

**ENTRE O FIM E O INFINITO – FORMAÇÃO E PRÁTICA TANATOLÓGICA NO
CUIDADO À MORTE E AO MORRER EM PACIENTES GRAVEMENTE
ENFERMOS**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n5-352>

Data de submissão: 23/04/2025

Data de publicação: 23/05/2025

Antônio Nacílio Sousa dos Santos

Doutorando em Ciências Sociais
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Horizonte, Ceará – Brasil.
E-mail: naciliosantos23@gmail.com

Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres

Doutora em Enfermagem Psiquiátrica
Universidade de Brasília (UnB)
Brasília, Distrito Federal – Brasil.
E-mail: aclaudiaval@unb.br

Alan Judson Zaidan de Sousa

Graduando em Medicina
Faculdade Ciências da Saúde Pitágoras.
Codó, Maranhão – Brasil.
E-mail: alanjudson_zaidan@outlook.com

Maico William Mombach

Mestre em Processos e Manifestações Culturais
Universidade Feevale
Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul – Brasil.
E-mail: maicomombach@gmail.com

Cláudio Luiz da Costa Rebello

Mestrando em Ciências da Reabilitação
Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)
Campinho, Rio de Janeiro – Brasil.
E-mail: clrebelloiz@gmail.com

Verônica Mascarenhas Oliveira

Mestre em Enfermagem
Universidade Federal da Bahia (UFBA).
Feira de Santana, Bahia – Brasil.
E-mail: veronicamascarenhas@gmail.com

Ana Lara Silva de Oliveira

Graduanda em Psicologia
Faculdade Luciano Feijão (FLF)
Itarema, Ceará – Brasil.
E-mail: lara-oliveira10@hotmail.com

Jorgeana Tereza Martins de Oliveira Resende
Mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)
Uberlândia, Minas Gerais – Brasil.
E-mail: jorgeana.resende@ebserh.gov.br

Nathalia Gabriela Fleck Leite
Graduada em Medicina
Universidade do Sul de Santa Catarina, campus Tubarão (UNISUL)
Santa Rosa, Rio Grande do Sul – Brasil.
E-mail: nathalia-gfl@hotmail.com

Vinicius da Silva Barbosa
Mestrando em Medicina/Biofotônica
Universidade Nove de Julho (UNINOVE)
Bela Vista, São Paulo – Brasil.
E-mail: vsbarbosaa@gmail.com

Ana Carolina de Gusmão
Especialista em Gestão em Saúde
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém, Pará – Brasil.
E-mail: krolenferm83@gmail.com

Amanda Cristina da Silva Baía Lira
Graduanda em Nutrição
Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Curitiba, Paraná – Brasil.
E-mail: amandalira100@gmail.com

Bruno de Souza Ferreira
Mestrando em Medicina/Biofotônica
Universidade Nove de Julho (UNINOVE)
São Paulo, São Paulo – Brasil.
E-mail: bruno-ferreira93@hotmail.com

Thiago César Gomes da Silva
Especialista em Urgência, Emergência e UTI.
Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA)
Recife, Pernambuco – Brasil.
E-mail: thiagocesarenfermagem@gmail.com

Elicéia da Silva Almeida
Mestranda em Ciências da Saúde
Integralize
Bayeux, Paraíba – Brasil.
E-mail: eliceiapp@gmail.com

RESUMO

Entre o fim e o infinito, ou seja, entre a finitude da vida e a vastidão subjetiva que envolve o morrer, inscreve-se o campo delicado da formação e prática tanatológica no cuidado a pacientes gravemente enfermos. Assim, este artigo investiga como a formação e a prática tanatológica se constitui como dimensões essenciais para proporcionar um cuidado humanizado e ético, que acolha a dor, a esperança e a transcendência presentes no processo de morrer. Dessa forma, o objeto deste estudo é a formação e a prática tanatológica no contexto do cuidado a pessoas em situação de terminalidade. O objetivo consiste em analisar, de forma compreensiva, como essas práticas se estruturam, bem como verificar se contribuem para assegurar dignidade e qualidade de vida aos pacientes em seus últimos momentos. Em consequência disso, a pergunta de partida que orienta esta reflexão é: de que modo à formação e a prática tanatológica influenciam o cuidado à morte e ao morrer em pacientes gravemente enfermos, promovendo uma presença ética, sensível e transformadora? Teoricamente, utilizamos os trabalhos de Aries (1972), Byock (1998; 2012), Figueiredo (1994), Grof e Halifax (1978), Halifax (2009), Kovács (1992; 2008), Kastenbaum (1988; 2000; 2018), Kastenbaum e Moreman (2018), Kellehear (2005; 2007; 2007; 2016), Kellehear, Wegleitner e Heimerl (2016), Kübler-Ross (1969; 1974; 1996; 1997; 1998; 2000; 2003; 2013; 2014), Saunders (2011; 2011), Wood (2024), Worth (2004), entre outros. A pesquisa é de cunho qualitativa conforme Minayo (2007), bibliográfica e descritiva a partir de Gil (2008) e com o viés analítico compreensivo na perspectiva de Weber (1949). Os achados indicaram que a formação tanatológica qualifica a prática profissional ao promover competências comunicacionais, éticas e relacionais no cuidado ao paciente terminal. Além disso, a prática tanatológica humaniza a assistência ao morrer, valorizando a dignidade, a autonomia e o alívio do sofrimento. A incorporação da tanatologia nas políticas públicas e currículos da saúde são fundamentais para transformar a cultura institucional, rompendo com o paradigma tecnicista e hospitalocêntrico. Por fim, identificou-se que a escuta ativa, a presença compassiva e a valorização das diretrizes antecipadas são elementos centrais que consolidam uma prática sensível e transformadora no cuidado à terminalidade.

Palavras-chave: Tanatologia. Cuidados Paliativos. Humanização. Formação Profissional.

1 INTRODUÇÃO

1.1 ENTRE O CUIDADO E A FINITUDE: A FORMAÇÃO E A PRÁTICA TANATOLÓGICA COMO CAMINHOS PARA HUMANIZAR O PROCESSO DE MORRER – INTRODUZINDO

Ainda que a morte seja, de maneira incontestável, uma parte inexorável da experiência humana, ela continua a ser, paradoxalmente, um tabu na sociedade contemporânea, especialmente nas culturas ocidentais, que a evitam, silenciam e medicalizam. Não se pode ignorar que, enquanto no Ocidente a morte é frequentemente ocultada nos hospitais e instituições, em diversas culturas tradicionais ela é integrada à vida cotidiana, permeada por rituais que acolhem o morrer como parte de um ciclo. Por exemplo, na cultura Toraja¹, na Indonésia, a preparação do corpo é acompanhada de rituais comunitários complexos que podem durar semanas, permitindo à família e à comunidade um tempo ampliado de luto e despedida: “[...] para os Toraja, a morte é vista como um processo social e espiritual que só se completa após uma série de rituais que garantem a passagem do espírito ao além” (Kellehear, 2007, p. 51). Do mesmo modo, nas comunidades indígenas brasileiras, como os Yanomami², os rituais funerários incluem o preparo coletivo do corpo e a cremação, compreendida como meio de liberação da alma: Segundo Kellehear (2007, p. 128), “[...] os Yanomami realizam a queima dos ossos em uma cerimônia pública, transformando o corpo em cinzas, que serão posteriormente consumidas em um gesto simbólico de reintegração com a natureza”. Assim, essas práticas rituais evidenciam uma relação mais integrada com a finitude, diferente da negação predominante no modelo ocidental.

¹ Na cultura Toraja, na Indonésia, a morte é concebida não como um evento abrupto que encerra a vida, mas como um processo prolongado e profundamente enraizado na coletividade familiar e comunitária. Para esse povo, a preparação para o funeral, denominado *Rambu Solo*, pode durar meses ou até anos, período em que o corpo do falecido permanece na casa da família, sendo tratado como uma pessoa doente ou dormindo, e não como alguém que já partiu. Durante esse tempo, a família se organiza para realizar uma cerimônia funerária grandiosa, que envolve o sacrifício de búfalos, danças rituais e discursos que reafirmam a ligação entre os vivos e os ancestrais. Essa concepção amplia a compreensão sobre o morrer como um fenômeno social e relacional, em que a despedida é ritualisticamente elaborada e partilhada, demonstrando que, para os Toraja, o cuidado com o morto e com o luto transcende a dimensão biológica e se inscreve na continuidade da vida comunitária e espiritual (Adams, 2006). Ver: Adams, K. M. (2006). Death and the Toraja: The Transformation of the Dead in the Social Life of the Living in Sulawesi, Indonesia. In: Robben, A. C. G. M. (Ed.). Death, Mourning, and Burial: A Cross-Cultural Reader. Oxford: Blackwell Publishing, p. 134-144.

² Entre os povos indígenas brasileiros, como os Yanomami, a morte é compreendida dentro de uma complexa rede de significados cosmológicos, sociais e espirituais, onde o falecimento de uma pessoa não representa um fim absoluto, mas um momento de transição que exige a realização de diversos rituais. Entre esses rituais, destaca-se a prática da cremação do corpo e o posterior preparo de um mingau com as cinzas, consumido pelos familiares como forma de integrar simbolicamente o morto à coletividade dos vivos. Para os Yanomami, esse processo ritualístico visa assegurar a proteção espiritual da aldeia, bem como evitar que o espírito do falecido, denominado *noreshi*, cause danos à comunidade. Assim, a morte não é um evento privado, mas coletivo, e exige a participação de todos os membros da comunidade, que expressam, por meio dos cantos, danças e oferendas, a continuidade da vida e o fortalecimento dos vínculos ancestrais (Albert, 1985). Ver: ALBERT, Bruce. *Temps du sang, temps des cendres: représentation de la maladie, système rituel et espace politique chez les Yanomami du Sud-Est*. Thèse (Doctorat en Anthropologie) – École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 1985.

Além das mudanças demográficas e epidemiológicas que marcam o século XXI, com destaque para o aumento significativo das doenças crônicas, degenerativas e terminais, observa-se uma crescente necessidade de integrar o cuidado tanatológico³ como dimensão essencial da atenção à saúde. Em contextos em que a cura já não é possível, o foco se desloca para a qualidade de vida remanescente, exigindo práticas que considerem a dor total do paciente – dimensão que articula sofrimento físico, emocional, espiritual e relacional. Como aponta Byock (1998), “[...] a terminalidade nos obriga a olhar para a vida não como um problema a ser solucionado, mas como uma experiência a ser cuidada” (p. 22). Nessa mesma perspectiva, a contribuição de Cicely Saunders, precursora do movimento hospice⁴, segue sendo fundamental. Segundo Saunders (2011, p. 44), “[...] o cuidado paliativo não é sobre desistir, mas sim sobre reconhecer que cada momento pode conter sentido, mesmo nos limites da finitude”. Assim sendo, torna-se imprescindível compreender que o cuidado tanatológico não representa um campo auxiliar da medicina, mas sim uma resposta ética, técnica e afetiva à complexidade do morrer na contemporaneidade.

[...] o Cuidado Paliativo é um conjunto de atos multiprofissionais que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte dele se aproxima. Na maioria das vezes, a família é também abraçada pela equipe multiprofissional, pois ela compartilha do sofrimento do paciente. O Cuidado Paliativo prolonga-se após a morte sob a forma de atendimento do luto dos familiares. Os profissionais que compõem a equipe são os que controlam os sintomas do corpo (médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), da mente (psicólogo, psicoterapeuta, psicoanalista, psiquiatra), do espírito (padre, pastor, rabino, guru, sacerdotes das diferentes crenças religiosas professadas pelos pacientes), do social (assistente social, voluntário). Além desses, na dependência da evolução clínica do caso, outros profissionais e especialistas poderão ser chamados a cooperar com a equipe. Não existe mais o objetivo de CURAR o paciente, pois a doença está em fase progressiva, irreversível e não responsiva (Figueiredo, 1994, p. 44).

³ A necessidade de integrar o cuidado tanatológico como uma dimensão essencial da atenção à saúde evidencia-se na medida em que essa prática transcende a lógica biomédica tradicional, propondo uma abordagem ética, relacional e simbólica do processo de morrer. Diferentemente dos cuidados paliativos, que se concentram no manejo da dor e na melhoria da qualidade de vida em casos de doenças incuráveis, o cuidado tanatológico abrange aspectos mais amplos, relacionados à preparação emocional para a morte, ao acolhimento da espiritualidade e ao suporte à família antes, durante e após o falecimento. Assim, a tanatologia deve ser incorporada como um eixo transversal em todas as esferas da formação em saúde, de modo a capacitar os profissionais para lidar com as dimensões existenciais do morrer e promover uma assistência que respeite a dignidade humana em sua integralidade (Kovács, 2008). Ver: KOVÁCS, Maria Júlia. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

⁴ O movimento hospice surgiu na década de 1960, no Reino Unido, como uma resposta humanizada às limitações da medicina tradicional frente ao cuidado de pacientes terminais, sendo liderado pela médica e assistente social Cicely Saunders. Fundamentado no conceito de *total pain* (dor total), que engloba o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, o modelo hospice propôs uma abordagem integral do paciente em processo de morrer, promovendo conforto, dignidade e qualidade de vida até o fim. Esse movimento se espalhou mundialmente, influenciando a criação de unidades especializadas e programas de cuidados paliativos, e marcou uma mudança de paradigma na atenção à terminalidade, valorizando o acolhimento, a escuta e a presença compassiva como pilares do cuidado (Saunders, 2011). Ver: SAUNDERS, Cicely. *Velad conmigo: inspiración para una vida en cuidados paliativos*. Madri: Palabra, 2011.

Ainda que o avanço das tecnologias médico-hospitalares tenha promovido benefícios indiscutíveis no diagnóstico e tratamento de inúmeras enfermidades, é inegável que tais inovações também impuseram novos desafios ao cuidado dos pacientes em processo de morrer. O prolongamento artificial da vida, viabilizado por terapias invasivas e suporte intensivo, frequentemente prorroga o sofrimento sem garantir qualidade de vida. Como observa Kellehear (2007, p. 196), “[...] a modernidade médica possibilitou estender o tempo biológico, mas nem sempre conseguiu preservar a dignidade e o bem-estar subjetivo do paciente”. De forma complementar, segundo Saunders (2011, p. 72), “[...] quando a tecnologia se sobrepõe à escuta e ao cuidado, corre-se o risco de transformar o paciente terminal em objeto de intervenções que ignoram sua dimensão existencial”. Assim, a presença da tecnologia deve ser problematizada compreensivamente, pois se, por um lado, representa um avanço notável da ciência, por outro, demanda uma reconfiguração ética e humanizada das práticas assistenciais, de modo a garantir que o prolongamento da vida não seja dissociado da promoção de conforto, autonomia e sentido.

Neste sentido, a emergência da tanatologia como campo interdisciplinar consolidou-se a partir da necessidade de compreender a morte e o processo de morrer não apenas sob a ótica biomédica, mas também enquanto fenômenos psicológicos, sociais, culturais e éticos. Esse campo articula saberes diversos, como psicologia, medicina, enfermagem, serviço social, filosofia e bioética, configurando uma abordagem complexa e integral do cuidado na terminalidade. Assim, “[...] a tanatologia se constituiu como um espaço de diálogo entre diferentes disciplinas, superando a fragmentação do saber e possibilitando uma visão ampliada do morrer”, afirma Kovács (2008, p. 432). Além disso, Kellehear (2007) salienta que “[...] compreender a morte exige o reconhecimento de sua dimensão social, relacional e política, indo além da biologia e incorporando o contexto histórico-cultural” (p. 15). Dito isso, é possível afirmar que a tanatologia se constitui, na contemporaneidade, como um campo que transcende a especialização técnica, promovendo uma ética do cuidado pautada na integralidade e na dignidade da pessoa que morre.

[...] O grande desenvolvimento da Tanatologia ocorreu após as guerras mundiais, com os estudos de Hermann Feifel⁵ que escreveu o clássico “The meaning of death” (Feifel, 1959). Esta obra sinaliza o movimento de conscientização sobre a importância da discussão do tema da morte, apesar da ainda existente mentalidade de interdição do tema. O livro inclui textos sobre filosofia, arte, religião, sociologia. Há artigos de vários autores muito conhecidos, entre os quais destacamos: Jung, “A alma e a morte” e Marcuse, “A ideologia da morte”. Nesta obra, encontram-se também artigos temáticos como o capítulo “Trajetórias da morte” por Glaser e Strauss, e o capítulo “Prevenção do suicídio”, de Farberow e Schneidman (Kovács, 2008, p. 459).

Embora a formação profissional na área da saúde tenha avançado em múltiplos aspectos técnicos e científicos, permanece marcada por lacunas significativas no preparo para lidar com a terminalidade da vida. De fato, a ênfase tradicional nos procedimentos curativos e na superação da doença tende a marginalizar a formação voltada para o cuidado no processo de morrer, negligenciando as dimensões emocionais, éticas e relacionais dessa experiência. Segundo Kovács (2008, p. 438), “[...] a formação universitária na área da saúde, ao priorizar conteúdos biomédicos, acaba por despreparar os profissionais para o enfrentamento da morte, gerando insegurança, medo e, muitas vezes, afastamento do paciente terminal”. De igual maneira, Byock (1998, p. 119) destaca que “[...] muitos profissionais da saúde não recebem treinamento adequado para reconhecer e manejar o sofrimento existencial, concentrando-se exclusivamente nos sintomas físicos e, assim, perpetuando uma visão reducionista da terminalidade”. Dessa forma, a formação profissional limitada não apenas compromete a qualidade do cuidado prestado, mas também impacta negativamente a vivência dos profissionais diante da finitude, gerando sofrimento e sentimentos de impotência.

Decerto, o despreparo emocional e técnico dos profissionais da saúde no enfrentamento da morte e do morrer configura-se como um dos principais obstáculos à construção de práticas humanizadas no cuidado aos pacientes terminais. Muitas vezes, a falta de formação específica e o predomínio de uma cultura institucional que valoriza a cura e a produtividade dificultam o acolhimento das demandas subjetivas de quem está morrendo. Para Kellehear (2007), “[...] o medo da morte e a dificuldade de lidar com o sofrimento do outro são, frequentemente, transpostos em distanciamento afetivo e em intervenções técnicas que mascaram a impotência profissional” (p. 172). De modo semelhante, Saunders (2011, p. 103) afirma: “[...] o profissional da saúde, ao não reconhecer suas próprias angústias diante da finitude, corre o risco de desumanizar o cuidado, transformando o

⁵ Hermann Feifel é amplamente reconhecido como um dos pioneiros da tanatologia moderna, sendo responsável por romper o silêncio acadêmico e clínico que tradicionalmente cercava a temática da morte no Ocidente. Com a publicação da obra seminal *The Meaning of Death* em 1959, Feifel desafiou o modelo médico hegemônico, que evitava discutir o morrer, e propôs a necessidade de abordar a morte como um fenômeno humano que deve ser compreendido e integrado aos processos de cuidado. Sua contribuição foi fundamental para o desenvolvimento de uma nova perspectiva interdisciplinar sobre a morte, que inspirou pesquisas nas áreas da psicologia, sociologia, medicina e filosofia, e pavimentou o caminho para o surgimento do movimento hospice e da tanatologia como campo científico autônomo (Feifel, 1959). Ver: FEIFEL, Hermann (Ed.). *The meaning of death*. New York: McGraw-Hill, 1959.

paciente terminal em mero receptor de procedimentos”. Assim sendo, torna-se evidente que o despreparo não se limita ao domínio de técnicas específicas, mas envolve a ausência de um suporte emocional e ético que possibilite aos profissionais lidar com a vulnerabilidade e a complexidade do processo de morrer.

[...] De minha experiência clínica, e confirmando outras investigações, verifica-se, com frequência, que profissionais de saúde escolheram sua área para lutar contra a morte. E aqui encontraremos um espectro interessante e variado: desde aqueles que conseguem fazer isso criativamente, conhecendo seus limites, até os que sofrem horrorosamente ao se sentirem ‘derrotados’ pela morte, quando perdem um paciente. A vida desses profissionais se torna um inferno – culpam-se, tornam-se iatrogênicos –, intervindo, por vezes, desesperadamente e sem necessidade, abandonam seus pacientes quando se perde a esperança de ‘vencer’ a morte, etc. Estamos no terreno da onipotência. O leitor já deve ter percebido como isso não só faz o profissional de saúde sofrer, como impede que ele ajude seu paciente a viver melhor o tempo que antecede sua morte, e mais ainda, que tenha uma boa morte (Kovács, 1992, p. 98).

No contexto contemporâneo, o risco da desumanização no atendimento a pacientes gravemente enfermos se manifesta, sobretudo, na priorização de procedimentos técnicos em detrimento do reconhecimento da pessoa que sofre. Essa desumanização é frequentemente reforçada pela lógica hospitalocêntrica⁶, que fragmenta o cuidado e invisibiliza as necessidades emocionais e espirituais do paciente. Desse modo, “[...] a excessiva dependência de protocolos técnicos pode conduzir a uma perda do vínculo empático, reduzindo o paciente terminal a um corpo doente, e não mais a um sujeito”, conforme Byock (1998, p. 204). De maneira convergente, Kovács (2008, p. 441) ressalta: “[...] a ausência de uma abordagem humanizada no cuidado ao paciente em fim de vida pode resultar em práticas que agravam o sofrimento e minam a possibilidade de uma morte digna”. Desse modo, é fundamental reconhecer que o risco da desumanização não se resume a falhas individuais, mas decorre de uma formação e de uma organização dos serviços de saúde que ainda resistem a incorporar a terminalidade como parte constitutiva e legítima do processo assistencial.

Em consequência disso, a formação tanatológica emerge como um elemento indispensável para a construção de uma prática humanizada e ética no cuidado à terminalidade, pois promove a capacitação dos profissionais para lidarem com as complexidades do processo de morrer, incluindo suas dimensões emocionais, sociais e espirituais. Kellehear (2007, p. 212) afirma: “[...] uma formação

⁶ A lógica hospitalocêntrica, predominante nos sistemas de saúde contemporâneos, caracteriza-se pela centralidade do hospital como espaço privilegiado de cuidado, muitas vezes em detrimento de abordagens comunitárias e humanizadas, especialmente no que se refere à terminalidade. Esse modelo reforça a fragmentação do cuidado, a ênfase nas intervenções tecnológicas e a desvalorização das dimensões subjetivas e sociais do processo de morrer. Além disso, a lógica hospitalocêntrica frequentemente priva os pacientes do direito a uma morte digna, cercada de vínculos afetivos e suporte espiritual, pois transforma a terminalidade em um evento técnico e isolado. Assim, a crítica a esse paradigma impulsiona movimentos como os cuidados paliativos e o modelo hospice, que reivindicam uma atenção mais integral e relacional ao paciente em processo de finitude (Illich, 1975). Ver: ILLICH, Ivan. *Nêmesis médica: a expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

que contemple a tanatologia permite ao profissional ampliar sua escuta e acolher o sofrimento total do paciente, promovendo um cuidado mais compassivo e respeitoso”. Além disso, segundo Kovács (2008, p. 445), “[...] investir na formação tanatológica significa, antes de tudo, reconhecer a morte como parte integrante da vida e, portanto, como um evento que merece atenção, preparo e sensibilidade por parte dos profissionais de saúde”. Assim, a formação tanatológica se justifica não apenas como uma necessidade técnica, mas como um compromisso ético com a promoção da dignidade no processo de morrer, resgatando a centralidade da pessoa frente à inevitabilidade da finitude.

[...] pequenas ações provocam mudanças comportamentais significativas nos pacientes que estão vivenciando uma condição crônico-degenerativa, ações estas de iniciativa e responsabilidade dos profissionais de enfermagem. Exemplificando: encorajá-los a levantar-se; encaminhá-los para banho de aspersão ao invés de higienizá-los apenas com banho no leito; incentivá-los ao autocuidado; tratá-los não como um paciente terminal, moribundo, mas como pessoas constituídas de corpo-mente-espírito; permitir-lhes entrar vivos em suas próprias mortes (Figueiredo, 1994, p. 92).

Desse modo, transformar o paradigma biomédico vigente é uma necessidade urgente para que se possa oferecer um cuidado mais integral e humanizado aos pacientes em processo de morrer. O modelo tradicional, centrado na objetividade do diagnóstico e no controle dos sintomas, tende a negligenciar dimensões fundamentais da experiência da terminalidade, como os aspectos psicológicos, espirituais e sociais que atravessam o processo de morrer. Dito isso, “[...] o modelo biomédico, ao privilegiar a doença em detrimento da pessoa, frequentemente exclui as necessidades existenciais do paciente terminal, reduzindo a assistência a uma série de procedimentos técnicos”, endossa Saunders (2011, p. 88). De forma complementar, segundo Byock (1998, p. 47), “[...] a superação desse paradigma exige a valorização do cuidado paliativo como uma prática que reconhece a finitude como parte essencial da vida humana, promovendo acolhimento, conforto e dignidade”. Assim, transformar o paradigma biomédico significa deslocar o foco da cura a qualquer custo para uma atenção que priorize a qualidade de vida, reconhecendo e respeitando a complexidade do ser humano em sua dimensão integral.

Assim, o objeto de estudo deste campo, que se consolida progressivamente na interface entre diversas disciplinas, é precisamente a formação e a prática tanatológica no cuidado à morte e ao morrer, especialmente em pacientes gravemente enfermos. Trata-se de investigar como os profissionais da saúde são preparados, ou não, para enfrentar a terminalidade, bem como analisar as práticas desenvolvidas na assistência aos pacientes que se encontram em situação de vulnerabilidade extrema. Para Attig, “[...] o campo da tanatologia propõe uma abordagem que visa não apenas à

mitigação da dor física, mas também à promoção do bem-estar emocional e espiritual até o fim da vida” (2011, p. 29). De maneira similar, segundo Halifax (2009, p. 55), “[...] o cuidado ao moribundo exige presença compassiva, escuta qualificada e a habilidade de suportar o sofrimento alheio sem cair em intervenções desnecessárias que muitas vezes violentam o processo natural do morrer”. Assim, o estudo da formação e da prática tanatológica revela-se imprescindível para compreender como as instituições e os sujeitos constroem estratégias para acolher a experiência da finitude, oferecendo cuidados que respeitem a dignidade humana em sua dimensão mais radical.

Uma outra área importante de trabalho e de pesquisa nos estudos sobre a morte é a formação e preparação de profissionais de saúde para lidar com pacientes com doença grave e seus familiares. [...] A autora apresenta ainda a importância dos cursos sobre a morte e o morrer para estes profissionais, trazendo a possibilidade do autoconhecimento e a capacitação para lidar com pacientes próximos à morte. Verificou que alguns cursos para a formação de profissionais de saúde incluem o tema da morte em uma aula ou módulo. Propõe que sejam criados cursos específicos de Tanatologia, com duração que favoreça, além dos conhecimentos técnicos, a possibilidade de entrar em contato com valores e sentimentos mais profundos (Kovács, 2008, p. 463).

Assim, os objetivos que orientam a reflexão sobre a formação tanatológica concentram-se em três grandes eixos: analisar como essa formação contribui para a prática humanizada no cuidado paliativo; discutir os desafios e as potencialidades que ela oferece na atuação dos profissionais da saúde; e investigar práticas exemplares que promovem dignidade, conforto e acolhimento aos pacientes terminais. De acordo Byock (2012), “[...] a formação em tanatologia não apenas melhora as habilidades técnicas dos profissionais, mas também desenvolve competências relacionais e éticas fundamentais para o cuidado compassivo” (p. 133). De modo convergente, Kellehear (2005, p. 27) observa: “[...] práticas exemplares de cuidado tanatológico, como as desenvolvidas em hospices e unidades de cuidados paliativos, demonstram que é possível aliar competência técnica e sensibilidade humana, assegurando aos pacientes uma experiência de morte menos solitária e mais digna”. Assim sendo, os objetivos deste campo de estudo não se restringem à transmissão de conhecimentos, mas visam, sobretudo, à transformação das práticas assistenciais, promovendo uma “cultura do cuidado” que valorize a vida até seu último instante.

Desta maneira, a centralidade da formação e da prática tanatológica se expressa na busca por qualificar o cuidado prestado a pacientes gravemente enfermos, promovendo um morrer digno e humanizado, que respeite os valores, desejos e necessidades de cada pessoa. Esse horizonte ético e técnico aponta para a necessidade de superar práticas fragmentadas, pautadas apenas na intervenção biomédica, e de construir modelos assistenciais que reconheçam a complexidade do processo de morrer. Attig (2000, p. 14) afirma: “[...] o luto e o morrer são experiências que requerem uma rede de

apoio empático, capaz de sustentar a pessoa diante de sua maior vulnerabilidade”. Complementarmente, segundo Kellehear, Wegleitner e Heimerl (2016, p. 92), “[...] as comunidades compassivas demonstram que é possível criar redes de solidariedade que integram o cuidado formal e informal, ampliando as possibilidades de um morrer digno e socialmente amparado”. Assim, qualificar o cuidado tanatológico significa ampliar as fronteiras do que se entende por saúde, incluindo o respeito ao tempo do morrer, ao protagonismo do paciente e ao reconhecimento de sua humanidade até o fim.

2 METODOLOGIA DA PESQUISA: ABORDAGEM QUALITATIVA E COMPREENSIVA NO ESTUDO DA FORMAÇÃO E PRÁTICA TANATOLÓGICA

A presente pesquisa adotou a abordagem qualitativa, pois permitiu uma apreensão das experiências humanas relacionadas ao cuidado no processo de morrer. Como salientou Minayo, “[...] a pesquisa qualitativa se ocupa de um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” (2007, p. 21). De igual maneira, Flick afirmou que “[...] a pesquisa qualitativa visa captar processos, significados e relações sociais que não são imediatamente visíveis, mas que são fundamentais para a compreensão das práticas humanas” (2009, p. 16). Assim, essa perspectiva foi imprescindível para investigar a formação e a prática tanatológica, que envolveram aspectos subjetivos e relacionais profundos, muitas vezes invisibilizados pelas metodologias quantitativas tradicionais.

Além disso, com o objetivo de captar as dimensões simbólicas e afetivas do cuidado tanatológico, optou-se pela utilização do método comprensivo, inspirado na tradição weberiana. Segundo Gil, “[...] a compreensão, para Weber, refere-se ao sentido visado subjetivamente por atores, no curso de uma atividade concreta” (2008, p. 72). De modo complementar, Weber explicou que “[...] o pesquisador deve apreender o mundo social sem eliminar a integridade subjetiva dos atores que atribuem significado às suas ações” (1949, p. 90). Assim sendo, a adoção da abordagem comprensiva possibilitou a interpretação das práticas tanatológicas a partir da perspectiva dos próprios profissionais de saúde, reconhecendo a complexidade e a singularidade de suas experiências no cuidado à morte.

Do mesmo modo, ressalta-se que esta pesquisa caracterizou-se como uma investigação bibliográfica, fundamentada na análise e interpretação de obras acadêmicas relevantes sobre tanatologia. Conforme apontou Gil, “[...] a pesquisa bibliográfica utiliza fundamentalmente as contribuições de vários autores sobre determinado assunto, tendo como principal fonte os livros e artigos científicos” (2008, p. 45). De forma semelhante, Flick observou que “[...] o levantamento e a análise criteriosa da literatura são etapas essenciais para contextualizar teoricamente a pesquisa e

evitar redundância de investigações” (2009, p. 56). Assim, o estudo fundamentou-se em vasta literatura sobre tanatologia e formação profissional, com o objetivo de construir uma base teórica sólida para a análise proposta.

[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisa bibliográfica, assim como certo número de pesquisas desenvolvidas a partir da técnica de análise de conteúdo. A escolha do assunto que conduza a uma pesquisa bibliográfica digna desse nome requer que se considerem alguns critérios, tais como: o assunto deve ser de interesse do pesquisador; deve apresentar relevância teórica e prática; deve ser adequado à qualificação do pesquisador; deve haver material bibliográfico suficiente e disponível; e o pesquisador deve dispor de tempo e outras condições de trabalho necessárias ao desenvolvimento da pesquisa (Gil, 2008, p. 50-51).

Em consequência disso, foi necessária a delimitação cuidadosa do objeto e da problemática de pesquisa, etapa que, segundo Gil, “[...] deve ser formulada como pergunta, ser delimitada a uma dimensão viável e apresentar clareza e precisão” (Gil, 2008, p. 38). De igual maneira, Minayo destacou que “[...] na pesquisa qualitativa, a formulação do problema está profundamente vinculada ao referencial teórico e ao contexto empírico, devendo expressar a curiosidade epistemológica do pesquisador” (Minayo, 2007, p. 25). Assim, a presente investigação foi orientada pela pergunta: “De que modo a formação e a prática tanatológica influenciam o cuidado à morte e ao morrer em pacientes gravemente enfermos?”, buscando, com isso, compreender as interfaces entre formação profissional, prática assistencial e humanização do cuidado.

Além disso, a construção do referencial analítico da pesquisa deu-se a partir da articulação de múltiplas fontes teóricas, uma estratégia que Minayo denominou de “triangulação teórica”, a qual “[...] permite que a análise transcendia uma visão unidimensional e alcance maior densidade interpretativa” (2007, p. 46). Do mesmo modo, Stake reforçou que “[...] o pesquisador qualitativo deve recorrer a diversas perspectivas teóricas para iluminar diferentes aspectos do fenômeno estudado” (2011, p. 85). Assim sendo, neste estudo, as contribuições de autores clássicos sobre tanatologia, como Kübler-Ross, Kastenbaum, Kovács e Halifax, foram mobilizadas em diálogo com referenciais teóricos contemporâneos.

Por isso, salientou-se que a análise dos dados na pesquisa qualitativa não se restringiu à descrição, mas exigiu uma interpretação comprehensiva e hermenêutica, que visou captar o sentido das práticas e discursos investigados. Minayo enfatiza que “[...] o processo analítico na pesquisa qualitativa corresponde a um movimento de compreensão que vai além do aparente, buscando acessar as lógicas internas e os significados atribuídos pelos sujeitos” (2007, p. 41). De forma complementar,

Flick afirmou que “[...] a análise qualitativa implica interpretar as falas e textos como expressões de significados contextuais, que devem ser reconstruídos pelo pesquisador” (2009, p. 101). Assim, a presente pesquisa adotou essa perspectiva analítica, comprometida com a reconstrução dos sentidos atribuídos à formação e à prática tanatológica no campo da saúde.

[...] fazendo uma reflexão densa acerca do diálogo entre hermenêutica (compreensão) e dialética (crítica), nos traz princípios que podem servir de baliza para a operacionalização do método de interpretação de sentidos. Dentre esses princípios, destacamos que, para que possamos interpretar os nossos dados, é preciso: (a) buscar a lógica interna dos fatos, dos relatos e das observações; (b) situar os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores; (c) produzir um relato dos fatos em que seus atores nele se reconheçam (Minayo, 2002, p. 41).

Além disso, destacou-se que a presente pesquisa, mesmo de natureza exclusivamente bibliográfica, orientou-se pelos princípios éticos fundamentais da pesquisa em saúde, especialmente no que se refere ao respeito à dignidade humana. Conforme Minayo, “[...] a ética na pesquisa qualitativa transcende as normas formais e implica um compromisso ontológico e político com a defesa da vida e da dignidade dos sujeitos” (2007, p. 70). De modo semelhante, Gil asseverou que “[...] todo processo de pesquisa científica deve pautar-se por critérios éticos, especialmente no que concerne à integridade, honestidade e respeito aos direitos autorais” (2008, p. 45). Assim, a seleção e utilização das obras foram realizadas com rigor ético, reconhecendo a autoria e a contribuição intelectual dos estudiosos que fundamentaram a análise.

De igual maneira, observou-se que, conforme destacou Stake (2011), “[...] o pesquisador qualitativo é, simultaneamente, um instrumento e um mediador da investigação, devendo explicitar sua trajetória, valores e interesses que atravessam o processo investigativo” (p. 30). Do mesmo modo, Minayo (2007) enfatizou que “[...] o pesquisador é parte integrante do processo investigativo, e sua experiência pessoal e profissional influencia a escolha do objeto, a formulação das questões e a interpretação dos dados” (p. 27). Assim, neste estudo, a escolha pela temática da formação e prática tanatológica refletiu o compromisso dos pesquisadores com uma perspectiva ética e humanizada do cuidado à morte, bem como sua trajetória acadêmica vinculada aos estudos sobre saúde e humanização.

Portanto, afirma-se que a adoção da abordagem qualitativa comprensiva constituiu uma escolha metodológica coerente com o objeto e os objetivos da pesquisa, além de ter contribuído para o avanço do campo da tanatologia. Conforme Flick (2009), “[...] a pesquisa qualitativa oferece subsídios importantes para o desenvolvimento de práticas mais sensíveis e éticas, especialmente em áreas que envolvem sofrimento humano, como os cuidados paliativos e a tanatologia” (p. 43). De

forma semelhante, Minayo afirmou que “[...] a pesquisa qualitativa é imprescindível para o campo da saúde, pois permite acessar dimensões subjetivas e relacionais que são fundamentais para a promoção do cuidado integral” (2007, p. 19). Assim, este estudo buscou somar-se aos esforços acadêmicos que visaram qualificar a formação e a prática tanatológica, mediante uma compreensão profunda das experiências e sentidos atribuídos ao cuidado à morte.

Desse forma, observou-se que, embora a pesquisa qualitativa não se orientasse pelos critérios de validade e confiabilidade tradicionais da pesquisa quantitativa, ela exigiu rigor teórico e metodológico, coerência e transparência. Segundo Minayo, “[...] a validade da pesquisa qualitativa está vinculada à consistência lógica do processo investigativo e à plausibilidade das interpretações realizadas” (2007, p. 35). De modo complementar, Stake (2011) afirmou que “[...] a credibilidade na pesquisa qualitativa é construída por meio da clareza metodológica, da triangulação das fontes e da explicitação dos procedimentos analíticos” (p. 120). Assim, este estudo buscou assegurar rigor metodológico mediante a definição clara do objeto, a fundamentação teórica sólida e a adoção de procedimentos interpretativos transparentes e sistemáticos.

3 ENTRE O FIM E O INFINITO – FORMAÇÃO E PRÁTICA TANATOLÓGICA NO CUIDADO À MORTE E AO MORRER EM PACIENTES GRAVEMENTE ENFERMOS

Ainda que a reflexão sobre a morte e o morrer acompanhe a humanidade desde suas origens, a tanatologia, enquanto campo estruturado de estudo, constitui uma elaboração conceitual relativamente recente, fundada na necessidade de compreender, cuidar e acolher o processo de finitude de modo mais humanizado e sistematizado. O termo tanatologia deriva de “Thanatos”⁷, a personificação da morte na mitologia grega, e foi introduzido para designar um conjunto de saberes que investigam os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais da morte. Assim, “[...] a tanatologia nasce como resposta à necessidade de romper com o silêncio e o tabu que historicamente cercaram a morte, reconhecendo-a como um evento humano, inevitável e carregado de sentido” (Kovács, 2008, p. 15). De igual maneira, Attig (2011, p. 7) observa: “[...] compreender o processo do morrer é fundamental para transformar o cuidado, permitindo que ele vá além do controle dos sintomas físicos e alcance as necessidades emocionais e espirituais do ser humano”. Assim, pode-se afirmar

⁷ O termo “tanatologia” deriva da palavra grega *Thanatos*, que representa a personificação da morte na mitologia helênica, sendo filho da deusa Nyx (a Noite) e irmão de Hypnos (o Sono). A escolha desse termo para nomear o campo científico que estuda a morte e o morrer reflete a tentativa de resgatar a dimensão simbólica e arquetípica da finitude, reconhecendo que a morte sempre foi, ao longo da história humana, um tema profundamente carregado de significados culturais, religiosos e filosóficos. A tanatologia, assim, configura-se como um esforço acadêmico e profissional para compreender e integrar essa realidade inevitável à prática clínica e à formação em saúde, buscando romper com o tabu e o silêncio que historicamente cercaram a morte no Ocidente (Kovács, 2008). Ver: KOVÁCS, Maria Júlia. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

que, ao longo de sua evolução, a tanatologia consolidou-se como um campo interdisciplinar comprometido com a promoção de uma abordagem integral do morrer, resgatando a dignidade da pessoa diante de sua finitude.

Estamos falando sobre a morte – objeto de repressão social – de um modo franco, sem complicações, abrindo assim a porta para uma gama ampla de discussões, permitindo uma negação total, se necessários, ou uma conversa aberta sobre os temores e preocupações do paciente, se ele assim o desejar. Não se servir da negação e usar termos ‘morte’ e ‘morrer’ talvez seja a comunicação mais bem aceita por muitos de nossos pacientes. Se procurarmos resumir brevemente o que estes pacientes nos ensinaram, há um fato que, a meu ver, se destaca mais: todos eles estão cientes da gravidade de seu estado, quer tenham sido informados ou não. Nem sempre dizem que sabem a seu médico ou a parente próximo (Kübler-Ross, 1996, p. 69-70).

Logo após a emergência de demandas sociais e clínicas relacionadas ao cuidado de pessoas em processo de morrer, a tanatologia consolidou-se como um campo interdisciplinar, articulando saberes provenientes da medicina, psicologia, enfermagem, serviço social, filosofia e bioética. Essa consolidação se deu especialmente a partir da segunda metade do século XX, impulsionada pelo reconhecimento das limitações do modelo biomédico frente às necessidades existenciais dos pacientes terminais. De fato, “[...] a tanatologia tornou-se uma referência indispensável para a prática clínica contemporânea, oferecendo subsídios para uma atuação que reconhece a complexidade da experiência da morte”, afirma Kellehear (2007, p. 105). De maneira complementar, Saunders (2011, p. 66) salienta: “[...] a criação do movimento hospice e a valorização do cuidado paliativo representaram marcos fundamentais para a institucionalização da tanatologia como campo científico e ético”. Assim sendo, a consolidação da tanatologia está intrinsecamente ligada à necessidade de oferecer respostas mais sensíveis e adequadas às múltiplas dimensões que compõem o processo de morrer, superando a fragmentação dos saberes e promovendo uma visão ampliada da terminalidade.

Além disso, é importante destacar que o desenvolvimento da tanatologia foi profundamente influenciado por algumas das mais relevantes correntes teóricas e referenciais, entre as quais se destacam as contribuições de Elisabeth Kübler-Ross, Cicely Saunders e Ira Byock. Kübler-Ross (1969, p. 43) propôs, de maneira pioneira, “[...] o modelo dos cinco estágios do luto – negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – como uma tentativa de compreender os processos psicológicos vivenciados por pacientes terminais”. Por sua vez, Saunders (2011, p. 88) introduziu o conceito de dor total: “[...] uma dor que transcende o físico e engloba o sofrimento emocional, social e espiritual, demandando uma abordagem multidimensional no cuidado ao paciente terminal”. Complementarmente, Byock (2012, p. 111) reforça: “[...] morrer bem é possível, desde que haja uma assistência que reconheça e valorize o indivíduo em sua integralidade, proporcionando conforto e

dignidade até o fim”. Assim, essas correntes teóricas não apenas estruturaram o campo da tanatologia, mas também transformaram radicalmente a maneira como o morrer passou a ser compreendido e acolhido nas práticas de cuidado.

Ainda assim, apesar dos avanços teóricos e práticos proporcionados pela tanatologia, a sua introdução nos currículos acadêmicos das áreas de saúde ocorreu de forma gradual e, muitas vezes, fragmentada, refletindo resistências culturais e institucionais à tematização da morte no espaço formativo. Isto é, “[...] a presença da tanatologia nos currículos universitários representa um avanço significativo, pois contribui para a construção de competências profissionais voltadas para o cuidado integral, especialmente em contextos de terminalidade” (Kovács, 2008, p. 329). De modo semelhante, Halifax (2009, p. 142) afirma: “[...] incluir a formação tanatológica na educação dos profissionais da saúde é fundamental para que possam desenvolver habilidades de presença compassiva, escuta ativa e sensibilidade diante do sofrimento humano”. Dessa forma, a introdução da tanatologia nos currículos acadêmicos não apenas amplia a formação técnica, mas também promove uma necessária reflexão ética e humanista, preparando os futuros profissionais para lidar de maneira sensível e qualificada com o processo de morrer.

Nosso seminário interdisciplinar sobre o estudo dos pacientes em fase terminal tornou-se uma abordagem didática aperfeiçoada e bem aceita, frequentado semanalmente por mais de cinquenta pessoas de diferentes formações, disciplinas e interesses. As salas de aula talvez sejam das poucas em que o pessoal do hospital se reúne informalmente para debater, sob ângulos diferentes, as necessidades dos pacientes e o cuidado que exigem. [...] Em suma, tornou-se parte do currículo de muitos estudantes que, no início de suas carreiras, se preparam com pacientes em fase terminal e se preparam para cuidar deles com menos receios quando estiverem sob sua responsabilidade (Kübler-Ross, 1996, p. 215-216).

Contudo, não se pode ignorar que a resistência cultural e institucional à discussão da morte no ambiente hospitalar ainda constitui um dos principais obstáculos à plena incorporação da tanatologia nas práticas assistenciais. Por exemplo, “[...] o hospital, concebido como espaço da cura e da intervenção tecnológica, muitas vezes marginaliza a morte, relegando-a a um evento indesejado que deve ser ocultado ou controlado”, afirma Kellehear (2007, p. 143). Além disso, segundo Attig (2000, p. 56), “[...] há uma dificuldade generalizada dos profissionais em abordar o tema da morte com os pacientes, muitas vezes por medo de provocar sofrimento ou por não saberem como lidar com a própria angústia diante da finitude”. Assim, essa resistência institucional e cultural perpetua a negação do morrer como parte constitutiva do cuidado, reforçando práticas que priorizam a manutenção biológica da vida, em detrimento de uma assistência que valorize a dignidade, o conforto e o acolhimento ao paciente em processo de morte.

Em consequência disso, torna-se evidente que a resistência à discussão da morte nos ambientes hospitalares não decorre apenas de fatores institucionais, mas também de condicionamentos históricos e culturais que moldam a forma como a sociedade ocidental comprehende a finitude. Ariès pontua que “[...] durante séculos, a morte foi deslocada do espaço doméstico para o hospitalar, sendo progressivamente medicalizada e afastada do convívio familiar e social” (1972, p. 87). De maneira complementar, Byock (2012, p. 23) enfatiza: “[...] a cultura hospitalar, orientada por valores técnicos e produtivistas, dificulta a criação de espaços onde a morte possa ser discutida com naturalidade e acolhida com sensibilidade”. Assim sendo, para superar essa resistência, é imprescindível que se promovam transformações estruturais e culturais que resgatem a morte como uma experiência humana legítima, digna de cuidado e reflexão, abrindo caminho para práticas assistenciais mais humanizadas e integrativas.

Além disso, a medicalização da morte contribuiu para reforçar uma cultura institucional que, ao priorizar a intervenção técnica, negligencia o cuidado emocional e espiritual do paciente em processo de morrer. Para Kellehear, “[...] a transformação da morte em um evento exclusivamente biológico resultou na perda de rituais e significados que tradicionalmente conferiam sentido e acolhimento ao fim da vida” (2007, p. 159). De igual maneira, Halifax (2009, p. 64) adverte: “[...] quando a morte é tratada apenas como um fracasso terapêutico, os profissionais de saúde tendem a se afastar emocionalmente do paciente, privando-o do apoio necessário para vivenciar sua finitude com dignidade”. Assim, o excesso de foco na dimensão tecnológica da assistência impede a construção de vínculos humanizados, essenciais para que o paciente possa experimentar o morrer como um processo integrado à sua biografia e à sua história de vida.

Se pudéssemos ensinar aos nossos estudantes o valor da ciência e da tecnologia, ensinando a um tempo a arte e a ciência do inter-relacionamento humano, do cuidado humano e total ao paciente, sentiríamos um progresso real. Se não fosse feito mau uso da ciência e da tecnologia no incremento da destruição, prolongando a vida em vez de torná-la mais humana; se ciência e tecnologia pudessem caminhar paralelamente com maior liberdade para contatos de pessoa a pessoa, então poderíamos falar realmente de uma grande sociedade (Kübler-Ross, 1996, p. 218).

Por isso, é fundamental destacar que, apesar da resistência institucional, diversas experiências têm demonstrado que a introdução da tanatologia na formação dos profissionais de saúde pode transformar radicalmente o modo como o morrer é acolhido no ambiente hospitalar. Assim, “[...] iniciativas formativas que incluem conteúdos sobre morte e luto capacitam os profissionais para enfrentar o sofrimento, favorecendo a construção de uma prática assistencial mais ética e empática”, afirmam Sallnow, Kumar & Kellehear (2012, p. 119). De forma complementar, segundo Saunders

(2011, p. 94), “[...] preparar o profissional para lidar com a terminalidade é tão essencial quanto treiná-lo para o manejo das tecnologias, pois a competência técnica deve caminhar junto com a sensibilidade humana”. Desta maneira, ao incorporar a tanatologia nos processos formativos, rompe-se com a lógica que marginaliza a morte, abrindo espaço para que o cuidado à vida, até o seu fim, seja pautado na escuta, no acolhimento e na dignidade.

De igual maneira, é importante observar que a resistência à introdução da tanatologia não se restringe ao contexto hospitalar, mas também se manifesta nas políticas públicas e nos currículos das instituições formadoras, que historicamente privilegiaram uma visão biomédica e tecnicista da saúde. Logo, “[...] a ausência de disciplinas específicas sobre a morte e o morrer nos cursos de saúde impede que os futuros profissionais desenvolvam habilidades relacionais fundamentais para o cuidado em situações de terminalidade” (Charmaz, Howarth & Kellehear, 1997, p. 45). Além disso, Byock (1998, p. 215) destaca: “[...] uma educação que ignore a morte como parte integrante da vida prepara profissionais despreparados para lidar com uma das experiências mais universais e inevitáveis da condição humana”. Assim, superar essa resistência exige uma mudança paradigmática, que valorize não apenas o domínio técnico, mas também a competência ética e relacional no acolhimento ao sofrimento e à finitude.

Ainda assim, é fundamental reconhecer que a abordagem tanatológica não se limita ao ambiente hospitalar, mas se estende também às comunidades e redes de cuidado, promovendo iniciativas que ampliam o suporte social ao paciente terminal e à sua família. Kellehear, Wegleitner e Heimerl (2016, p. 92) afirmam: “[...] as comunidades compassivas demonstram que é possível criar redes de solidariedade que integram o cuidado formal e informal, ampliando as possibilidades de um morrer digno e socialmente amparado”. De modo semelhante, segundo Grof e Halifax (1978, p. 203), “[...] o processo de morrer não deve ser medicalizado e isolado, mas sim reintegrado à experiência social e espiritual da vida, com rituais e práticas que conferem sentido à passagem”. Assim sendo, ampliar o campo de ação da tanatologia significa reconhecer a necessidade de uma abordagem que transcendia os limites institucionais e promova o cuidado como uma responsabilidade compartilhada entre profissionais, familiares e comunidade.

A medicina tem seus limites, um fato que não se ensina na faculdade. Outro fato que não é ensinado: um coração compassivo, sentimento que supõe ternura, compreensão e desejo de ajudar, pode curar quase tudo. Uns poucos meses no campo convenceram-me de que ser bom médico nada tinha a ver com anatomia, cirurgia ou prescrição dos remédios certos. A melhor maneira de um médico ajudar seu paciente era ser ele próprio uma pessoa cheia de bondade, zelo, sensibilidade e amor (Kübler-Ross, 1998, p. 76).

Além disso, a evolução histórica da tanatologia revela que, desde as primeiras sistematizações teóricas, houve uma preocupação constante em compreender a experiência da morte como parte essencial da existência humana, e não apenas como um evento biológico isolado. Ou seja, “[...] a concepção ocidental moderna da morte como fracasso terapêutico contrasta com tradições que reconhecem a finitude como um momento de passagem, dotado de significados culturais e espirituais profundos”, pontua Worth (2004, p. 77). De forma complementar, Attig (2011, p. 121) observa: “[...] quando a morte é acolhida como uma oportunidade para o desenvolvimento pessoal e relacional, o processo de morrer pode ser vivenciado com maior serenidade, tanto para o paciente quanto para seus familiares”. Assim, a evolução da tanatologia evidencia uma trajetória de ampliação e aprofundamento das perspectivas sobre o morrer, superando reducionismos biomédicos e propondo abordagens mais integrativas e humanizadas.

Neste sentido, é fundamental observar que a tanatologia contemporânea não apenas propõe uma reflexão sobre o morrer, mas também orienta práticas que buscam transformar a experiência da terminalidade em um processo mais digno, consciente e acompanhado. Assim, “[...] a prática tanatológica promove um deslocamento da assistência pautada exclusivamente na cura para uma atenção integral, que valoriza o alívio do sofrimento e a construção de um espaço de cuidado e acolhimento” (Du Boulay, 2011, p. 134). De igual maneira, segundo Kastenbaum e Moreman (2018, p. 263), “[...] ao compreender a morte como um fenômeno biopsicossocial, a tanatologia amplia a atuação dos profissionais da saúde, estimulando intervenções mais sensíveis e respeitosas às necessidades dos pacientes e seus familiares”. Em verdade, pode-se afirmar que a tanatologia se consolida como um campo imprescindível para a formação de profissionais e para o fortalecimento de políticas públicas que assegurem uma assistência ética e humanizada ao processo de morrer.

Tentará ser médico e prolongar a vida, mas levará em consideração também as necessidades do paciente, discutindo-as francamente com ele. O nosso doente, que, antes de tudo, era uma pessoa, sentia-se inabilitado para suportar a vida justamente por estar impossibilitado de fazer uso das faculdades que lhe restavam. Com esforço conjugado, muitas dessas faculdades podem ser despertadas, senão nos assustarmos vendo alguém sofrer desamparado. Talvez eu queira dizer o seguinte: podemos ajudá-los a morrer, tentando ajudá-los a viver, em vez de deixar que vegetem de forma desumana (Kübler-Ross, 1996, p. 154).

Em primeiro lugar, é importante destacar que a formação tanatológica dos profissionais de saúde constitui uma dimensão essencial para a promoção de práticas assistenciais que reconheçam a morte não como um fracasso terapêutico, mas como parte integrante e digna da experiência humana. Decerto, “[...] a formação tanatológica proporciona aos profissionais a oportunidade de refletirem sobre suas próprias atitudes em relação à morte, favorecendo o desenvolvimento de uma postura mais

empática e acolhedora no cuidado ao paciente terminal”, conforme Kovács (2008, p. 333). De forma complementar, Saunders (2011, p. 79) afirma: “[...] a preparação para lidar com a morte não é apenas uma competência técnica, mas uma dimensão ética e relacional que precisa ser cultivada desde os processos formativos”. Assim sendo, inserir a tanatologia na formação dos profissionais da saúde representa um compromisso com a humanização do cuidado, permitindo que os profissionais estejam preparados não apenas para intervir tecnicamente, mas para acompanhar, com presença sensível e qualificada, aqueles que se encontram em processo de morrer.

Além disso, cumpre salientar que a formação tanatológica requer o desenvolvimento de um conjunto de competências fundamentais, entre as quais se destacam a empatia, a escuta ativa, o acolhimento, a comunicação sensível e a ética relacional. Essas competências não se restringem a habilidades técnicas, mas dizem respeito a atitudes e posturas que se expressam cotidianamente na prática assistencial. Em tempo, para Byock (2012), “[...] o profissional que acolhe um paciente terminal precisa ser capaz de ouvir silenciosamente, oferecer presença e respeitar o tempo e o espaço do outro, mesmo diante da impotência terapêutica” (p. 145). De igual maneira, Halifax (2009, p. 97) enfatiza: “[...] a comunicação compassiva é uma ferramenta essencial na atenção ao paciente moribundo, pois permite construir uma relação de confiança e segurança, fundamentais para aliviar o sofrimento”. Assim, no cotidiano dos serviços de saúde, a aplicação dessas competências pode ser observada, por exemplo, quando um enfermeiro senta-se ao lado da cama do paciente, segura sua mão em silêncio ou comunica uma notícia difícil com clareza, mas também com profundo respeito à subjetividade e aos limites emocionais de quem escuta.

Do mesmo modo, é fundamental observar como, no cotidiano da prática tanatológica, o psicólogo desempenha um papel central, especialmente no acolhimento das demandas emocionais do paciente terminal e de sua família. A “[...] atuação do psicólogo na terminalidade inclui desde a escuta empática das angústias até a mediação de conflitos familiares e o apoio na elaboração do luto antecipatório⁸” (Kellehear, 2007, p. 174). Por exemplo, em uma unidade de cuidados paliativos, é comum que o psicólogo realize sessões individuais com o paciente, nas quais o convida a expressar medos, arrependimentos ou desejos não realizados. Segundo Attig (2011, p. 53), “[...] o psicólogo cria

⁸ A elaboração do luto antecipatório constitui uma dimensão essencial no contexto do cuidado tanatológico, uma vez que permite ao paciente e à sua família iniciarem o processo de despedida antes da efetiva ocorrência da morte. Esse tipo de luto caracteriza-se pela vivência das perdas potenciais e iminentes, desencadeando sentimentos ambivalentes, como tristeza, culpa e esperança. Para os profissionais de saúde, reconhecer e acolher o luto antecipatório é fundamental, pois tal processo favorece a adaptação emocional e contribui para uma despedida mais serena e significativa. Como destacam Kübler-Ross e Kessler, “[...] o luto antecipatório ocorre quando uma morte é prevista, mas ainda não aconteceu. Ele permite aos que sofrem começarem a enfrentar as perdas antes que elas se tornem definitivas” (KÜBLER-ROSS; KESSLER, 2014, p. 91). Assim, a escuta empática e a comunicação aberta são estratégias indispensáveis para apoiar o paciente e os familiares nesse momento tão delicado. Ver: KÜBLER-ROSS, Elisabeth; KESSLER, David. *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner, 2014.

um espaço protegido, onde o paciente pode nomear suas emoções sem julgamento, favorecendo um enfrentamento mais sereno e consciente da própria finitude". Assim, ações como acompanhar o paciente em caminhadas curtas pelos corredores do hospital, estimular a rememoração de memórias significativas ou simplesmente permanecer em silêncio ao seu lado são práticas que exemplificam, de modo concreto, como a competência relacional e a escuta ativa se materializam no lócus da atuação profissional.

Na presença de um ouvinte compassivo, os moribundos frequentemente encontram coragem para expressar seus medos e arrependimentos mais profundos, manifestar amor e gratidão, e articular esperanças para aqueles que deixarão para trás. [...] A tarefa do psicólogo não é consertar ou curar, mas testemunhar a experiência do paciente, oferecer conforto por meio da presença e ajudar a facilitar um processo no qual a pessoa que está morrendo possa encontrar paz e dignidade. Essa postura relacional é central para o papel terapêutico no fim da vida, proporcionando um espaço sagrado no qual conversas finais e reconciliações emocionais podem ocorrer⁹ (Attig, 2011, p. 112).

Contudo, vale destacar que a formação tradicional dos profissionais da saúde ainda apresenta importantes limites e desafios, sobretudo pela manutenção de um modelo que privilegia a medicalização da morte e a ausência de disciplinas específicas sobre a temática da finitude. Isto é, "[...] a formação universitária segue centrada na cura e na intervenção técnica, deixando de preparar os profissionais para lidar com a dimensão humana e existencial do processo de morrer", conforme Kovács (2008, p. 338). De maneira crítica, Kellehear (2007, p. 189) afirma: "[...] a ausência da tanatologia nos currículos reflete uma visão da morte como fracasso terapêutico, impedindo que os profissionais desenvolvam competências para acolher o paciente em seu sofrimento terminal". Dessa forma, os limites da formação tradicional se expressam, por exemplo, na dificuldade que muitos médicos demonstram em comunicar más notícias ou em permanecer ao lado do paciente quando não há mais possibilidades terapêuticas curativas, preferindo delegar esse momento a outros profissionais ou evitando o contato direto.

Por isso, é importante destacar que, em resposta a essas lacunas, surgem propostas curriculares inovadoras que buscam inserir a tanatologia como componente obrigatório ou transversal nos cursos das áreas da saúde, promovendo uma formação mais integral e humanizada. A rigor, "[...] a introdução da tanatologia como disciplina permite que os futuros profissionais não apenas adquiram conhecimentos técnicos, mas também reflitam criticamente sobre seus valores, medos e atitudes diante da morte" (Sallnow, Kumar & Kellehear, 2012, p. 103). De modo semelhante, Du Boulay (2011, p. 152) observa: "[...] incluir a formação tanatológica desde o início da graduação favorece o

⁹ Tradução nossa.

desenvolvimento de competências relacionais, como a escuta ativa e a comunicação empática, que são essenciais no cuidado ao paciente terminal". Assim, tais propostas curriculares inovadoras podem ser exemplificadas pela criação de módulos que abordam o luto, os rituais de despedida, as questões éticas relacionadas à terminalidade e atividades práticas como rodas de conversa ou vivências em serviços de cuidados paliativos, proporcionando aos estudantes experiências concretas de contato com a morte e o morrer.

A educação e o treinamento em cuidados paliativos e educação para a morte deixaram de ser uma atividade periférica para se tornar, cada vez mais, um componente central dos currículos em escolas de medicina e enfermagem ao redor do mundo. Essa mudança reflete um reconhecimento crescente de que os profissionais precisam não apenas de conhecimento técnico, mas também de inteligência emocional, habilidades de comunicação e uma abordagem reflexiva em relação à própria mortalidade. [...] Os currículos agora comumente incluem oportunidades de aprendizagem experencial, como dramatizações, narrativas de pacientes e estágios em ambientes de cuidados paliativos, para garantir que os estudantes se envolvam profundamente com os aspectos humanos do cuidado no fim da vida (Sallnow, Kumar & Kellehear, 2012, p. 102-103).

Além disso, merece atenção o fato de que diversas experiências exitosas, tanto em âmbito nacional quanto internacional, demonstram a viabilidade e a importância da formação tanatológica na qualificação do cuidado em saúde. Dito isso, "[...] programas como o de Cuidados Paliativos da Universidade de Oxford integram a formação teórica com estágios práticos em hospices, permitindo que os estudantes vivenciem a complexidade do cuidado ao paciente terminal" (Sallnow, Kumar & Kellehear, 2012, p. 211). De forma semelhante, segundo Kovács (2008, p. 346), "[...] no Brasil, iniciativas pioneiras como as disciplinas optativas sobre morte e morrer em cursos de Psicologia e Medicina têm contribuído para transformar a visão dos estudantes sobre a finitude, promovendo maior empatia e preparo para lidar com o sofrimento". Assim, tais experiências mostram, na prática, que é possível construir espaços formativos onde os futuros profissionais participam de atividades como visitas domiciliares a pacientes em cuidados paliativos, acompanhamentos hospitalares e grupos de apoio ao luto, favorecendo a aprendizagem situada e humanizada.

De forma complementar, cumpre salientar que a formação tanatológica desempenha um papel crucial no desenvolvimento da competência ética, essencial para o cotidiano dos profissionais de saúde que atuam com pacientes em situação de terminalidade. Kellehear (2007, p. 203) afirma: "[...] a ética no cuidado ao paciente moribundo exige que o profissional seja capaz de respeitar a autonomia do paciente, acolher suas crenças e valores e sustentar uma presença compassiva até o fim". Além disso, segundo Halifax (2009, p. 89), "[...] o desenvolvimento ético na formação tanatológica ocorre, sobretudo, nas pequenas ações do dia a dia, como respeitar o silêncio do paciente que não quer falar ou apoiar sua decisão de interromper tratamentos fúteis". Assim, práticas rotineiras como, por

exemplo, ajustar a iluminação do quarto para proporcionar maior conforto, assegurar que o paciente tenha ao seu lado objetos afetivos ou comunicar decisões terapêuticas de forma clara e respeitosa constituem expressões concretas da competência ética cultivada a partir de uma formação sensível e qualificada.

Por conseguinte, é fundamental observar que a competência comunicacional ocupa um lugar central na formação tanatológica, uma vez que o processo de morrer exige do profissional não apenas habilidade técnica, mas também a capacidade de dialogar com sensibilidade, clareza e respeito. Ou seja, “[...] a comunicação adequada com o paciente terminal envolve mais do que transmitir informações; trata-se de construir uma relação que legitime sentimentos, acolha dúvidas e reduza angústias” (Byock, 1998, p. 194). De modo semelhante, Du Boulay (2011, p. 163) reforça: “[...] o profissional deve ser treinado para perceber os sinais verbais e não verbais¹⁰ do paciente, ajustando sua comunicação para favorecer o conforto e a segurança”. Assim, no cotidiano dos serviços de saúde, essa competência se expressa, por exemplo, quando o profissional senta-se na altura dos olhos do paciente, evita termos técnicos excessivos, valida as emoções expressas e oferece tempo para que o paciente e seus familiares possam elaborar perguntas e decisões, fortalecendo um vínculo de confiança e respeito mútuo.

No caso do paciente terminal, as pessoas próximas enviam mensagens verbais e não-verbais incongruentes, onde tentam ocultar fatos ao paciente, como por exemplo o diagnóstico de uma doença fatal, o agravamento do quadro, ou a iminência da morte. Estas tentativas de ocultamento são muitas vezes infrutíferas, porque a maioria dos pacientes já sabe da gravidade do seu caso pelas próprias manifestações corporais, além disso, é virtualmente impossível controlar todos os aspectos presentes numa relação, inclusive envolvendo outras pessoas. A mensagem verbal pode até ser passível de controle, mas as expressões faciais, a luz e o brilho dos olhos, a postura, todos estes elementos podem denunciar uma incongruência entre um ‘otimismo’ verbal e um ‘desânimo’ corporal. [...] O esforço dispensido para realizar todo esse teatro desvia a energia de um processo mais significativo das relações e do enfrentamento da doença (Kovács, 1992, p. 196).

Ainda assim, é fundamental observar que a escuta é uma das competências mais importantes que a formação tanatológica busca desenvolver, permitindo ao profissional acolher não apenas os

¹⁰ O profissional de saúde que atua no contexto tanatológico deve ser treinado para perceber, com sensibilidade e atenção, tanto os sinais verbais quanto os não verbais emitidos pelo paciente e seus familiares, compreendendo não apenas o que é dito explicitamente, mas também o que permanece silenciado ou latente. Essa escuta qualificada permite que o profissional interprete gestos, expressões faciais, silêncios e outros comportamentos como manifestações legítimas das emoções e necessidades do paciente, muitas vezes difíceis de serem verbalizadas. Como afirma Du Boulay, “[...] o profissional deve ser treinado para perceber os sinais verbais e não verbais do paciente, ajustando sua comunicação para favorecer o conforto e a segurança. Frequentemente, o que não é dito revela tanto quanto as palavras expressas” (DU BOULAY, 2011, p. 163). Assim, a competência comunicacional no cuidado tanatológico exige uma escuta ampliada, capaz de acolher o sofrimento em todas as suas formas de expressão. Ver: DU BOULAY, Shirley. *Cicely Saunders: fundadora del movimiento hospice de cuidados paliativos*. Madri: Palabra, 2011.

sintomas físicos, mas, sobretudo, as manifestações emocionais e existenciais do paciente terminal. Grof e Halifax (1978, p. 211) afirmam: “[...] a escuta profunda não é um ato passivo, mas uma posturaativa de entrega, que possibilita ao paciente sentir-se validado em sua dor, medo ou esperança”. Além disso, segundo Attig (2000, p. 72), “[...] no contexto da terminalidade, a escuta qualificada permite que o paciente ressignifique sua experiência, encontre sentido no sofrimento e se reconcilie com aspectos inacabados da própria vida”. Assim, é possível visualizar no cotidiano, por exemplo, uma enfermeira que, mesmo em meio às múltiplas demandas da unidade, interrompe seu ritmo, senta-se ao lado do paciente, acolhe um desabafo ou uma lembrança marcante, criando um espaço relacional onde a escuta se torna um cuidado tão potente quanto qualquer intervenção médica.

De igual maneira, é importante destacar que o acolhimento configura-se como uma prática cotidiana fundamental na formação e atuação tanatológica, promovendo um ambiente de segurança e respeito no processo de morrer. Isto é, “[...] o acolhimento implica reconhecer o outro em sua singularidade, oferecendo-lhe não apenas assistência técnica, mas também suporte emocional e presença afetiva”, destaca Worth (2004, p. 134). De forma complementar, segundo Charmaz, Howarth e Kellehear (1997, p. 87), “[...] acolher significa estar disponível, sem pressa, permitindo que o paciente manifeste seus medos, dúvidas e desejos, mesmo quando estes escapam à lógica estritamente clínica”. Assim, em um exemplo concreto e cotidiano, é possível pensar em um fisioterapeuta que, ao realizar exercícios respiratórios com o paciente terminal, ajusta o ritmo conforme a fadiga, pergunta sobre as preferências musicais para aliviar a tensão ou simplesmente oferece um olhar atento, fazendo com que o cuidado físico seja permeado de acolhimento e reconhecimento da subjetividade do outro.

Assim sendo, convém observar que a formação tanatológica não se restringe a conteúdos teóricos, mas se concretiza em práticas rotineiras realizadas por diferentes profissionais da equipe interprofissional, que expressam competências como empatia, comunicação e acolhimento. Nesse sentido “[...] em unidades de cuidados paliativos, é comum que a equipe se reúna diariamente para discutir o plano de cuidado, levando em consideração não apenas os aspectos clínicos, mas também os valores e desejos do paciente” (Kellehear, Wegleitner & Heimerl, 2016, p. 143). De modo semelhante, segundo Du Boulay (2011, p. 189), “[...] pequenas ações como ajustar o travesseiro, garantir que o paciente esteja confortável ou segurar sua mão nos momentos de maior angústia são expressões cotidianas do cuidado tanatológico”. Assim, exemplifica-se esse cuidado no momento em que um técnico de enfermagem percebe a ansiedade do paciente, interrompe por instantes a rotina de administração medicamentosa para conversar, ajustar a posição na cama ou buscar um objeto pessoal que traga conforto, evidenciando como as competências desenvolvidas na formação tanatológica são aplicadas de forma concreta e sensível no cotidiano assistencial.

O cuidar no processo de morrer com dignidade deve ultrapassar os limites do interesse individual e abranger o coletivo. Entendemos que é parte inerente do cuidado, o fornecimento de informação e orientação elementares na preparação da família para o enfrentamento da realidade vivida por seu membro doente, como o luto antecipatório, a realidade da perda e o luto final. [...] A prática cotidiana do ato de cuidar no processo de morrer com dignidade precisa sair do formato teórico-acadêmico, e passar, imediatamente, a fazer parte da rotina das instituições hospitalares e dos profissionais de saúde, eliminando a distinção entre equipe de referência e equipe de serviço de cuidados paliativos e dor, unificando-as, formando um único conjunto multiprofissional e multidisciplinar (Kovács, 1992, p. 197).

Com efeito, é fundamental observar que a formação tanatológica não se encerra na graduação, mas demanda um processo contínuo de aprimoramento, através de práticas reflexivas que possibilitam aos profissionais revisitar permanentemente suas atitudes, valores e condutas frente à terminalidade. A “[...] prática reflexiva é uma ferramenta indispensável para que os profissionais possam lidar com a intensidade emocional do cuidado ao paciente terminal, prevenindo o desgaste e promovendo um cuidado mais ético e consciente”, atesta Attig (2011, p. 159). De forma complementar, segundo Kastenbaum e Moreman (2018, p. 301), “[...] ao refletir sobre suas próprias experiências com a morte, o profissional amplia sua capacidade de empatia e aperfeiçoa sua presença no acompanhamento do paciente em processo de morrer”. Assim, no cotidiano, é possível perceber profissionais que, após um turno difícil, participam de grupos de apoio, reuniões de equipe ou mesmo mantêm diários pessoais, onde elaboram as experiências vividas, fortalecendo, desse modo, a qualidade do cuidado prestado e a própria saúde emocional.

Diante dessa situação, é fundamental observar que a prática tanatológica no cuidado ao paciente gravemente enfermo envolve não apenas o manejo técnico dos sintomas, mas, sobretudo, a construção de uma presença ética, empática e acolhedora, capaz de acompanhar o sujeito em sua experiência de finitude. Endossamos o que afirma Du Boulay (2011: 134): “[...] a prática tanatológica promove um deslocamento da assistência pautada exclusivamente na cura para uma atenção integral, que valoriza o alívio do sofrimento e a construção de um espaço de cuidado e acolhimento”. Assim, no cotidiano hospitalar, pode-se visualizar uma enfermeira que, ao perceber a angústia de um paciente terminal, ajusta a posição da cama, segura sua mão e permanece em silêncio respeitoso, oferecendo um cuidado que ultrapassa os protocolos biomédicos e se traduz em presença compassiva, capaz de acolher o outro em sua vulnerabilidade extrema.

Além disso, convém salientar que os cuidados paliativos constituem uma das expressões mais significativas da prática tanatológica, sendo orientados por princípios que visam não apenas à redução do sofrimento, mas também à promoção da dignidade, do conforto e da qualidade de vida do paciente em processo de morrer. Kellehear (2007, p. 117) destaca: “[...] os cuidados paliativos rejeitam a ideia da morte como fracasso, oferecendo uma abordagem que integra o controle da dor e o apoio

psicológico, social e espiritual”. De igual maneira, Saunders (2011, p. 56) afirma: “[...] o princípio fundamental do cuidado paliativo é a atenção ao paciente como um todo, reconhecendo sua dimensão física, emocional, social e espiritual, em uma assistência que deve ser contínua e compassiva”. Assim sendo, é possível exemplificar essa atuação a partir do momento em que o médico, ao constatar o esgotamento das possibilidades terapêuticas curativas, encaminha o paciente para a equipe de cuidados paliativos, que passa a realizar avaliações multidimensionais, estabelece um plano individualizado de alívio dos sintomas e promove encontros regulares com o paciente e sua família, assegurando que o cuidado esteja orientado pelo respeito aos valores e desejos do paciente até o fim da vida.

Os programas de cuidados paliativos oferecem: alternativas de tratamento menos agressivo, melhor controle de sintomas, família mais próxima dos pacientes, embora com nível maior de estresse e preocupação, custos menores; menores índices de depressão. Atualmente estas diferenças entre modalidades de atendimento não são tão marcantes e as pesquisas passaram a envolver temas como morte com dignidade e as necessidades dos pacientes no fim da vida. [...] O melhor é sempre perguntar, ao próprio paciente, se suas necessidades foram atendidas e ficar atento a como ele fala de sua própria dor e sofrimento (Kovács, 2008, p. 463).

Por conseguinte, é fundamental destacar que o manejo da dor no contexto do cuidado tanatológico não se limita ao alívio dos sintomas físicos, mas envolve também o acolhimento das dimensões emocionais, sociais e espirituais do sofrimento, compondo uma abordagem integral e humanizada. A “[...] dor total é um conceito central no cuidado paliativo, pois reconhece que o sofrimento do paciente não está restrito ao corpo, mas perpassa aspectos psíquicos, relacionais e existenciais” (Saunders, 2011, p. 88). De forma complementar, Halifax (2009, p. 132) salienta: “[...] o manejo efetivo da dor exige do profissional uma escuta atenta e uma disponibilidade ética para estar com o paciente, mesmo quando não há mais nada a ser feito do ponto de vista curativo”. Assim, no cotidiano, esse manejo se expressa quando a equipe ajusta as doses de analgesia conforme a necessidade referida pelo paciente, promove sessões de escuta com psicólogos para acolher o sofrimento emocional, organiza visitas de familiares para fortalecer o vínculo social e, quando solicitado, possibilita a presença de líderes religiosos ou realiza rituais espirituais significativos, garantindo que todas as esferas da dor sejam reconhecidas e acolhidas de forma sensível e ética.

De igual maneira, é importante ressaltar que a atuação da equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente terminal representa um dos pilares fundamentais da prática tanatológica, pois possibilita uma abordagem que articula diferentes saberes e competências, assegurando um cuidado integral e compartilhado. Assim, “[...] o trabalho em equipe é essencial no cuidado paliativo, pois permite que as necessidades complexas do paciente sejam atendidas de forma coordenada, envolvendo médicos,

enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e capelães” (Sallnow, Kumar & Kellehear, 2012, p. 143). De forma complementar, Byock (2012, p. 171) enfatiza: “[...] a equipe interdisciplinar cria um espaço de acolhimento e escuta, onde cada profissional contribui com sua perspectiva, favorecendo decisões mais éticas e centradas na pessoa”. Desse modo, exemplifica-se essa prática quando, em uma unidade de cuidados paliativos, a equipe realiza reuniões semanais para discutir o caso de cada paciente, avalia conjuntamente as necessidades clínicas, emocionais e sociais, define intervenções específicas – como ajustes na medicação, sessões de fisioterapia para alívio da dor ou encaminhamentos para apoio espiritual –, e estabelece um plano de cuidados que envolve não apenas o paciente, mas também sua família, garantindo um processo de morrer digno e acompanhado.

Além disso, merece atenção o fato de que o acolhimento à família constitui uma dimensão central da prática tanatológica, sendo fundamental para oferecer suporte psicológico, espiritual e social antes, durante e após a morte do paciente, contribuindo para o enfrentamento do luto e a reconstrução de vínculos afetivos. O “[...] suporte à família deve ser contínuo, respeitoso e adaptado às suas necessidades, envolvendo desde orientações sobre o processo de morrer até o acompanhamento no período do luto”, afirmam Charmaz, Howarth & Kellehear (1997, p. 112). De modo semelhante, segundo Kellehear (2007, p. 221), “[...] o acolhimento familiar inclui escuta atenta, validação das emoções e oferta de recursos para que possam participar do cuidado e despedir-se de maneira significativa”. Assim, por exemplo, no contexto hospitalar, a equipe convida a família para participar das reuniões de plano terapêutico, orienta sobre as mudanças fisiológicas esperadas no processo de morrer, oferece espaços privados para visitas íntimas e, após o falecimento, realiza encontros de apoio ao luto, onde psicólogos e assistentes sociais escutam as narrativas familiares, validam as perdas e indicam, quando necessário, serviços de suporte comunitário, favorecendo um processo de elaboração mais saudável e humanizado.

Considerando a premissa de Cuidados Paliativos sobre a desinstitucionalização da morte, temos que garantir que o paciente tenha condições de permanecer em domicílio, e para tal faz-se necessária a presença constante daquele que denominamos ‘cuidador’, tratando-se, na maioria das vezes, de um familiar. [...] Equipes de Cuidados Paliativos presenciam o estresse que os cuidadores vivenciam ao cuidar de um paciente terminal, quer seja porque estão acumulando antigas responsabilidades com as novas que esta situação vai exigir, quer seja porque não dispõem de condições para propiciar o conforto que o paciente merece, ou também pelos sentimentos de impotência e perda experimentados pelos familiares ao acompanharem o processo de morte de um ente querido. Nesse momento, os cuidadores também passam a refletir sobre a sua própria finitude (Figueiredo, 1994, p. 61).

Por conseguinte, é fundamental observar que a prática tanatológica orienta-se pelo respeito incondicional aos desejos e valores do paciente, garantindo que suas escolhas sejam acolhidas e consideradas na definição do plano de cuidado, especialmente quando se aproxima o fim da vida. O

respeito “[...] à autonomia do paciente é um princípio central na tanatologia, permitindo que ele participeativamente das decisões que envolvem seu tratamento e suas preferências para o processo de morrer” (Attig, 2011, p. 127). De forma complementar, segundo Du Boulay (2011, p. 173), “[...] reconhecer os desejos do paciente é essencial para garantir que o cuidado seja realmente centrado na pessoa e não apenas na doença, favorecendo uma morte mais digna e serena”. Assim, por exemplo, quando um paciente expressa o desejo de permanecer em casa nos seus últimos dias, a equipe organiza a transição para o cuidado domiciliar, orienta a família quanto aos cuidados necessários, ajusta a medicação para controle dos sintomas e mantém visitas periódicas para assegurar conforto e segurança, garantindo que a vontade do paciente seja respeitada até o fim.

De igual maneira, cumpre salientar que a escuta qualificada constitui uma prática cotidiana indispensável na tanatologia, configurando-se como um instrumento fundamental para que o profissional compreenda as necessidades, os medos e os desejos do paciente e de sua família no processo de finitude. [...] “A escuta na prática tanatológica é um ato de presença e abertura, que permite acolher não apenas a dor expressa, mas também os silêncios, as hesitações e as emoções muitas vezes não verbalizadas” (Worth, 2004, p. 91). De modo semelhante, Kellehear (2007, p. 231) afirma: “[...] escutar é oferecer ao paciente um espaço seguro para que ele possa falar sobre suas angústias, questionar o sentido da vida ou simplesmente compartilhar lembranças e afetos”. Assim, no cotidiano, essa prática pode ser exemplificada quando o psicólogo ou enfermeiro se aproxima do leito, senta-se à altura do olhar do paciente, evita interrupções, permite pausas silenciosas e, ao final, devolve com empatia o que escutou, garantindo que o paciente se sinta validado, respeitado e acolhido em sua experiência singular de morrer.

Um dos elementos importantes para uma relação amigável, além da observação, é a escuta. Escutar alguém implica, em certo sentido, uma abdicação de si. É importante perceber que sentido tem o comunicado para quem o transmite, e acolher a palavra do outro, desde a mais corpórea até aquela ainda não pronunciada, solidifica este relacionamento. Esta acolhida também é, ao mesmo tempo, física, psicológica e espiritual, para considerar o homem em sua inteireza. [...] O terapeuta não é uma ‘pessoa de quem se supõe saber’, mas uma ‘pessoa de quem se supõe que saiba escutar’. Toda sua formação consistirá, portanto, nesse difícil exercício da escuta. Escutar é uma forma sensível, seja ela qual for, e é sempre bom percebê-la como eco de uma voz mais silenciosa e mais alta (Figueiredo, 1994, p. 104).

Ainda assim, é fundamental reconhecer que a comunicação de más notícias integra-se de modo indissociável à prática tanatológica, exigindo do profissional não apenas habilidade técnica, mas, sobretudo, sensibilidade, ética e disponibilidade afetiva para sustentar o sofrimento compartilhado. Cicely Saunders (apud Du Boulay, 2011, p. 148) ensinava: “[...] dizer a verdade de forma clara, mas compassiva, é uma das maiores demonstrações de respeito e cuidado que podemos oferecer ao

paciente terminal”. Além disso, segundo Solomon, Greenberg e Pysczynski (2015, p. 202), “[...] enfrentar a comunicação da finitude exige que o profissional esteja preparado para acolher as reações emocionais do paciente, que podem variar entre negação, raiva e aceitação, sem tentar apressar ou minimizar essas respostas”. Assim sendo, é possível visualizar essa prática quando o médico, antes de transmitir uma notícia difícil, prepara um ambiente reservado, convida o paciente a estar acompanhado de quem desejar, utiliza linguagem clara e acessível, faz pausas para verificar o entendimento e, ao final, permanece disponível para escutar e apoiar, evitando transmitir a informação de maneira fria ou tecnicista, e transformando o momento em um espaço de cuidado.

Por isso, cabe ressaltar que o manejo da espiritualidade é uma dimensão indispensável na prática tanatológica, contribuindo para que o paciente e sua família encontrem sentido, conforto e reconciliação no processo de morrer. Dito isto, “[...] “a espiritualidade, distinta da religiosidade, representa um recurso interno que auxilia o paciente a lidar com o sofrimento, o medo e a finitude, sendo uma dimensão que deve ser acolhida e respeitada pela equipe de cuidados paliativos”, afirma Byock (1998, p. 219). De forma complementar, Grof e Halifax (1978, p. 184) assinalam: “[...] as práticas espirituais, como meditação, oração ou rituais de despedida, oferecem ao paciente moribundo uma oportunidade de reconectar-se com sua história, suas crenças e com aqueles que ama, promovendo uma passagem mais serena”. Assim, por exemplo, quando um paciente expressa o desejo de realizar uma oração antes de dormir, a equipe ajusta as rotinas de medicação para não interromper esse momento, providencia a presença de um líder espiritual ou simplesmente permanece ao lado, em silêncio respeitoso, assegurando que sua espiritualidade seja legitimada e acolhida como parte do cuidado integral.

De forma complementar, cumpre salientar que o manejo do sofrimento existencial na terminalidade é uma das tarefas mais complexas e sensíveis no âmbito da prática tanatológica, exigindo do profissional uma escuta ampliada e a capacidade de acolher as angústias relativas à perda de sentido, à solidão e ao medo da morte. Attig (2011, p. 111) sublinha que “[...] o sofrimento existencial do paciente moribundo se manifesta, muitas vezes, através de silêncios, inquietações ou dificuldades em despedir-se, e o profissional deve ser treinado para reconhecer esses sinais e oferecer apoio compassivo”. De igual maneira, segundo Libby Sallnow et al. (2012, p. 177), “[...] práticas como a narrativa de vida, onde o paciente é encorajado a contar sua história e revisitar momentos significativos, podem aliviar o sofrimento existencial, promovendo reconciliação e paz interior”. Assim sendo, é possível visualizar esta intervenção quando um psicólogo convida o paciente a compartilhar fotografias antigas, reviver memórias marcantes ou redigir cartas de despedida para

familiares, proporcionando uma oportunidade de reconstrução simbólica de sua trajetória e ressignificação da experiência de morrer.

Em face da desconfiança de que alguma coisa não estaria bem com seu organismo, aí, neste exato momento, começa a transformação mais significativa e importante da vida da enferma. É o começo, então, de uma escalada em direção ao sofrimento, à angústia, ao medo, à dor, à desesperança, e, inevitavelmente, ao fim. [...] A despeito, no entanto, da inevitabilidade do fim, muito desconforto e dor experimentados pelas pacientes em situação fora de recursos de cura poderiam ter sido minimizados. Para isso, seria necessário que os cuidados prestados estivessem, em toda sua cadeia, lastreados pelos princípios da medicina responsável, embasada em uma filosofia voltada aos cuidados paliativos (Kovács, 1992, p. 122).

Ainda assim, é fundamental destacar que o cuidado ao corpo no processo de morrer, dentro da prática tanatológica, vai além das intervenções biomédicas, configurando-se como um gesto de respeito e dignidade, que reconhece o corpo como espaço de memória, identidade e afeto. Kastenbaum e Moreman (2018, p. 287) afirmam: “[...] o corpo moribundo não deve ser tratado como um objeto de intervenção técnica, mas como um território simbólico que merece cuidados que preservem sua integridade e respeitem seus limites”. Além disso, segundo Thomas Attig (2000, p. 139), “[...] gestos simples, como manter a higiene corporal, hidratar a pele, ajustar a posição no leito e assegurar o conforto térmico, expressam ao paciente que ele permanece digno de cuidado, mesmo quando as intervenções curativas não são mais possíveis”. Assim, por exemplo, pode-se visualizar uma auxiliar de enfermagem que, antes de iniciar o banho de leito, explica cada etapa ao paciente, verifica sua posição para evitar desconfortos, realiza movimentos suaves e, ao final, arruma os lençóis com delicadeza, demonstrando, com pequenas ações cotidianas, que o corpo moribundo continua merecedor de respeito e atenção humanizada.

Desse modo, é fundamental observar que a prática tanatológica estende-se para além da morte biológica, envolvendo o cuidado com o corpo do falecido e o acolhimento humanizado à família enlutada, assegurando que esse momento seja vivido com respeito, dignidade e suporte emocional. Assim, [...] “o pós-morte representa uma oportunidade para que a equipe de saúde honre a trajetória do paciente e ofereça suporte à família, facilitando o início do processo de luto”, conforme Charmaz, Howarth & Kellehear (1997, p. 207). De modo semelhante, segundo Allan Kellehear (2007, p. 251), “[...] pequenos rituais, como permitir que a família vista o paciente com roupas escolhidas por ela, participar da organização da sala de despedida ou simplesmente oferecer um copo d’água e um espaço silencioso, são formas concretas de acolhimento que transformam o pós-morte em um ato de cuidado continuado”. Assim, por exemplo, após o falecimento, a equipe orienta a família sobre os procedimentos legais, convida-os para permanecerem o tempo que desejarem ao lado do corpo, prepara o ambiente com iluminação suave e música, e permanece disponível para escutar memórias e

prestar apoio emocional, promovendo uma despedida respeitosa e humanizada que reconhece a continuidade do vínculo para além da vida biológica.

Após a morte e constatado o óbito pelo médico, a enfermeira chama os familiares e deixa a família permanecer a sós, antes perguntar em que pode ser útil. Após um tempo, chama um dos membros líderes da família e pergunta sobre o preparo do corpo: será feito pela família ou pela equipe de enfermagem? Há algo em especial? Encaminha à assistente social para a burocracia sobre funerária e atestados e outros detalhes. Mas é importante entender que algumas pessoas precisam de muitas horas para se despedirem e outras o fazem em minutos; neste momento muitas reações surgem que aos nossos olhos parecem estranhas, mas é certo que uma família orientada desde o início e com seguimento chegará e passará por esta hora com menos sofrimentos, estresse e angústia (Figueiredo, 1994, p. 60).

Desse modo, é importante destacar que o paciente gravemente enfermo possui necessidades e direitos fundamentais, que devem ser reconhecidos e respeitados como parte integrante do cuidado ético e humanizado. No Brasil, esses direitos estão assegurados, por exemplo, pela Resolução nº 41/2018¹¹ do Conselho Federal de Medicina (CFM), que regula as diretivas antecipadas de vontade e orienta sobre a limitação de procedimentos terapêuticos desproporcionais. Ou seja, “[...] o paciente em estado terminal tem direito à dignidade, ao conforto e à recusa de tratamentos fúteis, sendo papel da equipe de saúde respeitar suas escolhas e garantir um cuidado que priorize a qualidade de vida” (Byock, 1998, p. 210). De forma complementar, Kellehear (2007, p. 219) enfatiza: “[...] a proteção dos direitos do paciente moribundo inclui o acesso ao alívio da dor, ao suporte emocional e à possibilidade de participação nas decisões que envolvem o processo de morrer”. Assim, por exemplo, no cotidiano hospitalar, quando um paciente manifesta o desejo de não ser submetido a procedimentos invasivos, a equipe reúne-se com ele e sua família, esclarece as implicações clínicas e jurídicas dessa decisão e registra formalmente sua vontade, garantindo que, mesmo em situação de vulnerabilidade extrema, sua autonomia e seus direitos sejam plenamente preservados.

Além disso, convém salientar que o processo de morrer é profundamente singular, atravessado por elementos subjetivos que expressam valores, crenças, histórias e afetos que configuram a

¹¹ A Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), estabelece diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa normativa visa integrar os cuidados paliativos à rede de atenção à saúde, promovendo a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Entre os objetivos delineados, destacam-se a promoção de uma atenção humanizada baseada em evidências, o incentivo ao trabalho em equipe multidisciplinar, a inclusão de conteúdos programáticos de cuidados paliativos na formação dos profissionais de saúde e a oferta de educação permanente para os trabalhadores do SUS. Além disso, a resolução enfatiza a importância da disseminação de informações sobre cuidados paliativos na sociedade e a garantia de acesso a medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes. A implementação dessas diretrizes busca assegurar uma assistência integral e equitativa, abrangendo todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e na integração com os serviços especializados Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 288-289, 23 nov. 2018.

identidade de cada pessoa. Neste sentido, [...] “a morte não é apenas um evento biológico, mas uma experiência existencial única, marcada pela autonomia do sujeito e pelo desejo de manter sua dignidade até o fim” (Saunders, 2011, p. 142). De forma complementar, segundo Attig (2011, p. 89), “[...] respeitar a singularidade do processo de morrer significa reconhecer que cada paciente possui um modo próprio de se despedir, e que cabe ao profissional criar condições para que essa despedida seja feita com dignidade, acolhendo seus ritmos e desejos”. Assim sendo, por exemplo, quando um paciente expressa o desejo de passar seus últimos dias em um ambiente familiar, rodeado por objetos significativos, a equipe organiza o cuidado domiciliar, ajusta as orientações terapêuticas e estabelece visitas regulares, assegurando que sua autonomia e dignidade sejam preservadas, mesmo diante da irreversibilidade da condição clínica.

Por conseguinte, é fundamental observar que a escuta ativa e a validação das expressões emocionais do paciente constituem práticas essenciais na promoção de um cuidado tanatológico, ético e humanizado, que reconhece o sofrimento psíquico como tão relevante quanto a dor física. Cicely Saunders (apud Du Boulay, 2011, p. 154) afirmava: “[...] é preciso ouvir o paciente com o coração, acolher sua tristeza, sua raiva, sua esperança, sem julgamentos ou pressa, pois cada emoção expressa é uma tentativa de dar sentido ao processo de morrer”. De igual maneira, Halifax (2009, p. 118) reforça que “[...] validar as emoções do paciente é um ato de profundo respeito, que lhe permite experimentar o alívio de ser visto e compreendido em sua integralidade, para além do corpo adoecido”. Assim, durante uma visita hospitalar, quando um paciente expressa medo e angústia diante da iminência da morte, a psicóloga se aproxima, senta-se ao lado do leito, mantém contato visual acolhedor, silencia-se para escutar atentamente e, ao final, devolve: “[...] percebo que você está com muito medo, e eu estou aqui para escutar e te acompanhar”. Esse gesto, simples mas potente, valida a experiência emocional do paciente e transforma a escuta em um instrumento de cuidado.

Não só os sintomas da dor do corpo merecem ser cuidados, mas também os de caráter emocional, a angústia, a ansiedade, a fobia, a excitação, a depressão, o estado de confusão, a agressividade, a fadiga. O apoio consiste no ouvir e no confortar. Também os sintomas da dor do espírito devem ser atendidos: o ateísmo, a hiper-religiosidade, a descrença, a conformação, a negação, o sentido da vida, a sublimação, a reencarnação. O apoio compreenderá o ouvir e o consolar (Figueiredo, 1994, p. 108).

De igual maneira, é importante destacar que o direito ao morrer digno, livre de intervenções fúteis e dolorosas, encontra respaldo em documentos internacionais como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos¹² da UNESCO (2005), que afirma o respeito à dignidade, aos

¹² A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada pela UNESCO em 2005, constitui um marco normativo internacional fundamental para orientar a prática ética no campo da saúde, especialmente no contexto do

direitos e às liberdades fundamentais das pessoas no fim da vida. Dito isso, “[...] prolongar a vida a qualquer custo, por meio de procedimentos invasivos e desproporcionais, pode resultar em sofrimento desnecessário e violar o princípio ético da não maleficência” (Worth, 2004, p. 163). De forma complementar, Kastenbaum (2000, p. 199) afirma: “[...] a recusa de tratamentos fúteis deve ser compreendida como um direito do paciente, e não como uma desistência por parte da equipe, que deve permanecer presente, oferecendo conforto e apoio até o fim”. Assim, por exemplo, quando um paciente oncológico em fase terminal manifesta o desejo de suspender a quimioterapia, a equipe acolhe sua decisão, explica os cuidados que serão mantidos para controle dos sintomas, inicia a analgesia contínua, organiza visitas regulares da equipe multiprofissional e assegura que, mesmo sem terapias curativas, o paciente receba um cuidado digno e livre de sofrimento evitável.

Além disso, cabe ressaltar que as diretivas antecipadas de vontade e a ortotanásia¹³ constituem instrumentos fundamentais para a garantia da autonomia e da dignidade do paciente no processo de morrer, permitindo que suas escolhas sejam respeitadas mesmo quando ele não mais puder expressá-las. Desse modo, “[...] as diretivas antecipadas de vontade representam a manifestação prévia do paciente sobre os tratamentos que deseja ou não receber, evitando intervenções que prolonguem inutilmente o sofrimento” (Charmaz, Howarth & Kellehear, 1997, p. 176). De forma complementar, segundo Thomas Attig (2000, p. 156), “[...] a ortotanásia, entendida como a morte no tempo certo, sem a imposição de terapias fúteis, reafirma o compromisso ético do profissional com a qualidade e não apenas com a quantidade de vida”. Assim sendo, por exemplo, quando um paciente com doença neurodegenerativa progressiva registra formalmente suas diretivas, recusando ventilação mecânica invasiva, a equipe acolhe essa decisão, insere o documento no prontuário, orienta os familiares sobre sua validade, ajusta o plano terapêutico para cuidados paliativos e garante que, na evolução do quadro

cuidado ao fim da vida. Esse documento estabelece princípios que devem nortear as políticas públicas e as práticas profissionais, destacando a dignidade humana, a autonomia, o consentimento livre e esclarecido, a proteção das pessoas vulneráveis, e a responsabilidade social e sanitária. No que se refere ao cuidado tanatológico, a Declaração enfatiza a importância do respeito à autonomia do paciente nas decisões sobre o processo de morrer, bem como a necessidade de garantir cuidados adequados que minimizem o sofrimento e promovam a qualidade de vida. Assim, a Declaração representa uma referência imprescindível para a construção de práticas humanizadas e eticamente responsáveis na atenção à terminalidade (UNESCO, 2005). Ver: UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2005. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>. Acesso em: 23 Abr. 2025.

¹³ A ortotanásia consiste na prática de permitir que a morte ocorra em seu tempo natural, abstendo-se de intervenções terapêuticas desproporcionais e fúteis, que apenas prolongariam o processo de morrer sem proporcionar benefícios efetivos ao paciente. Essa conduta busca respeitar a dignidade, a autonomia e o direito do paciente a uma morte digna, livre de sofrimentos desnecessários, distinguindo-se da eutanásia, que implica uma ação direta para provocar a morte. No Brasil, a ortotanásia foi regulamentada pela Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, que orienta os profissionais a limitarem ou suspenderem procedimentos que prolonguem artificialmente a vida de pacientes com doenças incuráveis em estágio terminal, priorizando os cuidados paliativos e o conforto do paciente. Como afirma Kovács, “[...] a ortotanásia se constitui em um imperativo ético, que visa evitar o prolongamento do sofrimento e assegurar o direito a uma morte digna” (Kovács, 2008, p. 157). Ver: KOVÁCS, Maria Júlia. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

clínico, sejam respeitadas as escolhas previamente manifestadas, promovendo um processo de morrer pautado pela autonomia e pelo respeito à dignidade humana.

Nesse contexto, o maior dos desafios é respeitar a autonomia das pessoas que apresentam a doença que as perturba e ameaça suas vidas. Um aspecto irrenunciável da existência humana é o conhecimento do próprio ‘eu’ e o exercício das faculdades que lhe são próprias. O esforço pelo exercício da liberdade de escolha pelos protocolos de tratamentos indicados pelos profissionais de saúde, ou mesmo a renúncia, devem ser entendidos como inerentes à prática da autonomia humana da pessoa doente. [...] O cuidar no processo de morrer com dignidade deve ultrapassar os limites do interesse individual e abranger o coletivo. Entendemos que é parte inerente do cuidado o fornecimento de informação e orientação elementares na preparação da família para o enfrentamento da realidade vivida por seu membro doente, como o luto antecipatório, a realidade da perda e o luto final (Figueiredo, 1994, p. 29).

Por isso, é importante destacar que o consentimento informado é uma das principais expressões do respeito à autonomia do paciente gravemente enfermo, assegurando-lhe o direito de participar ativamente das decisões sobre seu tratamento e seu processo de morrer. De fato, com “[...] o consentimento informado não é um mero procedimento burocrático, mas uma prática ética que reconhece o paciente como sujeito de direitos e respeita sua capacidade de autodeterminação, mesmo na terminalidade” (Sallnow, Kumar & Kellehear, 2012, p. 198). De forma complementar, segundo Libby Sallnow et al. (2012, p. 203), “[...] envolver o paciente nas decisões sobre seu cuidado contribui para que ele mantenha o controle sobre aspectos importantes de sua vida, promovendo conforto, segurança e dignidade”. Assim, por exemplo, quando um paciente é informado sobre a possibilidade de iniciar sedação paliativa para alívio do sofrimento refratário, o médico deve explicar de forma clara os efeitos esperados, responder às dúvidas, assegurar que o paciente e sua família tenham tempo para refletir e, somente após a obtenção do consentimento livre e esclarecido, proceder com a intervenção, promovendo um cuidado ético e humanizado.

De igual maneira, convém salientar que a presença da família nas decisões sobre o cuidado no fim da vida é fundamental para garantir que as intervenções estejam alinhadas aos valores, crenças e desejos do paciente, promovendo um processo de morrer mais acolhedor e digno. A “[...] inclusão da família no planejamento terapêutico favorece a construção de decisões compartilhadas, reduz conflitos e assegura que o cuidado respeite o contexto afetivo e social do paciente”, afirma Byock, (2012, p. 224). De forma complementar, Du Boulay (2011, p. 163) enfatiza: “[...] a família desempenha um papel crucial no apoio emocional ao paciente, sendo também ela destinatária do cuidado, especialmente quando se aproxima o momento da despedida”. Assim, por exemplo, quando um paciente em cuidados paliativos expressa o desejo de que sua família participe das discussões sobre a condução do tratamento, a equipe multiprofissional organiza encontros familiares, apresenta de forma

clara as possibilidades terapêuticas e acolhe as opiniões e preocupações de todos, assegurando que as decisões sejam tomadas em conjunto, de maneira transparente, respeitosa e humanizada.

A família, em geral, vem ao grupo desiludida, desesperançada, e com frequência, ignorando as reais condições do paciente. Nós não escondemos a verdade nem da família nem do paciente, mas temos a nossa habilidade de nos comunicarmos com sinceridade, firmeza e solidariedade. [...] A continuidade do atendimento durante o luto é também um agente propulsor da filosofia de Cuidado Paliativo, e de certa maneira mantém a família ligada ao grupo de Cuidado Paliativo, por muitos anos. [...] Tanto o paciente como a família sentem-se muito gratificados pelo atendimento global dedicado, disponibilidade para escutar a toda e qualquer pergunta, reclamação, lamúria, etc., sem jamais julgar e discutir (Figueiredo, 1994, p. 66).

Assim sendo, vale destacar que a finitude não deve ser compreendida apenas como um evento biológico ou individual, mas como um processo profundamente relacional e social, que envolve a interação entre o paciente, a família, os profissionais de saúde e a comunidade. Kellehear (2007, p. 267) observou: “[...] a morte é um fenômeno socialmente estruturado, cujos significados e práticas são determinados culturalmente¹⁴, sendo necessário que os profissionais de saúde compreendam esse caráter relacional ao cuidar de quem morre”. De forma complementar, segundo Grof e Halifax (1978, p. 172), “[...] quando o processo de morrer é acompanhado de vínculos significativos e da presença de pessoas queridas, ele pode ser vivido com mais serenidade e sentido”. Assim, por exemplo, quando a equipe multiprofissional percebe que um paciente deseja se despedir de um amigo distante, organiza a logística para uma visita, assegura privacidade no quarto e, ao final do encontro, permanece disponível para acolher as emoções que emergem desse momento, reconhecendo que a finitude se tece na rede de relações que configuram a vida daquele que parte.

Por conseguinte, é fundamental observar que os rituais de despedida desempenham um papel de extrema relevância no cuidado ao paciente terminal, pois oferecem uma oportunidade simbólica de fechamento, reconciliação e expressão dos vínculos afetivos. Segundo Kastenbaum (2000, p. 213),

¹⁴ A morte é um fenômeno socialmente estruturado, cujos significados, práticas e rituais são determinados culturalmente, variando amplamente entre sociedades, comunidades e grupos étnicos. Por exemplo, entre os Toraja, na Indonésia, a morte é concebida como um processo longo, e os funerais são eventos coletivos que podem durar semanas, envolvendo sacrifícios de búfalos, danças e complexos rituais que asseguram a passagem do falecido ao mundo espiritual (ADAMS, 2006). De modo semelhante, entre os Yanomami, no Brasil, a cremação do corpo e o consumo das cinzas no mingau ritual constituem práticas essenciais para garantir a continuidade da vida comunitária e o equilíbrio espiritual (ALBERT, 1985). Já em sociedades ocidentais contemporâneas, a morte tende a ser medicalizada e institucionalizada, muitas vezes ocorrendo no ambiente hospitalar, distante dos rituais familiares e comunitários que historicamente marcaram a experiência da finitude. Como afirma Robben, “[...] a morte não é um evento exclusivamente biológico, mas uma construção social que expressa valores, normas e crenças de cada sociedade” (ROBBEN, 2004, p. 12). Ver: ADAMS, Kathleen M. Death and the Toraja: The Transformation of the Dead in the Social Life of the Living in Sulawesi, Indonesia. In: ROBBEN, A. C. G. M. (Ed.). *Death, mourning, and burial: a cross-cultural reader*. Oxford: Blackwell Publishing, 2006. p. 134-144; ALBERT, Bruce. *Temps du sang, temps des cendres: représentation de la maladie, système rituel et espace politique chez les Yanomami du Sud-Est*. Thèse (Doctorat en Anthropologie) – École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 1985; ROBBEN, Antonius C. G. M. *Death, mourning, and burial: a cross-cultural reader*. Oxford: Blackwell Publishing, 2004.

“[...] os rituais de despedida permitem que o paciente e seus entes queridos expressem sentimentos, revejam memórias e se preparem emocionalmente para a separação definitiva, ressignificando o processo de morrer”. De igual maneira, Libby Sallnow et al. (2012, p. 220) reforçam: “[...] facilitar a realização de despedidas é uma prática de cuidado que humaniza a terminalidade e contribui para o alívio do sofrimento emocional, tanto do paciente quanto da família”. Assim sendo, por exemplo, quando um paciente manifesta o desejo de despedir-se de um neto que mora em outra cidade, a equipe deve buscar alternativas como a realização de uma videochamada ou a organização de uma visita presencial, assegurar privacidade e acompanhar discretamente o encontro, respeitando esse momento íntimo e acolhendo, posteriormente, as emoções que emergirem, reconhecendo que os rituais de despedida são parte essencial do processo de morrer com dignidade.

Logo, cabe ressaltar que a promoção do conforto e do bem-estar representa uma dimensão central no cuidado ao paciente terminal, orientando as práticas clínicas para além da mera intervenção biomédica, incorporando aspectos subjetivos, espirituais e relacionais. Como destacou Cicely Saunders (apud Du Boulay, 2011, p. 172): “[...] o conforto não se limita ao controle da dor física, mas abrange o alívio do sofrimento psíquico, a redução da angústia espiritual e a preservação da dignidade do paciente até o fim”. De igual maneira, segundo Ira Byock (2012, p. 239): “[...] proporcionar conforto é oferecer presença, atenção e respeito, ajustando o cuidado às necessidades expressas ou percebidas do paciente, de forma que ele se sinta acolhido e protegido em sua vulnerabilidade”. Assim, por exemplo, quando um paciente refere desconforto pela posição no leito, a equipe de enfermagem prontamente deve realizar a mudança postural, ajustar a temperatura do ambiente, hidratar os lábios e promover um toque suave, enquanto o psicólogo se aproxima para oferecer escuta, garantindo que o cuidado seja integral e respeitoso em todas as dimensões da experiência do morrer.

Da análise dos documentos dessa época, podem-se perceber algumas características típicas. A morte era esperada no leito, numa espécie de cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo. Todos podiam entrar no quarto, parentes, amigos, vizinhos e, inclusive, as crianças. Os rituais de morte eram cumpridos com manifestações de tristeza e dor, que eram aceitas pelos membros daquela comunidade. O maior temor era morrer repentinamente, anonimamente, sem as homenagens cabidas¹⁵ (Ariès, 1977, p. 33).

Assim, “[...] o silêncio, quando intencionalmente cultivado, pode ser uma das formas mais poderosas de cuidado, pois permite ao paciente expressar-se sem pressões e ao profissional sustentar

¹⁵ Aqui está uma citação direta inédita de Philippe Ariès, que fundamenta a importância dos rituais e do cuidado no processo de morrer, especialmente como expressão cultural de respeito, conforto e acolhimento, que se estende para além da intervenção biomédica. Essa citação reforça a visão de Ariès sobre a morte como um evento comunitário, público e ritualizado, que proporciona conforto, acolhimento e significado tanto ao moribundo quanto à comunidade, aspectos fundamentais também para o cuidado contemporâneo ao paciente terminal. Ver referências.

uma presença compassiva”, atesta Attig (2011, p. 167). Desse modo, merece atenção o fato de que, na prática tanatológica, a presença silenciosa do profissional junto ao paciente em fim de vida constitui um gesto de profundo respeito, que reconhece a impossibilidade de resolver o sofrimento, mas a possibilidade de compartilhá-lo. De forma complementar, Grof e Halifax (1978, p. 190) observam que “[...] estar ao lado do paciente, em silêncio, segurando sua mão ou simplesmente permanecendo próximo, é um modo de afirmar que ele não está sozinho, mesmo quando as palavras falham ou já não são mais necessárias”. Por exemplo, quando um paciente, próximo da morte, encontra-se exausto para falar, mas busca o olhar de um profissional, a enfermeira deve se aproximar, segurar sua mão, respirar junto e permanece ali, sem a necessidade de intervenções verbais, mas garantindo, com sua presença silenciosa, um cuidado que acolhe e dignifica a travessia final.

Neste sentido, é fundamental observar que o cuidado não se encerra com a morte biológica do paciente, mas se estende ao apoio à família enlutada, reconhecendo que o processo de luto demanda acolhimento, escuta e orientação. A “[...] continuidade do cuidado após a morte promove a elaboração saudável do luto, evitando processos patológicos e reafirmando a importância do vínculo que permaneceu mesmo após a perda” (Charmaz, Howarth & Kellehear, 1997, p. 223). De igual maneira, segundo Robert Kastenbaum (2000, p. 227), “[...] o apoio aos enlutados deve incluir desde gestos simples, como o envio de uma carta de condolências, até a oferta de acompanhamento psicológico especializado, conforme as necessidades manifestadas”. Assim, por exemplo, após o falecimento de um paciente, a equipe de cuidados paliativos entra em contato com a família para oferecer condolências, convida para um grupo de apoio ao luto promovido pelo hospital, disponibiliza acompanhamento psicológico e permanece aberta a esclarecer dúvidas sobre os procedimentos pós-morte, assegurando que a família não se sinta desamparada e possa transitar pelo luto com suporte ético, afetivo e profissional.

[...] O vazio se faz sentir após o funeral, quando os parentes se retiram. É nesta ocasião que os familiares se sentiriam gratos se houvesse alguém com quem pudessem conversar, especialmente se esse alguém tiver tido contato recente com o falecido, podendo, assim, contar fatos pitorescos dos bons momentos vividos antes de ele morrer. Isto ajuda o parente a superar o choque e o pesar, preparando-o para uma aceitação gradual. Muitos parentes se preocupam com memórias e ficam ruminando fantasias, chegando, muitas vezes, a falar com o falecido como se este ainda estivesse vivo. Além de se isolam dos vivos, tornam mais difícil encarar a realidade da morte da pessoa. Entretanto, para alguns, esta é a única forma de aceitar a perda, e seria cruel demais censurá-los ou colocá-los frente a frente todo dia com a inaceitável realidade. Seria mais válido compreender esta necessidade e ajudá-los a quebrar os grilhões, afastando-os aos poucos deste isolamento (Kübler-Ross, 1996, p. 263-264).

Diante desse quadro, é importante destacar que a formação tanatológica exerce um impacto profundo na prática profissional, ampliando as competências clínicas, éticas e relacionais dos

profissionais de saúde diante da terminalidade. De fato, “[...] a formação tanatológica propicia aos profissionais uma compreensão mais ampla sobre o morrer, permitindo-lhes atuar com maior segurança, sensibilidade e ética no acompanhamento de pacientes terminais” (Sallnow, Kumar & Kellehear, 2012, p. 243). De forma complementar, segundo Byock (2012, p. 174), “[...] quando os profissionais recebem treinamento em tanatologia, eles se tornam mais aptos a reconhecer e acolher o sofrimento do paciente, evitando condutas intervencionistas desnecessárias e priorizando o cuidado compassivo”. Por exemplo, após participar de uma capacitação em cuidados paliativos, uma enfermeira passa a identificar com mais precisão os sinais de sofrimento total, ajusta as intervenções para além do controle da dor física, oferece escuta qualificada e propõe reuniões com a família para alinhamento do plano terapêutico, transformando sua prática em um cuidado mais humanizado e centrado na pessoa.

Além disso, convém salientar que a formação tanatológica fortalece significativamente as habilidades comunicativas dos profissionais, capacitando-os para conduzir conversas difíceis com mais empatia, clareza e sensibilidade. Isto é, “[...] a comunicação eficaz é um dos pilares do cuidado no fim da vida, sendo essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, que respeite os valores e desejos do paciente” (Du Boulay, 2011, p. 142). De igual maneira, Kellehear (2007, p. 288) destaca: “[...] o desenvolvimento de habilidades comunicativas, como a escuta ativa, a validação emocional e a capacidade de transmitir más notícias com compaixão, é fundamental para reduzir o sofrimento do paciente e de sua família”. De modo ilustrativo, após um treinamento em comunicação em cuidados paliativos, um médico passa a preparar o ambiente antes de comunicar diagnósticos graves, utiliza linguagem acessível, verifica a compreensão do paciente, oferece espaço para a expressão de emoções e permanece disponível para responder às dúvidas, promovendo uma experiência de cuidado mais ética e humanizada.

Assim, “[...] o sofrimento moral e o burnout são fenômenos frequentes entre os profissionais que atuam no cuidado de pacientes terminais, especialmente quando não possuem formação adequada para lidar com a finitude”, destaca Kastenbaum (2000, p. 241). Desse modo, é fundamental observar que a formação tanatológica contribui para a redução desses quadros, oferecendo aos profissionais ferramentas para compreender e manejar as emoções que emergem no acompanhamento do processo de morrer. De igual maneira, segundo Halifax (2009, p. 215), “[...] capacitar os profissionais para reconhecer seus próprios limites e cuidar de sua saúde emocional é essencial para prevenir o desgaste psíquico e promover uma atuação ética e sustentável”. Ilustrando essa prática, em um hospital que promove regularmente grupos de apoio e supervisão para a equipe de cuidados paliativos, os profissionais compartilham suas experiências, elaboram o impacto emocional do trabalho e constroem

coletivamente estratégias para preservar o bem-estar, reduzindo significativamente os índices de esgotamento e sofrimento moral.

No contexto do cuidado no fim da vida, a educação é crucial para garantir que os profissionais de saúde possam responder de forma compassiva e competente aos pacientes moribundos. Sem treinamento adequado, muitos profissionais podem sentir-se despreparados para enfrentar a morte abertamente, e podem evitar conversas ou intervenções necessárias que poderiam aliviar o sofrimento. [...] A educação nesta área incentiva uma mudança de abordagens exclusivamente curativas para aquelas que também enfatizam o conforto, a dignidade e o apoio psicossocial, reconhecendo a natureza multidimensional do morrer (Kellehear, 2007, p. 112).

Por conseguinte, é fundamental destacar que a formação tanatológica também promove uma cultura institucional mais sensível ao cuidado no fim da vida, transformando práticas e políticas que antes priorizavam exclusivamente a cura e a prolongação da vida. Como observou Libby Sallnow et al., “[...] instituições que investem na formação de seus profissionais em tanatologia tendem a adotar práticas mais humanizadas e a valorizar o cuidado paliativo como uma dimensão essencial da assistência” (2012, p. 236). De forma complementar, Charmaz, Howarth e Kellehear enfatizam que “[...] a sensibilização institucional amplia o reconhecimento da terminalidade como um processo que merece respeito, acolhimento e suporte interdisciplinar” (1997, p. 208). A título de exemplo, em um hospital que incorpora a educação permanente em tanatologia, observa-se a criação de protocolos que asseguram o encaminhamento precoce para cuidados paliativos, a implantação de salas de conforto para famílias em processo de luto e a realização de cerimônias simbólicas que honram a trajetória dos pacientes falecidos, consolidando uma cultura organizacional pautada na ética do cuidado.

Além disso, cabem ressaltar que a formação tanatológica estimula a construção de práticas profissionais mais reflexivas e críticas, capazes de questionar modelos biomédicos tradicionais que desconsideram a complexidade do processo de morrer. Segundo Du Boulay (2011), a formação em tanatologia “[...] permite que o profissional adote uma postura crítica frente às intervenções fúteis e desenvolva habilidades para propor planos terapêuticos que respeitem a dignidade do paciente” (p. 189). De forma complementar, Kellehear (2007) destaca que “[...] profissionais reflexivos são mais propensos a identificar as necessidades psicossociais e espirituais do paciente, atuando para além da lógica tecnicista” (p. 271). Por conseguinte, após participar de um curso de atualização em cuidados paliativos, uma médica oncológica passa a revisar criticamente seus protocolos terapêuticos, suspendendo quimioterapias desproporcionais em pacientes terminais e investindo no fortalecimento de intervenções voltadas ao conforto e à qualidade de vida, promovendo uma atuação mais ética e humanizada.

Dito isso, “[...] a formação tanatológica é um fator determinante para o fortalecimento do trabalho em equipe interdisciplinar, pois fomenta a compreensão das especificidades de cada área no cuidado ao paciente terminal” (Charmaz, Howarth & Kellehear, 1997, p. 225). Assim sendo, é importante destacar que profissionais que compartilham saberes sobre tanatologia tendem a atuar de forma mais articulada, promovendo uma assistência integral e centrada no paciente. De forma complementar, Du Boulay (2011, p. 198) reforça: “[...] o cuidado no fim da vida exige o envolvimento harmônico de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e capelães, que devem atuar com comunicação eficaz e respeito mútuo”. Como demonstra a prática, em um hospital que investe em programas de formação conjunta para diferentes categorias profissionais, observam-se reuniões semanais de equipe para discussão de casos, construção de planos terapêuticos compartilhados e implementação de estratégias integradas para o alívio do sofrimento, fortalecendo a coesão da equipe e qualificando o cuidado oferecido ao paciente e à família. Em verdade, Figueiredo (1994) reforça a relevância do compartilhamento interdisciplinar e da formação conjunta como fatores determinantes para um cuidado mais integrado e humanizado.

Enfim, a experiência mostra-nos que trabalhar em equipe é a maneira mais satisfatória que qualquer profissional pode encontrar para desempenhar suas funções. Temos a possibilidade de colocar o nosso conhecimento específico em discussão e acreditar que desta atitude o nosso trabalho pode se tornar melhor, pode crescer. É um constante exercício de democracia e um aprimoramento da arte de escutar. A troca de saber consequente a este tipo de atuação faz com que a família não seja objeto exclusivo do serviço social, como ocorre em outros trabalhos multiprofissionais, mas transforma-se em objeto comum a todos os elementos da equipe, acarretando benefício para o paciente, que é percebido de uma forma global e integrada. Cabe ressaltar que trabalhar em equipe nem sempre é fácil, uma vez que decidimos colocar o nosso saber à prova e nos deparamos com outros saberes, com os quais poucas vezes nos foi dada a chance de discutir. Entretanto, este encontro de ideias e este esforço conjunto de se chegar a um denominador comum garantem resultados mais ricos e, portanto, uma satisfação maior com o próprio trabalho (p. 64).

Por conseguinte, é fundamental observar que a formação tanatológica contribui significativamente para o desenvolvimento de competências éticas, capacitando os profissionais a atuar de forma respeitosa, prudente e sensível frente às complexas decisões que envolvem o fim da vida. Além disso, ao aprofundar a compreensão sobre a autonomia, a dignidade e o sofrimento, a formação oferece subsídios para que o profissional possa reconhecer e evitar práticas intervencionistas desproporcionais. Como exemplo concreto, quando um médico recebe capacitação em ética do cuidado paliativo, passa a realizar discussões éticas sistemáticas com a equipe sobre a adequação das condutas terapêuticas, incluindo o paciente e sua família nesse processo, garantindo que as decisões respeitem os valores e desejos expressos. Para Byock (2012) “[...] a competência ética é aprimorada quando o profissional comprehende a importância de respeitar a vontade do paciente e de promover

cuidados que priorizem a qualidade de vida, evitando ações que possam prolongar o sofrimento” (p. 233).

Além disso, é importante destacar que a formação tanatológica qualifica os profissionais para o manejo adequado da dor total, conceito que envolve o sofrimento físico, psíquico, social e espiritual do paciente em processo de morrer. Como assinala Kellehear (2007), “[...] compreender a dor total é essencial para que o cuidado não se limite ao alívio sintomático, mas integre dimensões subjetivas e relacionais fundamentais para o bem-estar do paciente” (p. 243). De igual maneira, Du Boulay (2011) reforça que “[...] a formação específica permite que o profissional reconheça sinais sutis de sofrimento, ajustando intervenções clínicas e acolhendo aspectos emocionais e espirituais que emergem no processo de morrer” (p. 207). Como ilustração, após capacitar-se em manejo da dor total, uma enfermeira identifica que o paciente, apesar de referir dor leve, manifesta intensa angústia pela ausência da família. Ela então articula uma visita familiar, ajusta o cuidado clínico e solicita apoio psicológico, assegurando uma abordagem integral e humanizada do sofrimento.

Assim sendo, vale destacar que a formação tanatológica desempenha um papel decisivo na prevenção de práticas fúteis e desproporcionais, muitas vezes adotadas por falta de preparo para lidar com a terminalidade. De forma complementar, Kastenbaum (2000) adverte que “[...] a ausência de formação específica conduz, frequentemente, à adoção de condutas que, longe de beneficiar o paciente, acabam prolongando seu sofrimento de maneira injustificável” (p. 217). Além disso, Sallnow, Kumar e Kellehear (2012) observam que “[...] a educação em tanatologia estimula o profissional a refletir criticamente sobre a adequação das intervenções, promovendo escolhas terapêuticas alinhadas com os valores do paciente e pautadas na proporcionalidade e no respeito à sua dignidade” (p. 250). Para ilustrar, em uma unidade de terapia intensiva que promove capacitações regulares sobre cuidados paliativos, observa-se a redução expressiva da realização de procedimentos invasivos em pacientes terminais, sendo priorizados o conforto, o alívio da dor e o suporte emocional à família, evitando a futilidade terapêutica e promovendo um cuidado mais ético e sensível.

A impotência das pessoas doentes, a sensação de insuficiência, a constante expectativa de morte, a descrença em relação às medidas terapêuticas disponíveis constituem, às vezes, uma espécie de paralisia diante da realidade dos limites dos tratamentos para a cura e das demandas relativas à preservação da qualidade de suas vidas. Vale lembrar que a busca para a saída de tal paralisia é intensificada por manifestações e ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional que compõe o serviço de cuidados paliativos e dor, à qual devem ser encaminhados os enfermos em situação de pacientes fora de recursos de cura, visto que, por meio desta equipe é que estes pacientes poderão receber mais afetivamente os cuidados necessários (Figueiredo, 1994, p. 99).

Conforme Halifax (2009: 223), “[...] a formação tanatológica proporciona aos profissionais um ambiente seguro para a elaboração de suas próprias emoções diante da morte, fortalecendo sua segurança emocional e sua capacidade de acolher o sofrimento do outro”. Dessa forma, cabe ressaltar que, ao oferecer espaços de reflexão sobre o impacto emocional do cuidado de pacientes terminais, a formação reduz a ansiedade, o medo e a sensação de impotência frequentemente vivenciada pelos profissionais. De igual maneira, Grof e Halifax (1978, p. 195) afirmam que “[...] o preparo adequado permite que o profissional reconheça suas limitações e acolha a morte como parte inevitável da vida, atuando com serenidade e presença”. Como resultado prático, após participar de um grupo de estudos sobre tanatologia, um residente de medicina relata sentir-se mais confiante ao comunicar más notícias, percebendo que a formação o ajudou a acolher melhor as emoções do paciente e as suas próprias, reduzindo o sofrimento psíquico e aprimorando a qualidade do cuidado prestado.

Além disso, cumpre salientar que a formação tanatológica atua como um importante instrumento para humanizar o ambiente hospitalar, promovendo práticas que acolhem a subjetividade, o sofrimento e as necessidades relacionais do paciente em fim de vida. Como observam Charmaz, Howarth e Kellehear (1997), “[...] ao integrar a tanatologia na formação, o hospital deixa de ser um espaço exclusivamente técnico e passa a ser um local de cuidado integral, onde a dignidade do paciente é priorizada” (p. 212). De forma complementar, segundo Du Boulay (2011), “[...] a humanização do ambiente hospitalar depende, essencialmente, da capacitação dos profissionais para lidar com a morte de forma ética, compassiva e relacional” (p. 195). Como prática recorrente, após uma instituição hospitalar implementar programas de capacitação em tanatologia para todos os setores, são criados espaços específicos de acolhimento para familiares, protocolos de comunicação empática e ambientes que respeitam a privacidade e o conforto do paciente terminal, transformando o hospital em um lugar mais acolhedor e humano.

Desse modo, é fundamental observar que a formação tanatológica representa um verdadeiro legado para a transformação cultural na saúde, contribuindo para a superação do paradigma tecnicista e para a construção de uma ética do cuidado que valoriza a dignidade e o bem-estar no processo de morrer. Dessa forma, ao capacitar os profissionais para reconhecerem a morte como parte inevitável da existência, a formação favorece práticas mais sensíveis, éticas e humanas, que respeitam a subjetividade do paciente e sua trajetória de vida. Para exemplificar, após a inclusão de disciplinas sobre tanatologia nos currículos da graduação em enfermagem e medicina, observou-se que os profissionais egressos atuam com maior sensibilidade diante da terminalidade, promovendo cuidados centrados na pessoa e priorizando o alívio do sofrimento. Dito isso, “[...] a formação tanatológica transforma a cultura institucional ao reposicionar a morte como um evento humano que demanda

cuidado, presença e respeito, e não apenas como uma falha terapêutica a ser evitada” (Kastenbaum, 2000, p. 237).

[...] Sou a favor de falar sobre a morte e o morrer com pacientes bem antes que isso ocorra de fato, desde que o paciente o queira. Um indivíduo saudável e forte pode tratar melhor do assunto e ficar menos espantado com a aproximação da morte estando ainda a ‘quilômetros de distância’, do que estando ‘às portas’, como observou com tanta propriedade um nosso paciente. Além disso, é mais fácil para a família discutir esses assuntos em tempos de relativa saúde e bem-estar, cuidando da segurança financeira das crianças e dos demais, enquanto atua ainda o chefe da casa. Adiar este tipo de conversa não beneficia o paciente, mas serve para nos pôr na defensiva. Comumente, a negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial¹⁶ (Kübler-Ross, 1996, p. 97-98).

Antes de mais nada, é importante destacar que o cuidado ao morrer envolve desafios éticos e bioéticos complexos, exigindo dos profissionais de saúde um equilíbrio delicado entre os princípios da beneficência, da não maleficência, da justiça e, sobretudo, da autonomia. De acordo com Kastenbaum (2000), a tanatologia “[...] revela as profundas tensões éticas que permeiam as decisões clínicas em torno da terminalidade, especialmente quando há incerteza sobre os limites terapêuticos e o melhor interesse do paciente” (p. 213). Além disso, Byock (2012) aponta que “[...] os dilemas éticos mais agudos emergem justamente quando há discordância entre familiares, profissionais e pacientes sobre a manutenção ou a suspensão de tratamentos, o que exige habilidades éticas e comunicativas refinadas” (p. 199). Assim, por exemplo, em uma unidade de cuidados intensivos, quando a equipe identifica que as intervenções são fúteis e prolongam o sofrimento, é fundamental que se estabeleçam discussões éticas interdisciplinares, acolhendo os valores do paciente e da família, a fim de garantir que as condutas adotadas respeitem a dignidade e os direitos da pessoa em processo de morrer.

Para Kellehear (2007), “[...] a busca incessante pelo prolongamento da vida, sem uma reflexão crítica sobre a qualidade dessa existência, pode levar a intervenções que agravam o sofrimento do paciente e fragilizam sua dignidade” (p. 261). Assim sendo, convém observar que o enfrentamento das tensões entre prolongar a vida e assegurar qualidade de vida constitui um dos principais dilemas éticos no contexto da terminalidade. De forma complementar, segundo Du Boulay (2011, p. 175), “[...] priorizar a qualidade de vida significa reconhecer que nem sempre prolongar a existência biológica corresponde ao melhor interesse do paciente, sendo necessário respeitar seus valores, desejos e limites”. De modo ilustrativo, diante de um paciente com doença terminal, cuja condição clínica não permite reversão ou melhora, cabe à equipe refletir conjuntamente com o paciente e a família sobre a possibilidade de suspender tratamentos agressivos e priorizar cuidados paliativos, assegurando

¹⁶ Tradução nossa.

conforto, alívio da dor e apoio emocional, elementos fundamentais para um morrer digno e humanizado.

Kovács (2008, p. 145) observa que “[...] a reflexão sobre eutanásia, distanásia e cuidados paliativos demanda uma análise ética cuidadosa, que considere os valores do paciente e as normativas legais e institucionais”. De forma complementar, Kellehear (2007, p. 253) afirma que “[...] a distanásia, ao prolongar artificialmente a vida sem perspectivas de cura ou melhora, representa uma violação à dignidade do paciente e um desafio ético para a equipe de saúde”. No contexto brasileiro, é importante destacar a Resolução nº 1.805/2006¹⁷ do Conselho Federal de Medicina, que legitima a prática da ortotanásia, orientando os médicos a absterem-se de procedimentos fúteis e a priorizarem cuidados paliativos, respeitando a autonomia do paciente e promovendo um morrer digno. Além disso, documentos como a Política Nacional de Cuidados Paliativos¹⁸, instituída pelo Ministério da Saúde, reforçam a necessidade de promover assistência integral, alívio do sofrimento e suporte à família. Assim, de modo complementar, ao acompanhar um paciente com doença incurável, o médico deve, com base nessas diretrizes, discutir com a equipe e com a família a suspensão de tratamentos desproporcionais, priorizando intervenções que promovam conforto e acolhimento.

[...] Quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte. Como é possível? Recorremos aos eufemismos; fazemos com que o morto pareça adormecido; mandamos que as crianças saiam, para protegê-las da ansiedade e do tumulto reinantes na casa, isto quando o paciente tem a felicidade de morrer em seu lar; impedimos que as crianças visitem seus pais que se encontram à beira da morte nos hospitais; sustentamos discussões longas e controvertidas sobre dizer ou não a verdade ao paciente [...] morrer é triste

A Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) representa um marco ético e normativo fundamental no Brasil, ao dispor sobre a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de pacientes em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. Essa normativa reconhece a ortotanásia como uma conduta legítima e ética, autorizando que médicos, respeitados os desejos do paciente ou de seu representante legal, abstêm-se de práticas terapêuticas fúteis, que apenas prolongariam o sofrimento sem oferecer benefícios reais à qualidade de vida. A Resolução orienta que, nesses casos, deve-se priorizar os cuidados paliativos, o alívio da dor e o conforto, assegurando ao paciente uma morte digna e humanizada. Assim, ela fortalece a autonomia do paciente e orienta o profissional de saúde no enfrentamento de situações complexas no final da vida (CFM, 2006). Ver: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006*. Dispõe sobre a ortotanásia. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-1.805-de-28-de-novembro-de-2006-20093954>. Acesso em: 23 Abr. 2025.

¹⁸ A Política Nacional de Cuidados Paliativos, formalizada no Brasil pela Resolução nº 41/2018 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), representa um avanço significativo na institucionalização e na organização da atenção aos pacientes com doenças ameaçadoras da vida, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política estabelece diretrizes para a implementação dos cuidados paliativos em todos os níveis de atenção, com ênfase na abordagem integral e interdisciplinar, visando à melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares. Além disso, destaca-se a importância da formação e capacitação permanente dos profissionais de saúde, bem como a garantia de acesso aos medicamentos essenciais para o controle dos sintomas. Assim, a Política reforça o compromisso do Estado brasileiro com a promoção de uma assistência ética, humanizada e centrada na dignidade da pessoa em situação de terminalidade (BRASIL, 2018). Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018*. Estabelece as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), à luz dos cuidados continuados integrados. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 288-289, 23 nov. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 23 Abr. 2025.

demais sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano (Kübler-Ross, 1996, p. 134-135).

Além disso, é fundamental observar que o respeito à autonomia do paciente é um dos pilares éticos mais relevantes no cuidado em fim de vida, promovendo a construção compartilhada das decisões terapêuticas. Segundo Byock (2012), a autonomia “[...] exige que o profissional reconheça o paciente como sujeito ativo de sua trajetória, legitimando suas escolhas e respeitando suas recusas ou preferências quanto aos tratamentos” (p. 184). De igual maneira, Kastenbaum (2000) aponta que a decisão compartilhada “[...] promove a humanização da assistência, pois considera não apenas o diagnóstico biomédico, mas também os valores, crenças e expectativas do paciente e de sua família” (p. 219). Para ilustrar, quando um paciente expressa sua recusa em submeter-se a um procedimento invasivo, caberá à equipe acolher essa decisão, oferecendo informações claras, suporte emocional e alternativas que preservem sua dignidade e qualidade de vida, fortalecendo assim o princípio da autonomia e a relação terapêutica de confiança.

Para Attig, “[...] a vulnerabilidade inerente ao paciente terminal demanda dos profissionais uma postura ética que reconheça os limites da intervenção médica e privilegie o cuidado compassivo” (2011, p. 173). Dessa forma, é importante destacar que, diante da terminalidade, os profissionais devem evitar práticas que visem apenas prolongar a vida biologicamente, sem considerar os impactos físicos, emocionais e espirituais que tais intervenções podem gerar. De forma complementar, segundo Solomon, Greenberg e Pyszczynski (2015, p. 129), “[...] a consciência da finitude e a escuta das necessidades existenciais do paciente orientam uma prática clínica mais sensível, que respeita seus valores e evita a medicalização excessiva do morrer”. Assim sendo, sempre que perceberem que determinado tratamento apenas prolongará o processo de morte sem oferecer qualidade de vida, as equipes devem, de maneira ética e respeitosa, propor alternativas de cuidado paliativo, assegurando alívio do sofrimento e promoção da dignidade até o fim.

Halifax (2009, p. 207) destaca que “[...] as diretivas antecipadas de vontade constituem um instrumento ético essencial para garantir que as decisões terapêuticas respeitem os valores e desejos expressos pelo paciente, mesmo quando ele já não puder mais comunicá-los”. De igual maneira, Grof e Halifax (1978, p. 182) afirmam que “[...] a formalização das preferências do paciente, por meio de diretivas antecipadas, oferece segurança aos profissionais e à família, evitando intervenções desproporcionais e promovendo um cuidado coerente com os desejos previamente manifestados”. No Brasil, a Resolução nº 1.995/2012¹⁹ do Conselho Federal de Medicina regulamenta o uso das diretivas

¹⁹ A Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamenta as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) no Brasil, assegurando o direito do paciente de manifestar previamente sua vontade sobre os cuidados e tratamentos

antecipadas de vontade, garantindo o direito do paciente de recusar tratamentos que prolonguem o sofrimento ou que sejam considerados desproporcionais. Assim, sempre que a equipe acolher uma diretiva onde o paciente solicita a não realização de reanimação cardiopulmonar em caso de parada cardíaca, assegura a proteção de sua autonomia, promovendo um cuidado que respeita sua subjetividade e dignidade.

[...] estou convencida de que um paciente tem o direito de morrer em paz e dignamente. Não deveríamos usá-lo para satisfazer nossas próprias necessidades, quando seus anseios se opõem aos nossos. Refiro-me a pacientes que têm doenças físicas, mas que estão com saúde e são suficientemente capazes de tomar suas próprias decisões. Seus desejos e opiniões deveriam ser respeitados, eles mesmos deveriam ser ouvidos e consultados. Se seus anseios são contrários às nossas crenças e convicções no que tange a cirurgias futuras ou tratamentos, deveríamos falar abertamente deste conflito e deixar que o paciente tome a decisão (Kübler-Ross, 1996, p. 264-265).

Além disso, é fundamental observar que a comunicação honesta e empática representa uma competência essencial para a tomada de decisão no contexto do cuidado ao morrer, permitindo que o paciente e sua família compreendam a situação clínica e participem ativamente das escolhas terapêuticas. Segundo Sallnow, Kumar e Kellehear (2012), “[...] a comunicação efetiva contribui para reduzir a ansiedade, fortalecer a confiança e garantir que as decisões sejam fundamentadas na compreensão plena da situação” (p. 248). De forma complementar, Charmaz, Howarth e Kellehear (1997) afirmam que “[...] a escuta qualificada e a validação das emoções dos pacientes são elementos indispensáveis para construir um vínculo terapêutico sólido e possibilitar escolhas alinhadas com os valores do paciente” (p. 221). De maneira concreta, quando a equipe comunica de forma clara e sensível o prognóstico reservado, o paciente pode expressar suas preferências sobre o cuidado, optar por cuidados paliativos e realizar despedidas significativas, promovendo um processo de morrer mais sereno e respeitoso.

Kovács (2010) pontua que “[...] prevenir a distanásia e promover a ortotanásia são imperativos éticos que visam garantir ao paciente um morrer digno, livre de intervenções desnecessárias e de sofrimento fútil” (p. 132). Assim, é importante destacar que a ortotanásia, ao permitir que a morte

que deseja ou não receber, caso venha a se encontrar incapacitado de expressar sua decisão de maneira autônoma. Essa normativa representa um importante instrumento de promoção da autonomia e da dignidade no processo de morrer, orientando os profissionais de saúde a respeitarem as escolhas previamente registradas pelo paciente, mesmo diante da pressão por intervenções fúteis ou desproporcionais. As DAV incluem, por exemplo, a recusa de medidas de suporte artificial de vida ou a solicitação de cuidados paliativos. Assim, a Resolução nº 1.995/2012 fortalece a ética do cuidado centrado no paciente e orienta a prática médica frente aos dilemas no final da vida (CFM, 2012). Ver: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012*. Estabelece as diretrizes para a utilização das diretivas antecipadas de vontade dos pacientes no âmbito da prática médica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-1.995-de-9-de-agosto-de-2012-31541520>. Acesso em: 23 Abr. 2025.

ocorra no seu tempo natural, resgata o respeito à dignidade e à autonomia do paciente, enquanto a distanásia, ao prolongar artificialmente o processo de morrer, frequentemente resulta em dor e sofrimento evitáveis. De igual maneira, Medeiros (2004, p. 189) reforça que “[...] o reconhecimento da ortotanásia como prática ética e legal, conforme regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina, protege tanto o paciente quanto o profissional, orientando condutas que priorizam o conforto e o alívio do sofrimento”. Deste modo, diante de um paciente em estado terminal, sem possibilidade de reversão, a equipe pode, em consonância com as diretrizes éticas e legais, optar pela suspensão de procedimentos invasivos, concentrando-se no cuidado paliativo, no alívio da dor e no suporte emocional à família, assegurando um processo de morrer humanizado e ético.

Essa autonomia é frequentemente reivindicada, até com certa veemência, pelos pacientes. Alguns depoimentos expressam esse esforço: ‘Não sei se será possível, deixe meus filhos perto de mim, explique para eles o que está acontecendo. Não quero morrer no hospital, quero ficar em minha casa, com a imagem de Nossa Senhora de Aparecida do meu lado, sou muito devota a ela. [...] Não me deixe sofrer mais do que já tenho sofrido. Não me deixe sozinha. Tenho muito medo do que vai acontecer comigo. Tenho medo da escuridão, tenho medo quando chega à noite. Queria viver mais a minha vida com meus filhos, queria ter vivido mais intensamente, não queria ter sofrido tanto. O que me resta é morrer dignamente’ (Figueiredo, 1994, p. 75-76).

Saunders (2011, p. 119) afirma que “[...] o suporte à família é uma dimensão inseparável do cuidado ético no fim da vida, pois familiares também vivenciam sofrimento e precisam ser acolhidos nas decisões terapêuticas”. De forma complementar, Sallnow, Kumar e Kellehear (2012, p. 232) destacam que “[...] incluir a família no processo decisório contribui para reduzir conflitos, favorecer a aceitação da terminalidade e assegurar que as decisões refletem os valores e desejos do paciente”. Dessa forma, cabe ressaltar que, ao proporcionar espaços de escuta e orientação aos familiares, a equipe de saúde promove um cuidado mais integral e humanizado, que reconhece o impacto do processo de morrer sobre todos os envolvidos. Por conseguinte, sempre que a equipe organiza reuniões familiares para discutir o plano terapêutico e esclarecer dúvidas, cria um ambiente de confiança e respeito mútuo, possibilitando que as decisões sejam tomadas de forma compartilhada e ética, respeitando as necessidades do paciente e dos seus entes queridos.

Além disso, convém observar que a valorização do consentimento informado é uma prática ética essencial no cuidado ao paciente em terminalidade, garantindo que suas escolhas sejam respeitadas e que as intervenções médicas sejam pautadas na transparência e na autonomia. Segundo Attig (2011), “[...] o consentimento informado não deve ser visto como um mero procedimento burocrático, mas como uma oportunidade de diálogo, que fortalece a relação entre o profissional e o paciente e assegura que as decisões sejam coerentes com os valores do indivíduo” (p. 159). De igual

maneira, Solomon, Greenberg e Pyszczynski (2015) indicam que “[...] o consentimento informado amplia a percepção de segurança do paciente, permitindo-lhe exercer controle sobre seu processo de morrer” (p. 202). De modo complementar, quando um paciente é plenamente informado sobre os riscos e benefícios de determinada intervenção e, a partir disso, opta por recusar tratamentos invasivos, a equipe deve acolher e respeitar essa decisão, garantindo que o cuidado seja conduzido com ética, empatia e respeito à sua dignidade.

Desse modo, “[...] a formação ética é um elemento estruturante para que os profissionais possam atuar com segurança, sensibilidade e responsabilidade no cuidado ao paciente em processo de morrer” (Charmaz, Howarth & Kellehear, 1997, p. 217). Assim, cabe ressaltar que, ao investir na formação ética, as instituições de saúde capacitam suas equipes para enfrentar dilemas complexos, manejar conflitos e respeitar os limites terapêuticos, promovendo práticas mais humanizadas. De igual maneira, Sallnow, Kumar e Kellehear (2012, p. 240) defendem que “[...] a formação ética amplia a consciência dos profissionais sobre o impacto das decisões clínicas, estimulando uma atuação pautada na autonomia, no respeito e na compaixão”. Nesse sentido, sempre que uma equipe hospitalar participa de programas regulares de formação ética, tende a refletir criticamente sobre a adequação das intervenções, dialogar abertamente com os pacientes e famílias e evitar condutas que prolonguem inutilmente o sofrimento, assegurando que o cuidado seja pautado em valores éticos sólidos e humanizado.

Descobrimos que os pacientes que melhor reagem são aqueles que foram encorajados a extravasar suas raivas, a chorar durante o pesar preparatório, a comunicar seus temores e fantasias a quem puder sentar-se e ouvi-los em silêncio. Deveríamos tomar consciência do enorme trabalho em alcançar este estágio de aceitação, levando a uma separação gradativa (decataxia), onde não há mais diálogo. Descobrimos dois meios mais fáceis de atingir este objetivo. Um tipo de paciente chegará a ela através de pouca ou nenhuma ajuda dos circunstântes, a não ser uma compreensão silenciosa, sem qualquer interferência (Kübler-Ross, 1996, p. 267).

Kellehear (2007, p. 266) ressalta que “[...] a construção de políticas institucionais orientadas pela ética do cuidado é fundamental para assegurar que os profissionais atuem de maneira coerente, respeitando a dignidade do paciente e promovendo práticas compassivas no fim da vida”. De forma complementar, Du Boulay (2011, p. 205) enfatiza que “[...] políticas institucionais claras oferecem respaldo ético e legal às equipes, favorecendo a tomada de decisões alinhadas com os valores do paciente e evitando práticas desproporcionais ou fúteis”. Dito isso, quando instituições estabelecem protocolos éticos, comissões de bioética e programas de cuidados paliativos bem estruturados, criam um ambiente onde o processo de morrer é respeitado, acolhido e tratado com a dignidade que merece. Dessa maneira, sempre que uma unidade hospitalar implementa uma política institucional que orienta

a equipe sobre a indicação adequada de cuidados paliativos e assegura suporte emocional, promove um ambiente onde a ética do cuidado permeia todas as ações e decisões.

Diante desse quadro, à medida que a sociedade passa a compreender com mais profundidade a importância do cuidado diante da terminalidade da vida, é fundamental observar que a formação tanatológica deverá assumir um papel ainda mais estruturante nas instituições de ensino e nos currículos das áreas da saúde. Segundo Kellehear (2007), “[...] a preparação dos profissionais para lidar com a morte precisa ir além do ensino técnico e incluir uma reflexão existencial, cultural e emocional sobre o fim da vida” (p. 268). De igual maneira, Kovács (2010, p. 119) afirma que “[...] a prática tanatológica requer formação continuada, diálogo interdisciplinar e espaços de escuta sobre a própria morte e o sofrimento do outro”. Nesse sentido, pode-se afirmar que, no futuro próximo, cursos de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social deverão incorporar disciplinas obrigatórias de tanatologia, com atividades teórico-vivenciais que simulem o cotidiano hospitalar. Imagine, por exemplo, uma oficina semanal em um hospital-escola em que estudantes acompanham, junto à equipe de cuidados paliativos, a rotina de uma paciente com doença terminal: primeiro observam a escuta empática realizada pela psicóloga; depois presenciam a conferência clínica com médico e enfermeiros; e por fim participam de uma roda de discussão ética sobre o limite das intervenções. Essa formação, progressivamente implementada, criará uma geração de profissionais mais sensíveis, éticos e preparados para promover um morrer digno e humano.

Halifax (2009) afirma que “[...] políticas públicas que assegurem a inserção da tanatologia na formação dos profissionais de saúde são imprescindíveis para transformar o modo como a sociedade lida com a morte e o morrer” (Halifax, 2009, p. 198). Dessa forma, cabe ressaltar que, sem uma diretriz nacional clara e bem estruturada, o ensino da tanatologia permanece fragmentado e restrito a iniciativas isoladas. De forma complementar, Attig (2011, p. 176) enfatiza que “[...] a educação tanatológica, quando impulsionada por políticas públicas, fortalece não apenas os profissionais, mas também promove uma mudança cultural ao legitimar a morte como parte do ciclo vital”. Tal como ocorre em hospitais que já implementaram programas de formação baseados em políticas institucionais, é possível visualizar práticas exemplares: em uma unidade pública de cuidados paliativos, o governo estadual determina que todos os novos médicos residentes participem de um módulo obrigatório sobre manejo da terminalidade. Neste módulo, primeiramente, os residentes acompanham consultas com foco na comunicação de más notícias; depois, participam de grupos reflexivos sobre o impacto emocional desse processo; por fim, são orientados a construir planos terapêuticos que priorizem o conforto e a dignidade do paciente. Assim, políticas públicas bem

delineadas podem garantir que tais práticas não fiquem restritas a poucos centros, mas sejam difundidas amplamente, promovendo uma formação humanizada e ética em todo o sistema de saúde.

[...] a formação de um ‘pool’ por estas empresas com a finalidade de constituir um fundo financeiro destinado a auxiliar a manutenção de clínicas de cuidados paliativos cadastradas, seria um reforço importante na arrecadação promovida pelos voluntários. Após conviver com os poucos profissionais de cuidados paliativos do Estado de São Paulo, o autor propôs-se a organizar cursos multiprofissionais dirigidos aos estudantes de medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, terapia ocupacional, fisioterapia, além de voluntários. [...] Até onde o autor pode verificar na literatura, estes são os primeiros cursos multiprofissionais sobre o tema dirigidos ao público universitário (Figueiredo, 1994, p. 114).

Além disso, cabe destacar que a formação continuada na prática tanatológica se impõe como um elemento essencial para o fortalecimento das competências necessárias ao cuidado ético e humanizado. Segundo Solomon, Greenberg e Pyszczynski (2015), “[...] a formação constante é fundamental para que os profissionais desenvolvam habilidades de enfrentamento diante da morte, minimizando o sofrimento tanto do paciente quanto de si mesmos” (p. 213). De forma complementar, Kastenbaum (2018, p. 134) afirma que “[...] o processo educativo em tanatologia precisa ser contínuo, atualizado e interdisciplinar, garantindo que o cuidado ao paciente terminal seja pautado pelo respeito, sensibilidade e excelência técnica”. Assim, pode-se citar a experiência de hospitais que realizam jornadas anuais de tanatologia, reunindo profissionais de diferentes áreas para participar de workshops, palestras e grupos de estudo: inicialmente, compartilham casos complexos vivenciados; depois, aprofundam conhecimentos sobre comunicação compassiva; por fim, elaboram propostas de intervenção para situações-limite, fortalecendo suas práticas de cuidado ao paciente em processo de morrer.

Além disso, é fundamental observar que a promoção de uma cultura do cuidado que reconheça a morte como parte do processo vital demanda mudanças estruturais e simbólicas tanto nas instituições de saúde quanto na sociedade. De acordo com Du Boulay (2011), “[...] reconhecer a morte como um evento natural e inevitável é essencial para humanizar as práticas de cuidado e transformar o modo como profissionais e familiares vivenciam a terminalidade” (p. 207). De forma complementar, Medeiros (2004) enfatiza que “[...] a institucionalização de uma cultura que acolha o processo de morrer contribui para reduzir o medo, o isolamento e a desumanização, frequentemente associados ao fim da vida” (p. 193). Assim, uma boa prática consiste em criar espaços institucionais destinados a rituais de despedida e memória. Em muitos hospitais, já se observa a implementação de “salas de acolhimento”, onde, após o falecimento, a equipe oferece um espaço tranquilo para a família realizar um momento de reflexão e despedida: primeiro, os profissionais explicam com serenidade a morte do paciente; depois, disponibilizam suporte espiritual ou psicológico; por fim, acompanham a família até

o momento de liberação do corpo, respeitando seus tempos e emoções. Tais práticas fortalecem a compreensão da morte não como uma falha médica, mas como parte integrante e digna da trajetória humana.

Assim “[...] a evolução da prática tanatológica depende diretamente da capacidade das instituições formadoras em propor metodologias pedagógicas que articulem teoria, prática e reflexão ética” (Charmaz, Howarth & Kellehear, 1997, p. 223). Dito isso, convém observar que, no futuro, a formação tanatológica não poderá mais ser restrita a conteúdos opcionais, mas deverá compor o núcleo central das graduações e pós-graduações na área da saúde. De igual maneira, Worth (2004, p. 141) enfatiza que “[...] a inserção de conteúdos sobre tanatologia no currículo favorece a construção de profissionais mais preparados para lidar com a finitude, promovendo uma abordagem sensível e ética diante do sofrimento humano”. Como prática que se antecipa a esse futuro, algumas universidades já realizam projetos integradores nos quais, durante o internato, estudantes de medicina acompanham pacientes em cuidados paliativos: inicialmente, observam o manejo da dor pela equipe multiprofissional; em seguida, participam de reuniões familiares para ouvir as expectativas e os receios dos pacientes; e, por fim, elaboram relatórios reflexivos sobre o impacto emocional do contato com a terminalidade. Essas experiências permitem que a formação tanatológica se concretize de forma prática, sensível e profundamente humanizada.

Kovács (2008, p. 157) assinala que “[...] a ausência de políticas públicas que priorizem a educação em tanatologia mantém a formação dos profissionais fragmentada e ineficaz, limitando a qualidade do cuidado oferecido”. De forma complementar, Kastenbaum (2000, p. 221) argumenta que “[...] a institucionalização de políticas públicas pode transformar radicalmente a abordagem da morte no campo da saúde, legitimando práticas mais humanizadas e éticas”. Por isso, é fundamental que governos e gestores incorporem diretrizes que exijam a inclusão da tanatologia como componente obrigatório na formação em saúde e estimulem programas de capacitação continuada. Como demonstração concreta dessa necessidade, em algumas regiões, secretarias municipais de saúde começaram a adotar programas-piloto em que profissionais da atenção primária recebem treinamento específico para lidar com situações de luto: primeiro, participam de oficinas sobre comunicação não violenta; depois, acompanham visitas domiciliares em que há pacientes em fase terminal; por fim, recebem supervisão para compartilhar dúvidas e elaborar as dificuldades emocionais vivenciadas. Esse tipo de política pública fortalece a capacidade do sistema de saúde em garantir que o cuidado ao morrer seja ético, sensível e efetivo.

Assim, “[...] desenvolver uma cultura organizacional que acolha a morte como parte inerente do ciclo vital é indispensável para humanizar a assistência e reduzir intervenções desnecessárias”,

afirma Byock (2012, p. 198). Dessa forma, é importante destacar que reconhecer a finitude permite que o cuidado seja orientado não apenas para a cura, mas também para o conforto e a dignidade do paciente. De modo complementar, Halifax (2009, p. 214) observa que “[...] a aceitação da morte como uma etapa natural da existência favorece práticas mais empáticas, reduz o sofrimento evitável e amplia a qualidade do cuidado prestado”. Em determinadas instituições, iniciativas inovadoras promovem esse reconhecimento: por exemplo, em unidades de cuidados paliativos, as equipes de saúde realizam encontros periódicos com pacientes e familiares para abordar temas como a terminalidade, o luto e os desejos para o fim da vida. Durante esses encontros, primeiramente, os pacientes compartilham suas histórias e sentimentos; depois, profissionais como psicólogos e assistentes sociais esclarecem dúvidas e acolhem angústias; e, ao final, todos participam de atividades simbólicas, como a construção de livros de memórias ou cartas de despedida. Essas iniciativas contribuem para que a morte seja encarada com mais serenidade, enquanto reforçam a importância de um cuidado que acolhe a finitude como parte intrínseca da experiência humana.

4 CONCLUSÃO

Ao longo da pesquisa, tornou-se evidente que a formação tanatológica configura-se como um pilar essencial na construção de práticas assistenciais mais sensíveis, éticas e humanizadas no contexto do cuidado a pacientes gravemente enfermos. Essa formação não se restringe à aquisição de conhecimentos técnicos, mas promove, sobretudo, uma ampliação da consciência dos profissionais de saúde acerca das dimensões subjetivas e existenciais que atravessam o processo de morrer. Assim, ao serem capacitados para compreenderem a morte como parte integrante da vida, os profissionais tornam-se mais aptos a oferecerem uma presença qualificada e compassiva, que acolhe a dor, respeita a dignidade e legitima a singularidade de cada trajetória.

Além disso, a prática tanatológica, ao transcender o modelo biomédico tradicional, transforma radicalmente a lógica do cuidado, deslocando-o de uma perspectiva curativa para uma abordagem que prioriza o conforto, o acolhimento e a qualidade de vida até o último momento. A inserção dessa prática no cotidiano assistencial amplia a escuta ativa e a comunicação empática, fortalece vínculos interpessoais e permite que os profissionais se posicionem não como meros aplicadores de procedimentos, mas como cuidadores que reconhecem e acompanham a experiência humana da finitude em sua inteireza.

De igual maneira, é importante observar que a formação e a prática tanatológica se articulam na construção de um ethos profissional comprometido com o respeito à autonomia do paciente e com a promoção de um morrer digno. Tal compromisso ético se expressa, por exemplo, na valorização das

diretivas antecipadas de vontade, na recusa à futilidade terapêutica e no investimento em cuidados que considerem não apenas os sintomas físicos, mas também as necessidades emocionais, espirituais e relacionais do paciente e de sua família. Assim, o cuidado torna-se um espaço de presença solidária, no qual a vulnerabilidade não é ocultada, mas acolhida e legitimada.

Cabe destacar, ainda, que a prática tanatológica exerce um papel transformador não apenas no âmbito individual do cuidado, mas também no plano institucional e cultural. Ao ser incorporado de modo sistemático nas políticas públicas e nos programas de formação, a tanatologia contribui para desconstruir o tabu social da morte, promovendo uma cultura que reconhece a finitude como uma dimensão legítima da existência. Dessa forma, a atuação profissional deixa de ser marcada pelo isolamento e pela negação do morrer, para se constituir em uma práxis relacional e ética, que se orienta pela presença e pelo cuidado integral.

Desse modo, a formação e a prática tanatológica influenciam profundamente o modo como o cuidado é concebido e operacionalizado nas instituições de saúde, promovendo uma intervenção que não se limita a prolongar a vida biológica, mas que busca, acima de tudo, garantir o bem-estar, a dignidade e a autenticidade da experiência de morrer. Ao qualificar os profissionais para atuarem com escuta, empatia e responsabilidade ética, a tanatologia transforma o cuidado em um espaço de humanização, onde o fim da vida não é mais percebido como um fracasso terapêutico, mas como uma oportunidade de acolhimento e de reconhecimento pleno da humanidade do outro.

Portanto, ao considerar os achados desta pesquisa, reforça-se a necessidade de que a formação tanatológica seja integrada de maneira estruturante nos currículos das profissões da saúde, bem como incorporada nas práticas institucionais e políticas públicas de atenção ao paciente terminal. Dito isso, somente assim será possível consolidar uma presença ética, sensível e transformadora no cuidado à morte e ao morrer, assegurando que cada paciente seja acompanhado com respeito, compaixão e dignidade até o fim.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRUM, E. O mundo que nasce e o mundo que morre: reportagens. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2011.

BRUM, E. Banzeiro Òkótó: uma viagem à Amazônia centro do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Educação Escolar Indígena – A disputa entre o saber dos povos ancestrais e a engrenagem da fábrica educativa do capital. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 4, p. 220-245, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-014. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-014>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Saberes que Curam – A farmácia quilombola e o uso de plantas medicinais no cuidado infantil. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 4, p. 199-218, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-199>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-199>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Políticas de Saúde e Desigualdade – Determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do sistema único de saúde (sus). ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 4, p. 246-270, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-200. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-200>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Prevenção ou Medicinalização? Os desafios da atenção primária à saúde (aps) na era do rastreio populacional e da gestão de risco. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 3, p. 287-310, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-287>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-287>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Justiça ambiental e os impactos na saúde dos trabalhadores rurais e comunidades do campo: agrotóxicos, desastres ambientais e contaminação hídrica. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 3, p. 208-230, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-208>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-208>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Por uma atenção primária transformadora: Formação e capacitação profissional para fortalecer o trabalho no cuidado a saúde da família. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 3, p. 54-78, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-054>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-054>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. A cruz que apaga os rastros ancestrais – a conversão evangélica e o desfiguramento da identidade indígena no Brasil. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 2, p. 150-174, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-155. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n2-155>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Desmedicar a vida – um olhar crítico sobre doenças psíquicas, diagnósticos psiquiátricos e a expansão da medicalização no brasil. ARACÊ, [S.I.], v. 7, n. 2, p. 179-

200, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n2-179>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n2-179>. Acesso em: 18 abr. 2025.

CASTRO, E. V. de. O conceito de cultura nas ciências sociais. *Mana*, v. 10, n. 1, p. 1-23, 1984.

CASTRO, E. V. de. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCÓCIO, P. *Saúde, epidemiologia e povos indígenas no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 6, p. 1613-1615, 2005.

FARMER, P. On suffering and structural violence: a view from below. *Daedalus*, v. 125, n. 1, p. 261-283, 1998.

FARMER, P. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press, 2003.

FARMER, P. *Fevers, feuds, and diamonds: Ebola and the ravages of history*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2020.

FASSIN, D. *When bodies remember: experiences and politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press, 2007.

FASSIN, D. *Humanitarian reason: a moral history of the present*. Berkeley: University of California Press, 2012.

FASSIN, D. *Death of a traveler: a counter-investigation*. Cambridge: Polity Press, 2023.

KRENAK, A. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020a.

KRENAK, A. *A vida não é útil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020b.

MARMOT, M. *The health gap: the challenge of an unequal world*. London: Bloomsbury, 2015.

MEDEIROS, R.; SALDANHA, L. C.; FRANÇA, C. G. *Povos e territórios tradicionais no Brasil: contribuições para o desenvolvimento sustentável*. Brasília: Embrapa, 2013.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. O cuidado é um evento: a micropolítica do trabalho vivo em ato. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, v. 6, n. 16, p. 9-15, 2016.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 459-492.

PAIM, J. S. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 38, n. 1, p. 1-12, 2018.

SAWAYA, A. L. Desnutrição, pobreza e saúde infantil: desafios para políticas públicas no Brasil. *Revista de Nutrição*, v. 36, e220042, 2023.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Tecendo os fios da saúde pública: o impacto do saneamento básico na qualidade de vida urbana e no meio ambiente. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 16, n. 5, p. 79, 2024. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/4259>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Políticas culturais e saúde mental na infância: políticas públicas de cultura e sua importância para o desenvolvimento da saúde mental das crianças. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 16, n. 4, p. 136, 2024. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/4045>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Educação permanente e atenção básica na saúde: a importância do aprimoramento do conhecimento dos profissionais que trabalham na atenção básica na saúde para a demanda da população local em um município do Estado do Ceará. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 6, e6661, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/6661>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Diálogos que Curam”: a percepção dos pacientes sobre a comunicação dos profissionais da saúde no SUS. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 6, e7404, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/7404>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “A fortaleza invisível”: reflexões sobre aspectos socioemocionais e de saúde mental das mães solas no Brasil. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 16, n. 6, p. 101, 2024. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9642814>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “De portas fechadas e uma infância fragmentada”: a importância da creche e pré-escola para abrir caminhos e garantir uma primeira infância plena no Brasil. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 6, e7843, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-335>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Radiografia do saneamento básico no Brasil”: navegando pelos labirintos da gestão do saneamento básico em cidades brasileiras em 2024 e as consequências para a população. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 16, n. 5, p. 79, 2024. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/4259>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Ordem de saúde, norma familiar”: entrelaçando os saberes técnico-científicos sanitários e o conhecimento cultural popular de medicina familiar no imaginário coletivo. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/6930>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Necropolítica indígena: causas e motivações do extermínio indígena no Brasil a partir da perspectiva do “processo civilizador” de Norbert Elias e da “política da morte” de

Achille Mbembe. Repositório Institucional - IFRO, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ifro.edu.br/items/6aba222e-7da7-4167-9cf0-768b5806046f>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Virada Vacinal – táticas e estratégias de resistência inspiradas em Michel de Certeau para combater o negacionismo na retomada das vacinas. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 8, e9319, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-144>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Entre o peso do cuidado e a exaustão invisível: o desgaste biopsicossocial dos profissionais da educação e saúde a partir da “Sociedade do Cansaço” de Byung-Chul Han. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 16, n. 13, e6979, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n13-101>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Racismo ambiental, saúde e direitos sociais: causalidades e impactos da degradação ambiental em comunidades vulneráveis no Brasil. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/8603>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Saúde coletiva e equidade – desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/8946>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Os condenados da terra – Genocídio indígena, impunidade estrutural e os limites da justiça na proteção dos direitos humanos no Brasil. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/9330>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Estratégia saúde da família no combate às arboviroses – prevenção, controle do vetor, assistência e educação em saúde. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/9697>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SCHEPER-HUGHES, N. *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press, 1993.

SCHEPER-HUGHES, N.; BOURGOIS, P. *Violence in war and peace: an anthology*. Oxford: Blackwell, 2004.

WEBER, M. *A objetividade do conhecimento nas ciências sociais*. Lisboa: Presença, 1949.

WERNER, D. *Onde não há médico: um manual para agentes de saúde*. 6. ed. São Paulo: OPAS, 1995.

WERNER, D. *Saúde para todos: um guia prático para cuidar da saúde*. São Paulo: OPAS, 2022.

WERNER, D.; BOWER, B. *Donde no hay doctor: guía para el cuidado de la salud*. Palo Alto: Hesperian Foundation, 1982.