

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA SAÚDE
ATENÇÃO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO

GABRIELA MOREIRA SOUZA DE OLIVEIRA

PARA O QUE OLHAMOS DIANTE DA MORTE?
Relato de experiência de uma psicóloga no contexto de terapia intensiva

Uberlândia - MG
2024

GABRIELA MOREIRA SOUZA DE OLIVEIRA

PARA O QUE OLHAMOS DIANTE DA MORTE?

Relato de experiência de uma psicóloga no contexto de terapia intensiva

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como um dos pré-requisitos para obtenção de Título de Especialista em Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

Orientado pela Dra. Layla Raquel Silva Gomes.
e coorientado pela Ma. Gizelle Mendes Borges.

Uberlândia

2024

À minha família, minha motivação e fortaleza,
desde sempre. E, em especial, à minha mãe,
Clélia, exemplo de bondade e amor
incondicional. A ela devo o propósito que guia
a minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde, força e disposição para concluir esta jornada.

Ao meu amor da vida, Rodrigo, que, com coragem, me acompanhou e esteve ao meu lado todos os dias; e ao nosso ‘denguinho’ de quatro patas, Loki, que trouxe alegria e leveza a essa caminhada.

À Gizelle Mendes, que segurou minha mão, me deu sustento e me conduziu a mergulhar na imensidão do mar que é ser psicóloga no hospital, reafirmando o valor do afeto nesse fazer.

Aos meus amigos, que estiveram ao meu lado nos piores e melhores momentos. Em especial, à minha companheira de residência e agora irmã da vida, Lívia, com quem compartilho neurônios – obrigada por tanto; e à Jéssica, minha dupla, que esteve comigo em tantas mortes, sempre atenta e presente.

À minha orientadora, Layla, por acreditar na minha escrita e validar minha forma de enxergar e viver as experiências.

Ao núcleo de psicologia e às colegas de profissão, que tornaram os dias mais leves e doces e com quem tanto aprendi.

E, sobretudo, aos pacientes, que me permitiram a honra de compartilhar seu mais íntimo comigo, deixando um tanto em mim.

O morrer é o que está acontecendo enquanto a
clínica está acontecendo

“Contemplar a morte sempre me leva de volta
ao amor”

(Hooks, 2021, p.32)

“Mas eu não estou interessado em nenhuma teoria
Em nenhuma fantasia, nem no algo mais(...)

A minha alucinação é suportar o dia a dia

E meu delírio é a experiência com coisas reais (...)

Amar e mudar as coisas me interessa mais

Amar e mudar as coisas”

(Belchior, 1976)

RESUMO

O presente trabalho apresenta um relato de experiência descritivo e reflexivo, baseado na atuação de uma psicóloga em Unidades de Terapia Intensiva, no acompanhamento de comunicações de morte de pacientes críticos e seus familiares, no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde. O estudo adota a metodologia de relato de experiência, buscando descrever e compreender os fenômenos presentes no momento da comunicação de morte. Analisa o impacto da escuta ativa e do vínculo terapêutico, refletindo sobre os desafios e aprendizados que emergem nesse cenário. Propõe uma visão que transcende o modelo biomédico tradicional, incorporando as dimensões subjetivas de pacientes e familiares. Conclui que o momento de comunicação da notícia de morte exige sensibilidade do médico comunicador, de modo que a presença do psicólogo faz diferença no suporte e compreensão diante da complexidade emocional que permeia o momento. Os resultados reafirmam o valor da escuta ativa no cuidado a pacientes em estado crítico e seus familiares, especialmente em um ambiente como a UTI, onde a técnica e a objetividade muitas vezes predominam. A presença do psicólogo representa uma abertura para que as subjetividades e os afetos sejam respeitados e acolhidos.

Palavras-chave: Psicologia hospitalar; Comunicação de morte; Terapia intensiva.

ABSTRACT

This study presents a descriptive and reflective experience report, based on the work of a psychologist in Intensive Care Units, accompanying the death communications of critically ill patients and their families, in the context of the Multiprofessional Health Residency. The study adopts the methodology of an experience report, seeking to describe and understand the phenomena present at the moment of death communication. It analyzes the impact of active listening and the therapeutic bond, reflecting on the challenges and lessons that emerge in this scenario. It proposes a vision that transcends the traditional biomedical model, incorporating the subjective dimensions of patients and their families. It concludes that communicating the news of death requires sensitivity on the part of the communicating doctor, so that the presence of a psychologist makes a difference in terms of support and understanding in the face of the emotional complexity that permeates this moment. The results reaffirm the value of active listening in caring for critically ill patients and their families, especially in an environment like the ICU, where technique and objectivity often predominate. The presence of the psychologist represents an opening for subjectivities and affections to be respected and welcomed.

Keywords: Hospital psychology; Death notification; Intensive care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	O INÍCIO DA TRAVESSIA – CONHECENDO O RIO	10
2.1	Comunicação como ferramenta de navegação	12
2.1.1	<i>As comunicações de morte.....</i>	<i>14</i>
2.2	O barqueiro	18
3	METODOLOGIA.....	22
4	AS TRAVESSIAS.....	24
4.1	As canções dos viajantes	25
4.1.1	<i>Entre a escolha e a aceitação da travessia</i>	<i>29</i>
4.1.2	<i>A moeda de ouro – a palavra morte</i>	<i>33</i>
4.1.3	<i>O ritmo do rio</i>	<i>35</i>
4.1.4	<i>Atracando no cais.....</i>	<i>38</i>
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

Eu não sei dizer
Nada por dizer
Então eu escuto
Se você disser
Tudo o que quiser
Então eu escuto
Fala (...)
Se eu não entender
Não vou responder
Então eu escuto
Eu só vou falar
Na hora de falar
Então eu escuto
Fala
Lá, lá, lá, lá (...)
(Secos e Molhados, 1973)

Optei por iniciar essa escrita com a icônica canção 'Fala' da banda brasileira Secos & Molhados. Lançada em 1973 no álbum de estreia do grupo, essa música surge em meio a um período de repressão e censura durante o regime militar no Brasil. Apesar de sua brevidade e simplicidade de palavras, a letra pode ser interpretada como um manifesto em prol da importância da comunicação aberta e da escuta ativa, especialmente em uma época em que a liberdade de expressão estava limitada. Essa canção marcou profundamente minha vida. A primeira vez que a ouvi, ainda criança, senti um acolhimento e um convite para um mergulho profundo em mim mesma. Naquela época, embora eu não tivesse a compreensão que tenho hoje, sua melodia e as palavras repetidas me levavam cada vez mais fundo na escuta dos meus sentimentos, espaço que me era tão raro.

Durante a graduação em psicologia, essa música regressa como uma lembrança esquecida, revelando um novo sentido, a tenho hoje como um mote para o meu trabalho enquanto psicóloga, onde a escuta me é tão necessária e a fala tão valiosa. No fazer da psicologia, empresto os meus ouvidos e todo o meu corpo, enquanto presença, buscando proporcionar ao outro a oportunidade de um mergulho profundo em si mesmo, onde o cuidado e a compreensão podem ser exercidos através da fala.

Começo falando sobre minhas vivências e sentimentos, pois acredito que em qualquer trabalho de escrita esse seja o único lugar do qual podemos partir, tudo o que escolhemos fazer nos atravessa ou já no atravessou em algum momento. Toda construção de conhecimento é atravessada pela nossa subjetividade. É desse atravessamento que surgem os incômodos e os desejos que nos impulsionam a ir além, a pesquisar, escrever, comunicar e pôr movimento a essa inquietação. É também a partir dessas vivências e sentimentos (dessa subjetividade) que a

prática do psicólogo se desenvolve, pois somos o nosso principal instrumento de trabalho (Merleau-Ponty, 1994).

Ao reconhecer a existência dessa dimensão subjetiva, assumimos uma posição de responsabilidade em relação ao que fazemos com ela. A subjetividade, longe de ser um obstáculo, torna-se uma ferramenta potente para o desenvolvimento do trabalho terapêutico. É a partir da consciência de nossa própria subjetividade que podemos nos conectar de maneira mais autêntica com o outro (Hycner, 1995).

Considerando minha trajetória como profissional de psicologia no contexto hospitalar, um ambiente complexo no qual sou profundamente atravessada por diversas vivências, a dimensão subjetiva se torna ainda mais visível. Percebo a comunicação como uma ferramenta essencial para lidar com o sofrimento, as incertezas e as despedidas. A comunicação vai além da troca de informações sobre o processo de adoecimento e cura; ela também constrói vínculos, expressa emoções e permite que tanto profissionais de saúde quanto pacientes falem de si mesmos e de suas histórias. Cada um desses elementos constitui uma parte fundamental do processo de cuidado tornando a comunicação uma ponte indispensável entre a técnica e o acolhimento.

Assim, justifico a escolha desta canção: o ponto de partida e a base do meu trabalho é a escuta e a fala, a comunicação. A partir dessa comunicação, é possível oferecer suporte e lidar com o que muitas vezes é da ordem do insuportável no contexto hospitalar. O ato de "escutar" é central, sugerindo que a comunicação nem sempre precisa de palavras imediatas ou respostas rápidas, mas sim de uma compreensão profunda. Ao nos colocarmos em uma posição receptiva, adotando uma postura de escuta atenta e aberta, valorizamos o que o outro tem a dizer. Isso se alinha com a ideia de relação dialógica, que será abordada mais adiante, onde o diálogo autêntico exige tanto a fala quanto a escuta, com foco na compreensão mútua.

Este trabalho, por meio de um relato de experiência, busca trazer uma compreensão mais aprofundada sobre a vivência do psicólogo na participação da comunicação de morte em uma Unidade de Terapia Intensiva. Os objetivos incluem: descrever a atuação do psicólogo nesse contexto, com foco nas experiências vivenciadas durante a residência multiprofissional; explorar as nuances subjetivas e emocionais envolvidas no processo de comunicação de morte; investigar como as práticas psicológicas podem contribuir para uma comunicação de morte mais sensível e humanizada.

2 O INÍCIO DA TRAVESSIA – CONHECENDO O RIO

Conforme Simonetti (2015), o surgimento de um adoecimento grave ou de um diagnóstico incurável provoca profundas angústias tanto no paciente quanto em seus familiares. Essas angústias são difíceis de serem processadas, mobilizando intensamente a subjetividade do paciente. Nesse cenário, a equipe médica atua a partir dos aspectos físicos da doença, desempenhando uma função fundamental na manutenção da vida e na abordagem técnica e científica do tratamento. Ao focar no corpo orgânico, a equipe médica tem intenção de combater diretamente as doenças e oferecer intervenções que aumentem as chances de recuperação física ou estabilização do quadro clínico. Esse esforço é vital, principalmente em contextos de cuidados intensivos, onde os recursos médicos são aplicados para preservar a vida e amenizar o sofrimento físico.

No entanto, nesse contexto, a equipe médica, muitas vezes, corre o risco de operar a partir de uma obstinação terapêutica, focando quase exclusivamente no corpo orgânico. Dessa forma, o sujeito, com sua singularidade, modo de existência e formas de se relacionar com o mundo, é frequentemente silenciado ou marginalizado para se adequar ao modelo biomédico predominante nos hospitais.

Entretanto, a psicologia entra nesse contexto e complementa esse trabalho médico ao trazer à tona as dimensões emocionais e existenciais que também precisam de atenção. A psicologia reconhece e valoriza as experiências subjetivas do paciente, incluindo seus medos, angústias e a maneira como ele lida com a própria finitude. Assim, a atuação psicológica amplia a visão biomédica, abordando aspectos que vão além do corpo físico e que afetam o bem-estar integral do paciente.

No ambiente hospitalar, a morte sempre surge como uma possibilidade real, especialmente para o paciente crítico, que se encontra na iminência de perder a vida ou a função de órgãos vitais. De acordo com a Portaria Nº 2.338, de 3 de outubro de 2011, o paciente crítico exige cuidados imediatos e especializados (Brasil, 2011). A equipe médica, por sua vez, utiliza todos os recursos e tecnologias disponíveis para garantir a sobrevivência, e, nesse contexto, o paciente é admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esse é um espaço concebido para oferecer atenção constante, com equipamentos e tecnologias específicas voltadas ao diagnóstico clínico, monitoramento contínuo e intervenções rápidas, conforme definido pela Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (Brasil, 2010).

Ainda que a morte esteja sempre à espreita nesse contexto, ela parece ocupar um “quarto dos fundos” no hospital, um espaço simbólico onde evitamos encará-la diretamente. Para suavizar sua presença, recorremos a eufemismos como “óbito”, “falecimento”, “fim”,

“definhamento”, ou “prognóstico reservado”. Esses termos carregam uma tentativa de amenizar a crueza da realidade que a morte representa. Quando ela se aproxima, sua chegada é anunciada de maneira breve, quase silenciosa, como se fosse algo que devesse permanecer oculto (Monteiro, 2017).

A equipe do hospital por sua própria natureza, vê a morte como uma adversária. Desde o momento em que o paciente é admitido, trava-se uma batalha para salvar, curar ou remediar a vida. Contudo, a morte, inevitável e irreversível, não pode ser curada ou vencida. Negar sua presença, de certo modo, é também negar as partes dolorosas e inevitáveis da própria condição humana. A recusa em encarar a morte de frente não só perpetua o silêncio sobre esse processo, como também silencia a dor e a finitude que fazem parte da experiência humana.

Em consonância com essa perspectiva, Kovács (2014) pontua que os profissionais de saúde que acompanham o processo de morte são ensinados a enfrentar a morte como uma inimiga, cuja urgência se faz necessária para contê-la. Munidos de recursos tecnológicos e desprovidos da assimilação da impotência humana, os profissionais recorrem a todos os meios possíveis para defender a vida, mesmo que isso signifique uma vida desumana, cercada de tubos e ruídos de máquinas. Nesse cenário, ao paciente é negado o direito de coordenar a própria morte. Consequentemente, a reflexão sobre o morrer é interdita, e busca-se ocultar a gravidade do estado do paciente, levando-o a morrer na ignorância de sua condição. Ariès (2003) destaca que a morte precisa ser dissimulada no ambiente hospitalar, onde o processo de morrer é afastado da realidade subjetiva dos indivíduos, transformando-se em um evento técnico e impessoal.

Essa recusa em aceitar a morte no contexto hospitalar reflete uma maior dificuldade em lidar com as partes dolorosas da experiência humana. Ao negá-la, os profissionais, e até mesmo os pacientes e familiares, evitam encarar a vulnerabilidade, o sofrimento e a finitude que acompanham a existência. No entanto, esse movimento de negação não anula a inevitabilidade da morte. Pelo contrário, ele impede que se estabeleça um cuidado mais compassivo, que reconheça e valide a experiência emocional e existencial do paciente diante da finitude da vida. É nesse vazio, onde a morte é silenciada, que a psicologia no hospital pode desempenhar um papel fundamental, oferecendo uma escuta que permita ao paciente e à família encontrar palavras para o inominável, para o processo de morrer, e para o difícil enfrentamento da perda.

A recusa em encarar a morte de forma direta não apenas impacta o processo de morrer, mas também influencia o ambiente hospitalar como um todo, onde a "vida" é priorizada a qualquer custo. Nesse contexto, a atuação do psicólogo se torna essencial, não

apenas como suporte emocional ao paciente e à família, mas também como um agente que pode questionar e problematizar a forma como a morte é tratada. O psicólogo, ao trazer à tona a inevitabilidade da finitude humana, possibilita um espaço onde a dor, o luto e o medo da morte possam ser nomeados e discutidos de maneira mais honesta e menos sufocada. Essa escuta empática e cuidadosa permite que o paciente e seus familiares encontrem uma forma de lidar com a iminência da morte de uma maneira mais humana, reconhecendo a fragilidade da vida, mas também as potencialidades de um cuidado que respeita a singularidade de cada pessoa em sua jornada.

Além disso, a presença do psicólogo também pode contribuir para a quebra do estigma que envolve a "morte médica". Quando a morte é apenas vista como um fracasso técnico, o sofrimento do paciente e dos familiares pode ser desconsiderado, o que torna a experiência de morrer ainda mais dolorosa e solitária. A intervenção psicológica pode trazer um olhar mais abrangente sobre o processo, propondo uma reflexão sobre o que significa viver plenamente até o momento da morte e como o adoecimento e a finitude podem ser incorporados à narrativa de vida do paciente, com dignidade e respeito.

Em última instância, o psicólogo, enquanto profissional da escuta da subjetividade, desempenha um papel de mediação entre o discurso técnico e a vivência emocional, propiciando uma abordagem mais integradora e holística do cuidado, que não apenas busca salvar a vida, mas também permite que o processo de morrer seja vivido de forma mais consciente e menos desumanizado.

Ao adentrar no fazer psicológico dentro de uma instituição hospitalar, Simonetti (2015) discute o papel da psicologia no contexto hospitalar, marcada pela responsabilidade de diferenciar-se do modelo biomédico, que se restringe ao adoecimento do corpo orgânico. A Psicologia, nesse contexto, busca resgatar o sujeito — compreendido como um ser entrelaçado em uma teia de vínculos, histórias e fenômenos singulares. Ela amplia o olhar para além das operações biomecânicas, direcionando-se para a escuta clínica do sujeito que adoece e proporcionando um espaço para a expressão e validação emocional de angústias e fenômenos mobilizados pelo processo de adoecimento e pela iminência da morte. Em suma, quando o interdito da morte se torna indizível, a psicologia nesse contexto se propõe, junto ao paciente, bordejar em palavras, sua costura diante da vida, adoecimento e morte.

2.1 Comunicação como ferramenta de navegação

A comunicação é reconhecida como um processo dinâmico de interação, que envolve troca de mensagens entre indivíduos e compartilhamento de informações, ideias e

sentimentos. Diferentemente de um procedimento fixo, a comunicação, no contexto hospitalar, não pode ser vista como uma série estática de passos, mas sim como um fluxo contínuo e adaptável, essencial para promover um acolhimento e cuidado integral em saúde (Nascimento *et al.*, 2024).

Na cena hospitalar muito do que se comunica é extremamente doloroso e muitas vezes o que se escuta é da ordem do insustentável/insuportável. Essas comunicações, que têm um impacto profundo na vida do paciente, que podem causar mudanças desfavoráveis, afetando significativamente seu futuro ou ameaçando seu bem-estar físico e mental são conhecidas como "más notícias" (Baile *et al.*, 2000). Tais comunicações incluem desde o anúncio de um diagnóstico grave até o limite terapêutico e a comunicação de morte (Medeiros; Lustosa, 2011).

A dificuldade de encontrar uma definição que abarque todas as nuances das más notícias é um desafio recorrente. Muitas vezes, os profissionais de saúde tendem a priorizar o que consideram mais relevante em suas abordagens. No entanto, é essencial que a definição do que constitui uma má notícia seja estabelecida pelo indivíduo que a recebe. Cada pessoa traz consigo suas vivências, valores e contextos, que influenciam a forma como recebe e interpreta essas informações (Maciel, 2024).

Quando feita de maneira eficiente, a comunicação pode influenciar positivamente a adesão ao tratamento e a satisfação com a relação estabelecida, além de abrir espaço para um cuidado que enfatize a autonomia e a proatividade do paciente e dos familiares em relação ao seu tratamento. Não se trata apenas de informar sobre a proposta de tratamento e decidir por ele, mas de permitir uma participação ativa, que respeite as necessidades e os desejos de cada um. Atualmente, os médicos têm sido cada vez mais incentivados a praticar a decisão compartilhada com seus pacientes, um conceito que se refere à participação simultânea dos médicos e dos pacientes/familiares em todas as fases do processo (Gibello; Parsons; Citero, 2020).

Na prática dentro do hospital, o vínculo e a confiança são fundamentais para a construção de uma comunicação sensível e eficaz, especialmente em situações de sofrimento intenso. Forte *et al.* (2024) propõe um modelo de comunicação que incorpora esses elementos, advindo de sua prática em UTIs, onde os desafios de confiança e prognósticos incertos se intensificaram com a pandemia. Ele sugere que a confiança — que também nomeio como vínculo — é essencial para o desenvolvimento do trabalho e para o tratamento, destacando o papel central da comunicação nesse processo.

Faço um recorte na comunicação das más notícias para me ater à comunicação de morte, ao anúncio do limite terapêutico e à entrada da morte na cena hospitalar. Digo isso

porque, embora grande parte dos pacientes entrem em contato com essa possibilidade quando dão entrada em um hospital, é somente quando os limites se impõem que ela se torna uma realidade a ser anunciada, como uma força maior. Nesse momento, os profissionais de saúde são desafiados a encontrar maneiras de comunicar a realidade da morte, navegando entre a dor e a necessidade de oferecer acolhimento e suporte aos que ficam.

2.1.1 As comunicações de morte

A morte é abordada de maneiras distintas pelas equipes de saúde. Aqui buscarei explorar as várias formas de comunicação de morte no ambiente hospitalar, desde as comunicações de óbito, até os casos mais complexos, como a comunicação de morte encefálica, cuidados paliativos e de fim de vida. Tais momentos, que envolvem a irreversibilidade de um quadro clínico ou a chegada da morte.

A comunicação da morte é um dos momentos mais desafiadores no contexto hospitalar, tanto pela complexidade emocional envolvida quanto pela necessidade de uma abordagem clara, ética e sensível. O Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (2018), destaca que o médico é responsável pela comunicação de diagnósticos e prognósticos, incluindo a morte. Além disso, em casos de morte encefálica, a legislação brasileira é clara ao determinar que o diagnóstico e a comunicação também são de responsabilidade do médico, como regulamentado na Resolução CFM nº 2.173/2017, que dispõe sobre os critérios para o diagnóstico de morte encefálica e define que o médico deve realizar o processo de comunicação de forma clara e acessível para a família (Brasil, 2017).

A comunicação de morte encefálica (ME) no contexto hospitalar apresenta desafios adicionais, uma vez que envolve a explicação de um conceito clínico complexo e, muitas vezes, desconhecido para os familiares. Segundo Nuevo e Rocha (2021), a morte encefálica é caracterizada pela perda irreversível das funções cerebrais e do tronco encefálico, manifestada pela presença de coma sem resposta a estímulos externos. No Brasil, a morte encefálica é considerada a confirmação definitiva de uma lesão central irreversível, sendo interpretada como morte nos âmbitos clínico, legal e social. Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2173/2017, o diagnóstico de morte encefálica deve incluir, no mínimo, dois exames clínicos que confirmem a ausência de resposta ao coma e a falta de função do tronco encefálico, além de um exame complementar que comprove a ausência de atividade encefálica (Brasil, 2017).

Comunicar aos familiares sobre a morte encefálica exige uma linguagem clara e acessível, que permita o entendimento da situação e da irreversibilidade do quadro. Segundo

Galvan e Cavalcanti (2021), muitos familiares têm dificuldade em aceitar a morte encefálica, especialmente quando observam o corpo do paciente ainda respirando com a ajuda de aparelhos. A dissonância entre o que os familiares veem e o que é explicado gera um conflito cognitivo, reforçando a importância de uma comunicação cuidadosa e paciente, que permita tempo para perguntas e compreensão.

Em síntese, o médico tem a responsabilidade ética e legal de comunicar o óbito por ser o profissional que detém o conhecimento técnico para explicar a causa da morte e as condições clínicas que levaram ao falecimento, garantindo uma comunicação clara e adequada. Segundo Maciel (2024), uma comunicação mal realizada pode amplificar o sofrimento, gerar confusão e dificultar a aceitação do falecimento, como também o processo de luto dos familiares. Dessa forma, uma comunicação adequada precisa considerar o estado emocional dos familiares e sua capacidade de assimilar a informação.

Para orientar os profissionais da medicina nessa tarefa sensível, Buckman (2005) propôs o protocolo SPIKES, que organiza a comunicação de más notícias em seis etapas: preparação do ambiente, verificação do conhecimento prévio do familiar ou paciente, fornecimento de informações de forma clara e gradual, resposta às reações emocionais, construção de um plano conjunto para os próximos passos e oferecimento de suporte contínuo. A aplicação desse protocolo contribui para reduzir o impacto traumático da notícia, promovendo um espaço de acolhimento e suporte emocional. Entretanto, apesar de amplamente utilizado, o SPIKES apresenta limitações, especialmente por tratar as emoções como uma resposta às informações recebidas, desconsiderando que essas emoções já podem elevadas antes mesmo do início da comunicação.

Tais protocolos oferecem uma estrutura para a comunicação de más notícias, mas não contemplam o trabalho da psicologia, que não se baseia em roteiros predefinidos. Enquanto esses protocolos orientam a prática médica, a psicologia foca na escuta ativa, preocupando-se com o processo relacional e subjetivo que ocorre durante a comunicação, criando um espaço onde a dor possa ser vivida de forma autêntica. A atuação psicológica busca compreender as reações emocionais e as dinâmicas familiares, garantindo que a transmissão de informações aconteça de maneira sensível. Assim, a psicologia propõe um olhar mais atento à experiência única e irrepetível de cada pessoa diante da morte, sem tentar moldá-la a um modelo rígido ou preestabelecido.

Outras diretrizes, como o Questionário de Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM) (Croitor, 2010), o protocolo P-A-C-I-E-N-T-E (Pereira et al., 2017) e o V.A.L.U.E., (Espinoza-Suárez et al., 2017) também destacam a necessidade de uma abordagem que considere as particularidades emocionais e culturais de cada paciente e família. Recentemente,

abordagens que integram a neurobiologia das emoções à prática clínica têm ganhado força, sugerindo que o cuidado inicial do profissional deve se concentrar na regulação emocional dos familiares. Forte *et al.* (2024) propõe que, antes de iniciar a transmissão de informações cognitivas, o profissional deve primeiro acolher e acalmar os sentimentos dos familiares, estabelecendo uma "ressonância afetiva". Esse processo cria uma sintonia emocional inicial e prepara o terreno para uma comunicação mais humana e eficaz.

Forte *et al.* (2024, p. 87) sugere três níveis para a comunicação, que ele denomina de “A hierarquia das necessidades de comunicação: uma abordagem biológica da comunicação em ambientes de alta desconfiança,” sendo o primeiro nível o *estabelecimento de confiança*, o segundo a *ressonância emocional* e o terceiro o *alinhamento cognitivo*. Esse modelo flexível permite que o profissional alterne entre os níveis conforme a demanda. Em situações de intensa reação emocional ou desconfiança por parte dos familiares, o profissional pode “recuar” para o nível de confiança ou ressonância emocional, restabelecendo a conexão emocional antes de prosseguir com o conteúdo cognitivo (Forte *et al.*, 2024).

Esse movimento possibilita um cuidado mais humano e sensível às necessidades dos familiares, promovendo uma comunicação mais empática e adaptada, algo essencial na comunicação de notícias difíceis. Essa estratégia proposta por Fortes *et al.*, (2024) reconhece as limitações do modelo biomédico ocidental, que tende a focar principalmente em trocas cognitivas, e incorpora princípios neurobiológicos para se adaptar a ambientes de estresse e baixa confiança, promovendo uma comunicação mais eficaz que respeita as diferenças culturais e emocionais dos pacientes e familiares.

A comunicação em situações de fim de vida, como nas etapas finais de doenças terminais, exige um manejo ainda mais sensível, pois envolve a preparação dos familiares para o falecimento iminente. Como destaca Kovács (2014), a comunicação nessas circunstâncias deve ser contínua e adaptada ao ritmo emocional dos familiares, permitindo que o luto comece a ser processado ainda enquanto o paciente está vivo. Nesse sentido, a escuta ativa e o suporte psicológico oferecido pela equipe multidisciplinar são essenciais para ajudar a família a lidar com o sofrimento e a aceitação da perda.

Em situações de fim de vida, a comunicação eficaz também inclui a discussão de diretivas antecipadas de vontade, que permitem (caso seja possível) que o paciente expresse seus desejos sobre os cuidados que gostaria de receber nas últimas fases da vida. A introdução dessas discussões com antecedência facilita o alinhamento entre os profissionais de saúde, o paciente e seus familiares, garantindo que as decisões sobre o fim de vida respeitem a dignidade e os valores do indivíduo.

Os cuidados paliativos desempenham um papel essencial no suporte a pacientes e familiares em situações de fim de vida. É uma abordagem voltada para o cuidado integral de doenças que ameaçam a continuidade da vida, visando ao alívio do sofrimento e o tratamento da dor e de outros sintomas de natureza física, psicossocial e espiritual. Os cuidados paliativos reconhecem a morte como um processo natural, buscando proporcionar dignidade, autonomia e conforto ao paciente. No contexto da comunicação de más notícias os cuidados paliativos ajudam a preparar os familiares e o próprio paciente para a perda, promovendo uma comunicação contínua e cuidadosa que acolha as necessidades emocionais, físicas e sociais de todos os envolvidos (Silva; Araújo, 2012).

Embora a comunicação de óbito e a morte encefálica envolvam uma série de desafios que exigem uma abordagem técnica e emocionalmente cuidadosa, a literatura atual apresenta uma lacuna significativa quando se trata de explorar o papel do psicólogo nesse contexto. A escassez de estudos sobre as vivências emocionais de pacientes, familiares e profissionais de saúde, especialmente em ambientes de terapia intensiva, torna ainda mais urgente a necessidade de uma reflexão mais profunda sobre a atuação do psicólogo na participação da comunicação de más notícias.

Tomo como ponto de partida para este trabalho o recente estudo feito por Gallego (2021), que mapeou e analisou a produção científica nacional sobre a comunicação de más notícias. O estudo destacou que essa comunicação, em geral, causa sofrimento psíquico tanto nos pacientes e suas famílias quanto nos profissionais de saúde. Além disso, Gallego evidenciou uma escassez de literatura que expresse as vivências desses pacientes e familiares, mostrando uma predominância de pesquisas empíricas focadas em protocolos de comunicação voltados para médicos.

Contudo, o mais notável foi a pouca discussão sobre o papel do psicólogo nesse contexto e as repercussões emocionais decorrentes de sua atuação. São escassas as pesquisas que exploraram os significados que os profissionais atribuem a tais vivências, levando a autora a sugerir o desenvolvimento de estudos junto a psicólogos que atuam nos mais diversos setores do ambiente hospitalar. Gallego, Gomes e Peres (2022) também pontuam a necessidade de problematizar o modelo medicalocêntrico vigente e seus desdobramentos para a comunicação de más notícias.

Outros estudos recentes corroboram as limitações trazidas por Gallego (2021). Gibello, Parsons e Citero (2020), por exemplo, ressaltam a necessidade de novas investigações em UTIs com o objetivo de compreender como a dinâmica nesse ambiente se configura e como pode ser melhorada para favorecer a comunicação. Já Nascimento et al. (2024) destacam a escassa produção científica sobre essa temática no contexto da prática

clínica, evidenciando a falta de formação específica e a prevalência de experiências isoladas no cenário assistencial. Gobbi (2020), por sua vez, reforça a baixa produção científica na área da psicologia.

Diante desse cenário, a relevância deste estudo torna-se evidente. Ao investigar a comunicação de más notícias sob a perspectiva da atuação do psicólogo, busca-se preencher uma lacuna importante na literatura existente, contribuindo para a compreensão das dinâmicas emocionais envolvidas nesse processo. Este trabalho não apenas visa explorar as vivências dos psicólogos que lidam com essa temática, mas também pretende oferecer subsídios para a formação, cuidado e o suporte psicológico desses profissionais de psicologia, promovendo práticas que possam atenuar o sofrimento psíquico e melhorar a comunicação no contexto hospitalar.

É importante examinar as implicações das práticas atuais, questionando o modelo medicalocêntrico predominante e as limitações impostas pelos protocolos estabelecidos. Embora esses protocolos sejam essenciais para fornecer uma direção clara, muitas vezes podem tornar-se rígidos e restritivos. Além disso, ao problematizar esse modelo e seu impacto nas equipes de saúde, este estudo tem o potencial de gerar insights que podem transformar a prática clínica, promovendo um atendimento mais empático e humanizado. A proposta é, assim, não apenas contribuir para o desenvolvimento teórico na área, mas também oferecer uma reflexão prática que possa ser aplicada no cotidiano da assistência à saúde, beneficiando tanto os profissionais quanto os pacientes e suas famílias.

2.2 O barqueiro

Para navegar por esse rio do cenário hospitalar, é essencial abastecermos-nos de raciocínio clínico. O foco não é apenas uma abordagem metodológica de trabalho, mas uma prática que demanda do psicólogo uma compreensão ampla e complexa do ser humano. Concordo com Freitas (2010), que defende que todo trabalho do psicólogo deve ser permeado por uma postura reflexiva, carregando consigo um raciocínio clínico próprio, sustentado por sua metodologia e por uma visão abrangente da experiência humana. A prática envolve não apenas observar, mas perceber, sentir e refletir – ações interligadas que fundamentam o raciocínio clínico.

Nesta investigação, fundamento-me na Gestalt-Terapia como referência teórica para analisar a prática clínica, utilizando também o método fenomenológico de Edmund Husserl como um dos pilares dessa abordagem. A Gestalt-Terapia desafiou as concepções

predominantes de sua época, que fragmentavam o indivíduo entre mente e corpo ou reduziam a experiência humana a padrões isolados.

A fenomenologia propõe um retorno à experiência vivida como o ponto de partida fundamental para a compreensão integral do ser humano. Essa abordagem, portanto, nos leva a enxergar o ser humano não como uma soma de partes, mas como uma totalidade em constante interação com o meio, onde o fenômeno do adoecimento é compreendido em sua profundidade subjetiva valorizando a experiência imediata e a presença no "aqui e agora" (Perls, Hefferline e Goodman, 1997). Enfatizando a importância do momento presente como o espaço em que o ser humano experimenta e se relaciona com o mundo.

O self, em Gestalt, é entendido como uma função em constante movimento, que se desenvolve a partir das interações entre o indivíduo e o ambiente, buscando sempre o ajustamento criativo para lidar com as demandas do meio e as suas necessidades internas (Ribeiro, 1997). Esse enfoque valoriza não apenas o conteúdo mental ou verbal, mas a totalidade da experiência sensorial, emocional e relacional que se manifesta no aqui e agora. O foco recai sobre a percepção direta e a presença do indivíduo em sua relação com o mundo, ressaltando a importância de estar consciente e conectado ao momento presente, conforme descrito por Perls, Hefferline e Goodman (1997).

Na Gestalt-Terapia, o ser humano é visto como um ser integral e ativo, cuja existência se dá em um contínuo processo de interação com o meio. Essa visão propõe que o indivíduo não é um mero observador passivo do mundo, mas um participante ativo que atribui significado às suas experiências. O corpo, nessa perspectiva, não é apenas algo orgânico ou físico, mas um meio pelo qual o indivíduo vivencia e expressa sua subjetividade, sendo elemento central na relação entre o sujeito e o mundo. Essa visão rejeita a tradicional separação cartesiana entre corpo e mente, promovendo uma compreensão holística da existência humana (Freitas; Stroiek; Botin, 2010).

Ao colocar o corpo no centro da experiência de adoecimento, a Gestalt-Terapia reconhece que o corpo doente não é apenas um organismo acometido por uma patologia, mas sim um corpo vivido, que carrega consigo uma história, uma relação com o mundo e recursos para lidar com a doença. O psicólogo, ao contrário do médico, não trabalha com o corpo biológico, mas com o corpo vivido/experimentado, que carrega consigo sentidos subjetivos, como descrito por Merleau-Ponty (1994). Assim, o corpo do paciente torna-se um nó significativo, expressão da relação entre o sujeito e sua existência.

Além desses princípios, a relação dialógica ocupa um lugar central na prática da Gestalt-Terapia, oferecendo um espaço de encontro autêntico entre terapeuta e paciente, sustentado pela relação terapêutica. Inspirada por Martin Buber (1982), essa relação envolve

a presença plena do terapeuta, que acolhe as expressões e sentimentos do paciente em uma troca genuína e recíproca (Freitas, 2009). A relação terapêutica, nesse contexto, serve de base para essa conexão, oferecendo um espaço seguro onde o paciente pode explorar suas vivências no "aqui e agora", sem julgamentos. O psicólogo se engaja de forma autêntica, permitindo que o outro seja visto como sujeito de sua própria experiência, sem tentativas de moldá-lo ou controlá-lo. O diálogo se desenvolve de maneira imprevisível, sem roteiros predefinidos, e proporciona um ambiente de co-construção e crescimento. Tal postura é especialmente curativa em contextos de vulnerabilidade, como o hospitalar, onde a autenticidade e a presença no vínculo terapêutico são essenciais para acolher as necessidades do outro e oferecer suporte emocional em momentos de fragilidade (Freitas; Stroiek; Botin, 2010).

Ao abordar o outro com uma atitude Eu-Tu, o terapeuta não tem garantias de que esse encontro genuíno ocorrerá. Como afirmam Hycner e Jacobs (1997), essa interação só pode acontecer se houver uma abertura mútua, e o outro aceitar essa aproximação. O que realmente define o diálogo não é necessariamente a fala, mas o contato, que pode ocorrer mesmo no silêncio. O diálogo é, portanto, um fenômeno do “entre”, do espaço relacional (Hycner, 1995).

No contexto hospitalar, a relação terapêutica tem uma especificidade: a capacidade de estabelecer um diálogo genuíno em um ambiente muitas vezes árido e hostil. Construir um diálogo no hospital é um desafio, dado o próprio contexto desse ambiente. No entanto, na perspectiva da Gestalt-Terapia, todos os elementos envolvidos — interrupções, vínculos e conflitos — são partes da condição existencial e relacional. Assim, essas tensões podem ser trabalhadas e ressignificadas, permitindo ao paciente encontrar novos significados em suas experiências de adoecimento.

A relação dialógica no hospital é também uma forma de desconstrução de sentidos previamente estabelecidos, abrindo espaço para que o paciente, mesmo em meio à dor e à doença, reconstrua novos significados e possibilidades. O corpo doente, longe de ser um elemento passivo, torna-se um lembrete vivo de sua existência e de suas possibilidades, e o contato terapêutico se transforma em uma ferramenta essencial para que o paciente possa lidar com essa transformação de maneira mais consciente e integrada (Freitas, 2009).

Essa relação dialógica se dá em uma dimensão ontológica, ou seja, refere-se à existência do sujeito, que é vivida corporalmente. No entanto, esse corpo não é meramente um objeto, como a medicina tradicional frequentemente prioriza. Mesmo com os avanços nas propostas de humanização e as tentativas de compreender o ser humano em sua totalidade — refletidas em organizações como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) — o paradigma cartesiano de separação entre corpo e mente ainda predomina

nas práticas de saúde. Isso posiciona a existência humana como algo revelado apenas pela racionalidade, excluindo-a das relações humanas.

O diálogo é visto como uma forma específica de contato que possibilita a autorrealização. Esse contato promove o desenvolvimento da awareness integrativa, ou seja, uma consciência expandida que permite ao paciente responder de maneira adequada às suas necessidades e às circunstâncias que o contexto hospitalar impõe (Hycner & Jacobs, 1997). Nesse processo de integração, é fundamental que o paciente não julgue sua própria experiência, mas aceite a totalidade de si mesmo — incluindo seus sentimentos, medos, corpo, pensamentos, e até mesmo o desconhecido que o adoecimento traz.

Freitas; Stroiek; Botin (2010) ressaltam que, no contexto hospitalar, a Gestalt-Terapia se afasta de uma visão romântica de cura — que busca o retorno ao bem-estar anterior ao adoecimento — e propõe uma abordagem que valoriza a manutenção da autonomia do paciente. Essa autonomia, por sua vez, é regulada pela confiança no saber médico, mas sem a imposição de uma autoridade rígida da medicina. Assim, saúde e doença são compreendidas como polos de um processo contínuo e dinâmico, ambos essenciais à existência humana.

Ao nos depararmos com o fenômeno da morte, somos instigados a mergulhar nele e desvendá-lo camada por camada. Esse processo é realizado por meio da redução fenomenológica, que consiste em "pôr entre parênteses" o fenômeno, buscando compreender o que se manifesta ou se revela por si mesmo. Assim, o olhar se volta para o que se apresenta diante da morte, investigando o sentido ou significado dessa vivência para a pessoa envolvida, neste caso, o psicólogo, com o intuito de acessar a estrutura essencial ou invariante do fenômeno.

Como psicólogos, somos convidados a investigar os fenômenos que se revelam a partir da experiência vivida, integrando o que percebemos no contexto hospitalar em nosso campo de significados e sentidos. O hospital é um espaço onde as questões de vida e morte, saúde e doença, são vividas de forma intensa. Nesse cenário, o psicólogo precisa sustentar o espaço com uma escuta sensível e uma presença acolhedora. O atendimento psicológico é, acima de tudo, uma relação interpessoal. A construção do vínculo é um desafio constante e, ao mesmo tempo, o alicerce de sua prática. É por meio desse vínculo que o encontro ocorre, possibilitando o acesso ao outro. A compreensão do vínculo está intrinsecamente relacionada às relações de campo e ao mundo vivido. Nesse sentido, a relação dialógica ocupa um papel central na prática da Gestalt-Terapia, sendo uma das bases da intervenção psicológica no hospital.

3 METODOLOGIA

“(...) minha fenomenologia aceitava comprometer-se com uma força, o afeto; o afeto era o que eu não queria reduzir; sendo irreduzível, ele era, exatamente por isso, aquilo a que eu queria (...)”
(BARTHES, 2018, p. 27).

Trata-se de um relato de experiência, descritivo e reflexivo, sobre a vivência de uma residente de psicologia em um Programa de Residência Multiprofissional de Atenção ao Paciente em Estado Crítico, focado no acompanhamento às comunicações de morte. De acordo com informações da Universidade Federal de Uberlândia (2024), tal programa, tem como objetivo atuar junto a pacientes que apresentam instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, devido às alterações agudas ou agudizadas, que ameaçam suas vidas. A assistência é prestada a pacientes atendidos por diferentes especialidades, sendo realizada prioritariamente nas Unidades de Terapia Intensiva. Essas unidades são projetadas para oferecer atenção especializada constante, com equipamentos e tecnologias específicas para o diagnóstico clínico, monitoramento, tratamento e intervenções imediatas diante de possíveis intercorrências, conforme estabelecido pela resolução N° 7, de 24 de fevereiro de 2010 (Brasil, 2010).

Cabe ressaltar que, nesta pesquisa, interessa-nos destrinchar a comunicação de morte, considerando os impactos que ela pode gerar no psicólogo. A comunicação de morte será tomada como a cena de atuação do psicólogo, buscando compreender como se dá sua participação, com foco em explorar as nuances subjetivas e emocionais envolvidas nesse processo e em investigar como as práticas psicológicas podem contribuir para torná-la mais sensível e humanizada.

A psicologia atua junto com a equipe multiprofissional, podendo aparecer tanto no momento de comunicação de morte em conjunto com o médico quanto em atendimentos individuais com a família ou paciente. Além disso, a atuação do psicólogo inclui a reflexão conjunta com a equipe sobre o caso clínico, contribuindo para um atendimento mais integrado e humanizado.

A coleta de dados foi realizada através da experiência vivida na residência, utilizando um diário de campo. Essa abordagem permite a documentação e reflexão crítica sobre as práticas e intervenções, oferecendo uma visão rica das dinâmicas emocionais e dos desafios enfrentados no contexto hospitalar. A metodologia de relato de experiência permite a apresentação crítica de práticas e intervenções profissionais, facilitando o acesso e

compreensão das questões que giram em torno desse assunto. Esses relatos ajudam na compreensão das especificidades das práticas e vivências voltadas a determinados públicos. As experiências proporcionam aprendizagens e reflexões sócio-históricas, contribuindo para o desenvolvimento profissional. Além disso, a experiência adquirida pode ter impactos positivos na atuação como futuros profissionais. O conhecimento científico derivado dos relatos de experiência beneficia tanto o meio acadêmico quanto a sociedade, melhorando intervenções e permitindo o aproveitamento de propostas de trabalho futuras. (Mussi; Flores; Almeida, 2021).

Em relação às questões éticas, por se tratar de um relato de experiências pessoais, não é necessário obter consentimento formal. Contudo, busquei preservar a confidencialidade das informações, garantindo que as identidades dos envolvidos não sejam comprometidas. O período de realização deste trabalho foi entre fevereiro de 2024 e novembro de 2024 em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público.

4 AS TRAVESSIAS

Ao longo do percurso de acompanhar pacientes no processo de morte ou de apoiar seus familiares, muitas vezes me vi refletindo sobre a figura de Caronte. Na mitologia grega, Caronte é o barqueiro encarregado de transportar as almas dos mortos pelos rios Aqueronte, o rio da dor, ou Estige, o rio do ódio, até o submundo, o reino de Hades. Ele representa a transição inevitável entre a vida e a morte. Para realizar a travessia, Caronte pede aos viajantes que lhe paguem com uma moeda de ouro, que, na mitologia era colocada na boca dos mortos no momento do seu enterro.

No hospital, o psicólogo, assim como Caronte, está presente na travessia. Contudo, diferentemente do barqueiro mitológico, ele não conduz a jornada; é um acompanhante que sustenta o espaço para que a travessia aconteça no tempo e na forma que o paciente ou seus familiares precisam. O psicólogo não cobra moedas de ouro, mas pede algo igualmente valioso: a entrega às próprias emoções, a coragem de encarar o que está sendo vivido e o desejo de encontrar significado na dor.

Assim como os rios de Caronte, o processo hospitalar é permeado por águas turbulentas – dor, raiva, medo e até paciência. Cabe ao psicólogo reconhecer essas águas, acolhê-las e oferecer sua presença como uma margem segura, ajudando o outro a suportar a travessia e, quem sabe, encontrar algum alívio no caminho. Como Caronte, o psicólogo não é o destino final, mas uma figura que sustenta o movimento, entre a vida que se transforma e a morte que chega.

Enquanto Caronte atravessa o mundo físico para o espiritual, o psicólogo navega pelos mundos internos, auxiliando na ressignificação de histórias, emoções e vínculos que permanecem vivos, mesmo diante da ausência física. Assim como Caronte, o psicólogo é um barqueiro que acompanha a travessia daqueles que adentram o hospital. Para ele, acompanhar esse percurso é também um privilégio: o de testemunhar o que há de mais humano — a despedida e o recomeço que ela traz consigo.

Fico a pensar em quantos passageiros já recebi nesse processo. Para eles, Caronte pode ser visto como o facilitador da travessia. Mas e para Caronte? O que fica dele, marcado pelas almas que ajudou a conduzir?

Assim, faço alguns questionamentos que não têm a intenção de serem respondidos neste trabalho, mas que me auxiliaram a ampliar o olhar sobre a morte, que faz parte do cotidiano, tornando-se uma companheira de trabalho. Quando a morte é atestada e os limites se impõem, em um cenário onde poucas palavras podem ser ditas, o que cabe a nós, psicólogos? E como fazemos o que nos cabe? Como somos afetados pela morte que faz parte do cotidiano

hospitalar? O que fica para nós desta cena? O que se manifesta em mim e de mim diante da morte?

“De tudo ficou um pouco
Do meu medo. Do teu asco.
Dos gritos gajos (...)
De teu áspero silêncio
um pouco ficou, um pouco
nos muros zangados,
nas folhas, mudas, que sobem (...)
Se de tudo fica um pouco,
mas por que não ficaria
um pouco de mim?
De tudo ficou um pouco:
de mim; de ti; de Abelardo.
De tudo ficou um pouco.
E de tudo fica um pouco”.
(Andrade, 2012)

De todos os pacientes que acompanhei nessa travessia, ficou um tanto de mim neles e deles para mim. Aqui, trago memórias clínicas de alguns que, de alguma forma, retratam as respostas que espero encontrar com esta escrita, ou as inquietações que desejo promover. Os casos são relatados a partir de memórias clínicas, com suporte do diário de campo. Nas histórias, há alterações dos nomes reais. Como não se trata de um estudo de caso, esses relatos não têm o propósito de fornecer informações para uma análise aprofundada; o objetivo é outro. Trata-se de vivências pessoais, vistas sob minha perspectiva.

4.1 As canções dos viajantes

“Porque cantar parece com não morrer
É igual a não se esquecer
Que a vida é que tem razão”
(Ednardo, 1979).

Fui chamada para acompanhar a comunicação de cuidados paliativos de João, um paciente em estado grave na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Estavam presentes os irmãos de João (S. e J.), a médica dos cuidados paliativos, a médica responsável pelo caso e eu, como psicóloga. A reunião começou com a médica responsável perguntando aos familiares o que eles haviam entendido sobre o quadro clínico até aquele momento. J. tomou a palavra e explicou, de maneira clara e coerente, a situação do irmão. Ao final, acrescentou que percebia sinais de melhora e que gostaria que ele permanecesse assim, pois João era um homem muito bom e não merecia estar passando por isso.

Entretanto, a médica retoma a palavra, e explica novamente a gravidade do caso e as limitações terapêuticas envolvidas, utilizando termos técnicos e jargões médicos, dizendo que

a melhora apresentada por João era pequena em comparação ao seu estado geral. Novamente a família retorna a palavra e S. diz entender, mas gostaria que seu irmão retornasse para a casa, pois ele amava a sua casa, amava estar com a família. Mais uma vez a médica retoma dizendo que o quadro de João era grave, “*precisamos pensar que não vale a pena fazermos medidas invasivas daqui pra frente*”. Notei o rosto de S. endurecer, enquanto J. engolia seco, como se algo estivesse preso na garganta. Um aperto tomou conta do meu peito. Não era a gravidade do estado de João que me afligia, mas a ideia de que seus irmãos poderiam estar sendo impedidos de sentir, de falar o quanto havia vida em João. Porque morrer, ao fim, é deixar de sentir; é colocar um ponto final na própria história.

Um nó na garganta é o que fica após a comunicação. Identifico que tais sensações não são somente minhas; estou corregulada com os irmãos de João, que mesmo sem poder expressar em palavras o que estão sentido, comunicam-se através da voz embargada e da feição enrijecida. Isso me dói, e sou tomada pelo desejo de segurar a mão de S. e autorizar seu choro, que estava ali, aguardando apenas por um espaço seguro para emergir. Nesse momento, percebo que também estou rígida e preciso de autorização para me expressar. Percebo que é necessário fazer um enfrentamento, enfrentar o fato que ali existe algo mais a ser visto, não somente a morte iminente e a gravidade de que tanto se fala, mas também existe emoção. Existe algo que é pelo que a psicologia luta para autorizar no ambiente hospitalar: os sentimentos, o que nos atesta vivos, afinal. Sair talvez do lugar confortável do silêncio, desse espaço que é ao mesmo tempo confortável e desconfortável de apenas observar. Percebo isso, porque estou conectada com S. e J..

Esse caso revela a discrepância entre o discurso médico e as necessidades emocionais que uma família apresenta durante uma comunicação de fim de vida. Apesar dos familiares apresentarem uma boa compreensão com relação ao aspecto clínico do paciente, eles mantinham a esperança de que ele ficasse bem. Apesar do antagonismo entre essas duas realidades, isso não significa que tais familiares estavam alheios a condição de João. No conceito de luto antecipatório trazido por Franco (2021), é possível compreender que os familiares começam a lidar com a perda antes que ela ocorra efetivamente. Essa experiência emocional é complexa, pois envolve a reconciliação entre a esperança e a dor da possível perda.

A repetição do discurso técnico pela médica, afirmando que o quadro é grave e que “não vale a pena fazermos medidas invasivas”, parece aumentar a frustração dos familiares, que ficam presos entre a compreensão técnica e a vontade de preservar algo da pessoa que amam. Essa situação pode ser analisada sob a perspectiva do modelo de comunicação de más

notícias, que enfatiza a importância de uma abordagem empática e centrada no paciente e na família.

Tomando como referência a proposta de comunicação apresentada por Forte (2024) os familiares estavam sinalizando que o profissional deveria retornar para o nível de ressonância emocional, sendo capazes de promover um espaço para que eles expressassem suas preocupações e sentimentos. A comunicação sobre a condição de João deveria considerar o impacto emocional sobre seus irmãos, permitindo um diálogo mais aberto que incluísse não apenas a realidade clínica, mas também as vivências e histórias de vida que cercam o paciente.

Trago a canção de Ednardo ao início do relato como uma forma de ratificar a importância de “cantar” sobre a história de vida do paciente. “Cantar parece com não morrer”; é manter vivo aquele que permanece enquanto história. Essa analogia reforça a ideia de que, ao falarmos sobre a vida de João, estamos não apenas reconhecendo sua condição, mas também celebrando sua trajetória, suas relações e o amor que o rodeia, essencial para que a morte não se torne um ponto final, mas uma continuidade na memória dos que ficam.

Com relação ao meu sentimento compartilhado de rigidez, atento para quantos enfrentamentos precisamos fazer enquanto psicólogos no ambiente hospitalar. Muitas vezes, é necessário desafiar a normatividade, o discurso técnico e a lógica produtivista para garantir que o hospital também seja um espaço de acolhimento da subjetividade. Como afirma Simonetti (2015), a psicologia nada contra a maré, buscando abrir espaço para a subjetividade do sujeito. Embora seja possível haver diálogo entre os saberes, muitas vezes, um se sobrepõe ao outro, silenciando o que é essencial para a experiência humana.

“É uma dor que não esconde o seu papel”
(Sérgio Sampaio, 2014)

Acompanho um pai que é comunicado sobre os cuidados de fim de vida do seu filho, Felipe, que está internado há muitos meses. Felipe morrerá logo, é claro para todos, até mesmo para o pai que acompanha desde o início todo o processo de adoecimento do filho. Esse foi um dos atendimentos que mais me marcaram na UTI. Conheci o pai do paciente naquele dia, apesar do longo tempo de internação, pois, por conta de outros atravessamentos, não tivemos contato anterior. Mas, quando eu entro na sala, ele me reconhece e diz já ter visto meu rosto nas passagens pelo horário de visita. Esse reconhecimento me atravessa; me pego refletindo sobre um vínculo que já vinha sendo construído através de um olhar que, de alguma forma, capturou. Apesar de não conhecer Felipe e seu pai, eu conhecia a sua história de adoecimento através de outra psicóloga que o atendera no pronto-socorro.

Felipe foi pego de surpresa por um câncer muito agressivo e num local delicado que o comprometia muito. Passou boa parte de sua internação desacordado, sem consciência, mas o seu pai sempre estava ali, ao seu lado. Sempre que passava pelo seu leito, o via ao lado do filho. Fiz um breve atendimento antes da comunicação médica e, nesse atendimento, pude compreender como ele estava sendo atravessado pelo adoecimento desse filho e como vinha lidando com isso. O adoecimento de Felipe era algo familiar; esse pai já havia perdido alguns familiares “*para essa doença*” – fala dele. Esse momento de acolhimento que eu consigo ter com esse pai antes da comunicação foi o suficiente para enlaçarmos as suas histórias. Retomamos quem foi esse filho na vida dele e quem foi esse pai. O acompanhamento até o leito e dou espaço para ele ficar sozinho no quarto com o filho, quando retorno ele diz: “*meu filho irá descansar, ele foi o melhor filho que eu poderia ter e eu fui o melhor pai por causa do meu filho*”. Nesse momento não consigo conter as lágrimas.

O reconhecimento do pai ao me perceber em meio ao movimento da UTI, mesmo antes de qualquer atendimento, revela como a presença do psicólogo na unidade vai além do contato direto. O vínculo que parecia silencioso, o tal “conhecer de longe”, já se construía em pequenos detalhes e atravessava as fronteiras da interação imediata. Esse vínculo indireto e não verbal também pode facilitar uma aproximação mais genuína nos momentos de intervenção. A história do pai, carregada por um histórico familiar de perdas para a mesma doença, reforça o peso do adoecimento e a dor acumulada ao longo dos anos. A escuta ativa e o acolhimento criaram um espaço para ele revisitar quem era o filho em sua vida e, ao mesmo tempo, refletir sobre seu próprio papel enquanto pai. O respeito à narrativa e a autorização para a expressão do amor e do orgulho pela relação que teve com o filho marcam não só o processo de despedida, mas também o papel que a psicologia tem na travessia do processo de perda.

Retomo a discussão trazida por Freitas (2009) que nos lembra que a relação terapêutica, especialmente no ambiente hospitalar, transcende a técnica e o contato imediato, abrindo espaço para que o psicólogo atue como um elo acolhedor em meio à dor e à incerteza. No relato, ao perceber que “*não consigo conter as lágrimas*”, enfrento a expectativa do papel do psicólogo “neutro”, aquele que não sente e não se envolve. Contudo, ao tentar conter as lágrimas, percebo que essa neutralidade pode nos afastar do humano, do que é essencial no nosso trabalho: o afeto. Ser tocado pela dor do outro não compromete o espaço terapêutico; pelo contrário, o enriquece e o torna mais autêntico.

Este atendimento reafirmou para mim que a entrega sutil e silenciosa do psicólogo é o que facilita a travessia de quem acompanhamos, oferecendo um apoio que vai além das palavras. Ser afetado é não só permitido, mas necessário. Esse toque de emoção dá forma e

expressão ao que não pode ser dito, consolidando nosso papel de facilitador no processo de despedida e de busca por sentido.

4.1.1 *Entre a escolha e a aceitação da travessia*

“Sou viramundo virado
Nas rondas da maravilha
Cortando a faca e facão
Os desatinos da vida (...)
Prefiro ter toda a vida
A vida como inimiga
A ter na morte da vida
Minha sorte decidida”
(Gilberto Gil, 1967)

O prognóstico de Antônio é de morte caso ele escolha não realizar o transplante cardíaco. E ele escolhe não fazer, fica firme em sua decisão de voltar para morrer em casa. Contra tudo e todos, desde a equipe à família e filhos. *"Eu sinto no meu coração que não tenho mais forças para continuar"*, disse ele. *"Prefiro acabar logo com esse sofrimento. A morte não é essa coisa terrível que todos imaginam. Ela é o descanso que eu procuro"*.

A história de Antônio será, sem dúvidas, uma das que levarei para sempre comigo. Assim como eu, Antônio é nordestino, um "exodiado" que carregava em si a força e a resiliência típicas de nossa tradição. Havia uma grandeza em sua autonomia, que ele sustentou até o fim, como um bom nordestino. E eu, ao seu lado, me comprometi a sustentar minha presença. Antônio era um viramundo, como canta Gil. Virou o mundo à procura de “festa, trabalho e pão”, até que a morte apareceu para ele. Antônio me contou que gostou de viver, que teve uma vida boa, filhos criados, uma esposa maravilhosa, que a vida nunca foi sua inimiga e que, com a morte, não seria diferente. Ele não gostaria de ter a sua sorte decidida por outros que não fossem ele, como sempre foi. E Antônio como um bom viramundo, conhecia a si mesmo e o que era capaz de enfrentar.

Antônio tinha uma doença em estágio terminal. Sua opção de tratamento envolvia a possibilidade de um transplante, que poderia ou não lhe proporcionar mais alguns anos de vida. Contudo, ao refletir sobre sua condição e os impactos de um procedimento tão invasivo, Antônio escolheu não realizar o transplante. Essa decisão marcou o início de seu acompanhamento em cuidados paliativos. Logo no início do processo, realizamos juntos as suas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), um documento que permite ao paciente registrar previamente suas preferências sobre cuidados e tratamentos médicos, caso venha a ficar impossibilitado de expressar suas escolhas no futuro. Durante essa conversa, Antônio foi claro e sereno ao compartilhar seus desejos: *"Quero morrer em casa"*.

As DAVs de Antônio não eram apenas um registro formal, mas um reflexo de seu desejo de preservar sua dignidade e autonomia até o fim. Esse momento, para mim, trouxe uma lição poderosa sobre como as escolhas feitas pelo paciente têm um papel central nos cuidados paliativos. Antônio não apenas expressava uma recusa ao sofrimento desnecessário, mas também reafirmava seu direito de decidir sobre o próprio corpo e a própria vida, mesmo diante da proximidade da morte.

O caso de Antônio em que ele escolhe enfrentar a morte com tranquilidade, contrasta com a expectativa de luta constante pela vida imposta pela medicina. A decisão de Antônio de "virar o mundo" a sua maneira, ao escolher morrer em casa e não se submeter a um transplante, é uma forma de sustentação. Assim como na música de Gilberto Gil, onde o "viramundo" é alguém que segue o seu próprio caminho, Antônio escolhe não deixar sua sorte ser decidida por outros. Ele "vira" o mundo ao dar um sentido para a sua morte que, para ele, é um descanso e uma escolha legítima, uma maneira de encarar a vida e a morte com autonomia. A ideia de "ter toda a vida, a vida como inimiga" pode ser interpretada aqui como o reconhecimento de Antônio de que ele não precisa lutar contra a morte.

Saio do quarto após os primeiros atendimentos com o olho arregalado, mas não é espanto o que eu sinto, é uma consciência tão clara e profunda que demora a ser digerida e todo o meu corpo fica atento e trabalhando para absorver as palavras que são ditas de forma tão consciente e assertiva. Penso que o paciente que escolhe morrer experimenta algo que é único e exclusivamente seu. Como se encara a morte com tanta tranquilidade e parcimônia?

"A gente nunca tá na vida enganado, nosso coração sempre sabe das coisas"
(Paciente Antônio)

Antônio sempre traz uma forte ideia de autoconhecimento e intuição. Essa frase reflete a consciência que ele tem sobre si mesmo e suas decisões. Essa sabedoria do coração, algo que ele sente e reconhece como verdadeiro, pode ser relacionada ao processo de tomada de decisão no contexto dos cuidados paliativos. Antônio, ao escolher morrer de acordo com sua vontade mostra que a verdade da sua vida, e da sua morte, sempre foi mais clara para ele do que qualquer prognóstico médico. Esse sentimento pode abrir uma reflexão sobre o papel do psicólogo em ouvir o paciente, em respeitar e validar sua sabedoria interna, que é muitas vezes ignorada pela medicina tradicional.

Alguns dias depois, com a retirada das medicações de suporte, o corpo de Antônio começa a falir. Ele sente isso e decide que voltará para casa até quarta-feira. Antônio é um homem extrovertido, bem-humorado, que gosta de sorrir e de deixar as pessoas confortáveis ao seu lado. Sempre conversava comigo com bom humor, e, em uma dessas conversas, ele

me disse: *“Você lembrará de mim quando estiver mais velha. Você vai entender o que eu estou fazendo agora”*.

Como o quadro de Antônio era muito grave e avançado, as possibilidades de levá-lo para casa eram extremamente limitadas; a previsão era de morte instantânea caso ele fosse totalmente desconectado das medicações. Não necessitando mais do suporte tecnológico que uma UTI oferece e buscando ofertá-lo mais conforto, ele foi transferido para uma enfermaria, onde não pude mais acompanhá-lo, por conta de atravessamentos institucionais, e tudo o que sabia sobre ele vinha dos prontuários, que eu verificava diariamente.

Na terça-feira à noite, Antônio faleceu. Na manhã de quarta, ao chegar ao hospital e buscar notícias dele, o que me resta são evoluções que pouco me dizem sobre o que eu realmente gostaria de saber: será que Antônio morreu como gostaria? Será que foi em paz?

Procurei saber de Antônio todos os dias, até a sua morte, pois sim, criamos vínculos verdadeiros com os pacientes que acompanhamos, e Antônio me garantiu que eu não o esqueceria, e ele estava certo. Não o esqueci. As circunstâncias de uma instituição e seu formato de trabalho não me permitiram acompanhar Antônio após a sua alta da UTI e o silêncio das evoluções hospitalares não conseguiram revelar as sutilezas de seus últimos momentos. O que está registrado nos documentos hospitalares muitas vezes não consegue capturar a totalidade da experiência humana. O olhar do psicólogo vai além do que pode ser registrado em evoluções, e sua escuta pode ajudar a entender o que está além das palavras e diagnósticos, como as sutilezas do desejo de Antônio por uma morte tranquila.

Um paciente pode nos atravessar de diversas maneiras, e Antônio me atravessou profundamente. Nossos encontros foram permeados por reflexões sobre a vida, sempre marcadas por sua lucidez e sinceridade. Há uma fala dele que nunca esquecerei, porque ressoou em mim e nos valores que carrego: *“O que estão me ofertando aqui e chamam de saúde não é saúde para mim. Eu tomo remédio o tempo inteiro. Saúde, para mim, é poder respirar sentado na minha varanda.”*

Acompanhá-lo exigiu que eu me confrontasse com meus próprios questionamentos sobre a vida e a morte. Essa é a peculiaridade — e a dificuldade — de estar na presença da morte: ela nos obriga a encarar a vida de frente. Antônio me fez repensar não apenas o conceito de saúde, mas também o que realmente importa nos momentos finais, cuidar para que autonomia daquele que morre seja preservada. Sua história reafirmou algo essencial para mim: cuidar não é apenas tratar o corpo, mas também escutar a ‘alma’.

“Eu vou partir
Pra cidade garantida, proibida
Arranjar meio de vida, Margarida
Pra você gostar de mim”

Acompanhei Ana desde o diagnóstico de câncer. Desde o início, ela se mostrou otimista com o tratamento, embora eu percebesse que, por trás desse otimismo, havia um esforço para esconder o medo. Ana tinha uma filha de 9 anos, e frequentemente repetia que sua filha era a razão pela qual ela acreditava que iria ficar bem. “*Deus está no controle da minha vida*”, ela dizia, mostrando uma fé inabalável.

Meses se passaram, e ela foi transferida da enfermaria onde a conheci. Quando a reencontrei na UTI, o quadro de Ana havia se agravado significativamente. O corpo dela começava a mostrar os sinais claros de declínio físico, e a alegria que a caracterizava no início do tratamento já não estava mais presente. O processo de cuidado com o câncer, que antes era acompanhado de esperança e fé, agora assumia contornos de aceitação.

Ana me ensinou que é possível se aproximar da morte com consciência e serenidade. Ela estava profundamente conectada com seu corpo e com a dor que a doença lhe causava. Em nossas conversas, ela me confidenciou que sabia que seu momento havia chegado. Ela não desistiria, mas se entregaria ao que acreditava ser o plano de Deus. A aceitação do inevitável não era um sinal de fraqueza ou desespero, mas de entrega a uma força maior.

Nas últimas semanas de vida, Ana não aceitava estar sozinha. Buscava constantemente a presença de sua família e das pessoas que a amavam, como se precisasse desse apoio emocional para atravessar os momentos finais. Não estive presente no momento da sua morte, mas fui informada por sua irmã, que me encontrou algum tempo depois. Ela me disse que o último pedido de Ana foi que ela cuidasse de sua filha. Esse pedido final revelou a preocupação maior de Ana: o bem-estar de sua filha após a sua partida.

Ana foi uma paciente que me cativou profundamente. Ela sempre se apresentou de maneira extrovertida e bem-humorada, assim como Antônio. Ambos nordestinos, não pude deixar de notar essa “coincidência” que parecia marcar não apenas suas personalidades resilientes, mas também a forma como encaravam a vida. Quando Ana recebeu o diagnóstico de câncer, ficou claro para mim que aquilo representava algo muito maior. A doença que a trouxera ao hospital já estava em estágio avançado, mas Ana, com sua determinação contagiante, dizia: “*Que nada, isso será só mais um obstáculo no meu caminho. Eu vou lutar, pela minha filha. Ela merece viver uma história diferente da minha. Você verá, isso não será nada demais.*”

Eu acolhia seu discurso com atenção, tentando, sempre que possível, trazer dados de realidade, mas sem apagar a esperança que ela carregava. O que eu mais queria, no fundo, era que milagres acontecessem.

O mais bonito na história de Ana, para mim, foi a forma como sua percepção evoluiu à medida que os dias de internação se prolongavam e seu corpo começava a falir. Ana sabia, sentia o que estava acontecendo. Ela me dizia, com uma serenidade que misturava coragem e entrega: *“Eu não quero desistir, mas eu me entrego aos planos que Deus tem para mim. Eu sei que estou morrendo.”*

Nesse estágio, Ana já não conseguia mais ficar sozinha. Ela sempre pedia que sua irmã permanecesse ao seu lado. E quando eu a visitava, mesmo que não tivéssemos assunto, Ana me pedia para ficar. Então, eu ficava. Em silêncio, compartilhando aquele espaço que parecia tão pequeno, mas continha tanto. Nos momentos em que eu já não podia mais estar ali ou precisava sair, Ana se despedia e me agradecia, sempre. Era como se, para ela, cada encontro fosse o último, um gesto de despedida e gratidão.

Tanto Ana quanto Antônio me ensinaram muito sobre a forma como se pode lidar com a morte anunciada, entre a luta e a aceitação. Eles mostraram que, mesmo diante do fim iminente, há espaço para escolhas: escolher o significado que se dá à vida que resta e aceitar que a morte também faz parte de sua história.

4.1.2 *A moeda de ouro – a palavra morte*

“Anteontem na UTI
Foi me visitar a morte
De susto quase morri
Deu pânico, quase entrei em choque”
(Itamar Assumpção, 2010)

Acompanho a seguinte comunicação de morte:

- *Sua mãe não está mais aqui.*
- *Ela está em outro quarto? Posso vê-la?*

Morrer ainda é aqui, na vida, no sol, no ar.
(Gilberto Gil, 2022)

Depois de alguns dias internado, José apresentou uma piora significativa. Fui chamada para atender à sua esposa, Luisa, que se recusava a entrar no leito, mergulhada em um misto de angústia e incompreensão. Sua filha, Joana, por outro lado, havia compreendido que a vida do pai chegava aos seus minutos finais e manifestava um forte desejo de acompanhá-lo até o último momento.

Luisa estava rodeada por profissionais de saúde que apresentavam a gravidade do estado de seu companheiro. Contudo, essas informações nunca vinham acompanhadas da palavra

"morte", que parecia necessária para Luisa. Ela expressava sua dor ao dizer que não aguentava ver José sofrendo tanto.

Após muitos anúncios de gravidade, inclinei-me para mais perto de Luisa e, em um tom suave, perguntei: “Luisa, você gostaria de se despedir do seu companheiro? Ele está morrendo; esses podem ser seus últimos minutos.” Imediatamente, Luisa se levantou e entrou no quarto. Aos prantos, abraçou o companheiro e fez uma oração para que ele pudesse ir em paz. Logo após, saiu do leito e anunciou: “*Eu não posso estar aqui quando ele for; não suportarei vê-lo partir.*”

Joana decidiu permanecer ao lado do pai, e eu me posicionei segurando sua mão, criando uma borda segura para os sentimentos que emergiam naquele momento delicado. Durante essa hora intensa, auxiliei na condução de ligações para os outros filhos de José, que não puderam estar presentes, permitindo que também fizessem suas despedidas. Entre os áudios de agradecimento, despedidas e orações, fui sinalizada pela médica de que o monitor indicava a morte de José. Apertei a mão de Joana e, com suavidade, disse: “Ele morreu.” Aquelas palavras proporcionaram um instante de silêncio e compreensão sobre tudo o que havia acontecido. “Vou sair para que você possa ter o seu momento”, disse, e então me retirei.

Esses casos destacam a importância de nomear a morte. Nomear a morte é mais do que dizer o indizível; é um ato de autorização e ruptura com fantasias que podem aprisionar o familiar ou o paciente em negações e incertezas. A hesitação em usar a palavra "morte" revela a dificuldade que muitos profissionais de saúde enfrentam em encarar essa realidade, pois, ao nomeá-la, também confrontam sua própria impotência e vulnerabilidade.

Lidar com a morte é, muitas vezes, lidar com a nossa incapacidade de oferecer soluções concretas, o que nos expõe a sentimentos de frustração, angústia e dúvidas sobre o nosso papel e efetividade. Para aliviar esse desconforto, podemos, inconscientemente, adotar atitudes que busquem minimizar o sofrimento, como evitar nomear a morte ou recorrer a eufemismos. No entanto, essa tentativa de "proteção" pode transformar o paciente ou o familiar em objeto de nossas próprias necessidades emocionais, afastando-nos de sua subjetividade e de suas reais necessidades. Assim, o cuidado deixa de ser centrado no outro e passa a atender nossas demandas internas por conforto frente à situação de desconforto (Medeiros e Lustosa, 2011).

A palavra "morte" pode ser comparada à moeda de ouro na narrativa mitológica de Caronte, para atravessar o portal entre a vida e a morte, era necessário entregar a moeda. De forma semelhante, nomear a morte é oferecer essa "moeda", um recurso simbólico que permite ao outro atravessar o limiar da negação para a aceitação, possibilitando processos de despedida, de significado e de fechamento.

No caso de Luisa, a ausência dessa nomeação inicialmente intensificou sua angústia, mantendo-a presa em uma confusão emocional. Foi apenas quando a morte foi nomeada que ela pôde fazer seus movimentos de despedida, aproximando-se do marido para oferecer suas palavras e orações finais. A nomeação não apenas autorizou Luisa a se despedir, mas também abriu um espaço de sentido para que ela reorganizasse sua dor e sua relação com a partida iminente do companheiro. Essa experiência ressalta que nomear a morte não é apenas um ato de comunicação, mas também uma intervenção terapêutica essencial.

4.1.3 O ritmo do rio

Compositor de destinos
Tambor de todos os ritmos
Tempo, tempo, tempo, tempo
(Caetano Veloso, 1979)

A médica me informou que abriria o protocolo de morte encefálica para Maria e comunicaria a filha em alguns minutos. *"Você pode me acompanhar?"*, ela pediu. A filha entrou na sala acompanhada pelo companheiro. Eles se sentaram no sofá da salinha de psicologia, enquanto eu me sentei ao seu lado. A médica, posicionada à frente, revisou o caso e comunicou que o cérebro de Maria estava gravemente comprometido e que eles acreditavam que ele já poderia não estar mais respondendo. A filha assentiu com a cabeça. Chorando, disse que compreendia a situação e perguntou quanto tempo o processo poderia durar.

Como a família não era da cidade onde o hospital estava localizado, tiveram de se hospedar em um local próximo durante a internação. Quando a acompanhei até o leito, a filha chorou ao ver a mãe e começou a desabafar. *"Minha mãe vem sofrendo desde a morte do meu irmão. Depois que ele se foi, parecia que ela também queria ir junto. Foi muito difícil para ela se cuidar, e, de uns meses para cá, ela estava melhorando muito. Como a vida pode ser interrompida justamente agora?"* Ela parou por um instante, e então continuou: *"Mas o mais difícil para mim é essa espera. Com o meu irmão, sofremos muito, mas foi tudo muito rápido. Ele sofreu um acidente, e dois dias depois já tinha morrido. Agora, essa incerteza... essa espera me angustia."*

Três dias depois, acompanhei outra comunicação. Desta vez, era o fechamento do protocolo: Maria havia falecido. Mais uma vez, acompanhei a filha até o leito, onde, segurando a mão da mãe, ela olhou para mim e disse: *"Ela já estava morta, desde o momento em que chegou aqui, não é? Mas, que bom que eu não soube antes. Eu precisei desse tempo para entender que a minha mãe estava partindo"*.

Esse caso, embora possa parecer simples, me emocionou por dias. Há algo no processo de morte que chama minha atenção e me afeta de uma forma diferente. Ao contrário de outros

momentos nos quais surge em mim uma sensação ilusória de onipotência — como se eu pudesse aplacar algum sofrimento —, no acompanhamento de processos de morte essa onipotência não se manifesta. Fica claro que, contra a morte, não existe antídoto, palavras mágicas ou soluções. Diante dela, o que nos resta é sentir. E é justamente nesse reconhecimento que meu trabalho se potencializa: sem a busca por uma solução, posso me fazer plenamente disponível para escutar e facilitar o acesso ao que está sendo vivido naquele momento. Sentar ao lado da filha de Maria é ocupar um lugar de testemunha e de amparo, é permitir-me sentir a intensidade de uma dor que não é minha, mas que reverbera em mim. Isso me faz refletir sobre os limites entre a escuta e o compartilhamento emocional.

Acompanhar processos de morte é um exercício delicado de presença, que exige cuidado para não ultrapassar os limites entre acolher o outro e ser atravessado por sua história. A afetação é inevitável; somos constantemente tocados por aqueles que acompanhamos. No entanto, o que permite que meu trabalho aconteça é a capacidade de lidar com essas afetações. Ao refletir sobre a impossibilidade de vencer a morte, consigo acessar minha impotência, e percebo que é essa entrega ao impossível que delimita meu espaço e o do outro. Não estou ali para encontrar soluções, mas para acolher. Para isso, preciso primeiro acolher a mim mesma e minha própria incapacidade, a fim de oferecer ao outro um espaço seguro, onde sua dor possa existir sem que ela se torne a minha.

Esse processo de espera, que foi tão angustiante para a filha, acabou sendo fundamental para ela compreender e aceitar a partida da mãe. Em um ambiente hospitalar, marcado por demandas técnicas e temporais, respeitar e validar o ritmo emocional do outro se revela ainda mais importante. Tal trabalho é possível a partir dos princípios que mencionei anteriormente da relação dialógica, onde me coloco enquanto presença como uma facilitadora para que a filha pudesse expressar e narrar quem foi Maria, como era sua vida e como ela se despedia agora. Esse espaço de escuta, que respeita o tempo necessário para o entendimento emocional, se comprova valioso quando a filha, ao final, me diz: *"Eu precisava desse tempo para entender"*.

“Não quero saber quem sou, morro de medo
 Nem quero saber aonde vou, é muito cedo (...)
 Talvez se eu inventasse o juízo final (...)
 Não guardo segredo, mas sou bem secreto, bem secreto
 É que eu mesmo não acho a chave de mim”
 (Fagner, 1976)

Durante a comunicação da abertura de protocolo de morte encefálica, três irmãos estão presentes. Observo as diferentes reações: O primeiro começa a chorar imediatamente. A segunda apresenta uma dificuldade de respirar, aparentando uma crise de ansiedade. O mais

novo, que estava desentendido com a mãe há um mês e não falava com ela, permanece imóvel. Depois de um tempo, como se não tivesse compreendido a situação, ele pergunta: "Mas *o que vocês farão para ela viver?*"

O anúncio da morte chega para cada um de maneira única, e a forma como cada pessoa reage a ela também diz sobre a relação que estabelecia com quem morreu. Minha atenção se volta para o irmão mais novo; ele parece sentir-se interrompido pela vida. Havia algo inacabado entre ele e a mãe — uma questão que estava em andamento, sem resolução. E agora? O que fazer? É como se a morte tivesse interrompido não apenas a relação, mas também a possibilidade de conclusão para ele. Tento me aproximar dele em alguns momentos, mas ele recusa, às vezes de maneira mais ríspida. Sinto como se ele estivesse pensando: o que sairá de mim se essa mulher tentar me desvelar? Assim, surge a canção de Fagner: "Não quero saber quem sou, morro de medo". Talvez ele morresse de medo de saber o que estava sentindo.

Conforme Hycner e Jacobs, (1997), embora a atitude dialógica do psicólogo seja essencial para a construção de uma relação terapêutica, ela não assegura que o diálogo efetivamente aconteça. A postura Eu-Tu implica uma abertura genuína à interação, mas o encontro mútuo só se torna possível se houver acolhimento por parte do outro. Assim, mesmo com uma aproximação autêntica, a realização desse diálogo depende da aceitação do outro, que precisa responder afirmativamente a essa iniciativa.

O desafio está em permanecer presente, mesmo diante do silêncio ou da recusa de proximidade. Isso revela camadas profundas do papel do psicólogo nesse contexto: não como quem resolve ou conserta, mas como quem sustenta o espaço para que algo aconteça, mesmo que isso signifique lidar com a ausência de resposta. O irmão mais novo me toca profundamente. Sua pergunta "Mas o que vocês farão para ela viver?" ecoa como um grito que tenta negociar com o inevitável. Não é só uma pergunta racional; é um lamento, uma tentativa de encontrar uma saída para a dor de não ter dito algo, de não ter resolvido algo. É a humanidade dele, em sua confusão e medo, que se expressa.

A música me faz captar esse movimento de esconder-se de si mesmo, de temer o que será descoberto se se permitir sentir ou se abrir para o outro. É como se ele dissesse: "Ainda não estou pronto para olhar para isso. Não agora." Ele está protegido por um silêncio e por uma negação que, naquele momento, talvez sejam seus únicos suportes. Não forço um encontro, mas também não me retiro. É aí que reside a delicadeza e a dificuldade da atuação: respeitar o tempo do outro, enquanto seguro meus próprios medos e dúvidas. Isso é o que me atravessa: a delicadeza de lidar com um "não pronto" sem perder o compromisso de estar disponível, mesmo assim.

“É preciso estar atento e forte,
não temos tempo de temer a morte”.
(Gal Costa, 1969)

Sandra receberá a notícia que sua mãe faleceu. Ela está sozinha na sala de psicologia, a equipe médica solicita acompanhamento da comunicação, pois tem medo de Sandra desestruturar após a notícia. Antes que a comunicação terminasse Sandra pergunta: - *ela morreu, não é? - Sim*, afirma o médico.

Sandra segue com um choro profundo, grita, afirma que é mentira. Tenho a impressão de que naquele momento Sandra perde seu suporte (seu chão). Seguro suas duas mãos e aperto firme, coloco tensão para que seu tronco consiga se equilibrar, peço para Sandra olhar para mim e assinto com a cabeça; “estava autorizando, com os olhos, Sandra a sentir”. Ela dá conta e desmorona. Um suspiro profundo se segue após alguns segundos. Sandra já pode se manter de pé sem o meu suporte e pede para visitar a mãe no leito. Senti medo ao mesmo tempo entendi que eu dava conta.

Quantas vezes já me vi diante de uma Sandra? É comum a equipe transferir ao psicólogo a responsabilidade de “dar conta” de pacientes que consideram desregulados. É difícil lidar com essas demandas. Meu medo vem de um lugar de quem se questiona: “Será que dou conta mesmo?” É como se eu precisasse sustentar Sandra, sem deixá-la desmoronar. Mas quem sou eu para isso? Percebo, então, que meu papel não é segurar Sandra, mas suportar estar ao seu lado, apesar de. Não é seu desequilíbrio, seu choque ou até mesmo um possível desmaio que me impedem de permanecer. Minha presença, nesse contexto, é uma autorização para que ela sinta — mesmo que não dê conta disso sozinha. Sirvo como um apoio para Sandra, permitindo que ela sinta e, se necessário, desmorone. Aí, respiro fundo e busco na minha “mochilinha de conhecimentos” tudo o que sei sobre estabilização e suporte, oferecendo a Sandra o que for possível, na medida do momento.

4.1.4 Atracando no cais

“Invento o cais e sei a vez de me lançar”
(Milton Nascimento e Criolo, 2020)

Acompanho dois irmãos ao leito do pai depois da comunicação de morte nas próximas horas, a única fala que faço é assim que entramos no quarto, “acredito que nesse momento possa fazer sentido vocês se despedirem dele”. Nos minutos e horas que se seguem todos permanecem em silêncio, em alguns momentos eu me aproximava e em outros me afastava do leito, eles também faziam movimentos de aproximação e afastamento do paciente. Eu fico durante todo o “atendimento” como observadora atenta a cada micro gesto, expressão, respiração, lágrima. É como uma dança de despedida.

Primeiro vem a indignação, expressões fechadas, toques bruscos, depois o choro intenso, a tristeza que consome, a cabeça baixa, a respiração curta, depois toques mais suaves, o afastamento, depois aproximação novamente. Quando me dou conta estou sorrindo com o canto da boca, eles também sorriem olhando para o pai, será alguma lembrança feliz? A expressão no rosto muda, o semblante é de calma, de entendimento. Novamente eles se afastam agora não mais com intenção como num afastamento brusco, agora é natural o afastamento, como quem vai sair. Entendo que é minha vez, é o meu passo, me aproximo e pergunto se eles estão prontos para sair. A resposta é sim e o que se segue são perguntas sobre a documentação necessária.

O trecho de Milton Nascimento, na música *cais*, ecoa em mim durante o atendimento, remetendo-me à ideia de travessia, com uma melodia que evoca a imagem de uma “dança da travessia”. Inventar o *cais* é criar um lugar de segurança, um ponto de chegada e partida, que pode ser entendido como uma metáfora para o espaço do atendimento que vivenciei. Ali, precisei inventar esse “cais”, um porto seguro onde os filhos pudessem realizar sua travessia de despedida, onde a presença do psicólogo não é impositiva; ela surge quando necessária, proporcionando suporte e segurança, mas respeitando a autonomia e o tempo de quem vivencia o processo. É uma prática de construir e sustentar um espaço onde a dor e a calma coexistem, como esse instante final que culmina num sorriso de lembrança e aceitação.

Esse porto é simultaneamente um ponto de chegada e de partida, onde é preciso encontrar o momento exato para se aproximar ou se afastar, como quem observa a “vez de se lançar.” Saber a vez de me lançar, de me apresentar, de me fazer ser vista.

“O que comunica é a relação Eu-Tu.
Ela pode acontecer simplesmente pelo
silêncio, se constituindo não pela
expressão da voz e sim pelo *contato*.
Diálogo é, destarte, *contato*”.
(Freitas; Stroiek; Botin, 2010, p. 143).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esta jornada de vivências e reflexões, reafirmo o valor essencial da comunicação e da escuta ativa no cuidado ao paciente em estado crítico. No ambiente hospitalar, especialmente nas UTIs, onde a técnica e a objetividade muitas vezes predominam, a presença do psicólogo simboliza uma abertura para que as subjetividades e os afetos sejam respeitados e acolhidos. Cada paciente e familiar traz consigo uma história única, e o desafio está em sustentar esse espaço de singularidade, permitindo que o processo de morte seja vivenciado de forma humana e particular.

A experiência de acompanhar pacientes como Antônio, Ana, João, José, Maria... que são tantos — tantas Anas e tantos Antônio nesta trajetória — reafirma que a função do psicólogo envolve um compromisso profundo com a escuta, o respeito às escolhas e a validação das emoções e da autonomia do paciente. Aprendi que, para muitos, morrer também é um ato de continuidade, no qual o legado e o cuidado com aqueles que permanecem são tão significativos quanto o enfrentamento da morte em si.

A atuação do psicólogo no contexto hospitalar, especialmente na comunicação de morte, é inevitavelmente marcada pelas afetações emocionais que emergem no contato com o sofrimento alheio. A tristeza, o luto e, por vezes, a raiva fazem parte do cenário vivido e reverberam no profissional, exigindo um cuidado constante com suas próprias emoções. Esse cuidado é essencial para que tais afetações componham o trabalho sem tomá-lo por completo. Não se trata de neutralidade, como pode ser esperado de outras áreas da saúde, mas de um manejo consciente que permita ao psicólogo manter sua função de apoio e presença sem perder o controle de sua prática.

Pensando na metáfora do rio, o papel do psicólogo não é se deixar levar pela correnteza de sentimentos, mas manter-se como quem guia o barco, navegando entre as águas turbulentas com sensibilidade e propósito. Quando os sentimentos tomam conta, há o risco de perder a direção e a capacidade de oferecer o suporte necessário. Assim, cuidar de si mesmo é uma parte fundamental do trabalho, garantindo que a atuação seja pautada pela escuta, pelo acolhimento e pela relação dialógica, elementos centrais para uma prática humanizada.

Essa experiência reforça a necessidade de refletir continuamente sobre o impacto emocional do trabalho e de criar espaços para que os profissionais de psicologia cuidem de sua saúde emocional. Apenas com esse cuidado é possível sustentar a presença diante da dor do outro, promovendo um cuidado ético e sensível que respeite as singularidades de cada processo de morte e luto. Percebo que os manejos e as reflexões apresentados só foram possíveis graças

à entrega e à disponibilidade para esse trabalho, tendo a morte como uma companheira constante.

Para o que olhamos diante da morte? Diante da morte, olhamos para a relação. A relação que nos sustenta enquanto profissionais, a relação que o outro tem com aquele que está partindo, a relação entre nós e o outro. A relação que se constrói ali, no espaço íntimo e vulnerável da comunicação sobre o fim. Isso propicia uma abordagem mais integradora e holística do cuidado, que não busca apenas salvar a vida, mas também permite que o processo de morrer seja vivido de forma mais consciente e menos desumanizado.

Finalizo com as palavras de Rubem Alves (1994, p. 67), que me inspiram a continuar essa jornada de questionamentos: *“As respostas nos ensinam a andar sobre terra firme. Mas as perguntas nos permitem andar pelo mar desconhecido.”* Que este relato inspire práticas que integrem técnica e afeto, preparando profissionais para lidar com as complexas demandas emocionais que surgem diante da morte. Que possamos, juntos, navegar pelos mares e rios desconhecidos, movidos não pelas certezas, mas pela curiosidade e pelo compromisso com o cuidado humano.

REFERÊNCIAS

- ALUCINAÇÃO. Intérprete: Belchior. Compositor: Belchior. In: ALUCINAÇÃO. Intérprete: Belchior. [s.l.]: Universal Music Ltda, 1976. Disponível em: <https://open.spotify.com/track/6lCcA1ugWuQPBCHXecSwc8?si=ldwO3SdORjySoZWL5fudVA>. Acesso em: 20 out. 2024.
- ALVES, R. **A alegria de ensinar**. Ars Poética: [s.l.] 3 ed. 1994.
- ANDRADE, Carlos Drummond de. Resíduo. In: ANDRADE, Carlos Drummond de. **A rosa do povo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. p. 71-73.
- ANTEONTEM (melô da UTI). Intérpretes: Bocato, Itamar Assumpção, Marco da Costa, Paulo Lepetit, Suzana Salles, Vange Milliet. Compositor: Itamar Assumpção. In: PRETOBRÁS III. Intérprete: Itamar Assumpção. [s.l.]: Selo Sesc, 2010. Disponível em: https://open.spotify.com/track/7fxm3yQoIUOmWShSpOhJQa?si=8c_Esin-Q9CDEq5qWpyxxw. Acesso em: 20 out. 2024.
- ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Tradução de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BAILE, W. F.; BUCKMAN, R.; LENZI, R.; GLOBER, G.; BEALE, E. A.; KUDELKA, A. P. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, Oxford, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.
- BARTHES, R. **A câmara clara: nota sobre a fotografia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011**. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html. Acesso em: 08 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html. Acesso em: 08 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 04 nov. 2024.
- BUBER, M. **Do diálogo e do dialógico**. São Paulo: Perspectiva, 1982
- BUCKMAN, R. A. Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. **Community Oncology**, [s. l.] v. 2, n. 2, p. 138-142, 2005.

CAIS. Intérpretes: Amaro Freitas, Criolo e Milton Nascimento. Compositor: M. Nascimento e R. Bastos. In: EXISTE Amor. Intérprete: Milton Nascimento e Criolo. [s.l.]: OLOKO RECORDS, 2020. Disponível em: <https://open.spotify.com/track/7jfUducjiaYjFiWLuCqFN?si=snH1owzTTBCriJQws2YaiQ>. Acesso em: 20 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.173/2017, de 23 de novembro de 2017**. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Publicada no Diário Oficial da União em 9 de novembro de 2018, Seção 1, p. 179. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o código de ética médica. Código de Ética Médica., Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.

CROITOR, L. M. N. **Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: Elaboração e validação de um novo instrumento de medida**. 2010. Dissertação (Mestrado em Neurociências) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 210.

CRUEL. Intérprete: Sérgio Sampaio. Compositor: não identificado. In: CRUEL. Intérprete: Sérgio Sampaio. [s.l.]: Saravá Discos, 2014. Disponível em: <https://open.spotify.com/track/1i6sP11U2QDM5Z7kC1UDhg?si=alTTly5bTk27gaUeq15SbQ>. Acesso em: 20 out. 2024.

DIVINO maravilhoso. Intérprete: Gal Costa. Compositor: C. Veloso e G. Gil. In: GAL costa. Intérprete: Gal Costa. [s.l.]: Universal Music Ltda, 1969. Disponível em: <https://open.spotify.com/track/7J42bT9SnqnVJH4e4CMA8u?si=0x2V4-B6R0Ku2GklOzUh9g>. Acesso em: 20 out. 2024.

ENQUANTO engomo a calça. Intérprete: Ednardo. Compositor: Climério e Ednardo. In: EDNARDO. Intérprete: Ednardo. [s.l.]: Sony, 1979. Disponível em: <https://open.spotify.com/track/64JF6DqxJsGxiyUAhbHX49?si=trd6gwmuTimllwUSOkfjLQ>. Acesso em: 20 out. 2024.

ESPINOZA-SUÁREZ, N. R.; ZAPATA DEL MAR, C. M.; & MEJÍA PÉREZ, L. A. Conspiración de silencio: Una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. **Revista de NeuroPsiquiatria**, [s.l.] 80(2), 125–136. (2017).

FALA. Intérprete: Secos & Molhados. Compositor: João Ricardo e Luhli. In: A volta de Secos & Molhados. Intérprete: Secos & Molhados. [s.l.]: WM Brasil, 1973. Disponível em: <https://open.spotify.com/track/1HVkisttB0LgE0gxcqsnG4?si=HkxTOtSgTf2SOTVsNd9XKA>. Acesso em: 20 out. 2024.

FORTE, D. N., STOLTENBERG, M., RIBEIRO, S. C. D. C., DE ALMEIDA, I. M. M. O., JACKSON, V., & DAUBMAN, B. R. The hierarchy of communication needs: a novel communication strategy for high mistrust settings developed in a brazilian COVID-ICU. **Palliative medicine reports**, New Rochelle, NY, 5(1), 86–93, 2024.

FRANCO, M. H. P. **O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno**. São Paulo: Summus Editorial, 2021.

- FREITAS, J. L. **Experiência de adoecimento e morte: diálogos entre a pesquisa e a Gestalt-Terapia**. Curitiba: Juruá, 2010.
- FREITAS, J. L. Reflexões sobre a relação psicoterapêutica: diálogos com Merleau-Ponty. **Rev. Abordagem Gestalt.**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 103-107, 2009.
- FREITAS, J. L.; STROIEK, N. N.; BOTIN, D. Gestalt-Terapia e o diálogo psicológico no hospital: uma reflexão. **Rev. Abordagem Gestalt.**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 141-147, 2010.
- FUKUMITSU, K. O. O método fenomenológico em pesquisa gestáltica. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. (orgs.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus Editorial, 2013.
- GALLEGO, P. B. **Comunicação de más notícias no campo da saúde: revisão integrativa e pesquisa clínico-qualitativa com psicólogos hospitalares**. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2021.
- GALLEGO, P. B.; GOMES, L. R. S.; PERES, R. S. Significados atribuídos por psicólogos hospitalares às relações entre profissionais de saúde na comunicação de más notícias. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. e42911225688, 2022.
- GALLEGO, P. B.; PERES, R. S.; GOMES, L. R. S. Comunicação de más notícias: significados atribuídos por psicólogos hospitalares. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 26, p. e002, 2023.
- GIBELLO, J.; PARSONS, H. A.; CITERO, V. de A. Importância da comunicação de más notícias no centro de terapia intensiva. **Revista da SBPH**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 16-24, jan./jun. 2020.
- GOBBI, M. B. Comunicação de más notícias: um olhar da psicologia. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, e213, 2020.
- HOOKS, B. **Tudo sobre o amor: Novas perspectivas**. Elefante: São Paulo, 2021.
- HYCNER, R. **De pessoa a pessoa**. São Paulo: Summus, 1995.
- HYCNER, R.; JACOBS, A. **Relação e cura em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.
- KOVACS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 1, abr. 2014.
- LAZARETTI, C. et al. **Manual de psicologia hospitalar**. Curitiba: Unificado, 2007.
- MACIEL, F. F. P. Comunicação sensível: a influência do acolhimento na adesão ao tratamento pós-más notícias. **Brazilian journal of health review**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. e69900, 2024.
- MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M.A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227, dez. 2011.
- MERLEAU-PONTY, M. **A fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994. (Originalmente publicado em 1945).

MONTEIRO, M. C. **A morte e o morrer em UTI: família e equipe médica em cena.** Curitiba: Appris Editora, 2017.

MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

NÃO tenho medo da morte. Intérprete: Gilberto Gil. Compositor: G. Gil. In: EM casa com os Gil. Intérprete: Gilberto Gil. [s.l.]: Gege, 2022. Disponível em: https://open.spotify.com/track/5KhL3jutmjjGDlr8E4iPIY?si=AyDTpA_zT86apwxP6RMKxw. Acesso em: 20 out. 2024.

NASCIMENTO, M.; BRITO, A.; VIANA, G.; VIANA, I.; LANDIM, F. Comunicação de más notícias na prática clínica. **Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 9, 2024.

NUEVO, A. L. G.; ROCHA, T. C. O que pode a psicologia hospitalar diante da morte encefálica na UTI: um relato de experiência. **Revista científica da escola estadual de saúde pública de goiás "Cândido Santiago" - RESAP**, [s.l.], v. 7, 2021.

ORAÇÃO ao tempo. Intérprete: Caetano Veloso. Compositor: C. Veloso. In: CINEMA transcendental. Intérprete: Caetano Veloso. [s.l.]: Universal Music Ltda, 1979. Disponível em: https://open.spotify.com/track/7oz1o6N5NDdTXQCZSfB3SO?si=_A5f3TSKRWGerYCFkZQQQw. Acesso em: 20 out. 2024.

PEREIRA, C. R.; CALÔNEGO, M. A. M.; LEMONICA, L.,; BARROS, G. A. M. D. The P-A-CI-E-N-TE protocol: an instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.] 63(1), 43–49. (2017).

PERLS, F. S.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-Terapia**. Tradução de Fernando Rosa Ribeiro. São Paulo: Summus, 1997.

RIBEIRO JR., J. **Fenomenologia**. São Paulo: Pancast, 1991.

RIBEIRO, J. P. **O ciclo do contato: temas básicos da abordagem gestáltica**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Summus Editorial, 1997.

SANGUE e pudins. Intérprete: Fagner. Compositor: A. Silva e Fagner. In: RAIMUNDO Fagner. Intérprete: Fagner. [s.l.]: Columbia, 1976. Disponível em: <https://open.spotify.com/track/0Y39xTgI11wYenYYB45YLI?si=nHL6Wp4gQraPYrD6PtNwFg>. Acesso em: 20 out. 2024.

SILVA, M. J. P. da; ARAÚJO, M. M. T. de. Comunicação em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. ampliada e atualizada. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 75-85.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SIMONETTI, A. **Psicologia hospitalar e psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. **Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. [Uberlândia]: UFU, 2024. Disponível em:

<https://famed.ufu.br/pos-graduacao-lato-sensu/residencia-multiprofissional-e-em-area-profissional-da-saude/programas-8>. Acesso em: 28 out. 2024.

VEJA (Margarida). Intérprete: Elba Ramalho. Compositor: Vital Farias. In: O grande encontro. Intérprete: Elba Ramalho. [s.l.]: Sony Music Entertainment, 1996. Disponível em: <https://open.spotify.com/track/5Wfxkzz61riGh2OHe4IzDH?si=rmOrQEQySBS0kKmg68fDA>. Acesso em: 20 out. 2024.

VIRAMUNDO. Intérprete: Gilberto Gil. Compositor: Capinan e G. Gil. In: Louvação. Intérprete: Gilberto Gil. [s.l.]: Gege, 1967. Disponível em: <https://open.spotify.com/track/2EephBZC9PMxPr9ynHLQnQ?si=st6QzuUHS6GvNGQ-vPDdjA>. Acesso em: 20 out. 2024.

YONTEF, G. M. **Processo, Diálogo e Awareness**. São Paulo: Summus, 1998.