



## Concepções Sobre A Morte E Suas Implicações Na Prática Dos Cuidados Paliativos<sup>1</sup>

Aryane Leinne Oliveira Matioli<sup>2</sup> , Paulo José da Costa<sup>3</sup> 

*Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná*

**Resumo:** O presente artigo versa sobre a morte sob o ponto de vista dos profissionais, no contexto da prática dos Cuidados Paliativos, em ambiente hospitalar. Tem como objetivo compreender psicanaliticamente quais as concepções que os profissionais de saúde têm em relação à morte e suas implicações na prática dos Cuidados Paliativos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito profissionais da equipe interdisciplinar, que atuam na área hospitalar e assistem pacientes diagnosticados com doenças que ameaçam a continuidade da vida e/ou que vivenciam a terminalidade. O método adotado foi o de análise de conteúdo, com base no qual foi possível a construção de categorias e a atribuição de sentidos subjacentes às falas dos entrevistados, tendo como suporte a teoria psicanalítica. Constatamos que os profissionais utilizam estratégias defensivas para lidar com a morte em seu ambiente de trabalho. Contudo, embora por vezes possam dificultar o trabalho, tais estratégias são favorecedoras quando há compreensão e realização efetiva dos Cuidados Paliativos. Assim, a morte pode ocorrer de forma humanizada, com dignidade, o que tranquiliza os membros da equipe de saúde e lhes permite uma atuação mais efetiva.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos, morte, profissionais da saúde, psicanálise.

## Conceptions On Death And Their Palliative Care Practice Implications

**Abstract:** This research study deals with the conceptions of death in the context of the Palliative Care practice in the hospital environment. Health professionals, who work with patients in end-of-life care and their relatives, reproduce the attempt to avoid and deny death and that fact directly influences the form that the patient and his or her family go through this delicate moment. This research aims at comprehending psychoanalytically which are the conceptions that health professionals have about death and their implications for the palliative care practice. In order to reach this purpose, semi-structured interviews were carried out with eight professionals from the interdisciplinary team that work in the hospital environment and assist patients with diseases that threaten the continuity of life and/or go through terminality. The research method was the content analysis and data interpretation and analysis were taken in a psychoanalytic theoretical perspective. It was verified that professionals use defensive strategies to deal with death in their workplace, however, when there is understanding and application of Palliative Care, death takes a humanized form, with dignity, which calm down the health team members.

**Keywords:** Palliative care, death, health professionals, psychoanalysis.

---

<sup>1</sup> Artigo derivado da dissertação de Mestrado intitulada “As Concepções Sobre a Morte e suas Implicações na Prática dos Cuidados Paliativos: Um estudo psicanalítico”, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá pela primeira autora e orientada pelo segundo autor.

<sup>2</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil. *E-mail:* aryane.matioli@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil. *E-mail:* pjcosta@uem.br.

## INTRODUÇÃO

A escolha pelo presente tema resultou da prática em psicologia no ambiente hospitalar da primeira autora, com base em seu contato com situações nas quais se evidenciavam certas dificuldades dos profissionais de saúde, de diferentes especialidades e distintos setores do hospital, ao enfrentarem situações que envolviam a morte. Em função dessas experiências, progressivamente se configurou uma dúvida acerca de como seriam tais dificuldades no contexto da ocorrência da morte e do morrer durante a prática profissional, particularmente quando as pessoas em fim de vida necessitavam de Cuidados Paliativos. Do processamento dessas experiências originou-se um anseio pessoal de aprofundar os conhecimentos sobre a morte e o morrer na especificidade dos Cuidados Paliativos, visando compreender essa problemática. Assim, o que era um desejo pessoal se transformou em um projeto de pesquisa, que desenvolvemos conjuntamente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, cujos resultados são aqui apresentados.

Desse modo, o presente artigo aborda a morte no contexto da prática em saúde no ambiente hospitalar, especificamente no que tange aos Cuidados Paliativos com pessoas em fim de vida, ação em saúde que, de modo geral, não visa à cura de doenças graves e terminais, mas ao controle dos sintomas e do sofrimento desencadeado pela evolução da doença, bem como o acolhimento aos familiares da pessoa enferma. Contudo, pela especificidade do que nos propusemos a investigar, esclarecemos que nos centramos nos Cuidados Paliativos em sentido mais exclusivo, quando a terminalidade é uma condição existente. Nessa perspectiva, a presente investigação teve como objetivo compreender as concepções que os profissionais envolvidos com pacientes que vivenciam o fim de suas vidas e suas implicações na prática dos Cuidados Paliativos têm sobre o tema.

Em nossa sociedade, a morte costuma ser vista como um tabu, carregando o sentido de algo inabordável, expresso por meio de proibições e restrições. Segundo a teoria psicanalítica, tal visão acontece desde os primórdios da humanidade,

pois para o ser humano de todos os tempos a sua própria morte é inimaginável. De acordo com Freud (1915/2006b), ao presenciar a morte de uma pessoa próxima e com a qual mantinha vínculos, o ser humano experimenta o sentimento de dor e o conseqüente reconhecimento da sua finitude e da dos outros.

Do ponto de vista psicanalítico, para viver em sociedade é necessário que as pessoas renunciem aos seus impulsos naturais, o que forçou a humanidade a um alheamento em relação a eles, embora permaneçam latentes. Tal alienação, por sua vez, contribui para uma perturbação na atitude do ser humano em relação à morte. Por um lado, há a expressão de que a morte é “[...] natural, inegável e inevitável” (Freud, 1915/2006b, p. 299), demonstrando a postura de estarmos preparados para lidar com isso, como algo necessário. Por outro, a atitude humana em relação à morte denuncia a tendência em excluí-la da vida, uma vez que a ideia da nossa própria morte não se faz possível em nosso imaginário (Freud, 1915/2006b). Sempre que tentamos imaginá-la, nos vemos como meros espectadores. Desta forma, podemos compreender como as dificuldades em lidar com a morte estão presentes na história da humanidade, pois o ser humano ainda enfrenta o “penoso enigma da morte, contra o qual remédio algum foi encontrado e provavelmente nunca será” (Freud, 1927/2006d), pp. 24-25).

No entanto, segundo Ariès (1977/2017), a mentalidade do ser humano em relação a esse tema assumiu diferentes características com o passar do tempo. Este autor comenta que, desde antes da era cristã, até o século X d. C., a morte era compreendida como um fenômeno comum do cotidiano das pessoas, e por isso ele a denominou de Morte Domada. O moribundo estava ciente de sua condição e era protagonista do momento final de sua vida. Durante muitos séculos a morte aconteceu assim, de forma familiar e próxima, enquanto por outro lado era atenuada e indiferente.

A morte era esperada no leito, numa espécie de cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo. Todos podiam entrar no quarto, parentes, amigos, vizinhos e inclusive as crianças. Os rituais de morte eram cumpridos

com manifestações de tristeza e dor, que eram aceitas pelos membros daquela comunidade. (Kovács, 1992, p. 32)

A partir da segunda fase da Idade Média, nos séculos XI e XII, a atitude humana perante a morte não substituiu a maneira abordada anteriormente. Entretanto, segundo Ariès (1977/2017), ocorreram modificações sutis, resultando no que o autor chama de Morte de Si Mesmo. Nesse período, gradativamente a morte passou a ter um caráter individual, dando espaço para aquele que a enfrentava fazer reflexões sobre como agiu durante a vida e se seria merecedor de algo bom no dia do juízo final. Esta morte, ainda no leito, se estendeu até o século XIX. No entanto, já no fim da Idade Média ela passou a ter um caráter dramático e tal mudança reforçou o protagonismo do moribundo nas cerimônias de sua própria morte.

Em um terceiro momento, o qual Ariès (1977/2017) denominou de Morte do Outro, o fenômeno passou a ser compreendido como uma ruptura, o que deu início às dramatizações do processo de luto. Por isso, deixou-se de se ocupar tanto com a própria morte e voltou-se para a perda; ou seja, a morte das outras pessoas. De acordo com Freud (1915/2006b), quando morre alguém que amamos, somos acometidos por um importante colapso que gera sofrimento, “Nossas esperanças, nossos desejos e nossos prazeres jazem no túmulo com essa pessoa, nada nos consola, nada preenche o vazio deixado pelo ente perdido” (p. 300), e essa nossa atitude perante a morte gera um efeito poderoso em nossas vidas, uma vez que ocorre o empobrecimento da vida e a perda de interesse.

Por fim, a partir do século XX a humanidade passou a vivenciar o que Ariès (1977/2017) chamou de Morte Interdita, uma modificação radical da mentalidade e dos sentimentos tradicionais em relação à morte. De acordo com o autor, “A morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição” (p. 82). Como consequência desta nova mentalidade, o doente torna-se um ser privado do conhecimento de sua condição de fim de vida, o que gera a conspiração do silêncio, num acordo entre familiares e equipe de saúde em não dividir com o

paciente a sua real condição. Freud (1915/2006b) destaca que o homem moderno e civilizado evita abordar esta possibilidade quando na presença do indivíduo moribundo, e a condição que o autoriza é precisar lidar com essa questão ao exercer seu ofício, como o caso dos médicos e dos advogados.

De acordo com Kovács (1992; 2003a), a morte que ocorre a partir do século XX deve ser escondida e, por isso, foi transferida para os hospitais. Ariès (1977/2017) nomeou de Morte Invertida este momento em que ela precisa passar despercebida, dando fim ao protagonismo do moribundo e privando-o da vivência de própria morte. Portanto, desaparece a cena do doente rodeado por familiares, presidindo os rituais do fim de sua vida e falando sobre seus desejos (Ariès, 1977/2017; Kovács, 2003a). A partir de então, a boa morte passou a ser a súbita, repentina, forma muito temida em tempos anteriores. No hospital a morte torna-se um fenômeno técnico em que, por meio da avaliação médica e da equipe de saúde, interrompem-se os cuidados quando na maioria das vezes o doente já perdeu a consciência há algum tempo. Nesse contexto e nessas condições, predominantemente encontramos pacientes e familiares alienados, ficando para a equipe de saúde, e particularmente para o médico a responsabilidade de conduzir os momentos finais da vida.

A tecnologia médica que muito avançou nos séculos XX e XXI, segundo Kovács (2014), tem sua relação com a Morte Interdita, pois apesar de o fim de vida ter sido transferido para os hospitais, é nesse ambiente que existe o objetivo de evitar que ela aconteça. Desse modo, “A morte se tornou distante, asséptica, silenciosa e solitária” (Kovács, 2014, p. 95), e com isso encontramos a impossibilidade de expressar o sofrimento e fazer rituais, uma vez que os sentimentos e as emoções não são prioridades nessa luta contra a morte.

Ao mesmo tempo em que a tecnologia médica contribui para a realização de diagnósticos e tratamentos e possibilita os progressos na direção da cura e de maior expectativa de vida, é importante levar em consideração os possíveis prejuízos que acarretam sofrimento no prolongamento da vida de pessoas que convivem com uma doença

grave, progressiva e incurável (Kovács, 2014). A manutenção de tratamentos invasivos, fúteis ou inúteis na situação de irreversibilidade da doença é, para Kovács (2003b), uma prática que obriga a pessoa a vivenciar um processo “[...] de morte lenta, ansiosa e sofrida” (p. 153). Desse modo,

A caricatura que a representa é o paciente que não consegue morrer, com tubos em orifícios do corpo, tendo por companhia ponteiros e ruídos de máquinas, expropriado de sua morte [...]. O prolongamento da vida e da doença amplia o convívio entre pacientes, familiares e equipe de cuidados, com estresse e risco de colapso. (Kovács, 2014, p. 95)

É diante deste contexto e da urgente necessidade de reumanizar o morrer que a prática dos Cuidados Paliativos emergiu, trazendo a possibilidade de a morte ser vivenciada com respeito e dignidade, além de compreendida como parte do desenvolvimento humano.

A palavra “paliativo” deriva do vocábulo em latim *pallium*, que tem como significado cobrir, aliviar (Ribeirinho et al., 2024). Portanto, a principal proposta dos Cuidados Paliativos como uma prática em saúde é proteger o paciente e seus familiares do sofrimento desencadeado por uma doença que põe em risco a vida (Duarte & Serra, 2024; Lima & Costa, 2023; Menezes & Barbosa, 2013; Leão et al., 2024). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define os Cuidados Paliativos

como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes – adultos e crianças – e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam vida. Previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais. (OMS, 2023, tradução nossa)

A OMS (s. d.) ainda destaca que, em função da abordagem acima indicada, os Cuidados Paliativos devem estar presentes nos diferentes níveis de atendimento à população, tendo em vista que, conforme comentam diversos autores, a priorização das condições para a melhoria da qualidade de vida para o paciente indica a importância desses cuidados

desde o momento em que há o diagnóstico da doença em paralelo ao tratamento curativo, e não somente quando o término da vida se aproxima, tornando-se mais exclusivo (Alves & Oliveira, 2022; André, 2024; Arantes, 2016; Batista et al., 2024; Braz & Franco, 2017; Costa et al., 2023; Duarte et al., 2024; Fitaroni et al., 2021; Guzinski et al., 2024; Ribeirinho et al., 2024; Sassani & Sanches, 2022; Vilas Boas & Guimarães, 2024).

Entretanto, por inúmeras razões (desconhecimento, situações financeiras, escassez de pessoal capacitado etc.), as equipes paliativistas comumente são acionadas “quando já não há uma proposta de modificações ou estabilização da doença, ou seja, quando o tratamento será conduzido em uma linha de um Cuidado Paliativo mais exclusivo, no sentido de priorização de medidas de conforto” (Braz & Franco, 2017); portanto, centrando-se nos cuidados de fim de vida quando não há mais terapêuticas possíveis de cura, instaurando-se o processo de terminalidade (André, 2024; Borba et al., 2022; Marques et al., 2024; Melo et al., 2022; Milani & Milani, 2022; Nascimento & Santos, 2023; Pozzada et al., 2022; Reis et al., 2023; Souza et al., 2024; Vilas Boas & Guimarães, 2024).

A prática dos Cuidados Paliativos considera a pessoa enferma de forma integral. Os cuidados são voltados para os sintomas com causas físicas, psíquicas, sociais e espirituais, destacando-se ainda que a ação da equipe de saúde também deve se estender aos familiares do paciente, que são atingidos pelo sofrimento causado pela doença e terminalidade da vida do parente. Nesse sentido, esta prática deve ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional, pois um só profissional da saúde não poderia controlar e aliviar todos os sintomas presentes na situação de doença extensa e terminal.

Os Cuidados Paliativos se originaram na década de 1960, na Inglaterra, e Cicely Saunders (1918-2005) foi a principal responsável por difundí-los. Ela era enfermeira, assistente social e médica e, em sua atuação, dedicou-se aos cuidados com os pacientes que vivenciavam o fim de suas vidas. O pioneirismo dessa profissional possibilitou uma importante mudança na área da saúde no que se refere aos cuidados das pessoas que estão morrendo (Clark, 2005).

Elizabeth Kübler-Ross (1926-2004) também muito contribuiu com esta prática, em especial no cuidado com o luto. Atuando nos Estados Unidos em psiquiatria, igualmente na década de 1960, desenvolveu uma prática inovadora de realizar a escuta dos pacientes que estavam morrendo e assim colaborou com a área da saúde, ao compreender o processo de luto vivenciado por eles (Kovács, 2003b; Kübler-Ross, 1969/2008). Nesse sentido, pode-se depreender que o olhar voltado para o luto deve estar presente desde o diagnóstico, uma vez que, ao receber a notícia de uma doença grave, o próprio paciente já começa a vivenciar o luto antecipatório, assim como os seus familiares.

De acordo com Franco (2012, p. 15), o luto “é dito antecipatório porque ocorre anteriormente ao marco objetivo da data da morte, mas não é menos importante por se dar nessas condições”. Freud (1916/2006c) também discorre sobre a antecipação do luto, porém sem contextualizá-lo nesse processo de adoecimento e morte anunciada. Lindemann (1944) utilizou o termo luto antecipatório pela primeira vez ao observar que os familiares de soldados que foram para a guerra já apresentavam expressões de luto, sem ter recebido a notícia de morte do ente querido, compreendendo que o processo de luto se iniciou com a possibilidade de esta acontecer.

Ao aplicar Cuidados Paliativos a equipe de saúde está o tempo todo lidando com o luto antecipatório, tanto do paciente quanto de seus familiares. Em relação à família, o cuidado com essa antecipação do luto é essencial, pois a prepara para a vivência do luto após a morte do parente. Fonseca (2012) assinala que se os familiares reconhecem a morte iminente da pessoa enferma, eles têm a possibilidade de se reorganizar e desenvolver recursos que ajudam no enfrentamento do que estão vivendo e da perda que está por vir.

De acordo com Freud (1917/2006d, p. 249), o luto “[...] é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante”. Contudo, o processo de luto não é algo patológico, apesar de apresentar importantes diferenças em relação

à dita normalidade (Freud, 1917/2006d). Por isso, Genezini (2012) destaca que os profissionais que irão exercer o cuidado com o luto devem conhecer as possíveis reações provenientes dos enlutados, em função de que esse processo causa mudanças no comportamento de quem perdeu um parente, pois intervenções inadequadas podem ser prejudiciais e difíceis. Nesse sentido, é importante destacar que a equipe de saúde deve compreender que as reações diante da perda de um ente querido são muito singulares e necessitam ser externalizadas, visto que o luto se elabora à medida que é vivenciado.

## MÉTODO

Pautamo-nos nos pressupostos da pesquisa qualitativa, buscando compreender pontos subjetivos na dinâmica das relações humanas (Silveira & Córdova, 2009), no contexto investigado. Para a coleta de dados utilizamos a entrevista semiestruturada, que se caracteriza por apresentar perguntas predefinidas e a possibilidade de realizar novas perguntas, caso seja necessário esclarecer questões que surjam no momento da conversa, o entrevistado fuja do tema ou demonstre dificuldade para responder sobre o assunto (Boni & Quaresma, 2005). Com a anuência dos participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

O roteiro da entrevista semiestruturada contou com quatro perguntas disparadoras, conforme segue, que funcionaram como gatilhos para as falas dos entrevistados.

1. Nesse momento da nossa conversa, pensando sobre a morte, o que lhe vem à mente?
2. Em seu ambiente de trabalho, como é para você lidar com questões relacionadas ao risco de morte e à morte propriamente?
3. Como é trabalhar com pacientes que vivenciam a condição de fim de vida?
4. Como é enfrentar essas vivências, relacionadas ao fim de vida, no contexto dos cuidados paliativos?

A amostra desta pesquisa foi composta pelos profissionais que faziam parte da equipe de saúde interdisciplinar responsável pelos Cuidados

Paliativos de um hospital privado da cidade de Maringá-PR. Optamos por realizar uma pesquisa com amostra por conveniência (Freitag, 2018), bem como não determinamos previamente o número de profissionais a serem entrevistados, em função de que, uma vez convidados a participar da pesquisa, poderiam não aceitar. De acordo com Gil (1987), a amostragem por conveniência ou acessibilidade

constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso mesmo é destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios ou qualitativos, onde não é requerido elevado nível de precisão. (Gil, 1987, p. 94)

Desse modo, entrevistamos oito profissionais da equipe de saúde interdisciplinar que aceitaram participar da pesquisa. A instituição escolhida foi aquela em que a primeira autora atuou como psicóloga hospitalar por sete anos, tendo isto facilitado o processo de aculturação, conforme os pressupostos da pesquisa qualitativa. Dos participantes, sete eram do sexo feminino e um do sexo masculino, compreendendo diversas profissões, conforme descrito no Quadro 1. Todos foram selecionados de acordo com a disponibilidade e pelo critério de que se tratava da equipe que fazia o contato com o paciente em Cuidados Paliativos nesse hospital. É importante esclarecer que esses profissionais não compõem uma equipe específica de Cuidados Paliativos, mas tal prática é realizada por meio do trabalho deles.

A fim de preservar a identidade dos entrevistados, adotamos nomes fictícios e não os identificamos de acordo com sua profissão. Caracterizando a amostra, o quadro abaixo traz algumas informações a respeito dos participantes.

### Quadro 1

#### *Dados da amostra*

Nome fictício	Idade	Sexo	Tempo de formação (anos)	Tempo de atuação no hospital (anos)
Carla	31	Feminino	9	9
Carmen	39	Feminino	9	8
Edeuza	27	Feminino	5	4
Eunice	33	Feminino	11	11
João	40	Masculino	15	11
Leonor	31	Feminino	8	3
Luzia	42	Feminino	5	5
Maria	29	Feminino	6	5

Com relação ao tratamento dos dados, utilizamos o procedimento de Análise de Conteúdo, conforme proposto por Moraes (1999), por possibilitar o conhecimento de aspectos e/ou fenômenos do âmbito social, cujo acesso não seria possível por outros meios, bem como oferecer um suporte para a captação dos aspectos simbólicos, visto que nem sempre eles são manifestos. Embora tenha se embasado em autores clássicos e reconhecido a existência de diferentes descrições acerca desse procedimento, Moraes (1999) descreve o processo de Análise de Conteúdo conforme ele a concebe, centrando-se no enfoque qualitativo. Partindo desse pressuposto, a análise das entrevistas possibilitou que determinados conteúdos fossem agrupados em categorias, com base nas quais procedemos a interpretação dos dados, tendo como suporte a teoria psicanalítica.

Quanto aos aspectos éticos envolvidos, além da preocupação com o sigilo, a presente pesquisa teve o seu projeto aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, CAAE: 03613618.3.0000.0104, Parecer nº 4.268.964, quanto pela direção e pelo Comitê de Ética da instituição escolhida. Todos os profissionais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos do procedimento de análise de conteúdo, em que foi possível detectar aspectos em comum nas falas dos profissionais de saúde participantes, e resultou em três categorias de análise que serão apresentadas a seguir.

### **A morte do outro no contexto profissional: uma forma de defesa contra o sofrimento**

Quando convidados a pensar e falar sobre a morte, de imediato alguns profissionais citaram os sentimentos. No entanto, logo mudaram o rumo do discurso e passaram a falar sobre a morte em seu ambiente de trabalho. Inferimos que isso aconteceu porque foram convidados a conceder uma entrevista relacionada à atuação profissional. Contudo, pensamos também em uma tentativa de se evadirem de algum incômodo gerado pela pergunta, pois, de início, houve acesso aos sentimentos relacionados à morte; mas, na continuidade, voltaram-se à prática no ambiente de trabalho, como uma forma de não entrar em contato com algum nível de desconforto. É possível perceber esse movimento nos trechos a seguir: *“Difícil, né? [...] enquanto profissional, aqui pra mim, é assim [...] não vou dizer que é tranquilo, mas acaba sendo uma coisa rotineira [...]”* (Carmen). *“Dor, tristeza, sensação de impotência, incapacidade. Claro que falando assim da minha profissão em relação à morte, né”* (João).

Analisando as colocações, tivemos a impressão de que foi mais fácil falar sobre a morte sob uma posição profissional, fato que Freud (1915/2006b) já havia indicado, como uma ação de recursos psíquicos que objetivam o afastamento dos sentimentos relacionados ao sofrimento, uma vez que só é possível pensar e falar sobre a morte quando esta acontece no outro, que no caso de nossos entrevistados se faz presente em forma de paciente. Poder se direcionar para a morte do outro, deixando para trás a reflexão em relação a si mesmo, é um posicionamento que parece expressar distanciamento em relação à própria morte (Freud, 1913/2006a), talvez pela impossibilidade da sua representação em nosso inconsciente (Freud,

1915/2006b). Entretanto, por vezes no discurso dos profissionais se entendeu um certo reconhecimento de que possam ser mobilizados também por aquilo que atinge o outro, por exemplo, ao dizer que a morte *“[...] existe para nós também em cada paciente”* (Eunice), ou ainda, que *“[...] elas [pacientes] lidam com esse risco todos os dias e nós lidamos com a morte todos os dias”* (Luzia).

Embora conste nos relatos a afirmação de que a equipe lida com a morte a todo instante, é a morte do outro, do paciente. Certamente isto está intrinsecamente ligado ao fato de que os profissionais ocupam um lugar diferente daqueles dos que são cuidados, os pacientes. Contudo, supomos que o uso dessa prerrogativa possa fazer com que sejam afastados, ou diminuídos, os sofrimentos suscitados nos membros da equipe diante da intensidade de tais vivências. No entanto, apesar das possíveis defesas psíquicas desenvolvidas, em alguns momentos a equipe se permite perceber que é atingida pelo sofrimento. Nesse sentido, a fala de João evidencia o quanto a morte dos pacientes lhe remete sentimentos ruins, em função da empatia que desenvolve com os familiares, percebendo o óbito como um resultado negativo do trabalho exercido por ele:

Dor, tristeza, sensação de impotência, incapacidade [...] Claro que a gente tem empatia de ver o familiar, de saber o que ele deve estar sentindo. Mas pra nós como profissionais é tudo isso que eu falei. Então é frustração saber que você tá fazendo um trabalho também que resultou na morte (João).

Maria também expressa essa vivência e afirma sofrer junto à família: *“Acho que a gente sente uma angústia [...] a gente sofre junto com a família, querendo ou não”*. Essa última parte da frase demonstra que não há outra opção, pressupondo que o profissional sempre será tomado, de algum modo, pelo sofrimento. Eunice também afirma que sofre, ao realizar esse trabalho em que a morte se faz presente. No entanto, relata que aprendeu a lidar com essa situação: *“[...] ela é presente na minha vida todos os dias [...] eu também sofro, eu só acho que eu aprendi a lidar um pouco melhor com ela”*. Esse aprendizado de Eunice nos fez pensar no quanto

os profissionais necessitam desenvolver estratégias psíquicas que amenizem o que neles é mobilizado, pois, para ser possível a dedicação ao trabalho e dar continuidade a ele, observamos que a equipe tenta evitar de algum modo o contato com os sentimentos tidos como ruins; se não totalmente, pelo menos em parte, atenuando o impacto dessas vivências.

### **O interdito: não se fala sobre a morte**

Considerando a categoria anterior, supomos haver algum grau de dificuldade dos profissionais em refletir sobre a morte, sendo até possível quando relacionado à atuação profissional e como um fenômeno presente somente nos pacientes, mas não propriamente ao que lhes é mobilizado subjetivamente. Isso nos fez pensar na morte interdita como uma característica do nosso tempo (Ariès, 1977/2006; Kovács, 2014) e que tal interdição parece favorecer a conspiração do silêncio, quando os familiares optam por não conversar com o doente sobre sua condição, assim como a alienação em relação à possibilidade de óbito, pois desse modo evita-se falar sobre a morte na presença da pessoa que vivencia a sua proximidade (Freud, 1915/2006b).

Leonor traz essa questão como uma dificuldade em sua prática, relatando que *“É bastante difícil lidar com as famílias que não aceitam a morte [...] e aí não dá espaço pra gente trabalhar com esse luto e com a possibilidade de morte”*. Segundo ela, esse comportamento dos familiares prejudica o diálogo sobre o assunto com o paciente e, por consequência, também traz prejuízos na condução de seu trabalho, pois ela não encontra espaço para atuar no cuidado com o luto antecipatório.

Além da resistência da família, os discursos de João e Carla indicam a dificuldade dos profissionais de saúde de dialogar sobre a morte com o doente, o que também contribui para a conspiração do silêncio e a ignorância do paciente sobre sua própria condição. Segundo João, *“[...] chegar e falar pra ele que, né: ‘você tem uma condição que pode te levar à morte’[...] Então é um pouco difícil lidar com essa situação, sim”*. Carla, por sua vez, aponta o seu sentimento de frustração e impotência quando lida com esse tipo de situação: *“É um pouco frustrante,*

*porque eu não sei até que ponto o paciente sabe [...] é mais frustrante ainda quando eu vejo que a família não sabe nada [...] porque eles [equipe] não explicaram [...]”*.

Parece-nos que essa interdição quanto ao falar sobre a morte prejudica a prática dos Cuidados Paliativos, pois, de acordo com a percepção de João, alguns médicos não seguem a conduta recomendada, provavelmente por se sentirem muito mobilizados. Segundo ele, isso ocorre *“Porque têm medo. E medo em diversos sentidos, medo de processo e questões jurídicas, medo [...] por não terem conhecimento de Cuidados Paliativos principalmente, e isso traz insegurança e medo”*.

Em contrapartida, Luzia trouxe uma situação vivenciada por ela, em que foi possível o diálogo sobre a morte com a paciente, apesar de ter sido trabalhoso: *“Ela não aceitava a condição de que a morte estava perto dela [...] mas graças a Deus [...] pude ir conversando com ela e explicando a importância de ela ir descansando nos braços do Pai”*. Trata-se de um diálogo pautado na espiritualidade, ligação importante à prática em saúde, respeitando o desejo do paciente, porque pode auxiliar no enfrentamento da iminência da morte, evitando a conspiração do silêncio e o alheamento do doente em relação à sua própria finitude. No entanto, compreendemos que dialogar sobre o assunto sob o ponto de vista espiritual ainda exige a manutenção do interdito, pois nesse contexto o fenômeno da morte é descrito de forma tênue, como um descanso amparado por um ser superior.

Outro ponto é o fato de que a dificuldade em aceitar a morte e falar sobre ela relaciona-se com fatores culturais e sociais, como comenta Eunice: *“Eu acho que é um contexto bem geral [...] desde uma coisa cultural, latino-americana, que a gente não é [...] não é preparado.”* Além disso, pode-se somar a ausência de habilidades de comunicação em saúde, o que contribui para a permanência da cultura do não dito, interferindo no processo dos Cuidados Paliativos. Tais dificuldades podem ser vivenciadas tanto por familiares como pelos profissionais de saúde.

## Uma nova prática: outro olhar para a morte

Sabemos que a prática dos Cuidados Paliativos ainda é muito recente no Brasil e, por isso, nem todos os profissionais do ambiente hospitalar estudaram sobre o assunto, sendo poucos aqueles que têm formação específica nessa área. Nos relatos das entrevistas foi possível detectar o quanto essa abordagem ainda é pouco conhecida, sendo comentado por Eunice, João e Edeuza que, durante os seus cursos de graduação, não ouviram falar sobre os Cuidados Paliativos, assim como no entendimento de Leonor, de que a maioria dos profissionais ainda não compreende essa prática: “[...] talvez falta na formação deles [...]”.

Os discursos de Maria e de Carla destacam que nem sempre toda a equipe interdisciplinar é envolvida na realização dos Cuidados Paliativos. Maria afirma que nem sempre é solicitada para acompanhar um paciente e não sabe explicar o motivo disso. Carla comenta que a prática dos Cuidados Paliativos não é uma rotina e que, frequentemente, não está registrado em prontuário que se trata de um paciente sob esses cuidados, o que gera desconforto para ela, pois já constatou que um paciente em Cuidados Paliativos foi encaminhado para a UTI e recebeu tratamento invasivo.

Eunice também discorre sobre o despreparo dos profissionais em relação aos Cuidados Paliativos: *“Que todos pudessem ter morte com alguém fazendo cuidado paliativo junto [...] mas nós não estamos preparados, os profissionais não estão preparados, a gente começou agora, há pouco tempo a se preparar pra isso”*. É possível inferir que os profissionais têm consciência de que essa prática ainda não está consolidada em nosso país e consideram fundamental o incentivo ao estudo e à pesquisa em Cuidados Paliativos, pois assim poderiam se formar equipes especializadas para que a população brasileira usufrua do direito de morrer com dignidade.

Vale ainda destacar a transformação no modo com que os profissionais lidam com a morte, com base em seus relatos. A mudança parece se processar após algum tempo exercendo a profissão no ambiente hospitalar. Tal fato se evidencia em seus discursos ao relatarem que, no início do trabalho, assumiam uma

postura diferente em relação à morte. Porém, com o passar do tempo, essa postura sofreu modificações. Maria se posiciona assim: *“[...] quando eu comecei a trabalhar aqui era mais difícil, vou ser bem sincera, era mais difícil sim [...] antes era pior, hoje já sei lidar mais”*. Também encontramos um posicionamento similar em Carla: *“No começo da profissão era muito mais difícil. Muito, porque eu não tinha vivência [...] tanta vivência na profissão, não tinha experiência”*. Do mesmo modo, Eunice também se manifestou sobre a transformação em seu modo de trabalhar com a morte, que foi se modificando com o passar do tempo, vindo a compreender que o morrer pode acontecer de modo mais razoável: *“Ela mudou assim [...] ao longo desse período de transformação tanto profissional quanto pessoal [...] eu acho que a morte pode ser melhor. É isso que eu acho.”*

Analisando os discursos supracitados, observamos que a mudança de postura em relação à morte, com o passar do tempo exercendo a profissão, ocorre porque os profissionais provavelmente desenvolveram recursos para lidar com a angústia suscitada nesse contexto de perda. Isso torna possível conjecturar que tais recursos sejam acionados, à medida que os sentimentos que geram sofrimento por vezes passam a ser de algum modo ignorados, o que possibilita maior enfoque para a sensação de alívio e naturalização do processo de morrer, encarando-se a morte como um fenômeno que pode acontecer de uma forma mais digna. Também é possível ponderar que o conhecimento que emerge da experiência diária contribua para o enfrentamento do que antes era desconhecido, mas que, gradativamente, convoca o profissional a aceitar o desafio cotidiano nesse contexto de trabalho, trazendo-lhe mais segurança e amparo, quando tocado pela veracidade da morte.

Quanto à morte no contexto dos Cuidados Paliativos, João se posiciona assim:

A gente fica com a consciência mais tranquila, em saber que [...] que tudo que a gente tá fazendo ali vai trazer mais conforto do que sofrimento pro paciente[...]. parece que fica tudo um pouco mais tranquilo, que você tem a sensação de que tá ajudando o paciente. Então, pra mim é [...] é confortável isso também.

Do mesmo modo, Carla também percebe que o lidar com a morte no contexto dos Cuidados Paliativos pode não ser tão *assustador*: “*Eu presenciei, acho que uma ou duas vezes, mas é mais calmo, eu digo a morte*”. Luzia, por sua vez, afirma que se sente privilegiada em realizar esse trabalho: “*Então foi uma experiência bem interessante [...]. Eu assim, me sinto extremamente privilegiada de poder fazer parte dessa experiência*”.

Considerando o que apresentamos, evidencia-se que, quando o profissional tem a compreensão do que são os Cuidados Paliativos e não se centra no objetivo de prolongar a vida a qualquer custo, essa prática lhe confere bons sentimentos e sensações, assim como o peso da morte e sua interdição não são tão insuportáveis, tornando aceitável lidar com a situação e proporcionando dignidade ao paciente que está morrendo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lidar com a morte no dia a dia faz com que os profissionais vivenciem sentimentos e emoções permeados de ambiguidades, que podem tanto contribuir para a prática dos Cuidados Paliativos, bem como trazer alguns prejuízos a ela. Compreendemos a morte interdita como o principal fator, detectado por nós, que pode acarretar prejuízos para a prática dos Cuidados Paliativos e corrobora com os apontamentos de Ariès (1977/2017) à medida que a morte é encarada como um tabu, como algo sobre o qual não se fala, não se verbaliza, uma vez que não costuma ser compreendida como parte natural do desenvolvimento humano. Com a predominância dessa concepção da morte interdita, podemos deduzir que muitas pessoas, ao vivenciarem a terminalidade, não são ouvidas pela equipe de saúde em suas necessidades que vão além do biológico. Conseqüentemente, elas são isoladas e impedidas de expressar seus desejos, sua espiritualidade, seus sentimentos e suas pendências, aspectos tão importantes quanto os sintomas físicos.

A interdição da morte caminha ao lado da conspiração do silêncio e, diante disso, pensamos que ambos devem ser evitados, cabendo a toda a equipe orientar os familiares para que conversem

francamente com o doente sobre a sua real condição. Nesse sentido, enfatizamos o papel da psicologia, pois um dos objetivos da prática do psicólogo é auxiliar o paciente e seus familiares a falarem abertamente sobre a doença, a morte e o luto para que o sofrimento seja legitimado e posteriormente elaborado (Milani & Milani, 2022; Nunes, 2012).

Sabemos que a morte interdita é uma característica dos séculos XX e XXI e, por esse motivo, ainda se faz presente no ambiente hospitalar. Ela provém da dificuldade, enraizada em nossa cultura, de lidar e aceitar a finitude. No entanto, diante da condição de que a interdição da morte fere a dignidade de quem enfrenta o fim da vida, pontuamos que a equipe de saúde necessita de maior conhecimento acerca da reumanização da morte, pois assim poderá realizar um trabalho de acolhimento e de amparo ao paciente e aos seus familiares, que os auxilie a perceber esse momento com mais naturalidade e permeado de dignidade. Compreendemos que desmistificar tais questões é fundamental para que a morte deixe de ser um tabu e o doente e seus familiares possam usufruir dos benefícios que os Cuidados Paliativos proporcionam, como a possibilidade de o doente viver, com os sintomas controlados e cuidados, até o seu último momento.

Além da morte interdita, detectamos que o profissional também se sente atingido diante do sofrimento do paciente e seus familiares. Quando convidado a refletir sobre essa questão, consegue perceber o seu sofrimento e expressa sentimentos como frustração, raiva, medo, tristeza. No entanto, percebemos que, no dia a dia, por vezes, os membros da equipe interdisciplinar utilizam-se de estratégias de trabalho defensivas que tamponam tais sentimentos e emoções para que assim consigam cuidar das pessoas que estão morrendo. Uma dessas estratégias é perceber a morte como um fenômeno que acontece sempre nas outras pessoas; e a morte do outro descrita por Ariès (1977/2017) se faz presente juntamente com o alheamento em relação à morte apresentado por Freud (1915/2006b). Percebemos que ao direcionar a morte para o outro, o profissional evita entrar em contato com a sua própria condição de finitude e o que isto lhe mobiliza, criando condições para conseguir desempenhar a sua prática.

Como já vimos, as estratégias defensivas são importantes para o desenvolvimento do trabalho no ambiente hospitalar. Contudo, quando a existência do sofrimento não é percebida, este não pode ser elaborado, o que pode prejudicar a saúde mental do profissional. É perceptível que não se encontra nesse ambiente espaço para a reflexão e a externalização dessas experiências emocionais. Observamos que os profissionais também vivenciam o luto antecipatório. No entanto, nesse contexto é um luto não reconhecido. Diante disso, refletimos sobre algumas formas de favorecer a resolução dessa problemática, como apoio psicológico aos profissionais e atividades como a roda de conversa, a fim de desenvolver um espaço para o diálogo sobre emoções e sentimentos, para que esses sejam reconhecidos e por fim elaborados. Além disso, tal fato poderá contribuir para a percepção da morte como parte natural do desenvolvimento humano e, inclusive, para o aprimoramento do cuidado com o paciente e seus familiares, uma vez que, conforme expõe Arantes (2016), quem cuida também precisa ser cuidado.

Entendemos que se o profissional está bem amparado psicologicamente, ou seja, se suas fragilidades humanas são cuidadas, tem mais condição de falar sobre a morte e desmistificar o tabu presente na sociedade. Compreendemos que esta pode ser uma das formas para o profissional conseguir auxiliar os familiares dos pacientes a evitar a conspiração do silêncio e dar ao paciente a autonomia que lhe conferirá dignidade no fim da vida. Para isso, é fundamental que a equipe de saúde esteja muito bem treinada a praticar a comunicação, em especial para dar notícias difíceis. Nesse sentido, propomos que as instituições hospitalares e de saúde em geral proporcionem à equipe treinamentos e oportunidades de estudo sobre esse assunto, uma vez que a comunicação é uma técnica e habilidade em saúde, podendo prevenir muitos problemas e auxiliar o paciente e os familiares no enfrentamento da evolução da doença.

Também foi possível perceber que, com o passar do tempo, a experiência profissional de cuidado com a morte do outro possibilita aos membros da equipe interdisciplinar lançar um novo olhar para a finitude. Provavelmente em função dos

seus inúmeros esforços em lidar com as situações cotidianas que geram angústia, os profissionais encontram em sua prática uma nova forma de ver a morte, tornando-a parte natural de sua rotina laboral.

Observamos que quando o profissional tem conhecimento sobre a prática e os princípios dos Cuidados Paliativos, a morte já não desperta níveis insuportáveis de angústia, pois assim é possível compreender que, com os cuidados adequados, o processo de morrer pode ser mais razoável. Esse entendimento proporciona à equipe de saúde bons sentimentos e emoções, com a percepção de que o objetivo de uma morte humanizada e digna foi alcançado.

Enfim, concluímos que podemos traçar dois caminhos que contribuam para a melhora da qualidade de vida do doente terminal que está morrendo no Brasil. O primeiro caminho é o acolhimento das angústias dos profissionais de saúde, a fim de auxiliá-los na elaboração de suas questões inconscientes e conscientes, que dificultam a aceitação da finitude. Isto, por sua vez, contribuiria na compreensão de que a morte é um processo natural do desenvolvimento humano e, portanto, ela pode acontecer com mais serenidade e cuidados adequados, sem a necessidade de ser evitada a qualquer custo. Ressaltamos que esse acolhimento pode ser realizado pelos próprios membros da equipe, por meio de atividades que proporcionem espaço para o diálogo e legitimação do sofrimento, principalmente por um profissional da área da saúde mental. Portanto, pontuamos que a Psicologia Hospitalar tem papel de destaque nesta questão. O segundo caminho que propomos ser seguido é a pesquisa científica e a educação continuada no que se refere à prática dos Cuidados Paliativos, pois assim os profissionais podem atuar com mais segurança e convicção de que estão realizando um trabalho humanizado que contribui para a dignidade humana, tendo como consequência o sentimento de que sua prática profissional faz sentido para sua vida e para as demais.

## REFERÊNCIAS

- Alves, R. S. F. & Oliveira, F. F. B. (2022). Cuidados paliativos para profissionais de saúde: Avanços e dificuldades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e238471, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>.
- André, C. A. C. (2024). *Percepção, atitudes perante a morte e sentido de vida em estudantes e profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos pediátricos*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário Egas Moniz, Caparica, Portugal. Recuperado em 17 de junho de 2025, de [https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/53465?locale=pt\\_PT](https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/53465?locale=pt_PT)
- Arantes, A. C. Q. (2016). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Casa da Palavra.
- Ariès, P. (2017). A história da morte no ocidente: Da idade média aos nossos dias. (P. V. de Siqueira, Trad.). F. Alves (Trabalho original publicado em 1977).
- Batista, G.; Galvão, A. & Gomes, M. J. (2024). Literacia em competências humanísticas no contexto de cuidados paliativos: Revisão integrativa. *RIAGE*, 6, pp.411–417. <https://doi.org/10.61415/riage.258>
- Boni, V. & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Em Tese*, 2(1), pp. 68-80. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>
- Borba, F. L.; Silva, K. G. S.; Coelho, I. S. F.; Soares, N. C. F. B.; Loureiro, M. A. B.; Coêlho, L. P. I.; Silva, W. A.; Ferreira, R. N.; Barros, R. B.; Chagas, A. F.; Rocha, R. M. F.; Torres, K. B. H.; Pereira, R. G.; Morais, G. S.; Sousa, M. P. S.; Santos, M. E. L. C.; Machado, W. M.; Santos, F. A. V. & Costa, A. C. M. (2022). Morte e morrer: compreensão, aceitação e entraves da equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(40), e–021318. <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.40-art.1400>
- Braz, M. S. & Franco, M. H. P. (2017). Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), pp. 90-105. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>
- Clark, D. (2005). Fareword. In C. Saunders. *Whatch with me: inspiration for a life in hospice care*. (pp. 7-12). Lancaster University.
- Costa, R. L. A.; Eloy, A. V. A.; Santos, L. D. S.; Pedro, D. M. A.; Silva, F. M. D.; Souza, W. A.; Perdigão, K. F. A. & Freire, W. T. (2023). Cuidados paliativos: Estratégias e manejo no ambiente hospitalar. In F. L. Santos (Ed.). *Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde* (Vol. 16, pp. 64-72). Periodicojs Editora. <https://doi.org/10.51249/easn16.2023.1399>
- Duarte, C.; Leão, D. & Duarte, G. (2024). Representações sociais da morte. In: C. Duarte & F. Serra (Coords.). *Cuidados paliativos: Comunidade de prática em cuidados paliativos do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa* (pp. 71-80). Edições ISCSP. Recuperado em 17 de junho de 2025, de [https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook_cuidados_paliativos.pdf)
- Duarte, C. & Serra, F. (2024). Comunidade de prática em cuidados paliativos: estudo de caso. In: C. Duarte & F. Serra (Coords.). *Cuidados paliativos: Comunidade de prática em cuidados paliativos do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa* (pp. 15-21). Edições ISCSP. Recuperado em 17 de junho de 2025, de [https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook_cuidados_paliativos.pdf)
- Fitaroni, J. B.; Bousfield, A. B. S. & Silva, J. P. (2021). Morte nos cuidados paliativos: Representações sociais de uma equipe multidisciplinar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, e209676, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209676>
- Franco, M. H. P. (2012). Prefácio. In: J. P. Fonseca. *Luto antecipatório: As experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. (pp. 13-15). PoloBooks.
- Freitag, R. M. Ko. (2018). Amostras sociolinguísticas: Probabilísticas ou por conveniência? *Revista de Estudos da Linguagem*, 26(2), 667–686. <https://doi.org/10.17851/2237-2083.26.2.667-686>
- Freud, S. (2006a). Totem e tabu. In: \_\_\_\_\_. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad.; Vol. 13, pp. 21-162). Imago (Trabalho original publicado em 1913).

- Freud, S. (2006b). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: \_\_\_\_\_. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad.; Vol. 14, pp. 285-309). Imago (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2006c). Sobre a transitoriedade. In: \_\_\_\_\_. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad.; Vol. 14, pp. 313-319). Imago (Trabalho original publicado em 1916).
- Freud, S. (2006d). Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad.; Vol. 17, pp. 243-263). Imago (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2006d). O futuro de uma ilusão. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 21, pp. 15-63). Imago (Trabalho original publicada em 1927).
- Fonseca, J. P. (2012). *Luto antecipatório: As experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. São Paulo, SP: PoloBooks.
- Genezini, D. (2012) Assistência ao luto. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons. (Org.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. (pp. 569-582). (2ªed.). Diographic.
- Gil, A. C. (1987). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas.
- Guzinski, C.; Galvão, L. Q.; Luz, L. L.; Boni, F. G. & Cezar V. S. (2024). Desafios familiares na aceitação da terminalidade de um idoso com câncer metastático em cuidados paliativos. In: J. A. Aragão; F. A. Almeida & Dal Molin, R. S. (Orgs.). *Envelhecimento humano: Diferentes nuances e estágios*. (Vol. 2, pp. 61-72). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/241118128>
- Kovács, M. J. (1992). Atitudes diante da morte visão histórica social e cultural. In: M. J. Kovács. (Org.). *Morte e desenvolvimento humano*. (pp. 28-47). Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003a). *Educação para a morte: temas e reflexões*. Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003b). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, 14(2), 115-167. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22(1), 94-104. Recuperado em 17 de junho de 2025, de [scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/?format=pdf](https://www.scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/?format=pdf)
- Kubler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer*. (9ªed.). (P. Menezes, Trad.). WFM Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969).
- Leão, D.; Duarte, C. & Napiarala, C. (2024). Literacia emocional e espiritual em cuidados paliativos. In: C. Duarte & F. Serra (Coord.). *Cuidados paliativos: Comunidade de prática em cuidados paliativos do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa* (pp. 41-52). Edições ISCSP. Recuperado em 17 de junho de 2025, de [https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook_cuidados_paliativos.pdf)
- Lima, C. M. N. & Costa, L. N. R. (2023). O psicólogo no enfrentamento do sofrimento dos profissionais no âmbito dos cuidados paliativos ante a angústia da morte dos pacientes. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE*, 9(3), 453-466. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i3.8817>
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Marques, R. S.; Blumentritt, J. B. & Cordeiro, F. R. (2024). Estratégias de autoajuda para pacientes em cuidados paliativos e seus familiares: Revisão integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 13(1), :e3640. <https://doi.org/10.22235/ech.v13i1.3640>
- Melo, R. C. M.; Silva, A. G. & Javorski, A. (2022). Estratégias do luto em cuidados paliativos. *RAF Revista Acadêmica*, 3(1), 96-108. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://raf.emnuvens.com.br/raf/article/view/63>
- Menezes, R. A. & Barbosa, P. C. (2013). A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para

adultos e crianças. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2653-2662. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>

Milani, L. B. & Milani, I. C. B. (2022). O papel do psicólogo nos cuidados paliativos no Brasil. In: F. A. Almeida. (Org.). *Cuidados paliativos: Práticas, teorias e análises* (Vol. 2, pp. 37-48). <https://doi.org/10.37885/220408749>

Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação* 22(37), 7-32.

Nascimento, Y. F. & Santos, A. P. S. (2023). Uma reflexão filosófica sobre cuidados paliativos e a aceitação da morte. *Revista Remecs: Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 2(2):56. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/1222>

Nunes, L. V. (2012). O papel do psicólogo na equipe. In R.T. Carvalho & H.A. Parsons (Org.). *Manual de cuidados paliativos ANCP* (pp. 337-340). (2ªed.). Diagraphic.

OMS — World Health Organization (s. d.). *WHO Palliative care* [acesso 2025]. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

OMS — World Health Organization (2023). *WHO Definition of palliative care*. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>

Pozzada, J. P.; Santos, M. A. & Santos, D. B. (2022). Sentidos produzidos por psicólogos que trabalham com cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o cuidar em cenários de morte e morrer. *Interface*, 26: e210581. <https://doi.org/10.1590/interface.210581>

Reis, C. G. C.; Moré, C. L. O. O. & Menezes, M. (2023). O luto antecipatório e as estratégias de enfrentamento de familiares nos cuidados paliativos. *Psico*, 54(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2023.1.39961>

Ribeirinho, C.; Duarte, G.; Alves, T. & Alves, S. (2024). Narrativas de quem cuida. In: C. Duarte & F. Serra (Coord.). *Cuidados paliativos: Comunidade de prática em cuidados paliativos*

do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa (pp. 53-70). Edições ISCSP. Recuperado em 17 de junho de 2025, de [https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook\\_cuidados\\_paliativos.pdf](https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook_cuidados_paliativos.pdf)

Sassani, L. M. & Sanches, D. (2022). Contribuições do profissional de psicologia para o paciente em cuidados paliativos. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 26(3), 705-724.

Silveira, D. T. & Córdova, F. P. (2009). A pesquisa Científica. In: T.E. Gerhardt & D.T. Silveira. (Org.). *Universidade aberta do Brasil – UAB/ UFRGS* (pp. 31-42). Editora da UFRGS.

Souza, B. F.; Souza, S. B. S. & Ferreira, L. S. (2024). Atribuições da equipe multiprofissional nos cuidados paliativos de pacientes adultos em estágio terminal. *Revista Liberum Accessum*, 16(2), 201-212. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <http://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/309>

Vilas Boas, A. D. O. & Guimarães, A. C. B. (2024). Sentido da vida e o paciente terminal em cuidados paliativos. *Revista SynThesis*, 13(1), 49-66. <https://doi.org/10.63054/2177-823X.2024.693>