

# ARTICULAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE A PSICOLOGIA, SUICÍDIO ASSISTIDO E A EUTANÁSIA EM PACIENTES EM FIM DE VIDA NO BRASIL

LIMA, Anna Julia Alves<sup>1</sup>  
LIMA, Anna Julya de Oliveira  
AQUINO, Isabela Antunes de  
VILELA, Jhessika Ohana Ferreira  
LARA, Mayara Nadine Arbuez de  
SILVA, Najla Van  
PÁRRAGA, Maria Beatriz Bastos<sup>2</sup>

## RESUMO

Neste ensaio teórico investiu-se em realizar articulações sobre a relação entre a Psicologia, suicídio assistido e eutanásia em pacientes em fim de vida no Brasil, tratando-se de ações muito controversas e legalizadas em poucos países. Tem-se como objetivo discutir a relação que a Psicologia tem estabelecido com as temáticas do suicídio assistido e da eutanásia no cenário nacional, promovendo ainda reflexões sobre a posição da Psicologia na equipe de saúde no tocante ao direito de morte digna do paciente. Para tanto, foi realizado um ensaio teórico a fim de explorar a temática por meio da análise de artigos científicos, livros, legislações, dados estatísticos. A fundamentação deste ensaio foi dividida em cinco partes para melhor compreensão do tema, sendo eles: a conceituação de suicídio assistido e o uso de eutanásia, as premissas no tratamento de pacientes em fim de vida visando o cuidado do indivíduo, o papel da psicologia no cuidado em pacientes em fim de vida, o debate sobre o que de fato importa no tratamento, vidas ou corpos, e por fim, uma reflexão sobre a relação da psicologia com a temática. Este estudo foi necessário para entender a importância do desenvolvimento de pesquisas acerca de temas que circulam na prática profissional e que se mostram desafiadores ao trabalho do psicólogo e à consideração da autonomia do paciente. Para abordar a complexidade do tema, foram discutidos aspectos da bioética, cuidados paliativos, o papel da equipe multidisciplinar, a interferência do modelo biomédico, como se dá a atuação do psicólogo da saúde e hospitalar, além de, apresentar os cuidados com os familiares no processo de adoecimento do paciente, o antagonismo entre liberdade e autonomia, e questões sobre o domínio social do corpo.

## Palavras-chave:

Eutanásia; Suicídio Assistido; Bioética; Autonomia; Psicologia.

## ABSTRACT

In this theoretical essay, we invested in making connections between Psychology, assisted suicide and euthanasia in patients at the end of life in Brazil, since these actions are very controversial and legalized in few countries. The aim is to discuss the relationship that Psychology has established with the themes of assisted suicide and euthanasia on the national scene, also promoting reflections on the position of Psychology in the health team regarding

---

<sup>1</sup>Acadêmicas do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

<sup>2</sup>Professora orientadora do trabalho, docente do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea – UNIVAG.

the patient's right to a dignified death. For that, a theoretical essay was carried out in order to explore the theme through the analysis of scientific articles, books, legislation, statistical data. The basis of this essay was divided into five parts for a better understanding of the theme, namely: the concept of assisted suicide and the use of euthanasia, the premises in the treatment of patients at the end of life aiming at the care of the individual, the role of psychology in the care for patients at the end of life, the debate about what really matters in treatment, lives or bodies, and finally, a reflection on the relationship between psychology and the theme. This study was necessary to understand the importance of developing research on topics that circulate in professional practice and that prove to be challenging for the psychologist's work and the consideration of the patient's autonomy. In order to approach the complexity of the theme, aspects of bioethics, palliative care, the role of the multidisciplinary team, the interference of the biomedical model, how the health and hospital psychologist works, in addition to presenting care for family members in the hospital, were discussed. patient's illness process, the antagonism between freedom and autonomy, and questions about the social domain of the body.

**Keywords:**

Euthanasia; Assisted Suicide; Bioethics; Autonomy; Psychology.

## 1 INTRODUÇÃO

A temática de vida e morte é pauta de grandes discussões no campo da ética profissional. Em meio a essas discussões, vamos de encontro com a questão do suicídio assistido e uso da eutanásia que configuram temas polêmicos, geram estranhamento aos profissionais de saúde no Brasil e população em geral, e que consistem no cerne desse trabalho.

De acordo com Ariés (2012) no ocidente, a concepção em torno da morte é condizente com o que denomina “Morte interdita”. Tal concepção existe desde o século XIX e, por meio dela, a morte é encarada como vergonhosa, é temida tanto para o próximo, quanto para si mesmo, o que resulta em uma atitude de ocultamento dos acontecimentos do cotidiano relacionados a morte, havendo um silêncio perante o fim da vida do enfermo, tornando este um assunto que não deve ser citado, um tabu. No entanto, nem sempre a morte foi vista dessa forma, essa relação se dá, de acordo com Kovács (1992), como uma consequência do processo de institucionalização da morte que a torna algo a ser combatido pelos profissionais de saúde e sinônimo de fracasso da terapêutica implicada em salvar vidas, já antigamente a morte era vista de uma maneira naturalizada, sem interrupções em seu processo, a exemplo

disso, era o fato de que as pessoas morriam em casa e os funerais eram realizados nesse mesmo ambiente somente para entes queridos.

Essa mesma autora (1992), também relata sobre o processo de desinstitucionalização da morte, que a integra como um processo natural da vida. A sociedade ocidental, com toda a sua tecnologia e a priorização da vida biológica, acaba por transformar os instrumentos de cura e cuidado em instrumentos de tortura ou prolongamento exagerado da agonia e sofrimento no processo de morte do paciente. Kovács (1992), chama a atenção sobre a relevância da preparação de profissionais de saúde para lidar com a morte no seu cotidiano, evidenciando que o tema da morte está diretamente relacionado ao fato de que estamos falando de vida, e ao falar de vida, a qualidade da mesma acaba sendo revista.

Temos indicativos de uma atitude para com a morte, no Brasil, em que esta é tomada como algo a ser evitado, negado, temido, uma tragédia, uma falha que requer um culpado seguindo as apreensões descritas por Ariés (2012) sobre a denominada “Morte Interdita”, desde o século XIX. Isso fica evidenciado em discursos que circulam por meio dos jornais, revistas, veículos midiáticos em geral, a exemplo disso, uma pesquisa inédita com a manchete “Brasileiro não gosta de falar sobre morte e não se prepara para o momento”<sup>3</sup>, encomendada pelo Sindicato dos Cemitérios e Crematórios Particulares do Brasil (Sincep) e realizada pela Studio Ideias, no ano de 2018, retrata que falar sobre a morte é um tabu para 73% dos brasileiros, estes números refletem aspectos culturais do nosso país e nos ajudam a compreender o que o brasileiro pensa ao lidar com o fim da vida, uma vez que consideram um tabu, a maioria dos brasileiros possuem dificuldade de tocar no assunto, pois associam a morte a sentimentos de dor, tristeza e saudade.

Além disso, a pesquisa também aponta que, existe a dificuldade de lidar com os próprios sentimentos o que colabora para que a discussão seja considerada um tabu: 17% dos participantes da pesquisa, declararam não gostar de deixar transparecer seus sentimentos e 7,2 % acreditam que falar sobre a morte é um sinal de fraqueza (SINCEP, 2018). Percebe-se então, que a morte sempre foi um tema difícil para a humanidade, mas condições da modernidade contribuem com o afastamento da ideia de morte.

Sabe-se que a população brasileira é considerada bastante religiosa<sup>4</sup>, e muitas das religiões, baseadas na cultura judaica cristã, apresentam narrativas sobre a vida e morte. A

---

<sup>3</sup> Na última pesquisa realizada em 2018 pelo SINCEP e Studio ideias, sobre a não discussão do brasileiro em relação a morte, divulgada pela bbc, o tema foi considerado por 48% depressivo, por 27,8% mórbido, e para 30% a morte é algo solitário.

<sup>4</sup> No último censo realizado pelo IBGE em 2010 sobre a religião da população brasileira, 86,6% da população se declarou cristã (entre católicos 64,6% e evangélicos 22,2%).

vida pode aparecer em algumas como um componente sagrado, uma dádiva que lhe foi dada com algum propósito, que não pertence ao sujeito em si. A morte pode aparecer como castigo, e a autoprovocada como um pecado, observa-se então que nas religiões cristãs as práticas de suicídio, suicídio assistido e eutanásia são condenadas, configurando-se pecado capital, visto que nessas crenças, quem detém o “poder” de tirar a vida humana é somente uma entidade superior (CARNEIRO, 2013).

Esses discursos sociais que reiteram a morte como algo a ser evitado, também circulam nas formações em cursos de saúde. Por meio de lemas e influências biomédicas que estipulam a supremacia do curar na terapêutica, estimula-se uma visão de que esta deve ser voltada à manutenção da vida a qualquer custo (PESSINI, 2001).

Segundo Kovács (1992), em seu texto “Morte e Desenvolvimento Humano”, os sentimentos de raiva, culpa e impotência dos profissionais de saúde se dão por conta da perda de pacientes, e é comum se sentirem culpados por não poderem fazer nada em relação a morte, e como consequência, sentem raiva de si mesmos, experimentando emoções relacionadas a traumas infantis, que remetem ao medo do abandono ou de morrer.

Nesse cenário, é possível verificar que debater a morte e as condições em que ela ocorre é algo complexo por envolver diferentes concepções, religiosas, morais, jurídicas, políticas e curriculares. Além disso, discussões referentes ao âmbito vida-morte e cuidado a saúde perpassa considerar o campo da bioética, campo este conceituado por valores, princípios morais e análise ética das condutas das equipes de saúde diante das decisões sobre o processo de adoecimento do sujeito, de forma que o profissional tenha responsabilidade social e respeite os direitos do cidadão (KOERICH, MACHADO E COSTA, 2005).

Em 2015, foi divulgado pela mídia o primeiro caso de eutanásia, realizado na Colômbia (DYER, WHITE E GARCIA, 2015). De lá para cá, diversos países implementaram legislações acerca da morte assistida, alguns chegando até mesmo a legalizar o processo a partir de critérios bem estruturados (CASTRO et al., 2016). Não é o caso do Brasil.

A eutanásia, é conceituada por Lepargneur (1999), como um procedimento que provoca ou acelera a morte de um paciente que está em fim de vida, já o suicídio assistido, difere-se no modo de aplicação da dose letal, sendo o próprio paciente que executa a ação, tais práticas não são legalizadas no país (CASTRO et al., 2016).

Ainda que exista pouca literatura brasileira acerca do tema, os profissionais de saúde se deparam com a temática no cotidiano hospitalar, principalmente quando cuidam de pacientes em fim de vida que chegam a verbalizar o desejo de morrer, de partir, de cessar a dor, além dos sujeitos hospitalizados sofrerem por não conseguirem ter uma planejamento de vida,

pois não veem mais sentindo em continuar existindo dessa maneira. Nos cuidados paliativos, estratégia de cuidado a pacientes que não possuem prognóstico curativo da doença, muitos conceitos são discutidos: tratamento individualizado, a liberdade do paciente, a autonomia sobre o próprio corpo e diretrizes para uma boa morte (SIMONETTI, 2004).

O interesse não está em erradicar a doença, mas em prezar pela qualidade de vida enquanto houver vida. Apesar disso, muitos são os conflitos que a equipe encontra quando, respeitar o desejo do paciente inclui considerar seus pensamentos e desejos em torno da morte. Afinal, a formação voltada a salvar vidas intensifica paradigmas do profissional que se vê entre o cuidar e o curar (PESSINI, 2001), podendo gerar angústia quando se depara também com diretrizes que dizem sobre a aceitação da morte como parte da vida humana e consideração da subjetividade do sujeito, além da doença.

O Psicólogo da Saúde em contexto Hospitalar é o membro mais recente na equipe de saúde (KERNKRAUT E SILVA, 2017), seu papel inclui mediar os conflitos entre equipe-família-paciente, favorecer o fortalecimento de vínculos e promover a escuta e sustentação de angústia de todos os envolvidos (SIMONETTI, 2004).

De acordo com Camon (2009), ao psicólogo hospitalar cabe trabalhar com a humanização do cuidado, com a abordagem da subjetividade do paciente, favorecendo a interrupção do processo de despersonalização em que ele se vê reduzido ao seu diagnóstico ou ao tecnicismo do tratamento. Para tanto, o psicólogo da saúde e hospitalar precisa ter formação específica, estar informado, produzir conhecimento científico acerca de temáticas pertinentes a área em que atua, inclusive sobre a temática da morte, de modo a contextualizar sua prática e evitar reproduzir um modelo clínico tradicional psicologizante (ANGERAMI-CAMON et al., 1994; CASTRO E BORNHOLDT, 2004; DIMENSTEIN, 2001).

Nesse sentido, o presente artigo busca contribuir com o arcabouço teórico da Psicologia da Saúde discutindo a relação que a Psicologia tem estabelecido com as temáticas do suicídio assistido e da eutanásia no cenário nacional, promovendo ainda reflexões sobre a posição da Psicologia na equipe de saúde no tocante ao direito de morte digna do paciente. Para tanto, utilizou-se a metodologia de ensaio teórico a fim de explorar a temática por meio da análise de periódicos, livros, revistas científicas, legislações e dados estatísticos, que abordem conteúdos relacionados a morte, eutanásia, suicídio assistido, Psicologia da Saúde e Hospitalar, cuidados paliativos, direitos e autonomia dos pacientes. Tratando-se de temática complexa, a discussão das ideias encontradas requisitou a amarração teórica tanto de referenciais da Psicologia da Saúde e Hospitalar, quanto também a consideração de aspectos que perpassam a Psicologia Jurídica, bioética e Código de Ética Profissional do Psicólogo.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Suicídio Assistido e o uso da Eutanásia

O termo “suicídio assistido”, de acordo com Brandalise, Remor, Carvalho e Bonamigo (2018), conceitua-se pelo indivíduo colocar fim a própria vida com o auxílio de um terceiro (agente de saúde), que apenas prescreverá um medicamento com dose letal, diferentemente, do conceito de “suicídio” da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), que compreende o ato intencional do sujeito acabar com a própria vida e com o sofrimento sem esse auxílio.

Para Durkheim (1973), o suicídio se caracteriza por todo caso de morte que seja realizado pela própria vítima mesmo que direta (enforcamento) ou indiretamente (parar de se alimentar) e que ela tenha consciência de que terá o resultado de morte, sendo que para esse autor, o suicídio também é um ato individual influenciado pela sociedade em que vive, ou seja, a sociedade não cuida do indivíduo que necessita de ajuda e o exclui, por consequência este adquire o sentimento de não pertencimento que intensifica a vontade de tirar a própria vida.

Outro autor que define o conceito de suicídio assistido é Pohier (1999), que relata ser um ato do sujeito colocar fim a própria vida, no qual necessita de ajuda para a realização da injeção a ser aplicada, e também, é importante que o terceiro seja um agente de saúde pois precisa de conhecimentos técnicos sobre o método que será aplicado. O autor compreende, também, que o suicídio assistido é planejado e refletido entre o agente de saúde e paciente, para que o indivíduo esteja ciente das consequências de tal ato.

Análogo a isso, Dworkin (2009), diz que no caso de suicídio assistido é necessário que o paciente esteja consciente para pedir a realização do procedimento, pois segundo Sá e Moureira (2015), o suicídio assistido é uma ação voluntária que deve ser do desejo do paciente que não possui prognóstico de manutenção da vida de forma digna e livre de sofrimento.

O suicídio assistido é uma maneira do próprio indivíduo pôr fim a sua vida com a assistência de um médico, que prestará todas as informações e estará a total disposição do paciente, sendo uma escolha em que o sujeito terá que decidir que tipo de tratamento deve aceitar e qual recusar (BARROSO E MARTEL, 2012; ENGELHARDT, 2013)

Pohier (1999), afirma que a morte não é um mal e que todos estamos sujeitos a ela, sendo uma condição inevitável da vida, além disso, o autor diferencia a prática do suicídio assistido da eutanásia, e segundo ele o que muda é apenas a forma de administração da dose letal.

O termo “eutanásia”, conceitua-se pela prática de um ato lesivo que dentro de certas condições leva o paciente a morte desejada por uma injeção letal, nesta o próprio terceiro (agente de saúde) realiza a aplicação da dose letal, em ambos os casos, suicídio assistido e eutanásia, é o sujeito que faz o pedido voluntariamente (BRANDALISE, REMOR, CARVALHO E BONAMIGO, 2018).

A eutanásia, segundo Gherardi (2003), é conceituada como uma morte provocada por um terceiro no qual o paciente não possui probabilidade de cura, sendo necessário cinco elementos para definir a eutanásia, como: Morte provocada por um terceiro; Enfermidade mortal; Paciente solicitar a eutanásia; A morte acontecer para benefício do paciente; Por fim, a morte ser provocada através de uma dose letal.

Como aponta Sá e Moureira (2015), a eutanásia tem dois elementos de intenção e resultado dessa ação, que são a eutanásia ativa direta, a qual possui intenção de morte do paciente obtendo o resultado de encurtar a vida do indivíduo, e a eutanásia ativa indireta, a qual não se tem a intenção de causar a morte do paciente, mas sim diminuir seu sofrimento podendo ter como consequência a morte.

Em países como a Bélgica e a Holanda, o próprio paciente faz o pedido para a realização da eutanásia, devendo estar consciente, ser adulto ou emancipado, apresentar condições patológicas irremediáveis e sofrimento psíquico e/ou físico (PESSINI, 2010). Na Holanda, foi publicado por Agnes van der Heide, em 2007, o artigo “End-of-life practices in the netherlands under the eutanásia act”, em que evidencia estatísticas sobre práticas de fim de vida, e segundo essa publicação em 2005, o país teve 1,7% de casos de eutanásia e 0,1% de suicídio assistido, então ao todo se somavam 2.410 casos de eutanásia e suicídio assistido, diferentemente, de 2001, no qual essas porcentagens eram menores, sendo 2,6% eutanásia e 0,2% suicídio assistido (HEIDE et. al, 2007). Por não ser uma prática legalizada Brasil, não foram encontradas estatísticas recentes sobre o tema em cenário nacional.

Para Sá e Moureira (2015), a eutanásia se diferencia da distanásia, porque a distanásia possui a intenção de prolongar o processo da morte, é nesse momento que o profissional de saúde insistirá em tratamentos com efeitos curativos que prolongam ou geram ainda mais sofrimento, enquanto o propósito da eutanásia é o oposto, como citado anteriormente. Outra ação diferente da eutanásia, é denominada “ortotanásia”, que se caracteriza pela opção do paciente em fim de vida, em não realizar mais os tratamentos invasivos que prolongariam os seus dias de vida (BARROSO E MARTEL, 2012).

Desta maneira, existe uma diferença entre ortotanásia e distanásia, na qual a primeira é uma forma de aceitar que não tem como prolongar mais a vida pois a mesma chegou ao fim,

já na segunda o indivíduo e a equipe não aceitam que a vida chegou ao fim, por isso tentam vários métodos e tratamentos para insistir em prolongar a vida (BARROSO E MARTEL, 2012). Suicídio assistido, Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia podem ser, portanto, consideradas formas existentes de manejo, da equipe e do paciente, em relação à perspectiva da morte em um quadro clínico de terminalidade ou em que o paciente se veja em fim de vida.

Segundo Brandalise, Remor, Carvalho e Bonamigo (2018), países como Luxemburgo e Canadá legalizam a prática do suicídio assistido e o uso da eutanásia em pacientes em fim de vida, que vivem o contexto de uma patologia sem chances de cura e de sofrimento intenso. Já na Colômbia e na Bélgica o uso da eutanásia, também, é legalizado para pacientes que estão em fim de vida, e em alguns estados dos Estados Unidos o suicídio assistido é realizado em pacientes com parecer médico em que conste prognóstico de até seis meses restantes de vida (BRANDALISE, REMOR, CARVALHO E BONAMIGO, 2018).

Esses autores realizaram uma pesquisa no Hospital Universitário Santa Terezinha (Hust), no município de Joaçaba, em Santa Catarina, tendo como critério de inclusão profissionais e acadêmicos da área da saúde, no qual 36,7% dos acadêmicos, 31,4% dos profissionais da saúde e 19% dos técnicos de saúde, concordam com a legalização do suicídio assistido em casos de doenças terminais. Já em caso de legalização da eutanásia em doenças terminais, 38,8% dos acadêmicos, 34,3% dos profissionais de saúde e 19,8% dos técnicos de saúde concordam com tal prática (BRANDALISE, REMOR, CARVALHO E BONAMIGO, 2018).

Um importante fator a ser analisado em relação a eutanásia e o suicídio assistido no Brasil, é o fato de que tais práticas são consideradas crimes. A eliminação da vida de um paciente em sofrimento com prognóstico de fim de vida, se enquadra como homicídio privilegiado, visto que o paciente solicita a ajuda de um profissional para terminar com sua vida, se encaixando no artigo 121 “matar alguém” (BARBOSA E LOSURDO, 2018).

Desse modo, é possível observar a diferença entre o Brasil e outros países no tocante a essas questões em âmbito criminal, pois de acordo com o Decreto - Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940, artigo 121, em casos de eutanásia, o terceiro (agente de saúde) responderá criminalmente por homicídio (BRASIL, 1940). Já em casos de suicídio assistido, o Decreto - Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940, artigo 122, diz que o terceiro (agente de saúde), também, responderá criminalmente, porém, por auxílio ou instigação ao suicídio (BRASIL, 1940).

Mas, afinal, o que será que de fato vai delimitar o que é crime no Brasil? Segundo Pimentel (1990), o crime se caracteriza como todo ato ou fato que a lei proíbe sob ameaça de uma pena, a qual a ordem jurídica relaciona a pena como legítima consequência. Ou seja, o crime seria a representação da negação dos valores impostos na sociedade, uma clara demonstração de discordância de um indivíduo com a ordem pacífica, estando relacionada a atitudes que contrariam valores e regras sociais (ARAÚJO, 2010).

O termo “criminalização” definido pelo senso comum, primeiramente, se apresenta a partir de um mecanismo na qual o comportamento é visto como desviante, após isso a sociedade, representada na figura do juiz, observando o caso, decreta aquele sujeito como parte da classe desviante, destinando uma punição pertinente para aquele indivíduo, de acordo com a lei instituída (BARATTA, 2002). Observa-se portanto, que a instituição das leis, do que se configura certo ou errado em uma sociedade, está diretamente relacionado com questões culturais e valores morais. Segundo Legendre (apud ALTOÉ, 1999) “o fenômeno jurídico é um sistema ficcional essencial para as organizações sociais. O princípio de razão e a função dogmática do direito orientam montagens institucionais” (p.15), sendo assim, a lei é ao mesmo tempo, reflexo de uma estrutura social e estruturante de modelos de subjetivação e relação, pois segundo Oliveira e Brito (2013) esclarecem, as práticas judiciárias definem tipos de subjetividade e perpassam as formas de relação dos homens entre si e destes com os fenômenos cotidianos, visto que as leis, normas, previsões e punições estão enraizadas e compõem a cultura. Assim sendo, percebe-se que a criminalização do suicídio assistido e da eutanásia, estão conectados diretamente com os valores que circulam na cultura em torno da morte.

Segundo Cruz (2005), em 1995 foi elaborado um projeto de lei sobre o uso eutanásia no Brasil, no entanto, o trâmite do projeto de lei nº125/96 foi encerrado em 1999, este visava estabelecer uma legalização para tal prática, para sujeitos em sofrimento psíquico. Têm-se no Brasil, como forma mais próxima de uma consideração da vontade do sujeito no tratamento, as Diretivas Antecipadas de Vontade ou Testamentos Vitais, que consistem num documento onde o indivíduo capaz<sup>5</sup>, expressa suas vontades e desejos de cuidados de saúde para que possam ser respeitados e atendidos em casos de estado vegetativo persistente ou em casos de doença crônica incurável que debilita a pessoa a nível de autonomia (MOREIRA et al., 2017).

---

<sup>5</sup> Capaz – Pessoas a partir de 16 anos, na prática de atos jurídicos, são consideradas relativamente capazes, porque praticam alguns atos sem assistência, como votar e trabalhar, já a partir de 18 anos, é considerado penalmente maior, porque respondem criminalmente sem o chamamento dos pais (BAÚ, 2009).

Nas palavras de Rodrigues (2013), as Diretivas Antecipadas têm a intenção de garantir cuidados e qualidade de vida e morte ao paciente que passa por enfermidade severa, a qual possui prognóstico indicativo de que lhe faltará consciência para tomar decisões em relação ao seu corpo, saúde e vida digna.

Nesse documento, o paciente que permitirá ou não a aplicação de medicamentos, decidirá sobre as intervenções possíveis ou estabelecimento de certos limites, sendo inserido e considerado como sujeito central em todo o processo de decisão, de forma que exerça inteiramente sua autonomia e tenha a sua dignidade humana respeitada até o final de sua existência, ou seja, se for do desejo do paciente o não prolongamento da vida, nas Diretivas Antecipadas o sujeito é “deixado” para morrer, pois não há especificações acerca de um documento que assegure seu desejo de morte, mas sim como uma não realização de procedimentos em casos de intercorrências, como reanimação, caso não seja realizada terá como consequência a morte, porém isso não significa que o paciente será abandonado, apenas seu desejo será respeitado de forma digna e sem sofrimento (NUNES, 2009).

## **2.2 Premissas no tratamento de pacientes em fim de Vida**

É comum que os pacientes em fim de vida se deparem com determinadas questões como o sofrimento psíquico evidenciado devido a possibilidade de não realizar planos futuros, de não ter tempo suficiente para abordar coisas que planejava viver, sendo que suas emoções estão mais sensibilizadas, por se sentir impotente para praticar atividades que realizava anteriormente ao diagnóstico, além dos efeitos colaterais dos medicamentos que causam frustrações, desconfortos, alterações de humor, falta de apetite, desânimo e funcionalidade (MELO, VALERO E MENEZES, 2013).

Devido a isso, faz-se importante considerar perspectivas próprias no tratamento ao indivíduo que passa por adoecimento sem prognóstico curativo. Uma vertente de cuidado que enfoca o tratamento dos pacientes em quadros terminais, ou também denominados pacientes em fim de vida, é chamada “cuidados paliativos”, que segundo Chiba (2008), consiste em uma forma de atendimento humanizado que se baseia na promoção de autonomia e na qualidade de vida do paciente e seus familiares.

Vasconcelos e Pereira (2018), explicitam que os cuidados paliativos possibilitam um processo de morte humanizada, em que a equipe deverá ser composta por todos os profissionais da saúde, incluindo o psicólogo, para que possam criar estratégias de manejo do sofrimento, com o objetivo de prestar assistência ao paciente e a família.

Bruscato, Benedetti e Lopes (2010), afirmam que a equipe multiprofissional deve analisar o paciente de forma individual e devem incluir planos terapêuticos sugerindo novos serviços de tratamento, aqui ocorre uma inserção de várias disciplinas trabalhando integralmente para uma qualidade de vida.

Nesse sentido, o trabalho multidisciplinar é de muita relevância dentro dos cuidados paliativos, assim como abordado no campo da literatura, este trabalho visa a melhor atenção e cuidado tanto com os problemas dos pacientes quanto dos familiares, que necessitam ser acompanhados nesses diferentes pontos de vista dos profissionais de saúde (AVANCI et al., 2009).

No livro, “Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença”, é apontada a medicina paliativa como alternativa de cuidado multidisciplinar a pacientes que não conseguem a cura de suas doenças e estão com seu fim próximo, cuidados estes que visam reduzir o sofrimento do sujeito e atuar com familiares a fim de manter a rede de apoio contínua neste processo de fim de vida (SIMONETTI, 2004).

Consoante a isso, Cardoso et al. (2013) apontam os objetivos do manual de cuidados paliativos, que têm como meta trazer um fim de vida digno, voltado para o controle sintomático, que preserve a qualidade de vida e não realize a inserção de métodos de prolongamento ou cessamento da vida. Sendo assim, a equipe de cuidados paliativos, correspondendo a abordagem e seus objetivos de abranger todas as dimensões de cuidados ao paciente e seus familiares e vendo a morte como parte do processo da vida, “deve ser composta por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual” (CARDOSO et al., 2013, p. 1135).

Simonetti (2004), retrata algumas premissas em relação ao tratamento com pacientes em fim de vida e ressalta a importância de um tratamento individualizado, que consistem em compreender as necessidades e interesses do paciente respeitando sua subjetividade. De acordo com o autor, existem cinco condutas para ajudar o paciente a encarar a morte de maneira digna: a 1ª consiste em promover que o paciente esteja relativamente livre de dor; a 2ª que o mesmo tenha suas funções corporais operando da melhor maneira, dentro do possível; a 3ª é um auxílio para compreender e enfrentar os confrontos interpessoais para que sejam resolvidos; a 4ª consiste em considerar o desejo dos pacientes, ajudá-los na medida do possível a concretizar aquilo que foram importante para eles; e por fim, a 5ª abarca auxiliar o paciente a transferir ou delegar o controle das questões mais práticas para alguém de sua confiança (SIMONETTI, 2004).

O alívio da dor é uma premissa importante e básica nos planos de assistência paliativa por permitir maior conforto, qualidade de vida e autonomia do paciente diminuindo seu sofrimento. Alguns profissionais preocupam-se em relação a possível dependência dos medicamentos que cumprem essa função, nos casos em que isso ocorre, é comum que os pacientes não tenham suas dores tratadas, ou que sejam subtratadas, o que não faz sentido no caso de pacientes terminais (SIMONETTI, 2004).

Dentre os cuidados paliativos, a atenção à família é algo bastante citado. Esta inclui o suporte aos membros familiares do paciente que descobre que não terá mais probabilidade de cura, pois os mesmos enfrentarão dificuldades no processo de aceitação e luto. De acordo com Kübler-Ross (1996), tais dificuldades se dão pelos familiares não aceitarem e acreditarem que houve um erro no diagnóstico buscando outras alternativas de cura. A autora ainda ressalta que quando os pacientes perpassam pelo estágio da raiva, ressentimento e culpa, os familiares também apresentam esses sentimentos, precisando de maior apoio, cuidado e atenção, tanto quanto os pacientes que já chegaram na fase de aceitação.

No tratamento de cuidados paliativos, considera-se também a dimensão espiritual, esta aparece em muitos casos como fé religiosa consistente, e em outros por meio de princípios filosóficos, e convicções sobre a vida-morte, que ocupam, segundo Simonetti (2004), um espaço psíquico semelhante ao da religião na vida psíquica do paciente. Considerar esta dimensão torna-se necessária para o acolhimento e entendimento do que é importante ao paciente em seu período de proximidade com a morte.

Ainda há de se considerar outras sete diretrizes para o manejo do tratamento do paciente em fim de vida, sendo a primeira concernente a passar informações necessárias e corretas aos pacientes; a segunda diz respeito a conceder liberdade para que o paciente possa verbalizar seus medos; já a terceira é acatar as prioridades do paciente e suas definições de qualidade de vida; a quarta premissa é auxiliar o indivíduo a manter a esperança; na quinta é proposto que se faça a transição de curar para cuidar; assim como, na sexta premissa, propõe-se evitar o tratamento exageradamente zeloso; a sétima e última, propõe não se afastar enquanto a morte se aproxima, isso porque os profissionais de saúde tendem a se afastar diante da fantasia do fracasso que o contato com a morte evoca (SIMONETTI, 2004, apud KAPLAN E SADOCK, 1995).

## **2.3 O papel da Psicologia no cuidado a pacientes em fim de vida**

### **2.3.1 - A Psicologia da Saúde**

O modelo biomédico, surgiu durante o século XIX, nesse tratamento de saúde o homem era visto como um ser puramente biológico, o foco estava na cura da doença e a influência de aspectos psicológicos e sociais no processo saúde-doença era desconsiderada (CUTOLO, 2006). Além disso, o tratamento em si girava em torno da área médica, favorecendo uma atenção fragmentada em que o sujeito era reduzido a seu diagnóstico e considerado como agente passivo nas tomadas de decisões, visto que a figura do médico representaria aquele que detém o saber. Nesse tratamento, a doença era vista como aquilo que causa alterações biológicas, e a saúde como a ausência de doenças, esse conceito de saúde se modifica a partir da inserção de um modelo de cuidado biopsicossocial de cuidado à saúde, que entra em cena no cenário brasileiro na década de 70, e considera o campo histórico, o âmbito sanitário e consiste em uma visão integrada do ser e adoecer compreendendo os fatores biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo (MARCO, 2006).

A partir disso pode-se compreender a saúde de forma ampla, conforme conceitua a Organização Mundial da Saúde (2003), saúde pode ser compreendida como uma condição de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de alguma doença.

A área da Psicologia da Saúde, segundo a American Psychological Association (2010), teve seu início em 1970 com a formação de grupos e reuniões científicas com o intuito de promover a Psicologia como uma disciplina que compreende a saúde e a enfermidade do indivíduo, para assim criar serviços especializados de saúde, e em 1978, houve o surgimento da divisão 38 (Health Psychology), a fim de acompanhar a expansão de práticas e pesquisas acerca da saúde, avançando no estudo da Psicologia de maneira que compreenda a saúde para além da doença, superando uma visão biomédica.

Nesse sentido, Ribeiro (2005), relata que a saúde é instável e depende do contexto histórico do indivíduo, como o cultural, científico e social, ou seja, a definição de saúde tem relação com a percepção que cada sujeito possui através do ambiente em que está inserido. Considerando isso, a Psicologia da Saúde, segundo Odgen (1999), contribui para questões específicas, educacionais, científicas e psicológicas com o intuito de promover a saúde, prevenir doenças e realizar tratamentos.

Nas palavras de Almeida e Malagris (2011), o foco da psicologia da saúde está na maneira em que o indivíduo vive, na forma como este experiencia seu estado de saúde, e a relação

consigo mesmo e com o mundo, tendo como objetivo inserir um planejamento de vida que, a partir de atitudes ativas, promova a saúde e a prevenção de doenças, além de desenvolver técnicas de enfrentamento do processo de adoecimento.

O psicólogo que entra em contato com as demandas psicológicas de pacientes em contexto de fim de vida, ou quadros de terminalidade, tem sua prática orientada tanto pela Psicologia da Saúde como pela área da Psicologia Hospitalar, assim como por leis, normas técnicas, diretrizes, código de ética do profissional psicólogo e resoluções do Conselho Federal de Psicologia.

As autoras Castro e Bornholdt (2004), trazem uma compreensão da Psicologia Hospitalar como área que, a despeito da Psicologia da Saúde, primeiro se consolidou no país devido ao fato de que as políticas de saúde do Brasil foram centradas no Hospital desde a década de 40, priorizando atuações no âmbito secundário e terciário, quando o adoecimento já pode ser detectado. Elas esclarecem que o que denominamos como Psicologia Hospitalar, em outros países é chamado de Psicologia da Saúde. No Brasil, no entanto, verifica-se distinções entre as áreas já que o foco da Psicologia da Saúde é também a promoção da saúde para além da prevenção e recuperação do paciente já afetado pela doença. A Psicologia da Saúde possui o foco em compreender como os fatores biológicos, sociais e comportamentais influenciam no processo de saúde e doença do sujeito (CASTRO E BORNHOLDT, 2004), já a Psicologia Hospitalar, atua nos âmbitos secundário e terciário (CFP, 2007), têm o objetivo de promover intervenções que auxiliem o paciente a conseguir sustentar a sua angústia e se reposicionar subjetivamente, e possui como objeto de trabalho focar na dor psíquica do paciente, na angústia dos familiares e, muitas vezes a angústia da equipe de profissionais (SIMONETTI, 2004).

De acordo com Chiattonne (2000), a Psicologia Hospitalar é uma das estratégias de atuação utilizadas dentro do que engloba a Psicologia da Saúde e, por conta disso, a autora expõe, então, que deveria ser chamada de "Psicologia no contexto Hospitalar". Castro e Bornholdt (2004), afirmam que a Psicologia Hospitalar é a junção de colaborações científicas, profissionais e educativas de diversas disciplinas psicológicas que dão suporte para que os pacientes tenham uma experiência de qualidade dentro do hospital, reestabelecendo seu estado de saúde.

Miyazaki, Domingos e Caballo (2001), assim como Sebastiani e Maia (2005), explicitam que nos últimos anos os psicólogos da saúde integram as equipes médicas facilitando a comunicação entre médico e paciente, colaborando para criar estratégias de prevenção e intervenção com os pacientes com perdas relacionadas à doença. Além disso, auxiliam no processo de enfrentamento do adoecimento e da proximidade da ideia de morte, devendo para

tanto, considerar toda a conjuntura que tais processos envolvem. No caso de pacientes em fim de vida, o psicólogo que compõe a equipe multidisciplinar deve, também, ter um papel político, crítico e ativo a respeito do que ultrapassa o campo de atuação (MIYAZAKI, DOMINGOS E CABALLO, 2001; SEBASTIANI E MAIA, 2005).

É possível observar que os campos de atuação dos psicólogos da saúde estão aumentando, este pode atuar em clínicas, hospitais, universidades, centros de saúde comunitários, organizações não-governamentais e nas próprias casas dos indivíduos (ALMEIDA E MALAGRIS, 2011; CASTRO E BORNHOLDT, 2004). Isso amplia o escopo da área e leva o psicólogo a se deparar com novos desafios que requisitam constante atualização profissional.

### **2.3.2 – A Psicologia nos Cuidados Paliativos**

Os cuidados paliativos são caracterizados como uma abordagem que preza a qualidade de vida do paciente e de sua família em confronto com os problemas ocasionados por doenças incuráveis, sendo assim os cuidados paliativos são recomendados em situações de enfermidade avançada, incuráveis ou sintomas intensos, onde as intervenções são através da prevenção e alívio do sofrimento, tratamento da dor e outros problemas relacionados aos âmbitos psicossocial, espiritual e físico (MELO, VALERO E MENEZES, 2013; PESSINI E BERTACHINI, 2006).

Para Kovács (2013), os cuidados paliativos devem ser associados aos seguintes pontos: ter conforto respiratório, não sentir dor, ter a presença da família, ter seus desejos realizados e evitar processos de distanásia, com intuito de oferecer um melhor conforto aos pacientes e cuidado mais voltado para o próprio sujeito e não para a doença. Percebe-se que os cuidados paliativos, nos dias atuais, se tornou uma exigência, direito e uma responsabilidade ética e social, que vão de acordo com as necessidades dos enfermos e da família, proporcionando uma melhor qualidade de vida diante da morte.

Com o predomínio de doenças crônicas no Brasil, em 2014, ocorreu a 67ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde, com o intuito de implementação e fortalecimento de políticas voltadas aos cuidados paliativos (BRASIL, 2018). Diante disso, o Ministério da Saúde, dispôs uma resolução de nº 41, de 31 de Outubro de 2018, no qual em seu Art. 2º - Parágrafo único, diz que toda pessoa que possui uma doença que coloque em risco a vida, necessita de cuidados paliativos, além disso, no Art. 3º é assegurado a integração dos cuidados paliativos na rede de atenção à saúde, promovendo a melhoria de qualidade de saúde e incentivando a disseminação de informações acerca dos cuidados paliativos, fornecendo educação para trabalhadores da saúde (BRASIL, 2018).

Já no Art. 4º, parágrafo III, argumenta que um dos princípios norteadores para a organização do cuidado paliativo é a “afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural”, ou seja, não acelera e nem antecipa a morte, apenas oferecem suporte ao paciente para que ele consiga viver o mais ativo possível até a sua morte, mesmo que esse seja influenciado pela cultura, religião e política. Mas esse processo realmente é natural? Sabemos que esse processo é construído pela cultura, religião e política, e estes dispositivos influenciam diretamente nos cuidados em saúde, especialmente, nos cuidados psicológicos (BRASIL, 2018).

Sobre a intervenção psicológica em Cuidados Paliativos, Melo, Valero e Menezes (2013) desenvolveram uma pesquisa de revisão de literatura, e selecionaram 21 estudos que citavam as práticas desenvolvidas nesse tipo de tratamento. Conforme a catalogação das práticas citadas nos artigos selecionados pelos autores, é possível ao psicólogo que trabalha nessa proposta: a avaliação e diagnóstico do paciente podendo valer-se de instrumentos psicológicos para isso; o acompanhamento do paciente e família com foco no bem-estar e qualidade de vida; apoio ao paciente e familiares para elaboração das informações sobre o estado de saúde vigente; manejo da aproximação sócio-familiar; prevenção e tratamento de necessidades psicossociais; reabilitação psicológica e social; desenvolvimento de espaços de elaboração para pacientes, familiares e equipe sobre os princípios dos cuidados paliativos; treinamento de profissionais de saúde objetivando ressignificar a dor de pacientes e o tratamento; grupos reflexivos; intervenções específicas com a família com foco na qualidade de vida, promoção da saúde e elaboração das possíveis perdas e separações; atualização em temas importantes aos cuidados paliativos; trabalho com foco na resolução de problemas e habilidades de enfrentamento; ações de psicoeducação, entre outros.

Os profissionais da Psicologia, precisam portanto, de acordo com Hennezel (2001), ter uma formação específica que compreenda o atendimento psicológico, que olhe para o comportamento humano e suas necessidades, apoie e encoraje o paciente a expressar seus pensamentos e emoções, intervenha na diminuição do sofrimento, auxilie no enfrentamento de perdas, envolva a família em todo o processo ao lado do paciente, e que, principalmente, contribua para uma morte com dignidade por meio de comunicação adequada e acolhedora.

O papel do psicólogo nos cuidados paliativos é prestar apoio psicológico e ter habilidades de comunicação, no sentido de encontrar meios de equilíbrio entre os diferentes saberes de toda a equipe de profissionais de saúde, estes que devem possuir entendimento a respeito da dinâmica psicológica nas doenças terminais, permitindo e facilitando a troca de

conhecimentos entre estes profissionais da saúde, pacientes e familiares (FERREIRA, LOPES E MELO, 2011).

A autora Kovács (2013) apresenta que o acompanhamento, o diálogo e a atenção, possuem papel particular de minimizar o sofrimento ligado a hospitalização no processo do paciente em fim de vida, dessa forma, o psicólogo, que é suposto possuir um conhecimento profissional, poderá colaborar neste momento com silêncio, tranquilidade e presença acolhedora, não envolvendo condutas autoritárias e arrogantes, e sim gestos de sensibilidade, solidariedade e compromisso.

Consoante a isso, o psicólogo neste âmbito possui a função de possibilitar espaço para uma visão mais humanizada em relação ao paciente, trazendo um ponto de vista diferente do médico e considerando os desejos, vontades do paciente para que este viva de modo coerente aquilo que lhe é primordial (PEDREIRA, 2013).

### **2.3.3 – Psicologia e Bioética**

Uma das dificuldades que os psicólogos enfrentam na atuação diária, é avaliar junto a equipe a melhor atitude a se tomar em relação ao atendimento a essas pessoas em estado terminal, prezando pela ética profissional e levando em consideração os valores individuais do paciente, por isso, é possível refletir sobre a bioética nesse cenário, mas antes de falar dessa área é importante entender sobre a ética profissional, a partir do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), criado para estabelecer normas éticas que possuem o intuito de garantir que sejam estabelecidas as relações apropriadas entre a prática psicológica e a sociedade como um todo.

No Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005) são delineados ainda alguns princípios que regem a conduta do psicólogo. O psicólogo deve fundamentar seu trabalho na dignidade, respeito e promoção de liberdade, igualdade e integridade, promovendo a saúde e a qualidade de vida das pessoas, auxiliando para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, violência e opressão, atuando com responsabilidade social e crítica a respeito da realidade política, econômica e cultural, por meio de aprimoramento profissional, baseando-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos (2005) com o respeito à autonomia dos sujeitos em suas tomadas de decisões, priorização do bem estar destes diante dos interesses da ciência ou da sociedade e maximização dos benefícios aos pacientes. Assim, o psicólogo também contribuirá, para o conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão, além de efetuar a sua atuação com dignidade.

Dias et al. (2007), afirmam que a bioética é um campo multidisciplinar, abrangendo variadas profissões, interdisciplinar, promovendo o diálogo entre as diferentes áreas e disciplinas das ciências da saúde, e transdisciplinar, por envolver um conjunto de especialidades com o intuito de auxiliar os sujeitos em resoluções de dúvidas éticas.

É importante que os profissionais tenham conhecimento sobre a ética para que os pacientes sejam vistos e considerados como sujeitos de direito à liberdade de ação e que o respeito pelo indivíduo, sua dignidade e liberdade sejam vistos como fundamentais neste âmbito, fazendo com que as opiniões expressas por eles diante de suas decisões sobre a condução de seu tratamento, devam ser consideradas e promovidas, já que na análise do quadro clínico do paciente, não se ignora o conhecimento de informações e suas implicações biopsicossociais (CRUZ, 2005).

No texto “Correlação entre a Psicologia e os princípios da bioética”, de Saorin e Bertotto (2018), são citados os princípios fundamentais propostos pela bioética, dentre eles estão a Autonomia, que visa os profissionais respeitarem os desejos do paciente e sua família considerando seus valores morais e crenças, outro princípio é a Justiça, a qual se fundamenta na garantia do direito do indivíduo a ter sua necessidade de saúde acolhida, já a Não Maledicência, considerada também um princípio fundamental, se embasa na postura profissional médica em não provocar um dano intencional no paciente, se assemelhando ao princípio da Beneficência, que também busca proporcionar o bem estar do paciente, evitando danos a ele.

De acordo com Dias et al., (2007) a atuação do psicólogo deve pautar-se na promoção de saúde, independente do campo em que atua, e portanto, deve considerar a bioética no tocante ao manejo de questões e conflitos que permeiam sua prática. É comum, segundo Saorin e Bertotto (2018), a vontade do paciente não ser respeitada, assim como o paciente não ser atendido de acordo com suas necessidades e ainda receber tratamentos inadequados. Também é comum, ainda segundo os mesmos autores, que os psicólogos, em seu exercício de prática cotidiana, tenham dúvidas em relação a condutas éticas e os valores morais envolvidos em suas condutas. Dessa maneira, torna-se necessário que o Psicólogo se posicione crítica e eticamente, implementando debates sobre situações diversas e chamando atenção para a consideração do desejo, do contexto, da autonomia e respeito aos direitos e dignidade dos indivíduos com os quais trabalha, principalmente, trazer a discussão em casos de suicídio assistido e eutanásia, quando o paciente manifesta o desejo de morte como forma de cessar o sofrimento.

## **2.4 Afinal, o que se espera: Salvar vidas ou corpos?**

A partir do momento que o homem passa a se organizar em uma sociedade civil, a fim de trazer uma convivência pacífica, ele assume um papel de renúncia de parte de sua liberdade para se submeter a regras morais, sociais e constitucionais instituídas por um Estado soberano, um terceiro ser, que é imparcial e que passa a reger poder sobre a população, inclusive diante das questões de vida e de morte com o estabelecimento de condutas gerais para profissionais e para o próprio sujeito sobre como implementar os cuidados sobre o seu corpo, ou seja, ele castra a individualidade dos sujeitos a partir da promessa de garantia de proteção para todos (FOREST, 2014).

Nesse contexto, é possível refletir sobre o antagonismo existente entre premissas que ditam uma liberdade do eu no tratamento a saúde, e aquilo que circula enquanto discurso social e práticas invisíveis de dominação de corpos, que estipulam um modo de ser e viver. O corpo historicamente passa por processos de disciplinarização, de fabricação, é tomado como objeto e instrumento de exercício de poder, produzido de acordo com os discursos sociais de um dado período (FOUCAULT, 1987).

Foucault (1988) retrata que no passado o poder sobre a vida era marcado pelo poder de soberanos sobre a morte de seus súditos, controlando a vida a partir da escolha da morte ou não de um súdito. Já do século XIX em diante, houve uma transformação no exercício deste poder, na medida em que percebeu-se que a morte era o ponto de individualidade que tira o direito de se exercer o poder sobre a sociedade. Assim, o exercício do poder buscou gerir a vida e atender as necessidades da população, tornando o direito à morte impossível para a razão de ser e lógica do exercício do poder do Estado (FOUCAULT, 1988).

Nesse contexto, é possível refletir sobre o antagonismo existente entre premissas que ditam a liberdade do eu no tratamento à saúde, e aquilo que circula enquanto discurso social e práticas invisíveis de dominação de corpos, que estipulam um modo de ser e viver, uma vez que ainda que as práticas de cuidados a pacientes em fim de vida sejam envoltas de cuidados humanizados, que levam em consideração o sofrimento dos sujeitos, o Estado, ao não admitir o uso da eutanásia e do suicídio assistido para pacientes em fim de vida, institui sua lógica de controle sobre a vida e a morte, instaurando o antagonismo.

A dominação destes corpos e destes sujeitos ocorre a partir da instauração de vigilâncias hierarquizadas em espaços sociais arquitetados, a exemplo de um destes espaços, temos os hospitais, que são planejados arquitetonicamente para promoção do exercício do poder

disciplinar, com a instauração de um cenário vigilante sobre os corpos, garantindo controle sobre os mesmos a partir de formas singulares e aceitas de cuidado (FOUCAULT, 1987).

O corpo, assim, é marcado pelo controle diante das possibilidades de tomadas de decisões dos sujeitos, ainda que se busque promover que as singularidades prevaleçam, os tratamentos oferecidos são orientados pela produção histórica e social de cada época, do olhar vigente sobre saúde, doença, corpo e tratamento. Esse corpo finito sempre foi intrigante para a humanidade, essa que parece ter um “desejo onipotente de autopreservação” (MONTAGNA, 2016, p. 28), atrelou para a finitude o sentido de limitação humana diante do ser e estar fisicamente e psiquicamente no mundo, se empenhando em construir ao longo da história meios para a “superação das limitações humanas” (POSSOLI e CANDIOTTO, 2021, p. 20), ou seja, meios para evitar a morte.

Com a chegada da biotecnologia, a superação dessas limitações passou a ser normalizada, trazendo sentido de vitória e orgulho sobre a doença e a morte, essa última passou a ser vergonhosa, percebida como um fracasso diante das ações sobre o corpo, dada a vastidão de possibilidades para salvar vidas (FOREST, 2014).

Diante disso, é possível supor que os médicos negam o uso do suicídio assistido e da eutanásia porque são ensinados desde a graduação a “salvar vidas” focando na cura da doença, deixando claro que o modelo biomédico persiste em práticas da saúde ainda que nas políticas o modelo pregado para os tratamentos seja outro. Coelho (2007) ainda ressalta que o enfoque no corpo se conecta a ideia deste como produtivo e estratégico, o que nos permite também relacionar a importância desse corpo no mundo como força de trabalho para manutenção de um sistema socioeconômico, não sendo portanto, interessante sua morte.

Mas e quando o desejo do paciente diz respeito a morte, ao suicídio assistido ou eutanásia? Como é feito o procedimento? No Brasil a eutanásia e o suicídio assistido são considerados crimes em quaisquer circunstâncias, havendo como tratativa de um direito a morte, o expresso na resolução nº 41, de 31 de Outubro de 2018, no art. 4º, parágrafo XII em que é tratado sobre a “promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV); e no parágrafo XIII que aponta para o “esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV (BRASIL, 2018).

Análogo a isso, no artigo “Solitário Anônimo: Desobediência, Estética e Política” de Galindo (2013), retrata sobre o documentário “Solitário Anônimo” em que a equipe de saúde tentava interferir na vontade de morte de um idoso a todo momento, o forçando através de procedimentos invasivos para mantê-lo vivo mesmo com os pedidos dele de morte, trazendo

a reflexão do porquê os profissionais de saúde não aceitam a vontade do sujeito, olhando apenas em salvar a vida/corpo sem validar o sofrimento do indivíduo e sua vontade de acabar com o mesmo que lhe causa dor.

Algumas das falas dos profissionais no documentário expressam essa questão, como quando a médica diz: “No meu turno de plantão ninguém vai morrer”, como se não pudesse deixar isso acontecer e a morte fosse um fracasso de seu dever profissional. Entendemos que o efeito de escutar um pedido de morte pode ter relação direta com o que o próprio profissional entende sobre a vida, a morte e sua função no cuidado ao outro, mobilizando, portanto, representações singulares e plurais compartilhadas socialmente. O modo como cada um entende o processo vida-morte influencia no tipo de conflito que terão ao escutar certas demandas, assim como nas condutas que sustentam tomar a partir disso, mas essa compreensão se constitui também em pares.

Quando se fala em cuidado ao paciente, entende-se que este é o objetivo de toda uma equipe de saúde que, sendo constituída por diferentes atores, pode apresentar distintas concepções acerca de um mesmo tema/procedimento. O presente estudo abordou uma concepção de morte mais atrelada à tradição judaico-cristã ocidental. No entanto, torna-se importante para um tratamento humanizado considerar que cada comunidade, e cada pessoa, seja ela paciente ou profissional, pode apresentar uma lógica singular de compreensão e cuidado com a morte, e que muitas vezes o exercício do cuidado vai requisitar flexibilidade da equipe para que haja a consideração do que é importante ao paciente. Nas aldeias indígenas brasileiras, por exemplo, a concepção de vida e morte é vista de maneira diferente da visão ocidentalizada e eurocêntrica, para o povo Tupi-Guarani, a morte é resultado de um desagrado de alguma entidade sobrenatural/religiosa que por consequência punem o indivíduo com a morte, porque para os Tupi-Guarani não há processo natural de morte, ou seja, os próprios mortos são responsáveis pelo seu destino (LARAIA, 1988). O autor também diz que a morte para os Tupi-Guarani se caracteriza como uma passagem para um novo jeito de existir, onde os falecidos possuem entrada à sociedade invisível dos ancestrais (LARAIA, 1988).

Para lidar com a complexidade do tema da morte e seus efeitos no cotidiano, Kovács (2010) sugere que seria importante a supervisão individual, mas também grupal para auxiliar a equipe no manejo de casos considerados difíceis, de modo a oportunizar espaço coletivo de busca por alternativas de cuidados. A nosso ver, a supervisão pode também favorecer com que os profissionais se sintam menos solitários, visto que a tomada de decisão passa a ser considerada conjuntamente, e assim diminui a probabilidade de se sentirem inteiramente

responsáveis pela morte do paciente. Segundo a autora, uma alternativa para essas supervisões são os grupos Balint, que propiciam a reflexão acerca de aspectos que interferem na relação paciente e profissional, e no cuidado oferecido, incentivando o autoconhecimento e favorecendo vir à consciência pontos obnubilados que, se não discutidos, podem levar a manifestações irrefletidas (KOVÁCS, 2010). Além das supervisões, torna-se importante também, implementar a discussão sobre a vida e morte em outros locais, como escolas, nos próprios hospitais, postos de saúde, universidades, a fim de que a sociedade desenvolva amplo diálogo sobre a desestigmatização da morte (KOVÁCS, 2005), e abra vias para elaboração dos afetos relacionados a ela.

A partir das discussões feitas sobre as dificuldades enfrentadas no contato com as temáticas de morte e suicídio assistido, questiona-se neste trabalho então, se o interesse de quem cria e aplica as leis está em recuperar a saúde e vida, em seu termo mais complexo, que inclui âmbitos de acesso à educação, saúde, lazer, relações sociais e de autonomia, ou trata-se de uma questão político-econômica e moral religiosa em que o interesse está em ressaltar o controle sobre o indivíduo, e manter vivos corpos que podem servir como mão de obra ao sistema capitalista. Sistema este que socializa o corpo como força de produção, de trabalho, dada sua força biopolítica que é capaz de propiciar controle social (FOUCAULT, 1984).

### **2.5 Qual relação a Psicologia tem estabelecido com os temas do suicídio assistido e uso da eutanásia em pacientes em fim de vida?**

Questiona-se que tipo de relação a Psicologia tem estabelecido com essas práticas tão desafiadoras. O que poderia estar inibindo a produção científica da Psicologia acerca dessas questões? Seria o fato de tais práticas serem consideradas crime? Seria o fato do tema do suicídio, eutanásia, morte, serem consideradas tabus?

As premissas dos cuidados paliativos, as orientações acerca do fazer técnico do Psicólogo no âmbito da saúde e hospitalar, os princípios fundamentais da bioética, o próprio código de ética do profissional psicólogo ressaltam a necessidade de escuta e consideração da autonomia do paciente. Qual seria então nosso papel nesses casos?

Sabe-se, de acordo com Kernkraut e Silva (2017), que o psicólogo hospitalar adentrou a equipe de saúde a partir da década de 70, sendo o profissional mais recente na equipe ainda enfrenta grande desconhecimento acerca da sua prática profissional. No Brasil tramitou um Projeto de Lei nº 77/2003 pelo Senado Federal que torna obrigatório a presença de psicólogos hospitalares nos serviços de saúde pública e privada, além disso, o Ministério da

Saúde elaborou anteriormente três Portarias de nº 2042/1996, 3407/1998 e 3432/1998, que efetivaram a inserção de psicólogos nos atendimentos a UTI, transplantes de órgãos e gestantes de alto risco (BRUSCATO E BENEDETTI, 2010).

Mesmo existindo tais portarias que asseguram a inserção do psicólogo no espaço hospitalar, esses profissionais ainda encontram dificuldades em se posicionarem e serem ouvidos dentro da equipe multidisciplinar, de remodelarem o contexto de tratamento de saúde pelo histórico de supremacia médica que se baseia em um modelo biomédico, assim como também enfrentam o desconhecimento da prática psicológica por outros profissionais e a falta de privacidade para realizar os atendimentos (AVELLAR, 2011).

Apesar do desconhecimento acerca das práticas psicológicas por parte de outros profissionais, podemos ainda citar uma crítica tecida por autores da própria Psicologia da Saúde que ressaltam a falta de pesquisas (CASTRO E BORNHOLDT, 2004), práticas inadequadas realizadas pelo psicólogo que não se atualiza, não contextualiza e embasa suas ações (ANGERAMI-CAMON, 2009; DIMENSTEIN, 2001). Como seria possível um embasamento científico sem a produção de pesquisas? A Psicologia tem se posicionado de alguma forma sobre tais questões no cotidiano, visto que tais questões aparecem no dia-a-dia de sua prática profissional, mas não tem escrito sobre elas, o que nos indica uma abstenção em torno da temática.

O próprio documento de “Referências Técnicas para a atuação de psicólogos nos serviços hospitalares do SUS”, ao abordar os cuidados paliativos e morte, lança o questionamento: “os profissionais de saúde estão preparados? Aceitamos a evolução da doença até a finitude, quando devemos oferecer uma morte digna?” (CREPOP, p. 86, 2019).

Verifica-se, segundo Pessini (2001) que existem dois paradigmas a serem considerados no tratamento: a lógica curativa que enfoca salvar vidas, e a lógica do cuidado que considera a pessoa em sua subjetividade e não somente a doença, nesta última perspectiva, entende-se que a morte faz parte da condição humana bem como fatores sociais, psicológicos e o contexto histórico no qual o paciente está inserido. Ressaltando que, uma medida de cuidado também é o ato de escutar e considerar a relação do sujeito com a vida e a morte.

Percebe-se então que nas práticas de saúde as duas lógicas ainda implicam embates, o que configura um desafio e requer, a nosso ver, pesquisa e sensibilização profissional desde a formação para que a prática interdisciplinar de cuidado e a consideração da autonomia do paciente faça sentido aos profissionais.

Sendo o psicólogo também profissional de saúde, pode ele mesmo estar envolvido nessa dualidade de lógicas de tratamento, no entanto, durante o processo de pesquisa foi possível

refletir sobre a importância de a Psicologia ter um posicionamento crítico, ético e político sobre a temática do suicídio assistido e o uso da eutanásia em pacientes em fim de vida, destacando que o nosso papel diante dessa pesquisa não é ser a favor do suicídio assistido e nem da eutanásia, mas sim a favor do debate e aprofundamento de estudos e pesquisas sobre essas ações, sem criminalizar de antemão, visto que a criminalização possui o papel de renegar dessas ações e antecipar que tal ato é errado, portanto trata-se de levar em consideração a maneira como o sujeito enxerga e se relaciona com o corpo, o tratamento da doença, a questão do direito à vida e a morte, bem como seu direito de escolha.

O Código de Ética do Psicólogo (2005), dispõe algumas normas para a conduta do psicólogo frente ao cuidado com a saúde, o qual deve prezar pela promoção da saúde e qualidade de vida, respeitar a liberdade, autonomia, dignidade e prezar pelo direito de vida, levando em consideração os desejos e necessidades de todo indivíduo.

Sendo assim, entende-se que a Psicologia, por ser uma ciência subjetiva, deve se dedicar a ampliação do conhecimento especialmente o que perpassa as demandas de seus pacientes, inclusive sobre as questões de vida e morte, sobre a questão do suicídio assistido e da eutanásia, assim como, sobre a própria relação da sociedade e da ciência com o paradigma vida-morte, pautando a sua atuação no Código de Ética do Psicólogo e nos Direitos Humanos.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa consiste em um ensaio teórico que debate a relação da Psicologia com o suicídio assistido e o uso da eutanásia em pacientes em fim de vida no Brasil, realizado através de leituras de artigos, revistas e produções científicas publicadas no Brasil.

Compreende-se que os assuntos sejam polêmicos e geralmente não se tornem temas de discussões em meios sociais, já que 73% dos brasileiros preferem não falar sobre morte, como apontado na pesquisa realizada pelo Studio Ideas em 2018, por solicitação do Sindicato dos Cemitérios e Crematórios Particulares do Brasil (Sincep). Também é notório que o afastamento da morte atravessa as práticas de cuidado com o corpo, a partir de discursos sociais vigentes que estigmatizam a morte como fracasso sobre a manutenção da vida, ocasionando, desde as formações de profissionais da saúde, o prevalecimento de práticas de cuidado que priorizem a cura à pacientes em fim de vida.

Percebe-se que a construção de discussões pela psicologia sobre as temáticas, priorizando o olhar sobre o sujeito, seu sofrimento e a qualidade dos cuidados prestados no fim de vida, para a promoção da autonomia destes em seus tratamentos e da boa morte, contribui com o

fazer profissional desde o processo de formação, na medida em que passa a lidar com questões conflituosas, que são encaradas como polêmicas e atravessam o cotidiano hospitalar, esse que hoje, transfere a escolha de vida e morte do sujeito para o saber médico, exclusivamente, não levando em conta o direito e o desejo do indivíduo de decidir como e quando morrer em situações em que não há mais expectativas de vida e potencializando o paradigma entre cuidar e curar. Verifica-se assim a necessidade de haver provocação de discussões por parte da psicologia, sobre o suicídio assistido e uso da eutanásia à pacientes em fim de vida no Brasil, percorrendo atravessamentos de modificações culturais da sociedade e estabelecendo uma relação de construção de significado sobre a temática com a sociedade em geral.

É possível notar que a desinstitucionalização da morte que Kovács (1992) aponta como sendo uma forma de integração desta ao processo natural da vida, também constrói, junto com as produções científicas, panoramas que buscam romper o ocultamento da morte na sociedade e as lógicas de cuidado que priorizam a vida biológica, viabilizando a construção de discussões sobre o assunto, oportunizando a redução do sofrimento profissional e social quanto às frustrações advindas das tentativas incessantes de cura que não levam a uma efetividade no tratamento e instaurando práticas de cuidado que proporcionem qualidade de vida, como aquelas prestada pelos cuidados paliativos.

Os assuntos apresentados foram significativos para a compreensão da necessidade dos cuidados paliativos e a maneira como deve ser conduzido, da relação entre a psicologia e bioética e o papel da equipe multidisciplinar, da influência do modelo biomédico na condução do tratamento, da atuação do psicólogo da saúde e hospitalar, bem como, dos cuidados com os familiares no processo de adoecimento do paciente, do antagonismo entre liberdade e autonomia existente nas políticas e diretrizes de cuidado à saúde, e também para refletir sobre questões no tocante ao domínio social do corpo e a relação com a morte.

Dessa forma, propõe-se a continuidade de estudos mais aprofundados sobre a temática de vida e morte acerca do suicídio assistido e da eutanásia, para melhor compreensão de como conduzir essas questões e a importância da descriminalização para os pacientes em fim de vida. Assim, vemos a extrema necessidade de mais estudos e publicações em relação a esse tema tão complexo no Brasil, de forma que garanta aos futuros profissionais referências de como lidar com essas questões dentro dos hospitais, possibilitando que mais espaços reflitam e debatam sobre o suicídio assistido e o uso da eutanásia no Brasil.

## 4 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A. A.; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. **Rev. SBPH**, vol. 14, n. 02, Rio de Janeiro, 2011.
- ANGERAMI-CAMON, V. A., TRUCHART, F. A. R., ROSA, B. K., RICARDO, W. S. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 1994.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Tendências em Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.
- APA – **American Psychological Association**. 2010. Disponível em: <https://societyforhealthpsychology.org/>. Acesso em: 03 out de 2022.
- ARAÚJO, F. C. **A teoria criminológica do labelling approach e as medidas socioeducativas**. Dissertação (Mestrado em Direito Penal) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ARIÉS, P. **História da Morte no Ocidente: Da Idade Média aos Nossos Dias**, tradução Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- AVANCI, B. S., CAROLINDO, F. M., GÓES, F. G. B., CRUZ NETTO, N. P. **Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: A ótica do cuidar em enfermagem**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2009.
- AVELLAR, L. Z. **Atuação do psicólogo nos hospitais da grande Vitória / ES: uma descrição**. Psicologia em Estudo Maringá, 2011.
- BARBOSA, G. S. S., LOSURDO, F. Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 5, n. 2, p. 165-186, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/MKcqnsGvQrkG3z5HSHRkLhF/?lang=pt/>. Acesso em: 24 ago de 2022.
- BARATTA, A. **Criminologia crítica e crítica ao direito penal: introdução à sociologia do direito penal**; tradução Juarez Cirino dos Santos. ed. 3, Rio de Janeiro: Editora Revan, Instituto Carioca de Criminologia, 2002.
- BARROSO, L.R., MARTEL, L, C, V. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. In: GOZZO, D.; LIGIERA, W. R. (Org.). **Bioética e direitos fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2012.
- BAÚ, M.K. Capacidade jurídica e consentimento informado. **Revista Bioética**, 2009. Disponível em:

[https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/281](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/281). Acesso em: 28 set de 2022.

BRANDALISE, V. B., REMOR, A. P., CARVALHO, D., BONAMIGO, E. L. **Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário**. Revista Bioética, vol.26, Brasília, 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 1940.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de Outubro de 2018**. Gabinete do Ministro. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html). Acesso em: 15 set de 2022.

BRUSCATO, W. L., BENEDETTI, C., LOPES, S. R. A. **A prática da Psicologia na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CARDOSO, D. H., MUNIZ, R. N., SCHWARTZ, E., ARRIEIRA, I. C. O. **Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional**. Texto & Contexto - Enfermagem. v. 22, n. 4, p. 1135, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Wg8dZqctd95h5HJqrftfdQb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 out de 2022.

CARNEIRO, A. B. F. Suicídio, religião e cultura: reflexões a partir da obra “Sunset Limited. Reverso, Belo Horizonte, v. 35, n. 65, p. 15-23, jul. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952013000100002&l](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952013000100002&l). Acesso em: 10 out de 2022.

CASTRO, E. K., & BORNHOLDT, E. **Psicologia da Saúde X Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional**. Psicol. Ciênc. Prof., 2004.

CASTRO, M. P. R., ANTUNES, G.C., MARCON, L.M.P., ANDRADE, L.S., RÜCKL, S., ANDRADE, V. L. A. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Revista Bioética**, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DhvhJgpN9ykykc9L8cpFtxN/>. Acesso em: 09 set de 2022.

CHIATTONE, H. B. C. **A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar**. In Angerami-Camon, V. A. Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000.

CHIBA, T. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

COELHO, R. F. J., SEVERINO, M. F. V. Histórias dos usos, desusos e usura dos corpos no capitalismo. **Rev. Dep. Psicol.**, UFF, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 010/2005**. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 02 set de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 013/2007**. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao\\_CFP\\_nx\\_013-2007.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf). Acesso em: 10 out de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. ed. 1, Brasília: CFP, 2019. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp\\_web1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf). Acesso em: 10 out de 2022.

CRUZ, T. F. S. Psicologia hospitalar e eutanásia. **Rev.SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2005.

CUTOLO, L. R. A. **Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica**. Arquivos Catarinenses de Medicina v. 35, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/392.pdf>. Acesso em: 05 set de 2022.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris: ONU, 2005. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf/](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf/). Acesso em: 06 out de 2022.

DIAS, H. Z. J., GAUER, G. J. C., RUBIM, R., DIAS, A. V. **Psicologia e bioética: diálogos**. Psicologia Clínica. vol. 19, n. 1, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n1/09.pdf/>. Acesso em: 02 set de 2022.

DIMENSTEIN, M. **O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto a Saúde Coletiva**. Psicol. Dez, 2001.

DURKHEIM, É. **O Suicídio**. Lisboa/São Paulo: Editorial Presença/Martins Fontes, 1973.

DWORKIN, R. **Domínio da vida: Aborto, eutanásia e liberdades individuais**. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. ed. 2, São Paulo: WMF Martins, 2009.

DYER O., WHITE C., GARCIA, A. **Assisted dying: law and practice around the world**. BMJ, 2015.

ENGELHARDT JR., H. T. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Loyola, Madrid, 2013.

FERREIRA, A. P. Q; LOPES, L. Q. F; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, 2011.

FOREST, R. **As liberdades individuais no contexto da sociedade biotecnológica: o princípio da autonomia em relação a terminalidade da vida.** Programa de Pós-Graduação em Direito, Vale do Rio dos Sinos, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/4217/RosaneForest.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 set. 2022.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, ed. 4, 1984.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, ed. 20, 1987.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I: A vontade de saber, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

GALINDO, D. **Solitário Anônimo: Desobediência, Estética e Política.** *Sau. & Transf*, Florianópolis, v.4, n.3, 2013.

GHERARDI, C. R. **Eutanásia.** *Medicina*. Buenos Aires, n. 1, v. 63, 2003.

HEIDE, A., ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. D., RURUP, M. L., BUITING, H. M., VAN DELDEN, J. J. M., WOLF, J. E. H. **End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act.** Special Article. *N Engl J Med*, 2007.

HENNEZEL, M. **“O Papel do Psicólogo”.** Para Uma Morte Mais Humana – Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos. Loures: Lusociência, 2001.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Agencia IBGE Notícias, 2010. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14244-asi-censo-2010-numero-de-catolicos-cai-e-aumenta-o-de-evangelicos-espiritas-e-sem-religiao>. Acesso em: 19 set de 2022.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. *Medicina Psiquiátrica de Emergência.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

KERNKRAUT, A.M., SILVA, A.L.M. **O Psicólogo no Hospital: Formas de atuação, organização, e gestão de serviços de Psicologia.** Editora: Edgard Blücher Ltda, São Paulo, 2017.

KOERICH, M. S., MACHADO, R. R., COSTA, E. **Ética e bioética: para dar início à reflexão.** *Texto & Contexto – Enfermagem*, v.14, n.1, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NrCmm4mctRnGGNpf5dMfbCz/?format=pdf&lang=pt/>.

Acesso em: 22 ago de 2022.

KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo: São Paulo, 1992.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a Morte**. Psicologia, Ciência e Profissão, 2005.

KOVÁCS, M. J. **Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional**. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010.

KOVÁCS, M. J. **Dos tribunais aos Hospitais: O Papel do Psicólogo Diante de situações Terminais**. Belo Horizonte: ed. Del Rey LTDA, 2013.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer: O que os Doentes Terminais têm para Ensinar a Médicos, Enfermeiras, Religiosos e aos seus Próprios Parentes**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LARAIA, R. B. **A morte nas sociedades tupi-guarani**. Fundação Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, Brasília – DF, 1988.

LEGENDRE, P. **Seriam os fundamentos da ordem jurídica razoáveis?** In: ALTOÉ, S (Org) **Sujeito do Direito, Sujeito do Desejo – Direito e Psicanálise**, Rio de Janeiro, ed. Revinter, p. 15, 1999.

LEPARGNEUR H. **Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia**. Bioética, 1999.

MARCO, M. A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/63Ck5wPNn4gxyN39SZfCZsv/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso: 05 set de 2022.

MELO, A. C., VALERO, F., MENEZES, M. **A Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos**. Psicologia, Saúde e Doenças, vol. 14, n. 3, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, Portugal, 2013.

MONTAGNA, P. **Corpo vivo: finitude e transitoriedade**. São Paulo, p. 28, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ide/v38n61/v38n61a03.pdf>. Acesso em: 06 out de 2022.

MIYAZAKI, M. C. O. S., DOMINGOS, N. A. M., CABALLO, V. E. **Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos**. In: B. Range, **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MOREIRA, M. A. D. M, COSTA, S. F. G, CUNHA, M. L. D. M, ZACCARA, A. A. L., NEGRO-DELLACQUA, M., DUTRA, F. **Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais**. **Rev. Bioética**, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/hrG3B9Jsvk6gJKVqXKvdbdG/?format=pdf&lang=pt/>.

Acesso em: 24 ago de 2022.

NUNES, R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. **Rev. bioét**, 2009.

ODGEN, J. **Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi editores, 1999.

OLIVEIRA, C. F. B., BRITO, L, M. T. **Judicialização da vida na contemporaneidade**. Psicologia: Ciência e Profissão. Retrieved July 29, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14148932013000500009&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14148932013000500009&lng=en&tlng=pt). Acesso em: 28 set de 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde, CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PEDREIRA, C. S. **Assistência psicológica humanizada à pacientes oncológicos: cuidados paliativos**. Psicologia. O Portal dos Psicólogo. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0735.pdf>. Acesso em: 01 set 2022.

PESSINI, L. **Distanásia: Até quando prolongar a vida?** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo e Loyola, 2001.

PESSINI, L., BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. EDUNISC-Edições Loyola, São Paulo, 2004.

PESSINI, L. Lidando com Pedidos de Eutanásia: a Inserção do Filtro Paliativo. Conselho Federal de Medicina. **Revista Bioética**, vol. 18, Brasília, 2010.

PIMENTEL, M, P. O Crime e a Pena na Atualidade. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 1990.

POHIER, J. **A morte oportuna: O direito de cada um decidir o fim da sua vida**. Tradução: Gemeniano Cascais Franco. ed. 1, Lisboa: Notícias, 1999.

POSSOLLI, G. E.; CANDIOTTO, K. B. B.. Transumanismo, biotecnologia e corporeidade. **Educação Contemporânea**, vol. 33, p. 19, Belo Horizonte, 2021.

RIBEIRO, J. **Introdução à psicologia da saúde**. Coimbra: Coleção Psicologias, 2005.

RODRIGUES, R,L. **Dos Tribunais aos Hospitais: Diretivas Antecipadas: Planejamento Preventivo para Decisões Futuras sobre o Exercício do Direito ao Próprio Corpo, a Saúde e a Vida Digna**, Belo Horizonte: ed. Del Rey LTDA, 2013.

SÁ, M, F, F., MOUREIRA, D, L. **Autonomia para morrer:** Eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos. ed. 2, Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SAORIN, J.S., BERTOTTO, C. **Correlação entre a Psicologia e os Princípios da Bioética.** Unoesc & Ciência - ACHS Joaçaba, v. 9, n. 2, jul./dez. 2018.

SEBASTIANI, R. W., MAIA, E. M. C. **Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico.** Acta Cirúrgica Brasileira, 2005.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SINCEP. **Sindicato dos Cemitérios e Crematórios Particulares do Brasil.** Studio ideias.

Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45596113>. Acesso em: 19 set de 2022.

VASCONCELOS G.B., PEREIRA, P.M. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. **Revista de Administração em Saúde**, 2018.