



# A MORTE E OS TABUS QUE A ENVOLVEM: O TRABALHO PSICOLÓGICO VOLTADO À VALORIZAÇÃO DA VIDA

*Death and the taboos that surround it: the psychological work aimed at valuing life*

Gleicielly Zopelaro Braga<sup>1</sup>; Paulo César Teixeira Toledo<sup>1</sup>; Ronaldo Chicre Araújo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmico (a) do curso de graduação em Psicologia.

<sup>2</sup> Psicólogo; Doutor em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF; Professor da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FAPAC.

## RESUMO

Este artigo pretende investigar o que envolve a morte e seus tabus, evidenciando o trabalho da psicologia direcionado à valorização da vida e humanização do sofrimento. A morte é uma realidade que envolve o ser humano, extraíndo de seus pensamentos os mais variados conceitos, que fazem jus às expressões culturais que o estruturam. No decorrer da história das civilizações, várias foram as formas utilizadas pela sociedade para amenizar o impacto que a finitude provoca. O homem consegue sublimar esse medo que o acompanha através de mecanismos de defesa que supostamente servem como paliativo, quando esse assunto o aterroriza de forma abrupta.

**Palavras chave:** Morte. Psicologia. Família.

## ABSTRACT

This article intends to investigate which involves the death and its taboos. Showing the work of psychology directed to the enhancement of life and humanization of suffering. Death is a reality that involves the human being, drawing their thoughts the various concepts, which are entitled to cultural expressions that structure. Throughout the history of civilization, there have been various forms used by the society to mitigate the impact that the finite causes. Man can sublimate this fear that accompanies it through defense mechanisms that supposedly serve as a palliative, when this matter terrifies him abruptly.

**Key words:** Death. Psychology. Family.

.....  
**Endereço para correspondência:** Gleicielly Zopelaro Braga  
Rua Salvador Felippo, Bairro Vitória N°200 Ubá-MG, Cep 36500-000  
**Email:** gleici\_braga@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A definição mais aceita sobre a morte, em termos médicos, está relacionada àquela que a determina como o término das funções vitais. Mas quando se analisa essa definição, alguns tópicos são passíveis de análise e discussão. Uma abordagem inicial descreve a finitude como um momento, um instante, ou seja, uma passagem do estar vivo para um estágio onde a vida perdeu sua função definitivamente. Entretanto quando as células são estudadas, observa-se que a morte celular ocorre ou de forma natural (quando essa é a sua função principal), não implicando necessariamente no fim do indivíduo, ou então, devido ao adoecimento das células e dos órgãos vitais, há o comprometimento e posterior falência fisiológica. E nesse caso há a configuração de um novo pensamento: a morte pode se desenvolver em etapas, e não constituir-se-á em apenas um evento único que extingue a vida (Pazin-Filho, 2005).

De acordo com o contexto histórico das civilizações, o ser humano sempre tentou contornar de alguma forma a temática da sua própria finitude, utilizando-se de novas expressões para amenizar o seu impacto negativo (Kübler-Ross, 2008).

Segundo Kovács (2014), para resgatar o processo de morrer, o indivíduo deve voltar a ser o centro da ação, tornando a morte humanizada. Tal possibilidade de reumanização está presente nos cuidados paliativos, no qual a morte é vista como parte do ciclo da vida, contradizendo a ideia de morte como inimigo a ser combatido. Para Borges, Silva, Toniollo, Mazer, Valle e Santos (2006), os tratamentos devem visar à qualidade de vida e bem-estar da pessoa, mesmo quando a cura não é possível. Essa abordagem é feita por meio do alívio do sofrimento através do diagnóstico precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Sendo assim, é imprescindível a existência de uma equipe multidisciplinar afinada, tendo como finalidade o cuidado integral do sujeito, com acolhimento de suas demandas (Kovács, 2014).

As crenças do indivíduo e as do contexto familiar no qual ele está intimamente ligado, associadas ao significado que a doença adquire dentro da cultura religiosa podem interferir no enfrentamento da realidade de forma negativa ou positiva. Exemplo disso está condicionado ao fato de crer na eternidade da vida, narrativa consoladora oferecida pelas religiões. Por outro lado, questões a respeito da culpa ou a respeito dos motivos do adoecimento podem condicionar a família e o paciente a algo negativo. Baseadas nessas crenças, a construção das

associações exemplificadas acima podem determinar o grau de aceitação da doença para o paciente e direcionar o modo com o qual a família irá lidar efetivamente com a situação dolorosa (Bouso, Poles, Serafim & Miranda, 2011).

Para Hermes e Lamarca (2013), é essencial tanto na prevenção, quanto nas etapas do tratamento, a atuação do psicólogo. Através da escuta e acolhimento, o profissional procura estabelecer uma relação de confiança com o paciente, na tentativa de proporcionar qualidade de vida, buscando amenização do sofrimento, da ansiedade e da depressão. Além disso, na situação de terminalidade é indispensável o reconhecimento da unidade família-paciente, uma vez que conflitos não resolvidos são características desse momento (Borges *et al.*, 2006).

Sendo assim, o objetivo do nosso trabalho é proporcionar uma discussão e reflexão sobre a natureza da morte e os tabus que a envolvem, evidenciando o trabalho da psicologia direcionado à valorização da vida e humanização do sofrimento.

### **Conceito histórico de morte**

A morte, do ponto de vista biológico, é extremamente natural, pois faz parte do ciclo de vida do ser humano. Contudo, o conceito de morte sofre diversas alterações no decorrer da história e entre diferentes culturas, devido ao significado ou pelos valores que o ser humano atribui à diversos assuntos (Combinato & Queiroz, 2006).

Para Barbosa, Melchiori e Neme (2011), é um inútil dispêndio de energia manter a morte distante, como algo a ser tratado somente ao final da vida, já que ela pode ocorrer em qualquer etapa do processo de desenvolvimento do ser humano. Por isso é que o entrelaçamento entre a vida e a morte aponta para o questionamento de como as pessoas, nas diferentes etapas do ciclo vital, podem significar as questões que envolvem a morte e o morrer em suas existências.

Ao estudar culturas e povos antigos, descobriu-se que o homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá. Se essa vida possui um fim, será atribuído à alguma intervenção maligna externa (Borges *et al.*, 2006).

Verifica-se de acordo com o contexto histórico das civilizações, que o ser humano sempre tentou contornar de alguma forma a temática da sua própria finitude, utilizando-se de novas (re)significações para amenizar o seu impacto negativo. É que o ato de morrer tornou-

se um fato solitário e que despersonaliza o indivíduo, que não raras vezes é removido do seu ambiente familiar e levado para o acolhimento de uma instituição hospitalar, onde a artificialidade do tratamento faz que os profissionais da saúde se esqueçam de que além da enfermidade a ser tratada, há alguém cuja identidade necessita também ser preservada. Tal afirmação, todavia, não quer sublinhar o radicalismo de não querer oferecer o tratamento adequado ao paciente, tratando-o longe das instituições hospitalares, mas a busca de repensar as formas de cuidados que se tornam mecanicistas (Kübler-Ross, 2008).

Ao longo do tempo, a assimilação das vivências da morte e do morrer tem sofrido diversas transformações, acompanhando as modificações da sociedade no que diz respeito à postura, evoluindo desde uma experiência tranquila, na Idade Média, para uma possibilidade impregnada de angústia, temor e aflição, que deve ser contida a todo o custo na época atual (Borges *et al.*, 2006).

Portanto, segundo Santos e Hormanez (2013), a morte é também um processo construído socialmente, que ganhou diversas representações ao longo da história, e não apenas um evento biológico e inevitável. Até meados da Era Medieval, a morte era um episódio natural, em que o doente se despedia dos familiares e amigos, cercado de ritos públicos, uma vez que o corpo morto era considerado um detentor de humanidade e personalidade. Segundo Kovács (2014), na Idade Média o sujeito realizava o planejamento do morrer, compartilhava testamentos, elaborava distribuição de posses, com a proximidade da família. Logo, a morte isolada e repentina era temida. Nas aldeias e cidades medievais, o centro da cidade era ocupado pelos cemitérios, dominados pela presença da igreja católica. Os mortos socialmente importantes eram sepultados no interior da igreja, entretanto, os cadáveres considerados menos importantes, eram enterrados em um terreno ao lado. Em uma vala mantida permanentemente aberta, eram enterrados os corpos de pessoas consideradas sem dignidade social (Combinato & Queiroz, 2006).

A partir do século XVIII, com o desenvolvimento do capitalismo, sucedeu uma forte preocupação em excluir, em isolar os mortos dos vivos cada vez mais longe da população, do convívio urbano e social. Com a revolução higienista, século XIX, o desenvolvimento das sociedades industriais e o desenvolvimento técnico e científico da medicina, o convívio com pessoas desfalecidas foi ainda mais reprimido, e o contato entre mortos e vivos passou a ser visto como uma fonte de doença e contaminação (Combinato & Queiroz, 2006).

De acordo com Santos e Hormanez (2013), as cerimônias fúnebres públicas não eram mais possíveis, visto que não se morre mais em casa rodeado por familiares e amigos, e sim, junto à equipe de saúde, no silêncio dos hospitais. Em sua maioria, o paciente não exerce qualquer controle sobre seu processo de morrer, se mantendo passivo diante das decisões médicas.

No século XX, a partir de algumas reflexões sobre a ambiguidade de sentimentos envolvidos com a morte, constatou-se que ela aterroriza por nos falar sobre a vida e também o que estamos fazendo ou deixando de fazer com a nossa existência (Barbosa *et al.*, 2011).

Na atualidade, por meio da expansão do capitalismo, a morte, antes presente na sala de visita, move-se para o hospital, em um ambiente isolado, com janelas fechadas, luz artificial, temperatura constante mantida pelo ar condicionado e equipamentos técnicos (Combinato & Queiroz, 2006).

O prolongamento da vida pode ter um custo dolorido se for considerado os limites de tratamentos, resultando em temor e sofrimento na unidade de terapia intensiva (UTI), na companhia de máquinas e sem a presença da família e amigos (Kovács, 2014).

Atualmente, o desejo e súplica por uma morte rápida e sem sofrimento tem sido a preferência de muitas pessoas. Optando pelo ambiente familiar, decidem evitar o prolongamento seguido de um isolamento em que muitos são submetidos (Kovács, 2014).

### **Desafios diante da morte**

Segundo Gabarra e Gonçalves (2011), as intervenções psicoterápicas em situações de terminalidade e morte, devem enfatizar a expressão dos sentimentos com o objetivo de diminuir a probabilidade de ocorrência de sintomas psicopatológicos futuros, como depressão e ansiedade, decorrentes da perda ou luto não elaborados, tanto da pessoa em processo de terminalidade, quanto seus familiares.

*“O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte suspeitamos de que essas pessoas possuem uma disposição patológica. Também vale a pena notar que, embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como*

*sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico”* (Freud, 1996, v. XIV, p. 249).

Sentimentos como a angústia, a insegurança, o temor, o arrependimento, a culpa e a revolta, entre outros, podem ser potencializados a partir da perda da saúde e com a perspectiva da morte. Esses temores podem ser intensificados através dos procedimentos médicos e cirúrgicos, ocasionado na invasão do corpo por exames e aparelhos (Souza, Moura & Corrêa, 2009).

Na fase terminal existem diversos impasses de ordem clínica, ética, social, psicológica, que colocam os pacientes diante de problemas descomuns. Com o objetivo de ter esta fase da vida preservada de forma digna, é fundamental que o paciente tenha suas necessidades especiais identificadas e atendidas (Borges *et al.*, 2006). Com a deterioração do quadro clínico, a contínua caminhada rumo a terminalidade, eclode no indivíduo um sentimento de impotência ante a possibilidade de perda da própria integridade física (Oliveira, Santos & Mastropietro, 2010).

Durante essa fase, é comum a ocorrência de perdas sociais, que decorrem da mudança de papéis, tais como o abandono da função profissional devido à aposentadoria; o papel de filho deixa de fazer sentido com a perda do último genitor; a viuvez sublinhando a perda do cônjuge; entre outras perdas (Barbosa *et al.*, 2011).

Para Kovács (2014), com o advento da doença, da idade avançada, o sujeito pode sentir ameaças à sua autonomia, perdendo a participação em decisões sobre sua vida e morte, o que favorece a superproteção por familiares e equipe de saúde. No entanto, é primordial facilitar o exercício da autonomia e decisões de pessoas enfermas no final de suas vidas.

O choque inicial diante do diagnóstico, o inconformismo e a constante troca de especialistas na expectativa de uma segunda opinião que traga uma mudança do diagnóstico, são reações típicas do primeiro contato com a doença. É esperado também, momentos de hostilidade por parte do doente para com a família, amigos, Deus e profissionais de saúde (Oliveira *et al.*, 2010).

Esse processo do adoecer compreende algumas dificuldades, situações de angústia para sujeitos e familiares: isolamento, sensação de abandono, falta de sentido, problemas somáticos, dependência para atividades cotidianas (Kovács, 2014).

De acordo com Kübler-Ross (2008), as pessoas no processo de terminalidade passam por cinco estágios:

- 1) **Negação e Isolamento:** Com a tomada de consciência da fase terminal de sua doença, muitos pacientes utilizam a negação como um para-choque após a comunicação de um diagnóstico inesperado. Alguns enfermos procuram segunda opinião com outros profissionais, na esperança de outro diagnóstico.  
Comumente, os pacientes não se servem da negação por um longo período, pois trata-se de uma defesa temporária que logo será substituída pela aceitação parcial.
- 2) **Raiva:** Quando não é mais possível manter a negação, a pessoa começa a experimentar a raiva, sentimentos de revolta. Este é um estágio muito árduo, uma vez que essa raiva se propaga em todas as direções, sendo dirigida aos familiares, à equipe de saúde, aos visitantes, à Deus.
- 3) **Barganha:** É uma tentativa de adiamento da morte. Neste período, constata-se o desejo do sujeito em realizar acordos por um pouco mais de tempo. Normalmente os pactos são feitos com Deus, através das promessas.
- 4) **Depressão:** Nessa fase, comumente o paciente conscientiza de sua debilidade física, não negando sua condição atual, pois ele não prevê possibilidades: a vida acabou. Geralmente neste estágio, persiste o sentimento de culpa, aflição, desolamento, desesperança.
- 5) **Aceitação:** O paciente que alcançar esta etapa, não mais sentirá raiva nem depressão. Na maioria dos casos estará fraco e cansado, terá necessidade de dormir com mais frequência. A aceitação não exclui a esperança, neste momento a pessoa já não tem medo ou angústia.

A grande questão para o paciente terminal não é a morte em si, mas o medo de morrer, que nasce da angústia, isolamento, medo, raiva, desesperança (Borges *et al.*, 2006).

### **Assistência ao paciente e a família**

O tema morte, morrer e luto vinculam-se ao viver, não se restringindo aos profissionais da área da saúde ou à própria pessoa acometida por enfermidade crônica, tratável ou incurável. As perdas são eventos significativos e que necessitam de problematização cuidadosa e contextualizada para que seja abordada (Souza *et al.*, 2009).

Os desassossegos vivenciados pela pessoa hospitalizada não são apenas sentidos por ela, mas estendem-se aos seus familiares. Especialmente para o acompanhante, que participa diretamente das limitações e dos desgastes causados pela doença e pela internação do seu ente querido, bem como as preocupações com prognósticos e risco de vida também costumam suscitar diferentes emoções (Souza, Moura & Corrêa, 2009).

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares no enfrentamento de problemas relacionados a doenças terminais, foi desenvolvido o cuidado paliativo. Essa abordagem é feita por meio do alívio do sofrimento através do diagnóstico precoce, avaliação e tratamento da dor, problemas físicos e psicossociais (Combinato & Queiroz, 2006).

Com a recente união entre psicologia e a oncologia nos serviços hospitalares, tem sido possível oferecer apoio emocional ao paciente, familiares e profissionais envolvidos no tratamento, provocando uma melhora da qualidade de vida e fortalecimento psicológico para enfrentar a terminalidade quando se esgotam os recursos disponíveis para prolongar a sobrevivência do paciente (Oliveira *et al.*, 2010).

Hermes e Lamarca (2013), afirmam que o trabalho do psicólogo requer certas habilidades, tais como a escuta e o acolhimento, agregadas a boa comunicação interpessoal, seja em linguagem verbal ou não, buscando assumir com o paciente uma relação de confiança.

De acordo com Schmidt, Gabarra e Gonçalves (2011), a atuação do psicólogo tem como funções: atendimento e apoio aos usuários e seus familiares, incentivar a expressão dos sentimentos da pessoa enferma, proporcionando melhora na qualidade de vida, esclarecer e informar ao mesmo sobre sua doença e prognóstico, facilitar a interação da equipe de saúde com o paciente e a família. Através de tais intervenções, diminui-se a probabilidade de ocorrência de sintomas psicopatológicos futuros (depressão e ansiedade, decorrentes da perda ou luto não elaborados), tanto da pessoa em processo de terminalidade quanto de seus familiares. O psicólogo pode ainda estender sua intervenção à equipe profissional da instituição, ao invés de restringi-la apenas ao doente e aos seus familiares. Em uma unidade cirúrgica, por exemplo, a equipe de saúde busca salvar vidas de forma heroica, assim, o paciente inoperável e a cirurgia não curativa representam, para eles, um fracasso. A perda do ente querido é dolorosa para quem a experimenta e para quem observa, pelo sentimento de impotência gerado.

O processo de despedida entre familiares e pacientes pode beneficiar todos os envolvidos, ou seja, fortalecendo os vínculos familiares, contribuindo para prevenção de possíveis sintomas psicológicos, sendo possível a partir desta prática, o compartilhamento de sentimentos entre os membros da família, facilitando a reaproximação, onde simultaneamente se preparam para a separação, como parte integral do processo de vida (Schmidt *et al.*, 2011).

A morte poderá tornar-se menos angustiante e mais digna para o indivíduo através do tratamento humanizado, trazendo também conforto ao profissional que habitualmente se vê impotente diante da morte (Combinato & Queiroz, 2006).

*“Quando um paciente está gravemente enfermo, em geral é tratado como alguém sem direito a opinar. Quase sempre é outra pessoa quem decide sobre se, quando e onde um paciente deverá ser hospitalizado. Custaria tão pouco lembrar-se de que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, o direito de ser ouvido”* (Kübler-Ross, 2008, p. 12).

Portanto, o tratamento tem um limite razoável, sendo importante definir prioridades, evitando cirurgias e tratamentos invasivos que não envolvam benefícios. Logo, os objetivos são alívio da dor, qualidade de vida, manutenção da consciência e dignidade no final da vida (Kovács, 2014).

Inserida dentro do contexto de acolhimento e amparo ao paciente terminal, as crenças religiosas e espirituais podem proporcionar possibilidades de (re)significação e respostas aos questionamentos existenciais que se colocam diante da doença e da possibilidade da morte. Porém esse amparo nem sempre é desenvolvido, devido ao fato de que os profissionais sentem-se despreparados para lidar com tais doutrinas dos pacientes e familiares, fato que é compreendido, uma vez que poucos são os estudos a abordarem, na literatura científica, este tema (Bouso *et al.*, 2011).

A religião é um conjunto de valores e crenças compartilhados, que se tornaram institucionalizados, implicando no envolvimento em uma comunidade que oferece a seus adeptos, suporte emocional e social, motivação, recursos de cuidado à saúde, entre tantos outros benefícios. Ela auxilia na adaptação e no ajustamento tanto do paciente quanto da família, pois saber da crença de que a vida não termina no momento da finitude, serve de consolo, permitindo uma melhor aceitação. A oração é uma prática que surge como um meio de fortalecimento para se encarar a realidade dolorosa. Para tanto, o acesso à dimensão religiosa e espiritual do paciente permite ao profissional da saúde atender melhor suas necessidades. Consequentemente é importante tais especialistas ficarem atentos às crenças

que tornam o paciente e seus familiares mais ou menos receptivos aos procedimentos oferecidos pelo tratamento (Bousoo *et al.*, 2011).

No entanto, recomenda-se aos psicoterapeutas que ao abordarem os temas espiritualidade e religiosidade, faz-se necessário identificar se tais temas são características clínicas relevante às queixas e aos sintomas do paciente; pesquisar o papel da religião e da espiritualidade no sistema de crenças do mesmo; identificar se idealizações religiosas e representações de Deus são relevantes e abordar clinicamente essa idealização. Estas e outras técnicas são essenciais para que a abordagem desse tema possa auxiliar na construção de um saber aprimorado capaz de gerar o efeito desejado no tratamento de questões tão dolorosas quanto as que se relacionam com o tema em destaque (Peres, Simão & Nasello, 2007).

## CONCLUSÃO

Desde os primórdios das civilizações, a vida com todo o seu vigor é reverenciada, pois o ser humano sempre investiu e investirá em procedimentos que proporcionem o seu bem-estar, num desejo incessante de estar saudável, e, se isso não for possível, ao menos apresentar-se saudável. A luta infindável da ciência no intuito de produzir a todo custo “a cura” ou a amenização para os efeitos produzidos pela fragilidade do organismo, pode, no entanto, promover uma descaracterização do indivíduo, se a ele não for conferida a atenção psicológica devida. Cuidar do corpo (enquanto organismo enfermo) sem direcionar a este um olhar impregnado de afeto e de humanização, é fragmentá-lo.

O contexto psicológico envolvido com o tema da morte encontra um campo vasto de indagações permeado pela escassez de resultados efetivos, pois as resistências dos pacientes, familiares e dos próprios profissionais da área da saúde formam uma rede de difícil comunicação.

Promover a escuta do indivíduo, de forma a demonstrar interesse pelo seu contexto singular, bem como estar junto ao paciente que silenciou por reconhecer sua condição extrema de dor e de impotência frente à doença, não deixa de ser benéfico. Ao associar-se aos demais profissionais da saúde, o psicólogo favorece uma visão diferente dos mesmos com relação à terminalidade da vida, estar junto dos familiares e dos pacientes no sentido do acolhimento e no desenvolvimento de terapias capazes de (re)significar o momento vivenciado, pode ser uma alternativa que propicie resultados eficazes.

Mas todas essas metodologias certamente irão encontrar barreiras associadas ao contexto cultural, às experiências religiosas, às crenças individuais. Daí a importância de um estudo que busque compreender o humano sem superficialidade, como já observamos no decorrer desse trabalho.

Entretanto se todas as expectativas propostas não forem suficientes para ao menos amenizar a dor e o sofrimento psíquicos (posto que a dor fisiológica somente pode ser medicalizada), deve-se considerar que o fato do profissional estar envolvido com o paciente pode ter um valor extremamente positivo. Este paciente e a sua família sentirão em meio a todas as frustrações e angústias vivenciadas, o amparo de quem não observa apenas o desespero doloroso provocado pela eminência da escassez da vida, mas o discurso lúcido de quem se solidariza com os envolvidos nesse processo.

## REFERÊNCIAS

- Barbosa, C. G., Melchiori, L. E. & Neme, C. M. B. (2011). O significado da morte para adolescentes, adultos e idosos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(49), 175-185.
- Borges, A. D. V. S., Silva, E. F., Mazer, S. M., Toniollo, P. B., Valle, E. R. M., & Santos, M. A. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 361-369.
- Bouso, R. S., Poles, K., Serafim, T. S., & Miranda, M. G. (2011). Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 397-403.
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216.
- Freud, S. (1996). A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro.
- Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2577-2588.
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22(1), 94-104.
- Kübler-Ross, E. (2008). Sobre a morte e o morrer, (9ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Oliveira, E. A. S., Manoel A., & Mastropietro, A. P. (2010). Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 235-244.
- Pazin-Filho A. (2005). Morte: considerações para a prática médica. *Medicina (Ribeirão Preto)* 38 (1): 20-25.
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P., & Nasello, A. G.. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34(Suppl. 1), 136-145.
- Santos, M. A., & Hormanez, M. (2013). Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2757-2768.
- Schmidt, B., Gabarra, L. M., & Gonçalves, J. R. (2011). Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(50), 423-430.
- Souza, A. M., Moura, D. S. & Corrêa, V. A. C. (2009). Implicações do Pronto- Atendimento Psicológico de Emergência aos que Vivenciam Perdas Significativas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (3), 534-543.