



Uma reflexão existencial humanista sobre a relação de pacientes terminais com a morte iminente

An existential-humanistic remark about terminal patients' relationship with imminent death

Clarice Braga Simão¹, Fábio Nogueira Pereira²

¹ Psicóloga (FAESA)

² Doutor em Psicologia (UFES), Faculdades Integradas São Pedro, e-mail: fabio.nogueira@faesa.br

Resumo: Este ensaio teórico traça um panorama de como se constrói a relação dos pacientes com seus respectivos diagnósticos de morte iminente, devido a doenças terminais, a partir de uma abordagem humanista existencial. Assim, apresentamos autores que refletem sobre a finitude humana e como lidamos com a realidade da morte. Mesmo sabendo que esta também faz parte da vida, o conflito, muitas vezes experimentado pelos pacientes diagnosticados com doenças terminais, vai além de aspectos de saúde ou doença, de vida e morte, abrangendo também decisões sobre o tempo de vida que ainda resta e o tratamento oferecido. O objetivo de se refletir sobre o tema abordado é de ampliar a discussão sobre a finitude humana e de como lidamos com a realidade da morte. Discutimos ainda o papel do psicólogo hospitalar no acompanhamento dos pacientes e na mediação com a equipe multidisciplinar. Ao final, sugerimos encaminhamentos a partir das considerações levantadas.

Palavras-chave: Pacientes terminais. Morte. Psicologia existencial humanista.

Abstract: This essay discusses the relationship terminal patients have with their diagnoses and imminent death in light of existential humanism. In order to do so, we present key concepts from different authors on human life, existential limitations, and dealing with death. Even knowing that death is a consequence of being alive, conflicts may rise after being diagnosed with a terminal illness. We understand that conflicts go beyond health/illness and life/death issues as they also question life span, wellness and the treatment. The purpose of this reflection is to broaden the discussion about human finitude and how we deal with death. We also discuss the role of the psychologist in patient monitoring and mediation in a multidisciplinary team at hospitals. Finally, we suggest aspects that should be addressed in future researches and professional training.

Keywords: Terminal patients. Death. Existential-humanistic psychology.

INTRODUÇÃO

O vazio existencial, que é uma possível queixa relatada aos profissionais que ofertam psicoterapia ou acompanhamento psicológico, pode ser observado na perda de sentido de vida e na desvalorização do ser, sobretudo na experiência de pessoas em processo de adoecimento, que, muitas vezes, são marginalizadas pela sociedade.

O homem contemporâneo tem um jeito próprio de encarar sua relação com a vida, tanto consigo próprio quanto com os outros. São novas rotinas e preocupações, novas demandas e desejos baseados em um paradigma existencial voltado para a produtividade, o acúmulo de bens e o controle da natureza, seja ela o

ambiente à sua volta ou seu próprio corpo (LEITÃO; NICOLACI-DA-COSTA, 2003). Percebemos como a velocidade acelerada da modernidade ainda se faz presente, alterando a percepção da passagem do tempo, a forma como lidamos com ele e a maneira como nos lançamos sobre ele.

Nas últimas décadas, há um debate sobre as necessidades de se extrapolar o entendimento restrito de saúde e a formação do profissional de saúde (BORUCHOVITCH; MEDNICK, 2002; GUIMARÃES; SILVA, 2010; SEGRE; FERRAZ, 1997). Anteriormente, utilizávamos conceitos biológicos e uma abordagem médico-curativa na sua concepção

(SEGRE; FERRAZ, 1997). Esse novo entendimento de saúde é necessário, na medida em que buscamos uma definição sobre o que é saúde que abranja também os aspectos psicossociais, ou seja, aqueles que falam da existência individual e social, considerando aspectos ontológicos pessoais e coletivos (BORUCHOVITCH; MEDNICK, 2002; SEGRE; FERRAZ, 1997). Ao se instalar um processo de adoecimento, a pessoa pode sentir a perda de controle sobre seu próprio organismo, levando a um conflito entre as dimensões objetivas e subjetivas do ser, diante da dificuldade de lidar com o real e o concreto, e da tentativa de significação da experiência de vida (KÜBLER-ROSS, 1998). Entretanto, sua percepção de saúde também pode se manter relativamente positiva em alguns casos, uma vez que aspectos além da dimensão orgânica podem levá-la a se perceber como saudável, já que projetos pessoais e a vida social nem sempre sofrem perda qualitativa significativa devido a seu quadro de saúde.

Um dos questionamentos fundantes deste artigo é a forma como se dá o entendimento e a relação com o diagnóstico recebido, assim como a construção de um projeto de vida pelos pacientes diante de limitações e possibilidades que se revelam. Para tanto, abordaremos aspectos relativos aos conceitos de ser-no-mundo, ser-para-a-morte, saúde e doença, o imaginário e o processo do adoecimento, os estágios do luto e a construção de vida a partir do diagnóstico de quadros terminais.

Este estudo sobre o processo de adoecimento e construção de um projeto de vida diante da experiência de ser-para-a-morte pode contribuir para a discussão do papel do psicólogo hospitalar em equipe multiprofissional e as possibilidades de intervenção psicológica e psicossocial com pacientes terminais. Acreditamos que, a partir da discussão apresentada neste artigo, pode-se desenvolver treinamento para estudantes e profissionais que atuam nessa área, visando ao aperfeiçoamento do atendimento oferecido.

SER-NO-MUNDO E SER-PARA-A-MORTE: UMA PERSPECTIVA EXISTENCIAL HUMANISTA

Construímos os significados de vida, metas, valores e visão de mundo baseados em nossa experiência. Não nascemos predestinados a ser alguém com um projeto existencial definido *a priori*, pois tudo o que acontecer será uma construção de nossa existência (SARTRE, 1978). A existência, para Jean Paul Sartre (1978, 2000), precede a essência, ou seja, primeiro existimos e somente depois somos. Dessa forma, não podemos considerar a pessoa separada de sua experiência concreta no mundo. A maneira como nos lançamos na construção de nossa vida e o sentido que damos a ela advêm de nossa relação com os

ambientes físico, social e cultural em que vivemos (SARTRE, 1978).

O cerne do existencialismo sartreano é a liberdade e a autenticidade de cada ser humano em sua construção e relação com o mundo. Para Sartre (2000), estamos condenados à liberdade e à responsabilidade por nossos atos e escolhas. Ele também salienta que muitas vezes nos utilizamos de má-fé para abdicar dessa liberdade e responsabilidade inerentes à existência. A má-fé, segundo esse autor, é a renúncia à própria liberdade, de forma que assumimos um papel pronto da sociedade ou atribuímos nossas escolhas a fatores externos, colocando-nos em posição de objeto para o outro, ao invés de sujeitos ativos na construção de nossa existência (SARTRE, 1978, 2000). Assim, não importam as condições iniciais ou o que outras pessoas fizeram conosco, mas sim o que fazemos a partir do que nos é apresentado como contexto para nossos atos e escolhas.

Este aspecto de indissociabilidade também é encontrado em Heidegger (1989a, 1989b, 2000). Esse autor usa a expressão ser-no-mundo para caracterizar a simultaneidade entre mundo e homem, implicando que a significação de cada um está na dependência do outro. A existência recebe seu sentido na relação com o mundo, e este, por sua vez, busca sua significação no homem (HEIDEGGER, 1989b, 2000).

Todos nós nascemos e morreremos um dia. Precisamos lidar com a morte, uma vez que ela é inerente à vida. Vivemos sabendo dessa condição, porém muitos se esquecem da morte ao se ocupar com as atividades cotidianas. Mesmo não nos lembrando dela ou ela não se fazendo tão presente no dia a dia, a morte é uma certeza anunciada e que não pode ser negada (HEIDEGGER, 1989b, 2000). Compreender a vida inclui a compreensão da morte e de nossa finitude.

O ser-para-a-morte é, segundo Heidegger (1989a, 1989b, 2000), a autenticidade do sentido da existência. Para ele, a morte é uma certeza que não pode ser experimentada diretamente, já que, para isso, seria necessário morrer. Ela não é um acontecimento no tempo, mas sim do fim do tempo e, na verdade, é vivida na experiência que temos da morte do outro.

O indivíduo é um ser inacabado, e o ser-para-a-morte revela o não ser como essência da existência, gerando a sensação de ser incompleto. Segundo Heidegger (1989a, 1989b, 2000), a concepção da existência é constituída pela apropriação das coisas do mundo, designando a existência interior e pessoal. Para esse autor, o ser humano está sempre procurando algo além de si mesmo. Heidegger afirma ainda que somos um ser que se projeta para fora, objetivando o eu naquilo que ainda não é, submersos no mundo, do mundo e com o mundo, onde o eu e o mundo são completamente inseparáveis.

Heidegger salienta o sentimento da angústia no ser-para-a-morte, um movimento de inquietação produzido pela percepção da terminalidade, da finitude, causando-nos a sensação de completa desvalia. Essa sensação seria produto do ser-no-mundo angustiado pela realidade da finitude e da existência e, mais que isso, da impossibilidade dela (HEIDEGGER, 1989a, 1989b, 2000).

A partir deste estado de angústia, cabe-nos uma decisão: ou escolhemos acolher o questionamento e a possibilidade de desenvolver nosso projeto existencial ou optamos pela alienação confortável de fazer parte da massa coletiva e da indiferenciação da vida cotidiana. Apropriar-se da angústia nos permite retomar nosso projeto essencial e o poder de transcendência sobre o mundo e sobre nós mesmos. Reconhecer que somos-para-a-morte nos abre um caminho para ir além da angústia e retomar o destino em nossas próprias mãos.

Assim como a vida, a morte pode ter vários significados, seja concretamente na experiência circunscrita à morte de outrem ou na especulação sobre nosso próprio fim (HEIDEGGER, 1989a, 2000). Para algumas pessoas, ela é considerada o fim de tudo; para outras, o início de algo que transcende a existência material. Tais concepções variam em contextos culturais diversos e de acordo com a vivência pessoal de cada um. Historicamente, observamos as transformações no que acreditamos que ela seja e como lidamos com ela individual e coletivamente. A seguir apresentaremos alguns autores e suas contribuições para a compreensão do processo de adoecimento e a maneira como lidamos com o luto após o diagnóstico.

O PROCESSO DO ADOECIMENTO: O REAL E O IMAGINÁRIO

Saúde e doença fazem parte de um todo, são partes da vida, de nossa existência. Miranda (2003) considera saúde um estado flexível do indivíduo que se encontra em perfeito equilíbrio e harmonia consigo mesmo e com sua própria natureza. Em contraposição, a doença é a incapacidade de permanecer em tal equilíbrio, isto é, um estado de desordem que configura uma parada do fluxo da vida (MIRANDA, 2003). Essa interrupção pode ocorrer pela apropriação de referenciais externos de um sentido do que significa essas partes (saúde e doença). Diante dos primeiros sinais de alteração desse equilíbrio ou quando da confirmação de um diagnóstico, vemo-nos diante da necessidade de posicionamento da nossa vida. Como vimos, Heidegger (1989a) ressaltou a importância da escolha: ou nos reconhecemos em uma finitude de uma forma alienada ou nos apropriamos da angústia para reafirmar quem somos ainda em vida. Aqui também podemos vislumbrar a implicação de uma contribuição

sartreana (SARTRE, 1978, 2000). Se optarmos por tal alienação ou pela construção do próprio sentido, somos responsáveis pelas consequências que daí resultam. Não podemos negar que somos livres para tal posicionamento quando optamos pela alienação e pela objetificação perante o diagnóstico e o olhar do outro. Algumas pessoas encontram conforto existencial na massa coletiva e indiferenciada; já outros, na reafirmação de si.

Tudo o que diz respeito ao processo do adoecimento está ligado à experiência direta do indivíduo e ao imaginário da doença. Reagimos tanto ao ocorrido objetivamente quanto às nossas expectativas (ANGERAMI-CAMON, 2003; BORUCHOVITCH; MEDNICK, 2002). Este último aspecto pode ser notado no discurso do senso comum sobre doenças potencialmente letais, qual seja: que, independentemente do avanço da medicina, o que é mais aparente é a conceituação da doença a partir do estigma que ela traz. Isso acarretará, segundo Angerami-Camon (2003), em uma despersonalização dos pacientes, na sua objetificação e falta de sentido existencial próprio. O paciente, nessa condição subjugada, perderia seu *status* de agente ativo e autor da própria vida em prol de uma caracterização passiva que ressalta as limitações e o cerceamento de suas aspirações existenciais.

Angerami-Camon afirma que a maneira como o paciente se mostra emocionalmente diante da doença interferirá diretamente no processo do tratamento ao qual será submetido. A expectativa criada no imaginário do paciente de sucesso ou insucesso do tratamento incidirá diretamente no êxito ou no fracasso deste. Alguns diagnósticos, como o do câncer, são considerados de maneira estigmatizada e como uma sentença de morte para muitas pessoas (ANGERAMI-CAMON, 2003).

Há tempos, o conceito de saúde já considera além do aspecto físico e biológico. Entende-se como saudável a pessoa que se percebe bem física, mental e socialmente. Logo, devemos considerar a autonomia e o reconhecimento da própria pessoa em relação à sua qualidade de vida e saúde. Essa avaliação é subjetiva e remete a referenciais internos, singulares por quem passa pela experiência, e não poderia ser definida por outra pessoa senão por ela mesma (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Podemos implicar a partir dessa perspectiva que a saúde não se restringe ao corpo, como se fosse uma porção (parte), mas compreendendo-o em toda sua extensão (todo) (MIRANDA, 2003). Para Merleau-Ponty (NOBREGA, 2008), não separamos corpo e alma, pois o primeiro é um objeto no mundo como qualquer outro, porém tendo a capacidade reflexiva. No entendimento merleau-pontiano, o corpo unido à consciência abrange todos os aspectos

internos e externos da pessoa (NOBREGA, 2008). Dessa forma, é nele que sintomatizamos tudo o que sentimos e vivemos, e, algumas vezes, o corpo-objeto é afetado pela presença de afecções e enfermidades que antagonizam a saúde.

É comum dirigirmos nossa atenção para o corpo quando avaliamos nossa saúde (NOBREGA, 2008; SEGRE; FERRAZ, 1997). Entretanto, devemos reconhecer que existem outras dimensões a serem consideradas, já que o corpo é um dos pilares a partir dos quais construímos nossa existência – devemos lembrar que também somos seres sociais e psicológicos. Nossa experiência de vida se projeta além do corpo, pois nos lançamos a partir dele para o mundo.

ENCARANDO O DIAGNÓSTICO E A VIDA: OS ESTÁGIOS DE LUTO DE KÜBLER-ROSS

A psiquiatra suíça Elizabeth Kübler-Ross foi a pioneira nos tratamentos e estudos com pacientes terminais. Suas pesquisas levaram-na a publicar “Sobre a morte e o morrer”, livro no qual fala de suas experiências com pacientes terminais, os quais ela chama de moribundos. Essa autora (1969/2003) observou, nesses pacientes, cinco fases do luto, que serão detalhadas na sequência.

Klüber-Ross (1998) sustenta que o paciente terminal experimenta o luto antes mesmo do morrer físico devido à estigmatização social. Sua vida não é mais como antes, seus hábitos têm que ser modificados bruscamente e seu corpo não mais corresponde a suas próprias vontades. Logo, prossegue a autora, o viver fica limitado ao que se é permitido, e o que é feito fora desses limites implica diretamente na qualidade da vida que ainda resta. Dessa forma, o paciente vive o luto da saúde, do corpo, da rotina, dos afazeres em geral. Vive-se o luto da vida vivida e de uma vida em potencial. Alguns podem experimentar um processo lento de despedida, uma vulnerabilidade imposta e a fragilidade do que ainda se tem, instalando-se um sentimento de impotência (KÜBLER-ROSS, 1998).

Segundo Kübler-Ross (1998), o indivíduo geralmente não consegue imaginar um fim real para a própria vida pelo processo de envelhecimento. Essa autora pontua que é comum as pessoas imaginarem a morte como resultado de algo que lhes aconteça, por exemplo, um acidente. A morte seria uma punição referente a um comportamento da pessoa. Diante disso, a autora afirma que a razão pela qual a morte está frequentemente associada ao medo é a de que algo ruim nos ocorra, ao invés de uma etapa inerente à existência.

As cinco fases do luto descritas são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (KÜBLER-ROSS, 1998; REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

A negação é a fase em que o paciente rejeita o próprio diagnóstico e que se configura como uma estratégia psíquica de autodefesa, evitando a realidade como se fosse possível alterá-la. A seguir, a experiência é de raiva. O paciente se revolta com a própria existência, pois o mecanismo de autodefesa não é capaz de suprimir a realidade. Experimentando dificuldades de lidar com a aproximação da morte, surgem os sentimentos de raiva, ressentimentos contra tudo e todos, e inconformidade com a realidade. A terceira fase é a barganha, na qual o paciente busca em suas crenças pessoais e culturais uma negociação que possa salvar sua vida. As pessoas prometem mudanças e/ou que não vão repetir algum tipo de comportamento, fazem pactos ou qualquer outra medida paliativa na sua busca desesperada pela vida. Nessa fase, o paciente muitas vezes opta pelo isolamento. Isso se faz necessário para que ele consiga elaborar o misto de sentimentos que se faz presente naquele momento, sejam eles de medo, incertezas, dúvidas, culpa, ou quaisquer outros. Após todas as tentativas de se esquivar do diagnóstico, o paciente entra na fase de frustração, de que tudo que fez foi em vão para salvar a si mesmo. Começa, então, a sentir a perda do próprio eu (KÜBLER-ROSS, 1998).

Chega, por fim, a última fase. Na aceitação, o paciente já não mais se desespera com sua realidade nem busca maneiras que possam transformar magicamente sua condição (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014). Os sentimentos já não causam tão grande tormento e sofrimento, pois já foram apropriados pela pessoa de maneira saudável como parte de sua experiência total. Assim, ela se sente mais à vontade para fazer parte do seu tratamento como um sujeito ativo, buscando saber suas reais condições e limitações. Entretanto, isso não quer dizer que, por acolher sua condição, a pessoa se comporte como se tivesse desejado a sua enfermidade ou seu quadro de saúde, mas sim que já consegue lidar com sua realidade (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

Em paralelo à experiência do paciente, os profissionais da equipe que o atendem também podem desenvolver uma percepção fantasiosa a respeito do que se passa. Brandão (2002) nos chama atenção para o fato de que alguns profissionais percebem o paciente como alguém que se entrega passivamente à morte durante a fase de depressão descrita por Kübler-Ross (1998). Porém essas fantasias nem sempre correspondem à realidade. Da mesma forma, a família, além de construir sua visão do processo pelo qual a pessoa passa, enfrenta, com a rede social do paciente, também as cinco fases do luto (BRANDÃO, 2002; KÜBLER-ROSS, 1998).

De acordo com Brandão (2002), a aceitação do diagnóstico dependerá de como ele será apresentado ao paciente pela equipe que o atende: como uma

sentença de morte, fechando as portas, ou como uma situação grave e difícil, mas dando tempo para esse paciente assimilar o diagnóstico, expressar seus sentimentos e participar do processo. A rede social é importante fonte de apoio instrumental e emocional para o paciente e pode influenciar na evolução do quadro. Para Duck (2004), a família e os amigos repercutem na saúde física e mental, podendo sua participação durante o período de tratamento ter efeitos positivos ou negativos. Esse autor complementa que os relacionamentos interpessoais têm papel de destaque na manutenção da autoimagem, no fomento à autoelaboração positiva e na evolução dos quadros de saúde.

Assim, observamos que diversos fatores incidem sobre a construção da percepção de vida e morte. Mesmo com o diagnóstico de um quadro terminal, ainda resta à pessoa tempo de vida a ser vivido, experienciado e significado. E, como dissemos, a partir dos autores apresentados, cabe à pessoa escrever as linhas finais de sua história.

DISCUSSÃO

A psicologia hospitalar, que faz parte dos cuidados paliativos, pode ter como base diferentes escolas de pensamento. Contudo, independente da orientação teórica do profissional, seu objetivo é levar o paciente ao autoconhecimento e minimizar o sofrimento causado pela hospitalização (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014). Segundo Tonetto e Gomes (2007), a psicologia está preparada e é plenamente eficaz em suas contribuições nas equipes multidisciplinares. Apesar dos desafios, ela se mostra promissora quanto aos atendimentos na área da saúde. Reafirmamos que é primordial uma capacitação específica para o trabalho em equipe multidisciplinar, em ambiente hospitalar, e com pacientes terminais, como veremos a seguir.

O medo que afeta o paciente em decorrência de seu diagnóstico pode ser um aliado, conforme reitera Brandão (2002), pois é por meio do confronto com a morte que emerge o desejo de viver – o que pode potencializar a reação do organismo à doença. Vimos como Sartre (1978) e Heidegger (2000) assinalam o enfrentamento com o real como inerente à existência, exigindo de nós um posicionamento diante da vida e uma escolha e responsabilização por construir um projeto existencial que nos faça sentido. A partir do exposto, entendemos que cabe ao psicólogo hospitalar abordar tal enfrentamento, de forma a auxiliar o paciente a recuperar sua autenticidade pela vida e sua capacidade de representação de suas experiências de maneira autorreferenciada.

Para Angerami-Camon (2003), a vivência de uma doença nunca é a mesma para todos os pacientes, haja vista as diferenças pessoais observáveis na individualidade do ser. Entre as possíveis intervenções

que incluem o psicólogo estão o acompanhamento psicológico durante cuidados paliativos e a escuta clínica que fomente a reafirmação da vida e da morte como processos naturais (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014). Também faz parte da atuação do psicólogo hospitalar acompanhar o paciente nas decisões sobre as opções de tratamento e, além disso, educar os envolvidos nesse processo, como lidar da melhor maneira possível com a angústia da finitude existencial e como solucionar assuntos pendentes (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Conviver com a morte do outro nos remete a nossa própria morte, o que geralmente acarreta em afastamento de amigos e familiares do paciente terminal, que, buscando uma “distância segura” da morte e do sofrimento, preferem o alheamento dessa realidade que é inerente ao ser-no-mundo (ANGERAMI-CAMON, 2003; HEIDEGGER, 1989a, 1989b). A redução do convívio social e, conseqüentemente, da oferta de apoio emocional pode alterar negativamente a adesão ao tratamento e implicar em piora do quadro (DUCK, 2004).

Assim, o desafio do psicólogo hospitalar é trabalhar com o paciente além das possibilidades terapêuticas voltadas ao corpo biológico e criar um contexto em que o doente possa encontrar a melhor forma de viver, resolvendo problemas pendentes, conhecendo a si próprio e permitindo, mesmo com um diagnóstico que o aproxime da finitude, viver com dignidade e qualidade de vida (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014). Para isso, é preciso auxiliar no esclarecimento sobre o tratamento e suas reais condições de saúde, no relacionamento com a equipe multidisciplinar, com a família e sua rede social, no acolhimento da angústia existencial. Escolher é parte da vida, do projeto existencial, e o psicólogo deve contribuir para que a pessoa enferma possa superar as condições impostas pela doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que, apesar de a morte ser uma certeza absoluta inerente à existência, ainda é um grande tabu em nossa sociedade, o que gera grande sofrimento aos que não podem falar do ser-para-a-morte. Contudo, dentro do hospital, a morte é uma realidade constante e não pode ser ignorada.

Entendemos que é tarefa do psicólogo hospitalar levar ao paciente uma oportunidade de ressignificar essa fase de internação, tentando proporcionar-lhe maior qualidade de vida ao participar do seu processo de tratamento ativamente. Cabe a esse profissional auxiliar o paciente nesse processo para que o vivencie de maneira saudável, dando vez e voz a um sujeito submetido a intervenções de uma equipe multidisciplinar, muitas vezes sem compreender por completo o que fazem do seu corpo. Pretende-se, com isso, trazer à

tona um indivíduo ativo no seu processo existencial, inclusive considerando seu próprio adoecimento, compreendendo fatos inerentes à vida, tais como a finitude e as limitações que vivenciamos, estando doentes ou em boas condições de saúde.

A partir deste estudo, discutimos quanto o processo de adoecimento afeta o paciente e as pessoas à sua volta, tanto em aspectos psicossociais quanto orgânicos. As mudanças que o processo do adoecimento causa ao paciente e as implicações no próprio tratamento são relevantes e devem ser consideradas pelos profissionais da área da saúde, pois precisam de capacitação específica para que contribuam positivamente durante esse processo. Cursos de graduação que incluam em suas grades curriculares disciplinas que possibilitem aos futuros profissionais entrar em contato com o conhecimento já produzido sobre o tema e desenvolver habilidades inerentes a atividades ligadas ao cuidado com pacientes terminais promoveriam uma formação diferenciada. Esta poderia ser complementada e ampliada com cursos de pós-graduação e treinamentos específicos com equipes multidisciplinares.

REFERÊNCIAS

- ANGERAMI-CAMON, V. A. O imaginário e o adoecer: um esboço de pequenas grandes dúvidas. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **E a Psicologia entrou no hospital**. São Paulo. Editora Pioneira, 2003. p. 181-210.
- BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B. R. The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. **Psico-USF**, Itatiba, v. 7, n. 2, p. 175-183, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712002000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 jul. 2016.
- BRANDÃO, L. M. Morte no Hospital. In: BRANDÃO, L. M. **Psicologia hospitalar**: uma abordagem holística e fenomenológico-existencial. Campinas: Livro Pleno, 2002.
- DUCK, S. **Human relationships**. London, UK: Sage, 2004.
- GUIMARÃES, D. A.; SILVA, E. S. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2551-62, 2010. Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/For%C3%A7a%20de%20Trabalho%20-%20Profissionais%20e%20Educa%C3%A7%C3%A3o/v15n5a29.pdf>>. Acesso em 31 jul. 2016.
- HEIDEGGER, M. **Conferências e escritos filosóficos**. São Paulo: Nova Cultural, 1989a. (Coleção Os Pensadores).
- _____. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1989b.
- _____, M. **Ser e tempo**: parte II. Petrópolis: Vozes, 2000.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LEITÃO, C. F.; NICOLACI-DA-COSTA, A. M. A Psicologia no novo contexto mundial. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 421-430, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v8n3/19964.pdf>>. Acesso em 14 fev. 2016.
- MIRANDA, W. B. **Saúde e doença em Gestalt-Terapia**. 2003. 95 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2003.
- NÓBREGA, T. P. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 13, n. 2, p. 141-148, 2008.
- PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010.
- REZENDE, L. C. S.; GOMES, C. S.; MACHADO, M. E. C. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 28-36, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 jul. 2016.
- SARTRE, J.-P. **O existencialismo é um humanismo**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- _____. **O ser e o nada**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.
- TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 89-98, 2007.