

# RESUMO

---



Enfa. Mda. Carina Rabêlo Moscoso  
Profa. Dra. Franciele Roberta Cordeiro

---

# Roteiro

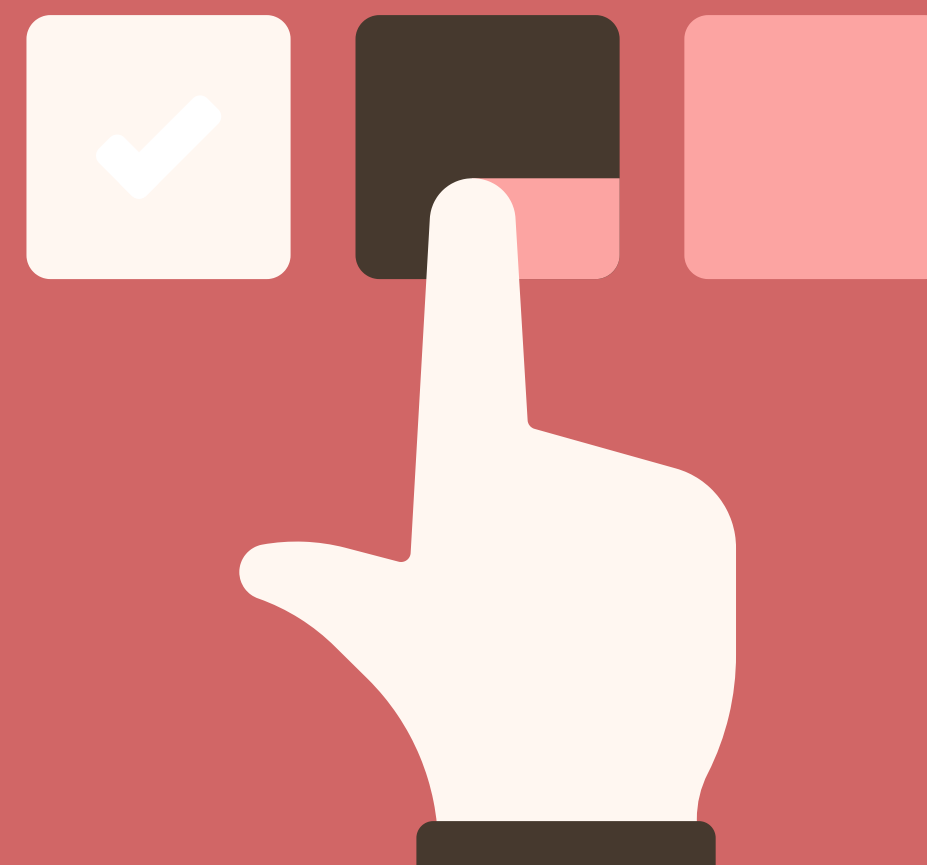
- Definição de **resumo**
- **Tipos**
- **Elementos**
- **Modelos e exemplos**



# Definição de resumo

## SÍNTESE

- Apresentação **concisa** das principais ideias de um documento;
- Seleção **interessada** do que é mais importante.



03

(MARCONI; LAKATOS, 2018; ABNT, 2003)

# Finalidade e importância

## DIFUSÃO DE INFORMAÇÕES

04



- Permitir, por conveniência, a leitura de um documento completo;
- Condensação para acesso rápido de um conteúdo;
- Objetivo, método e resultado da análise interpretativa.

(MARCONI; LAKATOS, 2018)

- Ordem **hierárquica** do texto;
- Fazer um **esboço geral**;
- Voltar ao documento e **se questionar**:
  - "De que se trata este texto?"
  - "O que pretende mostrar?"

# Como construir o resumo?



(MARCONI; LAKATOS, 2018)

# Como construir o resumo?

- Terceira leitura:
  - "Como o disse?"
- **Compreensão** das ideias;
- Explicação, discussão e **demonstração**.



(MARCONI; LAKATOS, 2018)

# Incorporar

---

- **Elementos de ligação:**  
Consequência, adição, oposição
  - *Ex. Portanto; Da mesma forma; Entretanto.*
- **Ideias novas;**
- **Complementação** do raciocínio.

# Eliminar

---

- **Repetição de argumentos;**
- **Uso de exemplos;**
- **Digressão**
  - Fuga do tema central.

---

## Na última leitura:

---

- Cada parte está **compreensível**?
- Há **relação** entre as partes?

08

(MARCONI; LAKATOS, 2018)



**Palavras-chave**



---

# Palavras-chave

---

- Palavras que representam o conteúdo do documento;
- Vocabulário controlado.

09



**Preferência: descritores em ciências da saúde (DECS)**

(ABNT, 2003)

---

# Palavras-chave

- Como acessar os DECS?
  - <https://decs.bvsalud.org>

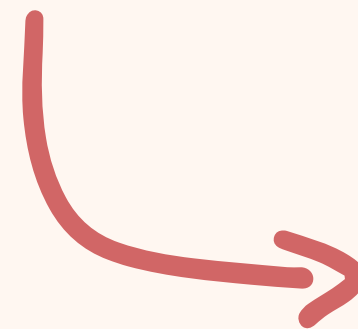


---

# Palavras-chave

---

- Como escolher os DECS?
  - Verificar as **palavras representativas** do documento;
  - Iniciar com "**qualquer termo**";
  - Consultar **artigos sobre o tema** e verificar quais eles utilizaram.



Verificar em "termo exato"!

# Tipos de resumo


12

## ABNT (2003)


- Resumo **crítico**;
- Resumo **indicativo**;
- Resumo **informativo**.



Análise **crítica** de um documento (resenha)



Indica apenas os pontos principais, sem detalhar os dados; **não dispensa** consulta ao documento completo



**Detalha** metodologia, resultados e conclusões, podendo dispensar a consulta ao documento completo

# OUTROS TIPOS

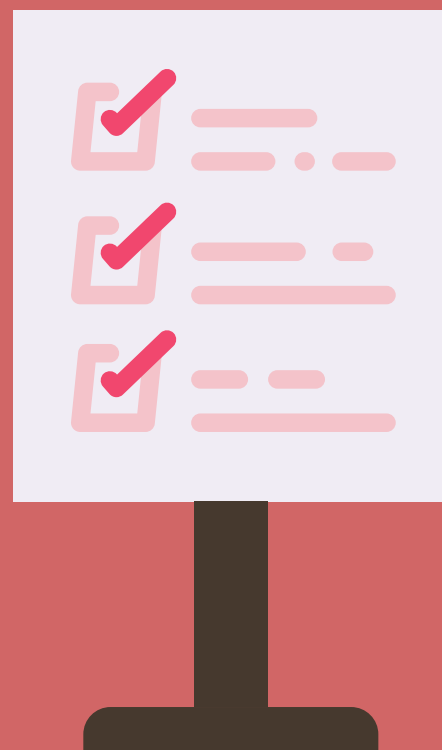
- Resumo **simples**;
  - Até uma página
- Resumo **expandido**;
  - Mínimo duas e máximo quatro ou cinco
- Resumo **executivo**;
  - Síntese dos principais pontos de um relatório



O leitor deve ser capaz de tomar uma decisão com base apenas na leitura do **sumário executivo!**

(UNIVERSITY OF ARIZONA, 2021)





# REGRAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO

(ABNT, 2003)

## DEVE RESSALTAR

objetivo, método, resultados e conclusões

## DEVE SER PRECEDIDO

da referência do documento

## DEVE SER COMPOSTO

por frases afirmativas, concisas e não de tópicos.

---

# Elementos

(MARCONI; LAKATOS, 2018; ABNT, 2003)

The diagram consists of a dark red horizontal bar at the top. Below it, three light red squares are arranged horizontally. Below each square is a white box containing text. The first box is labeled 'INICIAR' and describes starting with a significant phrase. The second box is labeled 'INFORMAÇÕES METODOLÓGICAS' and describes methodological information. The third box is labeled 'FINALIZAR' and describes results and conclusions.

## INICIAR

com frase significativa,  
explicando o tema central

## INFORMAÇÕES METODOLÓGICAS

objetivo, método, técnicas,  
período de desenvolvimento

## FINALIZAR

resultados e conclusões

# ATENÇÃO

## FATORES IMPORTANTES

(ABNT, 2003)

Voz ativa e na **terceira pessoa** do singular



**Não usar** símbolos, equações e **abreviaturas** (se for necessário, escrever por extenso e depois a sigla)



As palavras-chave devem vir **ao final do resumo** separadas por ponto.





# Ainda...

Com exceção do resumo crítico!



17

## **NÃO DEVE CONTER JULGAMENTOS**

Nem devem ser formuladas críticas.

## **PRÓPRIAS PALAVRAS**

Impessoal.

## **NÃO CITAR AUTORES**

Não usar expressões "Segundo o autor".



(MARCONI; LAKATOS, 2018)



## Quanto à extensão

(ABNT, 2003)

### TRABALHOS ACADÊMICOS

150 - 500 palavras

### ARTIGOS DE PERIÓDICOS

100 - 250 palavras

### INDICAÇÕES BREVES

50 a 100 palavras

**Resumos críticos: sem limite de palavras!**

# Exemplos e modelos

## RESUMO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Referência do documento

Parágrafo único

Palavras-chave

### Resumo

VASCONCELLOS, Marciele Agosta de. **A condução e a construção dos litígios trabalhistas**: um estudo sociológico sobre os modos de coordenação da ação dos atores sociais que atuam em um litígio trabalhista na cidade de Pelotas/RS. Orientadora: Eliane da Silveira Leite. 2015. 185 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia, Sociologia e Política, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No âmbito do judiciário brasileiro, os conflitos individuais oriundos das relações de trabalho são apreciados pelos órgãos da Justiça do Trabalho, e suas resoluções embasam-se no Direito por ela operado. Para além dos procedimentos jurídicos necessários a sua condução nas instâncias judiciais – ou em outras palavras, para além da sua “tradução” para a linguagem jurídica –, o litígio trabalhista constitui-se na dinâmica das interações entre os atores sociais que compõe esta situação de disputa em determinada configuração social. Nesse sentido, a partir de um diálogo com a sociologia da crítica desenvolvida por Luc Boltanski e colaboradores, o litígio trabalhista caracteriza-se como um objeto empírico privilegiado na apreensão dos sentidos de (in)justo e das distintas noções de direito que emergem em contextos locais. Por meio da técnica da observação participante em audiências trabalhistas realizadas nas Varas do Trabalho da cidade de Pelotas/RS, buscou-se observar o modo como os atores sociais envolvidos em um litígio trabalhista coordenam suas ações na busca pela realização de um acordo ou na defesa de seus interesses e pontos de vista no intento de obterem uma sentença favorável. Assim, por meio da análise dos repertórios discursivos dos atores sociais, buscou-se observar a mobilização de críticas, justificações e outros *accounts* que caracterizam uma competência moral. A partir de um diálogo atento entre o universo empírico e a perspectiva teórica da sociologia da crítica, tornou-se importante a elaboração conceitual de um quadro analítico atento aos constrangimentos (objetivos e subjetivos) que pesam nessas situações sem, no entanto, relegar ao segundo plano a apreensão dos apoios normativos que se expressam nas argumentações dos atores sociais. Tal empreitada resultou na elaboração de duas categorias principais – a “condução” e a “construção” – que se inserem no âmbito da teoria substantiva dos modos de coordenação dos atores sociais que atuam em um litígio trabalhista em Pelotas.

Palavras-chave: Litígio trabalhista. Justiça do trabalho. Sociologia da crítica. Competência moral.

Fonte: Manual de normas da UFPel, 2019



## RESUMO

CORDEIRO, F. R. **O retorno ao domicílio em Cuidados Paliativos**: interface dos cenários brasileiro e francês. 2017. 258 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Os Cuidados Paliativos buscam o alívio do sofrimento e o conforto de pessoas com doença sem possibilidade de cura. Em unidades de Cuidados Paliativos visa-se o controle de sintomas e a elaboração da morte, uma abordagem que envolve o paciente e sua família. Nos últimos anos, o retorno ao domicílio tem sido um desafio no trabalho das equipes que atuam nestas unidades, devido os aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem em tal processo. Como hospitalizações representam parte importante do orçamento dos sistemas de saúde, Governos de diferentes países têm criado estratégias para acelerar a saída de doentes dos hospitais. Nesse contexto, este estudo tem como objetivos descrever e analisar o modo como se articula o retorno ao domicílio em Cuidados Paliativos, em hospitais brasileiro e francês. Trata-se de um estudo etnográfico, no qual utilizou-se como técnicas de investigação social a observação participante, o diário de campo e a entrevista semiestruturada. Os participantes do estudo foram pessoas em Cuidados Paliativos, seus familiares e profissionais de saúde. Os dados foram analisados sob a perspectiva cultural com algumas ferramentas teóricas propostas por Michel Foucault, a citar: biopoder, medicalização e governamentalidade. Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE: 43747015.5.0000.5327 e seguiu as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados estão apresentados em três unidades de análise: 1) *“Vocês estão precisando do leito, por isso estão me mandando embora”*: o retorno ao domicílio em cuidados paliativos, onde são discutidas as estratégias políticas e institucionais para efetuar a alta nas unidades de Cuidados Paliativos; 2) *“Tá mudando...como tudo tá mudando”*: relações de cuidado no final da vida, na qual são analisadas as relações familiares no Brasil e na França, apontando de que modo elas (in)viabilizam os cuidados domiciliares no final da vida; 3) *O domicílio ou o “lugar de vida”*: que lugar de vida? Nessa última unidade, discute-se como o espaço da casa é transformado para o cuidado no processo de morrer. Ainda, apresenta-se o funcionamento dos estabelecimentos médico-sociais, os quais tornam-se alternativa ao domicílio e ao hospital para receber pessoas em Cuidados Paliativos. Conclui-se que mesmo sendo países diferentes, França e Brasil enfrentam problemas semelhantes relacionados ao governo da morte. No Brasil, não é ofertado suporte para os cuidados de final de vida, embora se efetive o retorno ao domicílio. Na França, existem recursos humanos e materiais, mas as configurações familiares tendem a inviabilizar o acolhimento de doentes em casa, mesmo sendo essa uma política governamental. Finalmente, o hospital é a instituição considerada mais segura para os cuidados em final de vida, onde os profissionais de saúde continuam responsáveis pelas decisões relativas ao fazer viver e ao modo como é possível morrer no contemporâneo.

**Palavras-chave:** Cuidado paliativos. Assistência domiciliar. Morte. Enfermagem

# Exemplos e modelos

Explicação do tema central

Objetivo

Aspectos metodológicos

Resultados

Conclusão

Poderia ter inserido o período da coleta de dados!



Sem referências no "corpo" do resumo

# Exemplos e modelos

RESUMO SIMPLES

ID 2724

## CUIDADOS COM OS OLHOS E A BOCA NO FINAL DA VIDA: REVISÃO INTEGRATIVA

DA SILVA, N K (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL), CORREA, I M (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL), MOSCOSO, C R (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL), CAMPELO, H D C (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL), CORDEIRO, F R (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL)

**PALAVRAS-CHAVE:** CUIDADOS PALIATIVOS; CUIDADOS DE ENFERMAGEM; SÍNDROME DO OLHO SECO; BOCA.

**INTRODUÇÃO:** No final da vida, olhos e boca não recebem cuidados adequados. **OBJETIVO:** Identificar, na literatura, cuidados com olhos e boca no final da vida. **METODOLOGIA:** Revisão integrativa de literatura realizada em julho/2020 na PubMed, Web of Science (WoS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Associou-se, de diferentes formas, com o operador AND os descritores cuidado de enfermagem, síndrome do olho seco, boca, cuidados paliativos; e os MESH terms mouth, palliative care, nursing care, eye, dry eye syndromes. Selecionou-se 47 artigos na BVS,

31 na WoS e 63 na Pubmed. Destes, restaram 18, por serem originais, revisão ou relato de experiência, em português, inglês, espanhol ou francês. Utilizou-se análise temática. **RESULTADOS:** O período das publicações variou entre 1988 e 2019. Duas categorias foram construídas: avaliação e cuidados. Quanto aos olhos sugere-se avaliar a diminuição do lacrimejamento, piscar diminuído, uso de ventilação mecânica ou O2 e de medicamentos. Os cuidados indicados foram identificação de fatores de risco para lesões e uso de fluoresceína. Para a boca recomenda-se avaliar xerostomia, infecções, dor, falta de higiene e problemas dentários. Como cuidados, sugere-se aliviar a sede com água limpa ou lascas de gelo; limpeza bucal com água, clorexidina sem álcool, escova macia e creme dental, gaze embebida em bicarbonato de sódio e água e saliva artificial. **CONCLUSÃO:** A correta avaliação viabiliza cuidados para o conforto ocular e bucal no final da vida.



**BIBLIOGRAFIA:** SOARES, R.P.S., et al. Clinical indicators of dry eye severity nursing outcome in intensive care unit. Rev Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 27, e3201, p. 1-10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2983.3201>. ARAÚJO, D. D., et al. Dry eye in critically ill patients: integrative review. Rev Pesqui (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), Rio de Janeiro, v.9, n.4, p. 907-916, 2017. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.907-916>. ARAÚJO, D. D., et al. Prediction of risk and incidence of dry eye in critical patients. Rev Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, e2689, p. 1-8, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0897.2689>. LEEMHUIS, A.; SHICHISHIMA, Y., PUNTILLO, K. Palliation of Thirst in Intensive Care Unit Patients: Translating Research Into Practice. Crit Care Nurse, Aliso Viejo, v. 39, n.5, p. 21-28, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2019544>. MAGNANI, C., et al. Oral Hygiene Care in Patients With Advanced Disease: An Essential Measure to Improve Oral Cavity Conditions and Symptom Management. Am J Hosp Palliat Care, Thousand Oaks, v.36, n.9, p. 815-819, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909119829411>. AOKI, T., et al. Interrater reliability of the Oral Assessment Guide for oral cancer patients between nurses and dental hygienists: the difficulties in objectively assessing oral health. Support Care Cancer, Berlim, v. 27, n.5, p. 1673-1677, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4412-x>. NELSON, J.D.; FARRIS, R.L. Sodium hyaluronate and polyvinyl alcohol artificial tear preparations. A comparison in patients with keratoconjunctivitis sicca. Arch Ophthalmol, Chicago, v. 106, n.4, p. 484-487, 1988. DOI: 0.1001/archophth.1988.01060130530029. NAKAJIMA, N. Characteristics of Oral Problems and Effects of Oral Care in Terminally Ill Patients With Cancer. Am J Hosp Palliat Care, Thousand Oaks, v. 34, n.5, p. 430-434, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909116633063>. KVALHEIM, S.F., et al. End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An exploratory study. Gerodontology, Oxford, v. 33, n.4, p. 522-529, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/ger.12198>. AZODO, C.C., et al. Oral health of psychiatric patients: the nurse's perspective. Int J Dent Hyg, Oxford, v. 10, n. 4, p. 245-249, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2011.00537.x>. WALDRUP, D.P., KIRKENDALL, A.M. Comfort Measures: A Qualitative Study of Nursing Home-Based End-of-Life Care. J Palliat Care, Mamaroneck, v. 12, n. 8, p. 719-724, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0053>. CHURM, D., et al. A questionnaire study of the approach to the anorexia-cachexia syndrome in patients with cancer by staff in a district general hospital. Support Care Cancer, Berlim, v. 17, n. 5, p. 503-507, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0486-1>. SWEENEY, M.P., et al. Clinical trial of a mucin-containing oral spray for treatment of xerostomia in hospice patients. Palliat Med, Londres, v. 11, n. 3, p. 225-232, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1177/026921639701100307>. AGAR, M., et al. Changes in anticholinergic load from regular prescribed medications in palliative care as death approaches. Palliat Med, Londres, v. 23, n. 3, p. 257-265,



# Exemplos e modelos

RESUMO SIMPLES

Referências somente ao final,  
no sistema de submissão.

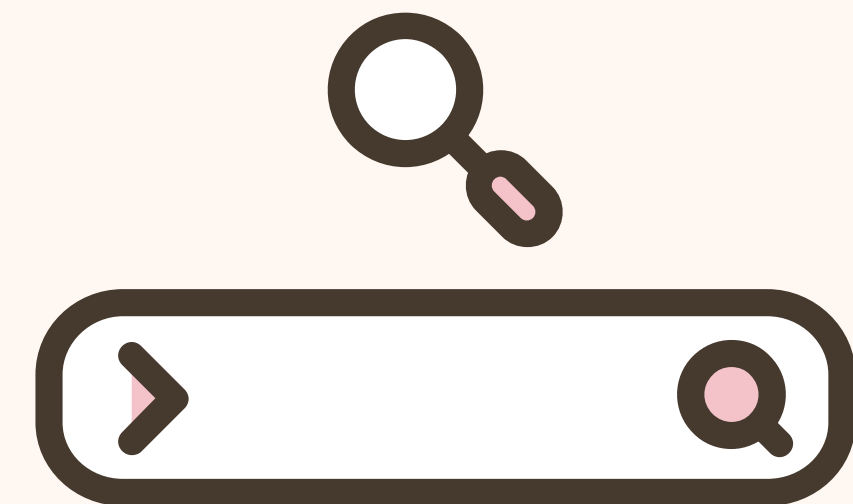
2009. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216309102528>. LEWIS, A., et al. Improving the oral health of frail and functionally dependent elderly. Aust Dent J. Sydney, v. 60, suppl 1, p. 95-105, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/adj.12288>. CHEN, X., et al. Dental treatment intensity in frail older adults in the last year of life. J Am Dent Assoc, Chicago, v. 144, n. 11, p. 1234-1242, 2013. DOI: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0051>. GILLAM, J. L., GILLAM, D. G. The assessment and implementation of mouth care in palliative care: a review. J R Soc Promot Health, Londres, v. 126, n. 1, p. 33-37, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1177/1466424006061174>. MILLER, M., KEARNEY, N. Oral care for patients with cancer: A review of the literature. Cancer Nurs, Nova York, v. 24, n. 4, p. 241-254, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1097/00002820-200108000-00001>.



# Exemplos e modelos

## RESUMO SIMPLES

Cada evento determina as regras de formatação a serem seguidas (Ex. tamanho da fonte, espaçamento).



### Equipe Móvel de Cuidados Paliativos: Possibilidades à Partir do Cenário Francês

Franciele Roberta Cordeiro; Noelle Carlin; Maria Henriqueta Luce Kruse

Área: Desenvolvimento e organização de serviços

#### Introdução

Equipes móveis de cuidados paliativos (EMCP) são equipes de apoio aos profissionais de saúde que cuidam de pessoas em final de vida, fora de unidades de cuidados paliativos. Quando possível, organizam o retorno ao domicílio. Atualmente, a França possui 413 EMCP.

#### Objetivos

Apresentar o trabalho de equipes móveis de cuidados paliativos, a partir de vivências em dois hospitais franceses.

#### Metodologia

Foram realizadas vivências junto à duas EMCP, no contexto da produção de dados de uma tese de doutorado. Uma das equipes atuava apenas no cenário hospitalar, outra se deslocava ao domicílio dos pacientes e à estabelecimentos médico-sociais. O encontro com as equipes aconteceu em outubro de 2014, setembro de 2015 e março de 2016

#### Resultados

As EMCP's fazem parte da rede de cuidados paliativos da França, aconselhando equipes no controle da dor e demais sintomas. Essas equipes deslocam-se pelas unidades hospitalares, conforme solicitação. De maneira multidisciplinar, em conjunto com o paciente e a família, constrói-se um projeto de final de vida, respeitando o que consta na/ou elaborando-se diretivas antecipadas de vontade. Além disso, os profissionais das EMCP's realizam atividades de formação e organizam reuniões clínicas para decidir a limitação ou suspensão de tratamentos considerados desproporcionais em cuidados paliativos

#### Conclusão

No contexto francês, o trabalho das EMCP's amplia o número de pessoas que recebem cuidados paliativos. Pensa-se que o desenvolvimento de equipes com esse propósito, no Brasil, poderia disseminar a filosofia dos cuidados paliativos, fornecer o suporte aos demais profissionais de saúde e otimizar os cuidados aos pacientes e suas famílias

116

Sem referências

no final e no "corpo" do texto.



23



# Exemplos e modelos

## RESUMO EXPANDIDO

6ª SEMANA INTEGRADA UFPEL 2020

ENPOS XXII ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

### ESTUDO DE CASO COMO MÉTODO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM

CARINA RABÉLO MOSCOSO<sup>1</sup>; FRANCIELE ROBERTA CORDEIRO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – carina\_moscoso@hotmail.com  
<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – franciele.cordeiro@ufpel.edu.br

#### 1. INTRODUÇÃO

O estudo de caso é uma investigação empírica com enfoque em fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto de vida real, principalmente quando os limites entre fenômeno e contexto não forem evidentes. Têm como objetivos explorar um evento, fornecendo explicação mais profunda do mesmo. Atualmente, o estudo de caso constitui uma abordagem predominantemente qualitativa (YIN, 2015; COIMBRA, MARTINS, 2013).

Tal abordagem metodológica conta com diversas fontes de dados, exigindo convergência de informações e evidências por meio do princípio da triangulação de dados. Esse princípio objetiva buscar pelo menos três fontes de dados, ou seja, três formas de verificar determinado fenômeno. Essa verificação confere maior validade ao estudo (YIN, 2016).

Com frequência essa abordagem é citada de maneira inadequada, constituindo uma análise incompleta de um caso, e não um efetivo estudo de caso. O uso inadequado do termo "estudo de caso" leva a uma percepção errônea de sua aplicabilidade na investigação científica (COIMBRA, MARTINS, 2013; ANDRADE *et al.*, 2017).

Nesse sentido, estudos na área da enfermagem evidenciam que a terminologia vem sendo empregada de maneira inadequada e, por vezes, ainda que apareça no título, resumo ou descritores, tais estudos não seguem o rigor metodológico exigido (ANDRADE *et al.*, 2017).

Desta forma, este resumo tem como objetivo identificar as publicações de enfermagem utilizando o estudo de caso como método de pesquisa.

#### 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura realizada em setembro de 2019 por meio de busca livre no *Google Scholar* e em artigos indexados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Para a busca no *Google Scholar*, foram empregados termos como "estudos de caso", "pesquisa" e "enfermagem", isolados ou de forma combinada. Já para a busca realizada na BVS, foram utilizados os descritores (DECS) "relatos de casos", "estudo de casos", "estudo de caso", "pesquisa" e "enfermagem", associados pelos operadores booleanos OR e AND. Para as buscas, não foi estabelecida delimitação temporal. Os critérios de inclusão foram: artigos oriundos de estudos primários, dissertações ou teses, disponíveis online na íntegra ou com acesso disponível pelo portal de periódicos CAPES, escritos nos idiomas inglês, português ou espanhol. Foram excluídos resumos em congressos.

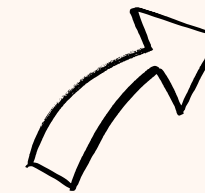
Após a associação dos DECS na BVS, resgataram-se 214 artigos. Destes, após leitura dos títulos, restaram 14. Após a leitura dos resumos, restaram 10 artigos, os quais compuseram o corpus de análise.

Introdução ao tema central



24

Objetivo



Descrição e interpretação detalhada dos resultados

Elementos metodológicos



6ª SEMANA INTEGRADA UFPEL 2020

ENPOS XXII ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 10 estudos, 80% eram da área de enfermagem e 20% da área multidisciplinar em saúde. Seis eram oriundos de artigos originais e quatro de dissertações, sendo a maioria (70%) composta por estudos de abordagem qualitativa. O ano de maior publicação foi 2016 e 60% dos estudos citaram autores para estruturar o estudo de caso, sendo o autor mais citado Robert K Yin, em 57,2% dos estudos.

O cenário principal de estudo foi em Unidades de Internação Hospitalar (30%), seguido de Unidades Básicas de Saúde (20%), e a população participante foi em sua maioria composta por profissionais de saúde (40%), seguida de pacientes (20%).

Quanto às técnicas de produção de dados, a Figura 1 mostra quais foram utilizadas nos estudos.

Figura 1: Técnicas de produção de dados utilizadas nos estudos

Técnica	Frequência nos estudos
Entrevista	8
Grupo focal	1
Instrumento específico	1
Coleta de dados em documentos ou prontuários	3
Observação participante	2
Observação não-participante	1
Questionário	2
Diário de campo	2

Quanto à utilização de triangulação de dados, apenas três estudos (SILVA *et al.*, 2014; MOURA, 2016; SCHOLZE, FLORES E SILVA, 2005) apresentaram pelo menos três fontes de dados. O primeiro estudo contou com entrevista, observação não participante, diário de campo e coleta documental; o segundo, com entrevista, observação participante, diário de campo, coleta documental e questionário; e o terceiro com entrevista, observação participante e coleta documental.

O restante dos estudos utilizou, em sua maioria, apenas entrevistas (PANDINI *et al.*, 2016; MEIRA, 2007; NARESSI, 2013; FERNANDES, 2012), aplicação de instrumento ou questionário (BEZERRA, NÓBREGA, 2012; MATSUMOTO, 2010) ou entrevistas em conjunto com uma única outra técnica (BREHMER, RAMOS, 2016).

Dessa forma, os achados desta revisão vão ao encontro da literatura acerca de estudo de caso na enfermagem, evidenciando o emprego inadequado do termo nas pesquisas e a falta de rigor metodológico das publicações. Em revisão integrativa realizada em 2017 com 624 artigos que citavam o estudo de caso no seu título, resumo e descritores, apenas 8% seguiram as etapas necessárias à



esta metodologia. Destes, também em corroboração com esta revisão, a maioria (80%) citou Yin como orientador metodológico (ANDRADE *et al.*, 2017). Destaca-se que de acordo com Yin (2015), a utilização de múltiplas fontes de evidências é uma etapa essencial para o desenvolvimento desse método e para a compreensão aprofundada do fenômeno estudado.

#### 4. CONCLUSÕES

Evidenciou-se, a partir deste resumo, que a abordagem do estudo de caso em enfermagem é frequentemente utilizada de maneira errônea, sem utilizar o rigor metodológico exigido e a triangulação de dados, fazendo com que a análise seja incompleta. Tendo em vista os aspectos observados, identifica-se a necessidade de maior rigor metodológico ao utilizar tal abordagem, que confere tantos dados relevantes a uma pesquisa.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, S. R. et al. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e5360016, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072017000400308&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000400308&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Set. 2020.

BEZERRA, P. A. P. L.; NÓBREGA, M. M. L. NANDA-I nursing diagnosis in hospitalized children: a case study. **Braz J Nurs (Online)**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p., 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1676-4285.20120007>>. Acesso em 05 Set. 2020.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 135-145, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100135&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100135&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Set. 2020.

COIMBRA, M. N. C. T.; MARTINS, A. M. O. O estudo de caso como abordagem metodológica no ensino superior. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 24, n. 3, p. 31-46, 2013. Disponível em: <<https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2696>>. Acesso em 05 Set. 2020.

FERNANDES, A. P. P. **O enfermeiro na identificação das potencialidades e fragilidades do trabalho em rede de proteção contra a violência na infância**. 2012. 135p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná.

MATSUMOTO, K. S. **A formação do enfermeiro para atuação na atenção básica: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**. 2010. 99p.

Conclusão



Nem todo resumo em evento aceita as referências ao final!

# Exemplos e modelos

## RESUMO EXPANDIDO

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MEIRA, M. D. D. **Avaliação da formação do enfermeiro: percepção de egressos de um curso de graduação em enfermagem**. 2007. 138p. Dissertação (Mestrado em Administração em Serviços de Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MOURA, R. R. A. **Avaliação dos serviços de atenção à saúde das pessoas estomizadas na região oeste de Minas Gerais**. 2016. 112p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Universidade Federal de São João Del Rei.

NARESSI, D. A. et al. Crenças e resiliência em pacientes sobreviventes de leucemia. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, v. 7, n. 1, p. 67-75, 2013. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1033488>>. Acesso em: 05 set. 2020.

PANDINI, A. *et al.* Rede de apoio social e família: convivendo com um familiar usuário de drogas. **Ciênc. cuid. Saúde**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 716-722, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-974877>>. Acesso em 05 Set. 2020.

SCHOLZE, A. S.; FLORES E SILVA, Y. Riscos potenciais à saúde em itinerários de cura e cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5008>>. Acesso em: 05 set. 2020.

SILVA, C. et al. Educação permanente em saúde: percepção de profissionais de uma residência multidisciplinar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, s/n, p. 627-635, 2014. Disponível em: <[doi:https://doi.org/10.5902/2179769211067](https://doi.org/10.5902/2179769211067)>. Acesso em: 05 set. 2020.

YIN, R. K. **Estudo de Caso - Planejamento e Métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman Editora, 2015. 320p.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016. 313p.

[Data]

## Resumo Executivo

### Descrição/Objetivo do Produto

[Esta é sua oportunidade de falar sobre sua empresa para seu público.]

### Público-alvo

[Informe o leitor sobre o público para o qual seus produtos se destinam nesta seção.]

### Concorrência

[Liste seus concorrentes aqui e inclua os motivos por que sua empresa está bem posicionada para lidar com qualquer concorrência.]

### Risco/Oportunidade

[Aqui você pode listar os desafios e as oportunidades com as quais sua empresa pode se deparar:

1. Liste um desafio ou uma oportunidade aqui.
2. Liste um desafio ou uma oportunidade aqui.]

### Conclusões

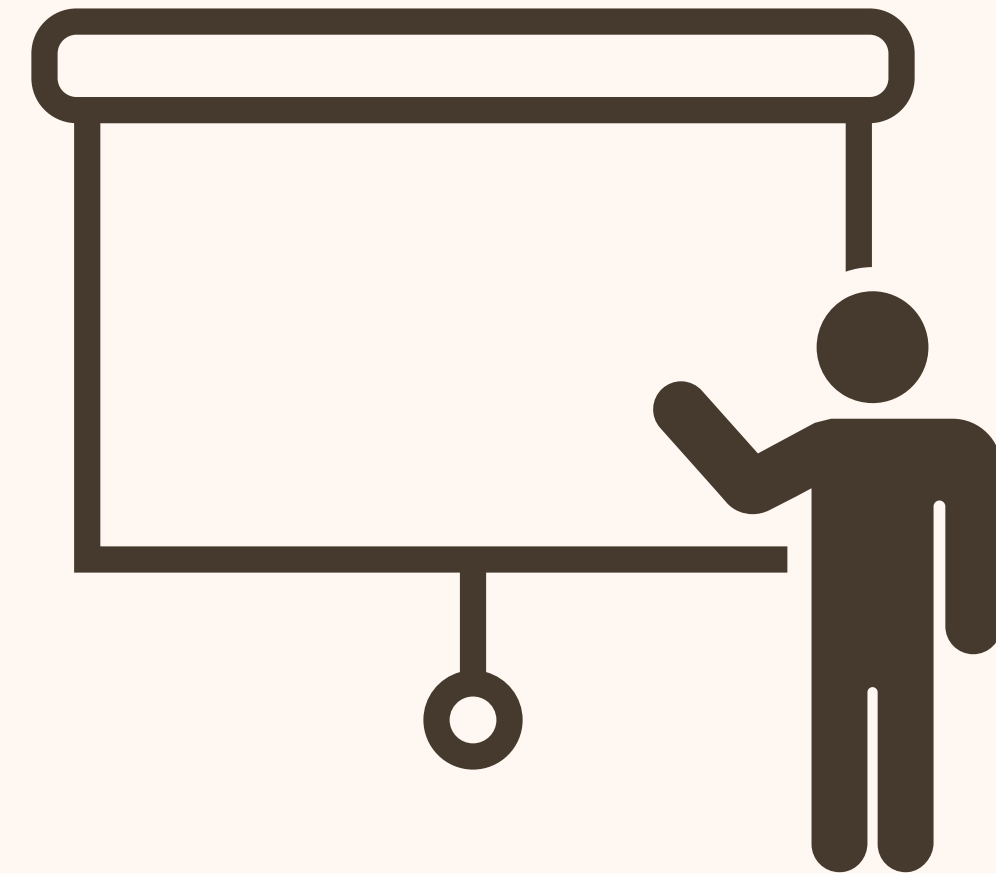
[Liste suas recomendações e sugestões com base nos resultados apresentados em seu relatório.]

Fonte: Microsoft, 2021.

# Exemplos e modelos

RESUMO EXECUTIVO

## Empresas, Organizações, Sociedades







# Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief— an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report



Felicia Marie Knaul, Paul E Farmer\*, Eric L Krakauer\*, Liliana De Lima, Afsan Bhadelia, Xiaoxiao Jiang Kwete, Héctor Arreola-Ornelas, Octavio Gómez-Dantés, Natalia M Rodríguez, George A O Alleyne, Stephen R Connor, David J Hunter, Diederik Lohman, Lukas Radbruch, María del Rocío Sáenz Madrigal, Rifat Atun†, Kathleen M Foley†, Julio Frenk†, Dean T Jamison†, M R Rajagopal†, on behalf of the Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group†

## Executive Summary

In agonising, crippling pain from lung cancer, Mr S came to the palliative care service in Calicut, Kerala, from an adjoining district a couple of hours away by bus. His body language revealed the depth of the suffering.

We put Mr S on morphine, among other things. A couple of hours later, he surveyed himself with disbelief. He had neither hoped nor conceived of the possibility that this kind of relief was possible.

Mr S returned the next month. Yet, common tragedy befell patient and caregivers in the form of a stock-out of morphine.

Mr S told us with outward calm, "I shall come again next Wednesday. I will bring a piece of rope with me. If the tablets are still not here, I am going to hang myself from that tree". He pointed to the window. I believed he meant what he said.

Stock-outs are no longer a problem for palliative care in Kerala, but throughout most of the rest of India, and indeed our world, we find near total lack of access to morphine to alleviate pain and suffering.

Dr M R Rajagopal, personal testimony

Poor people in all parts of the world live and die with little or no palliative care or pain relief. Staring into this access abyss, one sees the depth of extreme suffering in the cruel face of poverty and inequity.

The abyss is broad and deep, mirroring relative and absolute health and social deprivation. Of the 298.5 metric tonnes of morphine-equivalent opioids distributed in the world per year (average distribution in 2010–13), only 0.1 metric tonne is distributed to low-income countries.<sup>1</sup> The amount of morphine-equivalent opioids distributed in Haiti is 5 mg per patient in need of palliative care per year, which means that more than 99% of need goes unmet. By contrast, the annual distribution of morphine is 55000 mg per patient in need of palliative care in the USA and more than 68000 mg per patient in need of palliative care in Canada—much more than is needed to meet all palliative care and other medical needs for opioids on the basis of estimates of the Commission (figure 1).

The fact that access to such an inexpensive, essential, and effective intervention is denied to most patients in low-income and middle-income countries (LMICs) and in particular to poor people—including many

poor or otherwise vulnerable people in high-income countries—is a medical, public health, and moral failing and a travesty of justice. Unlike so many other priorities in global health, affordability is not the greatest barrier to access, and equity-enhancing, efficiency-oriented, cost-saving interventions exist.

The global health community has the responsibility and the opportunity to close the access abyss in the relief of pain and other types of suffering at end-of-life and throughout the life course, caused by life-limiting and life-threatening health conditions. However, unlike many other essential health interventions already identified as priorities, the need for palliative care and pain relief has been largely ignored, even for the most vulnerable populations, including children with terminal illnesses and those living through humanitarian crises, and even in the Sustainable Development Goals (SDGs).<sup>2</sup> Yet palliative care and pain relief are essential elements of universal health coverage (UHC).

Several barriers explain this neglect: the focus of existing measures of health outcomes—major drivers of policy and investment—on extending life and productivity with little weight given to health interventions that alleviate pain or increase dignity at the end of life;<sup>3</sup> opiophobia, which refers to prejudice and misinformation about the appropriate medical use of opioids;<sup>4,6</sup> the focus, in medicine, on cure and extending life and a concomitant neglect of caregiving and quality of life near death;<sup>7,8</sup> limitations on patient advocacy due to the seriousness of illnesses; the focus on preventing non-medical use of internationally controlled substances without balancing the human right to access medicines to relieve pain;<sup>9–12</sup> and the global neglect of non-communicable diseases, which account for much of the need for palliative care.<sup>13</sup>

Global health is devoid of the investments, interventions, and indicators that are essential to ensure universal access to safe, secure, and dignified care at the end of life or to the palliation of pain and suffering. With this Report, we aim to remedy these limitations by: (1) quantifying the heavy burden of serious health-related suffering (SHS) associated with a need for palliative care and pain relief (section 1); (2) identifying and costing an Essential Package Of Palliative Care And Pain Relief Health Services (the Essential Package) that would alleviate this burden (section 2); (3) measuring the unmet need for one of the most essential components of the

Published Online October 12, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8) See Online/Comment [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32560-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32560-6)

\*Equal contributors †Senior authors ‡Study group members are listed at end of this Report Department of Public Health Sciences, Leonard M. Miller School of Medicine (Prof F M Knaul PhD, Prof J Frenk MD), Institute for Advanced Study of the Americas (Prof F M Knaul, A Bhadelia PhD, X Jiang Kwete MD, H Arreola-Ornelas MSc, N M Rodriguez PhD), Sylvester Comprehensive Cancer Center Prof F M Knaul), and School of Business Administration (Prof J Frenk), University of Miami, Coral Gables, FL, USA; Tomatelo a Pedra, A.C., Mexico City, Mexico (Prof F M Knaul, H Arreola-Ornelas); Fundación Mexicana para la Salud, A.C., Mexico City, Mexico (Prof F M Knaul, H Arreola-Ornelas); Harvard Medical School, Boston, MA, USA (Prof P E Farmer MD, E L Krakauer MD, Prof R Atun FRCP); Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA (E L Krakauer); World Health Organization, Geneva, Switzerland (E L Krakauer); International Association for Hospice and Palliative Care, Houston, TX, USA (L De Lima MHA, Prof L Radbruch MD); Department of Global Health and Population (A Bhadelia, X Jiang Kwete, Prof R Atun), Department of Health Policy and Management (Prof R Atun), Department of Epidemiology (Prof D J Hunter MBBS) and

# Exemplos e modelos

## RESUMO EXECUTIVO

The Lancet Commissions

palliative care and pain relief. The Commission sets forth the elements of an agenda that emphasises the need to develop strong metrics and data to monitor progress and implement research around SHS.

This research and dissemination agenda will demand resources. Very few foundations and donors prioritise work on palliative care and pain relief in LMICs; most of those that previously provided support have now closed their programmes.<sup>14</sup> To support these research endeavours, the Commission calls on non-governmental and governmental research funding agencies and foundations to incorporate palliative care and pain relief into their priorities in health and social development. Although this funding can be triggered by researchers, to date only a small group of palliative care specialists have prioritised international work, and the issue has been largely ignored by experts working on specific health conditions associated with SHS, many of which are neglected non-communicable diseases.<sup>15</sup>

### Afterlife of the Commission: advocacy, accountability, and analysis

The Commission should provide a platform to push for progress and ensure accountability. We have engaged with civil society to enable the Commission's evolution into a working group of leaders from global, national, and regional palliative care advocacy institutions. The mandate of the working group is to: develop monitoring frameworks and public accountability tools, including indicators and targets that can be adapted and adopted by both countries and global governance institutions; support national commissions through training and capacity building; catalyse national planning for palliative care and pain relief; encourage the production and dissemination of knowledge from implementation and health-systems research, especially in LMICs; and forge linkages between the palliative care community and the non-communicable diseases movement.<sup>16</sup>

The working group will report periodically on progress in implementing the recommendations of the Commission and on the degree of uptake by national and global stewards. This work is aligned with previous and planned initiatives of three global non-governmental organisations (International Association for Hospice and Palliative Care, International Children's Palliative Care Network, and Worldwide Hospice Palliative Care Alliance), each of which is committed to facilitating the work of this group in collaboration with regional and national civil society representing Africa, Asia, eastern Europe, Latin America, and the Caribbean.

### Introduction

From that moment commenced the shrieking fit which lasted for three days, and was so terrible that it was impossible to hear it without horror even through two doors.

Leo Tolstoy: The Death of Ivan Ilyich, 1886

Imagine your final months, weeks, and days of life. Like most, you probably hope to be free of pain. Consider, however, a scenario in which you and those who hold you dear face those painful days with no access to the palliative care that could alleviate your suffering: Tolstoy's Ivan Ilyich bereft of even opium to calm the fear and agony. Unimaginable? Yet this is the reality for most people. With few exceptions, poor people throughout the world live and die with little or no access to pain relief or any other type of palliative care.

Access to palliative care and pain relief is a health, equity, and human rights imperative that has been largely ignored in the goal to achieve UHC. Indeed, our Commission<sup>17</sup> found no other important health intervention as lacking or inequitably distributed as pain relief, the pillar of palliative care. The global health community has the responsibility and the opportunity to close this access abyss by providing universal access to an affordable package of palliative care services that can alleviate the remediable suffering associated with life-threatening and life-limiting health conditions.

The access abyss is both relative and absolute. Of the 298.5 metric tonnes of morphine-equivalent opioids distributed in the world each year (an average from 2010–13), 287.7 metric tonnes are distributed to high-income countries, and this distribution is dramatically skewed to a few countries. Only 0.1 metric tonne—0.03% of the total amount—are distributed to low-income countries. In the poorest decile of countries, a patient with life-threatening or life-limiting health conditions has access to only 10 mg morphine-equivalent opioids per year. Our estimates show that this amount is sufficient to meet less than 2% of palliative care needs and an even smaller proportion of the total medical need for pain relief medicines. In the world's wealthiest decile of countries, each patient in need of palliative care has access to more than 47000 mg morphine-equivalent opioids per year, which is much more than is needed to meet all palliative care and other medical needs for opioids if all patients in these countries were to have appropriate and necessary access to these essential medicines. The fact that most patients, poor patients in particular—including many poor people in high-income countries—are denied access to such an inexpensive and powerful intervention is a medical, public health, and moral failing.

Although many other inequities have been identified as health-care priorities, injustice in access to palliative care and pain relief has been largely ignored, even for children and people at the end of life. This is particularly surprising because we find that most of the burden of SHS, can be alleviated with effective, low-cost interventions contained in an Essential Package that can be made accessible to people living in poverty anywhere in the world.

Current needs for palliative care and pain relief are large and will grow. According to the Commission's

Todo documento: 64 Páginas







Todo documento:  
71 Páginas

Páginas 06 -10




# Exemplos e modelos

## RESUMO EXECUTIVO



## É POSSÍVEL MORRER NO DOMICÍLIO? ANÁLISE DOS CENÁRIOS BRASILEIRO E FRANCÊS

Franciele Roberta Cordeiro<sup>1</sup>   
Maria Henriqueta Luce Kruse<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Hospitalar na Rede de Atenção em Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** descrever e analisar os desafios e as possibilidades do retorno ao domicílio em cuidados paliativos nos cenários brasileiro e francês.

**Método:** estudo etnográfico realizado em dois hospitais, domicílios e estabelecimentos médico-sociais. Participaram da pesquisa seis pessoas em cuidados paliativos, quatro familiares e oito profissionais de saúde. Os dados foram organizados por meio de mapeamento discursivo e analisados sob a perspectiva cultural e foucaultiana.

**Resultados:** para apresentação dos resultados foram elaboradas duas categorias: Estratégias para a alta hospitalar em cuidados paliativos e Entre a família, o Estado e a Justiça: entraves para o retorno ao domicílio. Evidencia-se que, no Brasil e na França, o retorno ao domicílio é um evento que enfrenta resistência por parte das famílias. Tal fato relaciona-se principalmente com as concepções culturais de que unidades hospitalares de cuidados paliativos são os locais capazes de proporcionar conforto no final da vida, e com o difícil acesso a programas e serviços de atenção domiciliar. Em ambos os países, em razão da complexidade da alta hospitalar, famílias e gestores judicializam esse processo.

**Conclusão:** o retorno ao domicílio em cuidados paliativos depende do modo como a morte é significada em determinada cultura, das configurações familiares e da existência ou não de uma rede de cuidados paliativos nos sistemas de saúde de cada país.

**DESCRITORES:** Morte. Cuidados paliativos. Enfermagem. Assistência domiciliar. Antropologia cultural. Alta do paciente.

# Exemplos e modelos

## RESUMO PERIÓDICO - ESTRUTURADO

Cada periódico/revista  
determina as informações a  
serem inseridas e o formato.





## A produção do currículo do final da vida por meio do dispositivo pedagógico da mídia

artigos

Franciele Roberta Cordeiro<sup>(a)</sup>  
Maria Henriqueta Luce Kruse<sup>(b)</sup>

Cordeiro FR, Kruse MHL. Production of an end-of-life curriculum vitae through the pedagogical apparatus of the media. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1193-205.

This paper analyzed how the discourse on death circulates within the Brazilian media, thereby producing an end-of-life curriculum vitae. It stemmed from document research in which the theoretical-methodological reference framework was the thinking of Michel Foucault. The empirical material was composed of ten reports that circulated in the magazines *Época* and *Veja* between 2002 and 2012. To delimit the corpus for the analysis, discursive mapping was elaborated using the ATLAS.ti 7 software. The findings were subjected to discourse analysis inspired by Foucault's thinking. The acceptance of death and its domestication appeared as strategies produced by the State and legitimized through the media. These informative Brazilian magazines produced end-of-life curricula vitae, thereby teaching and publicizing acceptance of death and calling on subjects to govern their own end. Those who escape from this discursive order are considered to be "abnormal" in the end-of-life context.

**Keywords:** Death. Nursing. Palliative care. Education nursing. Cultural Studies.

Neste artigo, que partiu de uma pesquisa documental cujo referencial teórico-metodológico foi o pensamento de Michael Foucault, analisa-se como os discursos sobre a morte circulam na mídia brasileira, produzindo um currículo do final da vida. O material empírico foi composto de dez reportagens que circularam entre 2002 e 2012 nas revistas *Época* e *Veja*. Para delimitar o corpus de análise, elaborou-se um mapeamento discursivo com o software ATLAS.ti 7, e os achados foram submetidos à análise do discurso de inspiração foucaultiana. A aceitação da morte e sua domesticação despontam como estratégias produzidas pelo Estado e legitimadas pela mídia. As revistas informativas brasileiras produzem um currículo do final da vida, ensinando e propagando a aceitação da morte e convocando os sujeitos a governarem seu fim. Aqueles que escapam dessa ordem discursiva são considerados os "anormais" no contexto do final da vida.

**Palavras-chave:** Morte. Enfermagem. Mídia. Educação em Enfermagem. Estudos Culturais.

<sup>(a)</sup> Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel, 963, sala 205, Rio Branco. Porto Alegre, RS. Brasil. 91290-110

# Exemplos e modelos

RESUMO PERIÓDICO -  
NÃO-ESTRUTURADO

Neste artigo, que partiu de uma pesquisa documental cujo referencial teórico-metodológico foi o pensamento de Michael Foucault, analisa-se como os discursos sobre a morte circulam na mídia brasileira, produzindo um currículo do final da vida. O material empírico foi composto de dez reportagens que circularam entre 2002 e 2012 nas revistas *Época* e *Veja*. Para delimitar o corpus de análise, elaborou-se um mapeamento discursivo com o software ATLAS.ti 7, e os achados foram submetidos à análise do discurso de inspiração foucaultiana. A aceitação da morte e sua domesticação despontam como estratégias produzidas pelo Estado e legitimadas pela mídia. As revistas informativas brasileiras produzem um currículo do final da vida, ensinando e propagando a aceitação da morte e convocando os sujeitos a governarem seu fim. Aqueles que escapam dessa ordem discursiva são considerados os "anormais" no contexto do final da vida.

**Palavras-chave:** Morte. Enfermagem. Mídia. Educação em Enfermagem. Estudos Culturais.

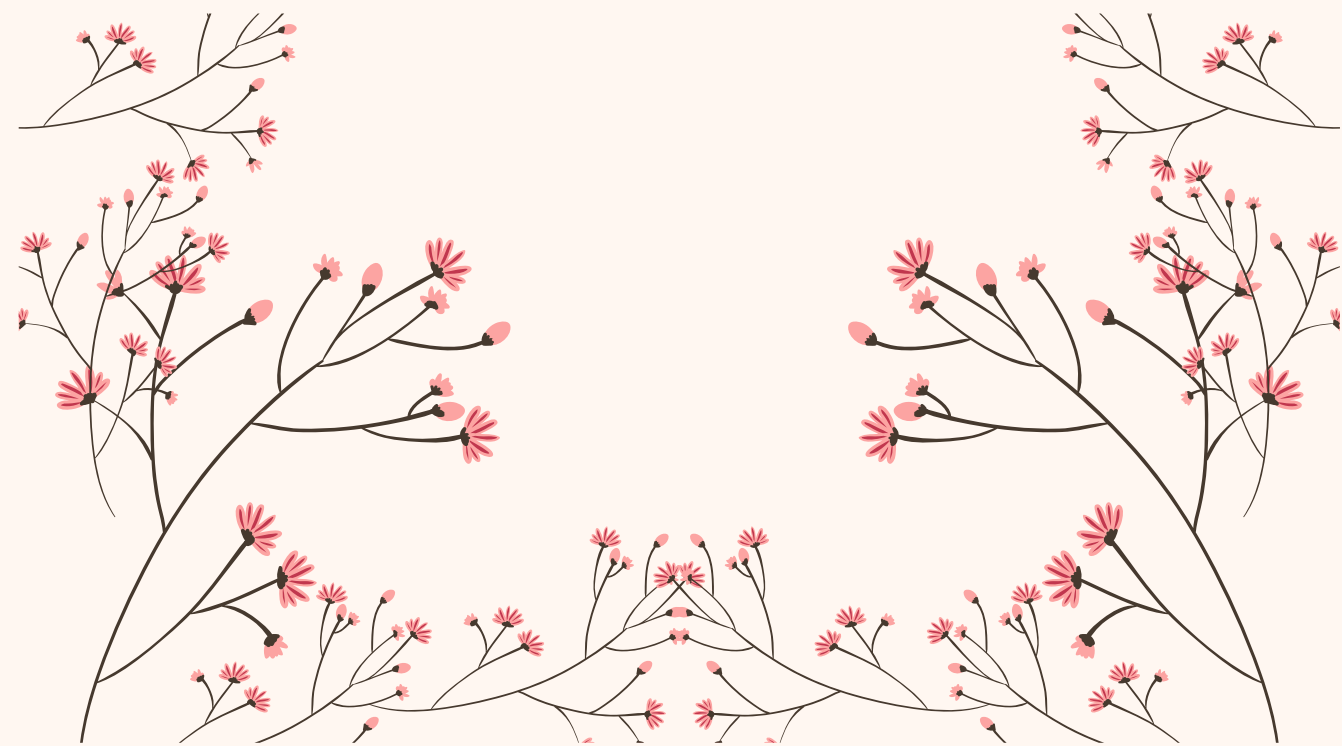
→ Texto "corrido"

---

## REFERÊNCIAS

---

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 6028. Informação e documentação - Resumo - Apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2003. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/download/NBR6028.pdf> . Acesso em 14. abr. 2021.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Metodologia do trabalho científico. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2018.
- UNIVERSITY OF ARIZONA. Writing an executive summary. Arizona: University of Arizona, 2021. Disponível em: <https://writingcenter.uagc.edu/writing-executive-summary> . Acesso em 14. abr. 2021.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS (UFPeL). Manual de normal UFPeL para trabalhos acadêmicos [livro eletrônico]. Pelotas: Editora da UFPeL, 2019. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/sisbi/files/2019/06/Manual.pdf> . Acesso em 14. abr. 2021.



*Muito obrigada!*