apoio entre os membros, favorecendo o sentimento de auto-estima e de reconhecimento do indivíduo que são fundamentais em situações de crise. Ocorre um fenômeno calcado em um movimento incessante da tríade dar-receber- retribuir perfazendo a coletividade.<sup>11,17,18</sup>

Então, em uma rede social podemos observar suas diferentes características e funções desempenhadas pela mesma, além de obtermos sua representação gráfica pelo mapa de rede social pessoal o que favorece a visualização desse encarte de pessoas interligadas. Essa ferramenta de identificação e descrição das redes sociais que chama de “mapa mínimo de



relações” é representado por quatro quadrantes nos quais são incluídos membros da família, amizades, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias. Inscritos nesses quadrantes temos três círculos concêntricos que representam, de dentro para fora, as relações íntimas, as relações com menor grau de compromisso e as relações ocasionais, respectivamente.<sup>19,20</sup>

Figura 2 – Mapa de rede social



Fonte: Sluzki(1997, 2010).

Por meio da utilização do mapa de rede social, ferramenta muito útil em pesquisas de abordagem qualitativa, torna-se viável conhecer a composição da rede social de cada pessoa (ANDRADE; DAVID, 2015; MORÉ; CREPALDI, 2012; ALEXANDRE et al., 2011). Ao observar o mapa construído, deve-se atentar-se as características estruturais, que são: tamanho, densidade, composição, dispersão e homogeneidade/heterogeneidade (SLUZKI, 2010).

### Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual utilizamos da construção do mapa de rede social proposto por Sluzki em 2010 e de uma entrevista semi estruturada com o objetivo de mapear a rede social das famílias enlutadas e identificar recursos e lacunas que possam

interferir na vivência do luto. Assim sendo, obtive relatos dos enlutados sobre pessoas que compuseram a rede social a qual se mostraram significativas naquele momento, bem como lacunas e recursos que interferiram na vivência do luto.

A escolha pelo método foi feita de acordo com o entendimento de que os enlutados possuem percepções individualizadas no que tange a perda do familiar, dividimos o entendimento de que não há prazo determinado, nem fases preestabelecidas e que, para cada tipo de perda haverá um tipo de luto, considerando fatores e circunstâncias em que houve a perda e seus respectivos significados, como a natureza do que foi perdido, o contexto, existência de rede de apoio, personalidade e estresses concomitantes.<sup>18,19,20</sup>

Nessa perspectiva, foram ouvidas as histórias de nove enlutados, vinculados a uma Equipe de Estratégia Saúde da Família de uma cidade do interior de Minas Gerais como uma ferramenta de grande valia já que o município conta 40 equipes de saúde da família que abrangem 100% da população rural e 99% da população urbana.<sup>21</sup> Sendo incluídos neste estudo os critérios de idade igual ou maior de 18 anos e a vivência do luto no ano de 2017; estarem em condições de utilizarem a fala como ferramenta de comunicação e disponibilidade para contarem suas histórias e construir o mapa de rede social. A indicação dos participantes foi definida pelos agentes comunitários de saúde visto o vínculo existente desses profissionais de saúde com a população que favoreceram indicar os óbitos ocorridos em 2017.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia sob o número CAAE 83733518.9.0000.5152 e autorizado pela Secretaria de Saúde do município em questão. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, demonstrando aceite em participar da pesquisa.

Os instrumentos de coleta de dados foram: uma entrevista semi-estruturada composta por temas disparadores (sentimentos despertados pelo luto; fatores considerados fundamentais para o enfrentamento diante da perda de um familiar e percepções sobre essa vivência), um questionário com informações sociodemográficas e um mapa de rede social mínimo proposto por Sluzki.

A coleta das histórias aconteceu por meio de um encontro na residência de cada participante. Elas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Foram analisados os dados referentes as características estruturais das redes sociais dos participantes como tamanho, densidade, composição e o tipo de funções desempenhadas por cada vínculo e pelo conjunto. As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo a partir da leitura atenta e várias vezes dos textos pelas pesquisadoras envolvidas. A finalidade foi encontrar as temáticas comuns que pudessem surgir das histórias contadas.

## Resultado e discussão

### Perfil dos enlutados

Essa pesquisa foi realizada a partir de entrevistas realizadas com oito mulheres e um homem, que perderam algum familiar há aproximadamente um ano e meio. Os participantes eram adultos com idade média de 60 anos, entre eles tínhamos os economicamente ativos e idosos aposentados, sendo que os aposentados moravam sozinhos em suas residências e os adultos com outros familiares como filhos, cônjuges, neto e pai. Em relação à religião tivemos católicos e evangélicos constituindo esse grupo de enlutados, com escolaridade desde o ensino fundamental incompleto até o ensino superior com pós-graduação. Houve perdas de esposo(a), pai, mãe e filha sendo que todas as mortes ocorreram de forma esperada porque os familiares estavam em cuidados paliativos. Um dos casos possuía doença prévia que favoreceu o óbito.

Quadro 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos enlutados cadastrados na equipe Girassol ano de 2017

Partic.**	Idade (anos)	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	T P F *(meses)	Parentesco	Religião
1	61	Fem.***	viúva	fundamental completo	Do lar	15	esposa	católica
2	44	Fem.	Casada	Fundamental incompleto	Do lar	17	mãe	católica
3	83	Masc.****	viúvo	Fundamental Incompleto	Aposentado	14	esposo	evangélico
4	49	Fem.	Solteira	Pós- Graduação completo	Prof/ Supervisora	9	filha	evangélica
5	52	Fem.	Divorciada	Médio completo	Garçonete	9	Filha	católica
6	51	Fem.	Solteira	Médio Incompleto	Diarista	9	Filha	católica
7	63	Fem.	Divorciada	Superior completo	Aposentada	18	Filha	católica
8	53	Fem.	Casada	Fundamental incompleto	Diarista	15	Filha	católica
9	83	Fem.	Viúva	Fundamental incompleto	Do lar	20	esposa	católica

Fonte: A autora.

\* Tempo de perda familiar \*\*Participante \*\*\*Feminino \*\*\*\*Masculino

### **Caracterização do mapa de rede social dos enlutados**

Todos os participantes do estudo, além de serem entrevistados, construíram um mapa de suas redes sociais alocando pessoas que participaram na vivência do seu luto e como foi a participação delas, assim tivemos redes sociais com uma média de dez membros, sendo que uma das redes apresentou um número máximo de dezesseis membros e uma outra rede com cinco membros perfazendo a rede com menor número de membros. Essa rede social apesar de composta por cinco membros, para a percepção do enlutado foi importante, pois com a perda da mãe propiciou reatar vínculos com a filha e o pai que anteriormente viviam em conflitos e assim pode contar de forma verdadeira com essas pessoas. Fato esse que corrobora com os dizeres que redes sociais podem ser efetivas ou não independente do número de membros da rede social, na realidade a eficácia de uma rede social está diretamente relacionada ao membro ser significativo para a pessoa que passa por um momento de crise. Neste sentido, deve-se ter ciência que mais do que a quantidade de pessoas presentes na rede, é a qualidade dos vínculos que permite falar sobre a eficácia ou não da rede.<sup>11,18,19,20</sup>

Os participantes tiveram redes sociais compostas por alguns membros que possuíam conexão entre si e outros membros que não possuíam conexão entre si dentro da mesma rede, independente do enlutado, com exceção de um, cuja rede social é formada basicamente pelo núcleo familiar, composto por filha, pai, irmão e prima, todos conectados entre si. Apenas a empregadora da entrevistada, citada como membro da rede social, que não possuía conexão com os membros da rede. Essa característica é denominada por Sluzki(2010) como densidade. No estudo um dos mapas apresentou densidade muito alta, visto que, a maior parte dos membros se conheciam. Sluzki relata que redes sociais com alta densidade possuem um grau de conformidade alto devido aos membros compartilharem da mesma opinião, entretanto, para avaliar essa questão de conformidade teríamos que buscar cada membro da rede do enlutado para correlacionar as suas percepções em relação ao enlutado e assim correlacionar a densidade com a conformidade.

Alguns dos participantes apresentaram a rede social com distribuição ampla, ou seja, os membros da rede social dos enlutados se distribuíram de forma proporcional nos quadrantes e círculos com presença de vínculos significativos e diversificados. Esses entrevistados disseram que tinham ajuda de vizinhos, membros da igreja, amigos e familiares para lidar com sua perda. Já outros participantes apresentaram uma rede social com distribuição muito localizada, ou seja, os enlutados tinham uma rede significativa centrada na

família, exceto um enlutado que tinha sua rede com os membros centrados no círculos internos dos quatro quadrantes.

Em relação a dispersão, podemos dizer no geral que os membros das redes tinham acesso fácil ao enlutado, e embora alguns morassem distantes dos enlutados e não pudessem estar presentes fisicamente, utilizavam meios de comunicação como o telefone para manterem contato. Sendo assim, podemos dizer que o avanço tecnológico vem suprir problemas como a distância geográfica que poderia ser um fator complicador na acessibilidade dos membros da rede social com o informante o que geraria transtornos em relação eficácia e velocidade de resposta às situações de crise.<sup>20,22</sup>

E, por fim em relação a análise das características estruturais das redes sociais, elas apresentaram-se de forma heterogênea onde os membros que constituíam a rede dos enlutados eram formados por pessoas com diferentes idades, sexo e nível sócio-econômico.<sup>19,20</sup>

As funções determinadas por essas redes sociais aos enlutados nesse trabalho foram de apoio emocional, companhia social, guia de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e reforço de vínculos. O suporte prático visto no trabalho foram referentes ao vizinho e familiares levarem refeições diárias ao enlutado e limpeza das casas dos enlutados por familiares que foram relatados como fatos importantes, além do apoio emocional. A questão do reforço de vínculo foi relatado por uma filha após perda da mãe onde a enlutada relata uma maior aproximação do pai, inclusive sendo apontado como uma mudança ocorrida após a perda da mãe.

O apoio de familiares esteve presente nas redes sociais dos enlutados, dado esse que corrobora com os resultados da pesquisa de Franqueira e Magalhães (2018) em que o apoio de familiares e amigos é essencial para a superação do sofrimento após uma perda significativa. Neste trabalho foi verificado que os enlutados idosos possuíam uma rede social composta por familiares e poucos ou nenhum amigos, fato este, que vai de encontro aos dizeres de Sluzki (2010) que os idosos deixam de ter vida social e portanto a rede social fica restrita a família. Tal circunstância favorece o quadro de solidão, sentimento relatado pelo enlutados quando se tinha a perda do cônjuge, que também corrobora com os autores Utzet *al.* (2014) onde o apoio social dos amigos pode desempenhar um papel mais significativo na determinação do nível de solidão do que o apoio prestado pelos familiares.

Visualizando todo esse contexto de importância da rede social para os enlutados, foram também observadas nesse estudo falas referentes a questão espiritual como fundamental no enfrentamento do luto, onde a maioria dos enlutados relataram a fé em Deus como fonte de apoio nesse momento de fragilidade. Dados esses que corroboram com a idéia de que a

espiritualidade é fundamental na vivência do luto, funcionando como um suporte importante para enfrentar esse momento como falado por Barbosa et al.(2017)em seu artigo. As falas dos enlutados frente a questão espiritual se mostrou bem clara na importância assumida pela crença em Deus independente da religião, visto que a fé foi dita pelos enlutados como essencial.

[...] tiveram vizinhos,inclusive o vizinho do lado tem no muro uma janela de comunicação entre a gente, ele faz um bolo lá manda um pedaço para mim por essa janela. É muito bom para mim e para eles. Mas o fundamental para enfrentar esse momento é Deus, só pode vencer se tiver Deus[...] (Participante 3)

[...]então aquela certeza de que a fé a gente tem em Deus e agora libertou todo o sofrimento, que todo sofrimento era carnal, só a carne, aquilo nos fortaleceu nos deixou assim conformadas, confortadas com a partida dele porque ele já sofreu tudo que tinha que sofrer e agora está em paz[...] (Participante 5)

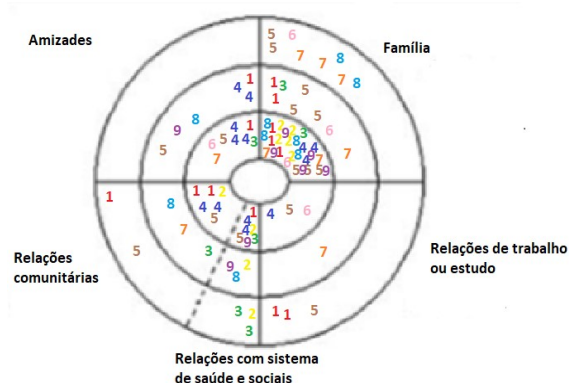
Diante das informações colhidas criou-se o quadro com as características estruturais do enlutados (Quadro 2) , que por sua vez, permitiu a criação do Mapa de Rede Social dos enlutados pertencentes a Equipe Saúde de Família (Figura 3).

Quadro 2 – Características estruturais da rede social dos participantes

Participantes	Tamanho	Densidade	Distribuição	Dispersão	Homogeneidade/hetero
1	13	Média	ampla	Fácil acesso	heterogêneo
2	8	Média	Muito localizada	Fácil acesso	heterogêneo
3	8	Média	ampla	Fácil acesso	heterogêneo
4	13	Média	Muito localizada	Fácil acesso	heterogêneo
5	16	Média	Ampla	Fácil acesso	heterogêneo
6	5	Muito Alta	Muito localizada	Fácil acesso	heterogêneo
7	9	Média	Ampla	Fácil acesso	heterogêneo
8	9	Média	Ampla	Fácil acesso	heterogêneo
9	8	Média	Ampla	Fácil acesso	heterogêneo

Fonte: A autora.

Figura 3- Mapa de rede social dos participantes



Fonte: Adaptado de Sluzki (1997, 2010).

Após a construção dos mapas de rede social dos enlutados foram entrevistados e ouvidos os relatos sobre o contexto em que seu familiar faleceu, as mudanças na rotina familiar após o adoecimento/diagnóstico e perda do seu familiar, os sentimentos durante esse processo e o que considera fundamental para enfrentar uma perda familiar

Na sequência esses dados subjetivos foram agrupados e descritos a fim de produzir novas informações buscando compreender a realidade vivenciada pelos enlutados e estabelecido as categorias. O método se pauta na análise de conteúdos, caminhando além dos conteúdos de textos revelando, de modo mais abrangente, as lógicas e as explicações dos enlutados, tendo em vista seu contexto de vida. Para a realização da análise dos dados foram feitas leitura compreensiva do conjunto de falas e a apreensão das particularidades; identificação das ideias explícitas e implícitas nos dados; identificação e recorte temático dos depoimentos; busca de sentidos mais amplos (socioculturais) das falas dos enlutados; diálogo entre sentidos atribuídos, informações provenientes de outros estudos procurando articular o objetivo do estudo à base teórica adotada e os dados empíricos. E por fim foi elencados as categorias.

As narrativas foram gravadas, transcritas, textualizadas e trabalhadas por meio de análise de conteúdo. Os resultados indicaram: (a) a família, assim como a espiritualidade são fatores considerados como fundamentais pelos enlutados para enfrentar uma perda familiar; (b) a equipe de saúde da família é pouco definida como apoiadora na vivência do luto; (c) os enlutados tem um desejo de falar sobre a perda do familiar; (d) a visita domiciliar favorece o melhor enfrentamento do luto.

### **A família, assim como a espiritualidade são fatores considerados como fundamentais pelos enlutados para enfrentar uma perda familiar**

Dentro desse contexto o apoio de familiares, bem como a espiritualidade são essenciais no sentido de superar o sofrimento após uma perda significativa. O fato dos familiares estarem próximos e disponíveis favorece um maior comprometimento com os enlutados.<sup>5,14</sup> Os familiares e a questão de ter fé foram citados pelos enlutados como às principais fontes de apoio no enfrentamento da perda, como observado nas seguintes falas...

[...]a gente sozinha não dá conta então minha nora ajudou, minhas filhas e as minhas vizinhas ficam aqui até hoje. Tudo me deu força, eu dei força para eles e eles para mim[...] (Participante 1)

[...] eu tenho um cunhado que vem todo mês aqui, ele fala eu vim aqui para ver como você está e ele tem pouco prazo de ficar aqui, ontem mesmo ele esteve aqui, me abraçou e disse que qualquer coisa liga para mim. (Participante 3)

[...]. Então todo esse conjunto a fé e o estar juntos com a família deu força para enfrentar a morte do meu pai. (Participante 5)

[...] Muita oração, apoio da família é muito importante. (Participante 10)

[...]então aquela certeza de que a fé a gente tem em Deus e agora libertou todo o sofrimento, que todo sofrimento era carnal, só a carne, aquilo nos fortaleceu nos deixou assim conformadas, confortadas com a partida dele porque ele já sofreu tudo que tinha que sofrer e agora está em paz[...] (Participante 4)

Esse apoio familiar gera para os enlutados confiança e certeza que pode contar com esses membros familiares na reconstrução do momento vivenciado e mesmo na ressignificação da vida. Esse dado corrobora com os resultados de pesquisa de Franqueira e Magalhães (2018) em que o apoio emocional, ofertado pela família, em um momento de sofrimento é fundamental para o desenvolvimento de o um processo de luto saudável. Quando as pessoas enlutadas podem contar com o apoio das pessoas e compartilhar seu pesar ocorre menor risco de desenvolver o luto dito patológico.

O relacionamento familiar fragilizado tende a se refazer devido ao momento de perda de um ente querido. Esse dado corrobora resultados da pesquisa da Delalibera *et al.* (2015) em que a perda de um familiar pode influenciar a dinâmica família, visto que ocorre uma alteração no sistema familiar e seus membros são obrigados a se organizarem, sendo que a coesão entre os membros colabora para um melhor ajustamento em relação a perda. O relato da enlutada ilustra esse dado.

[...]eu acho que houve mais união com meu pai e com a minha filha depois que minha mãe morreu, a gente não se entendia e depois que ela morreu a gente acabou se unindo [...](Participante 6)

Outro apoio percebido e falado pelos enlutados foi a fé em Deus, independente da religião, fato esse que corrobora com Miqueletto *et al.* (2017) onde relaciona a espiritualidade a um conceito mais amplo do que religiosidade. Tendo uma percepção subjetiva, dessa forma favorecendo os indivíduos compreenderem de forma particular fatos e momentos, embasados na sua cultura e no seu entendimento.

Alguns enlutados, em suas falas, mostraram que a espiritualidade está inserida no contexto amplo do significado e também pode ser percebida nas ações. Esse dado corrobora



com a pesquisa de Barbosa *et al.* (2017) onde a espiritualidade pode ser percebida através de ações como as orações e comportamentos respaldados no fazer o bem.

[...]eu falo assim a religião não é a religião, eu acho que é a pessoa gostar de si, gostar do próximo, ajudar o próximo, seja que religião que for pode ser católico pode ser crente pode ser espírita pode ser qualquer um mas desde que aquela pessoa ta.. ajudando o próximo , ta amando o próximo que Jesus era isso, era o amor, então ele está do lado de Jesus e Deus não importa, eu acho que não importa que religião que seja[...] (Participante 2)

[...]foi exatamente não a religião em si mas os encontros, as visitas, as orações né? Nós tivemos culto aqui em casa e a gente sempre com uma fé muito grande e mesmo naquele sofrimento a gente acreditava e acredita que Deus estava fazendo o melhor né, dando inclusive uma oportunidade ao papai de partir tranquilo[...] (Participante 4)

Enfim a espiritualidade é contextualizada como uma forma de vivenciar o luto, acreditando que a fé supere momentos de fragilidade que norteiam os enlutados. Sendo essa positiva no momento de luto por permitir que os enlutados tenham a fé em Deus como um dispositivo que justifique as situações negativas acontecerem e também serve como apoio para o enfrentamento.<sup>5,14</sup>

### **A equipe de saúde da família é pouco definida como apoiadora na vivência do luto**

Na perspectiva em se trabalhar com conceitos amplos de saúde e assim visando um entendimento maior sobre o sofrimento dos enlutados faz-se necessário uma maior comprometimento dos profissionais de saúde. Tal fato corrobora com o discurso de Fratezi e Gutierrez (2011) da importância de se promover uma atenção integral aos indivíduos, bem como também envolver os familiares nesse momento onde a aproximação da morte desperta em especial ao cuidador, desgaste físico, financeiro e emocional. Assim como, espera-se que os profissionais de saúde façam parte das redes de relações familiares e que exista preocupação com o processo de luto antes e após o óbito do doente.

Vislumbrando o fato da Atenção Primária à Saúde representar o primeiro contato da população com o sistema de saúde, que junto a longitudinalidade, integralidade e coordenação, conformam os atributos essenciais para uma saúde de qualidade. Bem como o sistema organizado a partir da Atenção Primária à Saúde traz a idéia de fácil acesso para cada novo problema ou episódio de um problema pelo qual os indivíduos buscam soluções.<sup>10</sup> Assim, segundo Starfield (2002), o sistema de saúde deve ser capaz de oferecer ajuda para os

indivíduos e reconhecer o grau de gravidade da condição apresentada pelos mesmos. Sendo oportuno compreender se essa condição é grave o suficiente para necessitar de cuidado especializado ou se é um problema que não há necessidade dessa demanda. Embasado nesse entendimento buscar uma Atenção Primária de qualidade requer inserir os enlutados neste contexto.

[...]a gente faz o que pode mas eu sempre que lembro dela me dá um pesar muito grande assim parece que não teve uma assistência boa, não deu uma rede de atendimento assim de dar suporte para a família e para o idoso e eu to caminhando para o caminho e fico pensando e eu o que será de mim[...] (Participante 7)

[...]Quando ela estava aqui a equipe visitava, mas depois da morte não[...] (Participante 8)

Cuidar de pessoas fora da possibilidade de cura para o profissional da área de saúde que possui um conhecimento voltado para a cura e esse desejo se transforma em um objetivo maior, onde o não alcançar esse objetivo gera frustrações, portanto, há de se ter um preparo do profissional de saúde para garantir que os familiares tenham suporte para o luto, assim como o paciente tenha melhor qualidade de vida. Dados esses relatados no artigo de Braga e Queiroz (2013) onde ele coloca como desafio para as equipes de saúde os cuidados paliativos.

O mesmo autor em seu artigo coloca que essa tarefa de cuidar das pessoas fora de possibilidade de cura, assim como dar suporte aos familiares para o luto requer todo um envolvimento de aspectos éticos, psicossociais, religiosos e culturais.

É fato que saúde vai além da concepção biológica para abranger todo o contexto biopsicossocial e espiritual à qual a pessoa se insere e se define. Desta forma, há de se ter profissionais com habilidades para lidar com essa subjetividade calcados em uma visão humanizada.<sup>13</sup>

Neste cenário, podemos perceber que avanços em relação a grades curriculares para desenvolver o trabalho em equipe e a capacidade de comunicação se faz necessário no intuito de melhorar habilidades consideradas importantes em cuidados paliativos.<sup>14</sup>

Diante dessa percepção temos o relato de uma enlutada.

[...]ele apareceu(aluno do curso de medicina) não eu vim visitar a sua mãe, não ela faleceu, então foram embora. A gente ficou sem entender[...] (Participante 8)

Diante desse desafio em se buscar compreender o sofrimento do enlutado e o próprio sentimento de fracasso despertado no profissional de saúde diante da morte, que o torna também fragilizado com o momento de perda, faz-se necessário trabalhar com os profissionais da atenção primária a sua importância no contexto familiar para garantir um suporte maior aos enlutados e identificar as famílias com maior chance de desenvolver complicações no luto.<sup>2,26</sup>

### **Os enlutados tem um desejo de falar sobre a perda do familiar**

Enlutados expressam sua vontade em falar sobre a morte do seu ente querido, relacionando fatos que ocorreram na presença do mesmo e também em sua ausência, como compartilhar com outras pessoas favorece a permanência das memórias vivas. Fato este que corrobora com Franqueira e Magalhães (2018) na importância das redes sociais no compartilhamento da dor das pessoas enlutadas.

[...] eu acho bom quando você lembra dela porque quando uma pessoa pergunta por ela é porque ta lembrando dela[...] (Participante 2)

A dificuldade em se falar da morte potencializa a idéia de um assunto que ainda gera constrangimento em virtude de aspectos culturais onde a morte é algo indesejado e portanto, o processo de luto passa a ser elaborado nos limites da privacidade e vivenciado de forma solitária.<sup>22</sup>

[...]eu estava no SESC a menina chegou estava conversando comigo mas cadê sua filha?.....eu falei assim Deus levou ela ai ela pediu desculpa porque não sabia não. (Participante 2)

O sofrimento pode se manifestar como doença física, no plano concreto com quadros de dor de cabeça, dor no estômago, dor nas pernas e no plano abstrato, o sofrimento fica alocado ao plano psíquico e social. Assim sendo, na atenção primária temos várias queixas relacionadas ao sofrimento tanto no plano concreto decorrente de dor física de certas patologias, como o sofrimento no plano abstrato quando temos a dor que se expressa por queixas inexplicáveis e por sentimentos de tristeza, angústia, ansiedade e medo.<sup>25,26</sup>

Embora o enlutado tenha seu sofrimento individualizado e privatizado, além de se compreender que a experiência de luto é única para cada indivíduo, ela é influenciada pelo

apoio recebido e se o mesmo tem significância para o enlutado favorecendo a melhor vivência do luto e evitando o luto complicado.<sup>22</sup>

O pastor vem quase todos os dias aqui em casa, eu até dei uma cópia da chave de casa para ele e disse que ele pode entrar aqui qualquer hora e se eu não responder você entra, nós chorávamos juntos, pedindo a Deus, é uma das pessoas que me ajudou muito mesmo[...] (Participante 3)

Essa noção permite entender que os enlutados precisam de compartilhar o sofrimento da perda em busca de alcançar um propósito de vida, e assim consigam se recompor nesse momento de fragilidade.<sup>20,24</sup> Importante ressaltar e bem visualizado na fala do participante 3 a necessidade de se ter relações pessoais significativas para compreender melhor e também dar apoio ao enlutado. Nesse caso específico o pastor foi a pessoa significativa que junto ao enlutado esteve durante o processo de adoecimento de sua esposa e permanece dando apoio.

Assim sendo a política nacional de humanização através de uma de suas diretrizes que é a clínica ampliada favorece a escuta do profissional de saúde junto ao usuário e se busca uma maior integração da equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas no cuidado individualizado do usuário através do vínculo pré estabelecido. Assim como o acolhimento, onde se deseja reconhecer o outro dentro de suas particularidades e necessidades de saúde, tendo como objetivo a construção de relações de confiança e vínculos e assim, aumentar a efetividade das práticas no que diz respeito a saúde por meio da escuta qualificada.<sup>27</sup>

### **A visita domiciliar favorece o enfrentamento do luto.**

O enlutado faz parte da família e a visita domiciliar como ferramenta de acompanhamento e suporte para essas pessoas devem fazer parte do protocolo de visitas domiciliares, assim como se realiza visitas aos domiciliados e acamados.<sup>7</sup>

Após o falecimento do ente querido as famílias se vêem abandonadas pelas equipes de saúde que estão acostumadas a acompanhar os doentes e vulneráveis, sendo que o óbito dos mesmos deixa os enlutados sem assistência e portanto, tornam-se vulneráveis e necessitam de visitas domiciliares para um melhor enfrentamento do luto.<sup>2,16,28</sup>

Fato este que corrobora com os dizeres do caderno de atenção domiciliar de 2013, onde fica nítido a importância de se acompanhar as pessoas após perda de um familiar e dar suporte necessário a esses enlutados a fim de se evitar o luto complicado.

Os enlutados precisam ser reconhecidos e necessitam vivenciar o luto de forma tranqüila com apoio dos profissionais de saúde da atenção básica, visto que um dos princípios do SUS é o cuidado integral ao ser humano. Sendo assim, a APS é o locus responsável por garantir a atenção à saúde de pacientes e suas famílias no decorrer do tempo, além de proporcionar acesso ao sistema de saúde, também vivencia as histórias de vida das famílias e assim oferece atenção e cuidado integral.<sup>26</sup>

## CONCLUSÕES

Contudo nesse estudo foram observados alguns aspectos relatados pelos enlutados como facilitadores da vivência do luto como o apoio da família e a espiritualidade. Sendo estes dois elementos referenciados como disponíveis no momento de crise. Acreditar em Deus apresentou-se como um elemento relevante na construção de significado para a vivência do luto, bem como uma rede social significativa de apoio no luto. Uma rede social influencia na vivência do luto de forma positiva, fornecendo elementos aos enlutados no processo de reconstrução e superação.

Perfazendo esse apoio, tem-se uma Atenção Primária à Saúde pouco efetiva para os enlutados que não são percebidos como membros da família, sendo necessário uma melhor compreensão e organização da Atenção Primária à Saúde neste contexto para melhorar a efetividade, assim como os profissionais de saúde precisam desvincular da medicina somente baseada na cura da doença e trabalhar melhor a medicina centrada na pessoa.

Portanto, novas pesquisas devem buscar maior compreensão do luto na atenção primária visando dessa forma uma melhor abordagem dos enlutados pelos profissionais de saúde. Ressalta-se que essa busca deve ser desenvolvida com intuito de prevalecer os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, tais como: Atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Do ponto de vista prático, fica evidente que o luto deve ser trabalhado na Atenção Primária à Saúde visando uma atenção à saúde de qualidade.

## REFERÊNCIAS

1. Rebelo JE, Lancman S, Batista MPP. Perspectivas sobre as estruturas não governamentais e a ação comunitária no apoio ao luto sadio em Portugal e o “modelo vivencial do luto sadio”. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2017; 28(1): 1-8.  
<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i1p1-8>
2. Delalibera M, Pressa J, Coelho A, Barbosa A, Franco MHP. A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura. *Ciência da Saúde Coletiva*. 2015; 20(4): 1119-1134.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.09562014>
3. Worden JW. Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental. São Paulo: Roca; 2013.
4. Benkel I, Wijk H, Molander U. Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*. 2009; 23 (1): 141-149.  
<https://doi.org/10.1177/0269216308098798>
5. Barbosa RMM, Ferreira JLP, Melo MCB, Costa JM. A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. *Revista SBPH*. 2017; 20 (1): 165-182.
6. Brasil. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
7. Brasil. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da saúde; 2013.
8. Brasil. Portaria nº 3124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Organização Mundial da Saúde. Definição de cuidados paliativos. Genebra: OMS; 2002.
10. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2017; 27 (2): 255-276.  
<https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>
11. Pinheiro RL, Guanaes- Lorenzi C. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. *Estudos de Psicologia*. 2014; 19 (1): 48-56.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000100007>
12. Brasil. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
13. Starfield B. Atenção Primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

14. Miqueletto M, Silva L, Figueira CB, Santos MR, Szytli R, Ichikawa CRF. Espiritualidade de famílias com um ente querido em situação de final de vida. *Revista Cuidarte*. 2017; 8 (2): 1616-1627.  
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.391>
15. Costa AP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Revista Interface*. 2016; 59 (20): 1041-1052.  
<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>
16. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013; 37 (1): 120-125.  
<https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100017>
17. David HMSL, Faria MGA, Dias JAA, Silva TF, Souza VMD, Dias RS. Análise de redes sociais na atenção primária em saúde: revisão integrativa. *Acta Paul Enf*. 2018; 31 (1): 108-115.  
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800016>
18. Moré CLOO, Crepaldi MA. O mapa de rede social significativo como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistêmica*. 2012; 43 (1): 84-98.
19. Sluzki CE. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
20. Sluzki CE. Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems & Health*. 2010; 28 (1): 1-18.  
<https://doi.org/10.1037/a0019061>
21. IBGE. *Panorama dos municípios*. Rio de Janeiro, 2019.
22. Franqueira AMR, Magalhães AS. Compartilhando a dor: o papel das redes sociais no luto parental. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2018; 11 (6): 373-389.
23. Utz RL, Swenson KL, Caserta M, Lund D, Vries B. Feeling lonely versus being alone: loneliness and social support among recently bereaved persons. *The journal of gerontology*. 2014; 69 (1): 85-94.  
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbt075>
24. Fratezi FR, Gutierrez BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (7): 3241-3248.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800023>
25. Braga FC, Queiroz E. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde da família. *Psicologia USP*. 2013; 24 (3): 413-429.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000300004>
26. Santos JE, Gandolf L. Sentidos do sofrimento no contexto da atenção primária. *Medicina (Ribeirão Preto)*. Online. 2015; 48 (4): 321-327.  
<https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i4p321-327>

27. Brasil. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

28. Silva MLR. O papel do profissional da atenção primária à saúde em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2014; 30 (9): 45-53.

[https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)718](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)718)



## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de identificação:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

Ocupação:

Quanto tempo tem a perda do(s) familiar(57S):

Qual o grau de parentesco seu com o(s) familiar(57S) que foi(57S57) a óbito:

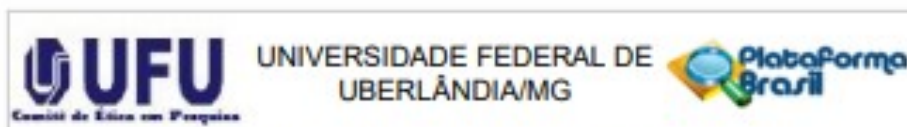
Roteiro de perguntas:

1. Gostaria que me contasse um pouco sobre o contexto em que seu familiar faleceu (estímule que fale sobre a doença/diagnóstico e morte).
2. Houve mudanças na rotina familiar após o adoecimento/diagnóstico e perda do seu familiar? Quais?
3. Como se sentiu durante esse processo?
4. O que considera fundamental para enfrentar uma perda do familiar?

**ANEXO A – DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) POR  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) EM PATOS DE MINAS**

Unidade Básica de Saúde	Equipe Saúde da Família		
UBS ALTO COLINA	ESF 08	ESF 17	
UBS ALVORADA	ESF 02		
UBS ANDRÉ LUIZ	ESF 27	ESF 36	
CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE (CIAS)	ESF 14		
UBS GERALDO RESENDE	ESF 18	ESF 19	ESF 20
UBS GRAMADO	ESF 01	ESF 28	ESF 39
UBS GUANABARA	EACS 05		ESF 31
UBS ITAMARATI	ESF 11		ESF 12
UBS JARDIM ESPERANÇA	ESF 09	ESF 16	ESF 40
UBS JARDIM PANORÂMICO	ESF 03		ESF 10
UBS JARDIM PARAÍSO	ESF 06		ESF 37
UBS JARDIM PAULISTANO	ESF 26		
UBS NOVA FLORESTA	ESF 15		ESF 30
UBS NOVO HORIZONTE	ESF 34		
UBS PADRE EUSTÁQUIO	ESF 07	ESF 21	ESF 29
UBS SEBASTIÃO AMORIM	ESF 32	ESF 33	ESF 38
UBS SORRISO	ESF 04		ESF 13
UBS VÁRZEA	ESF 35		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019.

**ANEXO B – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Vivências de luto em famílias acompanhadas por equipes de saúde na atenção básica  
**Pesquisador:** Mariana Hasse  
**Versão:** 2  
**CAAE:** 83733518.9.0000.5152  
**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 014582/2018  
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Vivências de luto em famílias acompanhadas por equipes de saúde na atenção básica que tem como pesquisador responsável Mariana Hasse, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal de Uberlândia/MG em 27/02/2018 às 09:47.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "IA", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

## ANEXO C – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

### DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “Vivências de luto em famílias acompanhadas por equipes de saúde na atenção básica” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos Participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo as pesquisadoras Mariana Hasse e Rosilene Maria Campos Gonzaga realizarem as etapas de construção de um mapa de rede social mínimo e entrevista em ambiente domiciliar com famílias enlutadas que fazem parte da Equipe Saúde da Família Girassol utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

Patos de Minas, 15 de janeiro de 2018.



## ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada **“Vivências de luto em famílias acompanhadas pela atenção básica”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Mariana Hasse e Rosilene Maria Campos Gonzaga, Universidade Federal de Uberlândia.

Nesta pesquisa nós estamos buscando mapear redes sociais de famílias enlutadas e identificar recursos e lacunas que interfiram na vivência do luto. Assim, solicito sua participação devido ao fato de ter vivenciado a experiência de perda de um familiar, dessa forma estará contribuindo para melhoraria na atenção as pessoas enlutadas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Rosilene Maria Campos Gonzaga após autorização do trabalho pelo Comitê de Ética e a obtenção do termo ocorrerá na residência do participante, tendo o mesmo um tempo para decidir se quer participar conforme item IV da Resol. CNS 446/12 ou Cap. III da Resol. 510/2016.

Na sua participação, você terá que responder, voluntariamente, uma entrevista individual com algumas questões referentes ao momento vivenciado pelo luto. A entrevista será gravada e realizada na sua residência com a presença do entrevistador, sendo a duração da entrevista de aproximadamente 40 minutos. Você poderá responder de forma que quiser e, se tiver alguma dúvida sobre as perguntas, pode interromper a qualquer momento, bem como retirar esse consentimento. Caso não deseje participar, não é obrigado, e não terá nenhum prejuízo. Sua participação será também por meio da construção do Mapa de Rede Social Mínimo com duração de aproximadamente 40 minutos.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem em relação a questão emocional vínculo-afetivo com a abordagem e lembranças da perda do familiar pode levar a um incômodo, portanto, quando se fizer necessário haverá acompanhamento psicológico de forma imediata e integral por profissionais do NASF ( Núcleo de Apoio a Saúde da Família), sem qualquer tipo de ônus para o participante e se o participante em qualquer momento se sentir incomodado com a pesquisa poderá retirar seu consentimento sem que haja

nenhum tipo de prejuízo para ambas as partes envolvidas. Os benefícios serão enormes para a melhor compreensão da resiliência frente a perda do familiar.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados, devendo o pesquisador responsável devolver-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você.

Uma via original deste Termo de consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Rosilene Maria Campos Gonzaga, (34) 3225-8604, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Avenida Pará bloco 2u, 1720 – Umarama, Uberlândia – MG, 38402 – 022. Você poderá também entrar em contato com o CEP – Comitê de Ética na pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, número 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia,.....de .....de 20.....

---

Assinatura do (s) pesquisador (62S)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Assinatura do participante da pesquisa

Eu, \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações acima, ciente sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, aceito participar voluntariamente da pesquisa com garantia que será mantido meu anonimato.

## ANEXO E – NORMAS DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

---

#### Escopo e política editorial

**Interface – Comunicação, Saúde, Educação** é uma publicação interdisciplinar, exclusivamente eletrônica, em acesso aberto, trimestral, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu. Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOneManuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOneManuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)  
Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

#### SEÇÕES DA REVISTA

**Editorial** – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

**Dossiê** – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

**Artigos** – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

**Revisão** – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

**Debates** – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

**Espaço Aberto** – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

**Entrevistas** – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

**Resenhas** – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

**Criação** – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

**Notas breves** – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

**Cartas ao Editor** – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

#### **Nota**

– Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

## **FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS**

### **Formato e Estrutura**

**1** Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

### **Notas**

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, o título da obra resenhada no seu idioma original, seguido de um subtítulo alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha.

**2** As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do



Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

#### Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

**3** O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

#### Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

**4** A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

#### Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

#### Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

**5** Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

**6** Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

**7** Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

**8** Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração**. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

#### Nota

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

**9** Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

### SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

**1** O processo de submissão é feito apenas *on-line*, no sistema *ScholarOneManuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “**Autor**” e iniciar o processo de submissão.

#### Nota

. No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize *login* no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “**Editar Conta**”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

**2** Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

**3** Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

– Autor principal: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional). ID do ORCID.

– Coautores: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país. E-mail institucional. ID do ORCID.

#### Notas

. Os dados de **todos os autores** devem incluir, **obrigatoriamente**, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar **pelo menos** a instituição a que o autor pertence e a sua função.

. Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

. Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar:

**Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso...**, indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

. Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.

. Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

**Exemplo:** autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

**4** Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

#### Nota

. Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

**5** O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito** e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

**6** Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como **conflito de interesses** deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

**7** No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

#### Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

**8** No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta:  
O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

#### Nota

. Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

**9** O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

## **AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS**

Interface adota a política editorial estrita de **avaliação de mérito científico por pares, realizada em duas etapas: pré-avaliação e revisão por pares**.

**Pré-avaliação:** todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio, só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. A análise da triagem inicial é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

**Revisão por pares:** o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa.

O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisto.

### **Notas**

. Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.

. A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

**Edição de artigo aprovado:** uma vez aprovado, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação e marcação dos originais. Essas orientações incluem:

- atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, **e o ID do ORCID**, como já indicado **no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;
- em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Contribuições dos autores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, como está explicitamente indicado **no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, antes das **Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

### **Notas**

. Caso tenham interesse de publicar seu artigo na língua inglesa, os autores devem manifestar o interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil.

. Interface passou a adotar a publicação contínua de seus artigos, **publicados em um único volume ao ano**, de forma ininterrupta, de acordo com orientação da SciELO. No Sumário eletrônico da revista, na SciELO e em seu site, apenas a seção a que o artigo foi submetido será indicada.

## PROCESSAMENTO DE MANUSCRITOS EM ACESSO ABERTO

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como atualmente a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

### Taxa de publicação

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para artigos aprovados para as seções **Dossiê, Artigos, Revisão e Espaço Aberto**.

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 700,00**

2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 800,00**

A taxa deverá ser paga mediante um depósito em conta bancária cujos dados encontram-se a seguir:

**Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar**  
**CNPJ: 46.230.439/0001-01**

**Banco Santander**  
**Agência 0039**  
**Conta Corrente: 13-006625-3**

No valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.

O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

## NORMAS VANCOUVER – citações e referências

### CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

#### Exemplo:

Segundo Teixeira<sup>1</sup>

De acordo com Schraiber<sup>2</sup>...

#### Casos específicos de citação

**1** Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

**2** Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

**Exemplo:**

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”<sup>2</sup> (p. 13).

**Notas**

– No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

**Exemplo:**

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM”<sup>1</sup> (p. 47).

– No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

**Exemplo:**

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”<sup>9</sup> (p. 149)

– Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

**Exemplo:**

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

**3** Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

**Exemplo:**

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver.<sup>2</sup> (p. 42)

**Nota**

**Fragmento de citação no texto**

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

**REFERÊNCIAS** (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

**EXEMPLOS:**

**LIVRO**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

**Exemplo:**

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Sem indicação do número de páginas.

**Notas**

– **Autor é uma entidade:** SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharellalepidentostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

– **Séries e coleções:** Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

**CAPÍTULO DE LIVRO**

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

**Exemplos:**

– Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

**ARTIGO EM PERIÓDICO**

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

**Exemplos:**

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

**DISSERTAÇÃO E TESE**

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

**Exemplos:**

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

**TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

**Exemplo:**

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

\* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

**DOCUMENTO LEGAL**

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

**Exemplos:**

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

\* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

**RESENHA**

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

**Exemplo:**

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

**ARTIGO EM JORNAL**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

**Exemplo:**

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

**CARTA AO EDITOR**

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

**Exemplo:**

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

**ENTREVISTA PUBLICADA**

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

**Exemplo:**

YrjöEngeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

**Exemplo:**

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de YrjöEngeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

**DOCUMENTO ELETRÔNICO**

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– **Com paginação:** Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. SCardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.



– **Sempaginação:** Abood S. Qualityimprovementinitiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

\* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

#### **Nota**

– Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

#### **Outros exemplos podem ser encontrados**

em [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

## **OUTRAS OBSERVAÇÕES**

### **TÍTULOS E SUBTÍTULOS**

**1** Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

**2** Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

**3** Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma **[subtítulo]**,

**4** Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar **[sub-subtítulo]** e assim sucessivamente.

#### **Nota**

– Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

**Exemplo:** 1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

### **PALAVRAS-CHAVE**

**Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.**

### **NOTAS DE RODAPÉ**

**1** Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (\*), ao final do título.

**2** Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por <sup>(a)</sup>, indicadas entre parênteses.

#### **Nota**

– Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

**3** No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser <sup>(c)</sup>).

#### **Nota**

– Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

### **DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO**

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

**USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)**

**Emprega-se caixa alta:**

**1** No início de período ou citação.

**2** Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

**3** Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

**Nota**

– Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

**4** Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

**5** Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

**6 Em siglas:**

. se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

. se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

**Nota**

– Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

**7 Na primeira letra de palavras que indicam** datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

**8 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

**9 Na primeira letra de palavras que indicam** áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

**10 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

**11 Na primeira letra de** todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

**12 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

**13 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

**14 Na primeira letra de palavras que indicam** acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

**15 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

**Emprega-se caixa baixa:**

**1** Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

**2** Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

**USO DE NUMERAIS**

**Escrever por extenso:**

– de zero a dez;

- dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...
- quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.
- unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

**Escrever em algarismos numéricos:**

- a partir do número 11;
- quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

**USO DE CARDINAIS****Escrever por extenso:**

- de zero a dez.

<https://interface.org.br/submissao/> acessado em 19/05/2019