

EVOLUÇÕES E INVOLUÇÕES DA VISÃO SOCIAL DA MORTE NO OCIDENTE: A PSICOLOGIA HOSPITALAR E SUA ATUAÇÃO NA TERMINALIDADE DA VIDA

Julia Ferreira da Silva¹
Thamyres Bandoli Tavares Vargas²
Renato Marcelo Resgala Junior³

RESUMO: Ao refletir sobre as evoluções e involuções da visão social da morte, o hospital se desvela como palco central desses desdobramentos na contemporaneidade. É relevante pensar que a Psicologia Hospitalar pode atuar de modo expressivo na vivência da terminalidade da vida e no enfrentamento da morte. Com isso, objetiva-se, de modo geral, compreender as contribuições da Psicologia Hospitalar ao acompanhar processos de terminalidade da vida interligada à visão social da morte. O artigo vai se pautar nos seguintes objetivos específicos, elaborar uma discussão histórica sobre as representações da morte e o desenvolvimento do conceito de terminalidade, enunciar a experiência subjetiva da pessoa em processo de terminalidade da vida e entender as ações do Psicólogo Hospitalar diante da realidade do fim iminente. Para tanto, procede-se à revisão bibliográfica, desenvolvida no caráter narrativo, com a utilização de artigos científicos, teses e dissertações. Parte-se da hipótese de que a Psicologia Hospitalar pode atuar no processo de construção de novas simbolizações e representações acerca da morte no período da terminalidade da vida. De modo que, seu suporte auxilie nesse enfrentamento, o que permite, que ao menos no contexto hospitalar, a visão social da morte seja amparada por uma elaboração conjunta. Compreende-se que, ao juntar os fios da visão social da morte com a atuação da Psicologia Hospitalar na terminalidade da vida, suas mútuas influências se evidenciam. Com a predominância da interdição desse fenômeno no ocidente, faz-se necessário centralizar essa temática no cotidiano.

2054

Palavras-chave: Psicologia hospitalar. Tanatologia. Cuidados paliativos. Doente terminal.

ABSTRACT: When reflecting on the evolutions and involutions of the social view of death, the hospital reveals itself as the central stage of these developments in contemporary times. It is relevant to think that Hospital Psychology can act in an expressive way in experiencing the terminality of life and in coping with death. With this, the objective is, in a general way, to understand the contributions of Hospital Psychology when accompanying processes of terminality of life interconnected to the social vision of death. The article will be based on the following specific objectives, elaborate a historical discussion on the representations of death and the development of the concept of terminality, enunciate the subjective experience of the person in the process of terminality of life and understand the actions of the Hospital Psychologist in the face of the reality of the imminent end. To this end, a bibliographical review is carried out, developed in the narrative character, with the use of scientific articles, theses and dissertations. It starts from the hypothesis that Hospital Psychology can act in the construction process of new symbolizations and representations about death in the period of terminality of life. So that your support helps in this confrontation, which allows, at least in the hospital context, the social view of death to be supported by a joint elaboration. It is understood that, when joining the threads of the social vision of death with the performance of Hospital Psychology in the terminality of life, their mutual influences become evident. With the predominance of the interdiction of this phenomenon in the West, it is necessary to centralize this theme in everyday life.

Keywords: Hospital psychology. Thanatology. Palliative care. Terminally ill

¹ Acadêmica do curso de Psicologia, Uniredentor.

² Mestre em ensino pela Universidade Federal Fluminense, docente do curso de Psicologia da Uniredentor.

³ Doutor em Sociologia Política na Universidade Estadual do Norte Fluminense, docente da Uniredentor.

I. INTRODUÇÃO

A morte é um fenômeno que possui inúmeras representações, não se sabe exatamente o mistério que ela esconde, já que esta não é uma experiência alcançável. A dificuldade em se falar sobre a morte, não necessariamente, encontra-se em-si mesma, porém, no sentido que ela tem para a pessoa e nos sofrimentos subjacentes (Hoffmann; Santos; Carvalho, 2021). Destarte, a visão social da morte é atravessada por fatores sociais, culturais, históricos e subjacentes à subjetividade daquele indivíduo. O que torna relevante entender as construções acerca desse fenômeno como algo em constante elaboração, ou seja, que se desdobra em evoluções e involuções.

Estudar a finitude e a natureza proveniente do contato com a morte implica entender o paradigma entre o desejo humano de prolongar a vida e a autopercepção que se engendra ao aceitar o seu término (Pereira; Rocha; Júnior, 2020). A doença terminal é entendida como aquela evolui com o tempo, ameaça a vida e não tem possibilidade de terapia modificadora de doença, ou seja, uma cura. Existem critérios que caminham na direção de um prognóstico ruim em inúmeras doenças, conforme delineado por Nicodemo e Torres (2018, pp. 21-36). Ao considerar os critérios que vão influenciar esse prognóstico, o sofrimento pode atravessar todas as dimensões humanas: física, psicológica, social e espiritual. Essa mobilização vai ocorrer não só com o paciente, mas também com a sua família, os quais vão cocriar formas de enfrentamento, ou não, dessa realidade.

2055

Ao estabelecer um percurso da visão social da morte, é inegável que o hospital constituiu-se, aos poucos, como locus de sua constatação e desvelamento. O desenvolvimento de recursos e técnicas para manutenção e o prolongamento da vida parece ter sido facilitador para que se olhasse o hospital como um lugar no qual a morte acontece (Monteiro; Costa, 2019). A princípio, o cuidado em saúde era norteado por uma noção embebida no paradigma biomédico, que privilegia a cura como uma máxima. No entanto, aos poucos, o fazer profissional tem se reestruturado, para responder às demandas de prolongamento da vida, de forma ética e digna. Como referido no Código de Ética Médica de 2019, nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes, sob sua atenção, todos os cuidados paliativos apropriados.

Apesar de não ser possível promover a cura em situações que o prognóstico é a terminalidade, a Psicologia tem um papel muito importante, o de garantir que todos os

envolvidos nesse processo estejam amparados. Com isso, o estresse e o caos não podem ser os comandantes dessa operação, é necessário abordar os sentidos da morte e quais são as concepções do paciente sobre ela. É imprescindível trabalhar com a tríade paciente, equipe e família, de modo que todos possam ouvir-se e expressar o que precisa ser dito. O psicólogo, diferente dos demais profissionais da saúde, utilizará a linguagem como meio interventivo e terapêutico na relação com o paciente, já que é seu instrumento de trabalho (Sassani; Sanches, 2022).

Assim, a motivação desse estudo está atrelada ao enigma da morte, à persistência da interdição em se trabalhar com ela e sua tendência à incompletude de significados. Dessa forma, considerando a complexidade do lidar com a morte anteriormente colocada, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de compreender a potência da intervenção do Psicólogo na promoção de meios para defrontar o inevitável, a morte, e suas consequências subjetivas, experienciadas pelos sujeitos em processo terminal.

Esta pesquisa tem como principal questão compreender as ressonâncias da Psicologia Hospitalar na vivência da terminalidade da vida, a sua contribuição no enfrentamento da morte, em paralelo com sua visão social. Com o seu desenvolvimento, acredita-se ser possível entender se a Psicologia Hospitalar pode ser um meio de dar novas simbolizações e representações à morte no período da terminalidade da vida. De modo que, seu suporte auxilie nesse enfrentamento, o que torna possível, que ao menos no contexto hospitalar, a visão social da morte seja amparada por uma elaboração conjunta.

2056

Para tanto, objetiva-se, de modo geral, compreender as contribuições da Psicologia Hospitalar ao acompanhar processos de terminalidade da vida. O artigo vai se pautar nos seguintes objetivos específicos: elaborar uma discussão histórica sobre as representações da morte e o desenvolvimento do conceito de terminalidade, enunciar a experiência subjetiva da pessoa em processo de terminalidade da vida e entender as ações do Psicólogo Hospitalar diante da realidade do fim iminente.

2. METODOLOGIA

A pesquisa será realizada através do método de revisão bibliográfica narrativa, de modo que elabore um percurso da visão social da morte no ocidente até chegar nas intervenções da terminalidade da vida. Segundo Mattos (2015), na revisão narrativa a busca e análise da literatura são realizadas a partir da compreensão crítica do autor. De modo que, os estudos e a interpretação estão relegados ao recorte e à subjetividade do mesmo.

As principais fontes utilizadas são artigos científicos, teses e dissertações indexadas nas bases de dados do Scielo, Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde e Biblioteca Digital de Teses. Para as buscas dos textos, o período delimitado foi de 2015 até 2023, exceto para os autores clássicos, como Foucault, Phillippe Ariès e os textos básicos de saúde e do Conselho Federal de Psicologia. Foram usados como descritores a noção de morte no ocidente, a morte e o morrer, os cuidados paliativos, a terminalidade da vida e os manejos da Psicologia Hospitalar diante da morte. O critério de exclusão foi pautado na verificação se os textos continham ao menos um dos descritores supracitados. Dessa forma, o foco da revisão será entrelaçar esses fatores e entender como o trabalho do Psicólogo no hospital implica no enfrentamento e na ressignificação dessa etapa.

3. TERMINALIDADE E MORTE

A morte é parte constituinte do ciclo da vida, ela é algo inerente aos seres vivos. Um fenômeno que se desvela, mas que ninguém possui uma noção exata de como é a experiência de seu desfecho. Ela não permite precisão conceitual, deixa uma lacuna para as diversas interpretações cercadas de simbolismos, que se misturam e se alteram, sendo perpassada pelas representações de cada época (Ariès, 2012). Existe todo um repertório que permite definir se a morte de fato ocorreu, a partir de pressupostos da lógica médica. Esse repertório se divide em morte circulatória, que é correspondente à parada cardíaca irreversível, e à morte cerebral, que é a morte encefálica, ainda que o coração esteja em atividade (Greco; Douglas, 2017).

2057

Apesar da possibilidade de constatar a morte, sua definição e suas formas de enfrentamento são polissêmicas. A morte, enquanto fenômeno psicossocial, se modifica e responde às mudanças requeridas pelo tempo. “O discurso sobre a morte tem uma dinâmica própria e não pode ser pensado como um preâmbulo ou exercer uma função propedêutica na reflexão sobre as realidades últimas, ela é um evento antropológico” (Oliveira, 2021, p. 209). Isso evidencia a necessidade de explorar esses desdobramentos e conhecer as formas com que cada sociedade, atravessada pelas intempéries da época, representam e enfrentam esse fenômeno.

Os povos reagem à morte de acordo com suas formas de conceber as leis e a lógica de sua vida. Em Esparta, período datado a partir do século VII a.C., eles arremessavam idosos e recém-nascidos que possuíam alguma deformação do Monte Tajeto. Nessa concepção, os não saudáveis tinham a morte como o melhor caminho em contraposição a uma vida infeliz. Enquanto em Atenas, era ordenada a morte dos anciãos doentes, para extinguir esses males

(Diniz, 2017). Na Grécia Antiga, nem todas as vidas eram preciosas e dignas de proteção, o que remete ao repertório de Judith Butler (2015, p.32), das mortes não enlutáveis.

Em contrapartida, os Astecas, um povo que prosperou no México, no período pós-clássico, representavam a morte como algo natural, que refletia o modo como eles viviam. O culto à morte era algo frequente e tinha um valor para os povos dessa região. Ao mesmo tempo em que choravam, também faziam festas e oferendas para garantir aquela alma uma boa vida no pós-morte. O destino das almas dependia do tipo de morte, sendo elas: morte comum, morte dos guerreiros, morte na pedra de sacrifícios, morte com relação à água e morte de crianças. Somente as quatro últimas tinham a salvação garantida. Eles atrelavam-se as concepções de morte ao respeito à natureza e à manutenção da civilização (França, 2021).

Philippe Ariés (2012, p.32) traça um panorama dos desdobramentos da morte, enquanto fenômeno cabível à existência e possibilita chegar na concepção domada no século XXI. Com a queda do império romano, a Alta Idade Média tem início (séc. V até XI), para os homens dessa época, a morte era encarada com resignação. Ela era naturalizada, já que ocorria com frequência e que a expectativa de vida não era alta. Esses povos se organizavam de forma coletiva, o que tornava a morte algo público, um momento partilhado. Em decorrência das intempéries da época, como doenças, fome, acidentes, insalubridade, a morte dava indícios de sua chegada e era concebida como um sono profundo. Visto isso, era organizada uma cerimônia, que ocorria na cama do moribundo, para lamentar a vida e buscar o perdão. O silêncio e a falta de sinais da chegada da morte eram motivos de angústias, já que impossibilitariam essa representação.

2058

Por volta do século XI e XII começa a florescer uma concepção mais individual da morte. Os túmulos e as cerimônias que antes tinham um caráter coletivo, se personalizaram e tornaram-se individuais, de modo a contemplar uma imagem do falecido. As pessoas passam a ser responsáveis por si e começam a buscar a salvação, o que relega a morte uma conotação pessoal e dramática. Em relação às cerimônias, elas se vinculam ao cunho religioso atrelado à ideia de juízo final. Os caixões se tornam uma novidade, assim como as máscaras mortuárias, que permitiam fixar na memória a imagem do falecido. As sepulturas se tornam individuais e aos poucos, esses cuidados são relegados aos especialistas remunerados. O afastamento da morte vai se tornando hegemônico, ao passo que ela se torna um meio ao qual o homem toma consciência de si (Ariés, 2012).

Aos poucos a aflição pela morte vai se entranhando no meio social, o que intensifica o

sofrimento e o desespero. A individualização se faz mais presente e no século XVIII o cuidado com os aparatos pós morte são implementados. O túmulo ganha adornos, vitrais, pedestais e fotos, a ideia é imortalizar a memória que se tem do morto. Ocorre uma transposição da angústia da morte de si, para se focar na morte do outro, o que torna a perda algo intolerável. Os sinais da morte iminente que antes eram louváveis para a suposta despedida e a cerimônia coletiva, agora se consagram como algo interdito (Ariés, 2012).

O Romantismo deu forma à impossibilidade de se esquecer dos mortos, ocorreu a transposição do tormento diante da própria morte para a dor de ser separado de alguém amado (Pinho, 2016). Entre os séculos XIX e XX é possível notar o distanciamento e a interdição da morte. A sociedade começa a tecer um desmembramento dos ritos e do luto, de modo que eles ocorram somente com a família. O fim da vida é silenciado e privatizado, a simples menção da palavra morte remonta a um desconforto extremo. Os processos se complexificam, o trabalho e a vida social se subdividem em mais estamentos, o que suscita o individualismo. O adoecimento impede que a pessoa seja produtiva e desfrute dos prazeres, isso se configura como o enfraquecimento da materialidade. Uma sociedade regida pela lógica capitalista imputa no doente um sentimento de desamparo e despertencimento social (Pereira; Júnior, 2020).

2059

Com a complexificação da sociedade industrial e o desenvolvimento da medicina, o ocultamento da morte tornou-se mais evidente. Ocorreu uma transição da morte em casa, para o acontecimento no hospital, onde agora é cercado de meios para impedir que isso ocorra. Os médicos atrasam o máximo possível o fim da vida, prolongam-na até mesmo diante de condições indignas. Essa ideia de garantir sobretudo a cura, acaba por negar as escolhas do paciente, que às vezes só está em busca de um fim digno (Ariés, 2012).

Como retrata Foucault (2008, p.III) em suas discussões sobre a desmedicalização, ocorre uma negação da autonomia do sujeito e a imposição de padrões para quem busca a cura. Ele faz referência ao desenvolvimento de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. Esse novo processo conhecido como morte moderna retira a autonomia da pessoa e coloca ela sujeita ao modelo biomédico. Com o intuito de prolongar a vida, a morte moderna despersonaliza e desumaniza o indivíduo, o que resulta em procedimentos complexos, nos suportes de vida e na tecnologia médica. Isso reduz as facetas humanas a uma compreensão simplista, em que o corpo é medicalizado e tratado, como se essas fossem as únicas formas de cuidado (SassanI; Sanches, 2022).

Mesmo a medicina tendo alcançado uma posição muito boa no embate contra a morte,

ela não deixa de ser algo natural na vida. O que se modificou foi o prolongamento do estágio final, em casos em que não há possibilidade de cura. Isso fez com que o processo de terminalidade da vida se tornasse parte integrante desse cenário, fez emergir a necessidade de criar e reinventar concepções para lidar com ela. A terminalidade é a experiência em que a vida que está em curso compromete-se, de forma que a mesma tende a evoluir em breve para a morte, uma vez que não há mais perspectiva de reestabelecimento da saúde (Mendes, 2020).

Os cuidados dirigidos aos pacientes terminais se desenvolveram em decorrência da criação dos *hospices*, com concepções fortemente ligadas à busca da reumanização do processo de morrer. Esse foi um movimento social que se expandiu na Inglaterra em 1960, e se propunha a dar assistência a pacientes com doenças avançadas e terminais. Se diferem dos *hospices* da Idade Média, que tinham uma concepção mais religiosa e acolhiam os sujeitos em sua jornada. A falta de interesse dos hospitais em cuidar dos pacientes terminais fez com que esse movimento fosse implementado, tendo como público-alvo os pobres, já que os ricos morriam em casa ou em *nursing home*. Os profissionais mais ativos com o cuidado desses pacientes eram as enfermeiras e assistentes sociais. Dame Cicely Saunders foi um importante expoente do movimento, ela reivindicava a assistência global e holística, fundamentada no conceito de dor total. Em 1967 ela fundou o *Hospice St. Christopher's*, no sul de Londres, priorizando um local com áreas verdes para os pacientes desfrutarem (Kovács, 2021).

2060

No Brasil, esse termo *hospice* chegou com uma conotação negativa, já que se assemelhava ao termo *hospício*, que tinha toda uma construção de perdas e mortificação do sujeito. Contrapondo-se ao modelo biomédico, que só tinha olhos para a cura, desde o final da segunda guerra até 1960, se instaurou um terreno fértil para os questionamentos do fim da vida. Em 1997, foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ACNP), que permite elaborar discussões sobre essa temática e levantar dados desses programas e suas práticas. Tanto os *hospices*, quanto os cuidados paliativos ainda estão em desenvolvimento no país, o que requer uma maturação desses processos. Como demonstrado pelo levantamento realizado pela ACNP em 2019, existem 191 programas de cuidados paliativos no Brasil, a maior parte se concentra no sudeste. (Kovács, 2021).

Os cuidados paliativos se pautam nos seguintes princípios:

Prover alívio de dor e de outros sintomas; afirmar a vida e perceber a morte como processo natural; não procurar adiar nem antecipar a morte; integrar aspectos sociais, psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer ajuda para que a família consiga enfrentar o processo de adoecimento e o luto porvir (Carvalho, 2018, pp. 2-10).

Eles se configuram como uma forma de prevenção e alívio do sofrimento em todas as

nuances humanas, um cuidado que extrapola os conhecimentos técnicos e científicos e que requer uma constante adaptação da atuação. No início, ele foi direcionado às pessoas com câncer, mas já ocorreu uma ampliação dessas potencialidades para englobar outros pacientes, como aqueles em estágio terminal. Os cuidados paliativos não excluem as demais terapêuticas, porém, eles costumam se dirigir aos doentes crônicos e sem possibilidade de cura. Sendo assim, os medicamentos e tratamentos não são voltados para eliminação da doença, mas para minimizar a dor e o desconforto (Monteiro; Costa, 2019).

A atuação multiprofissional é imprescindível, já que há uma necessidade do cuidado integral do paciente, com foco na humanização, na dor total e na autonomia. Não somente é necessária uma atuação conjunta, como também um trabalho interligado com a equipe, o paciente e a família, cada ser humano nesse processo de cuidado terá acesso ao sofrimento que lhe é autorizado. De modo que, ao atuar ele exprima o significado intrínseco de paliar, que se refere ao manto dos peregrinos, que protege e aquece aqueles que enfrentam as turbulências de uma mudança (Sassani; Sanches, 2022).

4. A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DA PESSOA EM PROCESSO DE TERMINALIDADE DA VIDA

2061

Ao acompanhar o percurso simbólico da morte e a sua visão social, chega-se ao atual cenário, onde o hospital se configura como detentor desse processo. Tal instituição funciona como sede do morrer, ele nega a morte até a última instância, na tentativa de prolongar a vida. O desenvolvimento de recursos e técnicas para manutenção e prolongamento da vida favoreceu a criação da unidade de tratamento intensivo (UTI), onde o paciente é monitorado, controlado, invadido por tubos e afastado das decisões sobre seu estado. Isso ajudou a diminuir a mortalidade, mas deu ascensão à vida artificial, sem qualidade e/ou sem sentido para o sujeito (Monteiro; Costa, 2019). Os avanços médicos tornam as doenças mortais e agudas algo crônico e vagaroso, o que dá espaço para a possibilidade de acompanhar a terminalidade da vida. Já que o término dos recursos para a cura não prediz o fim do cuidado (Kovács, 2021).

A terminalidade da vida, assim como qualquer experiência humana, é única e singular, estar em fase terminal não quer dizer que sua morte será hoje ou amanhã. Do mesmo modo que estar em trabalho de parto é algo relativo àquele organismo; ou seja, nascer e morrer podem ser processos lentos e demorados. Essa janela de tempo indefinida gera apreensão, o futuro é ameaçado com preocupações e expectativas incertas. Diante da incurabilidade da doença e da proximidade da morte, as pessoas passam a questionar sua existência e o sentido da vida. As

dúvidas que pairam podem ser sobre como tudo se ajustará após o fim da vida, a dissolução do mundo com ele, para um mundo sem ele (Prado et al., 2019).

Na centralização da experiência subjetiva do paciente terminal, os estágios de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, descritos por Kluber-Ross (2017, p.44-160), configuram-se como uma proposta para compreender esse percurso até a morte. Antes de adentrar neles, é importante destacar que não há linearidade, ou seja, nem todos vão ocorrer sempre, como algo determinante, o ideal é partir da noção de estágio como algo preparatório, condicionado ao tempo e à subjetividade. A notícia da morte iminente é intermediária desses estágios, a sua chegada à consciência é um marco. Em uma releitura dos estágios, a esperança transcende todos eles, como um amalgama, a morte é uma realidade que nunca será aceita, uma vez que a maneira encontrada de perseverar é a manutenção da esperança ao longo do caminho (Berri, 2020).

A negação amortiza as notícias inesperadas e chocantes, deixa que o paciente se recupere com o tempo. Ao não aceitar essa realidade, ele vivencia esse estágio de modo menos radical, como se tudo o que foi dito de ruim se configurasse como uma mentira. A raiva pode surgir por diversas questões, como, por exemplo, a interrupção prematura da vida, a sensação de projetos inacabados, sonhos interrompidos e objetivos que não poderão ser alcançados. Ela se propaga em todas as direções, muitas vezes sem razão plausível. Já a barganha é uma tentativa de adiar os fatos, uma tentativa de troca por bom comportamento com uma meta autoimposta. A depressão é uma aflição inicial, na qual o paciente em fase terminal é obrigado a se submeter para se preparar para sua partida. É diferente da depressão enquanto fenômeno clínico, ela pode ser preparatória, que diz respeito às preocupações quanto a si, ao corpo, aos seus familiares e ao lar, ou voltada para as perdas iminentes. Como um último sopro, a aceitação é onde tudo cessa, alguns chegam a ela facilmente, outros precisam de tempo e elaboração para se preparar para morrer (Kluber-ross, 2017).

Elencar estágios não traduz com precisão esse momento, a terminalidade diz respeito a alguém, com sonhos e planos, que reside em um lugar, é perpassado por pessoas e não tem uma idade estipulada. Desde crianças até os idosos, todos são alvos desta faceta, por isso, é importante que haja um asseguramento da integridade subjetiva do indivíduo que vivencia o processo de terminalidade. A morte pode trazer a esses sujeitos dor, tristeza, solidão e impotência, o homem se encontra bipartido, uma vez que ao reconhecer sua peculiaridade como ser pensante, compreende também o término de sua existência de modo consciente (Sassani; Sanches, 2022).

Além dos sentimentos suscitados pela morte iminente, têm-se os processos de violações e múltiplas perdas. O processo de hospitalização, por exemplo, o qual é por vezes necessário, viola o que é básico ao indivíduo, a possibilidade de estar em um ambiente, com características que ele goste, permissível de transitar e escolher o que fazer. Restringe o contato, relegando a ele horários pré-estabelecidos e seleciona aqueles que são passíveis ao encontro. Dependendo da situação e do local onde está internado, crianças não são permitidas e nem animais de estimação. Em um processo de perdas compulsórias, essas limitações podem afetar diretamente a pessoa e a sua família, que já estão fragilizadas (Camon, 2018).

Nesse sentido, o papel passivo atrelado ao termo paciente é exacerbado, ele deixa de ter um nome, passa a ser um número, detentor de um diagnóstico, ou no caso da terminalidade, um prognóstico. Todos os signos que diziam respeito a sua existência, agora vão coabitar com a hospitalização, ele deixa de ser sujeito, é apenas um objeto da prática médico-hospitalar (Camon, 2018).

As relações entre sujeito e ambiente são alvos constantes de estudo, o que urge pensar não só na disposição física, mas nas regras e imposições desse espaço. No qual, ocorre uma disposição de acordo com o grau de complexidade, em que predomina o distanciamento das pessoas e a aproximação de aparelhos barulhentos, que lembram a todo momento sua condição de saúde. Como destaca Camon (2018, p.3), a hospitalização pode ser marcada pela invasão e pelo abuso, já que rompe os limites pessoais e se caracteriza pela imposição em suas múltiplas faces. Isso afirma a importância de respeitar o espaço pessoal, dar condições para que cada um adapte-o para assegurar maior conforto físico e psicológico, permitir a demarcação do seu espaço individual e colaborar para atenuar situações de constrangimento (Tissot; Vergara; Ely, 2020).

Outro aspecto a ser discutido diz respeito à alimentação, como o dito popular menciona, morrer de fome é um medo real nessa etapa. Quando se pensa na complexa relação do ser humano com o alimento, no fim da vida, o mesmo pode ser negado, rejeitado ou ainda desejado. As formas e ofertas de alimento vão depender da condição do paciente, eles raramente apresentam fome ou sede, tudo isso deve se atrelar a qualidade de vida. A sonda enteral pode ser um auxiliar na terminalidade da vida, porém, ela é temida por ser associada ao desconforto e a dor. O que comemos guarda registro daquilo que somos em um determinado universo de valores e sentidos, o que respalda a importância de um cuidado humanizado e singular em detrimento da alimentação (Amorim, 2020).

O paciente terminal precisa lidar com esses embates da hospitalização, decidir entre as

possibilidades de ficar em casa ou não, quais os cuidados e terapêuticas aceitará. Contudo, o mais tangente é a realidade da morte iminente, como ele enfrentará essa etapa e quais os meios passíveis. As potencialidades do indivíduo para se adaptar frente a situações estressoras dizem respeito aos manejos e suas formas de enfrentamento, que podem ser traduzidas como estratégias de *coping* (Vidinha, 2019). Esse termo não possui uma tradução literal para o português, mas está intrinsecamente relacionado ao modo como a pessoa vai enfrentar determinadas situações.

Desse modo, um paciente consciente de seu fim iminente pode atribuir sentidos reconfortantes à tal experiência, como ideia de “missão cumprida” ou vida após a morte. Enquanto o outro pode encarar essa situação com desespero, diante da finitude dos seus sonhos e da materialidade. Assim, as estratégias de enfrentamento devem acontecer, no sentido de atenuar a pressão física, emocional e psicológica relacionada a acontecimentos desencadeantes de estresse, resultando no ajustamento psicossocial do indivíduo (Pereira; Branco, 2016).

A espiritualidade, a felicidade, o otimismo e a esperança são construtos extremamente relevantes para o enfrentamento de situações estressoras, uma vez que podem trazer uma visão ampliada dos processos saúde e doença (Machado; Gurgel; Reppold, 2017). De acordo com Manuela (2019, p.66), a dimensão espiritual é universal, já que o ser humano muda constantemente e se dirige à transcendência. Ela é ampla e vai além da religião, porém, a abarca, ela pode direcionar as escolhas pessoais e orientar o sujeito, não só em relação à morte, mas também aos cuidados e as terapêuticas que serão aceitas. O que indica a necessidade de espaço para abordar a espiritualidade, já que ela pode atribuir sentido às experiências, proporcionar conforto e paz, alívio ao sofrimento e possibilitar a revisão da própria história de vida, oportunizando uma melhor organização mental dos contextos vividos pelo paciente (Lima et al., 2018).

2064

5. O PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE DA REALIDADE DO FIM IMINENTE

A Psicologia Hospitalar se desenvolveu diretamente relacionada com as transformações ocorridas nas instituições hospitalares. Como principal expoente no Brasil, Mathilde Neder iniciou suas atividades que consistiam em prestar consultas psicológicas às crianças submetidas a cirurgias de coluna (Assis; Figueiredo, 2019). Em um âmbito global, existe a Psicologia da Saúde, que auxilia nas configurações e práticas de saúde de modo geral, enquanto no país, a Psicologia Hospitalar se desenvolveu como uma ramificação. Tal nomenclatura foi reforçada

pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2007) que criou uma especialidade denominada “Psicologia Hospitalar”, a qual subordina a Psicologia da Saúde, que reforça a concepção do CFP em considerar Hospitalar e Saúde, como campos distintos e específicos (CFP, 2019).

De acordo com a Referência Técnica para Atuação de Psicólogos nos Serviços Hospitalares do SUS (2019, p.33), a atuação no hospital tem como objetivo dar voz à subjetividade, o profissional aproxima-se do paciente em sofrimento, favorecendo a elaboração simbólica do adoecimento, no sentido de validar sentimentos presentes. Além de considerar sempre a tríade paciente, família e equipe, com intuito de ouvir ambas as partes e acessar aquilo que é uma demanda individual, mas também o que representa algo de impacto coletivo. De modo a fornecer trocas e esclarecimentos, para que todos sejam ouvidos e tenham voz, desbloquear a comunicação e manter os relacionamentos vivos e vibrantes (Monteiro; Costa, 2019).

A humanização foi implementada como um rearranjo nacional, para agregar e impulsionar as trocas no processo de saúde-doença, haja vista que, “os recursos tecnológicos aumentam cada vez mais, podendo dificultar as relações humanas, de forma a propiciar a supremacia da técnica sobre o aspecto afetivo situacional” (Lima; Jesus; Silva, 2018, p.2). Como o hospital se configura como um centro de tratamento com recursos de alta complexidade, faz-se indispensável promover um acolhimento que propicie esses encontros e relações. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) são: cogestão, acolhimento, clínica ampliada, ambiência, direito ao acompanhante, visita aberta e valorização do trabalho e trabalhadores da saúde.

As diretrizes da PNH se configuram de forma parcial, ao se dirigir para o fazer elas podem se traduzir em uma atuação que se compromete com as pessoas sem distanciar a atenção da gestão, mas que fornece espaço de escuta, valorização e acolhimento. Em relação ao espaço, podem ser pensadas ambientações para melhorar a relação da pessoa com o ambiente hospitalar. Assim como, no processo de internação e demais intercorrências hospitalares, garantir o direito ao acompanhante e as visitas. Quando as visitas dizem respeito a um público restrito, como as crianças, a equipe deve estudar as possibilidades e desenvolver estratégias para tornar possível esse contato. Tudo isso traduz a importância de focalizar as ações pela qualidade de vida e dignidade humana. (Alves; Cunha; Santos e Melo, 2019).

Ademais, a atuação da Psicologia Hospitalar dirigida à morte iminente vai atravessar vários fatores, desde a revelação desse prognóstico até o pós-morte. A tarefa de comunicar más

notícias é originalmente do corpo médico, contudo, o Psicólogo pode participar do processo, uma vez que possui o papel de minimizar os impactos. O veredicto do prognóstico e da proximidade da morte não devem findar as possibilidades, a atuação do Psicólogo deve considerar os anseios do paciente, a sua esperança e os seus desejos. É importante saber lidar e manejar tudo com simplicidade, com a transmissão menos elaborada da notícia, em um local reservado, respeitando os sinais do paciente e da família. Estar ao lado, com a potência de evitar a conspiração do silêncio, descrita por Kóvacs (2021, p.3), que reside em não falar sobre a morte, e se mesmo diante da verdade, a esperança persistir, esse desejo não deve ser podado (Simonetti, 2016).

Depois da constatação existe muito a ser feito, é necessário seguir nesse processo individualizado e atravessar com a tríade essa jornada. Independente de como os estágios descritos por Kluber-Ross (2017, pp. 44-160) vão se desenvolver, cabe ao Psicólogo auxiliar nessa compreensão e tomada de consciência do que está ocorrendo. Fornecer espaço para que a morte seja discutida ou para que o silêncio perdure, deixar fluir uma conversa sobre tudo, sobre aquilo que não prediz o interesse até chegar em algo. Chegar naquilo que diz sobre a pessoa, nos seus mecanismos de defesas e em como ela costuma enfrentar as situações, já que os meios que os pacientes utilizaram no passado para manter sua autoestima e estabilidade podem ser o eixo dessa nova problemática (Simonetti, 2016).

2066

Quando se trata da terminalidade da vida, é relevante pensar nos cuidados paliativos, e pode ser necessário que o Psicólogo converse sobre eles com intuito de esclarecer as dúvidas. Às vezes, o paciente ou a sua família podem crer que a UTI é o melhor recurso, já que possui muitas formas de intervenção, mas, isso deve ser discutido, considerando a qualidade de vida do sujeito. No hospital, a UTI não é um local delimitado para pacientes terminais, não há um espaço circunscrito para eles, já que geralmente os cuidados vão se pautar em minimizar as dores e garantir um fim digno. O papel do psicólogo é ajudar o mesmo na produção de sentidos e significados, ver o que aquela vida demanda, seja um cuidado no hospital ou no aconchego de casa. Possibilitar que ele decida e seja ativo em todo decurso da terminalidade, uma vivência solidária, ao invés de solitária, com respeito às escolhas de vida do paciente e da terapêutica indicada (Monteiro; Costa, 2019).

A atuação do Psicólogo no processo de cuidados paliativos deve considerar seus princípios norteadores, que se centram em afirmar a vida, minimizar as dores e trabalhar com a possibilidade iminente da morte. Um ato marcante dessa atuação pode se traduzir na escuta,

no interesse pelo paciente e em suas angústias, somente diante disso será possível um diagnóstico situacional para identificar os aspectos que incomodam e promover o seu alívio. Lidar com a realidade da morte com o paciente, para construir uma jornada que possibilite o conforto nos cuidados paliativos, fomentar o respeito e o incentivo a autonomia. Em detrimento dos possíveis desencontros, seja do paciente com ele próprio, com sua família ou com a equipe, faz-se necessário atuar como um mediador, para que o esclarecimento ocorra. “Por isso o fazer psicológico na perspectiva dos cuidados paliativos solicita do profissional especial atenção à linguagem simbólica e ao não dito” (Gonçalves; Araújo, 2016, p. 2).

No desenvolvimento dos cuidados voltados a terminalidade, a dor total é um dos temas expoentes, conceito esse discutido por Cicely Saunders, em que a dor abrange não só os sintomas físicos, mas o sofrimento mental, o contexto social e biográfico em que o paciente se insere e suas dificuldades emocionais (Clark, 2018). Isso retoma os conceitos abordados acerca da subjetividade do paciente terminal, que deve considerar todas as áreas da vida que ele elenca como importante. Nesse aspecto, a equipe deve estar integrada, todos os membros desempenham um papel importante no cuidado da dor, já que cada qual, de acordo com os seus saberes, pode abordar o sofrimento no que lhe é autorizado, tornando, assim, o processo mais eficaz (Sassani; Sanches, 2022).

2067

Em relação à expansão que os cuidados paliativos possuem, existe uma necessidade da abordagem multidisciplinar, com uma atuação que se traduz na integralidade do cuidado. Como a essência de paliar se embasa em premissas que enxergam o ser humano em sua totalidade, é indispensável exercer o cuidado em uma atuação conjunta de várias áreas. Uma equipe que preza por aquilo que lhe é autorizado, seja na área da Medicina, da Nutrição, da Enfermagem, da Fisioterapia, da Psicologia, ou nas demais, mas que se pautem na colaboração e na cogestão, como proposto na PNH. Essa incorporação de diversos profissionais permite a atuação descentralizada das dimensões humanas, o que colabora para superar o foco na doença e se dirigir às esferas interatuantes da qualidade de vida (Silva; Miranda; Andrade, 2017).

A autonomia é um dos aspectos a ser preservado até o fim da vida, ela é primordial para que o ser em sofrimento seja acolhido em sua dor (Alexandre et al., 2019). Para garantir essa preservação, pode ser necessário estabelecer algumas vontades do paciente no estágio inicial. O testamento vital e as diretivas antecipadas de vontade são dois mecanismos que cerceiam esse aspecto, no Brasil, optou-se pela implementação das diretivas, apesar de ainda não ser uma lei. É evidente que com o decorrer do fim da vida, a pessoa tem alterações em suas condições físicas

e mentais, por isso as decisões antecipadas são de extrema relevância. Desse modo, aceitar ou recusar certos tipos de tratamentos, ou procedimentos, são direitos da pessoa, ainda mais quando se trata da terminalidade, onde a maioria dos prolongamentos de vida se caracterizam pela precariedade e invasão (Kóvacs, 2021).

No ato final, quando a morte encena seu último capítulo, a atuação do Psicólogo se pautará naqueles que ficaram. Todo esse processo que o paciente terminal enfrentou, envolveu essas pessoas, eles têm que ser assistidos desde o início, para se traçar um plano de como será o pós-morte. Segundo a Referência Técnica para Atuação de Psicólogos nos Serviços Hospitalares do SUS (2019, p.56), a(o) psicóloga(o) pode realizar um acompanhamento individualizado a vários membros da família em momentos distintos, possibilitar que haja espaço para os processos de luto. De modo a facilitar as trocas, para que não fiquem pendências relativas aqueles que morreram e que todos consigam se expressar, seja com uma despedida ou uma reconciliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão narrativa contemplou uma diversidade de escritos, que partiu da visão social da morte no ocidente até a atuação da Psicologia Hospitalar na terminalidade da vida. Uma cronologia que se fez indispensável para entender quando a morte foi silenciada e quais as implicações disso ao lidar com a terminalidade. Dessa forma, entende-se também o processo de constituição dos espaços destinados a abarcar a morte, como os *hospices* e hospitais. Tudo se entrelaça em uma teia de significados, em que a morte se torna oculta e logo surge o temor diante dela, um local para escondê-la, com todas as práticas vidradas no prolongamento da vida. Essa trajetória deixa impressão nos campos de atuação profissional, aqui no Brasil culminou na predominância da Psicologia Hospitalar, em detrimento do termo geral que se refere a Psicologia da Saúde.

Entrelaçar a visão social da morte com a atuação da Psicologia Hospitalar na terminalidade da vida permitiu constatar o quanto elas se influenciam. Não há como pensar nessa prática dissociada das representações e concepções das pessoas acerca da morte. As evoluções e involuções decorridas desse processo devem ser precursoras de atualização contínua das práticas profissionais. De modo que, o hospital, como âmago da elaboração da morte na terminalidade, possibilite à pessoa e ao Psicólogo espaço para essas ressonâncias. Constata-se, que a causalidade e o conhecimento se chocam com a realidade, não há como o profissional

chegar e ministrar o enfrentamento. Cada situação vai se pautar em uma elaboração conjunta, onde cada sujeito terá os seus parâmetros, seu jeito singular de lidar com a morte.

Isso confirma o quanto a morte e o seu ciclo deveriam ser algo abrangente e integrado ao meio social, do mesmo modo que a vida e as suas etapas, para extinguir essa penumbra que a encobre e a fragmenta. Todo esse repertório abre uma margem para se pensar em um estudo de campo, acompanhar de perto os desdobramentos da Psicologia Hospitalar e suas contribuições na terminalidade da vida, já que o contraste com a realidade subjaz algo vivo e imprevisto. Os desafios que perpassam a atuação na terminalidade da vida requerem tato para lidar com essa realidade, sem medo, abraçando a verdade e redesenhando a função do Psicólogo. Descentraliza-lo da comunicação de más notícias e do campo psíquico, com intuito de tornar possível a presença para além do que se demanda e fomentar a autonomia, o esclarecimento e a vivência singular da morte. Fornecer ao paciente a liberdade e a permissão para executar seu ato final, o de morrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE et al. O Acolhimento como Postura na Percepção de Psicólogos Hospitalares. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, e188484, 1-14, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003188484>. 2069

ALVES, Railda; CUNHA, Elizabeth; SANTOS, Gabriela; MELO, Myriam. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 39, e185734, 1-15, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>.

AMORIM, Ginetta. “**Não me deixe morrer de fome**”: nutricionistas e a não alimentação de pacientes em cuidados paliativos nas situações de terminalidade da vida. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/31651>. Acesso em: 11 de abril de 2023.

ARIÈS, Phillippe. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2012.

ASSIS, Fabiane; FIGUEIREDO, Sue Ellen. A atuação da psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. **Psicologia Argumento**, Mato Grosso, p. 501-512, 2019. <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.37.98.AO06>.

BERRI, Bruna. A esperança como ajustamento criativo: reflexões dos processos de saúde, doença e morte em Gestalt terapia. **Revista da abordagem gestáltica**, Vol. XXVI-3, p.351-360, 2020. <http://dx.doi.org/10.18065/2020v26n3.10>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Série B. **Textos Básicos de Saúde: Cadernos Humaniza SUS**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 15 de março de 2023.

BUTLER, Judith. **Notes Toward a Performative Theory of Assembly**. London: Harvard University Press, 2015. [Ed. bras.: **Corpos em aliança e a política das ruas: notas sobre uma teoria performativa de assembleia**. Trad. de Fernanda Miguens. Revisão técnica de Carla Rodrigues. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CAMON, Angerami et al. **Psicologia Hospitalar: Teoria e prática**. Cengage learning, 2º ed., 2018.

CARVALHO, R. T. **Cuidados paliativos: conceitos e princípios**. In R. T. CARVALHO, Ricardo et al. **Manual da residência de cuidados paliativos: Abordagem multidisciplinar** (pp. 2-10). Barueri, SP: Manole, 2018.

CFP. Conselho Federal de Psicologia (2007). **Resolução CFP nº 013/2007**. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf. Acesso em: 11 de maio de 2023.

CFP. Conselho Federal de Psicologia (2019). **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) nos serviços hospitalares do SUS**. Brasília: CFP. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf. Acesso em: 11 de maio de 2023.

2070

CLARK, David. **Cicely Saunders: a life and legacy**. Oxford: Oxford University Press, 2018.

Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica, 2017, p. 17. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-de-processo-etico-profissional-actual/>. Acesso em: 22 de março de 2023.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder** São Paulo: Edições Graal, 2008.

FRANÇA, Larissa. **Uma comparação entre os conceitos de morte de espanhóis e mexicas no século XVI**. Trabalho de conclusão de curso (licenciatura em história) – Universidade de Basíl, Paraná, 2021.

GONÇALVES, José Edilmar; ARAÚJO, Verônica Siqueira. O psicólogo e o morrer: Como integrar a psicologia na equipe de cuidados paliativos numa perspectiva fenomenológico existencial. **Gestão e desenvolvimento**, 2018. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/663>. Acesso em: 15 de maio de 2023.

GRECO, Rogério. DOUGLAS, William. **Medicina Legal – À luz do direito penal e do direito processual penal**. 13. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2017.

HOFFMANN, Leonardo; SANTOS, Ana; CARVALHO, Ricardo. Sentidos de vida e de morte: reflexões de pacientes em cuidados paliativos. **Psicologia USP**, vol. 32, 2021.

<https://doi.org/10.1590/0103-6564e180037>.

KLUBER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: WMF Martins Fontes, 10^o ed., 2017.

KOVÁCS, Maria Julia. **Educação para morte**: quebrando paradigmas. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2021.

LIMA, Adeânio; JESUS, Daniele; SILVA, Tainara. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280320, 2018. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>.

LIMA, Carolina; MACHADO, Mariana. Cuidados principais ante a experiência de morte: seus sentidos e significados. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.38, n.1, p.88-101. 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002642015>.

MACHADO, Flávia; GURGEL, Léia; REPPOLD, Caroline. Intervenções em Psicologia Positiva na reabilitação de adultos e idosos: revisão de literatura. **Estudos de Psicologia**, 34 (1), 119-130, 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000100012>.

MATTOS, Paulo. **Tipos de Revisão de Literatura**. 2015. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2023.

2071

MENDES, Bruno. Psicologia Hospitalar e terminalidade: possibilidades de intervenção. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 14, n. 50, p. 795-803, 2020. <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i50.2480>.

MONTEIRO, Renata; COSTA, Márcia. **Psicologia e terminalidade**: a atuação do psicólogo nos cuidados paliativos. In: GUIMARÃES, Márcio; CASTRO, João. **Caminhos da bioética**. Teresópolis: Unifeso, v.2, 2019.

NICODEMO, Izabel; TORRES, Simone. **Indicações de Cuidado Paliativo**: os cuidados paliativos recomendados para cada paciente. In: R. T. Carvalho et al. (Eds.), **Manual da Residência de Cuidados Paliativos**: abordagem multidisciplinar (pp. 21-36). São Paulo: Manole, 2018.

OLIVEIRA, Renato. Antropologia da morte. **Perspectivas teológicas**, v. 53, n. 1, p. 203-224, 2021. <https://doi.org/10.20911/21768757v53n1p203/2021>.

PEREIRA, João; JÚNIOR, José. O processo de autoperda dos pacientes em estado terminal no contexto hospitalar: o fazer do psicólogo frente à vivência da terminalidade e a importância dos cuidados paliativos. **Cadernos de graduação ciências humanas e sociais**, v.6, p. 261-270, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/7655>. Acesso em: 22 de março de 2023.

PEREIRA, Thayanne; BRANCO, Vera. As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Rev. Psicol. Saúde**.

2016. <http://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016104>.

PINHO, Miriam. “A morte da amada”: do luto romântico ou da morte como bom encontro. *Stylus*, Rio de Janeiro, p. 53-64, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676157X2016000100006&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 29 de março de 2023.

PRADO, Eleandro et al. Pacientes oncológicos com doença avançada: preocupações e expectativas vivenciadas na terminalidade da vida. *Revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, 2019. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.45650>.

SASSANI, Leila; SANCHES, Drielle. Contribuições do profissional de psicologia para o paciente em cuidados paliativos. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 26, n. 3, p. 705-724, set./dez. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1399329>. Acesso em: 29 de março de 2023.

SILVA, Marcos; MIRANDA, Gilza; ANDRADE, Marcieni. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface*, 21(62):589-99, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>.

SIMONETTI, Alfredo. *Mapa de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 8^oed., 2016.

TISSOT, Juliana; VERGARA, Lizandra; ELY, Vera. Definição de atributos ambientais essenciais para a humanização em quartos de internação. *Ambiente Construído*, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 541-551, jul./set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-86212020000300444>.

2072

VIDINHA, Lívia. **Estratégias de enfrentamento de uma paciente oncológica em cuidados paliativos: estudo de caso**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Psicologia) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/psicologia/files/2019/08/TCC-L%C3%ADvia-Vers%C3%A3o-pronta.pdf>. Acesso em: 12 de março de 2023.