

QUALIDADE DE VIDA E DE MORTE: O PAPEL DO PSICÓLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS¹

Marcela de Souza Alves²

Hila Martins Campos Faria³

RESUMO:

O presente estudo tem como objetivo entender quais são as principais atribuições do psicólogo hospitalar nos cuidados paliativos, através de uma revisão bibliográfica narrativa. Buscou-se identificar as estratégias de intervenção psicológica mais eficazes para lidar com as questões emocionais, existenciais e espirituais dos pacientes paliativos; examinar a influência da comunicação efetiva do psicólogo na promoção da qualidade de vida e de morte; investigar os desafios e dilemas éticos enfrentados pelo psicólogo no contexto dos cuidados paliativos, de forma a considerar aspectos culturais, religiosos e individuais. A análise dos dados aponta para a necessidade de entender o paciente paliativo como um ser integral, considerando seu estado físico, mental e espiritual, acolhendo suas demandas, vontades e desejos, com a finalidade de ofertar a ele qualidade de vida e de morte em todo o processo de adoecimento. É possível concluir que a presença do psicólogo nesse contexto pode favorecer a qualidade do cuidado prestado, uma vez que esse profissional exerce a função de mediação entre paciente, família e equipe, de modo a facilitar as trocas e humanizar as relações, além de sensibilizar a equipe para as necessidades psicossociais dos pacientes e familiares, buscando atendê-las dentro das possibilidades.

Palavras-chave: Psicologia. Cuidados Paliativos. Qualidade de Vida. Qualidade de Morte.

ABSTRACT:

This study aims to understand the main responsibilities of the hospital psychologist in palliative care, through a narrative bibliographic review. We sought to identify the most effective psychological intervention strategies to deal with the emotional, existential and spiritual issues of palliative patients; examine the influence of the psychologist's effective communication in promoting quality

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Psicologia e Saúde. Recebido em 12/11/2024 e aprovado, após reformulações, em 21/11/2024.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail:psistudent964@gmail.com.

³ Mestre em Psicologia pela UFJF (2014) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail:hilafaria@uniacademia.edu.br.

of life and death; investigate the challenges and ethical dilemmas faced by psychologists in the context of palliative care, in order to consider cultural, religious and individual aspects. Data analysis points to the need to understand the palliative patient as an integral being, considering their physical, mental and spiritual state, accepting their demands, wishes and desires, with the purpose of offering them quality of life and death throughout the illness process. It is possible to conclude that the presence of the psychologist in this context can favor the quality of care provided, since this professional performs the role of mediation between patient, family and team, in order to facilitate exchanges and humanize relationships, in addition to raising awareness of team for the psychosocial needs of patients and families, seeking to meet them within the possibilities.

Keywords: Psychology. Palliative Care. Quality of Life. Quality of Death.

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) surgem na década de 1960 em Londres, com a liderança de Cicely Saunders e têm como foco o alívio da dor e do sofrimento de pacientes com doenças terminais. Portanto, é somente em 1974, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece esse termo. No Brasil, esses cuidados são introduzidos em 1979 por Miriam Marteleite. Com seu crescimento, compreender a importância dos cuidados paliativos é essencial para promover maior qualidade de vida (QV) e qualidade de morte (QM) aos pacientes (Paiva, 2022).

Compreende-se então que os CP têm como objetivo não só proporcionar ao paciente paliativo uma boa QV, na qual ele consiga viver seus dias com mais conforto e tranquilidade, mas também uma boa QM, ou seja, um fim de vida com o menor sofrimento possível. Para isso é preciso um olhar que contemple as mais amplas necessidades, não apenas dos pacientes, mas também de seus familiares, de modo a abarcar a esfera biopsicossocial, o que inclui as necessidades físicas, psicológicas, sociais, bem como espirituais, tentando, ao máximo, alinhar os cuidados necessários no tratamento aos valores e vontades do indivíduo (Maiello, *et al.* 2020).

Desse modo, o atual trabalho possui como principal objetivo entender o papel do psicólogo nos cuidados paliativos associado à qualidade de vida e à qualidade de morte desses pacientes. Tem-se como objetivos específicos analisar a literatura científica sobre a atuação do psicólogo em cuidados paliativos, identificando as estratégias de intervenção psicológica mais eficazes para lidar com as questões emocionais, existenciais e espirituais dos pacientes paliativos; examinar a influência da comunicação efetiva do psicólogo na promoção da QV e QM, considerando aspectos como o entendimento do paciente sobre seu estado de saúde e a preparação emocional para o fim da vida e, por fim, investigar os dilemas éticos enfrentados pelo psicólogo no contexto dos CP, destacando as situações específicas que envolvem a promoção de vivência mais significativa e harmoniosa do final de vida do paciente, de forma a considerar os aspectos culturais, religiosos e individuais.

A metodologia utilizada refere-se a uma pesquisa bibliográfica narrativa, de natureza qualitativa e exploratória, a fim de proporcionar maior familiaridade com o tema. Sendo assim, utilizou-se da interpretação dos fenômenos para o processo de construção do artigo. Foram utilizadas fontes como livros, sites e leis, a fim de maior entendimento acerca do tema principal. Para a busca de artigos eletrônicos foram utilizados os descritores “psicologia”, “comunicação”, “cuidados paliativos”, “qualidade de vida”, “qualidade de morte” e “luto” nas bases digitais Scielo, Lume e Portal de periódicos da Capes, sem restrição de data, sendo utilizados também os operadores booleanos AND e OR para conjugar os descritores. Foram utilizados autores reconhecidos na área dos CP, como Cicely Saunders, Kübler-Ross, Ana Claudia Quintana Arantes, Maria Júlia Kóvacs e Ariès.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA MORTE E DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo Philippe Ariès (1977), a morte ainda é um tema tabu e abordá-la na sociedade exige que o ser olhe para si e para o exterior. Ariès (1977) destaca sobre a mudança de perspectiva acerca da morte e as maneiras de enfrentá-la no Ocidente, apontando as principais diferenças entre a sociedade antiga ou rural atual e a moderna urbana. A primeira buscava, através da presença física, confortar o moribundo até o seu último suspiro, tentando a

comunicação até o derradeiro momento, mantendo-o em sua residência, participando do cotidiano do lar até o momento da morte. Por sua vez, a sociedade moderna delega o momento da morte aos hospitais e asilos, que através dos avanços tecnológicos permitem ao doente o prolongamento de sua vida, mas que por outro lado acaba por ter uma morte solitária e humilhada, “espetado por tubos e agulhas”, assim como aponta o próprio autor (Ariès, 1977, p. 272). Nesse sentido, pode-se associar as duas maneiras de enfrentar a morte citadas acima, a dois tipos de morte também citados pelo autor, sendo esses a morte interdita e a morte domada. Ariès entende como morte interdita a morte ocultada, evitada, vista como tabu, em que a família e os médicos ocultam do moribundo a verdade, vendo a verdade como problemática (Ariès, 1977). Em oposição, existe a morte domada. Nessa, a morte é vista como familiar e próxima, há maior aceitação por parte da família, moribundo e sociedade, há ritualização e uma visão religiosa mais integrada (Ariès, 1977).

Compreende-se que contrariamente a esse tratamento impessoal e tecnicista da morte, emergem os CP. Segundo Paiva (2022), CP surgem na década de 1960 e têm como sua pioneira a enfermeira, médica e assistente social Cicely Saunders. Ainda segundo a autora, eles surgem como um diferencial na área de atenção à saúde e tem como princípio oferecer um cuidado integral ao paciente, visando o alívio de dores e a diminuição do sofrimento psicológico daquele que passa por um momento de proximidade da finitude. Saunders funda em 1967, em Londres, o primeiro *hospice*, chamado St. Christopher’s Hospice, local especializado para tratamento de pessoas que passavam por doenças letais e incuráveis, que contava com suporte físico e de pessoal especializados para o acolhimento desses pacientes e familiares. Vale aqui evidenciar que somente no ano de 1974 a OMS adota o termo cuidados paliativos. Os CP chegam ao Brasil em 1979 através da anestesiológica Miriam Marteleite, a qual funda, neste mesmo ano, o Serviço de Dor em Porto Alegre (Rio Grande do Sul) e, em 1983 o Serviço de Cuidados Paliativos no Hospital das Clínicas.

Ainda em relação à trajetória dos CP, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2017) aponta outros importantes marcos nos CP, sendo esses: a fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos em 1997, a

inauguração pelo Instituto Nacional de Câncer do Hospital Unidade IV com dedicação exclusiva aos CP em 1998, a fundação da ANCP em 2005, a inclusão dos CP como princípio fundamental no novo Código de Ética Médica em 2009 (ANCP, 2017). Nesse mesmo sentido o Ministério da Saúde (MS) divulga a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018). Em 2024, o Brasil institui a Política Nacional dos Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do SUS (Brasil, 2024).

Assim, os cuidados paliativos podem ser vistos como um esforço para resgatar a essência do posicionamento frente à morte que Ariès descreve nas sociedades mais antigas que são: oferecer uma morte mais humanizada e menos solitária, respeitando a individualidade e os desejos do paciente, sem focar exclusivamente no prolongamento da vida a qualquer custo.

3 A MORTE, A VIDA E OS CUIDADOS PALIATIVOS

No contexto dos cuidados com o fim da vida, levando-se em conta os avanços tecnológicos e a ética acerca das condutas clínicas para o manejo da morte, há ainda de se considerar as reflexões sobre as práticas da eutanásia, mistanásia, distanásia, ortotanásia e kalotanásia. Porto e Lustosa (2010) explicam a eutanásia como uma prática voluntária de abreviação da vida, ou seja, essa abreviação é feita de forma induzida utilizando-se dos recursos da medicina, com o consentimento do paciente. Porém, vale ressaltar que existe um grande dilema ético envolvendo a eutanásia, uma vez que a mesma pode ser vista como algo imoral ou até mesmo ilegal, como por exemplo no Brasil, em que de acordo com o artigo 121 do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940), essa conduta clínica é reconhecida como crime de homicídio. Por essa mesma via, encontra-se a mistanásia, ou também chamada de eutanásia social, a qual é caracterizada como abreviação da vida por erro médico, negligência ou abandono do paciente. Em contraponto aos dois conceitos anteriores, existe a distanásia, na qual existe a tentativa de preservar a vida a qualquer custo, o que por um lado pode até mesmo ser considerada uma obsessão pela vida biológica, esquecendo-se por um certo momento do cuidar, da dignidade do paciente e até mesmo de suas vontades.

Os autores (2010), por sua vez, citam a ortotanásia, a qual seria a terceira via que ficaria entre a eutanásia e a distanásia. Essa tem como objetivo oferecer ao paciente a possibilidade de uma boa morte, ofertando-lhe os cuidados necessários para que essa ocorra da melhor forma possível, sempre respeitando o tempo de seu corpo. Nesse mesmo sentido, Floriani (2013) explica a kalotanásia como a morte boa, heroica, a boa morte, na qual essa faz sentido para o sujeito. Esse modelo está pautado em um conjunto de ações que buscam por uma morte mais suave, com significação e transcendência. Essas ações estão relacionadas ao não abreviar a morte, nem adiá-la, mas sim, permitir que essa venha no tempo certo, respeitando o indivíduo, uma dignidade, privacidade e vontades. Perante a descrição de ortotanásia e kalotanásia, percebe-se proximidade entre ambas. Pensando nisso Floriani (2013), compreende que, a kalotanásia seria um auxílio à ortotanásia, onde os princípios da primeira auxiliariam a proposta da segunda. Assim, os CP surgem como uma alternativa ao conceito da ortotanásia, bem como da kalotanásia, como forma de proporcionar uma boa morte, humanizada. Logo, pode-se entender CP como:

Cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças com risco de 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 (World Health Organization, 2020).

Estudos relacionados aos CP publicados na revista The Economist Intelligence Unit com o tema **The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world** (2015), apontam que nem todos os países com alta renda possuem bom desempenho quando o assunto são os cuidados paliativos. Esse bom desempenho relaciona-se com a estratégia nacional que o país possui e apoio governamental prestado aos cuidados paliativos, possibilitando assim que os mesmos apresentem como consequência desse investimento uma melhor qualidade de morte (The Economist Intelligence Unit, 2015). O estudo (2015) ainda aponta que uma boa política nacional de cuidados paliativos, altos investimentos em serviços de saúde, treinamento em cuidados paliativos para médicos e equipe, disponibilidade de analgésicos opioides e conscientização da sociedade sobre os cuidados paliativos são as principais características de países com alta qualidade de morte. Segundo esse mesmo estudo, o Brasil apresentava em 2015 índices baixíssimos de Qualidade de [CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.521-542, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.](#)

Morte e de investimentos em CP, estando no grupo três⁴ referente à presença e eficácia da estratégia nacional de cuidados paliativos liderada pelo governo, sendo esse o descritivo do grupo: “Existe uma estratégia liderada pelo governo para desenvolvimento e promoção de cuidados paliativos nacionais. Isto tem uma visão ampla e marcos vagamente definidos...” (The Economist Intelligence Unit, 2015, tradução própria). No ranking das pontuações gerais acerca da QM o Brasil encontra-se com uma pontuação igual a 42,5 em um total de 100 pontos, o que leva a classificá-lo como um dos piores países para se morrer no mundo (The Economist Intelligence Unit, 2015). Frente ao envelhecimento geral da população, a maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis como o câncer, diabetes e demência e a crescente necessidade de melhores meios de acolher essas demandas e seus possíveis desdobramentos, a Assembleia Mundial de Saúde de 2014 viu nos CP uma via de enfrentamento a essas questões da nova realidade da população, propondo a partir dessa visão a integração dos cuidados paliativos nos sistemas nacionais de saúde (The Economist Intelligence Unit, 2015).

O Brasil em maio de 2024 institui a PNCP no âmbito do SUS que regulariza os CP no país, apresentando propostas similares às de países que possuíam uma alta qualidade de morte de acordo com o *The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world*. A PNCP possui como proposta principal abordar o tratamento e prevenção destinados ao paciente paliativo e seus familiares, através do oferecimento de ações e serviços que visem aliviar a dor e o sofrimento dos mesmos (Brasil, 2024). A atual PNCP apresenta como principal foco a humanização do processo dos CP de forma a permitir que o indivíduo que passa por esses cuidados tenha sua vida valorizada, seus valores, crenças, religião e autonomia respeitados através do início precoce desse cuidado, atenção centrada nessa pessoa e sua família, comunicação sensível e empática, observância à Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), acolhimento ao luto, ampliação desse cuidado deixando-o presente em todas as

⁴ O *The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world* divide os países analisados em cinco grupos para classificá-los e agrupá-los de acordo com a presença e eficácia da estratégia nacional de cuidados paliativos liderada pelo governo. Quanto melhor as estratégias nacionais e políticas adotadas maior é o número de descrição do grupo. Atualmente o Brasil se encontra no grupo três, ou seja, um grupo mediano (The Economist Intelligence Unit, 2015).

Redes de Atenção à Saúde (RAS), disponibilização de opioides necessários e, por fim, a conscientização de profissionais da saúde e comunidade em geral sobre o que são os cuidados paliativos (Brasil, 2024).

Ana Claudia Quintana Arantes (2020), explica que é no momento da morte ou próximo dela que o sujeito entende o que realmente importa na vida, vendo-a através de uma nova ótica, desprezando tudo o que não faz mais sentido, agarrando-se apenas ao mais importante naquele momento, tornando-se sábio diante a vida. Nesse mesmo contexto, a autora ainda aborda a temática em seu livro **A morte é um dia que vale a pena viver**, em que afirma que “As pessoas morrem como viveram. Se nunca viveram com sentido, dificilmente terão a chance de viver a morte com sentido.” (Arantes, 2016, p. 34). Desse modo, tem-se que o amparo humanizado ao sujeito paciente diante da doença incurável através de uma perspectiva biopsicossocial é capaz de proporcionar qualidade ao processo de viver e de morrer, permitindo que o paciente verbalize seus, desejos, medos, dores, de modo a auxiliar que o mesmo traga sentido à sua existência, e consequentemente, possa viver a morte com sentido.

3.1 QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE MORTE

A QV e a QM são conceitos pertinentes na área da saúde, especialmente no contexto de CP, uma vez que esses conceitos ressaltam a importância de uma abordagem centrada no sujeito/ paciente, considerando suas necessidades físicas, psicológicas, espirituais, sociais, os seus desejos e valores.

Nesse sentido entende-se que a QV está intimamente ligada ao posicionamento do indivíduo sobre a vida, a valorização de sua cultura, seus valores e suas perspectivas (OMS, 2020). Em complemento ao que se entende como QV, a médica oncologista Dalva Yukie Matsumoto alega que a QV também está relacionada à possibilidade de autonomia do paciente, para que esse tome suas próprias decisões, a partir do momento que essas não lhe causem maleficência e sim beneficência, destacando ainda outros pontos que contribuem para a QV do mesmo, como o respeito aos desejos e necessidade desse paciente, o controle de seus sintomas físicos, a possibilidade de convivência com sua família quando possível e o resgate de pendências, de

forma assim a otimizar o curso da doença (Matsumoto, 2012). Dessarte, após análise dos principais pontos abordados pela OMS (2020) e pela autora Matsumoto (2012), percebe-se que ambos concordam quanto à importância de atentar-se a todo contexto de vida desse paciente para que o mesmo seja ouvido e tenha os seus desejos e vontades valorizados e atendidos.

Por sua vez a QM está diretamente associada à QV, uma vez que para que ocorra uma boa morte, é essencial que fatores ligados à QV sejam atendidos, podendo-se acrescentar aos fatores citados acima o manejo do estresse do paciente, o treinamento de estratégias de enfrentamento, as despedidas, o encontro de um significado para a vida quanto para a morte, de forma a fazer com que essa finitude seja na melhor qualidade possível (Franco, 2008). Nesse mesmo sentido, para Menezes (2004) morrer com qualidade (ou ter uma boa morte, como assim cita o autor) significa viver intensamente a última fase da vida, ou seja, aquela que antecede a morte, com o intuito de ter sua identidade reconhecida. Para o autor, a boa morte tem como perspectiva fazer com que esse momento na contemporaneidade seja diferente dos tempos passados, onde o moribundo era silenciado e perdia totalmente a sua identidade.

Em suma, pode-se resumir que a função dos CP é promover QV a todos os envolvidos no processo, ou seja, o paciente e seus familiares, a fim de propiciar o alívio do sofrimento através do tratamento de dores e demais sintomas, sejam esses físicos, mentais ou espirituais (Brasil, 2018). Para isso é preciso um olhar que contemple as mais amplas necessidades, não apenas dos pacientes, mas também de seus familiares, de modo a abarcar a esfera biopsicossocial, o que inclui as necessidades físicas, psicológicas, sociais, bem como espirituais, tentando ao máximo alinhar os cuidados necessários no tratamento aos valores e vontades do indivíduo (Maiello, *et al.* 2020).

3.2 O LUTO

O luto pode ser entendido como reação a perda de um ser devido à morte, ou então reação à outras perdas, podendo essas serem o divórcio, demissão ou afastamento de pessoas (Silva, 2014). Sendo assim, diante de tal definição, pode-se entender que o paciente paliativo também sofre esse pesar, pelas

perdas consequentes à impossibilidade de cura, sendo essas a perda de autonomia, independência, rotina, saúde e, por fim, a possível perda da vida.

Nesse contexto de luto, Elizabeth Kübler-Ross (1996) em seu livro **Sobre a Morte e o Morrer**, elenca acerca das fases do luto. Segundo a autora, o luto pode ser dividido em 5 principais estágios, sendo esses: a negação e o isolamento, a raiva, a barganha, a depressão e, pôr fim, a aceitação. Solano (2014) destaca que mesmo Kübler-Ross elencando nessa ordem os estágios do luto, os mesmos podem não ocorrer de forma linear. Sendo assim, algumas pessoas podem viver um estágio mais de uma vez e também alguns estágios podem ser vivenciados de forma simultânea. Kübler-Ross descreve o primeiro estágio do luto (a negação e o isolamento) como a fase em que o paciente após receber a notícia de sua doença (muitas vezes a recebe de forma abrupta) tem a reação de negar a informação recebida, comumente dizendo frases como: “Não, eu não, não pode ser verdade. ” (Ross, 1996, p.51), bem como também sendo comum buscarem outros médicos, refazerem exames e até mesmo acreditarem que os resultados recebidos dos exames foram trocados na hora da entrega, como forma de se negarem a acreditar que a doença tenha chegado a eles em algum momento. A referida autora ainda ressalta que a negação pode vir em uma fase posterior à fase de anúncio do diagnóstico, ou seja, na fase já de tratamento da doença. A autora descreve o segundo estágio do luto (a raiva) como sendo uma fase em que se aflora a raiva, a revolta, o ressentimento e a inveja, e essa acontece, posteriormente, ao sentimento de negação, onde o paciente sai de um momento fantasioso e enfrenta o fato de estar doente. Kübler Ross (1996) relata ser comum nessa fase o paciente questionar: “Por que eu? ”, além de ter atitudes de exigência extrema com a equipe hospitalar, comunicar-se de forma agressiva e em alto tom, como forma de manifestação de seus sentimentos. Ela afirma que a fase da raiva é um momento difícil tanto para o próprio paciente, bem como para família e equipe multiprofissional, uma vez que essa emoção se projeta em todo o ambiente e o paciente acaba por ser mal visto pela equipe, que, por vezes, não busca entender de onde vem essa raiva, para assim poder acolhê-la e auxiliar o ser acometida por ela. Kübler Ross (1996) entende como mais curto e pouco reconhecido, porém igualmente útil como os demais, o terceiro estágio do luto, a barganha.

A barganha, na realidade, é uma tentativa de adiamento; tem de incluir um prêmio oferecido “por bom comportamento”, estabelece também uma “meta” auto-imposta [...] e inclui uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, caso o primeiro seja concedido. Nenhum de nossos pacientes “cumpru as promessas” (Kübler Ross, 1996, p.93).

Em outras palavras, de uma maneira informal, a barganha é uma troca de benefícios. Seguindo a sequência dos estágios, Kübler Ross (1996) denomina a depressão como o quarto estágio. Essa fase pode ser descrita como um momento de “grande perda” (Kübler Ross, 1996), uma vez que a doença não pode mais ser escondida, e esse paciente começa a apresentar sintomas mais fortes, como a mudança na aparência e o maior número de procedimentos feitos em seu corpo, ou seja, as perdas começam a ser mais visíveis e palpáveis.

Kübler Ross (1996) exemplifica em seu livro **Sobre a morte e o morrer** algumas dessas perdas mais comuns de serem vistas sendo essas as perdas de dentes ou a perda de cabelos o que acaba por afetar profundamente a autoestima de uma pessoa, ou a perda de um útero ou as mamas por um câncer, o que pode fazer uma mulher se sentir menos mulher, a perda de autonomia, a perda financeira para poder arcar com os custos do tratamento, dentre muitas outras que permeiam o momento de adoecimento e processo de hospitalização. Por fim, a autora nos apresenta a última fase do luto que é a aceitação. Esse é o momento em que o paciente aceita o seu destino (a morte) após superar as fases citadas anteriormente. Kübler Ross (1996) ressalta que não se deve confundir o estágio de aceitação com a felicidade por parte do paciente, e que, nesse momento, ele deseja apenas desligar-se um pouco do mundo exterior, geralmente não querendo muitas visitas, muitas conversas, querendo as vezes apenas uma companhia que fique ao seu lado, comunicando-se de maneira não verbal, apenas com sua presença. A autora esclarece que nesse momento a família desse paciente também carece de auxílio, uma vez que é um momento para a despedida e nem todos estão preparados para isso.

Ainda sobre os modelos do luto, Margareth Strobe e Henk Schut (1999) abordam acerca do Modelo do Processo Dual do Luto, sendo esse considerado o mais atual no campo da Psicologia do Luto. Esse modelo propõe que o enfrentamento do luto ocorra através de um processo dinâmico, em que a pessoa enlutada transita entre dois tipos de enfrentamento: a orientação para a perda e a orientação para a restauração. A orientação para a perda está

[CADERNOS DE PSICOLOGIA, JUIZ DE FORA, v. 7, n. 12, p.521-542, jul./dez. 2023 – ISSN 2674-9483.](#)

relacionada ao enlutado focar na dor da perda, nas lembranças do falecido, olhar fotos antigas e chorar pela pessoa amada. Por sua vez a orientação para a restauração está associada às atividades e ajustes que auxiliem a pessoa enlutada a adaptar-se e reestruturar-se à nova realidade sem o ente querido. Esse modelo torna-se viável ao ponto que permite que a pessoa oscile entre essas duas dimensões, permitindo que essa não negue a morte do ente, nem mesmo prolongue o sofrimento da perda (Strobe; Schut, 1999).

3.2.1 Rituais de Despedida

Diante o momento de luto e despedida nos CP, os rituais de despedida mostram-se presentes, oferecendo acolhimento e um espaço seguro para a expressão dos sentimentos. Nesse sentido, Maiello et al. (2020, p. 76) afirmam que:

Os rituais de despedida são considerados grandes aliados no processo de elaboração do luto, pois permitem que os indivíduos encontrem espaços protegidos e normalmente, “autorizados”, para expressarem sofrimentos e sentimentos.

Levando em consideração todo o contexto que permeia a finitude nos CP, Maiello, et al. (2020) ressaltam que é no momento dos rituais de despedida que a despedida de fato acontece e a finitude é melhor entendida. Neles as homenagens são feitas, há uma busca de sentido na perda, bem como há a busca de apoio emocional e social por parte do paciente, como também dos familiares e amigos. Kóvacs (1992) aponta para a morte como um grande inimigo da sociedade desde os tempos passados, a qual é combatida com a linguagem, amuletos e cerimônias. Para a autora os rituais de despedida ou ritos de morte ou luto (assim chamados por ela) possuem como função o enfrentamento da morte, de maneira a consolar os vivos e de certa forma o moribundo, seja o seu corpo ou sua alma a depender de cada sociedade (Kóvacs, 1992). Nesse mesmo sentido, Saporetti e Silva (2012) salientam que os rituais de despedida têm como função social o auxílio na transcendência do sofrimento humano frente à morte, ressaltando o papel da religião nessas ocasiões, uma vez que cada uma delas enxergará a morte de uma perspectiva o que interferirá na maneira de enfrentamento de cada pessoa. Em suma, os rituais de despedida, de acordo com Souza e Souza (2019), podem ser entendidos como manifestações

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.521-542, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.

humanas diante da morte que estão relacionadas em como as pessoas entendem e enfrentam a morte e o morrer, e podem ser exemplificados com visitas aos cemitérios, cartas para a pessoa morta, velórios e até mesmo outras modalidades de despedidas enquanto o paciente ainda está com vida, as quais fazem parte do que se chama de luto antecipatório, de acordo com Fonseca (2014). Dessa maneira, pode-se entender como luto antecipatório a elaboração de uma perda antes mesmo que essa aconteça, e esse processo, em sua grande maioria, acontece diante da notícia de uma doença grave que acomete a vida de uma pessoa (Fonseca, 2014). Assim, é possível compreender que os rituais de despedida não são realizados apenas no pós-morte pelos amigos e familiares da pessoa morta, mas que podem e devem ser realizados em vida, auxiliando familiares, amigos e paciente na elaboração da perda que virá a acontecer.

4 O PSICÓLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Entende-se que frente ao cenário dos CP, acontece a intervenção multidisciplinar ao paciente e à família, e entre as profissões atuantes está a psicologia. O psicólogo no cenário hospitalar, mais especificamente nos CP tem como função “[...] facilitar o processo de cuidar paliativamente, cuja preocupação central é dar qualidade de vida na morte, além de propiciar ao paciente e seus familiares uma possibilidade de escuta de suas necessidades.” (Porto; Lustosa, 2010, p. 92). Portanto, é importante entender as maneiras as quais o profissional da psicologia pode intervir nesse momento tão delicado e subjetivo na vida do sujeito paciente⁵ e seus familiares.

Segundo o INCA (2022), o psicólogo deve iniciar seu trabalho com uma avaliação psicológica, na qual deverão ser investigadas as principais demandas desse sujeito paciente, bem como a origem de seus sofrimentos e desconfortos (questionando se essa origem seria física ou psicológica) e então conversar com a equipe multidisciplinar responsável por aquele paciente, como forma de entendê-lo de maneira integral, cooperando de forma efetiva para seu conforto

⁵ Faz-se o uso do termo sujeito paciente como forma de não reduzir a pessoa que está em Cuidados Paliativos à sua doença. A palavra sujeito é usada para se referir à pessoa que tem vontades e desejos como forma de valorizar a sua subjetividade e individualidade, e a palavra paciente para se referir à pessoa que está acometida pela doença incurável.

e autonomia – quando possível. Nesse contexto, o INCA (2022) relata que cabe à equipe multidisciplinar, em conjunto com a família desse sujeito, se alinharem para que ele seja o protagonista sempre, sendo capaz quando lúcido e orientado, de verbalizar seus desejos, angústias, sentimentos, vontades - sejam essas de o que comer, quais visitas receber, onde morar, com quem morar e até mesmo onde morrer. Nesse contexto de respeito aos desejos e vontades do paciente é possível citar a DAV, instrumento utilizado para que a pessoa possa registrar as diretrizes que gostaria que seus cuidadores e família seguissem, como por exemplo a rotina que deseja, o tratamento de saúde ou mesmo a gestão de bens, caso a mesma perdesse a lucidez ou viesse a óbito (Oliveira, 2023). É importante ainda salientar que a avaliação psicológica feita pelo profissional de psicologia, poderá ainda averiguar se é presente no paciente alguma doença de cunho psicológico, como, por exemplo, ansiedade ou depressão, e assim comunicar à equipe para que possa ser feito o tratamento medicamentoso com psicotrópicos, caso necessário, e o não medicamentoso como uma psicoterapia breve de apoio, dando espaço a esse paciente para a verbalização de suas emoções e sentimentos, bem como estratégias de relaxamento, autorização da entrada de objetos afetivos importantes a essa pessoa, como fotos, livros, flores e mesmo visitas importantes como animais de estimação e crianças (INCA, 2022).

É também essencial citar a importância do psicólogo no apoio aos familiares desse sujeito que está em CP, mediando a comunicação entre a equipe multidisciplinar e esses familiares, buscando observar se essa comunicação está sendo clara e que essa família está entendendo todo o contexto da doença que acomete o ente querido (INCA, 2022). Destaca-se ainda a importância de se observar quais são as reações que esses familiares estão tendo frente às notícias ofertadas pela equipe, e em caso de mau recebimento das mesmas, é papel do psicólogo acolher essas pessoas, na tentativa de entender esses sentimentos, quais são suas crenças e pensamentos acerca da finitude, bem como o histórico de perdas da família (INCA, 2022). Além da mediação entre equipe e familiares, o psicólogo também desempenha a função de mediar a comunicação entre o paciente e seus familiares. O psicólogo nessa mediação terá o papel de entender o funcionamento da dinâmica familiar, incluindo os diversos graus de parentesco e envolvimento afetivo, observando o

sistema de crenças presente em relação à doença e às formas de enfrentamento, com o intuito de estabelecer para aquele paciente uma rede de apoio sensível, estável e proativa, trazendo a ele qualidade de vida (Franco, 2008).

Após entender o que são os CP, é necessário compreender quem é essa pessoa que passa pelo momento dos CP, ou seja, quem é esse paciente paliativo. Segundo Porto e Lustosa (2010), o paciente paliativo é aquele o qual a doença que acomete o corpo físico não tem mais tratamento possível pela medicina, ou seja, a cura já não é mais uma opção. Assim, mediante tal situação, esse paciente não mais sofrerá novas intervenções medicinais com o intuito de curá-lo, intervenções essas que de certa maneira poderiam trazer mais prejuízos que benefícios a esse paciente, uma vez que o faria sofrer fisicamente sem a possibilidade de um retorno efetivo por parte do corpo. Desse modo passa-se a privilegiar intervenções que visem o alívio do sofrimento e o bem-estar, como as psicológicas e as espirituais, as quais podem beneficiá-lo de forma mais efetiva, através da escuta ativa e do acolhimento, buscando entender quais as possibilidades e desejos desse paciente, a partir da premissa que se deve “[...] olhar ao paciente, como sujeito de uma vida e história e não como prisioneiro de uma doença, [...]” (Porto; Lustosa, 2010, p. 79).

Prezando a visão integral sobre o sujeito paciente, é de extrema importância o papel do psicólogo nesse momento de vida do indivíduo, como forma de priorizá-lo acima da doença manifesta.

4.1 COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL: A EQUIPE, O PACIENTE E A FAMÍLIA

Nesse sentido, vale a pena ressaltar também acerca da importância da comunicação interpessoal em um momento tão delicado que são os CP, uma vez que essa é a palavra de ordem nesse contexto (Menezes, 2004). A comunicação interpessoal está envolvida em um complexo processo que abarca a compreensão e a transmissão de mensagens das pessoas envolvidas nessa comunicação, e que leva em consideração a individualidade de cada comunicador, indo além de uma simples transmissão de mensagens ou informações, levando em conta além da linguagem verbal, também a não verbal

(Silva; Araújo, 2012). Nesse mesmo viés, a comunicação interpessoal nos CP aborda alguns objetivos específicos como entender os anseios e expectativas do paciente, oferecer informações verdadeiras e transmiti-las de forma gradual e de acordo com a necessidade do paciente, entender suas individualidades, reforçar a autonomia, melhorar a relação entre profissional, família e paciente e, por fim, auxiliar o paciente no enfrentamento da doença até sua morte (Silva; Araújo, 2012). Pensando nessa importância a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) também monta em 2020 uma cartilha abordando o que são os CP, bem como todos os seus pilares, e entre eles está a comunicação. A instituição delega seis passos para que a comunicação em C.P. ocorra de forma efetiva, sendo esses: 1) manter a calma e legitimar o medo do paciente e/ou familiar; 2) olhar nos olhos, falar pausadamente para garantir que a pessoa está entendendo o que você está falando e consiga absorver as informações; 3) acolher as reações e entender que não são ataques pessoais; 4) falar de forma simples, para que a pessoa te entenda; 5) não delegar à pessoa uma decisão que não cabe a ela; e 6) escutar a pessoa mesmo que ela tenha opiniões divergentes da sua (Brasil, 2020).

Silva e Araújo (2012) afirmam que uma das habilidades mais importantes ao profissional no âmbito da comunicação é a escuta, a fim de identificar as reais necessidades desse sujeito que está doente. Os autores afirmam que oferecer informações verdadeiras ao paciente é um dos objetivos específicos da comunicação em CP. Portanto, seguindo esse raciocínio, torna-se imprescindível abordar acerca da comunicação de notícias difíceis, uma vez que essas estão ligadas ao direito do paciente em receber informações sobre seu quadro clínico. Muitos profissionais da saúde ainda acreditam que comunicar notícias difíceis ao paciente e/ou à sua família pode acarretar mais sofrimento e angústia, porém esse comportamento acaba por criar nessas pessoas uma espécie de isolamento emocional, fazendo com que elas não tenham a oportunidade de se expressar e expor suas vontades e dúvidas, principalmente o sujeito paciente (Silva Araújo, 2012). Nesse sentido, como forma de auxiliar os profissionais da saúde a comunicarem as notícias difíceis recorre-se ao protocolo SPIKES, que é um instrumento que direciona de forma didática as condutas que devem ser seguidas para que essa comunicação aconteça da

forma mais eficaz possível (Alves; Sarinho; Belian, 2023). Cada letra da sigla SPIKES significa uma conduta a ser seguida, a saber: o S que significa setting, e aborda acerca da necessidade em se preparar o ambiente que a notícia será dada, importando-se com a forma de se comunicar e observando quem são as pessoas que devem estar presentes nesse momento; P que significa perception, e aborda acerca da percepção que se tem sobre o que o receptor da notícia já tem conhecimento da doença; I que significa invitation, e aborda sobre o convite para descobrir o que o receptor gostaria de saber sobre a doença; K que significa knowledge, e aborda sobre o compartilhamento de informações com os receptores; E que significa empathy, que aborda acerca da empatia em receber as emoções das pessoas envolvidas nesse processo de comunicação; e, por fim, S que significa strategy and summary, que aborda sobre o resumo das informações passadas e elaboração de estratégias de enfrentamento em conjunto com os receptores, visando o bem-estar do paciente (Alves; Sarinho; Belian, 2023). Desse modo, tem-se que uma comunicação clara, eficiente e acolhedora entre equipe, familiares e paciente qualifica a assistência prestada e humaniza o cuidado.

5 BIOÉTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os CP são permeados por dilemas e desafios éticos que precisam ser lidados com cuidado e prontidão, a fim de oferecer ao sujeito paciente autonomia, dignidade, qualidade de vida, e nos casos de doenças terminais e/ou cuidados paliativos, uma qualidade de morte. Assim sendo, Maiello *et al.* (2020), apontam algumas questões éticas baseadas nos Princípios da Bioética, sendo essas a autonomia do paciente (garantir que o paciente esteja ciente de sua condição e assim poder participar das decisões sobre seus planos de cuidado), beneficência (ampliando ao máximo o bem que se pode fazer a esse paciente), não maleficência (não fazer mal ou prejudicar esse paciente), justiça (tratá-lo sempre de maneira justa). Nos CP dilemas éticos comuns incluem questionamentos morais e sociais em relação a qual escolha deve ser feita quando se têm duas ou mais opções terapêuticas para um certo paciente, mesmo que essas não sejam destinadas à cura, uma vez que ele se encontra

em CP, ou seja, há dilemas em relação ao processo de tomada de decisão acerca das terapêuticas disponíveis (Alcântara, 2020). Segundo a autora, isso se deve, muitas vezes, à falta de preparo profissional e de conhecimento acerca da temática dos CP. Nesse sentido, compreende-se que é fundamental que a equipe multidisciplinar esteja treinada e que tenha o aparato ético para lidar com o contexto dos CP.

Nesse mesmo sentido, segundo a American Psychological Association (2017) os profissionais de psicologia, em particular, deparam-se com dilemas éticos relacionados à confidencialidade. Esses estão relacionados ao questionamento da equipe acerca de informações que podem comprometer o sigilo profissional do psicólogo, ou mesmo relacionados aos questionamentos pessoais dos profissionais acerca de seus limites em relação a essa confidencialidade (American Psychological Association, 2017).

Tomando como base os princípios da bioética, compreende-se que a comunicação é essencial para que os dilemas éticos existentes nesse contexto dos CP sejam manejados de maneira eficaz. Segundo Silva e Araújo (2012), o pilar de uma comunicação efetiva é a escuta ativa por parte dos profissionais da equipe de saúde, bem como a oferta de informações verdadeiras ao paciente. Tais pontos se correlacionam diretamente com os princípios apresentados. Assim tem-se que os CP exigem que a equipe esteja preparada para trabalhar com o mesmo, de forma a conciliar os conhecimentos técnicos, os desejos pessoais e os princípios éticos, a fim de assegurar a esse paciente paliativo os cuidados necessários para que esse tenha uma QV, bem como uma QM.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou abordar o papel do psicólogo nos cuidados paliativos, e como a atuação desses profissionais auxilia para que os pacientes paliativos tenham uma boa qualidade de vida, bem como uma boa qualidade de morte. O estudo apontou que os psicólogos possuem como principal atribuição nos cuidados paliativos abordar os aspectos biopsicossociais do ser humano, seja esse o paciente, sua família ou a equipe responsável pelo tratamento desse sujeito, sendo o psicólogo mediador dessa tríade. Nesse contexto, compreende-se que os objetivos desse estudo foram alcançados, embora ainda seja

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.521-542, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.

necessário avançarmos com relação à prática do psicólogo nos CP por ser uma área ainda muito recente.

Entende-se que as principais contribuições do atual artigo estão relacionadas à disseminação do que são os cuidados paliativos e suas principais características, dando destaque à possibilidade de oferecer ao paciente com uma doença incurável a qualidade de vida, para que esse viva o processo tendo suas angústias e medos acolhidos, suas vontades e desejos realizados sempre que possível, bem como a qualidade de morte, para que esse tenha na hora do morrer dignidade, tranquilidade, e conforto necessários. Outra contribuição importante diz respeito ao entendimento do trabalho do psicólogo no contexto hospitalar, bem como sua atuação nos cuidados paliativos, o que muitas vezes não é bem entendido pela sociedade e até mesmo pela equipe multidisciplinar.

Acredita-se que os objetivos propostos no presente estudo poderiam ser estudados de maneira mais profunda por meio de uma pesquisa de campo, através da coleta de dados com profissionais da área de psicologia. No entanto, diante da limitação de tempo, foi possível realizar apenas um levantamento bibliográfico, o que impõem algumas limitações à pesquisa. Portanto, recomenda-se que outros pesquisadores com interesses nesse tema possam realizar uma investigação de campo com o intuito de averiguarem mais amplamente a atuação desses profissionais.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. ANCP e Cuidados Paliativos no Brasil. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 2017. Disponível em: <https://staging-api-wordpress.paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (Brasil). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Brasília: Cofen, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 09 out. 2024.

ALCÂNTARA, Fabíola Alves. Dilemas éticos em cuidados paliativos: revisão de literatura. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 704-709, out./ dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Nb4RkLxvwRvCTPzVzWvhDdN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2024.

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.521-542, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.

ALVES, Carla Andréa Costa, SARINHO, Silvia Wanick, BELIAN, Rosalie Barreto. Comunicação de más notícias em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Bioética**, Brasília, v. 31, p. 1-8, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/qJJc7MpyczZmVb8mrS6kBwQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2024.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Princípios Éticos dos Psicólogos e Código de Conduta**, 2017. Disponível em: <https://www.apa.org/ethics/code>. Acesso em: 11 out. 2024.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. 1. ed., Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. *E-book*.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **Histórias lindas de morrer**. Rio de Janeiro: Sextante, 2020. *E-book*.

ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias / Philippe Ariès; tradução Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. *E-book*.

AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos, CREPALDI, Maria Aparecida. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 33, n. 04, out./ dec. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/JHXxwcXNsgNk3f3pfsyyhFP#>. Acesso em: 10 out. 2024.

BARROS, Odila Mazzei de. **Núcleo de prevenção à violência e promoção da saúde psicologia no enfrentamento do covid 19**. Disponível em: <https://www.jarinu.sp.gov.br/secretarias/saude/nucleo-prevencao-a-violencia-domestica/nucleo-de-prevencao-a-violencia-e-promocao-da-saude-psicologia-no-enfrentamento-do-covid-19-13443>. Acesso em: 29 maio 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm#art361. Aceso em: 08 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidados Paliativos**: orientações aos profissionais de saúde. Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 nov. 2018. p. 276. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 41, de 23 de novembro de 2018**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento regional integrado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 nov. 2018. Disponível em:

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.521-542, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 06 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) nos serviços hospitalares do SUS**. 1. ed. Brasília: CFP, 2019. *E-book*

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **2015 Quality of Death Index**: Ranking palliative care across the world. Singapore: Lien Foundation, 2015. Disponível em: <https://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf>. Acesso em: 06 out. 2024.

FLORIANI, Ciro Augusto. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. **Revista Bioética**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 397-404. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/JmXHy7fXfdfMfTRCTXC3gXN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2024.

FONSECA, José Paulo de, et. al. **Tratado brasileiro sobre perdas e lutos**. São Paulo: Atheneu Editora, 2014.

FRANCO, Maria Helena Pereira, et. al. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p. *E-book*.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos** / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 29 maio 2024.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992, 243 p. *E-book*.

KÜBLER ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução Paulo Menezes. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. *E-book*.

LIMA, H. P.; SANTOS, A. F. A eficácia de intervenções psicológicas em saúde mental. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 24, n. 1, p. 1-15, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/McMhwzWgJZ4bngpRjL4J8xq>. Acesso em: 09 out. 2024.

MAIELLO, Ana Paula Mirarchi Vieira. COELHO, Fernanda Pimentel, MESSIAS, Aline de Almada, D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020. *E-book*.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond; Editora FIOCRUZ, 2004, 228 p. *E-book*.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHOQOL-BREF**: instrumento de avaliação da qualidade de vida. [S.l.]: World Health Organization, 1996. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default->

<source/publishing-policies/whoqol-bref/portuguese-brazil-whoqol-bref>. Acesso em: 06 out. 2024.

PAIVA, Carolina Franga; SANTOS, Tânia Cristina Franco; COSTA, Laís de Miranda Crispim; ALMEIDA FILHO, Antonio José de. Trajetória dos Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil. *In*: PERES, Maria Angélica de Almeida; PADILHA, Maria Itayra; SANTOS, Tânia Cristina Franco; ALMEIDA FILHO, Antonio José de (Org.). **Potencial interdisciplinar da enfermagem**: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora Aben, 2002. p. 41-49. *E-book*.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2024.

SENADO FEDERAL. **Testamento vital: reflexões para a política pública de final de vida no Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td320>. Acesso em: 09 out. 2024.

STROBE, Margareth, SCHUT, Henk. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description **Death Studies**, v. 23, n. 3, p. 197-204. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10848151/>. Acesso em 08 nov. 2024.