

Centro Universitário de Patos - UNIFIP
 Curso de Medicina
 v. 5, n. 1, jan/mar 2020, p. 31-40.
 ISSN: 2448-1394



A MORTE E O MORRER: A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA PSICOLÓGICA

DEATH AND DYING: THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL LISTENING

José Marciel Araújo Porcino
 Centro Universitário de Patos - UNIFIP – Patos –Paraíba – Brasil
leicram_ap@hotmail.com

Valéria Amanda Jerônimo Pereira
 Universidade Federal da Paraíba - UFPB – João Pessoa –Paraíba – Brasil
valeriaamanda@hotmail.com

Yordan Bezerra Gouveia
 Centro Universitário de Patos - UNIFIP – Patos –Paraíba – Brasil
yordangouveia@gmail.com

Rayane Alexandrino Caiana
 Centro Universitário de Patos - UNIFIP – Patos –Paraíba – Brasil
rayanealexandrino@hotmail.com

Joedna Vasconcelos Menezes Andrade
 Centro Universitário Patos - UNIFIP – Patos –Paraíba – Brasil
dadapsb40@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: O presente estudo, objetiva refletir acerca de implicações da escuta psicológica diante díade: família-paciente que se encontra em tratamento, ou cuidado paliativos.

Métodos: Trata-se de um estudo de revisão da literatura, que buscou refletir acerca da escuta psicológica e sua interface com o processo de enfrentamento da morte e o morrer.

Resultados: Compreende-se que estudos enfatizam e destacam a importância da compreensão em descrever a existência de conflitos e dilemas éticos acerca do processo da morte e do morrer. A reflexão da bioética apresenta-se como novo paradigma de atuação acentuado pelos dilemas éticos, que muitas vezes não são compreendidos pelos profissionais da área da saúde. O trabalho do psicólogo da saúde inserido no âmbito hospitalar refere-se ao atendimento a tríade paciente-família-equipe Assim, dessa forma, a escuta psicológica é uma ferramenta que o psicólogo empodera-se na relação como recurso técnico. Destaca a importância do modelo de ligação como o elo que integra a dinâmica entre os profissionais. Dessa forma, o psicólogo hospitalar faz o uso da escuta psicológica, como meio ressignificativo na construção da subjetividade.

Conclusões: Refletir sobre o processo da morte e o morrer diante de familiares que acompanham pacientes da UTI, demonstrou que a escuta psicológica é uma ferramenta essencial no resgate à subjetividade frente ao processo de elaboração da aceitação da morte e do morrer, de forma que valorize a humanização e os princípios da bioética que os conduzem a esse manejo de finitude.

Palavras-Chave: Elaboração, Aceitação, Ligação, enfrentamento.

ABSTRACT

Objective: The present study aims to reflect on the implications of psychological listening to the dyad: family-patient who is undergoing treatment or palliative care.

Methods: This is a literature review study that sought to reflect on psychological listening and its interface with the process of coping with death and dying.

Results: It is understood that studies emphasize and highlight the importance of understanding in describing the existence of conflicts and ethical dilemmas about the process of death and dying. The reflection of bioethics presents itself as a new paradigm of action accentuated by ethical dilemmas, which are often not understood by health professionals. The work of the health psychologist inserted in the hospital context refers to the care of the patient-family-team triad. Thus, psychological listening is a tool that the psychologist empowers in the relationship as a technical resource. It highlights the importance of the linkage model as the link that integrates the dynamics between professionals. Thus, the hospital psychologist makes use of psychological listening, as a meaningful means in the construction of subjectivity.

Conclusions: Reflecting on the process of death and dying in front of family members who accompany ICU patients, showed that psychological listening is an essential tool in the rescue of subjectivity in the process of elaborating the acceptance of death and dying, so that it values humanization and the principles of bioethics that lead them to this management of finitude.

Keywords: Elaboration, Acceptance, Liaison, Coping.

1. Introdução

A morte e o morrer podem ser compreendidos como processos distintos acerca das condições da finitude do ser humano. Nesse sentido, a morte é encarada como um conjunto de elementos e de perdas ininterruptas durante o percurso de vida. E ainda, é considerada como a representatividade complexa das dimensões: existencial e filosófica do ser humano em reconhecimento a sua história de vida, e principalmente ao seu legado. Enquanto que o morrer, é estabelecido através de concepções bioéticas ancoradas em condições biológica, psicológica, social, histórico, fenomenológica e cultural inserida num dado contexto ¹.

Diante dessa realidade, a família passa a ser vista como uma instituição que representa a constituição dos seus membros inseridos no núcleo familiar, que em consonância ao processo da morte e o morrer, o atendimento psicológico, especificamente a escuta psicológica, torna-se de suma importância para o manejo técnico frente ao direcionamento para elaboração do luto.

Dessa forma, a família participa ativamente nesse processo, tanto no desenvolvimento de aspectos positivos como negativos. E este último aspecto, pode influenciar ou desencadear doenças em familiares, ou até mesmo determinar o rumo de uma evolução negativa diante de pacientes que necessitem de cuidados paliativos na UTI. Desse modo, o psicólogo atua como facilitador na elaboração do processo significativo da díade paciente-família frente os anseios da morte e do morrer, através de uma escuta ativa, de apoio e reflexiva.

Acredita-se que a escuta psicológica favorece o foco de aceitação da finitude. Percebe-se, ainda, que a significância da escuta psicológica é focalizar os conflitos existenciais e os possíveis danos ao funcionamento psíquico. Podendo ser está uma premissa que faça interação entre aceitação e a elaboração do luto como um todo.

Nesse sentido, estudo desenvolvido e aplicado por ², ao considerar as dimensões: existencial e filosófica tratada em meio à importância dos aspectos biológicos, sociais, históricos, culturais e psicológicos, ancorados nos processos da morte e do morrer. Assim, dessa forma, o presente estudo, objetiva refletir acerca de implicações da escuta psicológica diante díade: família-paciente que se encontra em tratamento, ou cuidado paliativos.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão da literatura, que buscou refletir acerca da escuta psicológica e sua interface com o processo de enfrentamento da morte e o morrer frente à díade: família-paciente que se encontra diante do manejo dos cuidados paliativos. E desse modo, que a pesquisa fundamentou-se em livros especializados na área e em artigos científicos relacionados à temática para reiterar a ressignificação do tema proposto.

Assim, dessa forma, a pesquisa é composta por meio de revisão da literatura, de modo que busca investigar estudos centrados em determinadas área já pesquisadas, em consonância ao objeto de estudo desejado previamente descrito pelo pesquisador, de maneira, a compreender o universo já pesquisado em virtude de novas demandas referente ao assunto.

3. Resultados e Discussão

3.1 Implicações acerca da bioética diante da morte e o morrer

O ser humano é um ser dotado de múltiplas características, que ao longo da vida vai se esbarrando em pequenas mortes em vida. Por sua vez, a morte e o morrer, são funções distintas do mesmo processo dos mais diversos casos, das mais variadas formas, das mais diversificadas razões.

Além disso, a morte e o morrer compõem um ciclo de plenitude e finitude, aos quais, cada cultura tem o seu modo de atribuir os seus valores, as suas crenças, seus símbolos e seus significados. ¹. Além disso, é pertinente nos dias atuais, esclarecer alguns aspectos implicantés a essa natureza.

Nesse sentido, estudos enfatizados por ¹⁻²⁻³, relatam que o movimento que corresponde ao estudo da morte, teve como seu pioneiro o médico canadense William Osler (1849-1919) na publicação de 1904, *A study of death*. Nessa publicação são abordados as questões da morte e o processo de morrer das pessoas.

Na compreensão do estudo realizado por ¹⁻²⁻³, compreende-se que a partir dessa investigação científica sobre a tanatologia, que significa a análise da morte e o morrer. E por consequência natural ou não, estar subjacente ancorado na espécie humana. O morrer faz parte de um processo biológico, que ganha um sentido simbólico, e a morte se relaciona mais aos aspectos físicos e psicológicos, sociais e culturais, na busca de encontrar um sentido ou diminuir o sofrimento.

A morte é uma condição da natureza humana que hora mais cedo, ou mais tarde, tende-se a chegar. Com a certeza que ela virá juntamente com os traços de sofrimentos, perdas e abandonos, algo que cada pessoa atribui um significado. E que sente de forma diferente. Sendo essa a única certeza que o ser humano tem como verdade absoluta em relação ao seu destino ^{1,2}.

Sem dúvida a morte é uma construção do que representa ou venha representar o ser humano, e através das crenças e da sua representatividade, ela é conceituada e cultuada de várias formas e em diversas culturas. Então o que seria a morte? O desconhecido, o fim do prazer, a destruição, a extinção, a falta de liberdade, a separação entre os mundos, o medo, à tristeza, a perda dos sentidos ainda em vida. Poderíamos dizer que: a morte é tudo aquilo que perturba e que invalida a vida. A morte se faz parte da própria vida, uma vez que nasce, uma vez que morre. ^{1,2}

No entanto, o que mais chama atenção para os profissionais que lidam diretamente com os cuidados subjacentes acerca da morte e o do morrer, são suas implicações bioéticas que se esbarram adjacientemente na postura dos cuidados paliativos frente ao código de ética profissional, a conduta, o comportamento e a atitude em exercer com dignidade a sua profissão.

E é nesse sentido, que a morte passa a ter um grande significado para sociedade de forma geral. Pois ela não escolhe cor, raça, etnia, cultura entre outros fatores/ou causas. A morte pode deixar grandes consequências para sociedade como para os amigos e principalmente para a família.

E para os profissionais da saúde o que representa a morte e o morrer? Talvez essa resposta seja cuidar, tratar do usuário/paciente diante dos cuidados paliativos com grande responsabilidade, oferecendo um tratamento humano e digno. Nesse ponto, uma das questões mais recorrentes que envolvem o cuidado a esse público são as reflexões no que diz respeito à interface e os dilemas encontrados na medicina intensiva, entre os quais se destaca as ações frente ao processo da eutanásia, ortotanásia versus distanásia.

E ainda o que pode provocar os anseios bioéticos em função de prologar a vida ou de facilitar o processo da morte^{3,4,5,6,7}.

Nesse sentido, compreende-se que esses estudos enfatizam e destacam a importância da compreensão desse contexto em descrever a existência de conflitos e dilemas éticos acerca do processo da morte e do morrer. Sendo assim, a eutanásia corresponde ao método de antecipação da morte. A distanásia foca no prolongamento da morte e a ortotanásia implicam no sentido da vida em função de uma morte digna e correta^{4,5,6,7}.

Desse modo, as discussões e reflexões bioéticas acerca da morte e do morrer, constituem grandes dilemas éticos na atualidade. Com isso os profissionais da área da saúde devem atuar "para" e "com" a vida. De forma, que essa atuação enfoque uma ação ou trabalho interdisciplinar. Ou, talvez até transdisciplinar.^{8,9,10,11}.

De certo, isso implica na busca de fazer benéfico ao ser humano. Para que isso ocorra, é necessário conhecer a realidade, os fatos, as situações de todos os envolvidos nesse processo. Só assim, as decisões mais coerentes serão decididas junto ao paciente e a família.^{8,9,10,11}.

Em síntese, o nosso empenho para facilitar o esclarecimento aos termos bioéticos, em consonância aos termos eutanásia, distanásia e ortotanásia. Introduzimos na discussão as questões éticas no sentido de proporcionar a construção e reconstrução dos fazeres e saberes dos profissionais da saúde em nível de alta complexidade.

Atuando assim, esperamos empoderar uma postura reflexiva frente aos cuidados do outro em face ao processo de finitude. Mesmo sabendo que com avanço da ciência e da medicina, os métodos invasivos, e usos de máquinas acabam adentrando de forma errônea no espaço único de cada pessoa. Mas, ainda há algo que pode ser feito, isso em consideração a conduta humana.

Analogamente, espera-se cuidado de quem cuidam, como cuidam, de quem tratam e, de quem precisa ser tratado para cuidar e tratar da pessoa no processo da morte e o do morrer e como lidar com a morte.⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹. Tanto é que, a escolha é livre, a opção e a determinação em encurtar ou prologar a morte tornar-se uma ação ativa ou passiva aos olhos da ciência e do senso comum. Mas, a boa morte ainda é um ponto de reflexão e atribuições individual que transcendem todo o processo do morrer⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷.

A reflexão bioética acerca da morte e do morrer na contemporaneidade, apresenta-se como novo paradigma de atuação acentuado pelos dilemas éticos, que muitas vezes não são compreendidos pelos profissionais da área da saúde. Como a vida representa um ciclo de plenitude e finitude, a morte se torna uma condição natural da natureza humana.^{4,5,6,7}

3.2 A importância da escuta psicológica frente ao processo de elaboração do luto da díade: família-paciente.

O trabalho do psicólogo da saúde inserido no âmbito hospitalar refere-se ao atendimento a tríade paciente-família-equipe. Nesse sentido, a avaliação dos aspectos psicológicos em torno das manifestações psíquicas e comportamentais estão voltadas para terapias de apoio, orientação, psicoeducação, acompanhamento psicológico, suporte ao paciente, e escuta psicológica de cunho breve e focal no aqui-e-agora. Esta última torna-se especialidade em casos da compreensão da terminalidade de paciente na UTI. ⁸⁻⁹⁻¹⁰.

Desse modo, a escuta psicológica é uma ferramenta que o psicólogo empodera-se na relação com os familiares e pacientes como recurso técnico no procedimento constituinte da aliança terapêutica perante ambos. Dessa forma, o psicólogo hospitalar faz o uso da escuta psicológica, como meio ressignificativo na construção da subjetividade dos familiares e pacientes que encaram o processo da morte e do morrer no contexto hospitalar.

A atitude desse profissional diante das necessidades desse público é acolher empaticamente, aceitar incondicionalmente e compreender as suas angústias seus tremores, medos e suas ansiedades, no intuito de aliviar e minimizar o sofrimento psíquico das perdas. ⁸.

Partindo dessa premissa, pesquisa enfatiza ¹⁰, ao descrever a psicologia de ligação e o psicólogo de referência em psicologia hospitalar, enfatiza que alguns aspectos reativos frente às perdas condicionadas pela falta da saúde, descritos por autores como: Bowlby, Parker e Kubler-Ross, ancora-se, em estágios correspondentes ao processo de perda que intrinsecamente desperta diversas reações físicas e psíquicas diante do adoecer. Isto é, implica diretamente no enfrentamento da doença como um todo.

Assim, podemos destacar na tabela a seguir, os estágios descritos por Bowlby, Parker e Kubler-Ross que podem ponderar a sequência do processo de enlutamento pela perda da saúde, que conseqüentemente, interfaceiam no posicionamento da órbita situacional, ou reacional das pessoas envolvidas nesse processo, especificamente, diante da díade: família-paciente ¹⁰⁻⁸.

Quadro 1 – Estágios sequenciais propostos por Bowlby, Parker e Kubler-Ross. Implicações de Enfrentamento ao Enlutamento da Perda da Saúde, da Morte e do Morrer.

Bowlby	<ol style="list-style-type: none"> 1. Torpor ou protesto: Caracterizado por conflitos afetivo-emocionais enraizados por sofrimento, medo e raiva. 2. Anseio e busca pela figura perdida: Caracterizado pelo vazio existencial. Onde o mundo parece vazio e sem significado, mas a autoestima permanece intacta. Caracterizado por preocupação com a pessoa perdida, inquietação física, choro e raiva. Pode durar vários meses ou até mesmo anos. 3. Desorganização e desespero: Nesses aspectos, surge a inquietação e falta de objetivos. Aumenta os sintomas somáticos através da preocupação, retraimento, introversão e irritabilidade. Revivência repetida de recordações. 4. Reorganização: Parte da premissa de estabelecer novos padrões, objetivos e metas, o luto cede e é substituído por recordações queridas, ocorrendo uma identificação sadia com a pessoa falecida.
Parker	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alarme: Caracterizado por tensões nervosas de um estado de estresse, choque e alterações fisiológicas. 2. Torpor: A pessoa protege a si mesma com uma atitude de superficialidade em relação à perda. 3. Busca: A pessoa busca ou é levada a recordar o ente perdido. Similar ao segundo estágio de Bowlby. 4. Depressão: A pessoa sente-se desamparada quanto ao futuro, não consegue seguir vivendo normalmente e se afasta da família e dos amigos. 5. Recuperação e reorganização: A pessoa percebe que sua vida continuará, com um novo ajuste e objetivos diferentes.
Kubler-Ross	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negação e isolamento: Este estágio é caracterizado por uma negação inicial, no qual a pessoa se mostra pasmada em primeiro momento e depois recusa-se a acreditar no diagnóstico ou nega que esteja errado. 2. Raiva: Substitui-se a negação por sentimentos de raiva, revolta e ressentimento, pela perda do eu sadio. 3. Barganha: O paciente tenta negociar com médicos, parentes, amigos, no sentido de, em troca da cura, cumprir promessas. 4. Depressão: Aqui, o paciente é tomado por um sentimento de grande perda e experiência sintomas clínicos de depressão, não conseguindo negar mais a doença. 5. Aceitação: O paciente descobre que a morte é inevitável e aceita a universalidade da experiência. Geralmente, encontra-se bastante fraco e cansado.

Fonte: Chiattonne¹⁰.

Nesses estágios, percebe-se que, o estado afetivo-emocional das pessoas envolvidas no processo de elaboração do luto, pode perpassar o campo da adaptação normal ou patológica dependendo do caso. Isto significa dizer que a pessoa pode desenvolver um luto patológico caso não faça um processo de elaboração significativo da aceitação como um todo do luto.

Assim, dessa forma, tendo em vista que tanto as perdas do paciente ao longo do tratamento/cuidados paliativos, como também a perda de um ente querido podem desencadear manifestações psíquicas e comportamentais relacionadas ao

desenvolvimento de sintomas somáticos, entre outros transtornos relacionados ao estado afetivo-emocionais.¹⁰ Cabendo ao psicólogo manejar essas situações no âmbito hospitalar.

Nesse sentido, nota-se que os cuidados paliativos são dimensões técnicas mediada por vários profissionais da área da saúde, que visam o zelo integral do paciente que enfrenta a fase ambivalente ponderada por base conflitante do ser "vivo-ativo" e não do "viver-morrer". Pois, nesse arranjo o paciente pode projetar ou introjetar meio de sintomas ou situações de crise no estágio final da vida.^{8,10}

Dessa forma, compreende-se que os especialistas em cuidar dessas pessoas, exercem suas funções em harmonia ao nível da comunicação entre a equipe e a díade: paciente-família, ao se tratar da situação e das condições em que se situam.^{11,12} Partindo dessa premissa, estudo realizado por¹⁰, destaca a importância do modelo de ligação como o elo que integra a dinâmica entre os saberes e fazeres dos profissionais da área da saúde.

De modo, que a escuta psicológica possibilita ao psicólogo atuar em função a compreender os aspectos psicológicos ancorados em manifestações psíquicas como: anseios, desejos, tremores, vontade, raiva, medo, revolta, depressão, aceitação, sentido da vida e enfrentamento. Isto, em conformidade a percepção de cada um dos familiares e pacientes⁸.

E é dessa forma, que o psicólogo investiga a historicidade da díade: família-paciente. Isso possibilita que cada membro da equipe, seja informado sobre alguns aspectos pertinentes acerca dos aspectos psicológicos que possam desencadear a perturbação psíquica ao estado afetivo-emocionais, ou posicionamento elaborativo do luto.^{8,10}

Dessa forma, o psicólogo é privilegiado por ser cientista do comportamento ao estudar suas implicações psíquicas, comportamentais, afetivas e cognitivas. O que atribui a sua especialidade, atuar como fio que conduz todas as informações diante do trabalho em equipe na UTI.

Nesse sentido, pesquisa¹² abordou algumas atribuições das práxis do psicólogo nesse contexto.

Quadro 2. Práxis do psicólogo para intervenção nos cuidados paliativos.

Exercer as atividades em equipe multidisciplinar.
Servir de elo entre paciente/família e a equipe de saúde.
Proporcionar apoio psicológico para a busca do bem estar do paciente.
Propor ações que visem sensibilizar a equipe de saúde que está em contato direto com paciente fora do alcance terapêutico.
Fazer escuta psicológica.
Usar técnicas de esclarecimento.
Trabalhar os processos de morrer em seus aspectos conceituais e vivenciais.
Acompanhar o médico no ato da comunicação de óbitos e assistir aos familiares.
Fazer um trabalho pessoal para obter uma prática humanizada.
Buscar uma formação contínua sobre os cuidados paliativos como: especializações e capacitações, para acompanhar a evolução da ciência.
Trabalhar com ética as questões espirituais, quando trazidas pelo paciente.
Amenizar o sofrimento do paciente até sua morte.
Melhorar a qualidade de vida do paciente tanto hospital como em casa, quando possível.
Disponibilizar total assistência à família do paciente.
Trabalhar a dor emocional dos pacientes e familiares.
Estimular a busca da autonomia para a obtenção da dignidade do paciente.
Entender o histórico do paciente.
Atender ao desejo do paciente, quando possível.

Fonte: Alves, Melo, Andrade e Sousa¹².

4. Considerações finais

Refletir sobre o processo da morte e o morrer diante de familiares que acompanham pacientes da UTI, demonstrou que a escuta psicológica é uma ferramenta essencial no resgate à subjetividade frente ao processo de elaboração da aceitação da morte e do morrer, de forma que valorize a humanização e os princípios da bioética que os conduzem a esse manejo de finitude.

Para tanto, torna-se necessário conhecer a história de vida da pessoa que enfrenta esse fenômeno, quais as tendências que condiz às características da sua personalidade, em quais momentos essas tendências começaram a se apresentar na vida dos familiares como também dos pacientes da UTI, como elas tem urdido o cipreste e os cuidados paliativos dessa natureza.

Sendo assim, esse estudo torna-se relevante para que os profissionais da área da saúde que atuam em condições de média e alta complexidade que enfrentam a dinâmica da imprevisibilidade continuamente diante do processo de finitude e, suas circunstâncias da morte e do morrer no contexto hospitalar, possam compreender a dinâmica do manuseio de forma integrado com todas as práxis e saberes e em torno dos aspectos psicológicos diante da díade: família-paciente no âmbito da UTI.

É nesse contexto que o viés da psicologia hospitalar baseado em recursos técnicos e metodológicos impulsionados sistematicamente pela própria psicologia enquanto ciência e profissão, que a compreensão dos aspectos psicológicos, em torno do

adoecimento em face às fases do posicionamento da órbita do diagnóstico reacional ou situacional da pessoa frente ao processo da morte e do morrer no contexto hospitalar, que o psicólogo é inerente tecnicamente a esse manejo.

Assim, desse modo, esse manejo favorece para compreender a pessoa e sua historicidade de vida através da escuta psicológica. De forma, a corroborar com o trabalho em equipe humanizado. Facilitando e mediando ações diante de um posicionamento crítico das condições da pessoa e seu cuidado como um todo de forma digna e humana.

Referências

1. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. In: Kovács MJ. Representações de morte. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. p. 1-13.
2. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. In: Kovács MJ. Atitudes diante da morte visão histórica, social e cultural. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. p. 28-13.
3. Kovács M J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte eo morrer. Paidéia Ribeirão Preto. 2008;18(41): 457-468.
4. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14 (4): 1241-1250.
5. Novaes MRCG, Trindade EM. A morte e o morrer: considerações bioéticas sobre a eutanásia e a finitude da vida no contexto da relação médico-paciente. Comun. ciênc. Saúde. 2007; 18 (1): 69-77.
6. Horta MP. Eutanásia-Problemas éticos da morte e do morrer. Revista Bioética. 2009; 7 (1).
7. Pereira L. Eutanásia: morte e dignidade. Texto disponível em https://jus.com.br/artigos/47345/eutanasia-morte-e-dignidade_
8. Schmaltz W. Morrer com dignidade: a eficácia da ortotanásia no direito brasileiro. Texto disponível em <https://jus.com.br/artigos/47074/morrer-com-dignidade>.
9. Simonetti A. Manual de psicologia hospitalar. Ed. Casa do psicólogo; 2004.
10. Angerami- Camon V.A. Psicossomática e suas interfaces: o processo silencioso do adoecimento. In: Chiattonne H.B.C. A psicologia de ligação e o psicólogo de referência em psicologia hospitalar. São Paulo: Cengage Learning; 2012. p. 363-387.
11. Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional de Reinaldo A.O. In: Maciel M.G.S. Definições e princípios. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008.p.15-32.
12. Alves R.F, Myriam M, Samkya A, Valéria S. Saberes e práticas sobre cuidados paliativos segundo psicólogos atuantes em hospitais públicos. Psicologia, saúde & doenças. 2014; 15(1): 77-95.