



TAYNÁ CRISTINA ALVES SIQUEIRA

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE A RESPEITO DA FINITUDE DA VIDA E SEU IMPACTO NOS CUIDADOS
PALIATIVOS**

SÃO LOURENÇO

2022



TAYNÁ CRISTINA ALVES SIQUEIRA

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE A RESPEITO DA FINITUDE DA VIDA E SEU IMPACTO NOS CUIDADOS
PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Graduação em
Psicologia Faculdade de São Lourenço -
MG, como requisito para obtenção do
Título de Psicólogo.

Orientadora: Professora Mestre Mariana
Carla de Freitas

SÃO LOURENÇO

2022

TAYNÁ CRISTINA ALVES SIQUEIRA

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE A RESPEITO DA FINITUDE DA VIDA E SEU IMPACTO NOS CUIDADOS
PALIATIVOS**

Trabalho apresentado a Faculdade de São Lourenço, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

São Lourenço, ____ de _____ de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Mariana Carla de Freitas
Psicóloga Clínica e Docente de Psicologia
Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de
Medicina da UFMG
Especialista em Dependência Química pela UFSJ
Graduada em Psicologia pela PUC Minas - BH

Rodolfo Ribeiro Junior
Mestre em Citogenética pela Universidade Vale do Rio Verde
Professor do curso de Psicologia da Faculdade de São Lourenço

Flávia Luciano Santos
Graduada em Psicologia – UNIFENAS
Especialista em Avaliação Psicológica – PUC-MG
Mestre em Linguagem, Cultura e Sociedade – UNINCOR
Professora do curso de Psicologia da Faculdade de São Lourenço

Este trabalho é dedicado ao meu pai,
Júlio César (in memoriam), que sempre
apoiou os meus sonhos, quem me
inspirou ao tema e que, em seu processo
de morte, muito me ensinou sobre vida,
amor e dor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha companheira que, mesmo de longe, me incentivou e muito contribuiu para a realização deste trabalho.

Agradeço aos amigos que fiz ao longo do curso, por todo o incentivo e apoio que foram fundamentais para que este trabalho fosse concluído.

Por fim, aos queridos professores que fizeram parte desta trajetória e que muito me inspiram.

RESUMO

A morte é parte do processo de desenvolvimento humano e do nosso cotidiano, mas apesar disso deixou de ser vista com naturalidade e se converteu em um tabu social ao longo da história. Os profissionais de saúde – especialmente os atuantes em cuidados paliativos – lidam constantemente com a morte em suas atividades laborais, se deparando com as angústias da finitude humana no auxílio a pacientes e familiares. Considerando que a forma como compreende-se a finitude influencia na interação com a morte e o processo de morrer, este trabalho visa trazer a reflexão sobre os aspectos psicossociais envolvidos na percepção dos profissionais de saúde a respeito da morte e do morrer, buscando sensibilizar sobre a importância de trazermos à tona a temática da morte como parte natural da vida e seus efeitos na prática dos cuidados em saúde.

Palavras-chave: morte, finitude da vida, cuidados paliativos, profissionais de saúde.

ABSTRACT

Death is part of the process of human development and our daily lives, but nevertheless it ceased to be seen naturally and has become a social taboo throughout history. Health professionals- especially those active in palliative care -they constantly deal with death in their work activities, face the anguish of human finitude in helping patients and family members. Whereas the way finitude is understood influences the interaction with death and the process of dying, this work aims to bring reflection on the psychosocial aspects involved in the perception of health professionals about death and dying, seeking to raise awareness about the importance of bringing up the theme of death as a natural part of life and its effects on the practice of care health.

Key-words: death, finitude of life, palliative care, health professionals.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP Academia Nacional de Cuidados Paliativos

OMS Organização Mundial da Saúde

CREMESP Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivos Gerais	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 METODOLOGIA.....	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 A morte através da história e o processo de luto.....	14
4.2 A morte no contexto hospitalar e os cuidados paliativos.....	18
4.3 Aspectos biopsicossociais na percepção de profissionais de cuidados em saúde sobre a morte.....	23
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26

1. INTRODUÇÃO

O sentido atribuído à morte varia de pessoa para pessoa, sendo repleto de significados culturais e valores de crenças, o que torna o tema bastante complexo (BALDISSERA et al., 2018). O estudo da morte e do morrer – tanatologia – tem ganhado espaço pouco a pouco nas diversas áreas de conhecimento da saúde, possibilitando uma maior compreensão acerca do tema (ZONTA et al., 2022).

A morte e a atitude frente a ela possuem diversos significados que dependem do contexto histórico e cultural. De acordo com Zonta et al. (2022) a simples e tradicional definição de morte como a cessação total e permanente das funções vitais, que alimenta a ideia de que o corpo só pode estar em dois estados, de vida ou de morte, não pode mais ser admitida, uma vez que já é sabido que a morte é produzida em etapas em um determinado espaço de tempo, dependendo de sua causa e de forma individualizada, não se tratando de um instante, mas de um verdadeiro processo.

Ao longo da história de nossa civilização, desde a Idade Média até os dias atuais, com os avanços tecnológicos da medicina, a sociedade foi transformando a sua forma de compreender o fim da vida. A morte que antes era encarada com resignação, como um processo natural e público, passa a ser um tema interdito e privatizado, retirada do ambiente familiar, afastada da comunidade e isolada nos hospitais, cercada de cuidados específicos e que tenta a todo custo evitá-la (ARIÈS, 1977).

A temática da morte e do luto é ainda um tabu em nossa sociedade. A realidade da finitude da vida é encarada como um assunto a ser evitado, ainda que popularmente tratado como “única certeza” da existência humana. Deste fato surgem as dificuldades de lidar com o processo de morte e perda, seja de maneira súbita ou em casos de diagnósticos graves sem possibilidade terapêutica de cura, sendo este último o enfoque abordado. Nessa situação específica, tem-se como abordagem de assistência ao doente o chamado “cuidados paliativos”.

O diagnóstico de uma doença grave geralmente é acompanhado de questões profundas de ordem social, psicológica e espiritual, além dos sintomas físicos, havendo a necessidade de oferecer ao paciente um cuidado capaz de abranger a sua

totalidade, a fim de garantir alguma qualidade de vida do enfermo em seus momentos finais. Diante do sofrimento do paciente, surge também o sofrimento dos familiares e/ou cuidadores, que também necessitam ser assistidos em suas angústias e questões. Nessa perspectiva, tem-se os cuidados paliativos como forma de assistir esse paciente e seus familiares e/ou cuidadores diante do seu sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (ARANTES, 2019, p. 42).

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), oferecer cuidado paliativo significa proteger, sendo uma forma de cuidado que tem como objetivo amenizar a dor e o sofrimento sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual (ANCP, c2021). Ainda de acordo com a ANCP, receber cuidados paliativos não significa impossibilidade de fazer algo pelo paciente, mas sim que ainda há muito o que fazer pelo paciente dentro das possibilidades de cuidado terapêutico (ANCP, op.cit).

As equipes de cuidados paliativos são equipes multidisciplinares, que incluem enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros profissionais que irão acompanhar o paciente e seus familiares em todas as etapas da doença. Trata-se de uma abordagem humanizada que oferece dignidade àqueles que se encontram diante da realidade de finitude da vida, vivenciando sofrimentos físicos, emocionais, sociais e espirituais (OMS, 2002).

É imprescindível o trabalho do psicólogo junto a esses cuidados, pois este profissional trabalhará no alívio do sofrimento emocional das pessoas envolvidas no processo de morte e dos cuidados, auxiliando na qualidade de vida e na aceitação dos diagnósticos e prognósticos (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

É de fundamental importância compreender os fenômenos sociais, culturais, emocionais e subjetivos ligados ao tema da morte e do luto, a fim de estabelecer a atuação dos profissionais diante destes processos e colaborar para o desenvolvimento de uma nova perspectiva acerca de uma realidade inevitável e intransponível, geradora de tantas e variadas angústias ao ser humano, com intuito de elaborar e diminuir o sofrimento causado. Assim sendo, compreende-se a importância da educação para a morte, principalmente entre os profissionais ligados à área da saúde, que lidam com a realidade da finitude da vida em sua rotina de trabalho (KOVÁCS, 2003).

Os profissionais da saúde, indivíduos desta mesma sociedade que lida com a morte conforme os aspectos históricos e culturais lidam com o nascer e o morrer a todo tempo. Os cuidados paliativos surgem como uma perspectiva de gerar qualidade de vida neste processo do morrer nos hospitais. Como os profissionais a frente destes cuidados são impactados pela finitude em sua rotina laboral e como esse impacto interfere na sua prática de cuidados é o que será abordado neste estudo.

O objetivo deste trabalho é compreender os aspectos psicossociais envolvidos na percepção de profissionais de saúde acerca do tema da finitude da vida e como esta percepção influencia na sua atuação com pacientes e familiares nos cuidados paliativos, abordando o sentido atribuído à morte e o morrer no imaginário social de acordo com o desenvolvimento da sociedade, analisando o contexto dos cuidados paliativos e entendendo os seus princípios e formas de assistência, bem como os seus agentes.

A complexidade do processo de morrer e a sua qualidade de inevitabilidade acarretam a necessidade de estudos com foco nessa temática, a fim de que pacientes e familiares na vivência desse processo não sofram com a falta de preparo dos profissionais cuidadores (FERREIRA et al., 2013). Sendo a finitude uma realidade a qual todos vivenciarão, seja como parte do próprio desenvolvimento, seja como perda de um ente querido, torna-se fundamental compreendermos os sentimentos envolvidos neste fato e as suas implicações para o enfrentamento, objetivando colaborar positivamente com esta vivência, especificamente no âmbito hospitalar, onde a confrontação da finitude é parte da rotina laboral dos profissionais cuidadores, especialmente no contexto dos cuidados paliativos. Para alcançar tal compreensão, este estudo aborda os aspectos psicossociais envolvidos na percepção dos profissionais de saúde, como: a visão subjetiva, enquanto indivíduos de uma sociedade e cultura e que têm suas percepções constituídas e atravessadas por esse contexto sociocultural; o apoio emocional no contexto de trabalho e a preparação para lidar com as questões envolvidas no processo de morrer.

A metodologia utilizada nesse estudo é a revisão narrativa da literatura existente acerca do tema, com enfoque em autores mais relevantes no assunto e buscando trabalhos mais recentes por meio de bases de dados reconhecidamente científicas.

A fim de gerar melhor compreensão acerca do tema abordado, este trabalho se inicia estabelecendo a perspectiva sociocultural acerca da finitude dentro de um contexto histórico, em seguida aborda a finitude dentro do ambiente hospitalar, com enfoque nos cuidados paliativos e, por último, os aspectos psicossociais relacionados a percepção dos profissionais de saúde neste contexto de cuidados. Por fim, são sugeridas propostas de intervenção a partir das informações obtidas ao longo deste estudo, com o intuito de contribuir a partir da psicologia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca do tema da finitude da vida e como esta percepção influencia na sua atuação nos cuidados paliativos.

2.2 Objetivos Específicos

- Abordar o sentido atribuído à morte e o morrer no imaginário social de acordo com o desenvolvimento da sociedade.
- Analisar o contexto dos cuidados paliativos e entender os seus princípios e formas de assistência, bem como os seus agentes.
- Caracterizar os aspectos psicossociais envolvidos na percepção dos profissionais de saúde a respeito da finitude e os impactos em sua atuação nos cuidados paliativos.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de levantar embasamento teórico para o desenvolvimento do trabalho. A pesquisa bibliográfica é um meio de pesquisa que se utiliza de formas de informações bibliográficas ou eletrônicas, já publicadas, para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores, a fim de colaborar com o objetivo de uma determinada pesquisa. Faz-se necessário a pesquisa bibliográfica para obter o embasamento teórico e a revisão bibliográfica sobre o tema abordado. Para o presente trabalho foi realizada a revisão narrativa da literatura, buscando compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca do tema da finitude da vida e como esta percepção influencia na sua atuação com pacientes nos cuidados paliativos, de acordo com os artigos, livros, teses e demais trabalhos relacionados encontrados. Na revisão narrativa utilizam-se publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto sob o ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007).

As bases de dados utilizadas foram Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), livros, artigos e demais trabalhos relacionados ao tema. Os descritores utilizados foram: morte, finitude da vida, tanatologia, luto, cuidados paliativos, profissionais de saúde.

Após a revisão bibliográfica houve o destaque de três importantes autores para o presente tema, são eles: Maria Júlia Kóvacs, com o desenvolvimento da tanatologia intensificado, ela buscou a conscientização sobre a morte com objetivo de minimizar o sofrimento dos indivíduos (KÓVACS, 2002); Elisabeth Küller-Ross, usou de suas experiências com pacientes terminais e escreveu muitas obras acerca do tema da morte. Por exemplo, a obra *Sobre a morte o morrer*, publicada em 1969, que relata e analisa os estágios que uma pessoa em situação de luto passa (KÜBLER-ROSS, 1969); Philippe Ariès, buscou demonstrar em seus estudos sobre a morte as alterações que lhe foram acrescentadas desde a Idade Média até os dias atuais, onde a morte é interdita, ou seja, ocorre a negação total de uma parte da sociedade (ARIÈS, 1977).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A morte através da história e o processo de luto

Parte do processo vital do ser humano, tal como o nascer, a morte se estabelece como um fato natural do ponto de vista biológico. No entanto, o ser humano não se caracteriza apenas por seus aspectos biológicos, mas também e principalmente, por seu simbolismo, pela atribuição de sentido e significado às coisas. Portanto, o homem atribui um significado também à morte, não sendo somente vista como um processo biológico, sendo que este significado varia ao longo do tempo e das diferentes culturas (COMBINATO & QUEIROZ, 2006). As visões e os significados atribuídos à morte se dão na interação de diversos fatores predeterminantes, sendo eles culturais, históricos, religiosos, éticos e psicológicos, o que torna a compreensão de morte e do morrer ainda mais complexa. Assim sendo, o enfrentamento da morte sofre a influência direta da forma como esta é encarada (ARAÚJO, 2008).

Durante muito tempo ao longo da Idade Média, o morrer era visto com naturalidade e a morte fazia parte do ambiente doméstico e social. De acordo com Ariès (1977), a morte era uma cerimônia pública e organizada pelo próprio agonizante, onde familiares, amigos e vizinhos se faziam presentes e levavam também as crianças, além da existência de rituais que eram aceitos e cumpridos com simplicidade e sem caráter dramático. Assim, durante séculos a morte era admitida com naturalidade, sem buscar retardar a sua chegada, mas preparando-se antecipadamente para o momento. Opondo-se a essa atitude de familiarização com o fim da vida, o homem ocidental moderno passa a encarar a morte como um sinônimo de fracasso, buscando vencê-la a qualquer custo e negando-a quando esta passa a ser inevitável.

A antiga atitude segundo a qual a morte é ao mesmo tempo familiar e próxima, por um lado, e atenuada e indiferente, por outro, opõe-se acentuadamente à nossa, segundo a qual a morte amedronta a ponto de não mais ousarmos dizer seu nome. Por isso chamarei aqui esta morte familiar de morte domada. Não quero dizer com isso que anteriormente a morte tenha sido selvagem, e que tenha deixado de sê-lo. Pelo contrário, quero dizer que hoje ela se tornou selvagem. (ARIÈS, 1977, p. 40).

Essa mudança de atitude diante da finitude relaciona-se com o desenvolvimento do capitalismo. A partir do século XVIII, o corpo humano passou a ser visto como um instrumento de produção, uma máquina em funcionamento, onde o adoecimento torna-se uma inabilidade de produzir, o mau funcionamento da máquina. Com a revolução higienista, a partir do século XIX, a convivência entre vivos e mortos passou a ser sinônimo de perigo, contaminação e doença. A morte, que antes acontecia em casa, é transferida para os hospitais, que proporcionam o devido cuidado. O hospital que antes era um lugar de abrigo passa a ser um local de busca pela cura e luta contra a morte. Assim, a morte passa a representar fracasso e impotência, devendo ser ocultada (KOVÁCS, 1992). Inicia-se uma postura de negação da morte. Os ritos se tornam mais discretos, o luto passa a ser solitário e menos aparente. Busca-se não exteriorizar as manifestações das emoções e sentimentos relacionados à perda. O sofrimento em público é evitado e o luto torna-se privatizado. Assim, a morte é convertida em tabu na sociedade moderna (ARIÈS, 1977).

A morte é um fenômeno irrepresentável, haja vista que a própria morte não pode ser vivida de maneira concreta. Sendo assim, só pode ser experienciada em vida através da perda do outro, seja essa perda simbólica ou concreta. É a morte como perda. A morte do outro é uma possibilidade de experiência da morte que não é a nossa, mas que é vivida como se uma parte nossa morresse, a parte que está ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos. A morte como perda trata-se de um vínculo que se rompe de forma irreversível. Esta representação de morte envolve duas pessoas: a pessoa que é “perdida” e a pessoa que lamenta a sua falta (KOVÁCS, 1992, p. 149-150). De acordo com Kovács (1992):

A morte como perda supõe um sentimento, uma pessoa e um tempo. É a morte que envolve basicamente, a relação entre pessoas. Se ocorre de maneira brusca e inesperada tem uma potencialidade de desorganização, paralisação e impotência. [...] Embora saibamos racionalmente que a morte

é inevitável, este saber nem sempre está presente, fazendo surgir o paradoxo da morte (in)esperada. (KOVÁCS 1992, p. 150).

A perda do outro causa uma profunda desorganização, uma vez que a realidade da finitude afeta estruturas de significado e provoca uma série de reações em busca de reestabelecer a organização dessa estrutura. Nesta série de reações se dá o luto, que é considerado uma profunda transição existencial. (Parkes, 1987 apud Kovács, 2008). Para que o processo de luto se desenvolva, ou seja, a elaboração dessa perda, é fundamental que haja a expressão dos sentimentos evocados pela perda, que como visto anteriormente, teve suas manifestações suprimidas ao longo do tempo, no decorrer do desenvolvimento da sociedade moderna.

O processo de luto é definido como um conjunto de reações diante de uma perda. Elisabeth Kübler-Ross (1969), psiquiatra referência no assunto, propôs um modelo de compreensão do processo de luto em cinco estágios: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação.

O primeiro estágio, chamado de negação e isolamento, trata-se de uma recusa da situação real. É um mecanismo de defesa temporário, logo substituído por uma aceitação parcial e embora seja considerado o primeiro estágio, pode aparecer novamente ao longo do processo. No segundo estágio, da raiva, surge a revolta sentida pela pessoa enlutada, podendo por vezes apresentar um comportamento agressivo. Neste momento, é comum que se procure culpados e questionamentos como “Por que ele?” e/ou “Por que não outra pessoa?” costumam surgir. Na barganha, o terceiro estágio, há uma tentativa de negociação, geralmente com Deus ou outras entidades espirituais e até consigo mesmo, para reaver aquilo que foi perdido ou para aliviar a dor da perda. Pensamentos como “se eu fizer tal coisa, talvez possa reverter essa situação” rondam a mente da pessoa enlutada e mesmo que ela saiba da impossibilidade desses acordos, encontra neles uma maneira de se consolar (KÜBLER-ROSS, 1969).

Ainda de acordo com Kübler-Ross (1969) o quarto estágio, a depressão, é classificada em dois tipos: a reativa e a preparatória. São de naturezas diferentes e devem ser tratadas de formas distintas. Na depressão reativa ocorre a vivência de outras perdas além da perda por morte, como a perda de papéis no âmbito familiar ou uma perda financeira, entre outras. A depressão preparatória é o momento mais

próximo da aceitação, que é mais silencioso e não requer muitas palavras. Nesse momento, a pessoa repensa suas experiências de vida e decisões. Experimenta-se a dor e o vazio da perda, uma profunda tristeza e crises de saudade. Pode ser importante o acompanhamento profissional nessa fase, a fim de prevenir o desenvolvimento de quadro de transtorno depressivo. Por fim, a aceitação, o último estágio do processo de luto. Neste, as pessoas se encontram mais serenas frente ao fato da morte. É o momento onde conseguem expressar melhor seus sentimentos em relação a perda e conviver pacificamente com ela. Pessoas que são encorajadas a extravasar sua raiva, chorar sua dor e comunicar seus temores e fantasias durante as fases anteriores são as que melhor alcançam a aceitação.

Esses cinco estágios ou fases são vivenciadas por toda pessoa enlutada, nem sempre linearmente e de modo singular, variando de acordo com a competência emocional e história de vida de cada indivíduo. Não há regras para a vivência deste conjunto de reações que levam a efetivação do luto e, embora seja uma experiência dolorosa, é necessária para que a pessoa retome seu contato saudável com o mundo após passar por uma perda significativa. (KÜBLER-ROSS, 1969)

De acordo com Bowlby (1985 apud Kovács 1992, p. 151-157), existem alguns aspectos que são relevantes para a elaboração saudável ou não do luto e que podem talvez facilitar a evolução de um quadro patológico, sendo estes: a relação com a pessoa que foi perdida (pai, filho, cônjuge, etc); a idade e o sexo do enlutado; as causas e circunstâncias da perda; as circunstâncias sociais e psicológicas do enlutado, na época e após a perda; a personalidade do enlutado, especialmente seus recursos psíquicos para elaboração da perda.

O luto complicado ou patológico é aquele em que há a persistência dos problemas emocionais, cognitivos e psíquicos mesmo após a passagem do tempo considerado pela literatura como satisfatório para a resolução do processo de luto, que seria de seis meses a dois anos. No luto patológico, este processo é prolongado e gera sobrecarga ao indivíduo, sem progressão para a resolução (OLIVEIRA, 2012, p. 26). Outra manifestação deste processo é conhecida como luto antecipatório. Este é vivenciado, por exemplo, quando se recebe o diagnóstico de uma doença crônica ou terminal, quando há uma ameaça progressiva de perda, na iminência de morte. É o luto vivenciado pelo paciente e seus familiares entre o diagnóstico e a morte

propriamente dita. Pode ser entendido ainda como o tipo de luto que acontece anterior a perda concreta, mas que possui as mesmas características e sintomas das primeiras fases do luto normal (RANDO, 1986; WORDEN, 1998 apud FLACH et al. 2012, p. 89).

Pensar o fim da vida torna-se um gerador de angústia, a medida em que ao pensar o tema, as pessoas recordam-se da própria finitude. Segundo Kübler-Ross (1969), a morte não é vista como algo natural, inerente à vida, mas como algo medonho, um acidente e por isto, estaria associada ao medo, o que explica a tendência a ignorar a morte como realidade. Ao negar a morte como realidade, também as pessoas negam a si mesmas a possibilidade de conviver com ela de forma natural – o que ocasiona grande sofrimento emocional – e negam ao outro o direito de vivenciá-la com dignidade.

4.2 A morte no contexto hospitalar e os cuidados paliativos

Conforme exposto por Chiba (2008, p. 46), com o avanço da medicina e o aumento da expectativa de vida, o evento morte deixou de ser um “episódio” e se tornou um “processo”, haja vista que agora as populações são acometidas muito mais por doenças eminentemente crônicas e de lenta evolução, ocasionando o prolongamento de vida.

Com o advento do “processo de morrer”, os profissionais da saúde perceberam que mesmo não havendo cura em alguns casos, existe a possibilidade de oferecer um cuidado com ênfase na qualidade de vida neste processo, por meio de uma assistência interdisciplinar – os Cuidados Paliativos. Estes possuem uma interface denominada de intrínseca, que define os profissionais que fazem parte da equipe e que trabalham na atenção de pacientes e familiares, oferecendo um atendimento que inclua todas as dimensões do indivíduo (Chiba, 2008, p. 46-50). São designados médico, enfermeiro, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional para controlar os sintomas do corpo; psicólogo para o controle dos sintomas da mente; assistente social para o cuidado das demandas sociais e sacerdotes das diferentes crenças religiosas, de acordo com a crença professada pelo paciente, para o cuidado espiritual, além de nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico, dentista e outros que podem ser solicitados

para compor a equipe, a depender da evolução clínica de cada caso (TAQUEMORI, SERA, p. 55-57).

O Cuidado Paliativo é uma prática inspirada no movimento Hospice. Hospices eram instituições de caridade disseminadas pelo cristianismo na Europa. Tratava-se de hospedarias que recebiam e cuidavam de peregrinos e abrigavam pobres, órfãos e doentes e que passaram a ter características de hospitais a partir do século XIX (CREMESP, 2008). Em 1967, a inglesa Cicely Saunders funda o “St. Christopher’s Hospice”, introduzindo o Movimento Hospice Moderno. Saunders, que possuía formação humanista e mais tarde se tornou médica, desenvolveu nessa estrutura não apenas a assistência aos doentes, mas também o ensino e a pesquisa, que passou a ser disseminado por profissionais de outros países que passavam por períodos de experiência no St. Christopher’s Hospice e levavam a prática para seus países de origem (ANCP, 2012, p. 24).

Com o avanço da sociedade moderna, é possível perceber o alcance da longevidade da população, assim como o aumento da prevalência de doenças, como câncer e outras doenças crônicas (MATSUMOTO et al. 2012, p. 23). O avanço tecnológico permitiu que essa longevidade fosse alcançada com as diversas possibilidades de terapêutica de cura. Apesar disso, a morte permanece como uma certeza ameaçadora a esse ideal de cura obstinadamente pretendido pelos profissionais de saúde (MATSUMOTO et al. 2012, p. 23). Na incessante busca pela cura e preservação da vida, é comum o uso de alta tecnologia e métodos invasivos, sem que seja feita uma reflexão a respeito da real necessidade dessas abordagens terapêuticas, tendo em vista a real possibilidade de cura que elas podem ou não oferecer e ignorando muitas vezes o sofrimento, sendo ineficiente em tratar a dor (PARANHOS, 2016).

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012):

Os pacientes “fora de possibilidade de cura” acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor.

De acordo com Arantes (2016, p. 45), os profissionais de saúde, em especial os médicos, são treinados a trabalhar pela cura e se sentem frustrados diante da impossibilidade de alcançá-la. Por isso, profissionais de saúde utilizam-se de todos os recursos possíveis para atingir a cura de uma doença, muitas vezes levando os pacientes a um sofrimento ainda maior ao desconsiderar as várias dimensões do sofrimento vivido por estes.

Ao se basear no princípio ético da autonomia do paciente, os Cuidados Paliativos oferecem um cuidado que visa à qualidade de vida e manutenção da dignidade humana. “Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares”. (OMS, 1990 p.11)

Em 2002, a OMS (p. 83) revisa a definição de Cuidados Paliativos e estabelece que estes “consistem na assistência, promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos, com base em conhecimentos de diversas áreas e especialidades clínicas, a OMS publicou em 1986 - e revisou em 2002 – os princípios claros que regem a atuação da equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos, sendo o primeiro deles promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis. É necessária uma visão ampla do sofrimento do paciente e ter conhecimento específico para levar em consideração todos os fatores que podem contribuir para os sintomas, como aspectos psicossociais e espirituais, prescrever medicamentos e fazer uso de abordagens não farmacológicas. O segundo princípio trata de afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida. Nos Cuidados Paliativos, enfatiza-se a vida que ainda pode ser vivida diante de uma doença que ameace a continuidade da vida e entende-se a morte como um processo natural e esperado. Isto leva para o terceiro princípio, que consiste em não acelerar

nem adiar a morte. Ao contrário do que equivocadamente se entende, Cuidado Paliativo não está ligado a eutanásia. O que se busca é, através de um diagnóstico objetivo, conhecimento do histórico da doença, acompanhamento ativo e uma relação empática com o paciente e seus familiares, encontrar formas de intervenção que não causem sofrimento desnecessário ao paciente.

O quarto princípio refere-se a integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente. De acordo com Kübler-Ross (1969), o processo de adoecimento e morte obriga pacientes e familiares a lidarem com uma série de perdas com as quais não estão preparados. Conforme o Manual de Cuidados Paliativos (2012), as perdas da autonomia, capacidade física, segurança, da autoimagem, do respeito, além das perdas concretas e materiais, como a perda de emprego e *status* social podem gerar angústia, depressão e desesperança, o que interfere de forma objetiva na evolução da doença, na intensidade e na frequência dos sintomas, podendo causar maior dificuldade de controle. Nesse sentido, a psicologia se faz fundamental entre as disciplinas de cuidados na abordagem desses aspectos, uma vez que esta disciplina trabalha, entre tantos outros aspectos humanos e sociais, a singularidade e subjetividade e a significação dos indivíduos diante de suas vivências. Aqui faz-se necessário levar em conta também a dimensão espiritual do paciente e seus familiares, haja vista que “a espiritualidade diz respeito à busca do ser humano por um sentido e significado transcendente da vida” (BERTACHINI E PESSINI, 2010, p. 320). Este aspecto da transcendência e do sentido da vida deve ser abordado com o devido preparo nos cuidados paliativos, uma vez que fazem parte da singularidade do paciente em sofrimento.

O quinto princípio fala de oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte. A sobrevivência a “qualquer custo” é combatida nos Cuidados Paliativos. O papel da equipe multiprofissional é ser um facilitador na resolução de problemas que impossibilitam o paciente de viver ativamente o tempo que lhe resta. Isso nos leva ao sexto princípio: oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto. O núcleo familiar do paciente adocece com ele. Seja sua família biológica ou a adquirida, essas pessoas sofrem junto ao paciente e devem ser acolhidas em seu sofrimento, podendo também ser grandes colaboradoras no cuidado, uma vez que conhecem melhor que ninguém o paciente. Para tal, o sétimo

princípio rege a abordagem multiprofissional para focar as necessidades, dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto. É preciso observar todas as dimensões do paciente para elaborar a melhor e mais eficaz abordagem de intervenção, incluindo também a família em um processo de luto. A multiplicidade de perspectivas da equipe multiprofissional permite abranger melhor todas as dimensões (OMS, 2002).

Como oitavo princípio, melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença. Uma abordagem holística do paciente, com respeito a sua autonomia, é capaz de melhorar a experiência do paciente no curso da doença. Para isto o último princípio alerta que esse cuidado deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes. De acordo com a própria OMS, os Cuidados Paliativos devem iniciar-se desde o diagnóstico da doença. Uma boa avaliação se faz indispensável na elaboração de um plano integral de cuidados, adaptado a cada caso e fase de evolução, e a abordagem precoce permite a prevenção de complicações. (MATSUMOTO et al. 2012, p. 23)

Extremamente importante no tratamento paliativo é a comunicação, verbal e não verbal, pois pode trazer sensação de conforto, proteção, consolo e paz interior. A comunicação verbal permite ao paciente e familiares desabafarem medos e angústias, e aos profissionais permite prestar esclarecimentos e formar vínculos. A linguagem não verbal pode ser expressa de diferentes formas, como o silêncio, o olhar, os gestos, o toque e nas medidas de conforto (Andrade; Costa; Lopes, 2013 apud Paranhos, 2016, p. 9). É fundamental orientar o paciente e a família, sem coagir, sempre mostrando os benefícios e desvantagens do tratamento, de forma clara e compreensível. O objetivo principal do cuidado paliativo é proporcionar dignidade e ausência de dor no momento da morte. É importante lembrar que o paciente em processo de finitude precisa ter autonomia, ter sua vontade respeitada e a relação com a equipe deve ser valorizada e fortalecida. A relação de trabalho entre a equipe também influencia de maneira decisiva na assistência prestada (CARDOSO et al 2013; RODRIGUES; ZAGO, 2012 apud PARANHOS; REZENDE 2016).

De acordo com Taquemori e Sera (2008, p. 55), o cuidado paliativo é um conjunto de serviços multiprofissionais com o objetivo de controlar os sintomas do

corpo, da mente, do espírito e do social que afetam o indivíduo quando a morte se aproxima. Esse cuidado se prolonga após a morte por meio do atendimento ao luto dos familiares, que compartilham do sentimento do paciente.

Kübler-Ross (1969, p. 12) explicita que, quase sempre, quando um paciente está gravemente doente, é tratado como alguém sem direito de opinar e de ser ouvido, sem sentimentos, desejos e opiniões, o que desumaniza o paciente, tornando seu sofrimento ainda maior emocionalmente. Nesta perspectiva, o cuidado paliativo surge como uma alternativa de cuidado com uma abordagem mais humanizada, valorizando a multiplicidade de técnicas de cuidado.

Como já mencionado acima, a morte deixou de ser vista com tanta naturalidade na sociedade ocidental contemporânea, passando a ser uma morte isolada no ambiente hospitalar, assistida por profissionais de saúde (Kovács, 1992). Neste sentido, fica cada vez mais explícito a importância de compreender a perspectiva destes profissionais que prestam os cuidados paliativos e a influência de suas percepções pessoais acerca da finitude na assistência oferecida nesta modalidade de cuidado.

4.3 Aspectos biopsicossociais na percepção de profissionais de cuidados em saúde sobre a morte

Os profissionais de saúde são frequentemente expostos a realidade da finitude, uma vez que o cuidado com pessoas em processo de adoecimento e morte faz parte da sua prática. Nesse sentido, é de grande relevância compreender como estes profissionais percebem e compreendem a morte.

Borges e Mendes (2012) trazem uma análise a respeito das representações sociais sobre a morte e o processo de morrer na perspectiva de profissionais de saúde. De acordo com esta análise, essa representação é construída a partir do modelo de formação profissional e nas referências individuais acerca da morte. Explicitam que, ao longo da graduação em saúde, são raras as oportunidades de reflexão a respeito da perda de pacientes e o impacto disso na vida profissional e pessoal. Em contrapartida, estes profissionais são treinados para prevenir, curar e

salvar vidas, valorizando uma forma mais tecnicista de “cuidado”. Como consequência, os profissionais pouco reconhecem suas reações emocionais e sentimentos diante do processo de adoecimento e morte, bem como os de seus pacientes e familiares, favorecendo assim um sentimento de fracasso diante da perda de pacientes e o adoecimento ocupacional. Ao lidar diariamente com a morte e o morrer, o profissional de saúde se vê diante da realidade da sua própria finitude, além do fato de que esse profissional possui as mesmas crenças, medos e dúvidas da população em geral (VICENSI, 2016).

Em estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa realizado por Cunha et al. (2021), que contou com a participação de 34 profissionais de saúde atuantes em contexto hospitalar no cuidado à pessoa com câncer, buscou-se compreender os significados atribuídos à morte na perspectiva de profissionais da saúde da área de oncologia. De acordo com os resultados do estudo, as crenças individuais dos profissionais possuem importante papel na atribuição de sentido/significado à morte de seus pacientes, no enfrentamento desta perda e até mesmo na forma como se oferece o cuidado. A visão de que a morte seria o alívio da dor/sofrimento do paciente aparece como uma forma de proteção desses profissionais do sofrimento psíquico causado pela perda do paciente e o sentimento de fracasso pelas possibilidades terapêuticas de cura exauridas. Os profissionais entrevistados relatam também sentimento de tristeza, impotência, frustração e compaixão diante da morte de seus pacientes e afirmam que pacientes com maior vínculo estabelecido e pacientes jovens e/ou crianças causam maior mobilização e intensificam os sentimentos mencionados.

Constatou-se a partir dos relatos que, como um mecanismo de enfrentamento desses sentimentos, alguns profissionais procuram manter um distanciamento e não se envolvem afetivamente, exercendo uma relação estritamente profissional com os pacientes. Os profissionais atribuem como um obstáculo diante da morte do paciente a carência de suporte psicológico e a falta de acolhimento ao profissional, qualificando como raros os momentos de escuta. Ainda de acordo com o referido estudo, os médicos entrevistados apontam para a falta de preparação para comunicar notícias difíceis e oferecer suporte ao paciente e seus familiares e reconhecem a importância da equipe multiprofissional para oferecer esse suporte. A maioria dos profissionais entrevistados que possuem especialização na área da oncologia atribuem como um

obstáculo na oferta do cuidado a falta de capacitação a respeito de assuntos voltados à finitude e cuidados paliativos (CUNHA et al., 2021).

Cunha et al. (2021, p. 5) elucidam a necessidade de que a comunicação de más notícias figure como uma disciplina fundamental na formação desses profissionais, bem como a necessidade de uma atenção das instituições de saúde a esses profissionais. De acordo com os autores, é perceptível a importância de uma cultura institucional que seja capaz de valorizar a saúde física e mental dos profissionais, através de rodas de conversa, educação permanente e serviços de psicologia, oferta de canais de discussões e outras estratégias para acolher e oferecer cuidado às equipes que lidam com o sofrimento do paciente e seus familiares diariamente.

Outro estudo qualitativo realizado por Paranhos (2016) com profissionais de saúde que assistem pacientes em cuidados paliativos em um hospital do Rio Grande do Sul, constatou que há um desconhecimento dos profissionais quanto ao objetivo dos cuidados paliativos e esse desconhecimento favorece o sentimento de impotência desses profissionais. Segundo Hui et al (2018 apud Cunha et al, 2021, p. 5), os profissionais que são formados e sensibilizados para prestar assistência em cuidados paliativos costumam apresentar resultados melhores, como o controle de sintomas físicos, a atenção a sofrimentos psicossociais e o desenvolvimento de habilidades específicas para o cuidado no fim da vida. Os problemas que surgem na convivência diária com pacientes, familiares e outros profissionais contribuem para a manifestação de situações de estresse e sentimentos de impotência, frustração e revolta (Kovács, p. 92).

De acordo com Oliveira (2012 apud Silva, 2009), os profissionais que lidam com pacientes graves experimentam uma extrema angústia ao perceberem que estão diante de seres humanos como eles, da precariedade da existência que faz lembrar que eles também são mortais. Estar diante de pessoas imobilizadas, conectadas a aparelhos, emocionalmente fragilizadas, por vezes inconscientes e em situações constrangedoras despertam essa angústia.

De acordo com Kovács (1992 apud Kovács 2008), se a morte é vista como fracasso, o trabalho da equipe pode ser percebido como frustrante, desmotivador e sem significado. A situação de não conseguir evitar a morte ou aliviar completamente

o sofrimento pode trazer ao profissional a realização de sua própria finitude, o que pode ser extremamente doloroso.

As equipes profissionais apresentam a queixa da falta de rede de apoio e suporte institucional para trabalhar as demandas que surgem diante da convivência com a finitude em sua atividade laboral (NASSER et al, 2020). Borges e Mendes (2012) afirmam que o tabu social da morte, ligado ao modelo de formação profissional, constitui uma barreira na prática de um cuidado humanizado, uma vez que a morte não assume um sentido no fazer profissional. O estudo realizado pelos autores aponta também que a filosofia paliativista favorece o amadurecimento profissional e resulta em gratificação no cuidado, minimizando o sofrimento do profissional de saúde diante da morte.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, pode-se perceber que defrontar-se com a realidade da finitude da vida em sua atividade laboral desperta no profissional de saúde a consciência de sua própria finitude, acarretando na angústia diante da possibilidade da própria morte e sentimentos de fracasso diante da impossibilidade de evitar a morte do outro. Portanto, podendo acarretar assim, um sofrimento para estes profissionais e afetando em algum nível o cuidado oferecido por eles em seu contexto de trabalho, uma vez que as formas como estes profissionais, individualmente, compreendem o processo de morrer e vivenciam esse processo junto a seus pacientes e familiares, além da própria equipe interdisciplinar, contribuem para o sentido que os mesmos atribuem à sua prática e ao cuidado oferecido.

Segundo Silva (2009), diante de condições que atualizam a angústia, os profissionais de saúde buscam se tranquilizar através de mecanismos de defesa que vão desde a negação até o ativismo exagerado das funções técnicas, comportamentos evasivos, onipotentes ou irados. No entanto, todas essas tentativas de trazer tranquilidade não acabam com o sofrimento. Martins (1991) aponta que a própria escolha de carreira destes profissionais pode estar ligada a uma motivação inconsciente de proteger a si mesmo e a sua família do sofrimento da morte. De acordo com Silva (2009), vários estudos realizados por diferentes pesquisadores com profissionais da área de saúde revelam uma possível relação entre a inquietação a

respeito da morte e a escolha da profissão, o que ilustra a busca social por “dominar” a morte.

Outro fator, explicitado por Arantes (2019), é que a compreensão dos profissionais acerca dos princípios paliativistas de cuidado contribui para uma assistência mais humanizada e satisfatória, tanto para pacientes e familiares, quanto para as equipes de saúde. Fica claro que possibilitar dignidade e qualidade de vida durante o processo de morte passa pelo sentido particular que estes profissionais atribuem a esse momento.

“Para estar ao lado de alguém que está morrendo, precisamos saber como ajudar a pessoa a viver até o dia em que a morte dela chegar. Apesar de muitos escolherem viver de um jeito morto, todos têm direito de morrer vivos” (ARANTES, 2019, p. 103).

Contudo, pela relevância dos aspectos psicossociais envolvidos na percepção dos profissionais de saúde a respeito da finitude e os impactos decorrentes nos cuidados oferecidos, surge a importância da psicologia como área de conhecimento que trabalha estes aspectos nos mais variados contextos, além de se apresentar como uma das disciplinas integrantes da equipe de cuidados paliativos para contribuir com a formação de tais profissionais ou interdisciplinarmente intervir e sensibilizar equipes.

O processo de perda, apesar de passar por fases pré-estabelecidas, é um processo individual que deve ser bem elaborado para que não se desenvolva um processo patológico, que não alcança um desfecho. Por isso, é importante que este processo seja vivido completamente para que a vida possa ser ressignificada. (SANTOS; YAMAMOTO; CUSTÓDIO, 2018) Destaca-se aqui também a importância do psicólogo para auxiliar na vivência deste processo junto à família e até mesmo às equipes, afim de alcançar uma elaboração satisfatória.

O tabu da finitude se apresenta como um tema de grande importância na prática dos profissionais de saúde, uma vez que a morte e o luto surgem como demandas de trabalho no seu contexto de atuação. O cuidado diante da terminalidade é um tema de forte relevância para a psicologia, haja vista que esta é uma das especialidades na interdisciplinaridade do cuidado paliativo. Outro fator que confirma esta relevância é a atuação do psicólogo nas instituições de saúde como um facilitador na oferta de

espaços de apoio às equipes de saúde. Tanto no cuidado aos pacientes e familiares, quanto dos profissionais cuidadores, a psicologia se faz presente e necessária (KOVÁCS, 1992). Nesse sentido, compreendendo a percepção dos profissionais de saúde a respeito da finitude a partir dos aspectos psicossociais envolvidos nessa percepção, bem como os impactos acarretados ao cuidado oferecido, sugere-se que seja construída uma “rede de apoio” institucional, a partir de um serviço psicológico, a fim de oferecer um suporte emocional aos profissionais de saúde, por meio de rodas de conversa, psicoeducação continuada, entre outras estratégias de intervenção e cuidado à saúde do profissional atuante nos cuidados paliativos.

Entre os variados autores e estudos utilizados na realização deste trabalho, é possível constatar a necessidade de uma formação profissional em saúde capaz de abranger a temática da finitude da vida, além de disseminar e fortalecer um cuidado cada vez mais humanizado a pacientes sem possibilidade terapêutica de cura - que visem a sua qualidade de vida em fase final - e o apoio aos familiares e aos próprios profissionais de saúde no enfrentamento da morte e do luto. Portanto, faz-se necessário a implementação de uma educação para a morte nas grades curriculares dos mais variados cursos de formação profissional em saúde, a fim de preparar esses profissionais para lidarem de maneira mais eficaz com a realidade da finitude em sua atividade prática, uma vez que estes profissionais declaram não serem preparados para lidar com a impossibilidade da cura em sua formação.

Essas ações visam não somente benefícios aos profissionais, como também a melhoria da assistência prestada ao paciente e seus familiares e o fortalecimento na qualidade do cuidado, por meio do enfrentamento de um tema que hoje, erroneamente, é tratado como um tabu em nossa sociedade. Conforme Ana Cláudia Quintana Arantes (2019), médica paliativista amplamente reconhecida por seu trabalho, o melhor jeito de nos sentirmos seguros em relação aos cuidados e limites de intervenção no final da vida é conversando sobre isso em algum momento durante a nossa vida com saúde. Quando se está doente, essa conversa, embora necessária, fica bem mais delicada.

REFERÊNCIAS

ANCP. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos** . [S.l.]. ANPC, 2021. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao>. Acesso em: 20 jul. 2022.

ARAÚJO, L. T. D. **Reflexões sobre morte na perspectiva de psicólogos hospitalares**. Orientador: Morgana Queiroz.. 2008. 70 f. v. 1, TCC (Graduação) - Curso de psicologia, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – Faces, Brasília, 2008. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/185253058.pdf>

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente** (P. V. Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro: Ediouro. p. 31-40 1977 (Texto original publicado em 1975)

BALDISSERA, Ana E; BELLINI, LC; FERRER, ALM. **Perspectiva de profissionais de enfermagem sobre a morte na emergência**. Rev enferm UFPE online, Recife, 12(5):1317-24, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980629>

BERTACHINI, L.; PESSINI, L. **A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos**. Revista Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 315-322, jun./2010. Disponível em: <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/78/Art08.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BORGES, M. S.; MENDES, N.. **Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília: Março, ed. 65, ano 2012, p. 324-331, 26 mar. 2012. Mensal. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zbxkw6n6zcYMBYNb489H5Gv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

CHIBA, T. *et al.* **Cuidado Paliativo: Relação dos Cuidados Paliativos com as Diferentes Profissões da Área da Saúde e Especialidades**. 1 ed. São Paulo: CREMESP, 2008. 46-50 p. ISBN: 978-85-89656-15-3. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=46. Acesso em: 15 set. 2022.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. D. S. **Morte: uma visão psicossocial**. 2006. 209-215 f. v. 11, Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Paranaíba , 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>. Acesso em: 19 jun. 2022.

CUNHA, J. H. S. *et al.* **Significados atribuídos à morte segundo a perspectiva de profissionais de saúde da área de oncologia**. Revista Enfermagem Rio de Janeiro, Janeiro , ed. 29, ano 2021, p. 1-7, 1 dez. 2021. Mensal. Disponível em: <https://www.e>

publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/52717. Acesso em: 12 ago. 2022.

FERREIRA, R. A; Lira, N. P. M; SIQUEIRA, A. L. N; QUEIROZ, E. **Percepções de psicólogos da saúde em relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes diante da morte.** Revista Psicologia: Teoria e Prática. 2013; 15(1):65-75. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193826310007.pdf>

FLACH, Katherine *et al.* **O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência.** SBPH, Rio de Janeiro: jan/jun, ed. 15, ano 2012, n. 1, p. 84-100, 1 jun. 2012. Mensal. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100006&lng=pt&nrm=iso

KOVÁCS, M. J. *et al.* **Morte e desenvolvimento humano.** 953. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, 1992, p. 40-45 ISBN: 85-85141-21-2.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação Para a Morte Temas E Reflexões.** 1 ed. São Paulo: Casa do psicólogo, v. 1, 2003. p. 77-165. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Kqp1awQ>

KOVÁCS, Maria Julia. **Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer.** Paidéia - Ribeirão Preto. 2008, v. 18, n. 4, p. 457-468. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004>.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer.** 10. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes Ltda., 2017. p. 6,43-142.

MATSUMOTO, D. Y. *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios.** 2. ed. São Paulo: Solo, v. 1, 2012. 23-30 p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf#page=23>. Acesso em: 13 jun. 2022.

NASSER, S. N. *et al.* **O impacto da morte em profissionais da saúde em contexto hospitalar.** Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 58-66, jan. 2021. ISSN 2447-1798. Disponível em: <https://www.revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/281>

OLIVEIRA, R. X. D. **O luto patológico: A Terapia Cognitiva e o Tratamento do Luto Patológico.** Orientador: Vânia Lúcia de Moraes. 2012. 45 f. v. 1, TCC (Especialização) - Curso de psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: Repositório Institucional da UFMG: O luto patológico: a terapia cognitiva e o tratamento do luto patológico

PARANHOS, T. **Cuidados paliativos sob a perspectiva dos profissionais da saúde.** Orientador: Maristela Soares de Rezende. 2016. 3-8 f. v. 1, TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em:

<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1352/1/Tatiana%20Paranhos.pdf>.
acesso em: 14 set. 2022.

REZENDE, L.C.S.; GOMES, C.S.; MACHADO, M.E.C. **A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos**. Revista Psicologia e Saúde, [S. l.], v. 6, n. 1, 2014. DOI: 10.20435/pssa.v6i1.321. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/321>. Acesso em: 20 out. 2022.

SANTOS, R.C.S.; YAMAMOTO, Y.M.; CUSTÓDIO, L.M.G. (2017). **Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório**. Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?aspectos-teoricos-sobre-o-processo-de-luto-e-a-vivencia-do-luto-antecipatorio&codigo=A1161. Acesso em: 05 out. 2022.

SILVA, L. C. **O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer**. Psicol. Am. Lat., México, n. 16, jun. 2009 Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007&lng=pt&nrm=iso

VICENSI, M. C. **Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional**. Revista Biot, Santa Catarina, Fevereiro, ed. 24, ano 2016, p. 64-72, 19 fev. 2016. Mensal. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ydFpPTkNrgW7fY4djHrLXXk/?for>. Acesso em: 18 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee - meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>. Acesso em: 17 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2002. **National cancer control programmes : policies and managerial guidelines**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso em: 17 jul. 2022.

ZONTA, B. M.; FERREIRA, D. C.; SBORZ, G.; SANTOS, I. M.; OLIVEIRA, J. P.; SEBOLD, L. S. & HUNTERMANN, R. (2022). **Tanatologia: uma revisão bibliográfica**. Revista foco, 15(2), e379. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v15n2-025>