

**CUIDADOS PALIATIVOS: ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO COM PACIENTES  
TERMINAIS****PALLIATIVE CARE: PERFORMANCE OF THE PSYCHOLOGIST WITH  
TERMINAL PATIENTS**Fernanda Venâncio Silva<sup>1</sup>  
Haleks Marques Silva<sup>2</sup>**RESUMO**

O presente trabalho tem o propósito de abordar a importância dos cuidados paliativos realizados pelo profissional psicólogo com pacientes em estado terminal, apresentando as demandas do contexto hospitalar, analisando o estigma da doença e os enfrentamentos que a chegada da morte impõe ao paciente. Nesse sentido, trataremos a origem desse método, buscando compreender os seus princípios e a sua relação com a ética e a bioética, explanando os seus pilares e a forma como deve ser conduzida. Posteriormente, trataremos a atuação da equipe multidisciplinar, e o papel do psicólogo, expondo a importância do trabalho em conjunto que é executado em benefício da saúde física e mental do paciente e a partir disso, esclarecer o poder que a tríade consolidada pela família, paciente e equipe possui para a melhora do quadro psíquico. No terceiro momento, foi feita uma breve análise sobre os malefícios que a ausência do serviço ocasiona no estado mental do indivíduo, compreendendo os impactos da internação e da vivência com um diagnóstico que limita a vida. Por fim, foram discutidas as propostas de intervenção que equivale propor momentos de fala sobre a finitude da vida, trabalhar a compreensão da doença e da morte, trazer a reflexão sobre os impactos da utilização dos métodos que prolongam a vida, mas que causam sofrimento e abandono da dignidade do paciente. Dessa forma, entende-se que os cuidados paliativos são essenciais para que haja respeito pelas escolhas do paciente e que ele tenha seus direitos resguardados, priorizando o seu bem-estar enquanto viver com a doença, até o fim da vida.

**Palavras-chave:** Cuidado paliativo; Dignidade; Hospitalização.

**ABSTRACT**

The present study has the purpose of approaching the importance of palliative care performed by the professional psychologist with terminally ill patients, presenting the demands of the hospital context, analyzing the stigma of the disease and the confrontations that the arrival of death imposes on the patient. In this sense, we will

<sup>1</sup>Graduada em Psicologia pela Faculdade Católica Dom Orione - FACDO. E-mail:fernandavnancio@gmail.com

<sup>2</sup> Mestre em Ensino de Língua e Literatura pela Universidade Federal do Tocantins – UFT e Doutorando em Educação na Amazônia pela Universidade Federal do Tocantins – UFT. E-mail: haleks@catolicaorione.edu.br.

bring the origin of this method, seeking to understand its principles and its relationship with ethics and bioethics, explaining its pillars and the way it should be conducted. Subsequently, we will deal with the psychologist's performance, and his role within the multidisciplinary staff, exposing the importance of working together that is performed for the benefit of the patient's physical and mental health and from that, clarifying the power that the triad consolidated by the family , patient and staff has for the improvement of the psychic condition. In the third moment, a brief analysis was made on the harm that the absence of the service causes in the mental state of the individual, understanding the impacts of hospitalization and the experience with a diagnosis that limits life. Finally, proposals for intervention were discussed, which is equivalent to proposing moments of speech about the finitude of life, working on the understanding of illness and death, bringing reflection on the impacts of using methods that prolong life but cause suffering and abandonment. of the patient's dignity. Thus, it is understood that palliative care is essential so that there is respect for the patient's choices and that he has his rights protected, prioritizing their well-being while living with the disease until the end of their lives.

**Keywords:** Palliative care; Dignity; Hospitalization.

## INTRODUÇÃO

Este artigo foi realizado com a intenção de apresentar conhecimentos acerca dos cuidados paliativos executados pelo psicólogo no ambiente hospitalar com pacientes em estado terminal, estabelecendo as dificuldades que esse tratamento e a atuação psicológica enfrenta dentro das instituições de saúde. A partir disso, teremos uma compreensão da importância desse método, e como através dessa assistência realizada com a família e o paciente gera promoção do alívio do sofrimento, propondo acolhimento e vínculo entre eles.

Nesse contexto, quando compreendemos que a hospitalização e o diagnóstico causam mudanças que ocasionam sofrimento na vida do sujeito, a atuação do psicólogo para que haja melhora no seu quadro de saúde mental se tornou uma pauta de interesse para que pudéssemos explicar como a psicologia hospitalar possui um papel desafiador e de extrema importância para os usuários desse serviço.

Outro aspecto que faz com que o quadro clínico terminal e a assistência paliativa sejam um tema relevante é o fato de que no Brasil se torna cada vez mais crescente o número de pessoas que acabam morrendo dentro dos hospitais, mostrando que o público que precisa deste serviço está cada vez maior. Segundo Pessini; Bertachini (2006 *apud* GOMES; OTHERO, 2016, p. 156) é incontestável que as pessoas estão vivendo mais, devido a velhice e os enfrentamentos que a saúde perpassa, os hospitais são os locais onde essas pessoas costumam passar os seus últimos dias de vida, seja usufruindo de algum tipo de tratamento ou até mesmo aguardando o momento de sua partida.

Nesse sentido, para o êxito de nossa pesquisa, partimos metodologicamente de um estudo de caráter teórico direcionado pela pesquisa bibliográfica (PRODANOV; FREITAS, 2013), com abordagem qualitativa (CHIZZOTTI, 2000), a partir de eixos

indicadores de análises que orientaram não apenas a compreensão de cuidados paliativos para com pacientes terminais, mas também suas dimensões éticas e bioéticas, além da maneira como deve agir o psicólogo, com uma perspectiva interdisciplinar. Moraes e Valente (2008, p. 63) afirmam que “[...] o conhecimento de natureza transdisciplinar revelado pela pesquisa é um conhecimento que implica olhares amplos e profundos sobre o objeto investigado [...]”, além das interconexões com o próprio sujeito, que é essencial nesse processo.

Neste sentido, o planejamos do percurso metodológico pautado no rigor científico, desde a escolha do tema, da elaboração do projeto, do aprofundamento nas leituras do material bibliográfico e a construção da fundamentação teórica se fez presente. Severino (2007, p.122) explicita sobre a pesquisa bibliográfica e os materiais desse tipo de pesquisa, ao dizer que se trata de

[...] registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utilizam-se dados de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir de contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos.

Além dos materiais impressos, muito se tem publicado de modo virtual em periódicos *on-line*, *e-books*, entre diversos outros meios disponíveis. Sendo assim, nossas leituras – entre outros aspectos – trazem a perspectiva do trabalho do psicólogo com pacientes em estado terminal, a fim de explicar como os cuidados paliativos advindo desse profissional junto a equipe multidisciplinar auxiliam na saúde mental do paciente e da sua família, trabalhando as questões da doença, compreensão da morte e os desafios da realização dessa assistência. A partir disso, através das leituras e encontros com o orientador, foram traçados os pontos norteadores para que esta pesquisa fosse realizada, dando ênfase aos acontecimentos que nos trouxeram ao método que conhecemos.

## **ORIGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

A assistência de cuidados que iremos abordar nesta pesquisa foi criada pela inglesa Cicely Saunders, que nasceu em 1918 e faleceu em 2005 no centro de tratamento paliativo *St. Christopher's Hospice* que ela fundou. Durante a sua vida, ela se formou como médica, enfermeira e assistente social. Além da sua trajetória acadêmica se fez escritora, compartilhando nos livros as suas experiências que a ajudaram construir um novo olhar sobre a forma de cuidar de pessoas em estado terminal, fazendo com que o cuidado dado a essas pessoas fosse reavaliado e alterado ao longo do tempo, tendo como base os seus estudos e a forma de enxergar os indivíduos enfermos além da doença.

Nesse contexto, antes de abordamos a construção dos cuidados paliativos, tenho o desejo de explanar o contato de Cicely com David Tasma, um homem judeu nascido na Polónia e que apresentava um diagnóstico de câncer aos seus 40 anos de idade. Segundo Olver (2015), David recebeu cuidados de Saunders quando ficou internado no hospital *Archway*, a partir disso, os dois desenvolveram uma amizade que fez com que ela percebesse os efeitos dos seus cuidados e assistência para a

qualidade de vida dele. Dessa forma, com essa experiência, nasceu a vontade de Cicely de cuidar de outras pessoas com a saúde debilitada, criando um espaço onde esse método fosse o principal tratamento para estabelecer alívio da dor total, conceito criado pela própria Cicely.

Segundo Krause (2012), a Dor Total conceituada por Saunders, parte de uma perspectiva multidimensional onde está ligada a fatores emocionais, sociais e também espirituais. Nesse contexto, quando olhamos para o indivíduo além do diagnóstico, podemos trabalhar cada aspecto citado anteriormente, tendo como objetivo utilizar da sua subjetividade para colher o que traz sentido a sua vida e proporcionar através disso qualidade de vida. Desse modo, a proposta de criar um ambiente especializado para atender as demandas de sofrimento advindas dos enfrentamentos propiciados pela doença foi concretizada com a criação do *St. Christopher 's Hospice* em 1967 na cidade de Londres. Segundo (ANCP, 2012, p. 94):

O termo hospice veio da criação de hospedarias medievais que abrigavam peregrinos doentes, órfãos e pobres com necessidades de cuidados, realizados de forma empírica e caridosa. Nos séculos XVIII e XIX, instituições religiosas assumiram o papel do cuidado aos enfermos pobres e portadores de doenças incuráveis como o câncer e a tuberculose.

Nesse contexto, a criação do termo também fez com que fosse possível a diferenciação dos centros de cuidados paliativos e os hospitais convencionais, que tinham a medida curativa como o foco principal nos seus tratamentos. Segundo a escola de educação permanente do hospital das clínicas (2018), foi em uma reunião de especialistas no Canadá, em 1975, que houve a alteração do termo para cuidado paliativo, fazendo com que a denominação *hospice* passasse a significar uma forma filosófica de retratar o método de atendimento. Com o passar dos anos foram realizados movimentos a favor da assistência, enfatizando sua importância a fim de torná-la presente em todas as instituições de saúde.

Nesse sentido, com a expansão desse tratamento se fez uma cartilha com o conceito e as recomendações para a realização de um trabalho adequado. Segundo OMS (2007 *apud* OTHERO; GOMES, 2016, p. 157) “Em 1990, a OMS definiu pela primeira vez para 90 países e em 15 idiomas o conceito e os princípios de cuidados paliativos, reconhecendo-os e recomendando-os.”

Com base nos estudos e na percepção que foi desenvolvida acerca do tratamento foi entendido que o mesmo poderia trazer contribuições benéficas para os indivíduos que enfrentam um longo período de hospitalização devido ao diagnóstico de outras doenças graves. Segundo a ANCP (2018, p. 4), “a OMS redefiniu o conceito de Cuidados Paliativos. A questão de ser ou não curável tornou-se irrelevante. A definição atual coloca que Cuidados Paliativos está indicado para pessoas, sejam adultos ou crianças, que têm uma doença que ameaça a vida.”

Com base nas mudanças que foram constituídas para que os cuidados paliativos chegassem nos centros de saúde, percebemos que a suas contribuições foram não só identificadas como adotadas de forma com que as pessoas pudessem usufruir desse tratamento desde o seu diagnóstico até os momentos finais de vida, mostrando a sua significância para a qualidade da vida dos seus usuários.

## **CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL**

Segundo a ANCP (2012), o início dos cuidados paliativos no país se deu em 1980 e passou a crescer significativamente a partir dos anos 2000, levando esse padrão para serviços de saúde já existentes, utilizando das ferramentas econômicas disponíveis pelo sistema político. Nesse contexto, podemos entender a importância que a economia tem sobre a implantação desse tratamento logo que fica a caráter dos legisladores decidirem as verbas que irão custear esse serviço no sistema de saúde pública.

Dessa forma, podemos caracterizar como problemática do tema a precariedade do sistema único de saúde que se dá com a falta de auxílio governamental, desvio de verbas públicas e criações de teto de gastos que aparecem eventualmente sendo adotados pelos legisladores. Nesse sentido, as consequências fazem com que os hospitais públicos sofram com a falta de assistência para a realização deste e dos demais serviços de saúde. Segundo Cury e Neto (2012, p. 1):

O problema tem raiz histórica. A União reduz, há décadas, sua participação no financiamento do SUS e nos gastos totais com a saúde. Atualmente, o governo brasileiro destina 4,66% do PIB ao setor, o que configura uma das piores posições no ranking mundial.

Nesse contexto, ao se ter ciência de que o país possui uma grande demanda devido a quantidade de pessoas que utilizam o serviço público, podemos imaginar que uma grande parte dessas pessoas acabam entrando e saindo do sistema sem conhecer essas práticas. O SUS está sentindo o peso das altas demandas devido a economia atual do país e as decisões governamentais que continuam colocando os gastos com a saúde pública em segundo plano. Segundo Costa (2020, p. 970):

O congelamento dos gastos, portanto, já estava comprometendo a oferta dos serviços de saúde pública antes da pandemia. Com a paralisação das atividades produtivas, o cenário tende a se agravar, tanto pelo aumento da demanda por novos leitos hospitalares para o tratamento do coronavírus quanto pelo aumento do desemprego. Isso se dá porque os trabalhadores demitidos, ao perderem seus rendimentos, podem ficar inadimplentes e ter seus contratos cancelados pelos planos de saúde, sobrecarregando o SUS.

Outro fator que impede que esse procedimento seja oferecido com qualidade dentro das instituições brasileiras é a falta de conhecimento dos procedimentos adequados por parte dos profissionais de saúde. Segundo a ANCP (2012), a formação inadequada faz com que o trabalho desenvolvido pelos profissionais não seja reconhecido como especializado, logo que se é utilizado de uma educação informal, com cursos de curta duração e que não levam em consideração a realidade do nosso país.

Nesse sentido, uma especialização em cuidados paliativos que atenda a realidade brasileira faz falta no currículo dos profissionais que lidam com as pessoas que necessitam do serviço. Devido à falta dos saberes necessários e os impactos de se lidar com a morte e o morrer, os médicos acabam tomando atitudes a fim de postergar a vida, atribuindo fatores negativos a sua condução a pacientes em estado terminal. Segundo Fonseca e Giovanni (2013, p. 122):

[...] Consequentemente, a morte acaba sendo encarada como temerosa, e os médicos procuram evitá-la a todo e qualquer custo. Isto vem se refletindo na condução clínica dos pacientes em fase terminal de doença, como apontado em 2010 pela revista de economia inglesa *The Economist*. Este periódico publicou um ranking de qualidade de morte no qual o Brasil, segundo os critérios escolhidos, foi alocado como o terceiro pior país para se morrer, um dos motivos seria a ausência de cuidados paliativos na graduação dos profissionais de saúde, essencialmente dos médicos.

Dentro dessa pauta, é incontestável a falta de recursos na saúde pública e de especializações na área que garantam uma qualidade de morte para os pacientes terminais. Nesse sentido, mesmo com o crescimento dos *hospices* ao redor do mundo, o Brasil ainda possui poucos espaços que possuem os cuidados paliativos como forma de tratamento. Segundo a ANCP (2012, p. 101), “o Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional do Câncer, a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer de Barretos, o Hospital Local de Sapopemba, que atende à clientela do SUS, e o Hospital Premier, que atende convênios de saúde” são exemplos das poucas unidades existentes no país.

## OS DESAFIOS ÉTICOS

Os dilemas éticos podem se apresentar diariamente na vida das pessoas independente da sua profissão, contudo, quando se trata do ambiente hospitalar, os profissionais possuem inúmeras tomadas de decisões diárias que afetam diretamente na saúde física e emocional dos pacientes. Segundo Korich, Machado e Costa (2005), a ética tem um papel na sociedade de nortear as decisões individuais das pessoas mediante ao que foi constituído por elas como certo ou errado a partir das suas vivências e relações estabelecidas em contato com outras pessoas. Nesse sentido, as decisões tomadas pela equipe exigem compatibilidade e consenso com todos os envolvidos, incluindo os pacientes e os seus familiares.

Dentro dessa perspectiva, o dilema ético está diretamente relacionado com a responsabilidade que os profissionais da equipe possuem com o paciente. O código de ética tem o papel determinante sobre a conduta dos profissionais, a fim de garantir que os princípios sejam seguidos de modo benéfico aos indivíduos que irão usufruir do serviço ofertado pelo profissional. Segundo Oguisso e Schmidt (1999, *apud* NARCHI; SECAF, 2002, p. 229) “O Código de Ética é definido como um conjunto de normas que, por força de lei, determina quais são os direitos e deveres de um grupo profissional em relação às suas atribuições e responsabilidades.”

A responsabilidade da equipe de saúde envolve se preocupar com o bem-estar do indivíduo e responder aos dilemas éticos que aparecem no cotidiano de forma coerente, levando em consideração os princípios da bioética que devem contribuir diretamente nas tomadas de decisão. Segundo Korich, Machado e Costa (2005, p. 108):

Para a abordagem de conflitos morais e dilemas éticos na saúde, a Bioética se sustenta em quatro princípios. Estes princípios devem nortear as discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados da saúde. São eles: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça ou equidade.

Cada princípio da bioética possui um papel na conduta do profissional e serão aqui estabelecidos segundo o pensamento de Korich, Machado e Costa (2005, p. 108). O primeiro princípio é o da beneficência, que condiz com a redução de danos e riscos, promovendo o bem-estar, se preocupando em cuidar do outro gerando o máximo de benefícios. O segundo é a não-maleficência, e exige que o profissional se abstenha de proporcionar qualquer tipo de ação danosa aos seus pacientes/clientes. O terceiro princípio se refere a autonomia, que aborda o direito de que todo ser humano deverá ter a sua liberdade de escolhas garantida, dando a ele o controle da sua vida. Nesse ponto, o autor traz o termo paternalista, que se refere às atitudes que a equipe toma levando em consideração o que acha melhor para o paciente, deixando de lado as suas escolhas e emoções, negligenciando a autonomia. Por fim, o princípio da justiça, que trata da distribuição igualitária dos direitos e deveres do benefício social. Nesse sentido, é importante que os profissionais tenham habilidades para executar cada uma dessas funções que são exigidas e promovem a qualidade dos atendimentos.

Por fim, é importante compreender a responsabilidade que os profissionais devem ter ao cuidar de pacientes em estado terminal, tendo comprometimento com os princípios nos atendimentos a fim de garantir a qualidade do serviço prestado, entendendo os seus deveres como profissional e respeitando os direitos dos pacientes hospitalizados.

## **EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

Na formação da equipe multidisciplinar podemos encontrar uma série de profissionais como médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogos, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional entre outros. Ao compreendermos que cada uma dessas áreas somam os saberes facilitando o atendimento, se torna indiscutível a importância do trabalho realizado de forma coletiva. Entretanto, é sabido que a realidade brasileira possui dificuldades em seguir esse modelo de atendimento dentro do ambiente hospitalar. “Hoje, no Brasil, ainda temos muitos hospitais tradicionais, que funcionam somente com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, especialmente os hospitais privados ou de pequenas cidades.” (GORAYEB, 2001, p. 55)

Nesse sentido, podemos entender que há uma grande resistência que julga as equipes de médicos e enfermeiros como suficientes para o cuidado integral dos pacientes, fazendo com que no atendimento outras queixas passem despercebidas. Outro fator que se pode destacar na ausência de uma equipe multidisciplinar, são as capacidades que esses profissionais poderiam desenvolver ao trabalharem juntos, discutindo ideias e compartilhando saberes.

Segundo Baasch (2018), os profissionais que tendem a trabalhar em equipe compartilham do sentido de comunidade, um termo que trata de uma relação que traz benefícios através das experiências desenvolvidas em grupo, tendo quatro elementos fundamentais nessas relações, sendo elas: pertencimento, influência, integração e satisfação das necessidades e ligações emocionais compartilhadas. Nesse sentido, se pode compreender que o trabalho desenvolvido em equipe traz tanto benefícios individuais quanto coletivos que se estendem para além da equipe.

Dessa forma, se pode compreender que a experiência do trabalho em equipe pode favorecer o bem-estar dos seus membros, fazendo com que eles consigam

desenvolver um trabalho com mais qualidade, e tendo como apoio os outros colegas de equipe que podem proporcionar aos profissionais uma redução nos níveis de estresse e no aparecimento da síndrome de burnout. Segundo Wanderbroocke *et al.* (2018, p. 47):

Pesquisas qualitativas apontam que profissionais se consideraram beneficiados pela atuação em equipe multiprofissional em diversos aspectos: acolhimento, negociação e processo de comunicação (Graciolli *et al.*, 2017); possibilidade de humanização do profissional na mesma medida que humaniza o serviço prestado (Magliozzi, 2012); estratégia coletiva de enfrentamento do estresse (Lamb *et al.*, 2017); e diminuição dos níveis de *burnout* (Guirardello, 2017).

Entretanto, apesar dos pontos positivos em relação ao trabalho executado pela equipe multidisciplinar, não se pode esquecer das relações de poder que envolvem o clima organizacional desses profissionais. A hierarquia e a forma com que algumas profissões são mais elitizadas que outras fazem com que as relações encontrem dificuldades, logo que os integrantes da equipe que acreditam nessa linha de pensamento deixam refletir nos seus comportamentos e atitudes. Segundo Fossi e Guareschi (2004), é comum que colegas de equipe reproduzam a postura médica de forma natural, sem se impor a esse padrão, logo que o poder que a medicina exerce através do saber e do fazer médico se sobrepõe a outras áreas da saúde. Nesse sentido, é comum que alguns médicos se manifestem de forma autoritária, até utilizando termos técnicos para a comunicação com outros profissionais a fim de dificultar os diálogos.

Assim, os outros profissionais tendem a normalizar essa visão e facilitam esse modo de organização dentro do ambiente de trabalho, logo é importante que os próprios profissionais estejam cientes da importância de cada área e as suas contribuições, a fim de valorizar a atuação individual do seu colega de equipe, evitando a reprodução desse comportamento para que haja harmonia nas comunicações e decisões conjuntas.

Com base nessas afirmações, entende-se que no trabalho da equipe existem benefícios tanto para os profissionais quanto para os pacientes que utilizam do serviço. Entretanto, as dificuldades nesse campo devem ser trabalhadas a fim de desenvolver fluidez na comunicação e confiança entre os funcionários. A psicoeducação a fim de promover uma quebra nas relações de poder devem ser estabelecidas para que a partir disso, possa-se prestar um serviço de boa qualidade.

## **ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO**

Dentro da equipe multidisciplinar se exige a atuação de um psicólogo para que as demandas psíquicas sejam atendidas, buscando trazer alívio ao sofrimento que surge devido a hospitalização e os enfrentamentos que aparecem durante o processo da doença e a chegada do fim da vida. Nesse sentido, assim como a equipe precisa do psicólogo para tratar a saúde mental, o psicólogo precisa da equipe para que o seu trabalho aconteça.

O setting terapêutico funciona de forma diferente dos atendimentos clínicos convencionais, logo que os pacientes que estão ali na maioria das vezes possuem demandas relacionadas com o seu adoecimento e os enfrentamentos que ele causa.

Segundo Cunha, Cremasco e Gradwohl (2016), o tempo que se é utilizado para o atendimento, o ambiente em que ele ocorre e a frequência do encontro com o paciente é diferente no contexto hospitalar, logo, o psicólogo precisa se manter flexível na sua atuação de modo que os seus manejos ocorram de forma direta e esclarecedora a fim de identificar quais são as dificuldades que o paciente está apresentando durante o acolhimento.

Segundo Telles e Baldoíno (2019), dentro da equipe, esse profissional servirá como o manejador que detém a sensibilidade para lidar com as questões que não são evidenciadas pelos outros profissionais, mas não será o único a realizar a promoção da saúde mental. Nesse sentido, o psicólogo poderá utilizar da psicoeducação para aprimorar o cuidado dos outros profissionais com o paciente, transmitindo a eles a atenção que se deve ter com as demandas psíquicas que se destacam nos atendimentos.

No que se refere aos pacientes em estado terminal, o psicólogo pode conceder suporte através da sua escuta profissional e a sua percepção sobre as dificuldades que o paciente está passando, conseguindo ajudá-lo na construção de mecanismos para a organizar e compreender os seus sentimentos que podem variar entre angústia, medo e raiva. Nesse sentido, é importante que o psicólogo trabalhe com a equipe e os familiares a forma de lidar com essas emoções do paciente, que podem transparecer na forma de uma comunicação agressiva. Segundo Mendes, Lustosa e Andrade (2009, p. 159):

De pouco adianta a família ou os enfermeiros reagirem pessoalmente a esta raiva, muito menos retribuírem com uma raiva ainda maior, dado que só contribuirá para alimentar o comportamento hostil do paciente, assim como sua dor, desespero e desorganização interna.

Dentro desse contexto, é importante que os familiares estejam de acordo com a prática do psicólogo, entendendo que os cuidados paliativos não servem como um antecipador da morte, e sim como uma forma de propiciar qualidade de vida, trabalhando a dor e o luto que os envolvidos já estão vivenciando. A partir dessa compreensão, os familiares podem contribuir sendo o suporte de apoio que o paciente precisará durante os enfrentamentos. Segundo Regaida *et al.* (2014, p. 161) “Em cuidados paliativos (CP), o principal objetivo no apoio à família, assenta em ajudá-las a cumprir a sua função cuidadora, a fim de que a participação no processo de perda que vivenciam seja concluída da forma mais saudável possível.”

Com base no papel atribuído à família do paciente, não se pode esquecer que essas pessoas também estão em sofrimento e devem receber os cuidados paliativos, principalmente quando se deparam com o óbito do paciente. A organização da vida depois que um ente querido morre exige dos familiares habilidades para lidar com a situação, dessa forma, o psicólogo pode auxiliar na construção das ferramentas necessárias para lidar com o fim desse ciclo. Segundo Regaida *et al.* (p. 166, 2014):

Quando observamos a família com capacidades e recursos próprios suficientes, constatamos que poderão levar o processo de doença de uma forma saudável, mitigando possíveis problemas de adaptação à perda. Em caso contrário, a situação pode complicar-se de maneira a que se gere um grande sofrimento emocional. Este facto, também repercutirá na equipa onde se prevê o aparecimento de frustração e impotência.

É importante que a equipe também receba atenção psicológica após a perda desse paciente, logo que esse momento representa sofrimento para os profissionais que acompanharam esses pacientes e os seus familiares. Segundo Faria *et al*, (2017, p. 34), “todo cuidador necessita de apoio psicológico, além de atividades que possam beneficiá-lo, ajudá-lo a cuidar de si para que possa dedicar seu tempo com mais qualidade ao doente.” As associações podem acontecer nesse ambiente, logo que um profissional pode enxergar um parente próximo na mesma situação do paciente que veio a óbito, fazendo com que a situação traga mais sofrimento e dificuldades da superação desse luto.

Por fim, a tríade: paciente, equipe e família se caracterizam como a protagonista desse método de tratamento. Nesse contexto, o papel do psicólogo também está ligado na mediação das comunicações entre eles, facilitando o entendimento a respeito do diagnóstico, quadro clínico e os procedimentos que podem ser feitos. A partir de uma boa comunicação os desejos do paciente devem ser de conhecimento dos outros membros da tríade, para que as suas escolhas sejam respeitadas, mostrando empatia através do acolhimento, contribuindo com a sua dignidade.

## **O PACIENTE TERMINAL E O ESTIGMA DA DOENÇA**

O adoecimento é um grande causador de angústia e medo pela sua representação de ameaça à vida. Nesse sentido, o diagnóstico de uma doença, e a necessidade da internação traz preocupações, gerando estresse e medo, prejudicando o bem-estar psíquico do paciente que está diante de uma situação que antes não foi idealizada por ele, logo que a elaboração de futuro está sempre ligada às conquistas e eventos positivos. Segundo Gomes e Fraga (1997, p. 429), “Qualquer doença mais séria provoca um desmantelamento na vida de um homem e impõe tensão na sua organização psicológica. Quanto mais séria for a doença, mais séria será a tensão imposta.” Nesse sentido, apesar do diagnóstico do paciente, fica claro que o mesmo precisará desenvolver recursos para se adaptar e superar a vivência do adoecimento.

Dentro dessa pauta, ressalto que os cuidados paliativos devem estar presentes desde o diagnóstico, a fim de proporcionar assistência nesse momento que pode representar cautela por parte dos profissionais de saúde, e proteção e preocupação com o paciente por parte da sua família. Nesse sentido, a apresentação da doença terminal para o paciente e os familiares virá junto com diversas indagações, medos e incertezas, acompanhados de estigmas que poderão trazer denominações ao paciente, dessa forma, é importante que seja trabalhado a humanização da equipe para com esses indivíduos que irão encarar momentos difíceis frente a essa etapa da doença.

O significado de paciente terminal encontra dificuldades em se estabilizar. Segundo Mendes, Lustosa e Andrade (2009), o termo está associado a um paciente com diagnóstico de uma doença com falta da possibilidade de cura, possuindo a morte como uma evolução inevitável. Nesse contexto, é importante a segurança do resultado diagnóstico, para que depois de utilizar todas as ferramentas para confirmação do mesmo, a equipe possa se preocupar em tomar medidas paliativas para que o bem-estar do paciente seja conduzido.

Com a chegada da denominação da doença, o paciente pode ser estigmatizado, tendo a sua subjetividade mascarada, possuindo apenas o título de doente como característica dentro do ambiente hospitalar. Dentro dessa pauta, é comum o relato de críticas sobre a forma de tratamento que esses pacientes recebem quando hospitalizados, tendo os seus nomes substituídos por números de leitos, sendo identificados por portador de doença X ou Y. Segundo Domingues *et al.* (2013, p. 13):

No ambiente hospitalar o paciente torna-se a doença e deixa de ter seu próprio nome, passa a ser alguém portador de uma determinada patologia, criando assim, o estigma do doente-paciente, até no mesmo sentido de sua própria passividade perante novos fatos e perspectivas existenciais, o simples fato da pessoa se tornar “hospitalizada” faz com que adquira os signos que irão enquadrá-la em uma nova performance de existência.

Os estereótipos limitam as relações de vínculos entre equipe e paciente, atrapalhando a forma que o cuidado é desenvolvido, prejudicando o mesmo. A partir disso, se pode entender que é importante que os profissionais conheçam quem eles estão atendendo, proporcionando espaços para que o paciente fale sobre os seus medos e anseios em relação a doença e os procedimentos, expondo as suas dúvidas e como ele deseja que seja conduzido o tratamento.

## **LIDANDO COM A MORTE**

A forma como cada um de nós encara o luto é formado pelos traços da nossa cultura, vivências, crenças e outros fatores que constituem a nossa subjetividade. Dessa forma, não há uma cartilha que determine a forma correta de vivenciar ou reagir a esse processo, porém é importante que os profissionais consigam diferenciar o luto saudável de um luto patológico. Segundo Oliveira (*apud* GOMES; GONÇALVES, 2015, p. 119):

O desenvolvimento de patologias associadas ao luto estaria atrelado à configuração particular de fatores inter-relacionados e interdependentes, de um contexto e de suas implicações socioculturais. Patologias desencadeadas por processos de luto mal elaborados podem se apresentar das mais variadas formas, tais como a estagnação do desenvolvimento ou até mesmo o aparecimento de quadros depressivos, melancólicos e de psicopatias.

Os enfrentamentos que fazem parte desse processo exigem habilidades para lidar com a frustração e a impotência diante da morte. De acordo com a subjetividade de cada indivíduo, ele pode desenvolver mecanismos de resiliência e superação ao encontrar conforto e acolhimento no ambiente familiar, na relação terapêutica com o psicólogo e com auxílio da sua religião.

Em momentos de adversidades, a religião é utilizada como guia e amparo para lidar com as situações que causam sofrimentos. Nesse sentido, o luto se encaixa como um desses processo que pode ter a ajuda da espiritualidade na construção da resiliência necessária para o seu enfrentamento. Segundo Almeida (2017, p. 12), “[...] a espiritualidade, a fé pessoal ou a pertença a uma religião pode ser considerada um dos fatores de formação da resiliência no processo de luto, entendendo resiliência

como algo dinâmico e em pleno exercício de constituição ao longo de toda a vida do sujeito.”

É importante que a equipe conheça a respeito das fases do luto e a importância da vivência de cada um desses momentos pelo enlutado, para que dessa forma, os cuidados paliativos sejam oferecidos a partir da compreensão das emoções esperadas dentro desse processo, utilizando das habilidades que o paciente já dispõe.

Um dos livros mais importantes sobre o tema foi escrito por Elisabeth Kubler Ross, médica psiquiatra suíça que assim como Cicely, abraçou as pesquisas acerca dos cuidados paliativos e lançou em 1969 a obra **Sobre a morte e o morrer**<sup>3</sup>, que trouxe através de inúmeras entrevistas com pacientes terminais o entendimento de que esses indivíduos vivenciam cinco estágios no processo do luto. Segundo Macedo (2004), essas fases do luto criada por Kubler foi percebida como reações psicológicas, que seguem uma ordem cronológica desde o momento da descoberta do diagnóstico, sendo elas:

- **Negação:** Neste primeiro estágio, a negação é vista como uma defesa que o paciente busca para poder enfrentar o diagnóstico, tendo em vista que a sua vida está sob ameaça, é preciso negar a doença para que ela não seja afetada. Entretanto, essa fase não é duradoura e o paciente acaba aceitando a doença.
- **Raiva:** Essa fase o paciente adota um comportamento que pode ser bastante difícil para a família e a equipe, logo que ao lidar com essa situação faz com que ele acabe expressando críticas agressivas que refletem uma indignação por sua parte.
- **Barganha:** Nesse estágio está presente um comportamento de negociação através da mudança de comportamento, onde o paciente promete alterar as suas ações em troca de mais tempo de vida.
- **Depressão:** Nessa fase há dois tipos de depressão, a reativa e a preparatória. No caso da reativa, o sujeito está preocupado sobre como as coisas irão permanecer depois da sua partida, como quem cuidará dos seus filhos, por exemplo. A preparatória se deve ao fato do sujeito estar se preparando para o fim da sua vida, refletindo sobre as perdas que serão causadas pela sua morte.
- **Aceitação:** Esta fase é tratada como uma rendição do paciente ao seu destino, onde ele se permite ser cuidado, compartilhando as suas angústias e medos a fim de abandonar esses sentimentos.

Com base nessas informações, é importante trazer uma crítica acerca de como os profissionais de saúde enxergam esses processos. É importante que tanto o paciente, como os familiares possam expressar os sentimentos vivenciados nesse momento, recebendo apoio e compreensão da equipe que está por trás dos cuidados paliativos. Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais percebam que a vivência desse sofrimento é livre e necessária, evitando uma classificação disfuncional acerca da reação dos familiares diante da morte do paciente, e os expondo o uso de medicamentos e calmantes que adormecem as emoções com a finalidade de inibir o sofrimento.

---

<sup>3</sup> KUBLER--ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 2. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1985.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta pesquisa bibliográfica foi possível compreender como funcionam os cuidados paliativos desde a sua concepção, tendo em vista os meios que basearam e fundamentaram a sua necessidade nos dias atuais. Nesse sentido, foi importante articular os benefícios que foram impostos através desse tratamento instituído por Cicely Saunders em 1657 que através da criação do *St. Christopher's hospice* se deu espaço para o desenvolvimento dos cuidados paliativos dentro dos hospitais.

Entretanto, temos a ciência de que nem todos os hospitais oferecem esse serviço da forma como deveria, possuindo uma equipe multidisciplinar reduzida, onde o paciente terminal acaba não recebendo um cuidado que engloba todas as suas necessidades. Nesse sentido, a ausência desse tratamento faz com que o indivíduo que está em sofrimento devido aos enfrentamentos da doença e da internação, não tenha um cuidado adequado que trabalhe as demandas que ele está vivenciando nesse processo.

Para que a assistência ocorra com qualidade, é importante que a equipe esteja preparada e conheça o paciente e as suas dificuldades, buscando construir um vínculo que promova confiança nessa relação. Sendo assim, é importante que haja cursos especializados acessíveis na própria universidade para que os alunos possam portar o conhecimento necessário para oferecer esse tratamento com qualidade a fim de reduzir os prejuízos que o estado terminal causa ao psíquico do paciente a partir do cuidado da equipe, da família e o acompanhamento do psicólogo.

Nesse sentido, o respeito, a dignidade e a autonomia são fatores importantes que devem acompanhar o paciente nesse processo. O psicólogo deve promover momentos de fala para trabalhar os medos e as angústias do paciente e os seus familiares, trazendo as questões que afligem essas pessoas nesse momento de fragilidade.

Desse modo, é importante falar sobre a evolução da morte e os sentimentos que a chegada desse acontecimento causa no paciente e nos familiares. A partir disso, é necessário trabalhar o tabu que esse tema carrega, para trazer liberdade ao paciente, fazendo que o atendimento psicológico cumpra a sua função terapêutica.

Por fim, é importante ressaltar que a administração governamental possui o dever de promover recursos para que o sistema de saúde público possa ofertar uma maior assistência às pessoas que precisam desse atendimento. A realidade brasileira mostra uma grande sobrecarga no SUS, logo é fundamental que as verbas priorizem a saúde, a fim de que os usuários da rede possam conhecer esse tratamento e se beneficiarem dele.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA. Tatiene Ciribelli Santos. **A espiritualidade como elemento de resiliência psicológica no enfrentamento do luto**: uma análise a partir de estudos de casos de pais enlutados. Orientador: Sidnei Vilmar Noé. 2017. 314 f. Dissertação (Doutorado em Ciências da Religião) – Pós-Graduação em Ciência da Religião, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2017, Juiz de Fora. Disponível em: <http://www.repositorio.ufjf.br:8080/jspui/bitstream/ufjf/4611/1/tatieneCiribellisantosalmida.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2022.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil.** ANCP; 2018. Disponível em: [https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL\\_ANCP-18122018.pdf](https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf). Acesso em: 24 fev. 2022.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos.** ANCP; 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BAASCH, Cleonice Inês de Cesero. **O sentido de comunidade no contexto de trabalho de uma equipe de saúde multiprofissional hospitalar.** Orientadora: Ana Claudia Nunes de Souza Wanderbroocke. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social Comunitária) –Universidade de Tuiuti do Paraná, Paraná, 2016. Disponível em: <https://tede.utp.br/jspui/bitstream/tede/1311/2/O%20SENTIDO%20DE%20COMUNIDADE.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2022.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COSTA, Simone da Silva. Pandemia e desemprego no Brasil. **Rev. administração pública.** 54 v. 54. ed. 4. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/SGWCFyFzjzrDwgDJYKcdhNt/?lang=pt&format=htm>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CUNHA, Felipe Augusto; CREMASCO, Gabriel da Silva; GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana. O papel do psicólogo hospitalar segundo os pacientes hospitalizados. **Sau. & Transf. Soc.** 7. v. 2. n. p. 34-40. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3823>. Acesso em: 1 abr. 2022.

CURY, Marun David; NETO, João Sobreira de Moura. Financiamento da saúde brasileira agrava sucateamento do SUS. **Sociedade brasileira de pediatria,** 2012. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2012/12/Artigo-sbp-apm-Financiamento-da-Sade1.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/Artigo-sbp-apm-Financiamento-da-Sade1.pdf). Acesso em: 24 fev. 2022.

DOMINGUES, Glaucia Rodrigues *et al.* A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Rev. Psicologia Hospitalar,** p. 2-24, Rondonópolis, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n1/v11n1a02.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

EEP. Escola de educação permanente do hospital das clínicas. **Cuidados paliativos tratam da vida, e não da morte.** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://eephcfmusp.org.br/portal/online/cuidados-paliativos-tratam-vida-nao-morte/>. Acesso em: 24 fev. 2022.

FONSECA, Anelise; GEOVANINI, Fátima. Cuidados paliativos na formação do profissional da área da saúde. **Rev. brasileira de educação médica**. Fundação Oswaldo Cruz. 37. v. 1 Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DJvJFwxSSZ9CDBxkvMmHYfj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2022.

FARIA, Adriana Aparecida *et al.* Cuidando de quem cuida - o papel do psicólogo com cuidadores de pacientes paliativos. **Rev. Saúde em Foco**, v. 9, p. 25- 36, 2017. Disponível em: [http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/004\\_artigo\\_saude\\_template.pdf](http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/004_artigo_saude_template.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

FLINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos; RAMOS, Flávia Regina Souza. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, p. 3033-3042, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XmKDFS3wsq8ZKjNrJ75DVdB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2022.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neusa Maria de Fátima. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH 7**. v. 1. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582004000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004). Acesso em: 30 mar. 2022.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**. 2016, 30. v. 88. n. p. 156-166. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2022.

GOMES, Lauren Beltrão; GONÇALVES, Jadete Rodrigues. Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. **Rev. de Ciências Humanas**, 49. v. 2. n., p. 118-139. Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2015v49n2p118/30842>. Acesso em: 1 abr. 2022.

GOMES, Luciana Catunda; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. Doença, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em saúde mental. **Rev. Bras. Enferm.**, 50. v. 3. n. p. 425-440, Brasília, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/k5rBjLJ3sNwZwYXC5MNPBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

GORAYEB, Ricardo. A prática da psicologia hospitalar. *In*: M. L. Marinho; V. E. Caballo (Orgs.) **Psicologia clínica e da saúde**. Londrina: UEL-APICSA, 2001. p. 263-278. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Ricardo-Gorayeb/publication/242745738\\_A\\_pratica\\_da\\_psicologia\\_hospitalar/links/54edd8410cf25238f9391a26/A-pratica-da-psicologia-hospitalar.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ricardo-Gorayeb/publication/242745738_A_pratica_da_psicologia_hospitalar/links/54edd8410cf25238f9391a26/A-pratica-da-psicologia-hospitalar.pdf). Acesso em 29 mar. 2022.

KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto contexto enferm**. 14. v. 1. p. 106-110. São

José - SC, 2005. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/tce/a/NrCmm4mctRnGGNpf5dMfbCz/?format=pdf&lang=pt>.  
Acesso em 24 fev. 2022.

KRAUSE, Lilian Hennemann. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. **Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, 2012. p. 26-31. Disponível em:  
[http://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/323\\_pt.pdf](http://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/323_pt.pdf). Acesso em: 24 fev. 2022.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**. v. 12, n. 1 Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011). Acesso em: 3 abr. 2022.

MORAES, M. C.; VALENTE, J. A. **Como pesquisar em educação a partir da complexidade e da transdisciplinaridade?** São Paulo: Paulos, 2008.

NARCHI, Nádia Zanon; SECAF, Victoria. Códigos de ética profissional e a pesquisa: direitos autorais e do ser humano. **Rev. Paul Enf.** 21. v. 3. n. p. 227-33, 2002. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/profile/Nadia-Narchi/publication/238674724\\_Codigos\\_de\\_etica\\_profissional\\_e\\_a\\_pesquisa\\_direitos\\_autorais\\_e\\_do\\_ser\\_humano/links/568bcf2508ae8f6ec752325f/Codigos-de-etica-profissional-e-a-pesquisa-direitos-autorais-e-do-ser-humano.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nadia-Narchi/publication/238674724_Codigos_de_etica_profissional_e_a_pesquisa_direitos_autorais_e_do_ser_humano/links/568bcf2508ae8f6ec752325f/Codigos-de-etica-profissional-e-a-pesquisa-direitos-autorais-e-do-ser-humano.pdf). Acesso em: 24 fev. 2022.

OLVER, Chris. **Archives of Dame Cicely Saunders (1918-2005):** Cataloguing the papers of the modern hospice pioneer ~ Cataloguing the papers of Dame Cicely Saunders held at the King's College London archives. 2015. Disponível em:  
<https://cicelysaundersarchive.wordpress.com/about/>. Acesso em: 24 fev. 2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REIGADA, Carla *et al.* O suporte à família em cuidados paliativos. **Rev. Textos & Contextos**. v. 13, n. 1, p. 159-169. Porto Alegre, 2014. Disponível em:  
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/16478/1176>.  
Acesso em: 3 abr. 2022.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

WANDERBROOKE, Ana Claudia Nunes de Souza. O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1.157-1.176, set./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/58rLDPxhgy4LkzfMjXgttgs/?format=pdf> & lang=pt. Acesso em: 29 mar. 2022.