



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**THIAGO GALVÃO LOUZADA**

**AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO À PESSOA EM  
CUIDADOS PALIATIVOS E NO ACOLHIMENTO DE SEUS FAMILIARES À LUZ  
DA PERSPECTIVA EXISTENCIAL**

**Miracema do Tocantins, TO**

**2021**

**Thiago Galvão Louzada**

**As contribuições da Psicologia na atenção à pessoa em Cuidados Paliativos e no  
Acolhimento de seus familiares à luz da Perspectiva Existencial**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema para obtenção do diploma de Bacharel em Psicologia.  
Orientadora: Dra. Juliana Biazze Feitosa.

Miracema do Tocantins, TO

2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

LS95c Louzada, Thiago Galvão .

As contribuições da Psicologia na atenção à pessoa em Cuidados Paliativos e no Acolhimento de seus familiares à luz da Perspectiva Existencial. / Thiago Galvão Louzada. – Miracema, TO, 2021.  
56 f.

Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2021.

Orientadora : Juliana Biazze Feitosa

1. Cuidados paliativos. 2. Cuidados paliativos no SUS. 3. Doença terminal. 4. Psicologia fenomenológico-existencial. I. Título

**CDD 150**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

THIAGO GALVÃO LOUZADA

AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO À PESSOA EM CUIDADOS  
PALIATIVOS E NO ACOLHIMENTO DE SEUS FAMILIARES À LUZ DA  
PERSPECTIVA EXISTENCIAL

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema, curso de Psicologia, foi avaliada para a obtenção do diploma de Bacharel em Psicologia, e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 15/12/2021.

Banca examinadora:

---

Professora Dra. Juliana Biazze Feitosa – Orientadora (UFT).

---

Professora Dra. Gláucia Mitsuko Ataka da Rocha – Examinadora (UFT).

---

Professora Dra. Jamile Luz Morais Monteiro – Examinadora (UFT).

Dedico este trabalho aos mais de 600 mil mortos pela Covid-19 no Brasil, e que boa parte não teria morrido se tivéssemos representantes políticos dignos e competentes. E também dedico à saudosa Cicely Saunders (*in memoriam*) que a cada leitura de suas obras, me fez evoluir como profissional e pessoal

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente a minha orientadora Dra. Juliana Feitosa, por me orientar com excelência durante esse processo tão significativo e profundo para a minha existência.

Agradeço a Professora Dra. Gláucia Rocha, por aceitar participar desse momento tão especial da minha vida, a quem minha admiração, respeito e sentimentos são imensos.

Agradeço a Professora Dra. Jamile Luz, uma das pessoas mais amadas por todos os acadêmicos do curso de Psicologia da UFT, e que tive a honra de tê-la como examinadora deste trabalho.

Agradeço as centenas de anônimos e também de conhecidos que tiveram a confiança e empatia a me oferecer carona quando eu estava à beira da estrada indo à aula ou retornando, aguardando ônibus ou van (qual passar primeiro) para deslocar de Palmas-Miracema ou vice-versa.

Agradeço a minha companheira de vida e de amor crescente Jayana Milhomem, por me apoiar nos momentos mais desafiadores durante esses últimos 5 anos.

Agradeço a minha mãe Maridalva Sales Galvão, pelo amor incondicional, apoio e cuidado incessante, mesmo com o coração angustiado devido à preocupação com o deslocamento que realizei diariamente durante o período do curso.

Agradeço ao meu padrasto Gilson Vasconcelos pela torcida e apreço que tem por mim, e esse sentimento é recíproco.

Agradeço a Deus, por mais esse dia, pelo fôlego da vida e pela oportunidade de ter finalizado este trabalho gratificante e desafiador.

## EPITÁFIO

Devia ter amado mais  
Ter chorado mais  
Ter visto o Sol nascer  
Devia ter arriscado mais  
E até errado mais  
Ter feito o que eu queria fazer  
Queria ter aceitado  
As pessoas como elas são  
Cada um sabe a alegria  
E a dor que traz no coração  
O acaso vai me proteger  
Enquanto eu andar distraído  
O acaso vai me proteger  
Enquanto eu andar  
Devia ter complicado menos  
Trabalhado menos  
Ter visto o Sol se pôr  
Devia ter me importado menos  
Com problemas pequenos  
Ter morrido de amor  
Queria ter aceitado  
A vida como ela é  
A cada um cabe alegrias  
E a tristeza que vier  
O acaso vai me proteger  
Enquanto eu andar distraído  
O acaso vai me proteger  
Enquanto eu andar  
O acaso vai me proteger  
Enquanto eu andar distraído  
O acaso vai me proteger  
Enquanto eu andar  
Devia ter complicado menos  
Trabalhado menos  
Ter visto o Sol se pôr

(TITÃS, 2001)

## RESUMO

Cuidados Paliativos não são apenas direcionados às pessoas que estão em situação de iminência de morte, mas podem ser entendidos como uma assistência diante de uma enfermidade incurável que ameace à vida, sendo uma prática humanitária, empática e eficaz ao cuidar do próximo por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. Nosso objetivo de pesquisa consiste em investigar de que forma a psicologia existencial tem colaborado para os cuidados paliativos às pessoas com doença terminal e o acolhimento aos seus familiares no Sistema Único de Saúde. Para tanto, recorreremos enquanto estratégia metodológica à pesquisa bibliográfica, classificada como uma revisão narrativa. Em nossa análise, tomamos como base as obras de Martin Heidegger (1889-1976), Jean-Paul Sartre (1905- 1980) e seus intérpretes, bem como autores que discutem a temática dos cuidados paliativos e o processo histórico até sua proposição, sendo um referencial bibliográfico importante as obras da médica, enfermeira e assistente social paliativista Cicely Saunders. Findada a pesquisa bibliográfica, concluímos que as contribuições da abordagem existencialista às pessoas em cuidados paliativos e no acolhimento aos familiares traz alívio, autonomia, liberdade e compreensão de sua situação de ser-no-mundo. Por meio deste trabalho foi possível situar a escassez de políticas públicas no Sistema Único de Saúde voltada às práticas de cuidados paliativos às pessoas com enfermidade incurável. Há previsão legal para a sua prática, mas é fundamental que a população seja mais informada deste amparo legal e sobre os seus benefícios a todos que possam precisar. Nossa defesa também é pelo cuidado paliativo fora do contexto hospitalar, ou seja, no seio familiar e comunitário, sendo mais uma ação do Programa Estratégia Saúde da Família. Esperamos que nossa pesquisa estimule o leitor a refletir sobre sua própria existência, o que de fato é valioso para si e o verdadeiro sentido de sua vida.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos. Cuidados paliativos no SUS. Doença terminal. Psicologia fenomenológico-existencial.

## ABSTRACT

Palliative Care is not only aimed at people who are in a situation of imminent death, but can be understood as assistance in the face of an incurable disease that threatens life, being a humanitarian, empathetic and effective practice in caring for others through prevention and the alleviation of physical, psychological, social and spiritual suffering. Our research objective is to investigate how existential psychology has collaborated to palliative care for people with terminal illness and the care of their families in the Unified Health System. narrative review. In our analysis, we take as a basis the works of Martin Heidegger (1889-1976), Jean-Paul Sartre (1905-1980) and their interpreters, as well as authors who discuss the theme of palliative care and the historical process until its proposition. an important bibliographic reference is the works of the physician, nurse and palliative social worker Cicely Saunders. Once the bibliographic research is finished, we conclude that the contributions of the existentialist approach to people in palliative care and in welcoming family members brings relief, autonomy, freedom and understanding of their situation of being-in-the-world. Through this work, it was possible to locate the scarcity of public policies in the Unified Health System aimed at palliative care practices for people with incurable illness. There is a legal provision for its practice, but it is essential that the population is more informed about this legal support and about its benefits to everyone who may need it. Our defense is also for palliative care outside the hospital context, that is, within the family and community, being another action of the Family Health Strategy Program. We hope that our research will encourage the reader to reflect on their own existence, what is in fact valuable to them and the true meaning of their lives.

**Keywords:** Palliative care. Palliative care in SUS. Terminal illness. Phenomenological-Existential Psychology.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>1.1</b>	<b>Caminhos Metodológicos .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>BREVE HISTÓRICO DA HOSPITALIZAÇÃO E DA PSICOLOGIA HOSPITALAR NO BRASIL .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Psicologia Hospitalar no Brasil .....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>CUIDADOS PALIATIVOS .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b>	<b>Histórico e Conceito .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2</b>	<b>Eutanásia .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3</b>	<b>Distanásia.....</b>	<b>33</b>
<b>3.4</b>	<b>Ortotanásia .....</b>	<b>34</b>
<b>3.5</b>	<b>Bioética .....</b>	<b>35</b>
<b>3.6</b>	<b>Testamento Vital .....</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA EXISTENCIAL AOS CUIDADOS DE PACIENTES TERMINAIS E O ACOLHIMENTO A SEUS FAMILIARES .....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>45</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em nossa pesquisa investigamos de que forma a psicologia existencial tem colaborado para os Cuidados Paliativos às pessoas com doença terminal e o acolhimento aos seus familiares no Sistema Único de Saúde (SUS). Face ao exposto, nosso problema de pesquisa consiste em responder a seguinte questão: Qual tem sido a contribuição da psicologia existencial às pessoas em Cuidados Paliativos e no acolhimento a seus familiares?

Entende-se por cuidados paliativos as práticas de cuidados em saúde destinadas às pessoas que estão numa situação de finitude de vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2002) Cuidados Paliativos são intervenções com objetivo genuíno de abrandar sintomas dolorosos e desagradáveis, provocados pela progressão de uma enfermidade ou pelo tratamento oferecido.

De acordo com Maia et al. (2021), para a efetivação gradativa do processo de Cuidados Paliativos é fundamental a integração de todos os profissionais. A dedicação e o comprometimento da equipe são essenciais ao progresso do paciente, mesmo que em algumas situações existam dificuldades quanto ao empenho organizacional. A formação da equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais. Todas as formações mencionadas da equipe multiprofissional mostraram-se de igual importância no cuidado aos pacientes paliativos.

Conforme a Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2018), a equipe mínima para a formação de paliativistas é formada por profissionais de medicina, enfermagem, serviço social ou psicologia, tendo como referência em Cuidados Paliativos a saudosa Cicely Saunders (1918-2005), que foi uma das primeiras e mais influentes profissionais da área, que tinha formação em medicina, enfermagem e serviço social, sendo essas três formações primordiais em Cuidados Paliativos.

A prática paliativista preconiza uma comunicação acolhedora, integral, aberta e honesta com os familiares e principalmente com a pessoa com enfermidade, pois são elementos fundamentais que melhoram a qualidade de vida, dando-lhe sentido, respeito e dignidade. Essas ações indicam que os sentimentos de ansiedade, angústia e medo serão diminuídos, favorecendo a relação de confiança, comunicação e segurança com a rede multidisciplinar de saúde (MACIEL, 2008).

No campo da saúde coletiva, a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, trata das diretrizes e do acesso aos Cuidados Paliativos no SUS, que preconiza nos artigos 2º, 3º e parágrafo único:

Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.

Art. 3º A organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos:

I – integrar os cuidados paliativos na rede de atenção de saúde;

II – promover a melhoria da qualidade de vida aos pacientes;

III – incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar (Resolução CFM nº 41/2018).

A citada Resolução é considerada um avanço na atenção às pessoas com doenças terminais ao prever dignidade e melhoria da qualidade de vida para todos que necessitam, considerando a universalização do cuidado prevista no SUS. Em 2016 foi publicado no Diário Oficial da União a Resolução nº 2156 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que demonstra uma sensibilidade a situação:

Considerando que, nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (Resolução CFM nº 2156/2016).

No presente trabalho, optamos por pesquisar as contribuições da Psicologia Existencial nos Cuidados Paliativos às pessoas com doença terminal e o acolhimento aos seus familiares em razão dos seus pressupostos teórico-metodológicos. Diante dos trágicos acontecimentos atuais, de uma pandemia assoladora, a morte tem sido um acontecimento cada vez mais próximo e presente na existência de todo ser humano.

Falar sobre os Cuidados Paliativos é importante e educativo e é um dos pilares desse estudo, na busca de romper as crenças existentes depreciativas desde a tenra infância, que leva a pessoa a aterrorizar e evitar qualquer discussão aprofundada sobre o tema.

Segundo Tuy (2009), o homem busca incessantemente sentido à vida e que a sua existência causa um frenesi, buscando compreender os motivos e razões de ser-no-mundo. Para Sartre (1970), a ideia de vir-a-ser sugere que a constituição humana se dá como um projeto e envolve o reconhecimento da finitude da vida.

Para compreendermos o pensamento existencial, diante de tantos pensadores desta corrente filosófica, será referenciado os expoentes Martin Heidegger (1889-1976) e Jean-Paul Sartre (1905-1980), ambos caracterizam a desarmonia radical entre o humano e o não humano.

Heidegger (2012) esclarece que a “existência” é uma vivência exclusivamente humana e recupera o sentido etimológico da palavra, *ek-sistere* separando-a com um hífen, que é determinado como “vindo para fora” ou “sendo para fora”, evidenciando a convicção de movimento, de transitoriedade, assim dizendo de um “vir-a-ser”. O referido filósofo ressalta que apenas o homem existe, as rochas são, mas não existem, as árvores são, mas não existem, os animais irracionais são, mas não existem, concebendo a existência peculiar ao próprio ser do homem.

Segundo Oliveira (2012), os ensinamentos de Heidegger com sua pesquisa antropológica criou o pensamento filosófico da pessoa ser-no-mundo, que significa que a existência é significada a partir das escolhas, ou seja, é o que possibilita o existir, no entanto, a finitude da vida não é algo que pode ser escolhido, pode ser provocado com uma crise existencial, mas a pessoa não pode optar por não morrer, foge da sua existência a vida eterna. Quando a pessoa concebe a possibilidade de sua finitude há o surgimento do conhecimento do ser-para-a-morte.

Como assinala Schneider (2009), a psicopatologia na perspectiva Sartriana é produzida pela inviabilidade do projeto de ser da pessoa, que a impede de realizar aquilo que projetou para si, contudo, ainda conforme a autora, a preocupação deve se voltar ao futuro, considerando as possibilidades na história individual e coletiva de uma sociedade. Tal compreensão também explica o sofrimento humano de forma geral e reconhece que a pessoa é capaz de transformar os percalços de sua vida, cito o sofrimento e ressignificar uma doença terminal, pois uma das contribuições do existencialismo é valorar as escolhas das pessoas.

Sendo assim, é perceptível o paradoxo entre a morte, o sentido da vida e a existência, causando sentimentos contraditórios, como insegurança e medo, pois a morte é algo obscuro que está relacionado a não-existência. De acordo com Pompéia e Sapienza (2010), o homem preocupará com a morte a partir do momento em que toma consciência de sua existência, como se fosse uma cortina que se abre e diante desse amadurecimento existencial, torna necessário as realizações de rituais de despedida que são os velórios de corpo presente, os contos de mitos e os estudos filosóficos e religiosos sobre a morte.

Dialogar sobre os processos existenciais da pessoa, enfatizando os cuidados paliativos e o acolhimento de seus familiares, é de suma importância para o profissional da psicologia compreender os desafios e questionamentos que a pessoa enfrenta neste momento. Segundo Oliveira (2012), a iminência da morte causa ao homem o sentimento de angústia, que consome os seus pensamentos sobre o sentido de sua não existência, demonstrando os seus limites e

impotência quanto a sua finitude, que poderá ser a qualquer momento. A busca da consciência de seu fim contribui para que a pessoa compreenda que finalizou o seu projeto de ser-no-mundo.

Precisamos falar sobre Cuidados Paliativos, sem tabu, respeitando o tempo e priorizando uma comunicação clara à pessoa com doença terminal e seus familiares. Conforme Mannix (2019), o amor, o nascimento e a vida são amplamente discutidos e corriqueiramente romantizados pela sociedade, em contrapartida a morte e os acontecimentos que a antecedem, cada vez torna-se um tabu absoluto, sendo entrelaçado ao medo e insegurança. Reproduzimos uma cultura midiática que obscurece a realidade, o que vemos na televisão são programas com noticiários sensacionalistas em que a morte se torna apenas estatística em busca de audiência, alguns filmes e novelas banalizam o processo de morrer, como se a vida e a morte não tivessem sentido, valor e dignidade.

Conforme Pompéia e Sapienza (2010), o sentido da vida é compreendido pelo homem através de seu significado. A pessoa ao entender a sua existência no mundo (ser-no-mundo), empenha-se a dar um sentido a sua vida, a fim de se buscar um objetivo e um projeto de ser. Em contrapartida, a existência do ser-em Cuidados Paliativos com possível situação de morte é um acontecimento que está sujeito a ocorrer a qualquer instante e quando a pessoa possui esta consciência de não ser, o *Desain*, encontra a sua forma autêntica de vida e torna necessário atribuir um significado à sua finitude.

Cabe esclarecer que Heidegger (2012) faz uso do termo *Dasein* para designar a realidade humana. O conceito é resultado de dois elementos (*Da-sein*), onde “*da*” significa “aí” e “*sein*” significa “ser”, sendo assim, *Dasein* significa ser-aí, existência, ou ainda presença, em algumas traduções. Portanto, *Dasein* analisa a existência e o ser. Há três traços fundamentais que se relacionam ao *Dasein*: ser-no-mundo, ser-com-os-outros e ser-para-a-morte.

O ser-com-os-outros, significa que existe sempre uma relação entre o ser e os outros semelhantes, ou seja, não existe ser humano isolado dos outros. Quando o homem significa sua existência a partir de suas escolhas, percebendo que ser e mundo coexistem, dá-se o ser no-mundo, “esse termo designa que a existência do homem tem sentido por uma espacialidade existencial, pela relação com o mundo, a qual possui significação para e por meio do homem” (HEIDEGGER, 2012, p. 14). Todavia, não se pode escolher a morte, no que se refere a optar por não morrer. Logo, inicia-se a compreensão do ser-para-a-morte, ao perceber a possibilidade de morrer e a finitude da vida (OLIVEIRA, 2012).

Produzir essa pesquisa tem o intuito de refletir sobre a importância da inserção da psicologia numa rede multidisciplinar na atuação aos Cuidados Paliativos à pessoa com doença terminal e no acolhimento efetivo aos anseios dos familiares. Torezan et al. (2013) afirmam que

a atuação da Psicologia Hospitalar compõe a prática de atendimentos aos pacientes e a seus familiares no âmbito hospitalar, tanto nos ambulatórios quanto nas internações. Os autores ressaltam que a Psicologia Hospitalar está em crescimento no Brasil como especialidade, criando expectativa de que na graduação observe os conhecimentos fundamentais para o exercício do psicólogo nos hospitais.

Costa Júnior (1997) pondera que o despreparo do profissional da psicologia para atuar na área de saúde vem desde a graduação, pois não é desenvolvido as competências fundamentais para o desempenho das necessidades de atendimento. Silva et al. (2017), por sua vez, aponta que boa parte das formações no período de graduação são voltadas para o atendimento clínico, sendo assim os acadêmicos que queiram trabalhar em hospitais precisam se especializar na área, aprofundar os seus conhecimentos e adequar às necessidades que ali aparecem. Há a necessidade de mais profissionais em Psicologia Hospitalar, pois a demanda de pessoas que precisam de atendimento psicológico aumenta acentuadamente.

O profissional da psicologia que trabalhará em hospitais vivenciará situações em que seus atendimentos serão realizados a pessoas em estágio terminal, a partir da constatação da impossibilidade de cura e da proximidade de morte. Com o intuito de resgatar um atendimento acolhedor e digno, o Ministério da Saúde brasileiro desenvolveu um programa de humanização no atendimento do SUS, no que se refere à promoção dos Cuidados Paliativos a pessoa com doença terminal, oferecendo atenção, dignidade e qualidade de vida que visam resgatar o ser-no-mundo e o natural processo de morrer (BARBI, 2011).

Diante das colocações citadas e que serão aprofundadas no decorrer do trabalho, surge o questionamento sobre: Qual é o mérito deste trabalho? Nossa resposta visa justificar a atuação da psicologia nos hospitais, em especial atuando com a abordagem fenomenológico-existencial no atendimento à pessoa com doença terminal e seus familiares, pois trata-se de um tema desafiador, instigante e empolgante, na medida em que se desvela o paradoxo entre existência, essência, morte e a importância ao acolhimento dos familiares.

Além disso, sabendo que o SUS prevê os Cuidados Paliativos, discutiremos como esse cuidado tem sido promovido, haja vista o grande número de brasileiros que acessam os serviços de saúde pelo SUS. Esperamos que o presente estudo colabore para reforçar a importância da discussão e promoção dos Cuidados Paliativos na saúde pública em todo o Brasil. A seguir, apresentamos o caminho metodológico percorrido em nosso estudo.

## 1.1 Caminho Metodológico

Utilizamos como estratégia metodológica a pesquisa bibliográfica e documental. Entende-se por pesquisa bibliográfica toda bibliografia de conhecimento público no que se refere ao tema de estudo, desde livros, revistas científicas, jornais, monografias, artigos, publicações avulsas, boletins, comunicações orais como filmes, rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais.

Este tipo de pesquisa tem o objetivo de direcionar o pesquisador ao contato direto com tudo o que foi escrito, falado ou filmado. Desse modo, ao pesquisar uma referência bibliográfica não está praticando uma repetição do que foi abordado sobre determinado tema, uma vez que é possível chegar a conclusões inovadoras, sob novo prisma ou abordagem (MARCONI; LAKATOS, 2003). Os autores conceituam que a fonte das coletas de informações da pesquisa documental está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo as fontes primárias da pesquisa. Estas podem ser feitas quando o fato ou fenômeno ocorre, ou depois.

Cabe destacar que toda pesquisa parte de um conhecimento já produzido por gerações anteriores a nossa, contudo a riqueza de novos estudos consiste em dar novas interpretações ao fenômeno em estudo, como bem destacam Marconi e Lakatos (2003):

Pesquisa alguma parte hoje da estaca zero. Mesmo que exploratória, isto é, de avaliação de uma situação concreta desconhecida, em um dado local, alguém ou um grupo, em algum lugar, já deve ter feito pesquisas iguais ou semelhantes, ou mesmo complementares de certos aspectos da pesquisa pretendida. Uma procura de tais fontes, documentais ou bibliográficas, torna-se imprescindível para a não-inclusão de "lugares-comuns" no trabalho (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 225).

Marconi e Lakatos (2003) apontam ainda que a escolha do tema reflete o objeto que se pretende estudar e pesquisar. Em nossa pesquisa, as fontes de dados foram artigos científicos, livros de cunho científico e documentos oficiais, considerados fontes primárias, tais como as resoluções em vigência do Ministério da Saúde, Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Conselho Federal de Medicina. Os documentos oficiais foram localizados em seus respectivos sites oficiais e os artigos científicos localizados na plataforma *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os descritores utilizados na plataforma SciELO foram: cuidados paliativos, cuidados paliativos no SUS, morte, psicologia existencial, hospital e paciente terminal.

Nossa pesquisa bibliográfica pode ser classificada como uma revisão narrativa. Rother (2007) aponta que uma revisão narrativa é formada por: introdução, desenvolvimento (textos divididos com títulos e subtítulos de acordo com o desenvolvimento do assunto e comentários),

conclusão e referências. Ademais, a autora destaca que artigos de revisão narrativa são extensos, pertinentes a desenvolver e descrever um determinado assunto, sob a ótica teórica ou contextual. Face ao exposto, nossa revisão narrativa está sustentada na análise de livros e artigos científicos de revistas impressas ou eletrônicas, bem como na explanação e análise crítica do autor frente ao material pesquisado.

Quanto à compreensão de nosso objeto de estudo, a análise dos dados se sustentou na filosofia fenomenológico-existencial, que parte do conceito de homem singular, constituído pelas suas escolhas e relações que estabelece com o mundo.

Moreira (2010, p. 723-724) assinala que ainda que encontremos referências ao termo fenomenologia em pensadores do século XVIII, como Lambert (1728-1777), Kant (1724-1804) e Fichte (1762-1814), ou mesmo na famosa obra de Hegel *Fenomenologia do Espírito*, no início do século XIX. A fenomenologia, tal como hoje a entendemos, foi proposta inicialmente por Edmund Husserl (1859-1938). Husserl propunha um novo método de fazer filosofia, procurando analisar a experiência humana concreta.

A etimologia da palavra fenomenologia vem do grego *phainesthai*, aquilo que se apresenta ou que se mostra, e *logos*, (explicação, estudo), evidenciando a importância de se “voltar às coisas mesmas”, ou seja, para aquilo que aparece na consciência, principalmente da forma como surge.

Mais que um método, a fenomenologia deve ser considerada um movimento de pensadores extraordinários, alguns deles assistentes pessoais de Husserl, como Edith Stein, Martin Heidegger, Eugene Fink e outros como Max Scheler e Karl Jaspers, que desenvolveram outras ideias em fenomenologia, em contato direto ou em paralelo ao pensamento de Husserl na Alemanha (MOREIRA, 2010, p. 724).

Tomando as palavras de Husserl (1907/2008, p. 46) “a fenomenologia designa uma ciência, uma conexão de disciplinas científica; mas, ao mesmo tempo e acima de tudo, fenomenologia designa um método e uma atitude intelectual: a atitude intelectual especificamente filosófica”. Para os fenomenólogos, a existência humana funda-se nas experiências de vida e a enunciam como uma condição de ser-no-mundo. O homem existe sendo sempre em um mundo e junto dele e, dessa forma, homem e mundo coexistem (SIMAN; RAUCH, 2017).

Conforme apontado por Moreira (2010), as produções intelectuais de Husserl foram centrais para a consolidação da fenomenologia e a base para a produção do existencialismo. O existencialismo é uma corrente teórico-filosófica de pensamento que ganhou notoriedade no século XX, principalmente pelos trabalhos desenvolvidos pelo filósofo alemão Martin

Heidegger e pelo filósofo francês Jean-Paul Sartre. As filosofias da Existência surgiram como uma oposição à filosofia clássica, que procurava compreender a essência e as dimensões estáveis dos fenômenos. Apesar das peculiaridades das diferentes filosofias da existência, o que as unem são o fato de todos os filósofos que a representam valorizarem o homem, entendendo-o em sua totalidade e seu modo concreto de viver, refletindo sobre a angústia, a liberdade e as escolhas.

Os resultados alcançados em nosso estudo foram apresentados por meio de um texto dissertativo, organizado em três capítulos. No primeiro capítulo abordamos brevemente a história da hospitalização e da Psicologia Hospitalar, considerando que o cuidado paliativo acontece prioritariamente no contexto hospitalar. Recuperamos o contexto que favoreceu a consolidação da Psicologia Hospitalar no Brasil e as práticas multidisciplinares em atendimento às pessoas em cuidados paliativos.

No segundo capítulo aprofundamos o conceito de Cuidados Paliativos e os caminhos que foram percorridos até chegarmos as atuais diretrizes da intervenção paliativa e a realização do trabalho com famílias de pessoas com doença terminal no SUS. Apresentamos o conceito de Eutanásia e Distanásia, que são proibidas no Ordenamento Jurídico do Brasil, bem como o de Ortotanásia, aceita pelo CFM. Outrossim, discorremos sobre a Bioética e os seus limites e o Testamento Vital, documento devidamente assinado pela pessoa, atestando o tipo de tratamento médico que deseja se submeter, caso esteja em condição impossibilitada de se comunicar. Neste capítulo, amparamo-nos nos conhecimentos sobre Cuidados Paliativos produzidos por Cicely Saunders, referência paliativista na contemporaneidade.

No terceiro capítulo evidenciamos as contribuições da teoria fenomenológico-existencial aos cuidados paliativos no SUS, considerando que esta teoria compreende que o adoecimento não define a totalidade do ser humano e que apesar de todo sofrimento e angústia que acompanham esse processo, a pessoa tem a oportunidade de alterar e ressignificar o seu projeto de ser-no-mundo; construído na relação com os outros e em uma determinada sociedade.

Por fim, apresentaremos nossas considerações finais, que revelam a imersão desafiadora que foi estudar e aprofundar as pesquisas sobre os Cuidados Paliativos, a abordagem filosófica existencial, a importância do contexto histórico da hospitalização e da Psicologia Hospitalar no Brasil. Vimos que os conceitos e as práticas do psicólogo existencialista qualifica o atendimento à pessoa com enfermidade incurável e também o acolhimento aos seus familiares, tendo como base a abrangência do SUS no que tange à promoção aos Cuidados Paliativos na Rede Pública de Saúde.

## **2 BREVE HISTÓRICO DA HOSPITALIZAÇÃO E DA PSICOLOGIA HOSPITALAR NO BRASIL**

Estou certa de que o alicerce mais importante que temos provém do somatório das necessidades daqueles que estão em fim de vida, pronunciado para nós, por Jesus Cristo, no jardim de Getsêmani, de maneira simples: “Velai comigo” (Cicely Saunders, 2018).

Para que chegássemos às atuais diretrizes do Cuidado Paliativo e trabalho com famílias de pessoas com doença terminal houve um processo histórico que possibilitou essa construção. Conforme Belotti (2014), a Psicologia da Saúde teve a sua gênese durante o Império Romano relacionado aos interesses e proximidade com a Igreja Católica, época em que o conhecimento era monopolizado ligado diretamente à oligarquia e líderes religiosos e o estudo do psiquismo seguia essa prática de ser para poucos. Na ocasião as obras de Platão, Aristóteles e a Bíblia eram referências de estudos psicológicos. Santo Agostinho e Santo Tomás de Aquino eram as referências intelectuais da época.

Antes do século XVIII, pondera Foucault (2018), as casas de saúde ou hospitais eram basicamente uma instituição de assistência aos pobres, que reproduzia práticas de separação e exclusão. A sociedade da época reconhecia que o pobre, pela sua condição material, necessitava de assistência, mas como doente, portador de doença e de possível contágio, tornava-se perigoso e era excluído. Durante a Idade Média prevalecia o saber religioso e durante séculos as pessoas ditas com deficiência mental, moradores de rua eram considerados loucos e conseqüentemente afastados da sociedade, sendo alojados em igrejas. Essas práticas favoreceram a produção dos primeiros hospícios. Assis e Figueiredo (2019) afirma que os indivíduos considerados sem razão, sem direitos e conhecimentos eram despejados e isolados em locais que posteriormente foram conhecidos como os primeiros hospícios, que na época tinham o conceito atenuante de hospitalidade ou hospedagem.

A etimologia da palavra “hospital”, está relacionada à prática de hospedar, principalmente os considerados infortúnios, exceto os que estavam com sífilis e lepra, que eram direcionados para edificações específicas como os hospitais de St. Jacques (Santiago), designado também aos forasteiros de Santiago de Compostela, às crianças abandonadas e prostitutas (SANGLARD, 2006). No início os hospitais, hospício, albergaria, hospitais medievais representavam o lugar de caridade e eram usados para fins de ordem pública.

A pessoa na existência de ser-no-mundo nestas condições, eram julgadas sem razão e direitos, tendo uma existência nula, sendo conduzidas coercitivamente ao isolamento perante a

sociedade. De acordo com Millani e Valente (2008), nesta época, na Europa, estes estabelecimentos de internação recebiam os que eram considerados loucos. Esses locais tinham características de cárcere, pois aprisionavam uma série de indivíduos, portadores de doenças venéreas, mendigos, vagabundos, libertinos, bandidos, eclesiásticos em infração e os próprios loucos. Em suma, todas as pessoas que não eram pertencentes da razão, da moral e aceitas pela sociedade, eram consideradas um risco potencial a desordem e desorganização moral. Além da exclusão social, essas pessoas também eram submetidas a trabalhos forçados, considerados terapêuticos e necessários para sustentar o modo de produção que se constituía.

Dessa maneira, no século XVII os ditos doentes mentais passaram a viver em hospitais e no século XVIII com Phillippe Pinel, os hospitais foram sendo substituídos por manicômios, que são conhecidos por práticas de tortura, flagelo e pelo desenvolvimento de experiências de tratamentos desumanos como banhos forçados, privações de liberdade, castigos, miséria, etc. (SANCHEZ et al., 2000).

Foucault (1997), na obra *A história da loucura na idade clássica*, nos revela que a internação como instituição foi criada no século XVII, não para cuidar do considerado louco e sem moral, mas sim para expurgá-lo, assegurando que a ordem social fosse zelada. Na crise, os considerados ociosos eram obrigados a proteger a sociedade das revoltas e após esses conflitos eram transformados em mão de obra barata, sendo o trabalho obrigatório. Vale destacar que a instituição fechada impossibilita qualquer esforço para a promoção humana e que os procedimentos e a rotina desses locais destroem a subjetividade, despersonalizando e alienando a pessoa que ali permanece, conforme aponta o estudo clássico de Goffman (1974), materializado na obra intitulada *Manicômio, Prisões e Conventos*.

Com o molde hospitalar da época, os métodos das práticas da medicina não eram efetivos ao cuidado da pessoa. Segundo Salto (2007), houve uma mudança no final do século XVII e durante XVIII, períodos que ocorreram as piores pandemias como a Grande Peste, Peste de Marselha, Varíola, etc., que proliferou durante o tráfico de mercadorias, vindas das colônias. Diante desse fato a medicina impulsionou e conquistou o seu espaço nessas instituições hospitalares. Ainda no mesmo período, diante da necessidade surge o “nascimento do hospital” como prática terapêutica (FOUCAULT, 2018).

A expansão do hospital se iniciou no decorrer do século XVIII, com variante na concepção de assistencialista para o desenvolvimento das discussões sobre a higiene. No referido século são criados os hospitais especializados (SANGLARD, 2006). Foucault (1995) explica que a diferença entre os hospitais medievais e os especializados consiste no fato de os hospitais medievais se pautarem na exclusão, diferença e segregação e na crença de que a

loucura, a sífilis e lepra seria transmitida à população pela simples presença da pessoa na comunidade e os hospitais especializados voltaram-se aos cuidados e tratamentos específicos às doenças, evidenciando uma maior preocupação com o tratamento, contudo mantendo viva a lógica de isolar para tratar.

Assegura Feitosa (2011), que no início do século XX em decurso do período de industrialização no Brasil, eram vivenciadas precárias condições de sobrevivência e habitação, havia escassez de higiene, salubridade e saúde, a disseminação em larga quantidade de peste e endemias provocava o aumento de mortalidade de adultos e crianças. Diante disso, foi exigido da sociedade a discussão e atitude para diminuir os efeitos da contradição entre progresso x precarização da situação vivida pela população em geral. Nesta situação, os princípios defendidos pelo movimento higienista ganham ênfase e o movimento de forma acentuada coopera para solucionar os problemas da época.

Nesse sentido, Boarini (2003) pondera que o movimento higienista, em suma, indicava que a saúde física seria assegurada pela prática da higiene conduzindo ao isolamento das pessoas acometidas por doenças contagiosas (tifo, tuberculose, lepra, etc.) e não havia outra ação de segurança; naquele momento era a decisão mais razoável e não desprendia de discordância, uma vez que não tinham produzidos os antibióticos e demais recursos da farmacologia. Isolar do convívio social a pessoa acometida de uma doença contagiosa tornava-se imprescindível em prol da Saúde Pública. Entretanto, progressivamente vai se disseminando a convicção de que a enfermidade estava diretamente relacionada à condição de pobreza e à falta de higiene e que os moldes conservadores da moralidade, ética e dos bons costumes poderiam tratar os transtornos psíquicos e sociais, estabelecendo o ideário de higiene mental ao garantir a pessoa moralmente saudável.

Feitosa (2011) afirma que por serem que a ideologia da higiene mental seria fundamental para resolver as dificuldades de ordem social e psíquica, os higienistas, desde o surgimento do movimento no Brasil, no fim do século XIX e início do século XX, empenharam-se a pesquisar os problemas da época, tais como: loucura, suicídio, delinquência, deficiência mental, alcoolismo, mortalidade infantil, etc.

Apesar da defesa de que as instituições deveriam tratar, na cidade de Barbacena- MG, durante a maior parte do século XX, houve um acontecimento de barbaridade e desumanidade que ceifou aproximadamente 60.000 mil pessoas no Hospital Psiquiátrico Colônia (ARBEX, 2013). Segundo Arbex (2013) os internos do Colônia estavam fadados à morte e o Hospital poderia ser considerado como instituição final, uma vez que as pessoas que ali estavam corriam sérios riscos de não sair com vida. Eram comumente institucionalizadas, pessoas que eram

marginalizadas na sociedade, tais como prostitutas, filhos bastardos, amantes, epiléticos, meninas grávidas que foram violentadas por seus patrões, homossexuais, ou vítimas de perseguições políticas, situação que deflagrou o movimento de higienização social dos considerados inferiores. Ainda de acordo com a autora, a teoria higienista fortalecia o Hospital Psiquiátrico de Barbacena que se fortalecia na ideia de limpeza social e isso justificava as práticas abusivas.

Desde o início da formação do modelo capitalista, incontáveis indivíduos estão à margem do processo de uso de riquezas e também do seu processo de produção, desse modo, a situação de miséria aumenta e conseqüentemente encontra-se às margens da rua e se constitui como um marco da desigualdade social, pois cria um contingente populacional empobrecido, abandonado, marginalizado, excluído do processo produtivo, restando-lhes os espaços públicos como meio de existência e sobrevivência, ou instituições carcerárias como final (GIBB, 2015).

Arbex (2013) aponta ainda que um dos acontecimentos marcantes durante o período do massacre, foi a visita do italiano Franco Basaglia às dependências do Colônia, que após presenciar a realidade, ele solicitou uma coletiva de imprensa e afirmou categoricamente que jamais havia passado por um local tão deplorável ao ser humano, nem mesmo nos campos nazistas. Vale mencionar que Franco Basaglia foi um psiquiatra italiano e é considerado referência da luta antimanicomial, defensor e figura símbolo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com a efetivação de uma nova Política Nacional de Saúde Mental, incentivando e promovendo a participação social.

Conforme o Ministério da Saúde (2005), os movimentos sociais que estavam ocorrendo nos anos 1970, com objetivo de mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, amparo da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado, foram a base para a produção da Reforma Psiquiátrica brasileira. Esta transcorreu no mesmo período do movimento sanitário, mas de forma diferente. Foi motivada com as mudanças que já estavam acontecendo na Itália, as quais tencionava, dentre outras indagações, o afastamento do “modelo hospitalocêntrico”, em outras palavras, a alteração do isolamento e segregação do paciente pelo convívio familiar e comunitário. Vale ressaltar que, em outros países, como na Inglaterra, França, EUA o movimento da reforma psiquiátrica ocorreu em épocas anteriores à reforma psiquiátrica brasileira, todavia com objetivos diferenciados (BRASIL, 2005).

Com o movimento da luta antimanicomial, destacamos uma afirmativa que promove a clínica ampliada que diz: “menos hospitalização e mais clínica ampliada”, do precursor e

médico sanitário Gastão Campos. Conforme Campos e Amaral (2007), a clínica ampliada pode ser praticada dentro do hospital. Isso envolverá o usuário e seus familiares no processo de gestão de manejo dos projetos terapêuticos. Por exemplo, o incentivo da presença de acompanhantes junto ao paciente, formando uma rede de apoio ao participar dos projetos e andamentos terapêuticos em que o paciente e clínico julgarem convenientes, sendo para tanto necessário ampliar o horário de visitas.

Sob esta perspectiva, os familiares e, especialmente, o usuário do serviço de saúde mental são chamados a participar, discutir e reconstruir os serviços oferecidos às pessoas portadoras de transtornos mentais. Não se trata de apenas substituir ou aperfeiçoar as estruturas tradicionais, mas de criar novos dispositivos de cuidado, sendo necessário discutir a clínica psiquiátrica para tal transformação. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002, p. 35).

Ao articular a luta antimanicomial e a clínica ampliada, citamos Campos (2012), ao retratar que a clínica ampliada e compartilhada se dedica à prática de redução de danos, que é o conjunto de políticas e práticas cujo intuito é a redução de danos, que poderá ser a dependência de drogas lícitas e ilícitas ou mesmo ser pensada no caso dos cuidados paliativos. A clínica ampliada possui como um dos seus fundamentos a desinstitucionalização do indivíduo, oferecendo condições de atendimento humanizado.

A clínica ampliada é o plano de atuação dos profissionais da saúde. Institui-se basicamente na articulação, prática e diálogo de diversos saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

Sundfeld (2010) menciona que a clínica ampliada preconiza, em conformidade com a necessidade dos usuários, o manejo entre os serviços de saúde, outros setores e políticas públicas consideradas como recursos para promoção de saúde, por entender que estas se constituem num agenciamento de intermediários sociopolítico-cultural-econômicos num mesmo plano de permanência. Outros exemplos de clínica ampliada são a instituição de Conselhos de Gestão tripartite (representação da direção, dos usuários e de profissionais), instituído em várias cidades brasileiras em centros especializados e hospitais ligados ao SUS. Além dos Conselhos de Gestão, há também a possibilidade da formação de Assembleias com participação de usuários, com foco em discutir os problemas e desafios do serviço público oferecido, os projetos e avaliar os serviços.

Campos e Amaral (2007) afirmam que um dos principais fundamentos que expande mundialmente o cuidado extra-hospitalar é a menor despesa em relação ao tratamento intra-hospitalar. Isso se deve em razão da população mundial estar em processo de envelhecimento, requerendo a necessidade de cuidados permanentes que demandam racionalização das despesas, pelo avanço tecnológico que permite a prática ambulatorial ou domiciliar com segurança somado ao apreço e comodidade a esses meios de tratamento por parte dos pacientes.

Ribeiro e Amaral (2008) citam que há um avanço na discussão da humanização da medicina, e uma inspiração para alcançá-la é a medicina centrada no paciente, já denominada como um novo método clínico. A evolução tecnológica da medicina em relação aos tratamentos diretivos de cura e/ou cuidados paliativos propõe condições de práticas intervencionistas que poderá ser realizado na residência, situações em que a efetividade e progresso do tratamento terá melhores condições no domicílio do que nas dependências de um hospital. A medicina centrada no paciente é mais ampla e propõe compreender os anseios do paciente e não se restringe à doença. Os autores afirmam que a medicina centrada na pessoa como alternativa de tratamento médico residencial pode ser realizada pontualmente em benefício ao tratamento do paciente, como por exemplo, pacientes idosos, reabilitação pós-operatória e doenças crônicas e terminais.

Quanto à psicologia, a escuta e o cuidado de pessoas em situação de terminalidade acontece ainda prioritariamente no contexto do hospital, por mais que tenhamos avançado com a instituição da medicina centrada no paciente. Romano (1999) ressalta que o atendimento psicológico nos hospitais evidencia as causas do sofrimento psíquico da pessoa referente à enfermidade e hospitalização, sendo necessário investigar as condições de adaptação da pessoa hospitalizada, as dificuldades vivenciadas no ambiente, o nível de aceitação ao tratamento estabelecido e a relação formada entre o próprio paciente com a equipe de saúde e aos familiares. A seguir apresentaremos como a psicologia adentrou na área hospitalar e qual tem sido a sua contribuição.

## **2.1 Psicologia Hospitalar no Brasil**

De acordo com o CRP/SP (2014), o estabelecimento da Psicologia Hospitalar tem relação primordial com as inovações nas instituições hospitalares no âmbito do tratamento e recuperação, que ocorreram nas primeiras décadas do século XX. Diante desse desenvolvimento surge um novo formato de atendimento, pautado na profissionalização, uma vez que as enfermeiras assumiram o papel ocupado pelas irmãs de caridade, viabilizando as

peças doentes os cuidados físicos, emocionais e espirituais. Com o decorrer do tempo, parte dessas atribuições foram confiadas aos psicólogos e aos assistentes sociais.

Na década de 50, no Brasil, começaram as práticas psicológicas em ambientes hospitalares, porém, somente em 1962 ocorreu a regulamentação da profissão (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003). Em 1954 houve os primeiros registros de atividades psicológicas em ambientes hospitalares na cidade de São Paulo. Segundo Dittrich, Oliveira e Zendron (2001), nesta mesma época a psicóloga Mathilde Neder tornou-se a pioneira no Brasil no desenvolvimento da Psicoterapia Breve e desbravou a Psicologia Hospitalar no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), com atendimento psicológico no hospital. Os encaminhamentos partiam da equipe médica, com o intuito de auxiliar crianças na aceitação ao tratamento, nas demandas pré e pós-operatórias e no acolhimento dos familiares.

Assis e Figueiredo (2019) explicam que a Psicologia Hospitalar se desenvolveu de forma lenta e em 1983 foi realizado o I Encontro de Psicólogos na Área Hospitalar, com a criação de uma comissão para tratar e discutir os temas da Psicologia Hospitalar pelo CRP/06 de São Paulo. Diante dessas conquistas históricas de luta por espaço e reconhecimento, o Brasil tem usado a terminologia de Psicologia Hospitalar e é salutar frisar que é o único país que utiliza esta definição para determinar o trabalho dos profissionais de psicologia nos hospitais (GORAYEB, 2010). Para regularizar a concessão de títulos de especialistas, que se inclui o de especialista em Psicologia Hospitalar, o CFP promulgou a Resolução de nº014/2000, concedendo juridicidade a essa prática.

A condição emocional do paciente em situação de hospitalização torna-se importante no tratamento e a atuação de um profissional da Psicologia Hospitalar é considerável na rede multiprofissional de saúde. Simonetti (2016) considera o estudo e contribuição da Psicologia Hospitalar fundamental a todos os psicólogos que querem trabalhar nesta área. É imprescindível capacitar e especializar para adquirir conhecimento com aperfeiçoamento, perspicácia e eficácia, pois a sua atuação auxilia a pessoa com enfermidade no processo de adoecimento, procurando minimizar o sofrimento causado pela hospitalização.

Silva et al. (2017) destacam que a Psicologia Hospitalar é uma área em crescimento inovadora, com atuações em diversas instâncias, em que os cenários mais comuns de inserção do psicólogo na equipe multidisciplinar são: emergência, centro cirúrgico, maternidade, pronto socorro, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI). O psicólogo hospitalar exerce seu trabalho no plano secundário e terciário de atenção à saúde e realiza diversas práticas como atendimento psicoterapêutico; pronto atendimento;

psicodiagnóstico, psicoprofilaxia; atendimento em ambulatório, acompanhamento com as famílias de pacientes, e outros.

Ainda conforme os autores Silva et al. (2017), o psicólogo hospitalar se torna atuante em diversas situações, em vários setores do hospital, visto que, a mola mestra do psicólogo é atuar com os diversos processos de saúde/doença, pretendendo propiciar apoio psicológico através do acolhimento, compreensão ao paciente, família e a equipe, procurando minimizar a angústia, dúvidas e o sofrimento da pessoa em tratamento e de sua família. Ressaltamos que este sofrimento poderá causar uma desorganização mental, sofrimento agudo emocional e social na existência da pessoa.

Segundo Fossi e Guareshi (2004), o atendimento no hospital tende a ser breve, focalizado e de caráter emergencial. Diante disso, é imprescindível a compreensão do ser biopsicossocial no eixo da saúde. Assim, é salutar a participação efetiva da equipe para o atendimento hospitalar, sendo que médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social e outros profissionais possam realizar um atendimento integralizado, norteado com práticas de humanização e suporte ao paciente e sua família (FOSSI; GUARESCHI, 2004).

Gorayeb (2010) explica a diferença entre Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, a primeira se destaca na atuação junto à pessoa com problema ligado à saúde física, com gravidades em vários estágios ou ordens. Já a Psicologia Hospitalar é uma área de atuação que está dentro da Psicologia de Saúde e tem como atuação a intervenção essencial e indispensável voltada aos aspectos psicológicos da pessoa adoecida dentro de um ambiente hospitalar e ao acolhimento de seus familiares.

O CFP (2000) preconiza que o psicólogo com especialização em Psicologia Hospitalar possui sua atividade profissional nos níveis secundários e terciários na atenção à saúde, em instituições de ensino superior e técnico e/ou centros de estudo e de pesquisa e extensão, contribuindo com a preparação de outros profissionais de saúde. Ademais, realiza acompanhamentos a pacientes e familiares, assegura amparo emocional em situações diretas ou específicas a membros da equipe multiprofissional e possivelmente administrativa e ainda contribui com acadêmicos e pesquisadores, quando estes integram a pesquisa com a assistência hospitalar.

Pregnoatto e Agostinho (2003) destacam que é função do psicólogo na UTI acompanhar e adaptar as visitas dos familiares à rotina da unidade, preparando-os para a entrada, dando ciência da situação de saúde da pessoa hospitalizada e informando as regras que norteiam o bom funcionamento do local. O psicólogo deve ainda estimular, respeitando os

limites dos indivíduos, o contato entre os familiares e amigos com o paciente, observando e avaliando as verbalizações e os comportamentos com a finalidade de verificar a expectativa e compreensão a respeito do quadro clínico da pessoa. Ainda contribui com a mediação da comunicação entre pessoa-médico-família e auxilia na compreensão dos familiares em relação às informações do tratamento e da evolução clínica.

Os serviços disponibilizados pelo SUS no que se refere ao atendimento da pessoa com doença terminal se concentra nas práticas dos Cuidados Paliativos. Lourençato (2020) aponta que os Cuidados Paliativos são assegurados por uma rede interdisciplinar (psicologia, enfermagem, medicina, serviço social, capelania, fisioterapia e outras especialidades quando adequado), que em conjunto buscam estratégias para melhorar a qualidade de vida, amenizar o sofrimento, ansiedade e o acolhimento dos familiares.

Importante ressaltar a necessidade de uma comunicação acolhedora, integral, aberta e honesta com os familiares e principalmente com a pessoa com enfermidade, pois são elementos fundamentais que melhoram a qualidade de vida, dando-lhe sentido, respeito e dignidade. Essas ações indicam que os sentimentos de ansiedade, angústia e medo serão diminuídos, favorecendo a relação de confiança, comunicação e segurança com a rede multidisciplinar de saúde (MACIEL, 2008).

Almendra (2018) aponta que os familiares de pessoas que faleceram em UTI tornam-se mais vulneráveis aos transtornos psicológicos, como depressão, ansiedade extrema, transtorno de estresse pós-traumático e luto complicado, que é a sobrecarga de sentimentos que não melhora durante o tempo. A pessoa com doença terminal e iminente finitude da vida se preocupa que o agravamento de sua doença possa afetar o cotidiano de seus familiares e deseja não causar trabalho aos entes (SILVA, 2006).

Segundo D'Alessandro et al. (2020) pesquisas realizadas em diferentes países apontam que a maioria das pessoas escolheriam morrer em casa. Contudo, a metade morre em hospitais. Ao mesmo tempo, as literaturas indicam o exagero de práticas agressivas na finitude da vida, distante do que seria os cuidados paliativos em respeito à dignidade da pessoa. Face ao exposto, é percebido a necessidade de profissionais da psicologia, que possam compreender de maneira humanizada e respeitosa a pessoa com doença terminal como um ser único, digno e livre, assim como defende a psicologia existencialista.

O trabalho na área hospitalar nos leva a pensar na formação em Psicologia. Pesquisas mostram que é comum nas matrizes curriculares de graduação a falta de disciplinas relacionadas à Psicologia Hospitalar. Em algumas universidades os estudantes possuem um maior contato com a área hospitalar, principalmente na prática do estágio em saúde, oportunizando o acesso

ao conhecimento prático da psicologia hospitalar. Diante dessa situação, pode-se pensar que boa parte das universidades brasileiras durante o período de graduação não aprimoraram os acadêmicos de psicologia aos conhecimentos teóricos e técnicos suficientes para atuação em hospitais (MÄDER, 2016).

Perante o exposto é importante a disponibilidade de disciplinas específicas, em destaque a Psicologia Hospitalar durante o período de graduação, no intuito de incentivar a formação científica-metodológica, pois como afirmam Carvalho e Sampaio (1997), a graduação em psicologia se caracteriza por uma formação “generalizada”, com desenvolvimento técnico voltado para a prática clínica, sem focar ou especializar numa determinada área. A formação em Psicologia preza por uma formação generalista, sendo assim é fundamental ao profissional ao finalizar a graduação se especializar naquilo que mais se identificou no período acadêmico. Os estágios extracurriculares também são possibilidades para que se conheça as diferentes áreas de atuação da profissão.

A título de ilustração, no curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT), a disciplina de Psicologia Hospitalar é optativa e é percebido a constante procura dos estudantes por ela, contudo, foi ofertada apenas uma vez devido à enorme quantidade de disciplinas que a graduação exige por ser o período integral e o reduzido quadro de professores do colegiado. Vale esclarecer que a consolidação do curso na referida Universidade é recente e está em desenvolvimento e no final de 2021 está prevista a formatura da primeira turma.

Costa Júnior (1997) pondera que o despreparo do profissional da psicologia para atuar na área de saúde vem desde a graduação, pois não é desenvolvido as competências fundamentais para o desempenho das necessidades de atendimento. Silva et al. (2017), por sua vez, apontam que boa parte das formações no período de graduação são voltadas para o atendimento clínico, sendo assim os acadêmicos que queiram trabalhar em hospitais precisam se especializar na área, aprofundar os seus conhecimentos e adequar às necessidades que ali aparecem. Há a necessidade de mais profissionais em Psicologia Hospitalar, pois a demanda de pessoas que precisam de atendimento psicológico aumenta acentuadamente.

Guiados por este pensamento, é importante ressaltar a inserção da psicologia numa rede multidisciplinar na atuação aos cuidados paliativos à pessoa com doença terminal e no acolhimento efetivo aos anseios dos familiares. Torezan et al. (2013) afirmam que a atuação da Psicologia Hospitalar compõe a prática de atendimentos aos pacientes e a seus familiares no âmbito hospitalar, tanto nos ambulatórios quanto nas internações. Ressalta que a Psicologia Hospitalar está em crescimento no Brasil como especialidade, criando expectativa de que na graduação observe os conhecimentos fundamentais para o exercício do psicólogo nos hospitais.

Recuperar a história dos hospitais evidenciou que avançamos na construção de diretrizes que defendem a humanização, a clínica ampliada e a importância do cuidado em saúde nos territórios, bem como qualificamos a assistência à saúde ao longo dos anos em seus níveis de atenção, contudo, ainda se faz vivo o ideário da higiene, as práticas de asilo e confinamento das pessoas em tratamento, tornando-se um desafio superar esse cenário. Apesar das dificuldades apresentadas não podemos perder de vista a importância do SUS, pois somos o único país a assegurar o acesso gratuito à saúde a todos.

No capítulo subsequente aprofundaremos a discussão sobre os Cuidados Paliativos no Sistema Único de Saúde.

### 3 CUIDADOS PALIATIVOS

Você é importante porque você é você. E você é importante até o fim da sua vida. Faremos todo o possível não só para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para fazer você viver até o momento de morrer (Cicely Saunders, 2018).

Lima (2015) destaca que a vulnerabilidade e precariedade do ser humano no sentido existencial e demonstrado muitas vezes pelo medo serão a finitude de sua vida. Mesmo nos desejos ou não, a imortalidade não nos pertence. A medicina e a tecnologia avançam substancialmente e com isso têm aprimorado técnicas que diagnosticam, tratam e muitas vezes curam enfermidades consideradas graves, promovendo a oportunidade de uma melhor qualidade e quantidade de vida.

Neste contexto, os Cuidados Paliativos configuram-se como prática de melhor qualidade de vida diante de uma enfermidade incurável. Lima (2015) ainda afirma que o receio das evoluções tecnológicas é a medicina moderna gerar interferências excessivas e sem limite às condições físicas, psicológicas, espirituais e sociais do paciente, sendo um tratamento desumano, indigno, prolongado e sofrido, que está apenas adiando desesperadamente o inevitável que é a morte.

Diante disso, neste capítulo iremos discutir brevemente acerca da história e conceito dos Cuidados Paliativos, sobre a Eutanásia, Distanásia, Ortotanásia, Bioética e Testamento Vital, ressaltando o SUS no atendimento à pessoa sob Cuidados Paliativos.

#### 3.1 História e Conceito

Cuidados Paliativos são ações que priorizam a dignidade da pessoa com enfermidade. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (2002), Cuidado Paliativo é uma ação que melhora a condição de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam enfermidades crônicas ou que ameacem a vida. Diminui, previne e alivia o sofrimento por meio de investigação precoce, avaliação assertiva e tratamento da dor com mais eficácia e de outros problemas físicos, sociofamiliares, psíquicos e espirituais.

O Cuidado Paliativo surgiu com as primeiras definições sobre o cuidar, na Idade Média durante as Cruzadas com o propósito de resultar a sobrevida menos árdua e sofrida ao paciente e seus familiares, diante da impossibilidade de cura (ANCP, 2018). Neste caso a enfermidade não é o mais importante e sim os cuidados clínicos em relação à evolução desta enfermidade. Os familiares que acompanham a pessoa em Cuidados Paliativos são fundamentais durante todo

o processo de tratamento. Estes precisam de informações precisas e diretivas sobre o que de fato são os Cuidados Paliativos, visto que podem contribuir, buscando melhores condições de tratamento ao longo dos estágios de adoecimento, internação e em algumas circunstâncias a morte (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

A ação de cuidar exige conhecimento e planejamento no que se refere aos procedimentos técnicos e concomitantemente à atenção oferecida ao paciente e à sua família, pautando-se nos desafios a serem enfrentados e nos meios para lidar com as atribulações que acometem os envolvidos. Para isto, é primordial a comunicação objetiva, clara e constante entre a equipe multidisciplinar de saúde, o paciente e a família, a fim de fortalecer uma relação de empatia e confiança, essenciais para a prática de Cuidados Paliativos (OLIVEIRA; CARVALHO, 2008).

Saunders (2018) explica que os pacientes e a família conseguem ter esperança quando não há mais nenhuma esperança de cura. Com o objetivo de ter os últimos momentos de convivência familiar, realizam passeios familiares ou turísticos, por exemplo. A autora afirma que as famílias que renovam suas forças mais rapidamente quando perdem um ente familiar são aquelas que vivenciaram juntas todos os estágios da evolução morte e morrer, na elaboração do luto e com isso as memórias farão parte de um processo criativo. É importante apontar que a equipe paliativista é preparada para atuar sozinha ou em grupos em situações de alto risco para o paciente, como por exemplo diante de suas condições físicas e psicológicas, este paciente decide fazer uma viagem familiar mesmo sabendo as consequências que esse deslocamento possa acarretar a si.

A formação de uma equipe de Cuidados Paliativos, em conformidade com a Agência Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2018), terá que ter no mínimo os profissionais de medicina, enfermagem, serviço social ou psicólogo e não é exagero ressaltar a desbravadora Cicely Saunders como referência paliativista, que no ano de 1947 formou-se em enfermagem e serviço social e posteriormente em medicina, essas três formações são exigidas para a formação mínima de uma equipe, conforme já destacado.

Gutierrez e Barros (2012) acrescentam que Cuidados Paliativos são ações voltadas às pessoas com enfermidades consideradas clinicamente fora de possibilidade de cura, em que a enfermidade tem remotas chances terapêuticas de cura, sendo fundamental, nesse momento, o alívio e controle da dor e do sofrimento em todos os aspectos do ser humano, sejam elas físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Dessa maneira, o cuidado deve ser especial, particular, enaltecendo a singularidade e a necessidade de cada pessoa que se encontra em condição de dependência.

Cicely Saunders fundou 1967, o *hospices*, na ideia de “hospício”. O conceito de hospício foi desenvolvido na Idade Média, espaço que era designado para receber os viajantes. *Hospes* em latim significa hóspedes, convidado e era uma instituição destinada para o tratamento de pessoas com doenças terminais. O *hospice* não tinha o entendimento de hospício como hoje é conhecido, instituição destinada ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, mas era voltado aos cuidados de pacientes com doenças terminais. A proposta era que nesses locais as pessoas fossem tratadas com dignidade e não apenas como pacientes, buscando propiciar uma vida e ambiente agradável às pessoas acometidas por uma enfermidade incurável, bem como assegurar a convivência com os familiares e objetos de estima valor (VIEIRA, 2009).

Ainda de acordo com Vieira (2009), especialmente a atuação de Cicely Saunders desenvolveu a Medicina Paliativa de origem britânica. A referida médica foi pioneira do moderno movimento do *hospice*, sendo a fundadora do *St. Christopher Hospice* em Londres, em 1967. O *hospice* objetivava aliar o tratamento dispensado aos doentes em um hospital com a hospitalidade de uma pousada. A Medicina Paliativa avança em relação à Medicina Moderna, que prioriza as práticas tecnicistas, visando apenas a cura e não o cuidado.

O *Atlas Mundial de Cuidados Paliativos – Cuidado no Fim da Vida*, lançado em janeiro de 2014 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), reafirma os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos, revisados em 2002, que são:

- Proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes;
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural;
- Oferecer um cuidado que não acelere a morte, nem prolongue a vida com medidas desproporcionais que irão aumentar o sofrimento do paciente sem trazer benefícios;
- Propiciar alívio da dor e de outros sintomas desconfortáveis englobando aspectos psicológico, social e espiritual;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com seu próprio luto;
- Usar uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;
- É aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que se destinam a prolongar a vida, tais como a quimioterapia ou terapia de radiação, e inclui as investigações necessárias para melhor compreender e gerir complicações clínicas angustiantes (OMS, 2014).

Saunders (2018) destaca que lidar com a morte resulta em relacionar com a finitude de esperança e de planos. A dor não é apenas física ou social, é profundamente emocional e a família enlutada procura ajudar cada grupo a descobrir suas próprias forças e ressignificação diante da perda; por isso é tão relevante os princípios defendidos pela Medicina Paliativa.

No Brasil a discussão e prática de Cuidados Paliativos são consideradas recente. Iniciou-se em meados de 2000 e desenvolveu-se nos últimos anos com o avanço da medicina. Cada país possui suas práticas em Cuidados Paliativos, são escassas as referências internacionais quanto ao modelo paliativista e se tem buscado adaptar as referências postas aos recursos preexistentes (UGARTE, 2014). Os cuidados paliativistas ao paciente necessita de investigação diagnóstica e o tratamento se for domiciliar, precisará de uma rede multidisciplinar bem regulada que ofereça segurança e cuidado ao paciente e família.

Há tempos o Brasil vive um acentuado processo de envelhecimento populacional, seguido pela evolução dos tratamentos e técnicas diagnósticas e terapêuticas, permitindo que doenças que eram consideradas mortais, tais como: diabetes, câncer, doenças circulatórias e respiratórias, se transformassem em crônicas, prolongando a vida da pessoa (BRASIL, 2011). Tal fato resultou o crescente índice de enfermidades crônicas não transmissíveis no SUS, recebendo atendimento terapêutico com foco na cura, com medidas invasivas e alta tecnologia. Iremos detalhar mais adiante que esses excessos terapêuticos podem causar um maior sofrimento à pessoa no aspecto físico, emocional, social e espiritual; podendo ser desconsiderado pela equipe médica, sendo a dor o mais tocante (ANCP, 2009).

Com o intuito de resgatar um atendimento acolhedor e digno, o Ministério da Saúde brasileiro desenvolveu um programa de humanização no atendimento do SUS, no que se refere à promoção dos Cuidados Paliativos à pessoa com doença terminal, oferecendo atenção, dignidade e qualidade de vida que visam resgatar o ser-no-mundo e o natural processo de morrer (BARBI, 2011). O atual cenário do SUS exige o conhecimento e a necessidade emergencial em Cuidados Paliativos e a garantia de políticas públicas com eficiência e eficácia voltadas à proteção às pessoas na finitude de vida ou com enfermidades crônicas (ANCP, 2009). O SUS enfrenta um desafio para o novo, uma vez que os Cuidados Paliativos foram implantados nos anos 2000, somados ao fato de ter que enfrentar a pandemia da Covid-19, que assolou o mundo e principalmente o Brasil, produzindo muitas mortes.

Em acréscimo, Ugarte (2014) enfatiza que o aumento da necessidade mundial de práticas de Cuidados Paliativos está relacionado às enfermidades crônicas não transmissíveis, como: câncer, doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e doenças pulmonares, que na atualidade se agravaram durante a pandemia da Covid-19. A autora ressalta ainda, que na última década três milhões de pessoas aproximadamente receberam Cuidados Paliativos.

Farias (2020) menciona que as práticas de Cuidados Paliativos iniciaram e se desenvolveram no plano científico pelas áreas biomédicas, com o intuito de promover a melhoria da qualidade de vida de pacientes com enfermidade incurável que ameaçasse a vida e

no acompanhamento de seus familiares. Com o objetivo de prevenir e aliviar a dor e demais aspectos físicos, psicológicos e espirituais, houve um avanço e aporte jurídico que propiciasse a promoção e vigor das ações e sua efetividade no Brasil. Diante disso, como mencionamos anteriormente, foi criada a Resolução nº 41/2018, pela Comissão Intergestores Tripartite, através do Ministério da Saúde, que alinha sobre as instruções para a organização dos Cuidados Paliativos, em consonância aos cuidados continuados integrados na esfera do SUS.

Vale destacar que o direito à expressão prevista no Código Civil Brasileiro e as diretivas antecipadas de vontade, previstas na Resolução do CFM nº 1955 de 2012, possibilitaram a instituição do Testamento Vital, que será discutido mais à frente.

A pesquisa bibliográfica e documental realizada nessa pesquisa demonstrou que os Cuidados Paliativos no SUS estão em processo de consolidação, mas cabe ressaltar que houve avanços com a instituição das resoluções citadas anteriormente.

Mazutti, Nascimento e Fumis (2016) examinaram que o remanejamento terapêutico para Cuidados Paliativos oportunizou a pessoa com enfermidade incurável, com iminência de finitude de vida, a morrer no quarto de forma humana, menos tensa e ao lado de seus familiares e até mesmo na UTI, mas com aspecto digno. Visto isso, a atuação da psicologia na equipe multidisciplinar é primordial no acolhimento, respeito e na investigação dos desejos, valores e pedidos da pessoa enferma e seus familiares em relação a comunicação ao restante da equipe multidisciplinar.

Importante citar que é celebrado no segundo sábado do mês de outubro o Dia Mundial de Cuidados Paliativos, data de ação unificada para comemorar e apoiar os Cuidados Paliativos em todo o mundo. No Brasil ainda é tímida a celebração e é perceptível a necessidade de Políticas Públicas que promovam informação e conhecimento à população acerca dessa prática (ANCP, 2018).

Nas próximas seções discutimos, de forma sintética, as práticas não aceitas e previstas no ordenamento jurídico brasileiro circunscritas ao processo de morrer e morte, que se relacionam aos Cuidados Paliativos ou se distanciam de sua proposta.

### **3.2 Eutanásia**

A legislação brasileira não tipifica a prática da eutanásia, sendo considerada crime previsto no Código Penal, em seu art. 121, §1º, homicídio privilegiado e fere a Constituição Federal de 1988, no que tange ao princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III/CF-88) e à proteção à vida (art. 5º, caput/CF-88).

Piva e Carvalho (1993) definem a eutanásia como ato intencional que evolui ao óbito, uma prática clínica que promove meio eficiente para abreviar a morte de paciente incurável ou em fase terminal em estado de grave sofrimento, diferente do curso natural. Dos modos utilizados de eutanásia tem-se a eutanásia ativa, que seria provocar a morte instantânea, através de uma ação planejada e definida e a passiva, que a pessoa morre em um espaço de tempo variável através da interrupção de uma medida vital paliativa.

O termo "eutanásia" deriva do grego *eu* (bom) e *thanatos* (morte), que expressa vulgarmente a ideia de boa morte, morte sem sofrimento, morte calma, morte doce, indolor e tranquila (SILVA, 2008).

A eutanásia faz parte da história da humanidade, sem a definição concreta de quando iniciou, uma das origens da prática da eutanásia foi no século XVII, quando o filósofo inglês Francis Bacon (1561-1626) formulou a sua obra *Historia vitae et mortis*, como designação da função do médico, quando proporcionava ao enfermo uma morte rápida, suave, indolor e calma (PAGANELLI, 1997).

Outra vertente da evolução da prática da eutanásia no decorrer da história mostra que entre os povos ancestrais e bárbaros aceitava-se uma espécie de “eutanásia ritualizada” e a partir do surgimento da Medicina, na Grécia, foi considerada a “eutanásia medicalizada”. Atualmente denominamos de “eutanásia autônoma”, quando o paciente passou a ser o detentor de suas escolhas e das discussões sobre a sua finitude, enquanto, em tempos passados, era deixado em segundo plano (PESSINI, 2004).

Souza (2014) traz a reflexão de que “estar vivo em quaisquer condições não significa dignidade”, muitas pessoas defendem que o fato de um ser estar vivo e ter características biológicas da espécie humana não o tornam humano, considerando que, para “ser” humano é preciso “ser” na sua existência, antes de tudo humanizado, sendo assim, um fator biossocial.

Por fim, afirmam Floriani e Schramm (2008) que a ação da eutanásia é antecipar a finitude da vida e não se caracteriza como prática de Cuidado Paliativo, que se refere ao tratamento dos sintomas e não mais da cura, respeitando o decurso natural da vida sem abreviar ou prolongar a todo custo à sobrevivência da pessoa.

### **3.3 Distanásia**

A Distanásia não tem seu uso tão disseminado quanto à Eutanásia. Sua prática não é prevista em nosso ordenamento jurídico, pois atenta contra a dignidade da pessoa humana,

considerada um tratamento fútil, sem eficácia e desnecessário (VIEIRA, 2009). Sendo evitada a menos que seja o desejo do paciente em prosseguir o tratamento.

O prefixo grego *dys* tem sentido de “ato defeituoso ou afastamento”. Distanásia designa uma prática ou intervenção médica que não beneficia a pessoa em fase terminal de vida e acaba prolongando inutilmente a vida, procurando distanciar a morte a uma existência com sofrimento e dor. Distanásia remete a persistência terapêutica para prolongar a todo custo à morte iminente e esse prolongamento evitável é proibido pelo Código de Ética Médica.

Ferreira, Souza e Lima (2011) afirmam que os profissionais da saúde, na tentativa incessante de evitar a morte iminente diante de uma enfermidade incurável (que é a prática de distanásia), lançam mão de inovações das tecnologias e de procedimentos médicos em atendimento ao paciente, ofertando um cuidado robotizado e despersonalizado, afastando a dignidade de um fim do curso natural da vida. Dessa forma, ofertam um cuidado terapêutico desproporcional, desumano, extremamente agressivo e abusivo.

O receio da aceitação da distanásia pela sociedade poderá ter influências de cunho religioso e o clamor de se manter a vida a todo custo, numa tentativa inútil e ineficaz, sem considerar o sofrimento da pessoa em processo de finitude de vida (PESSINI, 2002). Cabe esclarecer que a prática da distanásia não se relaciona aos Cuidados Paliativos, pois na Medicina Paliativa o foco está em tratar os sintomas diante da impossibilidade de cura e diante dessa realidade, melhorar a qualidade de vida perante o enfrentamento de enfermidade crônica ou de uma iminência de morte.

### **3.4 Ortotanásia**

A ortotanásia está regulamentada no Brasil pela Resolução do CFM nº 1805/2006. Segundo Vieira (2009), a prática da ortotanásia empregada à pessoa em estágio de finitude de vida, visa garantir a morte natural, com dignidade e empatia, em busca de resgatar o sentido da vida e humanizando a situação do doente terminal, não é abreviando ou prologando a morte e sim respeitando o curso natural sem interferência ao processo de morte.

Os artigos 1º e 2º da referida resolução regulamenta a ortotanásia e veda a distanásia:

1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico,

psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar (Resolução CFM nº 1805/2006).

Cabe analisar também a Resolução nº 1995/2012 do CFM, que promove as diretivas antecipadas de vontade, pois são duas resoluções que se completam, e as diretivas antecipadas de vontade objetivam eticamente a ortotanásia. Conforme Lima (2015), a ortotanásia possibilita valores humanistas e aliada com as diretivas antecipatórias garante ao paciente a prerrogativa de não aceitar formas de tratamento que violem a sua dignidade, autonomia e vontade. O objetivo é ressaltar a liberdade de escolha do paciente e inibir procedimentos que possam causar profundo sofrimento e dor e ressaltar o respeito às crenças e aos seus valores.

Ainda de acordo com Lima (2015), a discussão que ocorre no âmbito dos Direitos Humanos e da Bioética é a legitimidade e eticidade da ortotanásia. A ortotanásia mostra que para a morte não há cura e poderá ser iminente e inevitável para a pessoa em finitude de vida. A autora afirma que a prática da ortotanásia oportuniza a humanização que antecede o processo morrer. Se a vida é guiada pela dignidade da pessoa humana, sem dúvida a morte também deverá ser guiada pelo mesmo preceito e respeito ao seu curso natural.

As políticas de humanização e educação permanente necessitam conduzir todos os estágios de capacitação de modo contínuo no curso da vida profissional de toda a equipe de saúde e o incentivo da prática da ortotanásia é a forma mais digna de valorizar o ser humano em estágio de processo de morrer e morte (SANCHES; SEIDL, 2013). Os cuidados paliativos buscam engendrar ao conceito da ortotanásia, na promoção ao cuidado, amor, respeito e dignidade ao ser humano.

### **3.5 Bioética**

De acordo com Vieira (2009) a palavra bioética possui um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética) e é definida “como estudo sistemático das dimensões morais, incluindo decisão, visão, conduta e normas morais – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar” (p. 99). Atenta-se aos progressos da ciência da vida.

Pegoraro (2002) destaca importância aos ensinamentos da bioética, que toma como referência central o ser humano e em especial em duas situações: o nascimento e a morte. A bioética é considerada ciência, disciplina e também movimento social, apoiando-se à ética e o senso crítico comum para evidenciar a dignidade da pessoa humana e a sua qualidade de vida.

A bioética é um estudo interdisciplinar, que abrange diversos conhecimentos e ciências, do Direito à Biologia enquanto ciência que estuda a vida humana, animal e vegetal.

A articulação entre a ética, as ciências da vida e a evolução da biotecnologia formou a bioética enquanto uma manifestação de preocupação ética e concentrada aos progressos da ciência da vida, tendo a defesa da singularidade do homem e da universalidade de sua humanidade (DINIZ, 2008).

Diniz (2008) ressalta que a bioética envolve uma junção de reflexões multidisciplinares, passando por diversas ciências como a Antropologia, Direito, Política, Religião, Psicologia, Sociologia, Genética, Ecologia e sobre a vida em geral e as práticas da Medicina em particular. A autora aponta que “a bioética possa proporcionar diretrizes morais para o agir humano e deverá ser um estudo deontológico, que diante dos impasses ressaltados pela biomedicina, que regem em torno dos direitos entre a vida e a morte” (p. 10-11), investigando o que é lícito ou científico.

Os princípios fundamentais da Bioética estão dispostos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, foi aprovada em 19 de outubro de 2005, pela 33ª Sessão da Conferência Geral da Unesco. O preâmbulo da referida declaração determina que os apontamentos éticos, referenciados pelos crescentes avanços na ciência e tecnologia, devem ser pesquisados com o devido respeito aos Direitos Humanos e à dignidade da pessoa humana (LIMA, 2015).

Na esfera nacional, o Conselho Nacional de Saúde editou a Resolução nº 196, em 10 de outubro de 1996 e apoiou os princípios defendidos da Bioética, ao aprovar as diretrizes e as normas regulamentadoras em relação às pesquisas que envolvem os seres humanos. Os princípios norteadores da Bioética são pautados no respeito à dignidade da pessoa humana, que são os princípios da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça.

O princípio da beneficência determina o dever ético da equipe profissional de saúde em promover sempre o bem do paciente, mensurando os objetivos que irão garantir vantagens ao paciente e os mínimos riscos de sofrimento e erro médico. O princípio da não maleficência é uma adição do princípio da beneficência, por deliberar o dever do profissional da saúde de não causar dano intencional ao paciente, abster-se de prejudicá-lo. Os princípios da autonomia e justiça exigem que o indivíduo com discernimento para definir sobre suas próprias escolhas, deva ser tratado com dignidade e respeito diante de sua capacidade de decisão e o legitima a recusar a conhecer o seu diagnóstico e prognóstico (LIMA, 2015).

Bioética e Cuidados Paliativos são áreas e práticas que se interligam, estão relacionados ao progresso da vida do paciente, de seu tratamento e existência humana. Vieira (2009) cita que

o poder do homem relacionado às inovações tecnológicas, principalmente ao diagnóstico e tratamento médico, possa dar esperança à cura ou torna-se perigosa a uma prática de tratamento fútil e dolorosa e sem perspectiva de qualidade. A bioética se posiciona de forma eficaz em respeito conduta moral e ética e comumente trata de temas considerados tabus na sociedade. A partir dos apontamentos apresentados pela bioética a prática da Medicina Paliativa se desenvolveu aos conceitos atuais.

### **3.6 Testamento Vital**

O testamento vital é a declaração expressa da pessoa que manifesta quais tratamentos médicos serão realizados na fase terminal de sua vida, evitando que possa prolongar a vida artificialmente. No Brasil não há uma legislação que o prevê e nem que o proíba.

O ordenamento jurídico brasileiro é composto por princípios, leis e regras, considerando que são normas jurídicas não específicas, tendo a necessidade de interpretação diante do caso concreto. O Testamento Vital poderá ser considerado, pois é a manifestação da pessoa numa situação que não há mais condições de verbalizar, mas há a interpretação de omissão de socorro, caso a equipe médica não tente todos os recursos necessários no tratamento (LOUZADA, 2018). Ultimamente, os pacientes estão mais atuantes, integrantes, participativos em relação aos assuntos de suas condições de saúde, principalmente nas situações de casos terminais.

No Brasil o CFM já reconheceu à validade do testamento vital, por meio da Resolução nº 1995/2012, aprovada no dia 30 de agosto de 2012, que autoriza o paciente a registrar seu testamento vital na ficha médica ou prontuário. Isso evidencia que a vontade expressa do paciente está diretamente vinculada a decisão a ser tomada pelo médico e aponta um enorme avanço no poder de decisão do indivíduo.

A Constituição Federal de 1988 constitui como um dos princípios fundamentais o direito a dignidade da pessoa humana; a autonomia do paciente é uma forma de dignidade, pois ele é o responsável por suas atitudes de não se submeter a tratamento que não deseja, sem a função de lhe proporcionar uma vida plena e com qualidade (OLIVEIRA; ARAÚJO JUNIOR, 2017). O testamento vital introduz uma discussão considerável entre a aceitação ou não da autonomia do paciente frente ao seu desejo em ter ou não tratamento médico que prolongue a sua vida.

## 4 CONTRIBUIÇÕES DO EXISTENCIALISMO NO CUIDADO DE PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS E NO ACOLHIMENTO A SEUS FAMILIARES

Pessoas vão embora de todas as formas: vão embora da nossa vida, do nosso coração, do nosso abraço, da nossa amizade, da nossa admiração, do nosso país. E, muitas as quem dedicamos um profundo amor, morrem. E continuam imortais dentro da gente. A vida segue: doendo, rasgando, enchendo de saudade. Depois nos dá aceitação, ameniza a falta trazendo apenas a lembrança que não machuca mais: uma frase engraçada, uma filosofia de vida, um jeito tão característico, aquela peculiaridade da pessoa. Mas pessoas vão embora. As coisas acabam. Relações se esvaem, paixões escorrem pelo ralo, a deuses começam a fazer sentido. E se a gente sente com estas idas e também vindas, é porque estamos vivos. Cuidemos deste agora. Muitos já se foram para nos ensinar que a vida é só um bocado de momento que pode durar cem anos ou cinco minutos. É não importa quanto tempo você teve para amar alguém, mas o amor que você investiu durante aquele tempo. Segundos podem ser eternizados... ou não. Depende da ocasião (Marla de Queiroz).

Neste capítulo discutiremos os conceitos centrais da filosofia existencialista para que compreendamos suas contribuições no atendimento de pessoas em Cuidados Paliativos e de seus familiares.

No século XIX, o saber filosófico valorizava o conhecimento científico e a tecnologia, com o propósito de dominar e controlar a natureza, a sociedade e o homem. As ciências durante esse período consolidavam suas teorias e práticas na racionalidade e controle, não resultando espaço para compreender as produções subjetivas humanas, tais como: a raiva, angústia, medo, loucura, etc. (CHAUI, 2000).

Na metade do século XIX, o materialismo histórico-dialético vai se estabelecendo enquanto teoria sociológica e afirmando a necessidade de se entender a história humana como uma formação descontínua e não progressiva da produção material de determinada sociedade, produzindo um contexto frutífero para a formulação e compreensão de novas filosofias, que podemos ressaltar entre elas a fenomenologia e o existencialismo (CHAUI, 2000).

Como mencionamos na introdução deste estudo, a fenomenologia, tal como entendemos na atualidade, foi proposta por Edmund Husserl, que ao procurar analisar a experiência humana concreta, orienta a uma nova metodologia de fazer filosofia (MOREIRA, 2010). Vale ressaltar que a origem da palavra fenomenologia vem do grego *phainesthai*, que significa "aquilo que se apresenta ou que se mostra", e *logos* é o sufixo de "explicação" ou "estudo". Segundo Forguieri (2002), a fenomenologia é o estudo da vivência ou a ciência do fenômeno, o sentido do ser, da existência humana no mundo, pode ser considerado o estudo das essências das coisas e o mundo das experiências vividas.

Ao se ater a semântica da filosofia existencial, Beaufret (1976) destaca que essa filosofia

privilegia a palavra existência, que provoca a contraposição expressa ao termo essência. Tratar *essentia*, afirma o autor, é o afastamento direto, no plano direto nominal, do verbo esse, ser. Já a palavra existência ligada ao termo *existere*, que denota à explicação de ser vindo para fora, movimento de fora, sair de um domínio, mostrar-se, sair de um esconderijo. A acepção da palavra *ek-stase*, continua o autor referenciando Aristóteles, representa que a mudança é existência, uma movimentação de saída de um estado para outro diverso, evidenciando a relação dialética entre existência e mudança.

Sartre é um filósofo de referência para o entendimento do que é a existência. Em sua célebre frase “a existência precede a essência”, traz a definição de que no começo o homem existe, descobre-se e desabrocha no mundo e, somente posteriormente, define-se.

Segundo Angerami-Camon (1985), os entusiastas da fenomenologia-existencial, afirmam que a existência do homem decorre das experiências de vida, uma circunstância de ser-no-mundo. A identidade da pessoa é construída a partir de seu conhecimento e experiência, e isso o conduz a um ser-no-mundo atuante e movido pelas escolhas durante a vida, e é preciso um mundo para se localizar onde está e principalmente quem se é. Os fenomenólogos asseguram que a existência humana se funda nas experiências de vida e a enunciam como uma condição de ser-no-mundo (SIMAN; RAUCH, 2017). O homem existe sendo sempre em um mundo e junto dele, e assim homem e mundo coexistem.

Os existencialistas voltam seus estudos para o homem e seus problemas concretos e reais. Defendem que não existe possibilidade de existir uma vida sem sofrimentos, tendo em vista que estes não podem ser separados das realizações humanas. Como destaca Angerami-Camon (1985), o existencialismo faz emergir o fato de que as agruras existenciais – angústia, solidão e tédio, para citar algumas – fazem parte da existência humana de maneira inerente e indissolúvel.

Sartre (2007) assinala que é existindo que o homem descobre a sua essência, e sua existência está sempre em construção, diante disso, a essência de uma pessoa só poderá ser celebrada no momento de sua morte. A pessoa expande o sentimento de angústia ao ter o discernimento de sua finitude, principalmente no enfrentamento de uma doença terminal, fazendo com que reflita sobre o não sentido da vida, colocando questionamentos à sua existência e encarando que o fim poderá ser a qualquer instante.

O enfoque fenomenológico existencial na vivência de uma pessoa em Cuidados Paliativos possui fundamentos importantes de reflexões e percepções, o ser-no-mundo com sentidos e sensações dentro de hospital em tratamento. A existência e morte formam um paradoxo interligado. Silva (2006) aponta que adoecer é uma das muitas possibilidades que a

vida nos oferece, segundo a qual, experienciar uma doença mobiliza de forma significativa o ser humano, especialmente quando se trata de uma doença grave ou incurável.

Dentre todos os animais, o ser humano é o que mais precisa e demanda cuidado para sobreviver. O cuidado é essencial à vida, somos cuidados do nascimento a morte e esse é um processo inerente de se fazer vivente na terra (SILVA, 2006). Heidegger (2012) afirma que o cuidado é zelo, proteção, preocupação e implica no comprometimento do ser com o ser-no-mundo. Diante disso, é imprescindível que se englobe os Cuidados Paliativos no tratamento de pessoas acometidas por enfermidades fora de possibilidades terapêuticas de cura, considerando que esta forma de cuidado facilita a compreensão do ser-aí sobre sua condição, além de oferecer conforto para suas angústias e medos, ao mesmo tempo em que busca amenizar além do desconforto físico, dores emocionais diante da aceitação da finitude.

Kovács (2008) explica que diante do avanço de uma enfermidade, em que a possibilidade de cura é inexistente, os Cuidados Paliativos tornam-se fundamentais. São comuns os sentimentos de sofrimento, medo, desamparo, abandono e conseqüentemente a falta de sentido para a vida, angústia e impotência em relação à possível dependência do cuidado do outro, como se fosse um luto antecipatório.

Na perspectiva fenomenológica-existencial, conforme Olivieri (1985), é viável compreender que a pessoa acometida de uma enfermidade incurável, poderá acarretar rompimentos com as experiências anteriores vividas em relação ao presente. Tornando-se o futuro incerto e inseguro, a vivência deflagra a possibilidade de deixar-de-ser, antes negada ou não percebida. Diante disso, Sartre (2007) elucida que a vivência com a enfermidade provoca uma ruptura nas ideias de possibilidades de futuro, denotando a revisão da pessoa no seu projeto-de-ser no mundo.

Quanto ao acolhimento das famílias da pessoa com doença terminal, lembra Almendra (2018) que os familiares de pessoas que faleceram em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tornam-se mais vulneráveis aos transtornos psicológicos, como depressão, ansiedade extrema, transtorno de estresse pós-traumático e luto complicado, que é a sobrecarga de sentimentos que não melhora durante o tempo. Silva (2006) afirma que a pessoa com doença terminal em iminência de finitude da vida, em geral, preocupa-se que o agravamento de sua doença possa afetar ainda mais o cotidiano de seus familiares, isso produz o sentimento de angústia pelo motivo de acarretar trabalho aos entes, bem como os sentimentos de impotência e desvalia.

Pela perspectiva da filosofia existencial, o conceito de existência envolve um entrave: em que “o problema que o homem põe a si em torno de si, é o *ser* próprio do homem como problema de si próprio” (ABBAGNANO, 1962, p. 49). O homem existe e o que há de mais

estranheza nele é o existir, pois é o único animal que de fato existe e isso impulsiona os existencialistas em suas considerações sobre a existência.

Nesse processo de colocar a existência em questão, de acordo com Sartre (1970), o homem descobre-se livre e como um ser de possibilidades, capaz de transformar a própria vida e superar as condições sociais, religiosas, crenças enraizadas e valores concebidos. Superar razões é ter a liberdade de escolher. O homem, na visão existencialista, não é definido, traz a explicação de que ele não é, a princípio, nada. Ele se tornará algo a posteriori, e será aquilo que ele se tornará. Na obra intitulada *O existencialismo é um humanismo*, Sartre (1970) afirma que a pessoa terá a liberdade de ressignificar os acontecimentos de sua vida, não importa o que o fizeram, o que importa é o que a pessoa faz com o que fizeram dele, o desamparo é acompanhado da angústia. Sartre reconhece a formação social do homem e a alienação, mas isso inviabiliza as escolhas que fazemos e a singularidade, conforme demonstrado:

As situações históricas variam: o homem pode nascer escravo numa sociedade pagã ou senhor feudal ou proletário. O que não muda é o fato de que, para ele, é sempre necessário estar no mundo, trabalhar, conviver com os outros e ser mortal. Tais limites não são nem subjetivos e nem objetivos; ou, mais exatamente, têm uma face subjetiva e uma face objetiva. São objetivos na medida em que podem ser encontrados em qualquer lugar e são sempre reconhecíveis; são subjetivos porque são vividos e nada são se o homem não os viver, ou seja, se o homem não se determinar livremente na sua existência em relação a eles. E embora os projetos humanos possam ser diferentes, pelo menos nenhum deles permanecem obscuros para mim, pois todos eles não passam de tentativas para transpor esses limites, ou para afastá-los, ou para negá-los ou para se adaptar a eles. Consequentemente, qualquer projeto, por mais individual que seja, tem um valor universal [...]. Neste sentido, podemos dizer que há uma universalidade no homem, porém, ela não é dada, ela é permanentemente construída. Construo o universal, escolhendo-me, construo -o entendendo o projeto de qualquer outro homem, de qualquer época que seja (SARTRE, 1970, p. 12).

Os ensinamentos de Sartre (1970) no esclarece em uma situação de Cuidados Paliativos, a pessoa que esteja nesta condição é que entende o sentido de sua existência, poderá ou não aceitar sua enfermidade e a partir dela alterar seu projeto de ser. Sua existência é pautada nas suas escolhas e na sua condição de ser-no-mundo; vivendo, existindo e se compreendendo como parte integrante de seus atos.

Sartre (1970) preconiza que “não podemos nunca escolher o mal; o que escolhemos é sempre o bem” (p. 4), à medida que somos condenados à liberdade, somos obrigados a escolher e tornamo-nos responsáveis por nosso destino. Somos os únicos responsáveis pelas nossas escolhas e consequências. O homem é responsável pela sua existência e livre para escolher seus valores, mas não se trata de uma liberdade exclusivamente individual e sim de um coletivo de homens. “Ao me escolher de um modo, escolho todos os outros homens e escolho uma imagem

de homem, tal como eu espero que ela deva ser” (p. 11). Diante disso, Sartre (1970) revela que é da condição humana a alienação, mesmo reconhecendo que o homem está condenado à liberdade.

O homem é condenado à liberdade, **numa perspectiva ontológica**, pois não pode deixar de escolher; **no sentido antropológico**, contudo, ele nunca é inteiramente livre, pois como diz Sartre no *Questão de Método*, ‘a alienação está no ápice e na base’, quer dizer, o homem nunca será inteiramente desalienado, já que sua condição de ser-com-os-outros o coloca sempre em poder dos demais. De outra parte, o homem nunca será uma totalidade finalizada, por ser um ser em transformação permanente, é sempre um sujeito que se totaliza, destotaliza, retotaliza e, portanto, não pode existir um momento em que não haja alienação nenhuma. Há situações de maior e menor alienação, mas não existe a desalienação total. Podemos dizer que quanto mais a situação é alienante, menor a possibilidade de o sujeito ser autêntico ou, em outras palavras, quanto mais ele se faz sujeito, singularidade em busca de um projeto, menor a situação de alienação [grifos do autor] (SCHNEIDER, 2002, p. 168)

Analisando a célebre frase de Sartre (1970), “o homem está condenado a ser livre”, entendemos que a pessoa não se criou a si mesmo, portanto coexiste no mundo, mas é livre, sendo a única responsável pelos seus atos e escolhas. Sendo responsável pelo que faz, a pessoa terá a possibilidade de ressignificar a sua condição de aceitação aos Cuidados Paliativos. Vejamos, não é uma forma de amenizar o sofrimento ou atenuar a dor, outrora, é uma maneira única dos existencialistas de ver a sua condição de consciência e o seu desamparo existencial, e mais adiante a sua compreensão de uma determinada direção evolutiva de valores, sentimentos e desejos.

Sartre (1970) ressalta que o desamparo é seguido pela angústia e partindo do conceito de desespero, a pessoa só desfruta apenas aquilo que depende de nossa vontade ou com conjunto das probabilidades que despertam nossas práticas e ações possíveis. Quando se deseja, se quer algo, surgem permanentemente condições prováveis. Diante de um acompanhamento de uma pessoa em situação de finitude de vida, a filosofia existencialista nos ensina que podemos contar com aquilo que depende de nossa vontade, e que a pessoa em situação terminal, mas em Cuidados Paliativos, poderá ter a oportunidade de si conhecer diante de uma situação extrema de existência do ser.

Pensar sobre quem somos é um exercício de liberdade. De acordo com Langaro e Schneider (2021), o profissional da psicologia que atua como paliativista tem como um dos seus fundamentos auxiliar a pessoa em finitude da vida a rever sua trajetória de vida, cuidar da situação de sua família, reatar laços, resolver conflitos, promover despedidas, encerrar pendências emocionais, financeiras e familiares. Para isto, ter o conhecimento sobre a enfermidade e o prognóstico é fundamental, para que as decisões possam ser tomadas da melhor

forma, sendo assegurada a autonomia, expressão de sentimentos e desejos para realização de metas ainda possíveis.

Dessa forma, o apoio e a liberdade para a tomada de decisões que antecedem a finitude da vida é uma importante ação de apoio psicossocial. Ainda de acordo com as autoras, diversas pessoas com enfermidade incurável têm a religião e a espiritualidade como bases sólidas para compreender e aceitar a realidade, tendo a crença como consolação. Frente ao exposto, cabe ao psicólogo mediar a realização de atos, visitas e rituais religiosos, visando promover à pessoa e aos seus familiares tranquilidade, conforto e paz na elaboração de sua vida e morte.

Nessa elaboração de vida e diante dos Cuidados Paliativos, trazemos o posicionamento de Sartre (1970) como humanista na definição de colocar o homem como sujeito em construção de si, trazendo a liberdade e o estatuto de sujeito em movimento e que projeta sua existência com liberdade e causador das consequências de suas decisões, como se fosse um círculo aberto. O homem é um vir a ser que se projeta e é quem consegue definir um projeto para sua vida. Suas escolhas provocam responsabilidades que serão observadas por todos. “Assim, a primeira decorrência do existencialismo é colocar todo homem em posse daquilo que ele é, e fazer repousar sobre ele a responsabilidade total por sua existência” (SARTRE, 1970, p. 20).

Sartre (1970) considera a ação no mundo como o que atribui sentido à nossa existência. Afirmar que a existência depende exclusivamente de nós, é inviável ficarmos nos enganando ao pensarmos que não tivemos êxito em certas situações por culpa externa. É compreensível que diante disso ele aponta os fatores ambientais, contextuais e existenciais, tanto é que por vezes é possível identificar o seu pensamento como o homem em situação. “O que queremos dizer é que o homem não é outra coisa senão uma série de empreendimentos, a soma, a organização, o conjunto das relações que constituem essas empreitadas” (SARTRE, 1970, p. 31-32).

Carvalho (2003) afirma que a filosofia existencialista traz fundamentos importantes às pessoas em torno da experiência vivida em meio à enfermidade que enfrenta e a perspectiva concreta em relação à sua história e aos outros, concluindo que essa pessoa pode ser aquilo que é. Sendo assim, interrogar o mundo e as determinações materiais e históricas das práxis conduz à compreensão da subjetividade humana.

Langaro e Schneider (2021) afirmam que para compreender quem é esse sujeito em meio ao seu projeto de ser, faz-se necessário detalhar os fenômenos experimentados nas relações em que está inserido, ao constituir o contexto sociomaterial. Dessa forma, a enfermidade incurável obriga à pessoa a encarar uma realidade desconhecida, que o impõe a viver em meio à incerteza e insegurança da concretização do seu projeto vivida anteriormente. E essa relação da pessoa com a sua vivência no seu projeto-de-ser, diante de um questionamento

existencial causado pelo enfrentamento de uma enfermidade e frente à possibilidade de finitude da vida. Ressignificar a existência não significa apenas aceitar a enfermidade ou iminência finitude da vida, mas sim experienciar o tempo restante de vida, os desejos, prazeres, afetos, a plenitude da existência de forma intensa e profunda.

Conforme a vida foi vivida, a pessoa poderá ter uma compreensão mais racional e diferenciada de seu diagnóstico de enfermidade grave. A forma como a pessoa se relaciona com o seu projeto de ser torna-se fundamental para a aceitação da finitude da vida e facilita esse processo no que se refere aos seus familiares. Neste contexto, os Cuidados Paliativos podem amenizar os sintomas e melhorar o seguimento da vida e assim, consolida-se um importante campo de atenção psicossocial com a concentração na pessoa e não em sua enfermidade. As práticas de cuidado sustentam-se nos fundamentos da clínica ampliada, já retratada neste trabalho, que concebe uma compreensão ampliada dos processos de saúde-doença e recomenda a definição compartilhada de uma rede multiprofissional terapêutica (BRASIL, 2009).

A filosofia existencialista nos ajudar a compreender a dimensão da existência do ser humano, Almeida e Pastana (2020) afirmam que a reflexão sobre as escolhas, enfrentamentos, e a liberdade para decidir sobre si mesmo traz compreensão às possíveis consequências de resultados e o ser autêntico busca autonomia e liberdade para estar em harmonia consigo mesmo.

Ante o exposto, vimos que as contribuições da abordagem existencialista às pessoas em cuidados paliativos e o acolhimento aos familiares traz alívio, autonomia, liberdade e compreensão de sua situação de ser-no-mundo. Heidegger (2012) ensina que as relações existenciais do ser humano se estabelecem a cada instante com o mundo em sua trajetória existencial e dinâmica, e que apenas se completam com a finitude da vida, e assim deixa suas marcas, legados e reflexões enquanto ser-no-mundo singular, livre e finalizando a realização de nossas possibilidades de ser.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do tema foi uma das melhores decisões que tive no decorrer do ano, pois me inseri a um assunto desafiador, polêmico e com diversos tabus sociais. Aprofundar sobre os Cuidados Paliativos me oportunizou um conhecimento que defenderei durante toda a minha existência, pois é uma prática que emana empatia, humanidade e principalmente dignidade à pessoa que está com uma enfermidade incurável.

As leituras das obras de Cicely Saunders foi uma imersão aos valores pessoais que damos à vida e o quanto o outro pode ser fundamental para o nosso existir, e estar vivo é um processo permanente de aprendizado, desenvolvimento pessoal, social, psicológico e espiritual, que demanda reflexão a cada adversidade que nos desafia.

Assim, abordamos brevemente o contexto histórico da hospitalização e todo desenvolvimento de teorias e práticas no decorrer dos períodos, sendo a defesa inicial o isolar para tratar, como único meio de tratamento. Posteriormente veio as Casas de Saúde, atreladas à Igreja Católica e as ações beneficentes das irmãs de caridade. No decorrer dos anos, com aumento da demanda de pessoas enfermas, tornou-se necessário as especializações na área de saúde e assistência social e a hospitalização se converteu a práticas de profissionalização.

Discutimos sinteticamente a importância dos conceitos da Eutanásia e Distanásia, mesmo não havendo previsão no ordenamento jurídico brasileiro e também apontamos o conceito da Ortotanásia, que é a prática aceita pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Sistema Único de Saúde e por fim, o Testamento Vital, que é a manifestação documental antecipatória de qualquer pessoa, quando estiver em procedimento hospitalar e não tiver condições cognitivas de expressar ou incapacitada de tomar suas próprias decisões.

Ao pesquisar a abordagem existencial, buscamos as obras clássicas de Martin Heidegger (1889-1976), Jean-Paul Sartre (1905-1980) e de seus intérpretes. Foram meses de aprofundamento teórico fenomenológico-existencial que irei continuar após este ciclo. Na teoria existencial o homem é singular e livre para suas escolhas e consequências, com a afirmativa de Sartre que a “existência precede a essência”, tivemos um vasto campo teórico que nos oportunizou a pesquisar qual seria a contribuição desta teoria às pessoas em Cuidados Paliativos e ao acolhimento de seus familiares.

Dado ao exposto, vimos que o profissional de psicologia que segue a abordagem existencial como fundamento poderá promover consideráveis avanços nos atendimentos numa rede multiprofissional paliativista às pessoas que estejam nesta condição de enfermidade incurável, pois a incentivará a compreender a sua existência de ser-no-mundo mesmo em

condições adversas, com autonomia, liberdade de escolha e nas experiências vividas. Outro ponto imprescindível para a atuação plena no cuidado de pessoas em Cuidados Paliativos e a busca de uma especialização em Psicologia Hospitalar, que vem ganhando destaque no Brasil ao desenvolver um novo paradigma epistemológico nas dinâmicas hospitalares.

Por meio deste trabalho, foi possível situar a escassez de Políticas Públicas no SUS voltada às práticas de Cuidados Paliativos às pessoas com enfermidade incurável. Há previsão legal para a sua prática, mas é fundamental que a população seja mais informada deste amparo legal e sobre os seus benefícios a todos que possam precisar. Nossa defesa também é pelo Cuidado Paliativo fora do contexto hospitalar, ou seja, no seio familiar e comunitário, sendo mais uma ação do Programa Estratégia Saúde da Família. Para que isso se efetive, temos plena clareza que o SUS precisa ser fortalecido e que enquanto movimento coletivo precisamos lutar contra os desmontes que as Políticas Públicas vêm sofrendo na atualidade.

Esperamos que nossa pesquisa estimule o leitor a refletir sobre sua própria existência, o que de fato é valioso para si e o verdadeiro sentido de sua vida. Discutimos existência, enfermidades, acolhimento, Cuidados Paliativos e psicologia, mas a forma de lidar com a liberdade e suas escolhas será o seu projeto de ser-no-mundo.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **História da Filosofia**, vol.14. Lisboa: Presença, 1984. 249 p.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320 p. Disponível em: <https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-cuidados-paliativos.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo: ANCP, 2018. 15 p. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2021.

ALMEIDA, Rafael da Silva; PASTANA, Marcela. O existencialismo e a clínica: Possibilidades a partir dos conceitos da angústia, verdade e absurdo. **O Portal dos Psicólogos**, 03 de maio de 2020. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0481.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2022.

ALMENDRA, Fernanda Saboya Rodrigues et al. **Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva: intervenções em situações de urgência subjetiva**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018. 204 p.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Psicoterapia existencial: noções básicas**. São Paulo: Traço, 1985. 99 p.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Geração, 2013. 255 p.

ASSIS, F. E.; FIGUEIREDO, S. E. F. M. R. A atuação da Psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. **PsicolArgum**, v. 37, n. 98, p. 501-512, out./dez., 2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340292291\\_A\\_Atuacao\\_da\\_Psicologia\\_hospitalar\\_breve\\_historico\\_e\\_seu\\_processo\\_de\\_formacao\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/340292291_A_Atuacao_da_Psicologia_hospitalar_breve_historico_e_seu_processo_de_formacao_no_Brasil). Acesso em: 10 ago. 2022.

BARBI, Marina Zuppolini. **A inserção dos cuidados paliativos no Sistema único de Saúde (SUS)**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto) – 4 Estações Instituto de Psicologia, São Paulo, 2011. Disponível em: [https://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/monografia\\_marina\\_barbi.pdf](https://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/monografia_marina_barbi.pdf). Acesso em: 02 ago. 2021.

BEAUFRET, Jean. **Introdução às Filosofias da Existência**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 145 p.

BELOTTI, Eveliane Freire. A evolução da ciência psicológica. **NetSaber – Artigos**. 2014. Disponível em: [http://artigos.netsaber.com.br/resumo\\_artigo\\_22250/artigo\\_sobre\\_a-evolucao-da-ciencia-psicologica](http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_22250/artigo_sobre_a-evolucao-da-ciencia-psicologica). Acesso em: 21 jul. 2021.

BOARINI, Maria Lúcia. Higienismo, Eugenia e a Naturalização do Social. *In*: BOARINI, Maria Lúcia (Org.). **Higiene e raça como projetos**: higienismo e eugenismo no Brasil. Maringá: Eduem, 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1805**, de 28 de nov. de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil/D.O.U, Seção 1, p. 169. Brasília, 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 30 nov. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1955**, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1995**, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 30 nov. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2156**, de 28 de outubro de 2016. Critérios para indicação de admissão ou de alta para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. Diário Oficial da União, Brasília, 17 nov. 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 20 jul. de 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP nº 014**, de 20 de dezembro de 2000. Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília, 2000. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2000\\_14.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2000_14.pdf). Acesso em: 02 nov. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 23 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema único de Saúde (SUS). Brasília, 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710). Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 07-10 nov. 2005. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 23 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf). Acesso em: 11 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Planos de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p. Disponível em: [www.lume.ufrgs.br](http://www.lume.ufrgs.br). Acesso em: 29 nov. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012. Disponível em: <https://www.gastaowagner.com.br/>. Acesso em: 22 nov. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Maria Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em: <https://www.gastaowagner.com.br/index.php/2016-05-08-23-30-43/artigos>. Acesso em: 12 out. 2021.

CARVALHO, Isabel Cristina Moura. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 9, n. 19, p. 283-302, jul. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/dpMjFJy3fQ83BMtYnVxzBkF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2022.

CARVALHO, Maria Teresa de Melo; SAMPAIO Jäder dos Reis. A formação do psicólogo e as áreas emergentes. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 17, n. 1, p. 14-19, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/mB978RQbfJ9M78LSh7fZVsS/?lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2022.

CHAUI, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000. 567 p. Disponível em: [https://home.ufam.edu.br/andersonlfc/Economia\\_Etica/Convite%20%20Filosofia%20-%20Marilena%20Chaui.pdf](https://home.ufam.edu.br/andersonlfc/Economia_Etica/Convite%20%20Filosofia%20-%20Marilena%20Chaui.pdf). Acesso em: 06 dez. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Uma Questão de Saúde: Trajetória da Psicologia Hospitalar em São Paulo. **YouTube**, 06 mar. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JZEiKBmyOrc>. Acesso em: 11 ago. 2022.

COSTA JR., Á. L. Psicologia da saúde: uma proposta de renovação de modelos clínicos tradicionais. **Revista Insight Psicoterapia**, v. 7, n. 80, p. 24-27, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/nJQ5FsRvCxfXYqgdYKM7YxK/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2021.

D'ALESSANDRO, M. P. S.; PIRES, C. T.; FORTE, D. N. (Orgs.). **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês/ Ministério da Saúde, 2020. 175 p. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 5ª ed., São Paulo: Saraiva, 2008. 912 p.

DITTRICH, A.; OLIVEIRA, L. A.; ZENDRON, R. C. **Pioneiros da psicologia brasileira** vol. 5: Franco Seminário, Paulo Rosas e Mathilde Neder. Rio de Janeiro: Imago, 2011.

FARIAS, N. G. F. **O direito humano aos cuidados paliativos: um estudo do alcance social da Resolução nº41/CIT/MS de 2018 a partir da perspectiva da Ecosauúde.** 2020. Dissertação (Mestrado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/216208>. Acesso em: 29 nov. 2021.

FEITOSA, J. B. **A internação do adolescente em conflito com a lei como “única alternativa”:** reedição do ideário higienista. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011. Disponível em: <http://www.ppi.uem.br/arquivos-para-links/teses-e-dissertacoes/2011/juliana-b>. Acesso em: 22 nov. 2021.

FERREIRA, A. P. J.; SOUZA, L. J.; LIMA, A. A. F. O profissional de saúde frente à distanásia: uma revisão integrativa. **Revista Bioethikos/ Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 462-469, out./dez. 2011. Disponível em: <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/89/A14.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados Paliativos: Interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2123-2132, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PvR5qPdG4RNQNLcKPngpshH/?lang=pt>. Acesso em: 30 dez. 2021.

FORGHIERI, Yolanda Cintrão. **Psicologia Fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas.** São Paulo: Pioneira, 2002. 81 p.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 29-42, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n1/v7n1a04.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, Michel. **La politique de la santé au XVII le siècle** (aux origines de L’HOpital moderne). Bruxellas/Liége: Pierre Mardaga Editeur, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 8ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018. 432 p.

GIBBS, C. C. M. **Trabalho, Questão Social e População em Situação de Rua.** Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho, e Política Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015. Disponível em: [https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/04/Eixo\\_1\\_305.pdf](https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/04/Eixo_1_305.pdf). Acesso em: 22 nov. 2021.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974. 315 p.

GORAYEB, Ricardo. Psicologia da Saúde no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. spe., p. 115-122, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/FRYYPBbcthyCtqmjYM93SKj/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2021.

GORAYEB, Ricardo; GUERRELHAS, Fabiana. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 11-19, jun. 2003. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452003000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000100003). Acesso em: 28 nov. 2021.

GUTIERREZ, B. A. O.; BARROS, T. C. O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 239-258, ago. 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/17049/12672/42159#:~:text=Os%20profissionais%20acompanhantes%20de%20idosos,importante%2C%20n%C3%A3o%20importa%20a%20religi%C3%A3o>. Acesso em: 28 nov. 2021.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Tradução de Fausto Castilho. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. 1200 p.

HUSSERL, Edmund. **A ideia da Fenomenologia**. Tradução de Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 2008. 136 p.

KOVÁCS, M. J. Aproximação da morte. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 388-397.

LANGARO, F.; SCHNEIDER, D. R. Contribuições do existencialismo sartriano aos cuidados paliativos oncológicos. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 13, n. 1, jan./abr. 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912021000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000100003). Acesso em: 06 dez. 2021.

LIMA, C. A. S. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. **Rev Soc Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-17, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4762.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2021.

LOURENÇATO, Frederica Mantanari. **Implantação de serviço de cuidados paliativos no serviço hospitalar de emergência de um hospital público universitário**. 2020. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde: Ciências) – Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-23082020-145925/publico/FREDERICAMONTANARILOURENCATO.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

LOUZADA, Thiago Galvão. Eutanásia: Uma Abordagem Ética, Jurídica e Religiosa. **Revista Humanidades e Inovações – UNITINS**, Palmas, v. 5, n. 6, p. 400-411, jul./ago. 2018. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/826>. Acesso em: 30 nov. 2021.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e princípios. *In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 15-32. Disponível em: [https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod\\_publicacao=46](https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=46). Acesso: 28 nov. 2021.

MÄDER, Bruno Jardini (org.). **Caderno de psicologia hospitalar: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão**. Curitiba: CRP-PR, 2016. 76 p. Disponível em: [https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/AF\\_CRP\\_Caderno\\_Hospitalar\\_pdf.pdf](https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/AF_CRP_Caderno_Hospitalar_pdf.pdf). Acesso em: 02 ago. 2021.

MAIA, M. A. Q.; LOURINHO, L. A.; SILVA, K. V. Competências dos profissionais de saúde em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva adulto. **Research, Society and Development**, Itajubá, v. 10, n. 5, p. 1-9, mai. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/14991/13505/195871>. Acesso em: 16 nov. 2021.

MANNIX, Kathryn. **Precisamos falar sobre a morte: Histórias e reflexões sobre a arte de viver e morrer**. Tradução de Simone Reisner. Rio de Janeiro: Sextante, 2019. 320 p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003. 310 p. Disponível em: [http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy\\_of\\_historia-i/historia-ii/china-e-india/view](http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view). Acesso em: 17 ago. 2022.

MAZUTTI, S. R. G.; NASCIMENTO, A. F.; FUMIS, R. R. L. Limitation to advanced life support in patients admitted to intensive care unit with integrated palliative care. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 294-300, set. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27626949/>. Acesso em: 17 ago. 2022.

MILLANI, H. F. B.; VALENTE, M. L. L. C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009). Acesso em: 02 ago. 2021.

MOREIRA, Virginia. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a Clínica Fenomenológica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 723-731, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v15n4/v15n4a07.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

OLIVEIRA, G.; ARAÚJO JUNIOR, J. B. Testamento vital em face do ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Reflexão e crítica do direito**, v. 5 n. 1, p. 265-283, jan./dez. 2017. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/rcd/article/view/1053>. Acesso em: 30 nov. 2021.

OLIVEIRA, Rafael Guimarães. O sentido da morte na analítica existencial do Dasein de Heidegger. **Pensamento Extemporâneo**. 05 nov. 2012. Disponível em: <https://pensamentoextemporaneo.com.br/?p=2408>. Acesso em: 02 ago. 2021.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de; CARVALHO, Ricardo Tavares. Bioética: refletindo sobre os cuidados. *In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.) Cuidado Paliativo*. São Paulo:

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 573-581. Disponível em: [https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod\\_publicacao=46](https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=46). Acesso: 28 nov. 2021.

OLIVIERI, Durval Pessoa. **O Ser Doente**: dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes, 1985. 81 p.

PAGANELLI, Wilson. A Eutanásia. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 2, n. 21, 19 nov. 1997. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/1861/a-eutanasia>. Acesso em: 17 ago. 2022.

PEGORARO, O. A. Ética e Ciência – Fundamentos filosóficos da bioética. *In*: PALÁCIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. A. (Orgs.). **Ética, Ciência e Saúde**: desafios da bioética. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 46-61.

PESSINI, Leo. **Distanásia**: até quando prolongar a vida. 2ª ed. São Paulo: CUSC/Loyola, 2002. 434 p.

PESSINI, Leo. **Eutanásia**: Por que abreviar a vida? 1ª ed. São Paulo: CUSC/Loyola, 2004. 384 p.

PIVA, J. P.; CARVALHO, P. R. A. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Revista Bioética**, Brasília, v. 1, n. 2, n.p., 1993. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/491/308](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/491/308). Acesso em: 17 ago. 2022.

POMPÉIA, João Augusto; SAPIENZA, Bilê Tatit. **Na presença do sentido**: uma aproximação fenomenológica a questões existenciais básicas. 2ª ed. São Paulo: EDUC/PUCSP, 2010. 246 p.

PREGNOLATTO, A. P. F.; AGOSTINHO, V. B. M. O Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto. *In*: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. (Orgs.). **Psicologia Hospitalar**: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Minas Gerais, v. 32, n. 1, p. 90-97, mar. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/w6SY4smvDjktNjJhcG6tH/abstract/?lang=pt>. Acesso: 23 nov. 2021.

ROMANO, Bellkiss Wilma. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 145 p.

ROTHER, Edna Terezinha. Editorial: Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, abr./jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SALTO, M. C. E. O psicólogo no contexto hospitalar: uma visão psicodramática. **Psicologia Brasil**, v. 5, n. 39, p. 12-15, 2007. Disponível em: <https://docplayer.com.br/8970200-O-psicologo-no-contexto-hospitalar-uma-visao-psicodramatica.html>. Acesso em: 18 jul. 2021.

SANCHES, K. M. S.; SEIDL, E. M. F. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 23-34, jan./mar. 2013.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/R4CFGYzqSt4P5z7VjWvfLKb/abstract/?lang=pt>. Acesso: 30 nov. 2021.

SANCHEZ, Fábio et al. Reforma Manicomial: História dos Manicômios. **Universidade Estadual de Campinas**, Campinas, 12 de abril de 2000. Disponível em:

<https://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/manicom/manicom8.htm>. Acesso em: 17 jul. 2021.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Revista Esboços – UFSC**, Florianópolis, v. 13, n. 16, p. 11-32, 2006.

Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119/166>. Acesso em: 12 out. 2021.

SARTRE, Jean-Paul. **O existencialismo é um humanismo**. Tradução de Rita Correia Guedes. Paris: Les Éditions Nagel, 1970. Título original: L'Existentialisme est un Humanisme. Disponível em:

[http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/sugestao\\_leitura/filosofia/texto\\_pdf/existencialismo.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/sugestao_leitura/filosofia/texto_pdf/existencialismo.pdf). Acesso em: 16 ago. 2022.

SARTRE, Jean-Paul. **O ser e o nada**: Ensaio de ontologia fenomenológica. 15ª ed. Tradução de Paulo Perdiggão. Petrópolis: Vozes, 2007.

SAUNDERS, Cicely. **Velai comigo**: Inspiração para uma vida em Cuidados Paliativos. Tradução de Franklin Santana Santos. Salvador: FSS, 2018. 93 p.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 62-76, Out./Dez. 2009. Disponível em:

<https://psiclin.ufsc.br/files/2010/04/SCHNEIDER-D.-Caminhos-hist-e-epist.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2021.

SILVA, C. S. R. et al. Os desafios que os psicólogos hospitalares encontram ao longo de sua atuação. **XVI SEPA – Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, UNIFACS, v. 16, p. 355-371, 2017. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/4960>. Acesso em: 16 ago. 2022.

SILVA, Lúcia Cecília da. **O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer**: uma compreensão fenomenológica, 2006. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-16022007-153618/publico/O-SENTIDO-do-CUIDADO-na-VIVENCIA-da-PESSOA-com-CANCER.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2022.

SILVA, S. T. **A Eutanásia no Direito Brasileiro**, 2008. (Pós-Graduação Lato Sensu em Direito Penal e Processual Penal) – Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2008.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-16, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/wsKgjvzvvh5dxSpZtGJTcHRn/abstract/?lang=pt>. Acesso: 28 nov. 2021.

SIMAN, A.; RAUCH, C. S. A finitude humana: morte e existência sob um olhar fenomenológico existencial. **Fac. Sant'Ana Em Revista**, Ponta Grossa, v. 1, n. 2, p. 106-122, 2017. Disponível em: <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/111>. Acesso em: 16 ago. 2022.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 8ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016. 200 p. Disponível em: [https://livrogratuitosja.com/wp-content/uploads/2021/03/Manual-de-Psicologia-Hospitalar-O-Mapa-da-Doenca-by-Alfredo-Simonetti-z-lib.org\\_.pdf](https://livrogratuitosja.com/wp-content/uploads/2021/03/Manual-de-Psicologia-Hospitalar-O-Mapa-da-Doenca-by-Alfredo-Simonetti-z-lib.org_.pdf). Acesso em: 15 ago. 2022.

SOUZA, Thaís Ferreira de. Ensaio sobre a eutanásia, distanásia e ortotanásia: a morte como condição de vida. **Revista Jus Navigand**, Teresina, ano 19, n. 3976, 21 mai. 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/28696/ensaio-sobre-a-eutanasia-distanasia-e-ortotanasia>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/rdjTTCjbFdzqpWT3bYxjkbP/abstract/?lang=pt>. Acesso: 22 nov. 2021.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2021.

TOREZAN, Zeila Facci et al. A graduação em Psicologia prepara para o trabalho no hospital?. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 132-145, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/nJQ5FsRvCxfXYqgdYKM7YxK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022.

TUY, Aglaê Estrela. Existencialismo e a morte. **Artigos.etc.br**, 2009. Disponível em: <http://www.artigos.etc.br/Existencialismo-e-a-morte.html>. Acesso em: 22 de ago. 2022.

UGARTE, Olivia. **Contexto Normativo dos Cuidados Paliativos no SUS**. 2014. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Brasília, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/114783/000954355.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 29 nov. 2021.

VIEIRA, M. S. **Eutanásia: humanizando a visão jurídica**. Curitiba: Juruá, 2009. 320 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care**, 2014. Disponível em: [www.lume.ufrgs.br](http://www.lume.ufrgs.br). Acesso em: 29 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controlado-cuidados-paliativos>. Acesso em: 16 nov. 2021.