

AS MÁS NOTÍCIAS, O PACIENTE ONCOLÓGICO E A EQUIPE DE SAÚDE: SUAS AFECÇÕES E ARREDORES

Valéria Nicolini

Psicóloga graduada pela Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES;

Pós-graduada em Saúde da Família pela Universidade Cândido Mendes;

Pós-graduada em Intensivismo, Urgência e Emergência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz;

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Atendimento ao paciente oncológico do Hospital Bruno Born;

Endereço: Avenida Benjamin Constant, nº 881, Centro - Lajeado, RS

Telefone: (51) 998637791

Email: va.nicolini@hotmail.com

Giseli Vieceli Farinhas

Psicóloga graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC;

Pós-graduada em Gestão Estratégica de Pessoas pela Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES;

Pós-graduada em Terapia Familiar pelo Centro de Ensino Superior Dom Alberto;

Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC;

Psicóloga Gerente de Recursos Humanos do Hospital Bruno Born

Cláudia Zagonel Bender

Psicóloga graduada pela Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES;

Pós-graduada em Terapia Familiar pelo Centro de Ensino Superior Dom Alberto;

Psicóloga Clínica

* Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Taquari e submetido à avaliação da Plataforma Brasil - Parecer de nº 42723121200005310.

AS MÁS NOTÍCIAS, O PACIENTE ONCOLÓGICO E A EQUIPE DE SAÚDE: SUAS AFECÇÕES E ARREDORES

RESUMO:

Introdução: Essa pesquisa provoca movimentos e inquietações referentes às afecções das más notícias aos pacientes oncológicos a partir das percepções de uma equipe multiprofissional em saúde de uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Método:** O procedimento metodológico é de cunho exploratório, com abordagem qualitativa, sendo utilizada como instrumento a entrevista semiestruturada e análise de discurso. **Resultados:** Entre os resultados destacam-se a empatia e a frustração frente às limitações do processo de trabalho. Afectos de impotência surgem no *corpus* sobre atendimento domiciliar, e a compaixão, diante de algumas realidades. Já no ambiente de trabalho, tais afectos se mostram por vezes reprimidos, e por outros, demonstram desejo e necessidade de compartilhamento. **Conclusão:** Um admirável conjunto de afectos surgem por parte da equipe de saúde ao entrarem em contato com as más notícias. Tal fato aponta para a capacidade dos profissionais de sentir e criar afectos potentes, direcionando-os ao cuidado e humanização da assistência.

Palavras-chave: Afectos. Más notícias. Paciente oncológico.

THE BAD NEWS, THE ONCOLOGICAL PATIENT AND THE HEALTH TEAM: THEIR AFFECTIONS AND SURROUNDINGS

ABSTRACT:

Introduction: This research provokes movements and concerns regarding the affections of bad news for cancer patients based on the perceptions of a multidisciplinary health team at a Basic Health Unit in a city in the interior of Rio Grande do Sul, Brazil. **Method:** The methodological procedure is exploratory, with a qualitative approach, using semi-structured interviews and discourse analysis as an instrument. **Results:** Among the results, empathy and frustration with the limitations of the work process stand out. Affects of impotence appear in the corpus on home care, and compassion, given some realities. In the work environment, on the other hand, such affections are sometimes repressed, and on the other hand, they demonstrate a desire and need for sharing. **Conclusion:** An admirable set of affections arise on the part of the health team when they come into contact with bad news. This fact points to the ability of professionals to feel and create powerful affects, directing them to care and humanization of assistance.

Key words: Affections. Bad news. Cancer patient.

INTRODUÇÃO

As más notícias oncológicas abrangem amplas nuances de sentimentos e afetações, sendo elas carregadas de um peso, o qual não fica somente a cargo de quem a comunica. É um peso invisível, que vem com o câncer, dando concretude ao sofrimento humano e atingindo a todos que orbitam em torno do paciente, ou seja, a família e também a equipe de saúde¹.

Pacientes oncológicos diariamente são tratados em hospitais e centros especializados em oncologia, no entanto, muitos também seguem sendo acompanhados pelos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS). Tais serviços compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), as quais são conceituadas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, e estão conectadas entre si tanto por uma missão única, quanto por objetivos comuns. Bem como, compartilham uma ação cooperativa e interdependente, para assim buscar proporcionar atenção contínua e integral aos sujeitos².

Como condição crônica, o câncer e seu tratamento não só são rigorosos, mas carregam algumas más notícias, sabido que têm fortes efeitos colaterais que debilitam o corpo e a disposição do paciente. O corpo antes forte, torna-se mais fraco. O corpo que tudo fazia e podia, passa a ter que aprender o momento certo para realizar seus desejos, passando a ser um gerador de afectos³.

Trabalhar em meio ao câncer e más notícias diz respeito a afecções inevitáveis, pois envolve uma abertura e flexibilidade para compartilhar afectos, escutar e oferecer suporte. Pode-se tentar evitá-los e criar um distanciamento, mas afectos sempre surgirão, pois o cuidado presente entre profissional/paciente exige

aspectos afetivos do trabalho em saúde, bem como, aspectos éticos de reconhecimento do outro¹.

Deleuze, ao falar dos afectos de Spinoza, defende que o corpo comporta uma infinidade de partículas. Estas são partículas de individualidade, que compõem velocidade e também repouso. Trata-se então, do poder de afetar e ser afetado, da intensidade do encontro entre corpos, onde o corpo afetado não conhece as causas de sua afecção, mas sempre os seus efeitos⁴. Tais afecções são formas de passagem, onde a potência de agir de cada sujeito atenua-se e avulta-se em busca de um equilíbrio⁵.

No encontro entre profissional e paciente, muitas afecções podem surgir, tanto devido à constituição de cada um, como também pela disposição do mundo externo. Conviver em meio às más notícias oncológicas exige, assim, mais do que regras, rotinas, mecanismos e técnicas. Exige agilidade e disponibilidade para movimentar-se entre afectos alheios. Clama uma brecha para novos encontros do meu corpo com o do outro, e do que dele pode surgir.

Deseja-se com esta pesquisa mais do que obter evidências, interessa-se buscar o que há entre, e também o que escapa dali. O objetivo então, é analisar e problematizar as afecções das más notícias ao paciente oncológico a partir das percepções de uma equipe multiprofissional de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Busca-se aquilo que ainda o olho humano insiste em não ver, para assim tornar visível o que se dispersa no ar após a má notícia. Não é partir em busca de reproduzir falas, mas sim, dar voz às intensidades, que até então são sufocadas em meio ao estigma do câncer, dando então, som aos afectos e seus arredores.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo com delineamento exploratório, sendo a coleta de dados realizada em uma UBS pertencente à rede de atenção da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados no mês de maio de 2021.

Participaram do estudo 16 profissionais de saúde, sendo que um dos critérios para participação foi de que os participantes tivessem ensino superior na área da saúde. Todos atuantes e efetivos na UBS, tais participantes possuem graduação nas seguintes áreas: educação física (01), enfermagem (04), farmácia (02), fisioterapia (01), medicina (03), nutrição (01), odontologia (03) e psicologia (01).

Os profissionais aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo excluídos aqueles que foram abordados e que não consentiram em participar. Foram excluídos também, os profissionais afastados do trabalho, independente do motivo, e os quais não têm nível de ensino superior.

As questões utilizadas na entrevista semiestruturada foram elaboradas exclusivamente para o presente estudo. Por meio delas, foram coletadas as seguintes informações quanto ao perfil do profissional: sexo, profissão, tempo de formação e tempo de atuação na referida unidade. Também foram realizadas cinco questões referentes às afecções das más notícias ao paciente oncológico a partir das percepções da equipe multiprofissional de saúde da UBS.

Tais questões investigaram: O que o profissional de saúde considera como uma má notícia e como a trabalha com o paciente oncológico; Quais afecções o

profissional percebe em seus atendimentos com más notícias e pacientes oncológicos; A percepção de tais afecções em relação ao atendimento domiciliar; Também buscou-se saber se o profissional compartilha e como lida com suas afecções no espaço de trabalho.

Quanto aos procedimentos, as entrevistas foram realizadas individualmente, em ambiente isolado e fechado, após consentimento e assinatura do TCLE pelos participantes. Estas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise de dados. Em nenhum momento da escrita desta pesquisa os profissionais serão expostos por suas identidades, nem mesmo por profissão, sendo apenas utilizado letras do alfabeto, para questão de organização das falas.

Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Taquari e submetido à avaliação da Plataforma Brasil (Parecer nº 42723121200005310). Cabe mencionar que a pesquisa expôs os participantes a riscos éticos relacionados à possibilidade de constrangimento durante as gravações de áudio, bem como reflexões quanto a sua prática e satisfação profissional relacionada à temática proposta.

No entanto, não foi observado ou registrado, durante e após a realização da pesquisa, qualquer dano aos participantes. Contudo, foi-lhes oferecido, previamente, amparo psicológico se necessário, bem como a possibilidade de não responder alguma questão caso não se sentissem à vontade.

Os dados obtidos foram submetidos à análise de discurso, uma técnica capaz de interpretar mensagens explícitas, desvendando sentidos ocultos e omissões, analisando as palavras enquanto trabalho simbólico. Na análise do discurso não existem constâncias, mas sim diferenças, dispersão e descontinuidades dos

contextos de onde o sujeito fala, são coerências simbólicas representadas em diferentes posições ⁶.

A primeira etapa da análise constituiu-se na transcrição das entrevistas e passagem das palavras para a superfície, para posterior leitura, com a finalidade de identificar resquícios e pistas que apontassem para o caminho do discurso. Em seguida, foram constituídos *corpus*/compilados sobre os discursos considerando o objeto de estudo e seus objetivos, ou seja, marcas e afectos produzidos pelos efeitos de sentido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas possibilitou a percepção do discurso como constituinte das relações entre profissional e paciente. Em meio as marcas textuais, significados naturalizados e problematizados, esbarra-se em nuances de afectos. Desta forma a análise resultou no que chamaremos aqui de *corpus* de afectos, pequenos compilados de vozes e suas entonações, contornadas por afectos que emanam entre as palavras.

Primeiramente é relevante compreender quanto ao perfil dos profissionais, os quais 68,75% eram do sexo feminino. Com relação ao tempo de formação, houve variabilidade de dois a 22 anos. Já o tempo de atuação dos profissionais na UBS, houve variabilidade de três meses a 17 anos de atuação no serviço de saúde.

As más notícias em oncologia

O primeiro *corpus* a se destacar na análise do discurso é a concepção de más notícias em oncologia, segundo a percepção dos profissionais. Percebeu-se o temor na fala dos profissionais ao associar as más notícias com “(...) *as tais metástases né, porque daí é tão duro, e a gente sabe que é mais difícil (...) e a vida*

vai se esvaindo” (Participante E). O tremular na voz do participante, encontra-se com a insegurança de colocar tom nas palavras. Escutar aquilo que até então apenas estava em pensamento, o fez lembrar do quão frágil a vida é.

Os cuidados paliativos foram mencionados como também sendo uma má notícia, para alguns profissionais, que a associaram aos “(...) *tais prognósticos ruins, que já vem em cuidados paliativos e que dá uma certa angústia (...) dá um impacto bem grande*” (Participante L). Tal construção de pensamento talvez esteja relacionada ao fato de muitos profissionais ainda associarem os cuidados paliativos à terminalidade.

Sabe-se que o cuidado paliativo tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente e de seu familiar, diante de uma doença que ameace a vida. Este cuidado leva em conta a identificação precoce e avaliação impecável do tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Salienta-se que o cuidado paliativo se inicia logo após o diagnóstico, dando assim, mais dignidade e qualidade de vida para o paciente e sua família ao longo do tratamento⁷.

Alguns dos entrevistados conseguiram enaltecer a concepção de más notícias de forma mais subjetiva e ampla, contemplando as vastas considerações do que cada sujeito tem para si como sendo uma má notícia. Tornam concreta a ideia de que “*O que a gente pode achar que não é uma má notícia pra gente, pra família e paciente é, (...) são notícias que a gente não consegue mudar muito*” (Participante A). Neste momento, percebe-se o movimento de compreensão, de que cada sujeito sentirá as notícias de seu quadro oncológico de uma forma única e carregada de potências.

As más notícias não são apenas as revelações de final de vida, terminalidade ou o próprio diagnóstico. Muitas vezes também serão “(...) a notícia de ser portador de uma doença crônica (...) que limita a vida do paciente e põe certas restrições” (Participante M). Como pequenos átomos que se juntam, diante do paciente oncológico e sua família, a má notícia, atinge o mais íntimo de seus sentimentos. São revelações diagnósticas que impactam de maneira inesperada e negativa a vida de pacientes e familiares em relação ao seu futuro, afetando de alguma forma os profissionais envolvidos nestes arredores do cuidado⁸.

É importante salientar que junto à má notícia para o paciente, também há a má notícia para os profissionais que o cercam, os quais precisam lidar com a impotência e desconforto de ter que conviver em torno de um panorama incontrolável de angústias. Assim, trabalhar em meio às más notícias com todos os envolvidos, de maneira compreensiva e eficaz, exige primeiramente, voltar o olhar para si mesmo e posteriormente colocar-se no lugar do outro⁹.

Falar sobre um tratamento doloroso, invasivo, ou até mesmo a inexistência de um tratamento específico. Falar sobre indisponibilidade financeira para uma medicação, lutos, modificações corporais. Não são apenas más notícias. São forças que se desprendem lá do fundo da memória, em nome da força da vida e de poder afetar e ser afetado. São nestes momentos que afectos eclodem, rugem e esvaem-se para caminhos insuspeitos ou até mesmo, já conhecidos e há muito tempo habitados.

Afecções

Trabalhar com afectos, oncologia e más notícias, é caminhar por um território inseguro, colocando-se não apenas como aquele que afeta, mas também, que é

afetado e a partir deste encontro criar afectos subjetivos desta relação. Nos encontros de corredor, consultas, as palavras e frases trocadas entre profissionais e pacientes, não têm apenas um sentido literal, mas são repletas de significações suplementares. São uma referência, contam uma história. Ou várias. São profundas como um espaço, e esse espaço é o próprio campo de análise¹⁰. Ou de batalhas internas travadas consigo mesmo.

A pergunta se fez dispersar no ar. Houve um silêncio. Depois, um despencar de afectos: *“É uma triste realidade, então sim, afeta, a gente sai daqui triste, já aconteceu da gente sair daqui chorando. Vem um sentimento... (silêncio) ...um sentimento do que eu poderia fazer mais por esse paciente né, onde eu poderia ajudar, o que eu posso fazer, sabendo que amanhã ou depois ele não tá mais aqui”* (Participante D).

Sabe-se que há muitos protocolos e métodos de atendimento que se aprende durante as graduações em saúde. Entretanto, a vida não se enquadra em protocolos e estes por sua vez, devem servir como referências e não como preceitos estabelecidos⁹. Mas, como trabalhar diante da palavra ainda não dita? Como se preparar para uma reação que ainda não se sabe qual é? *“É um sentimento de impotência, é isso que eu sinto, de querer fazer mais e não ter o que fazer”* (Participante B).

E as palavras desviam, lutam. Mas saem com força. Não buscam ornamentos, mas sim, ouvidos atentos para repousar: *“Dá uma certa frustração, por querer, ter um ímpeto, ter aquela vontade de poder contribuir de uma forma mais incisiva, mais consistente, de poder acelerar o processo de tratamento e oferecer*

uma melhora na condição clínica dele, mas às vezes, a gente fica engessado, a gente não tem meios” (Participante G).

Esse *corpus* de afectos abarca impotência, mas tal sentimento só é gerado, se primordialmente há o desejo de fazer para além do papel já desempenhado. É de franca notória o envolvimento e a humanização que envolve o trabalho da equipe multiprofissional entrevistada. O desejo de fazer mais é permeado por empatia, o que consequentemente gera frustração frente aos limites do trabalho cotidiano.

Experienciar o outro lado requer um senso afinado do seu próprio centro, assim como flexibilidade para imaginar o que significa o local de expressão do outro. Tal característica preciosa na condição humana, e não apenas profissional, precisa ser mais exigida e desenvolvida ainda na formação dos profissionais da saúde. Pois, não devemos esquecer que alguns profissionais conseguem ser remédios potentes para seus pacientes¹¹.

Afectos no território

O terceiro *corpus* de afectos abordou os "Afectos no território", buscou-se saber o que é mobilizado no profissional no momento em que realiza as visitas domiciliares ao paciente/família. Logo, nota-se em sua grande maioria, que as falas ganham outro tom: *“É todo um carinho, uma atenção (...) é o técnico e o humano juntos (...) quando tu tá dentro da casa deles tu consegue entender as dificuldades e as dúvidas que ele tem” (Participante J).*

Os profissionais saem do aqui e agora e partem para o lar, ganham tonicidade de aconchego e segurança, bem como de preocupação para que tal ambiente seja propício para o conforto necessário de seus pacientes. Tal assistência é percebida

pelos profissionais, como uma forma de zelo: *“Assim, eles geralmente gostam, eles se sentem cuidados, a gente às vezes não pode fazer muita coisa, mas eles sabem que tem alguém olhando, essa sensação muda tudo”* (Participante E).

O papel da atenção domiciliar tem como objetivo o atendimento à população com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a UBS. Bem como, complementar aos cuidados realizados pelos demais serviços da rede, como ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde¹².

Neste sentido, os afectos também são direccionados em busca da compreensão do habitar do outro. De poder compreender, que espaço é esse, para assim poder melhor ajudá-lo: *“Um pouco mais do que realizar o atendimento domiciliar, é se colocar no lugar do paciente, viver a realidade do paciente”* (Participante M).

Destaca-se neste corpus, a preocupação refletida pela maioria dos profissionais entrevistados ao relatarem acerca das visitas domiciliares realizadas em espaços de moradia precária e condições econômicas desfavoráveis. *“Mal e mal eles têm o que comer, é muito diferente quando tu vai fazer a visita domiciliar, tu enxerga a realidade do paciente, tu enxerga que muitas vezes, até um banho pra ele é difícil, porque o banheiro é lá longe, não é junto com a casa e o paciente tá debilitado, aí tu consegue entender as dificuldades (...), é triste”* (Participante J).

Impacta nos profissionais *“(...) chegar, por exemplo, na casa de um paciente que já tem uma condição social e econômica difícil, que não tem uma estrutura familiar apropriada e saber que aquele paciente está numa condição de vida vulnerável, é mais frustrante ainda, é mais difícil ainda”* (Participante M). Evidencia-se neste corpus o peso abrupto de dois afectos opostos que se

complementam, o de zelo em adentrar os lares e o compadecimento em ter de suportar a realidade/limitações do outro.

Afecções e espaço de trabalho

O quarto e último *corpus* trata sobre os "Afectos e espaço de trabalho", deixando evidente que alguns dos participantes da pesquisa buscam compartilhar afectos com seus colegas de trabalho. Estes conseguem perceber o quanto os afectos impactam e afetam suas vidas, bem como, sua relação com o paciente. Destaca-se, assim, a necessidade de trabalhar tais afectos, visando melhorar o atendimento, bem como a saúde mental dos profissionais¹³.

É através das relações que o homem passa a conhecer a si mesmo⁵, ou seja, poderá conhecer os seus afectos, conseguindo assim aumentar sua potência de agir. Nem sempre os afectos são positivos, no entanto, mantêm a mesma importância de serem identificados: *"Muitas vezes a gente absorve e carrega essa angústia (...) termina sendo um dia cinzento pra mim, acaba impactando no estado de ânimo"* (Participante M).

Estar em contato diário com os pacientes em seus territórios, significa ter que aprender a se expressar com a preocupação de se fazer entender; ser flexível e aberto para ouvir completamente o que o outro tem a dizer e também ser capaz de ouvir-se: *"seria importante ter um espaço, porque assim, é um somatório de dores, de angústias e vai sobrecarregando né, e a gente fica tenso, (...) a gente vai ficando mais duro (...), é importante a gente ter esse espaço pra conseguir colocar isso pra fora, pra ver o porque ta acontecendo isso (...)"* (Participante D).

O trabalho em saúde principalmente exige, saber compreender que diferentes níveis de impacto existem. É necessário então, que haja um espaço

aberto e seguro, um espaço de amparo e continência: *“A gente precisa ser forte para poder ajudar e isso é um grande problema, a gente sofre junto (...). Conversamos com os colegas, às vezes, alivia um pouco (...)* (Participante L). Tais afectos que se criam nas relações, necessitam ser trabalhados, explorados, para que após acolhidos, possam ser transformados em recursos criativos e de crescimento⁹.

E o que até então era apenas um pensamento, aqui toma forma e força para ser dito: *“(...) a saúde mental é uma esfera da vida do profissional da saúde que está sendo deixada de lado. Porque nós constantemente estamos escutando, lidando, confrontando e tentando resolver problemas, alguns deles a gente consegue palpar, outros não. Mas são problemas né e constantemente estão bombardeando, estão atentando a saúde mental do profissional da saúde, muitas vezes a gente consegue manejar, administrar a dor desse paciente, outras não, e aí muitas vezes a gente absorve e carrega essa angústia”* (Participante M).

Neste *corpus*, também surgiram opiniões de profissionais os quais não percebem necessidade de haver um espaço de troca e compartilhamento de afecções, porém o número foi mínimo. Suas justificativas são de níveis subjetivos, já que muitas vezes, resistimos naturalmente contra o fato de admitir que possamos ser afetados, no mais íntimo de nós mesmos, por um paciente, sua condição ou pelo conjunto e seus arredores¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que este estudo acarreta importantes benefícios, ao identificar as diferentes afecções dos profissionais de saúde de uma UBS, a partir de suas vivências em relação às más notícias e o paciente oncológico. Também possibilita

uma maior compreensão da temática e contribui para a construção do conhecimento prático e científico.

Fica evidente neste estudo, o empenho e o esforço afetivo da equipe pesquisada, em realizar cada vez melhor o seu trabalho a cada encontro com o paciente e/ou sua família. Ainda, nota-se a necessidade dos profissionais se aprofundarem um pouco mais sobre alguns conceitos, como as más notícias e cuidados paliativos, para assim ampliarem seus olhares sobre o contexto.

É necessário atentar-se ao todo, afinal, são estes pequenos grandes vieses que impactam no curso do tratamento e no relacionamento profissional/paciente. Considera-se importante também, a criação de um espaço de cuidado e vazão de afectos, para que os mesmos não sejam reprimidos e a equipe não tome apenas a razão como forma de guiá-los no cotidiano.

Por fim, os arredores das más notícias oncológicas exigem do profissional de saúde a habilidade de dar suporte, ter disponibilidade e sensibilidade para acolher e cuidar do outro. Papéis, canetas e técnicas são pobres ofertas diante do que sofre. É preciso justamente o que esta pesquisa conseguiu em grande parte, encontrar: capacidade clínica dos profissionais de lidar com as singularidades e flexibilizaram-se frente aos protocolos. Capacidade de sentir, criar e dispersar afectos.

REFERÊNCIAS

- 1 - Krieger MV. Comunicação de Más Notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova Ética das Virtudes. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós Graduação de Bioética, Ética Aplicada em Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2017.
- 2 - Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
- 3 - Instituto Nacional de Câncer (INCA)/Ministério da saúde. Cadernos de Psicologia: O corpo na perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: INCA, 2016. ISBN 978-85-7318-294-1.
- 4 - Deleuze G. *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.
- 5 - Spinoza B. *Ética: da origem e da natureza das afecções*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. Disponível em:
<https://pensepalav.wordpress.com/2009/09/14/espinosaetica-livro-iii-da-origem-e-da-natureza-das-afeccoes/>
- 6 - Godoi CK, Mello RB, Silva AB. *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: Paradigmas, estratégias e métodos*. 2º ed. São Paulo: Saraiva; 2010.
- 7 - World Health Organization. *Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 05*. Genève; 2007.
- 8 - Cohen RA, Jackson VA, Norwich D, Schell JO, Schaefer K, Ship AN, Sullivan AM. A nephrology fellows' communication skills course: an educational quality improvement report. *PubMed*; 2016.
- 9 - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA)/Ministério da saúde. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf
- 10 – Barthes R. *O rumor da língua*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

11 - Barreto RA. Um profissional de saúde mais humano como medicamento.

Estudos de Psicanálise, 2019, n 51, 177-182. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372019000100018&lng=pt&tlng=pt.

12- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União, Brasília.

13 – Silveira SLM, Câmara SG, Amazarray MR. Preditores da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 2014;22(4).

14 – Jung C. *Ab-reação, análise dos sonhos, transferência*. Trad. Maria Luiza Appy. 4. ed. Petrópolis: Vozes, Obras completas de C.G. Jung, v.16/2,1999.

Normas da revista “Cadernos Saúde Coletiva” da UFRJ:

- Folha A4
- Espaço duplo
- Fonte Arial 12
- Margens: esquerda 3,0 cm, direita 2,0 cm, superior e inferior 2,5 cm.
- O título deve vir em negrito
- Palavras estrangeiras, e o que se quiser destacar, devem vir em itálico
- Citações literais, com menos de 3 linhas, deverão vir entre aspas dentro do corpo do texto
- Citações literais mais longas deverão vir em outro parágrafo, com recuo de margem de 3cm à esquerda e espaço simples
- Todas as páginas devem estar numeradas.
- Artigo com máximo de 4.000 palavras.

Resumo:

- Resumo na língua principal (de 100 a 200 palavras) e sua tradução em inglês (*Abstract*)
- O resumo deve ser estruturado (Introdução, Métodos, Resultados, Conclusão)
- Mínimo de 3 e um máximo de 5 palavras-chave, traduzidas em cada língua (*key words, palabras chave*)

Folha de rosto

- Deve conter o título do trabalho, nome, titulação e o vínculo profissional de cada um dos autores, e o endereço, telefone e e-mail do autor principal

Questões éticas

- O artigo deverá conter o número do processo e o nome do Comitê de Ética ao qual foi submetido e declarar, quando for o caso, e informar que os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento informado.

Autoria

- Todos os autores do manuscrito devem estar dentro dos critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors
- A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada no documento de responsabilidade pela autoria.

Referências

- As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
- As referências citadas ao longo do texto devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos
- O nome de pessoas, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação
- As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (<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/>).