

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LIDIANE BERNARDO GOMES

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
revisão integrativa da literatura**

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2023

LIDIANE BERNARDO GOMES

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
revisão integrativa da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico
- apresentado à coordenação do curso de Graduação
em Psicologia do Centro Universitário Doutor Leão
Sampaio, em cumprimento às exigências para
obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Joel Lima Júnior

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2023

LIDIANE BERNARDO GOMES

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
revisão integrativa da literatura**

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão coordenação do curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Data de apresentação: 06 / 12 / 2023.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Joel Lima Júnior

Membro: Prof. Me. Indira Feitosa Siebra de Holanda - UNILEÃO

Membro: Prof. Me. Larissa Maria Linard Ramalho - UNILEÃO

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2023

RESUMO

A qualidade de vida das pessoas idosas que necessitam de cuidados paliativos é um tema de extrema relevância na atualidade em virtude do processo de envelhecimento da população brasileira. À medida que a população envelhece, cresce a necessidade de se pensar como proporcionar uma vida digna e confortável a quem enfrenta doenças graves e limitações físicas nesta fase. Os cuidados paliativos visam não apenas aliviar a dor e os sintomas, mas também podem melhorar a qualidade de vida, promovendo conforto emocional e espiritual. Este trabalho tem como objetivo discutir sobre a qualidade de vida de pessoas idosas em cuidados paliativos a partir de uma revisão integrativa de literatura. Para o levantamento dos dados, realizou-se uma busca nas seguintes bases de pesquisa: BVS, LILACS, Google Acadêmico e periódicos de dissertação e tese. Como resultado, observa-se forte relação entre qualidade de vida e cuidados paliativos a partir da oferta de cuidados com fundamento nos princípios da filosofia dos hospícios e uso da terapia da dignidade. Tais componentes podem ser usados pela psicologia de forma isolada, especialmente por profissionais que compõem as equipes multiprofissionais nos contextos hospitalares, domiciliares e demais locais onde os cuidados paliativos são prestados. Observa-se a importância dos cuidados paliativos para a promoção de qualidade de vida para pessoas idosas, com ênfase na abordagem humanizada. Desta forma, ressalta-se a necessidade de se considerar precocemente esses cuidados para proporcionar dignidade e conforto às pessoas idosas com doenças graves.

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Qualidade de Vida. Cuidados Paliativos. Cuidador Familiar.

QUALITY OF LIFE FOR ELDERLY PEOPLE IN PALLIATIVE CARE: an integrative literature review

ABSTRACT

Quality of life for elderly people in need of palliative care is an extremely relevant topic today due to the Brazilian population's aging process. As the population ages, there is a growing need to think about how to provide a dignified and comfortable life for those who face serious illnesses and physical limitations at such stage. Palliative care aims not only to relieve pain and symptoms but can also improve quality of life by promoting emotional and spiritual comfort. This paper aims to discuss the quality of life of elderly people in palliative care based on an integrative literature review. To gather the data, the following databases were searched: BVS, LILACS, Google Scholar and dissertation and thesis journals. Results show a strong relationship between quality of life and palliative care, based on the provision of care based on the principles of hospice philosophy and the use of dignity therapy. These components may be used discretely by psychology, especially by professionals who make up multi-professional teams in hospital, home, and other settings where palliative care is provided. The importance of palliative care in promoting quality care for the elderly can be verified, with an emphasis on a humanized approach. This highlights the need for early consideration of this type of care in order to provide dignity and comfort to elderly people with serious illnesses.

Keywords: Elderly person. Quality of life. Palliative Care. Family caregiver.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do desenvolvimento, os seres humanos passam por situações previstas que envolvem a transição de uma fase para outra, desencadeando crescimento e maturação. De acordo com Papalia e Feldman (2013), cada fase possui características próprias e individuais que dependem tanto do sexo (masculino ou feminino) quanto das crenças e de outros aspectos inerentes à vida.

No entanto, a sociedade ocidental está inserida numa dinâmica cultural na qual se tem a convicção de que as pessoas devem ser vencedoras e não há espaços para perdas. Nesse sentido, a morte tem sido vivenciada como um fracasso. Conforme Combinato e Queiroz (2006, p. 210), para o homem ocidental moderno, quando se trata da morte, “[...] tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingindo, ela é escondida e negada”.

Criou-se o tabu de não falar de perdas para as crianças, todavia, elas enfrentam isso desde o momento do parto, quando saem do reduto seguro no útero da mãe. Daí em diante, de acordo com Paiva (2011), a todo o momento se evidenciam perdas, com a separação rotineira dos pais que saem para trabalhar, o primeiro dia de aula, a entrada na puberdade, a adultez, a velhice, entre as muitas marcas que são gravadas nesse percurso.

Portanto, a morte propriamente dita não é o único processo de luto que as pessoas vivenciam, visto que toda perda de algo ou alguém gera um luto, sobretudo porque infere um rompimento, uma desorganização emocional. Em consonância com Bowlby (2015), nas perdas estão presentes a dor e a desorganização que impelem uma readaptação emocional, cognitiva, espiritual, social, entre outras. Cada pessoa dá um sentido diferente àquilo que perde e como perde, a partir da significação desse algo ou alguém na sua vida.

Assim, vale considerar que diante de algum infortúnio que a ameaça a vida, como é o caso das doenças, existem terapêuticas capazes de auxiliar a aliviar os desconfortos físicos, mentais e espirituais da pessoa acometida e de seus familiares. Os cuidados paliativos (CPs) são uma forma de amenizar a dor adequadamente, oferecendo qualidade de vida (QV) e suporte aos envolvidos.

Os CPs não seguem protocolos, mas se baseiam em princípios, conforme aponta Matsumoto (2012): autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Os CPs visam ofertar à pessoa adoecida e aos familiares uma assistência mais abrangente, ampliada e humana, estabelecendo uma relação de cuidado com a pessoa e não com a doença.

Paliar significa elevar a autonomia da pessoa adoecida. Para Arantes (2019), isto significa dar à pessoa o direito de decidir sobre suas vontades e desejos mediante sua situação de saúde/doença.

De acordo com Karnakis, Nogueira-Costa e Saraiva (2016), entende-se que em cada fase da vida o enfrentamento de doenças graves possui suas peculiaridades. Para as pessoas idosas em cuidados paliativos, o processo de morte e morrer pode ser vivenciado de diferentes maneiras. Algumas pessoas podem estar mais preparadas para lidar com o fim da vida devido à sua experiência e maturidade, enquanto outras podem enfrentar dificuldades emocionais e existenciais mais intensas.

Em conformidade com Prata (2017), o contexto hospitalar, por sua vez, pode trazer sentimentos de vulnerabilidade, medo e angústia, mas também pode ser um ambiente de acolhimento e suporte para a pessoa e seus familiares, desde que leve em conta a autonomia e a dignidade da pessoa humana.

Portanto, de acordo com Kovács (2003), falar sobre a morte e o morrer desde a infância possibilita a desmistificação da ideia de que profissionais da área da saúde são formados para evitar a morte a todo custo, como se fossem capazes de subverter a ordem natural da vida, garantindo a cura mesmo que isso implique uma má QV, submetendo a pessoa ao uso de tratamentos invasivos e dolorosos.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral discutir sobre a QV de pessoas idosas em cuidados paliativos. A escolha pelo tema se deu a partir da identificação da temática com base em leituras e pesquisas ao longo do percurso acadêmico, além do aprofundamento em virtude da disciplina de Tanatologia e do estágio com ênfase em promoção e prevenção de saúde no contexto hospitalar.

Acredita-se que a relevância de trabalhar essa temática se deve à percepção do aumento da expectativa de vida da população atrelado ao processo de envelhecimento e à necessidade de abordar e compreender os desafios enfrentados pelas pessoas idosas e seus desencadeamentos quando recebem o diagnóstico de doenças graves. Considera-se essencial entender como os CPs nessa fase da vida podem ser um suporte físico, emocional, social e que consequentemente contribua para melhor qualidade de vida.

2 METODOLOGIA

O presente artigo se trata de uma revisão integrativa de literatura sobre a qualidade de vida de pessoas idosas em cuidados paliativos, como já foi informado anteriormente. A

revisão integrativa “é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado” (Souza *et al.*, 2010, p. 103). Desse modo, pode-se inferir que a revisão integrativa busca reunir o máximo de informação sobre um dado assunto e realizar uma compilação sobre os resultados, discussões e conclusões em um único documento.

De acordo com Mendes *et al.* (2008), a revisão integrativa realiza uma síntese de um tema relevante por meio do qual seja possível chegar a uma conclusão pertinente à área de estudo pesquisada, sendo possível, ainda, constatar lacunas existentes sobre tal conhecimento. Além disso, as autoras sugerem que sejam seguidos seis passos: 1) identificação do tema/questão de pesquisa; 2) critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem/busca na literatura; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Para o levantamento dos dados, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: BVS, LILACS, Google Acadêmico, periódicos de dissertação e tese. Foram utilizados como descritores os seguintes termos: “cuidados paliativos”, “pessoa idosa”, “qualidade de vida” e “cuidadores familiares”. Para isto foi utilizado o operador booleano AND, com a composição dos termos da pesquisa: “cuidados paliativos”, AND “pessoa idosa” AND “qualidade de vida” AND “cuidadores familiares”.

Como critérios de inclusão de artigos, considerou-se aqueles nos quais foram identificadas pesquisas que envolviam pessoas idosas, com base no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), em cuidados paliativos e acompanhadas por um cuidador familiar de qualquer grau de parentesco. Assim, foram excluídos aqueles que possuíam apenas um dos descritores utilizados. A coleta de dados ocorreu de março a novembro de 2023.

3 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE E O MORRER NO OCIDENTE

Os estudos que envolvem morte e morrer vêm evidenciando cada mais a dificuldade dos profissionais de lidar com a morte própria ou de outrem, sobretudo na sua atuação profissional, onde ficam frente a frente com a temática (Kovács, 2003; Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Souza, 2018; Mannix, 2019; Luz; Bastos, 2019; Arantes, 2019).

Cicely Saunders, na Inglaterra, a partir de 1967, preocupou-se em cuidar das dores de pacientes em sua terminalidade. Porém, ela tratava não só a dor física, mas a dor como um

todo, ou seja, “a dor total”, dentro do viés dos CPs. Desse modo, de acordo com Carvalho e Branco (2018) e Cardoso e Oliveira Júnior (2023), Cicely Saunders foi pioneira no reconhecimento da dor em sua multidimensionalidade, a qual abrange as dimensões física, psicológica, social e espiritual, as quais refletem na QV do paciente e da família.

Cabe também citar Elisabeth Kübler-Ross, com vários estudos sobre a morte com foco no luto. Ela criou as fases do luto, que servem de base para muitos estudiosos da temática. Barcellos (2022) lembra que existem diversas interpretações sobre tais fases ou estágios (negação e isolamento; raiva, barganha, depressão, aceitação), porém, considera-se aqui aquelas que as percebem como um processo não linear. No processo de luto, necessariamente não se passa por todas essas fases.

Kübler-Ross, assim como outros autores da atualidade (Costa Torres; Guedes, 1987; Combinato; Queiroz, 2006, Nascimento; De Jesus; Roazzi, 2021; Casarin; Carnicheli, 2021) compartilham a ideia de que as pessoas fogem, negam e encaram a morte com um tabu. Desse modo, de acordo com Kübler-Ross (2017, p. 11-12), existem razões para esse fenômeno ocorrer: “umas das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano”.

A morte, em conformidade com Ariès (2003), por muito tempo foi um evento privado, no qual os familiares passavam por todo um processo de despedida e vivência do morrer. Praticavam-se rituais e toda a família vivia aquele momento, geralmente acompanhada de uma figura religiosa. No entanto, a partir de meados do século XIX, “a morte domada” foi substituída pela “morte interdita”. Ou seja, segundo a terminologia usada por Ariès, evidencia-se o processo de transformação de uma morte privada e “acolhida” para uma morte evitada a todo custo em virtude dos meios tecnológicos.

A forma como a pessoa encara a própria ideia de finitude reflete diretamente na relação que esta terá ao se deparar com alguém que está diante da terminalidade ou de um processo de luto. Ouvir o sofrimento do indivíduo enlutado ou em processo de morrer evoca a percepção que cada um tem de sua existência e como ao longo da vida enfrentou suas perdas. Desta forma, para Junqueira e Kovács (2008, p. 518), “é importante curar a criança ferida para poder lidar com as feridas dos outros”.

Ainda segundo Junqueira e Kovács (2008, p. 507), é preciso uma formação onde profissionais, como psicólogos, vivenciem um processo de aprendizado pautado na preparação para a morte desde criança, haja vista que, naturalmente, “parece mais fácil desconhecer e negar a morte do que encará-la e enfrentá-la”.

Portanto, como propõem Luz e Bastos (2019), o ato de se dispor a ouvir alguém que se encontra em sofrimento pela morte de algo ou alguém requer uma preparação individual acompanhada do cuidado emocional de si mesmo que possa gerar o conhecimento da capacidade de lidar com a temática da morte e morrer, assim como compreender e respeitar os próprios limites dentro do acolhimento à dor do outro. Isto porque a morte vem se tornando cada vez mais um tabu, algo que não se deve falar. As pessoas se sustentam em diversos meios como forma de evitação da morte, sendo que, para alguns, a consciência da própria morte só surge com a morte do outro.

Para Combinato e Queiroz (2006), alguns acontecimentos contribuíram para as transformações do modo de encarar a morte, a saber: pós-segunda guerra mundial, desenvolvimento do capitalismo e revolução higienista. Esses eventos marcaram várias mudanças no tocante à morte, em especial, à forma de morrer, que se tornou uma morte escancarada.

Ainda no início do século XX, digamos até a guerra de 1914, em todo o Ocidente de cultura latina, católica ou protestante, a morte de um homem modificava solenemente o espaço e o tempo de um grupo social, podendo se estender a uma comunidade inteira, como por exemplo, a uma aldeia. (Ariès, 2014, p. 755)

Tal modificação tira o indivíduo que se encontra no processo de morrer do contato com familiares, da sua convivência em seu domicílio e, em algumas situações, é retirado dele o direito de escolher sua morte. Para Rodrigues (2006), a partir do início do século XX, a morte passou a ser “romantizada” no Ocidente, fato ocasionado pelos eventos já citados. Surgiu “a necessidade de exibir a dor, de mostrá-la à comunidade e o desespero da separação adquire dimensões inéditas no Ocidente” (p. 154).

Junto aos sentimentos emitidos pela família, o autor aponta para outras questões por trás das reações sentimentais. Rodrigues (2006) observa que os “últimos adeuses”, as “emoções dilacerantes”, vêm acompanhadas do medo da morte pelo sobrevivente e da exaltação da figura da pessoa morta, somadas à culpa, angústia e outros interesses que geram conflitos no seio familiar.

De acordo com Ariès (2003) e Arantes (2019), a morte como algo impensável atravessa a vida, faz parte dela, anda lado a lado e se torna uma inimiga a ser combatida, quando na verdade a morte deveria ser entendida apenas como complemento da vida – não no sentido de continuidade, mas de peças que se unem e formam um todo.

É incerto onde a morte nos espera, esperemo-la em toda parte. Meditar sobre a morte é meditar sobre a liberdade. Quem aprendeu a morrer desaprendeu a servir.

Não há nenhum mal na vida para aquele que entendeu bem que a privação da vida não é um mal. O saber morrer nos liberta de toda sujeição e coerção. (Montaigne, 2017, p. 110)

O processo de morrer é entendido como todo o percurso entre o conhecimento de uma enfermidade/doença grave que se encontre fora de possibilidade de tratamento, ou seja, doença irreversível. Já a morte é o ato de cessação da vida. Segundo D'Assumpção (2011), a morte nos ensina sobre a vida, sobre os ganhos e as perdas. Para ele, “a morte é, portanto, a última professora de vida” (p. 99). Além disso, o autor esclarece que existem duas situações que estão atreladas à negação da morte na modernidade. Primeiramente, tem-se “a negação para a negação da morte” ofertada pelos colégios, pelas faculdades, famílias e sociedade. “Para acentuar o medo que se deve ter da morte, um dos recursos mais comuns é hipervalorizar a vida” (p. 105). A segunda situação está relacionada aos “meios de comunicação”, que, de forma “paradoxal”, banalizam a morte ao mostrarem mortes diversas como recurso para inserir o medo nas pessoas. “É a forma sutil, financiada pelo capitalismo selvagem, para tirar a morte de nossas vidas: aumentar o medo natural que se tem dela” (p. 105). Isto implica a tentativa de matar a morte, justamente por ela ter a imagem reproduzida como inimiga da vida.

Sobre isso, Rodrigues (2006, p. 65) alega que “é necessário que a sociedade se aproprie desse processo porque, se os indivíduos morrem, ela, pelo contrário, sobrevive. Se ela vê no homem a sua imagem projetada, gravada, as forças que constituem devem ter a mesma perenidade”. O foco não está na pessoa enferma, mas na resistência ao inevitável. A negação da morte do outro reflete o medo da própria finitude.

Ademais, a morte como tabu é retratada com repulsa, a ponto de se tornar comum usar eufemismos e metáforas quando se fala em morte e morrer, como aponta Souza (2018). No processo de morrer, a linguagem pode ser muitas vezes enganosa para o enfermo, ou seja, recorre-se ao uso inapropriado de termos que encobrem a verdadeira face da doença.

Dessa forma, Mannix (2019, p. 107) considera que “evitar o uso de metáforas [...] falar abertamente sobre o processo de morrer são posturas que ajudam quem está morrendo a tomar providências na última etapa da sua vida e preparar os entes querido para o luto”.

No entanto, nem sempre esses entes ou profissionais que acompanham esse doente estão preparados para falar sobre o tema e, por conseguinte, observa-se que a defesa em tratar sobre tal tema não implica só a dor da perda, mas também o medo da morte.

Por isso, depreende-se a necessidade de resgatar e/ou introduzir do tema morte e morrer na formação dos profissionais que lidam diretamente com pessoas em estado de

sofrimento por perdas, haja vista que se preparar para acolher o outro demanda estar disposto a acolher suas próprias dores e limitações. Os CPs são uma opção para ofertar este cuidado.

4 CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A história do surgimento dos CPs remonta aos anos 819 d.C. voltados ao oferecimento de abrigos aos povos muçulmanos que se encontravam acometidos por alguma doença. Figueiredo (2021, p. 8) relata que Fabíola, discípula de São Jerônimo, fundou uma hospedaria, no século V, para abrigar peregrinos “da África e da Ásia, dando-lhes comida e conforto”.

De acordo com Carvalho (2018), Figueiredo (2020), Rosa e Rodrigues (2022) e Santos, Pereira e Almeida (2022), na década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu oficialmente os CPs como uma parte essencial dos cuidados de saúde. Isto impulsionou ainda mais a expansão global dessa abordagem.

No Brasil, conforme Figueiredo (2021), os CPs começaram a ganhar destaque com a fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) em 1997, que promoveu a capacitação de profissionais de saúde e a divulgação desses cuidados. Porém, a ABCP encerrou suas atividades em 2014.

Gomes e Othero (2016) discorrem sobre a evolução dos CPs no Brasil se referindo aos anos 2000 até os dias atuais como um período de amadurecimento voltado para o desenvolvimento de trabalhos científicos, publicações e participação em eventos mundiais sobre CPs. Tais fatos contribuíram para que em 2012 o Ministério da Saúde brasileiro reconhecesse oficialmente os CPs como uma especialidade médica. Isto possibilitou um aumento na disponibilidade de serviços de CPs em hospitais e clínicas brasileiras, com a formação de equipes especializadas em todo o país.

Nesse sentido, de acordo com OMS (2002), os CPs são uma abordagem de assistência à saúde que visa melhorar a QV de pacientes enfrentando doenças graves, crônicas ou terminais, focando no alívio da dor e no suporte emocional, espiritual e psicossocial.

Para Nicodemo e Torres (2018, p. 22), a avaliação para indicação de CPs requer responder as seguintes questões: “Quem é o paciente? Qual é a sua funcionalidade atual? Qual é o diagnóstico? E qual é a fase da doença?”. Desse modo, ainda de acordo com as autoras, em relação às doenças graves, quando o diagnóstico ocorre na fase inicial, institui-se um tratamento modificador que mantém o paciente estável “por um período variável até que, em um período específico ocorre à progressão da doença”.

Victor (2021, p. 388) apresenta o “controle de sintoma, o auxílio na comunicação de prognóstico e elaboração de plano de cuidados com base em decisões compartilhadas e utilização racional de recursos e cuidados de fim de vida” como estratégias importantes e relevantes na junção dos CPs voltados para pacientes com doenças graves.

Em relação às terapêuticas tradicionais para o tratamento de doenças graves como a radioterapia, quimioterapia e imunoterapia (Fernandes; Polli, 2021; Shimada; Ferrian, 2021; Santos; Souto, 2021) entendem que esses tratamentos devem ser indicados de modo complementar e não substitutivo, contando com uma abordagem terapêutica multidisciplinar com viés paliativo alinhado. Ainda de acordo com os autores, no que concerne à imunoterapia, o desafio da equipe de CPs é “manter sua responsabilidade de equilibrar a esperança com a realidade e é importante discutir a incerteza da eficácia com os pacientes” (Santos; Souto, 2021, p. 404).

Assim, os CPs desempenham um papel fundamental na promoção da dignidade e do conforto para pacientes que enfrentam condições de saúde desafiadoras, além de fornecer apoio vital para seus familiares e ofertar melhora significativa da qualidade de vida.

4.1 QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS

O termo QV foi usado pela primeira vez em 1920. De acordo com Paschoal (2016), o termo foi direcionado para tratar de questões da economia. Ainda de acordo com o autor supracitado, desde então vários pesquisadores tentaram defini-lo e até hoje não há um consenso.

Devido à falta de consenso em torno da definição do termo, a OMS estabeleceu três características que devem ser consideradas quando se trata de QV: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (Paschoal, 2016).

O fator subjetivo não abarca a totalidade da subjetividade, “pois há condições externas às pessoas, presentes no meio e nas condições de vida e trabalho, que influenciam a avaliação que fazem de sua qualidade de vida” (Paschoal, 2016, p. 187). Já a multidimensionalidade engloba três dimensões: “a física, a psicológica e a social”.

Nesse sentido, a QV das pessoas idosas é reflexo das atitudes evidenciadas ao longo da vida que se relacionam com a dimensão física, como a capacidade de manter a realização de atividades da vida diária de forma independente, compreensão da redução de mobilidade e desaceleração de todas as partes do corpo. No que diz respeito à dimensão psicológica, refere-se à manutenção da capacidade de aprendizagem, percepção e memória. Já quanto à dimensão

social, pode-se referir à adequação de papéis, diminuição na participação em grupos sociais e familiares, bem como perda da autonomia financeira (Burlá; Azevedo; Py, 2016; Freitas; Costa; Galera, 2016; Paschoal, 2016).

Como em todas as fases da vida, o processo de envelhecimento também tem suas características, fase essa que pode vir a impactar significativamente a QV dos sujeitos. Assim, o envelhecimento pode causar alterações consideráveis como perda de autonomia e de independência. Para Freire Neto e Moreira (2016), isso pode piorar com o surgimento de doenças degenerativas e crônicas, fora de possibilidade de tratamento.

É preciso ter em vista o contexto social, familiar, cultural e histórico no qual essa pessoa está inserida, pois o envelhecimento é um processo dinâmico e não ocorre de forma igual para todas as pessoas.

Nesse contexto, entende-se que questões relacionadas à calvície, canície, presbiacusia, perda olfativa, sono, degustação, sensação aumentado de frio e calor, entre outras, já estão presentes nessa fase da vida e podem se agravar mediante uma doença crônica e degenerativa. De acordo com Karnakis, Nogueira-Costa e Saraiva (2016), tais fatores podem interferir na absorção e excreção, no metabolismo e no distúrbio de fármaco.

Dessa forma, para Leloup (1999, p. 44), “a ambição dos tratamentos paliativos é mostrar que se podem aliar as competências técnicas à qualidade vida humana”. Aliar o fator humano aos cuidados técnicos é algo significativo no sentido de respeito à vontade da pessoa que se encontra em tratamento, pois ela pode ter o interesse de não receber procedimentos invasivos e até mesmo não aceitar terapêuticas inadequadas que, em algumas situações, podem representar o desejo do profissional de evitar a morte.

Nesse sentido, Hennezel (1999, p. 61) aponta que os CPs “empenham-se em, prioritariamente, aliviar a dor física e garantir uma presença junto de quem está morrendo”. Para a autora, os dois medos que as pessoas têm são: a dor física antes e durante a morte; a solidão e o abandono ao fim da vida.

Oliveira *et al.* (2021), ao analisarem 37 resumos entre 2019 e 2020 sobre QV e CPs, constataram que os CPs ofertam melhor QV quando executados corretamente. Ou seja, é importante realizar uma avaliação adequada das especificidades da situação de cada pessoa doente.

Corroborando a ideia acima, Krakauer *et al.* (2018) indicam que os CPs apresentam vários benefícios, tendo como principais a redução do sofrimento físico, psicológico/existencial e espiritual. Além disso, os autores citados relatam que pode haver

redução de custo para o sistema de saúde e que, para tanto, precisa ser aplicado precocemente e da maneira correta.

Pesquisas como a de Oliveira *et al.* (2015) mostram que o apoio familiar e os cuidados realizados em casa são fatores que contribuem para o bem-estar da pessoa doente e isto é atribuído à diminuição de preocupação com familiares quando estes se fazem ausentes. Por outro lado, conclui-se que o cenário hospitalar apresenta pouca interferência em relação ao bem-estar.

O estudo de Almeida *et al.* (2017) aponta que mesmo que os cuidadores familiares relatem que não têm preparação adequada, em termos técnicos, para ofertar os CPs ao familiar doente, eles conseguem estabelecer esses cuidados por meio de várias dimensões: “alimentação saudável, realizando higiene adequada, buscando o alívio da dor e mantendo atenção e cuidado quanto à medicação prescrita”. Em contrapartida, Dias *et al.* (2022) apresentam, a partir de pesquisa com cuidadores familiares, que muitos relataram não saber o que fazer e como fazer e lidar com demandas de cuidados no ambiente domiciliar.

De acordo com Bombarda e Menegussi (2021), o estresse faz parte da experiência do cuidador familiar, visto que ele, por vezes, abdica de suas atividades prazerosas para prestar o cuidado. Além disso, as autoras acima apontam que existe um misto de sentimento desde o diagnóstico de uma doença severa até a vivência do luto. Há ainda uma questão comum que atravessa a experiência desse tipo de cuidado, que são “as diferenças de valores e crenças”, que podem se apresentar como disparadores para situações de estresse e ser motivo de falta de diálogo e comunicação adequados.

Fontana (2014), em sua dissertação, realizou uma revisão integrativa de literatura e captou em 19 artigos a experiência de CPs domiciliares, onde cuidadores familiares apresentam sentimento de dever cumprido ao cuidarem de um familiar doente. Este aspecto se refere ao sentimento positivo considerado que é despertado pela proximidade que o cuidado proporciona. Outro fator que também gera satisfação no cuidador familiar diz respeito ao suporte social recebido pela família em seu domicílio. Nesse aspecto, o cuidado familiar se apresenta como positivo em relação ao hospitalar. No entanto, a autora detectou que os estudos revelaram aspectos negativos pessoais (excesso de trabalho, sofrimento emocional familiar, quebra de relações e condições financeiras) e quanto à prestação dos serviços de saúde insatisfatórios.

Segundo Figueiredo (2021), Rosa e Rodrigues (2022) e Santos, Pereira e Almeida (2022), o que se conhece hoje como CPs teve origem na década de 1960, quando tal abordagem começou com o trabalho da enfermeira britânica Cicely Saunders. Ela fundou o

St. Christopher's Hospice em Londres, um marco na história dos CPs. Os hospices ficaram conhecidos pela luta por dignidade, reconhecimento, respeito, proteção e não abandono da pessoa doente ao fim da vida (Floriani, 2009). Embora ainda não sejam bem difundidos no Brasil, os hospices vêm ganhando cada mais atenção e se apresentam como uma opção para este cuidado.

Desta forma, de acordo com Simplício e Veríssimo (2021, p. 18), “o objetivo primário dos hospices é de dar visibilidade ao paciente que está ou não em sofrimento hospitalar, mas que inegavelmente é um enfermo incurável e/ou em processo de morte”. Portanto, os hospices são considerados um modo de cuidado ou filosofia do cuidado e não um lugar especificamente, mas sim uma forma humanizada de cuidar da pessoa considerando os múltiplos aspectos e contextos que envolvem as suas vivências – e, principalmente, tratando aquilo que é tratável para que a pessoa possa experimentar uma “boa morte” (Arantes, 2019).

Desse modo, a partir do exposto, observa-se que os CPs podem estar presentes nos vários contextos de vida da pessoa doente, seja no ambiente hospitalar, domiciliar ou em qualquer outro lugar onde esta pessoa possa ser tratada com dignidade.

5 PSICOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados com a pessoa acometida por uma doença grave e qualquer outro tipo devem ser compreendidos a partir da visão multidisciplinar. Para Dourado e Cedotti (2021), o cuidado ofertado nesse patamar requer a compreensão holística da pessoa doente. Os autores consideram que isso implica o entendimento da complexidade do ser humano. Assim, de acordo com o *Manual de Cuidados Paliativos* (Castilho; Silva; Pinto, 2021), a equipe deve ser composta de profissionais das seguintes áreas: Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, entre outros.

Por questões didáticas e de cumprimento com o objetivo proposto, neste trabalho será enfatizada a atuação do profissional da Psicologia dentro da equipe multiprofissional nos CPs ofertados para pessoas idosas.

A Psicologia desempenha papel fundamental nos CPs, considerando que os aspectos psicológicos e emocionais interferem de forma significativa nos aspectos físicos da saúde. Com base nisto, Franco e Silva (2021, p. 168) consideram que a Psicologia está presente na perspectiva dos CPs nos “três domínios fundantes: na relação com pacientes, famílias e equipes de cuidados, dimensões nas quais uma prática pode ser construída, avaliada,

reconstruída mantendo-se em desenvolvimento e ciente dos seus desafios e esperanças de maneira profunda e ampla”.

Para Maciel e Alves (2017, p. 224), a Psicologia pode contribuir com esses atores, ofertando “o recurso mais importante de que dispõe – a escuta [...] onde as intervenções psicológicas em CPs poderão ocorrer em três momentos: pré, peri e pós-morte”. Nesse contexto, um dos principais objetivos da psicologia nos CPs é ajudar os pacientes a encontrarem significado e propósito em sua vida, mesmo diante das limitações impostas pela doença. Isso pode envolver a exploração de questões espirituais, a busca por reconciliação em relacionamentos familiares ou a expressão de desejos e preocupações não expressos anteriormente (Pessini, 2021; Ribeiro, 2023).

Além disso, a autoras supracitadas referem que tendo tais questões bem estabelecidas, o profissional da psicologia poderá contribuir com a equipe multiprofissional de CPs com sua visão sobre o adoecimento e os cuidados ofertados em cada fase da doença, como as apresentadas por Maciel e Alves (2017); e pode ainda ser um elo entre família e paciente, família e equipe. Neste sentido, a Psicologia nos CPs também apoia as famílias, ajudando-as a lidar com a dor, o luto e a tomada de decisões difíceis.

Franco (2008) alerta que diante deste cuidado com família e paciente não se pode esquecer que o psicólogo também é um ser humano. Por isto, faz-se necessário que conheça seus próprios limites e tenha bem elaboradas suas questões com a morte. “Isto não implica que este psicólogo deva ter certezas, mas sim, que pode se beneficiar muito se estiver em contato com suas questões pessoais, sobre como suas dúvidas se apresentam no trato dos pacientes” (p. 75).

Franco e Silva (2021, p. 168) entendem que “a contribuição da Psicologia se delineou especificamente contra a ideia de que “nada mais havia a fazer”. Quanto a isto, Franco (2008), Maciel e Alves (2017), Coradazzi, Santana e Caponero (2019), Pessini (2021) e Ribeiro (2023) concordam que o psicólogo desempenha um papel fundamental na facilitação da comunicação entre pacientes, famílias e equipe médica. Ele ajuda a garantir que as decisões de tratamento estejam alinhadas com os valores e desejos do paciente, promovendo a autonomia e o respeito pela dignidade humana.

Para que esses fatores sejam garantidos, a Psicologia pode fazer uso da terapia da dignidade (TD). De acordo com Rodrigues (2021), a TD se apresenta como uma alternativa para garantir atendimento individualizado dentro dos CPs para pacientes em fim de vida. Deste modo, visa trabalhar as angústias psicossociais e existenciais, ofertando a manutenção da dignidade da pessoa doente.

Conforme De Macedo Grijó (2019, p. 19), “o propósito da TD é fornecer aos doentes uma oportunidade de criação ou legado, a fim de diminuir o seu sofrimento, aumentando simultaneamente a sua dignidade, significado e propósito de vida”.

Sendo assim, para Hermes e Lamarca (2013), a equipe de CPs, que inclui psicólogos clínicos, trabalha em estreita colaboração com os pacientes e suas famílias para fornecer apoio emocional, alívio do sofrimento psicológico e estratégias para lidar com questões como ansiedade, depressão, medo da morte e conflitos familiares.

Portanto, a Psicologia desempenha um papel essencial nos CPs, contribuindo para a promoção do bem-estar emocional, psicológico e conseqüentemente reverberando nos pacientes e suas famílias, atuando para que seja possível que enfrentem o processo de adoecimento com dignidade, respeito e qualidade de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto do envelhecimento, os cuidados paliativos (CPs) surgem como uma abordagem fundamental para aliviar o sofrimento, abrangendo aspectos físicos, psicológicos e espirituais e ofertando melhora na qualidade de vida. Os cuidadores familiares desempenham um papel relevante nesse processo, enfrentando desafios significativos. Desta forma, este trabalho teve como objetivo geral discutir sobre a qualidade de vida de pessoas idosas em cuidados paliativos.

Portanto, a avaliação para indicar CPs leva em consideração o diagnóstico e a fase da doença. Uma abordagem humanizada é essencial nos CPs, levando em conta valores, crenças e suporte social e espiritual. Os CPs representam uma abordagem holística para melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças graves, com destaque para o controle da dor.

Detectou-se que os CPs são uma opção crucial no tratamento de doenças graves, com foco na gestão da dor, um dos sintomas mais desafiadores. Ressalta-se a importância de se considerar o desejo do paciente e avaliar riscos e benefícios na tomada de decisões terapêuticas. Observou-se que os CPs desempenham um papel fundamental na promoção da dignidade e do conforto para pacientes e suas famílias, enfatizando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar que inclua a psicologia para abordar não apenas os aspectos físicos, mas também os psicológicos, emocionais e espirituais.

Além disso, a relação entre CPs e QV em pessoas idosas destaca a importância de um cuidado abrangente e sensível, seguindo a filosofia dos hospícios, e também terapia da

dignidade como uma possibilidade de cuidado individualizado para lidar com questões psicossociais existenciais.

Neste cenário, a Psicologia desempenha um papel fundamental nos CPs, facilitando a comunicação entre paciente, família e equipe, garantindo que as decisões de tratamento estejam alinhadas com os valores e desejos do paciente, promovendo o bem-estar emocional e psicológico.

Por fim, deixa-se como indicação a necessidade de pesquisas que explorem a percepção das pessoas idosas sobre o envelhecimento e o enfrentamento de doenças graves, visto que é uma área carente de estudos. Destaca-se que tal assunto instiga na pesquisadora principal o desejo e a possibilidade de continuar trabalhando com o tema em pesquisas futuras de pós-graduação e/ou mestrado e doutorado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. S. L. *et al.* Sentidos do cuidado: A perspectiva de cuidadores de homens com câncer. **Psico-UFC**, v. 18, n. 3, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/kF65LXxHxJncTY3bqPWyHnt/?lang=pt>. Acesso em: 10 de ago. 2023.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Alfragide, Portugal: Oficina do livro, 2019. 216p.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**. Tradução de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Tradução de Luiza Ribeiro. São Paulo: Unesp, 2014.

BARCELLOS, L. B. **As cinco fases do luto de Elisabeth Kübler-Ross: fato ou ficção**. Brasília, DF: Instituto Walden, 2022. [livro eletrônico].

BOMBARDA, T. B.; MENEGUSSI, J. M. Estresse de familiares e cuidadores. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 553-556.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. Tradução de Álvaro Cabral. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

BURLÁ, C.; AZEVEDO, D. L.; PY, L. Cuidados Paliativos. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1910-1927.

CARDOSO, M. G. M; OLIVEIRA JÚNIOR, J. M. Dor no departamento de emergência: avaliação inicial e uso de opioides. *In: RIBEIRO, S. C. C. et al. Cuidados paliativos no paciente crítico*. 2. ed. Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2023. p. 380-392.

CARVALHO, R. T. Cuidados paliativos – conceitos e princípios. *In: CARVALHO, R. T. et al. (eds.). Manual de residência de cuidados paliativos*. Barueri: Manole, 2018. p. 2-10.

CARVALHO, L. F. G. L; BRANCO, T. P. Avaliação da dor. *In: CARVALHO, R. T. et al. Manual de residência de cuidados paliativos*. Barueri: Manole, 2018. p. 109-120.

CASARIN, R. G.; CARNICHELI, E. K. R. N. O acadêmico de psicologia, a morte e o morrer: a relevância dos temas na formação. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 9, n.1, p. 301-319, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.31072/rcf.v9i1.516>. Acesso em: 14 ago. 2023.

CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

COMBINATO, D. S; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial . **Estudos de Psicologia (Natal)** ; v. 11, n. 2, p. 209-216, maio-ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>. Acesso em: 17 ago .2023.

CORADAZZI, A. L; SANTANE, T. E. A; CAPONERO, R. (Orgs.). **Cuidados paliativos: diretrizes para melhores práticas**. São Paulo: MG Editores, 2019.

COSTA TORRES, W; GUEDES, W. G. O psicólogo e a terminalidade. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v. 39, n. 2, p. 29-38, 1987. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/19588>. Acesso em: 17 ago. 2023.

D'ASSUMPÇÃO, E. A. **Sobre viver e morrer: manual de Tanatologia e Biotanatogia para os partem e os que ficam**. 2. ed. ampl. Petrópoles: Vozes, 2011.

DE MACEDO GRIJÓ, L. S. P. **Efeitos da terapia da dignidade nos familiares de doentes paliativos: uma revisão sistemática**. 2019. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Universidade do Porto, Porto, 2019. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/126566/2/388007.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

DIAS, L. V. *et al.* Cuidadores familiares de pacientes sob cuidados paliativos no domicílio e hospital: revisão integrativa. **Salud, Arte y Cuidado**, v. 15, n. 2, p. 63-74, 2022. Disponível em: <https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/4246>. Acesso em: 20 de ago. 2023.

DOURADO, F. C. S; CEDOTTI, W. Equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. *In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.p. 213-2016.

FERNANDES, I. L. S.; POLLI, L. V. Radioterapia. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos** (ANCP). 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 392-396.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. História dos cuidados paliativos no Brasil e no mundo. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos** (ANCP). 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 11-16.

FLORIANI, C. A. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte**. 2009. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2571>. Acesso em: 16 out. 2023.

FONTANA, A. P. **Cuidados paliativos no âmbito domiciliar na perspectiva de cuidadores familiares de pessoas com câncer: revisão integrativa da literatura**, 2014. 80 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em : <https://tede2.pucgoias.edu.br/handle/tede/2983>. Acesso em 12 ago. 2023.

FRANCO, M. H. P; SILVA, G. F. Psicologia. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos** (ANCP). 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p.169-173.

FREIRE NETO, J. B.; MOREIRA, A. C. M. Cuidados em Domicílio | Conceitos e Práticas. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FREITAS, E. V; COSTA, E. F.; GALERA, S. C. Avaliação geriátrica ampla. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 290-319.

GARCIA, A. C. M. Sofrimento Existencial. *In*: RIBEIRO, S. C. C. **Cuidados paliativos no paciente crítico**. 2. ed. Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2023. p. 603-613.

GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, p. 155-166, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/?format=html>. Acesso em: 5 out. 2023.

HENNEZEL, M; LELOUP, J. **A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

HERMES, H. R., LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, 2013, p. 2577-2588. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/>. Acesso em 07 out. 2023.

JUNQUEIRA, M. H. R.; KOVÁCS, M. J. Alunos de Psicologia e a educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 28, p. 506-519, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/djgGPxfXmY3YdgCB4M446gg/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2023.

KARNAKIS, T.; NOGUEIRA-COSTA, R.; SARAIVA, M. Câncer no idoso. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.1834-1864.

KRAKAUER, E. L. *et al.* Palliative care and pain control. **Europe PMC**, 2018. Disponível em: <https://europepmc.org/article/NBK/nbk525276>. Acesso em: 22 de ago. 2023.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. 10. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

LUZ, R.; BASTOS, D. F. **Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer**: o legado de Elisabeth Kübler-Ross para nossos dias. São Paulo: Summus, 2019.

MANNIX, K. **Precisamos falar sobre a morte**. Tradução de Simone Reisner. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP Ricardo Tavares de Carvalho, Henrique Afonseca Parsons, 2012. p. 23-30.

MONTAIGNE, M. Ensaio: que filosofar é aprender a morrer e outros ensaios - tradução: Júlia de Rosa Simões. Porto Alegre, RS: L&M, 2017.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C .P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dez. 2008 . Disponível em: [scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf](https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf). Acesso em: 4 ago. 2023.

NASCIMENTO, A. M.; DE JESUS, H. A. B; ROAZZI, A. Sentidos de Morte em Universitários do Curso de Psicologia. **Revista Educação e Humanidades**, v. 2, n. 1, jan-jun, p. 525-559, 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/reh/article/view/8572>. Acesso em: 15 ago. 2023 .

NICODEMO, I. P.; TORRES, S. H. B. Indicação de cuidado paliativo: os cuidados paliativos recomendados para cada paciente. In: CARVALHO, R. T. *et al.* **Manual de residência de cuidados paliativos**. Barueri: Manole, 2018. p. 21-36.

OLIVEIRA, M. H. M. *et al.* Qualidade de vida em cuidados paliativos: a estreita relação entre a saúde do corpo e da alma/ Quality of life in palliative care: the close relationship between body and soul health. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 60140-60157, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-413>. Acesso em: 22 ago. 2023.

OLIVEIRA, W. T. *et al.* Avaliação do bem-estar de cuidadores familiares de adultos com neoplasia maligna no âmbito domiciliar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p.

340-349, jun. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/28714>. Acesso em: 12 ago. 2023.

PAIVA, L. E. **A arte de falar da morte para crianças**: a literatura infantil como recurso para abordar a morte com crianças e educadores. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2011.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Tradução de Carla Filomena Marques Pinto Vercesi *et al.* 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 184-194.

PRATA, H. M. **Cuidados paliativos e direitos do paciente terminal**. Barueri, SP: Manole, 2017.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RODRIGUES, L. P. **Terapia da dignidade**: uma revisão narrativa de literatura. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/236488#:~:text=Resultados%3A%20A%20Terapia%20da%20Dignidade,e%20a%20dignidade%20na%20terminalidade>. Acesso em: 16 out. 2023.

ROSA, E. I. D.; RODRIGUES, G. E. A. Psicólogo e equipe multiprofissional nos cuidados paliativos. *In*: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R.; BAPTISTA, A. S. **Psicologia hospitalar**: Teoria, aplicações e casos clínicos. 3.ed. reimpr. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

SANTOS, A. F. J.; SOUTO, A. K. B. A. Imunoterapia *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

SANTOS, J. S. N. T.; PEREIRA, S. P. E.; ALMEIDA, N. J. V. **Perfil de familiares de pessoas idosas em cuidados paliativos hospitalizadas**: pacientes invisibilizados. Curitiba: CRV, 2022.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. Grupo de Educação para a Morte: uma Estratégia Complementar à Formação Acadêmica do Profissional de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 37, n. 2, p. 500-514, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1982-3703002792015>. Acesso em: 27 jan. 2023.

SANTOS, T. C. F.; FENSTERSEIFER, L. Educação para a morte na formação do psicólogo da PUC Minas São Gabriel. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 1, n. 1, p. 157 - 175, 30 nov. 2016. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos>. Acesso em: 17 ago. 2023.

SAPORETTI, L. A. Espiritualidade nos cuidados paliativos. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 531-534.

SHIMADA, A. K; FERRIAN, A. M. Quimioterapia. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos** (ANCP). 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p.397-400.

SILVA, R. A. *et al.* A morte e o morrer no ensino de psicologia. *In*: MATOS, T. N. F. **A psicologia na construção de uma sociedade mais justa**. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. p. 71-82. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/a-psicologia-na-construcao-de-uma-sociedade-mais-justa>. Acesso em: 16 ago. 2023.

SIMPLICIO, J. A; VERISSIMO, T. D. C. **Hospices, origem, desenvolvimento e atualidade: Um comparativo entre Reino Unido e Brasil**. 2021. 40f. Trabalho de conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes, RO, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unifaema.edu.br/handle/123456789/2968>. Acesso em: 16 out. 2023.

SOUZA, G. A. **Comunicar a morte em um hospital de emergência: a significação da experiência na percepção do médico**. 2018. 96f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz. Instituto René Rachou. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33976>. Acesso em: 03 de set. 2023.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** (São Paulo), v. 8, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=pt&%3A~%3Atext=A%20>. Acesso em: 14 ago. 2023.

TOLOI, D. A.; BRANCO, T. P. Abordagem espiritual. *In*: CARVALHO, R. T. *et al.* **Manual de residência de cuidados paliativos**. Barueri: Manole, 2018. p. 11-20.

VICTOR, G. H. G. G. Cuidado paliativo precoce. *In*: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos** (ANCP). 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 387-391.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Definition of Palliative Care. **WHO**, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 5 out. 2023.