

FINITUDE E LIBERDADE: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO DA AUTONOMIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Andréia Louro de Carvalho CARNIEL¹

Bianca Soares de MEDEIROS²

Luiz Fernando GRANETTO³

luizmanetto@minha.fag.edu.br

RESUMO

Este estudo abordou o tema dos cuidados paliativos com foco na percepção da autonomia de pacientes em fim de vida. No Brasil, estima-se que aproximadamente 625 mil pessoas necessitam desse tipo de atenção em saúde, cujo propósito central é promover a qualidade de vida frente a doenças graves ou terminais, respeitando a singularidade e a dignidade de cada indivíduo. O objetivo foi compreender como pacientes em cuidados paliativos percebem e vivenciam sua autonomia no contexto hospitalar, explorando suas experiências, seus significados e seus sentimentos diante do processo de morrer. A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa de natureza fenomenológica, fundamentada na Abordagem Centrada na Pessoa e nos princípios da tanatologia e bioética. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas fenomenológicas individuais com quatro participantes, de ambos os性os, em cuidados paliativos em uma instituição hospitalar localizada no Oeste do Paraná. Os resultados revelaram que a autonomia é vivenciada como um processo relacional sustentado pelo respeito, pela comunicação e pelo acolhimento das necessidades individuais. As falas indicaram que o diálogo com a equipe de saúde e o apoio familiar são fundamentais para o paciente manter um senso de controle e dignidade diante da finitude. Também emergiram sentimentos de serenidade, esperança e reflexão sobre a vida, demonstrando que a autonomia não se restringe à escolha clínica, envolvendo aspectos emocionais, espirituais e éticos. O estudo contribui a uma reflexão crítica sobre o significado da autonomia na terminalidade da vida, promovendo sensibilização ética entre profissionais de saúde e reforçando a importância de políticas públicas voltadas ao cuidado humanizado e respeitoso diante do fim da vida.

Palavras-chave: Morte e Morrer. Bioética. Experiências. Fenomenologia. Abordagem Centrada na Pessoa.

¹ Acadêmica do 10º período do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG. E-mail: bsmedeiros@minha.fag.edu.br

² Acadêmica do 10º período do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG. E-mail: alccarniel@minha.fag.edu.br.

³ Orientador, Psicólogo, Mestre em Educação, Especialista em Psicologia Clínica e do Esporte e Exercício Físico, docente do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG. luizmanetto@minha.fag.edu.br.

FINITUDE AND FREEDOM: A PHENOMENOLOGICAL STUDY OF AUTONOMY IN PALLIATIVE CARE

Andréia Louro de Carvalho CARNIEL⁴

Bianca Soares de MEDEIROS⁵

Luiz Fernando GRANETTO⁶

luizmanetto@minha.fag.edu.br

ABSTRACT

This study addressed the topic of palliative care, focusing on the perception of autonomy among end-of-life patients. In Brazil, it is estimated that approximately 625,000 people require this type of healthcare, whose main purpose is to promote quality of life in the face of serious or terminal illnesses, while respecting each individual's uniqueness and dignity. The purpose was to understand how patients in palliative care perceive and experience their autonomy within the hospital context, exploring their experiences, meanings, and feelings in the process of dying. The research adopted a qualitative phenomenological approach, grounded in the Person-Centered Approach and the principles of thanatology and bioethics. Data were collected through individual phenomenological interviews with four participants of both genders receiving palliative care in a hospital institution located in Western state of Paraná. The results revealed that autonomy is experienced as a relational process, sustained by respect, communication, and the acknowledgment of individual needs. The participants' statements indicated that dialogue with the healthcare team and family support are essential for patients to maintain a sense of control and dignity in the face of finitude. Feelings of serenity, hope and reflection on life also emerged, showing that autonomy is not limited to clinical decision-making, but encompasses emotional, spiritual, and ethical aspects. The study contributes to a critical reflection on the meaning of autonomy at the end of life, fostering ethical awareness among healthcare professionals and reinforcing the importance of public policies aimed at humanized and respectful end-of-life care.

Keywords: Death and Dying. Bioethics. Experiences. Phenomenology. Person-Centered Approach.

⁴ Acadêmica do 10º período do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG. E-mail: bsmedeiros@minha.fag.edu.br.

⁵ Acadêmica do 10º período do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG. E-mail: alccarniel@minha.fag.edu.br.

⁶ Orientador, Psicólogo, Mestre em Educação, Especialista em Psicologia Clínica e do Esporte e Exercício Físico, docente do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG. luizmanetto@minha.fag.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objeto de estudo os cuidados paliativos com ênfase na percepção da autonomia por parte dos pacientes inseridos nesse contexto. No Brasil, estima-se que 625 mil pessoas necessitem desse tipo de cuidado, o qual visa proporcionar qualidade de vida àqueles que enfrentam doenças graves, crônicas ou em processo de finitude. Os cuidados paliativos priorizam o alívio da dor, o controle de sintomas e o apoio emocional aos pacientes e suas famílias (Brasil, 2024). No estado do Paraná, conforme levantamento da Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde (DAV), 3.958 pessoas receberam esse tipo de atendimento entre janeiro e maio de 2025 no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS), segundo dados oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab), do Ministério da Saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024) aponta que a maioria das pessoas em processo ativo de adoecimento permanece em domicílio, com cerca de 85% dos cuidados sendo prestados por familiares. Globalmente, estima-se que mais de 56 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos, sendo 625 mil apenas no Brasil.

Sob a perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), desenvolvida por Carl Rogers, comprehende-se que o indivíduo é quem melhor entende sua própria experiência, sendo seu referencial interno essencial para acessar suas percepções e sentimentos. Essa abordagem posiciona o paciente no centro do cuidado, promovendo sua autonomia e valorização. Desse modo, o paciente se torna protagonista de seu processo de tratamento, podendo tomar decisões mais conscientes e coerentes com sua subjetividade. Isso reflete diretamente na forma como simboliza sua vivência de adoecimento e reafirma sua identidade como sujeito autônomo. Ademais, essa concepção ressalta a importância de considerar o ser humano em sua totalidade, incorporando os aspectos emocionais que atravessam tanto o processo de adoecimento quanto o de recuperação (Castelo Branco *et al.*, 2023).

Tendo isso em vista, a autonomia no final da vida constitui um tema central nas discussões contemporâneas no campo da Bioética, do Direito e da Saúde, especialmente frente ao envelhecimento populacional. A capacidade de tomar decisões sobre os próprios cuidados e tratamentos no processo de morrer representa um direito fundamental, intimamente ligado à dignidade e à autodeterminação do sujeito. Entretanto, essa autonomia é frequentemente atravessada por desafios éticos, jurídicos e sociais, que incluem as limitações terapêuticas, a escassez de informações acessíveis ao paciente, as pressões e interferências familiares, bem como as barreiras legais que dificultam a plena expressão da vontade do indivíduo.

Diante disso, este estudo justifica-se pela urgência de aprofundar o debate acerca dos direitos das pessoas em fim de vida, buscando refletir criticamente sobre as implicações da autonomia nesse contexto e sua efetiva aplicabilidade no cenário brasileiro. Ao abordar essa temática, pretendeu-se contribuir à valorização das escolhas individuais e à consolidação de políticas públicas que assegurem um cuidado digno, respeitoso e humanizado no final da vida.

A escolha pelo tema emergiu da vivência durante o estágio na área de cuidados paliativos, a partir da qual foi possível acompanhar de perto os desafios enfrentados tanto pelos pacientes em fase terminal quanto por seus familiares. Essa experiência possibilitou um contato sensível e reflexivo com questões relacionadas ao sofrimento, à dignidade e à qualidade de vida, despertando o interesse em compreender de maneira mais aprofundada as demandas físicas, emocionais e psicossociais que permeiam esse contexto. Assim, o tema revela-se relevante na medida em que propõe ampliar o olhar sobre o cuidado integral e humanizado diante da terminalidade da vida.

Neste sentido, o estudo teve como objetivo principal compreender como a pessoa em cuidados paliativos percebe sua autonomia no fim da vida. Como objetivos específicos, foram propostos: observar o impacto emocional e psicológico da autonomia para pacientes em fase terminal; analisar os aspectos éticos e legais envolvidos nas decisões que permeiam o final da vida; investigar o conceito de autonomia nesse contexto, abordando as formas de sua promoção, os fatores que a influenciam e o significado que adquire a partir da perspectiva dos próprios pacientes.

1.1 MORTE E MORRER

Embora o medo da morte permaneça uma experiência universal, na perspectiva de Kubler-Ross (1981), a maneira de enfrentá-la e de tratar as pessoas em fim de vida tornou-se, com o tempo, mais distante e impessoal, tendo como prioridade salvar vidas e, em muitas ocasiões, limitando a autonomia dos pacientes. De acordo com Maldonado (2021), a Antropologia revela que algumas culturas comemoram a morte com danças e banquetes. Já na cultura ocidental, existe a tendência de associar a morte a sentimentos de tristeza, medo, solidão e desespero. Estas duas perspectivas sobre a morte e a celebração *versus* tristeza representam ora visões opostas, ora faces complementares da mesma experiência humana.

Com o advento do Iluminismo e das revoluções burguesas no século XIX, a racionalidade e a secularização da vida cotidiana levaram a uma mudança significativa na forma como a morte era percebida e vivenciada. Na perspectiva de Diniz (2001) e Morin (1970), a partir desse momento, a morte deixou de ser um evento compartilhado socialmente e

passou a ser confinada aos hospitais. Consequentemente, os mortos foram separados dos vivos e relegados à periferia das cidades. Essa mudança foi acompanhada por uma atitude de silêncio, indiferença e racionalidade em relação à morte, que passou a ser vista como um tabu na modernidade.

Segundo Heidegger (2015), a morte seria a impossibilidade completa e irreversível da presença, revelando-se como a possibilidade mais própria, irreversível e intransponível. O filósofo estabelece uma comparação usando uma linguagem semelhante à descrição da angústia existencial diante da morte. A angústia diante da morte é a angústia diante da própria existência inevitável e intransponível. Tanto a morte em si quanto a angústia que ela provoca lançam o ser humano em uma condição existencial única, na qual a aceitação total torna-se a única opção, já que não há escape possível. Assim, é por meio da vivência da angústia que o indivíduo descobre a morte de forma autêntica e profunda, revelando sua presença de maneira originária e penetrante.

Na perspectiva de Hohendorff e Melo (2009), a compreensão da morte evolui de forma dinâmica ao longo do desenvolvimento humano. O contato com as perdas vem desde a infância, mas é a partir da adolescência que realmente entende-se o significado da morte. Durante a idade adulta, morrer é frequentemente visto como uma possibilidade, mas é na velhice que sua possibilidade parece ser mais aceita, pois essa fase é geralmente considerada a última etapa do ciclo de vida humana. Além das mudanças relacionadas com o desenvolvimento humano, fatores como cultura e experiências de perda vivenciadas também influenciam a forma como a finitude da vida é percebida e compreendida.

Ao abordar o tema morte e morrer, a Tanatologia destaca-se como um campo de estudo relevante. O termo “Tanatologia”, segundo Fischer *et al.* (2007), tem origem no grego, a partir da união dos radicais *Thanatos* que, na mitologia, era uma entidade masculina representativa da morte, frequentemente representada com asas, foice e uma urna, acompanhada por uma borboleta, simbolizando esperança e renovação com “*Logos*”, cujo significado é estudo ou conhecimento. Ainda segundo os autores, a Tanatologia é uma ciência capaz de contribuir e envolver outras ciências, em especial as Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, por seus interesses em comum com a temática. Outras ciências relacionadas à saúde física, mental e espiritual encontram instrumentação para atuar diante de situações de crise, confronto, risco de morte e administração de cuidados paliativos.

Nesta perspectiva, os estudos da Tanatologia estão diretamente vinculados à sua aplicabilidade. Por exemplo, no Direito, aplica-se tanto nos estudos forenses como na área policial, a partir da qual médicos legistas desempenham importante papel ao investigar a

causa mortis. Embora seja uma área do conhecimento cujos estudos aplicados tenham se desenvolvido, ainda não há avanços ontológicos significativos.

No âmbito da Psicologia, em diversas situações, ao falar de morte, pressupõe-se abordar a temática do luto. Considerando isso, Luiz (2020) afirma que o luto é o processo de readaptação da realidade na ausência da pessoa que faleceu. Sendo assim, é essencial para o indivíduo vivenciar essa experiência para aceitar a perda. As reações adaptativas após a perda podem ajudar o enlutado a se reorganizar, muitas vezes tendo que colocar dentro de suas atividades aquilo que antes era responsabilidade de quem se foi. Em um processo saudável, é esperado que, aos poucos, o indivíduo vá refazendo seu caminho de vida sem a pessoa. Para que isso aconteça, não é preciso extinguir quem se foi de seus pensamentos e sentimentos. É possível permanecer em contato com as lembranças e continuar a viver.

Assim, o luto trata-se uma reação natural e esperada após a ruptura de um vínculo, caracterizando-se como um processo único para cada indivíduo. Nesse processo, manifestam-se respostas emocionais, físicas, comportamentais e sociais que variam para cada pessoa. Sacciloti e Bombarda (2022) destacam como o cuidado integral ao enlutado exige uma compreensão holística do indivíduo, considerando suas dimensões biológica, psicológica, social e ocupacional. No entanto, os impactos do luto na dimensão ocupacional ainda são pouco explorados na literatura.

1.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo Menezes (2004), Cicely Saunders enfermeira, assistente social e médica teria sido a pioneira nos cuidados paliativos. Com o tempo, e somado a estes conhecimentos, fundou o St. Christopher Hospice em 1967, no Reino Unido. O hospital foi criado como o primeiro local que prestava assistência integral ao indivíduo, do alívio da dor à atenção psicológica e espiritual, sendo considerado a principal referência em cuidados paliativos até os dias atuais.

Como objetivos iniciais, os cuidados paliativos visam promover uma assistência integral ao paciente no alívio da dor total. Segundo Saunders (1964), a dor perpassa quatro dimensões. A física, que advém do sofrimento do corpo com o avanço da doença; a psíquica, que abrange desde mudanças de humor até o medo da morte; a social, que diz respeito ao isolamento imposto pela doença, tanto ao paciente quanto aos familiares; e a espiritual, tida como perda do sentido da vida. Dessa maneira, o termo “paliativo” pressupõe o controle desse conjunto do sofrimento, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida.

Nos Estados Unidos da América, esse movimento foi difundido pela psiquiatra Elizabeth Kubler-Ross, que descreve minuciosamente acerca dos cinco estágios pelos quais passam as pessoas que apresentam alguma doença caracterizada por ameaçar a continuidade da vida, sendo elas as seguinte: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (Kubler-Ross, 1996).

Segundo Menezes e Barbosa (2013), a negação pode ser compreendida como um mecanismo de defesa diante da possibilidade de morte, marcado pelo momento em que paciente e família tendem a recusar a ameaça da finitude. Já no estágio da raiva, o paciente comprehende o diagnóstico, mas revolta-se pela situação vivida, direcionando sua frustração à busca de culpados. Na fase da barganha, surgem, com frequência, súplicas religiosas (por exemplo, promessas e orações) como tentativas de negociar a própria morte. Em seguida, na depressão, observa-se uma maior aceitação da condição, a partir da qual o paciente admite não haver mais o que fazer. Por fim, no estágio da aceitação, não há mais angústia predominante, mas sim um movimento de preparação para o morrer.

No Brasil, os cuidados paliativos tiveram início no município de Porto Alegre (RS), através de Mirian Martelete, anestesiologista que fundou, em 1979, o Serviço de Dor no Hospital de Clínicas. Também em 1983, fundou o Serviço de Cuidados Paliativos. Em 1986, a cidade de São Paulo também criou uma unidade de Cuidados Paliativos e, posteriormente, em Santa Catarina, é criada mais uma unidade destes cuidados. Figueiredo (2011) aponta a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) como um dos marcos históricos dessa filosofia no país, sendo uma associação profissional sem fins lucrativos dedicada à promoção dos cuidados paliativos no Brasil por meio da formação de profissionais de saúde, de assistência e de desenvolvimento de pesquisas científicas relacionadas ao tema. Outro grande marco nesse sentido foi a fundação, em 2005, da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) hoje a principal entidade de representação multiprofissional dos cuidados paliativos no país.

Em 1990, a OMS definiu, para 90 países e em 15 idiomas diferentes, pela primeira vez, o conceito e os princípios de cuidados paliativos, reconhecendo-os e recomendando-os. Inicialmente, tal definição foi voltada para pacientes com câncer, de modo a preconizar a assistência integral a essas pessoas tendo em vista os cuidados de final de vida. Junto à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, os cuidados paliativos passam a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao paciente oncológico (OMS, 2007).

De tal modo, os cuidados paliativos constituem uma abordagem de assistência à saúde estruturada em conhecimento técnico e científico, pautada por princípios éticos e filosóficos.

Essa abordagem colabora na atenção à saúde do paciente, tornando-o objeto central dos cuidados. Para Okon e Christensen (2022), seu principal objetivo é aliviar o sofrimento em todas as fases do adoecimento, sem se limitar apenas aos cuidados de fim de vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2007), os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares conforme a evolução da patologia. Para isso, é necessário implementar medidas preventivas que aliviem o sofrimento ao identificar precocemente sinais e sintomas, avaliar e tratar a dor, além de abordar outros problemas físicos, psicossociais e espirituais que impactam a vida dos pacientes.

Neste sentido, Nascimento e Caldas (2020) apontam que a busca por uma melhor qualidade de vida pautada na dignidade humana, no respeito à subjetividade e nas preferências do paciente é um diferencial fundamental na conduta profissional em cuidados paliativos. Essa abordagem evita reduzir o paciente apenas ao seu diagnóstico e à sua doença, além de considerar sua vontade e protegê-lo de sofrimentos desnecessários. Assim, busca-se minimizar os impactos da condição terminal, proporcionando alívio por meio de diferentes meios terapêuticos. A importância de aliviar a dor e o sofrimento não se restringem apenas à oferta de cuidados empáticos, mas também à colaboração na tomada de decisões informadas que refletem os valores e a identidade de cada paciente. Segundo Schenker (2022), isso contribui à humanização das ações médicas e à ressignificação dos cuidados em saúde. Para Araújo *et al.* (2020), apesar dos avanços, a oferta de cuidados paliativos no Brasil ainda enfrenta desafios significativos, como a escassez de serviços especializados, a falta de capacitação dos profissionais de saúde e a necessidade de uma maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

1.3 AUTONOMIA NO FIM DA VIDA

A autonomia é um conceito fundamental na filosofia moral e na bioética, especialmente quando aplicada ao contexto do fim da vida. Kant (1997) argumenta que o agir autônomo depende da ação baseada em seu imperativo categórico. Para ele, a autonomia está ligada à imposição de regras morais rationalmente deliberadas. Segundo essa perspectiva, a autonomia da vontade só ocorre fora da esfera empírica, pois tudo que é empírico sofre influência dos sentidos, impedindo, assim, uma aplicação universal. Em outras palavras, a ação de um indivíduo deve se basear em um preceito racional universal, e não em intenções particulares.

Para Reckziegel e Fabro (2014), a autonomia está ligada às liberdades essenciais que cada pessoa possui, de modo a permitir sua participação na sociedade e sua realização

pessoal. Contudo, esse exercício de liberdade deve respeitar os direitos e a autonomia dos outros indivíduos, garantindo que ninguém seja prejudicado no processo. Essa definição ressalta a importância do respeito à autonomia individual dentro de um contexto social e ético. No âmbito da bioética, a reflexão sobre as condutas relacionadas ao fim da vida levanta questões importantes sobre a autonomia na tomada de decisões. Nesse contexto, Calvalcante e Verdival (2022) destacam que conceitos como eutanásia, distanásia e ortotanásia tornam-se relevantes, pois dizem respeito ao exercício da autonomia e dos seus limites nos processos de fim da vida. A compreensão desses conceitos é essencial para aprofundar o debate bioético e jurídico sobre vida e morte.

Nesta perspectiva, Verdival (2020) considera a morte enquanto uma realidade inevitável na vida humana, tendo em vista o fato de as questões que envolvem o fim da vida serem complexas e abrangerem dimensões morais, religiosas, culturais e jurídicas. Muitas vezes, a dificuldade em tomar decisões ou em garantir um processo de morte digno decorre dessa complexidade. Dessa forma, torna-se essencial compreender a morte como parte da existência, a fim de buscar meios que assegurem respeito e dignidade nesse momento. Beauchamp e Childress (2002) defendem que a autonomia não é apenas mais um princípio bioético, mas um valor fundamental no plano da existência. O respeito à autonomia da pessoa se expressa pela manifestação da vontade diante de uma situação bem compreendida por aquele que toma a decisão.

Entretanto, Beauchamp e Childress (2002) afirmam a existência de limitações ao respeito à autonomia nos processos decisórios, cujas origens podem ser diversas. Dentre os principais desafios, destacam-se: (a) a assimetria nas relações entre profissionais da saúde e pacientes, pois o detentor do conhecimento pode, consciente ou inconscientemente, exercer uma autoridade que ameaça a autodeterminação do sujeito; e (b) os conflitos inerentes à bioética principalista, na qual o equilíbrio entre os princípios do respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça pode, em alguns casos, resultar na redução da importância da autonomia diante de determinadas situações. Dessa forma, a autonomia no fim da vida deve ser constantemente analisada e respeitada dentro dos limites éticos e legais, garantindo ao paciente ter sua dignidade preservada e suas decisões consideradas no processo de cuidado e tratamento.

Segundo Santos e Valle (2022), o reconhecimento da autonomia do paciente é essencial para garantir que o processo de morrer seja humanizado e respeitoso, focando nos valores e nas preferências da pessoa, e não apenas em condutas médicas padronizadas. Nesta perspectiva, de acordo com Almeida *et al.* (2021), essas diretivas permitem aos pacientes

expressar previamente suas escolhas sobre tratamentos futuros, especialmente em situações nas quais não poderão mais se manifestar. Assim, a autonomia é fortalecida mesmo diante da perda de capacidades cognitivas. Esse mecanismo é fundamental para que o fim da vida seja vivenciado de forma coerente com as crenças e os projetos de vida do indivíduo.

Entretanto, respeitar a autonomia no final da vida exige mais do que apenas reconhecer a vontade expressa do paciente. É necessário construir uma comunicação contínua, empática e transparente entre equipe de saúde, paciente e familiares. De acordo com Reis *et al.* (2023), o diálogo constante favorece a compreensão das necessidades emocionais e espirituais da pessoa em terminalidade, evitando a imposição de tratamentos desproporcionais e permitindo que as intervenções sejam alinhadas com o que realmente importa para o paciente.

Costa *et al.* (2022) destaca como promover a autonomia no fim da vida é um exercício de respeito à dignidade humana que demanda sensibilidade, conhecimento técnico e comprometimento ético dos profissionais de saúde. A verdadeira atenção ao paciente em cuidados paliativos não se limita a aliviar sintomas físicos; envolve sustentar sua identidade e capacidade de escolha até o último momento de vida, valorizando a morte como parte integrante e significativa da existência humana. É possível compreender que a autonomia no fim da vida transcende a simples tomada de decisão clínica, sendo um direito responsável por garantir a preservação da dignidade e da história de vida do indivíduo até seus momentos finais. No contexto da terminalidade, respeitar a autonomia é reconhecer a pessoa em sua integralidade, bem como seus valores, suas crenças, seus medos e seus desejos, e não apenas tratar uma condição biológica.

A autonomia no processo de morrer é, para os autores, um ato de profundo respeito à liberdade humana. Permitir à pessoa escolher como enfrentar o fim da vida é validar sua trajetória e reafirmar sua humanidade na vulnerabilidade. Nos cuidados paliativos, promover a autonomia garante uma morte mais digna e consciente. Além disso, redefine o próprio sentido do cuidado, que passa a ter presença, escuta e respeito. Cuidar, nesse contexto, é acompanhar e honrar a história de cada pessoa até seu último capítulo (Costa *et al.*, 2022).

2 MÉTODO

O presente estudo evidenciou uma pesquisa de natureza básica à procura de gerar novos conhecimentos através da abordagem qualitativa e de cunho exploratório e descritivo. Quanto às suas características, apresentou procedimentos de estudo de campo, cujo foco consiste, de acordo com Cordeiro *et al.* (2023), nos motivos subjacentes aos fenômenos observados. A

pesquisa foi submetida ao comitê de ética e foi aprovada sob o CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) 90521925.6.0000.5219.

A população-alvo da pesquisa foram pessoas em cuidados paliativos em internamento hospitalar no Centro Especializado Oncologia de Cascavel-PR.

Foram entrevistadas quatro pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos. Todos os participantes são casados, com renda familiar entre três a seis salários mínimos; dois residem no estado de MG, e os outros dois moram no Paraná. Dos quatro, três possuem filhos.

Os autores da pesquisa entraram em contato com a instituição e receberam uma relação dos pacientes que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Os acadêmicos convidaram pessoalmente as pessoas que se encaixavam nos critérios, sem necessidade de realizar sorteio. A instituição não possuía ambiente adequado, mas as acadêmicas realizaram a pesquisa a beira leito, de forma a manter o sigilo e um ambiente acolhedor. Assim, foi possível realizar as entrevistas e a coleta de dados. Quanto aos instrumentos de coleta de dados, foi utilizado uma pergunta disparadora de base fenomenológica.

Os dados coletados foram analisados de acordo com as práticas metodológicas científicas, com o referencial teórico acerca da humanização à luz fenomenologia, levando em consideração as perspectivas e as experiências compartilhadas pelas pessoas.

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através da realização das entrevistas, foi possível identificar elementos significativos acerca da vivência dos participantes. A análise dos relatos ocorreu à luz da perspectiva fenomenológica, considerando dimensões como: 1) Intencionalidade; 2) Corporeidade; e 3) Temporalidade. Todas oferecem um olhar ampliado sobre a experiência do existir diante da condição de autonomia em cuidados paliativos.

Nesta seção, os dados serão discutidos com base em tais dimensões, buscando compreender como os sujeitos significam sua realidade e se posicionam frente ao processo vivido. Dessa forma, a ideia central emerge da análise das percepções de autonomia de pessoas em cuidados paliativos, permitindo compreender não apenas os limites impostos pela condição de saúde, mas também os sentidos atribuídos às escolhas, à relação com o próprio corpo e à vivência do tempo.

Os participantes deste estudo foram identificados como P1, P2, P3 e P4, a fim de preservar suas identidades e garantir o sigilo ético da pesquisa. O grupo foi composto por três homens e uma mulher, todos em contexto de cuidados paliativos, vivenciando diferentes

estágios de doenças crônicas avançadas. Cada participante revelou, a seu modo, o entrelaçamento entre sofrimento, sentido e autonomia diante da finitude.

3.1 IMPACTO EMOCIONAL E PSICOLÓGICO

Os impactos emocionais e psicológicos vivenciados por pessoas em cuidados paliativos são amplos e complexos, pois envolvem a confrontação com a finitude, as perdas progressivas e a necessidade de reconstrução do sentido da própria existência. Como destaca Saunders (2000), o sofrimento nesses contextos ultrapassa a dimensão física, abrangendo aspectos psicológicos, sociais e espirituais, o que ela denomina de “dor total”. Nesse cenário, o acolhimento da dimensão emocional torna-se essencial para garantir a integralidade do cuidado. Para Schenker (2022), a escuta empática e o suporte psicológico favorecem a elaboração de medos, angústias e sentimentos de impotência, permitindo às pessoas ressignificar suas experiências de adoecimento e manter um senso de dignidade e autonomia até o fim da vida.

Nesse contexto, P1 relata: “*Olha, eu já sei disso. Mas não vou desistir*”, demonstrando uma atitude de enfrentamento diante da finitude e da preservação do sentido existencial, mesmo em meio à dor. A fala expressa a consciência da gravidade da condição, mas também uma escolha ativa por se manter com esperança, demonstrando resiliência emocional e capacidade de dar significado à experiência vivida. De acordo com Frankl (2005), mesmo nas situações de maior sofrimento, o ser humano conserva a liberdade interior de escolher sua atitude e atribuir sentido à própria existência, o que constitui a base da dignidade humana. Assim, a postura de P1 reflete a preservação da autonomia emocional e da força de vontade, atuando como recursos psicológicos fundamentais para o enfrentamento da doença e da finitude.

De forma semelhante, P2 relata: “*Ah! Aprendi muita coisa com essa doença aí... A pessoa pensa bem e vai indo*”. Tal fala evidencia um processo de amadurecimento emocional e de ressignificação do adoecimento. Ao reconhecer a vulnerabilidade e as limitações impostas pela doença, a pessoa passa a refletir sobre o sentido da própria vida, revelando um movimento de crescimento interior e aceitação. Para Kübler Ross (1996), a aceitação da condição terminal pode reduzir o sofrimento emocional e favorecer a reconciliação consigo mesmo e com a própria história, possibilitando uma vivência mais serena do processo de morrer.

Dessa forma, discutir os impactos emocionais e psicológicos em cuidados paliativos implica compreender a complexidade da experiência humana diante da terminalidade, reconhecendo que o sofrimento não se restringe ao que é possível mensurar clinicamente. Mais do que aliviar sintomas, o cuidado paliativo propõe acompanhar existências que buscam significado em meio à dor e à perda, sustentando práticas que valorizam a dignidade e a subjetividade do paciente. Assim, o foco desloca-se do tratamento da doença para o cuidado integral do ser humano, reconhecendo-o em sua totalidade física, emocional, social e espiritual, reafirmando o valor da vida até o seu último instante.

O participante P3 traz elementos importantes sobre a experiência emocional em cuidados paliativos. Afirma o seguinte: “*A única coisa que é mais complicada é a noite, que a gente conflita com as próprias emoções, a gente luta contra os próprios sentimentos*”. Esse fenômeno é descrito por Saunders (1964) pela concepção de “dor total”, a partir da qual o sofrimento psicológico transcende o sofrimento físico e se manifesta nas dimensões emocional, social e espiritual. A dificuldade em “aquietar a cabeça” aponta justamente a esse entrelaçamento, no qual a dor se torna subjetiva e global, exigindo uma abordagem integral de cuidado. Além disso, segundo Bolton *et al.* (2022), o sofrimento existencial em cuidados paliativos não se limita a sintomas clínicos, pois se expressa em experiências subjetivas e relacionais, através das quais a angústia emerge como parte inseparável da vivência diante da finitude. O relato de P3 exemplifica essa dimensão ao mostrar como o tempo noturno se torna espaço de confronto interior, no qual a morte se impõe de maneira mais explícita.

Sob a ótica fenomenológica, Heidegger (2012) contribui para compreender essa experiência como expressão do ser-para-a-morte, em que a consciência da finitude desperta angústias inevitáveis, mas também possibilidades de autenticidade. O conflito relatado por P3 vivido intensamente à noite pode ser interpretado como um momento em que o paciente se depara consigo mesmo e com sua condição existencial de forma mais explícita.

O relato de P4 destaca uma forma particular de vivenciar o adoecimento, a partir da qual o enfrentamento da finitude é marcado pela busca de sentido e pela valorização do presente. Afirma: “*Então, a gente tem que viver cada dia. Não pensa lá na frente. Eu acordei hoje. Obrigada, Senhor! Eu vou viver hoje*”.

Esse posicionamento pode ser compreendido à luz da perspectiva de Frankl (2011) de que, mesmo diante do sofrimento inevitável, o ser humano é capaz de encontrar sentido, e essa busca é o que confere sustentação emocional e dignidade à existência. Nesse sentido, P4 mostra que a valorização do presente atua como estratégia de enfrentamento e como expressão de sua força interior diante da doença.

Além disso, P4 rejeita a visão social de vitimização associada à doença, ao afirmar o seguinte: “*Esses dias, eu respondi uma mulher, ela falou assim: ‘coitadinha’. Ai, aquilo lá me deu um ruim. Coitadinha... Eu não sou coitadinha nenhuma*”. Essa fala demonstra a necessidade de manter sua identidade preservada, afastando-se do estigma de fragilidade e reafirmando sua autonomia existencial. Conforme Costa *et al.* (2022), o respeito à autonomia em cuidados paliativos não se restringe às escolhas clínicas, mas envolve também a proteção da dignidade e da subjetividade do paciente diante das interpretações sociais da doença.

Do ponto de vista emocional, P4 também expõe momentos de incerteza relacionados à progressão da enfermidade, como a perda de mobilidade e a expectativa em relação a novos exames. Ainda assim, demonstra confiança tanto em sua fé quanto na equipe médica, declarando: “*mas eu confio nele também. Confio nele. Ele vai dar um jeito. Ele vai dar um jeito*”. Tal confiança parece atuar como fator protetivo, reforçando sua capacidade de enfrentar os desafios emocionais. De acordo com Reis *et al.* (2023), a relação de confiança entre paciente e profissionais de saúde é fundamental para a sustentação emocional no processo de cuidados paliativos, favorecendo a construção de um ambiente seguro para a tomada de decisões e para o enfrentamento da terminalidade.

De modo geral, os relatos dos quatro participantes evidenciam, ao mesmo tempo, a pluralidade e singularidade do impacto emocional e psicológico em cuidados paliativos, que atravessam desde a serenidade e o agradecimento até a angústia silenciosa e a luta contra estigmas sociais. Essas experiências podem ser compreendidas como expressões autênticas do existir diante da morte, em que corpo, tempo e relações são ressignificados. Assim, mais do que mensurar sintomas, o cuidado deve buscar acolher o sofrimento em sua totalidade, reconhecendo a complexidade da experiência humana diante da terminalidade e oferecendo suporte integral às necessidades dos pacientes.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS E O SIGNIFICADO DE AUTONOMIA PARA OS PARTICIPANTES

A autonomia do paciente em cuidados paliativos constitui-se como um dos principais pilares éticos e legais no contexto da terminalidade da vida. As falas dos participantes da pesquisa revelaram como esse direito é experienciado no cotidiano hospitalar, apontando tanto para a importância do respeito às escolhas individuais quanto para os limites impostos pela condição clínica. A análise dos relatos permitiu compreender como o ordenamento jurídico e a bioética dialogam com a subjetividade do paciente, conferindo legitimidade às suas decisões e assegurando um cuidado que preserve a dignidade.

Considerando isso, P1 expressa, em seu relato, a percepção de respeito à sua vontade e à forma como percebe sua vida, mesmo diante da finitude: “*Eu estou muito, no final da vida, estou muito contente do jeito que eu estou*”. Sua fala apresenta a experiência de uma autonomia preservada e de um cuidado que reconhece a pessoa como sujeito de direitos, e não apenas como portador de uma doença. Conforme Costa e Santos (2022), reconhecer o paciente como protagonista de suas decisões é um ato ético que reafirma sua dignidade e assegura a manutenção da identidade pessoal diante do adoecimento.

De forma semelhante, P2 evidencia a importância do respeito à vontade própria quando relata: “*É que nem agora, eu queria ir pra casa, o médico disse: se quiser, pode ir. Porque não há mais o que fazer em relação à minha doença*”. Essa fala demonstra que a equipe reconheceu seu direito de decidir sobre o próprio tratamento, mesmo em um cenário de irreversibilidade clínica. Para Barchifontaine e Pessini (2020), a ética em cuidados paliativos exige a compreensão do profissional de que o dever de cuidar não se confunde com a obrigação de intervir a qualquer custo, mas sim com o compromisso de garantir o respeito às escolhas do paciente, em conformidade com o princípio da beneficência⁷.

No depoimento de P3, a autonomia é descrita como respeitada por parte da equipe e da família: “*Ah, eu tenho sido respeitado... Tem questões religiosas, que eles respeitam, não questionaram, tô sendo bem tratado sim, as escolhas que eu faço aqui, eles não questionam, só aceitam*”. Esse relato evidencia a relevância da não imposição de condutas, permitindo que a vontade do paciente prevaleça em consonância com o princípio da autodeterminação⁸. Segundo Beauchamp e Childress (2002), a autonomia só é plenamente respeitada quando o indivíduo pode deliberar livremente sobre sua vida, sem coerção externa e com base em informações suficientes. No Brasil, esse entendimento encontra respaldo legal nas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), regulamentadas pela Resolução do CFM nº 1.995/2012, as quais asseguram ao paciente o direito de manifestar previamente quais tratamentos aceita ou recusa, fortalecendo a ética do cuidado centrado na pessoa.

De forma complementar, P1 também evidencia uma experiência de cuidado pautada no respeito à vontade e às escolhas pessoais, mesmo diante da limitação física e da proximidade da finitude: “*Tudo que eu quero eu tenho, tenho minha autonomia*”. Essa fala reforça que a autonomia, nos cuidados paliativos, não se restringe ao aspecto legal ou informativo, mas se concretiza na prática cotidiana do cuidado humanizado, a partir do qual o

⁷ Beneficência refere-se ao dever de promover o bem, prevenir danos e agir em benefício do outro, buscando sempre o melhor interesse da pessoa assistida.

⁸ A autodeterminação é o princípio que reconhece o direito e a capacidade do indivíduo de tomar decisões sobre a própria vida, de acordo com seus valores, desejos e crenças.

paciente é reconhecido como sujeito ativo e digno de escuta. Segundo Pessini e Bertachini (2017), a autonomia consiste no direito do paciente de participar ativamente das decisões sobre seu tratamento, conforme seus valores e desejos, preservando sua subjetividade até o final da vida. De modo semelhante, Saunders (2000) enfatiza que respeitar a autonomia é um componente essencial de uma abordagem humanizada, pois reconhecer a pessoa em sua totalidade física, emocional, social e espiritual contribui para aliviar o sofrimento e promover o sentido de controle e dignidade no processo de morrer.

O relato de P4 reforça a percepção da autonomia enquanto diretamente relacionada ao direito de fazer escolhas diárias que proporcionem qualidade de vida, afirmando: “*Eu tento viver cada dia, porque eu faço tratamento paliativo, que é pra dar uma qualidade de vida melhor pra gente*”. Tal afirmação vai ao encontro de Reis *et al.* (2023), que destacam a importância do diálogo contínuo entre paciente, equipe de saúde e familiares como meio de assegurar decisões coerentes com os valores e desejos da pessoa. O exercício da autonomia, nesse contexto, não se restringe a decisões sobre procedimentos médicos, mas abrange também escolhas cotidianas que conferem sentido à existência.

Complementando essa perspectiva, a fala de P4, de que “*autonomia é quando você quer fazer por si. Você toma as suas próprias decisões e elas são escutadas*”, aprofunda a compreensão da autonomia como exercício de liberdade e reconhecimento da própria voz. Essa definição evidencia o caráter relacional da autonomia, que não se limita à capacidade individual de decidir, mas envolve o direito de ser ouvido e respeitado nas próprias escolhas. De acordo com Beauchamp e Childress (2002), a autonomia pressupõe ao indivíduo a possibilidade de deliberar livremente, sem coerção, de modo que suas decisões sejam valorizadas dentro do processo de cuidado.

No mesmo sentido, Rogers (1961) ressalta que a escuta autêntica e o respeito à experiência subjetiva do outro são condições necessárias para o desenvolvimento da autonomia psicológica e da congruência pessoal. Assim, a vivência do participante ilustra como a autonomia, nos cuidados paliativos, se concretiza na possibilidade de decidir, expressar desejos e ser escutado com empatia, reafirmando a dignidade e o protagonismo da pessoa em seu próprio processo de cuidado.

Do ponto de vista legal, o direito à autonomia em saúde está previsto na Constituição Federal de 1988, no princípio da dignidade da pessoa humana, e reforçado pela Lei nº 10.241/1999 (Lei Covas) em São Paulo, que garante ao paciente o direito de consentir ou recusar procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Contudo, a efetivação desses direitos ainda enfrenta desafios práticos, como apontam Silva e Alves (2021), ao demonstrar que, apesar de

normativas como as DAV, muitos profissionais de saúde não estão familiarizados com sua aplicabilidade, o que pode levar à sobreposição de decisões médicas em detrimento da vontade do paciente.

Sobre este ponto, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) constituem um instrumento jurídico e ético que assegura ao paciente o direito de manifestar previamente suas decisões sobre tratamentos e intervenções médicas futuras, caso venha a perder a capacidade de se comunicar ou de expressar sua vontade. No Brasil, embora a Lei nº 10.241/1999 (Lei Covas) já assegure ao paciente o direito de consentir ou recusar procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a normatização específica sobre as DAV foi consolidada por meio da Resolução nº 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina.

Nesse sentido, os relatos de P1, P2, P3 e P4 reforçam a necessidade de maior disseminação de práticas de respeito ético e legal à autonomia. Todos destacam que suas decisões têm sido ouvidas e respeitadas, tanto pela equipe quanto pela família, mas evidenciam que esse respeito só se concretiza em contextos de comunicação efetiva. Conforme Schenker (2022), a autonomia é fortalecida quando há escuta ativa e corresponsabilidade entre paciente e profissionais, construindo um espaço de confiança mútua.

A dimensão ética e legal da autonomia em cuidados paliativos, portanto, não se restringe ao cumprimento de normas; mais que isso, exige um compromisso contínuo com a dignidade e com a subjetividade da pessoa em fim de vida. Os depoimentos analisados revelam que, apesar de os pacientes se sentirem respeitados, eles também reivindicam o reconhecimento de suas experiências e sentimentos como parte integrante do processo decisório. A literatura contemporânea converge com essas percepções, indicando que a autonomia deve ser entendida como prática relacional, que demanda diálogo, empatia e sustentação jurídica para sua plena realização (Almeida *et al.*, 2021; Reis *et al.*, 2023).

Assim, os aspectos éticos e legais da tomada de decisões em cuidados paliativos, evidenciados nas falas dos participantes e nos referenciais teóricos, apontam para a centralidade do respeito à vontade do paciente. Mais do que assegurar o direito de decidir sobre tratamentos, trata-se de reafirmar a dignidade humana em sua totalidade, reconhecendo que cada escolha seja clínica, cotidiana ou simbólica faz parte da expressão da liberdade e da singularidade do sujeito diante da finitude.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo evidenciou que a autonomia, no contexto dos cuidados paliativos, constitui um eixo fundamental para a preservação da dignidade humana e para o enfrentamento emocional e psicológico diante da finitude. A análise do impacto da autonomia nesse processo demonstrou que, ao exercer o direito de escolha sobre o tratamento e sobre aspectos do cotidiano, o paciente mantém um senso de controle e reafirma sua identidade, mesmo em meio à fragilidade. Do ponto de vista ético e legal, observou-se que o respeito à vontade da pessoa é um dever moral e jurídico que deve nortear as práticas em saúde, garantindo o direito à autodeterminação e à expressão da subjetividade. Além disso, ao compreender a autonomia sob a ótica dos próprios pacientes, constatou-se sua efetivação como dependente do diálogo, da escuta empática e do reconhecimento das singularidades de cada indivíduo.

Este estudo também oferece contribuições significativas em dimensões pessoais, sociais e científicas. A nível pessoal, representou uma experiência transformadora, possibilitando um contato profundo com as narrativas de pessoas em cuidados paliativos e despertando reflexões sobre a finitude, a empatia e o valor de um cuidado psicológico genuinamente humanizado. Tal vivência favoreceu o amadurecimento como futuros profissionais e humanos, reafirmando a importância de estar presente e acolher o outro em sua totalidade. No campo social, o trabalho amplia o debate sobre os cuidados paliativos ao evidenciar que assegurar dignidade, autonomia e qualidade de vida até o fim é uma responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde, familiares e sociedade. Já a contribuição científica manifesta-se na integração entre a fenomenologia e a Abordagem Centrada na Pessoa, oferecendo novos fundamentos teóricos e éticos responsáveis por fortalecer as práticas de cuidado e ampliar a compreensão da autonomia como fenômeno existencial.

As experiências relatadas pelos participantes mostraram que o exercício da autonomia no fim da vida está profundamente ligado à qualidade das relações estabelecidas com a equipe de saúde, à presença de um acolhimento sensível e à escuta das necessidades singulares de cada pessoa. A autonomia revelou-se, assim, como um processo relacional sustentado pela confiança e pelo reconhecimento do paciente como sujeito ativo, mesmo diante da vulnerabilidade e da proximidade da morte.

Dessa forma, esta pesquisa contribui para o avanço de reflexões éticas, clínicas e humanizadoras sobre o cuidado em saúde, reforçando a urgência de práticas que respeitem o

tempo, o ritmo e a maneira de ser de cada indivíduo. Os resultados apontam, ainda, para a importância de novos estudos que aprofundem a compreensão da autonomia nos cuidados paliativos, orientando políticas públicas e formando profissionais que promovam um final de vida mais digno, consciente e verdadeiramente humanizado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. P. et al. Endogenous zebrafish proneural Cre drivers generated by CRISPR/Cas9 short homology directed targeted integration. **Scientific Reports**, v. 11, p. 1732, 2021. Disponível em: <https://zfin.org/ZDB-PUB-210120-16>. Acesso em: 20 mai. 2025.
- AMATUZZI, M. M. O método fenomenológico na psicologia. In: YOSHIDA, M. E. L. F. F. (Org.). **Temas de psicologia humanista fenomenológica**. Campinas: Alínea, 1996. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/841730526/Psicologia-Fenomenologica-Mauro-Amatuzzi>. Acesso em: 3 mai. 2025.
- ARAÚJO, D. K. et al. Cuidados paliativos no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. 1–10, 2020.
- ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- BARBOSA, C. M.; MENEZES, D. F. N. Jurimetria: uma nova metodologia de pesquisa judicial e diálogo social. In: VESTANA, C. A.; SIQUEIRA, G. S. (Orgs.). **Direito e experiências jurídicas – debates práticos**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2013. v. 2, p. 39–51.
- BARCHIFONTAINE, C. P.; PESSINI, L. **Bioética**: desafios e responsabilidades da vida humana. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2020.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2013.
- BOLTON, J. M. et al. Existential suffering in palliative care: a qualitative review. **Palliative Medicine**, v. 36, n. 5, p. 755–766, 2022.
- BRASIL. **Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 2.217/2018**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 6 out. 2025.
- BRASIL. Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14238.htm. Acesso em: 6 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança política inédita no SUS para cuidados paliativos**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/ministerio-da-saude-lanca-politica-inedita-no-sus-para-cuidados-paliativos>. Acesso em: 16 mar. 2025.
- CARDOSO, R. M. S.; SANTOS, M. J. L. Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Comportamentais**, v. 14, n. 2, p. 2569–2583, 2013. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702018000200009&script=sci_arttext. Acesso em: 18 ago. 2025.

CASTELO BRANCO, A. B. A. de A.; LEITE, R. F.; LESSA, P. C. Atuação da psicóloga hospitalar na perspectiva da abordagem centrada na pessoa. **Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity**, v. 15, n. 1, p. 1–16, 2023.

CAVALCANTE, M. M.; VERDIVAL, M. A. **Linguística textual**: conceitos e aplicações. Campinas: Pontes Editores, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995/2012: dispõe sobre as diretrivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 ago. 2012.

CORDEIRO, F. N. C. S. dos S. et al. Estudos descritivos exploratórios qualitativos: um estudo bibliométrico. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 11670–11681, maio/jun. 2023.

COSTA, M. R.; SANTOS, D. F. Autonomia e dignidade humana em cuidados paliativos: reflexões bioéticas. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 25, n. 1, p. 101–117, 2022.

DINIZ, A. S. A iconografia do medo: imagem, imaginário e memória da cólera no século XIX. In: KOURY, M. G. P. (Org.). **Imagen e memória**: ensaios em antropologia visual. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. p. 113–150.

FIGUEIREDO, A. D. de. Concreto com fibras. In: **Concreto**: ciência e tecnologia. São Paulo: IBRACON, 2011. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/cb1984de-1f2c-4bcb-ab62-2245fa489fd6/Figueiredo-2011-concreto.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2025.

FISCHER, J. M. K. et al. **Manual de tanatologia**. [S.l.]: Gráfica e Editora Unificada, 2007.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIORGI, A. **The descriptive phenomenological method in psychology**: a modified Husserlian approach. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press, 2009.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 10. ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Ed. Universitária São Francisco, 2015.

HOHENDORFF, J. V.; MELO, W. V. de. Compreensão da morte e desenvolvimento humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 744–762, set. 2009.

HUSSERL, E. **Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica (Ideas I)**. São Paulo: Vozes, 2006.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LUIZ, B. G. de. **Cartilha sobre luto – versão final**. Campinas: PUC-Campinas, 2020.

Disponível em:

<https://www.puc-campinas.edu.br/wp-content/uploads/2022/02/Cartilha-sobre-luto-Versao-Final.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2025.

MALDONADO, C. E. Morte e complexidade. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 21, n. 1, p. 113–126, jul. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENEZES, I. C. de. Psicologia comunitária: interfaces com a ação política e a cidadania. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. A. (Orgs.). **Textos em psicologia social: a perspectiva da representação social**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 217–234.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

MORIN, E. **O homem e a morte**. 2. ed. Lisboa: Europa-América, 1970.

NASCIMENTO, L. A. S.; CALDAS, M. C. A. **Espiritualidade e psicoterapia: aproximações entre Viktor Frankl e Carl Jung**. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2020.

OKON, T. R.; CHRISTENSEN, A. Overview of comprehensive patient assessment in palliative care. **UpToDate**, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 20 mai. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. São Paulo: Edusp, 2007.

PARANÁ. Agência Estadual de Notícias. **Humanização**: o Estado leva cuidados paliativos ao domicílio dos pacientes no Paraná. 2024. Disponível em:

<https://www.aen.pr.gov.br/Noticia/Humanizacao-Estado-leva-cuidados-paliativos-ao-domicilio-dos-pacientes-no-Parana>. Acesso em: 16 mar. 2025.

PEREIRA, F. R. S. **Luto antecipatório em cuidados paliativos**: enfrentamento do familiar cuidador do paciente na fase final de vida. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/17328/1/EPN20092019.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2025.

PESSINI, L. Ética e humanização no cuidado em saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 436–447, 2020.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Bioética e cuidados paliativos:** fundamentos e práticas. São Paulo: Loyola, 2017.

RECKZIEGEL, J.; FABRO, R. E. Autonomia da vontade e a supremacia da Constituição Federal de 1988 nas relações privadas. **Revista de Direito Brasileira**, v. 8, n. 3, p. 20–22, 2014.

REIS, J. R. et al. Comunicação e autonomia em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 31, n. 1, p. 55–68, 2023.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa:** um ponto de vista da psicoterapia. São Paulo: Martins Fontes, 1961.

SACCILOTI, I. P.; BOMBarda, T. B. Abordagem ao luto: aspectos exploratórios sobre a assistência de terapeutas ocupacionais. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, e3264, 2022.

SAUNDERS, C. **Cuidados dos pacientes terminais:** o conceito de dor total. São Paulo: Loyola, 2000.

SCHENKER, M. Cuidados paliativos: aspectos psicológicos e humanização do cuidado. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, v. 14, n. 2, p. 45–58, 2022.

SILVA, J.; ALVES, C. Diretivas antecipadas de vontade no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 29, n. 2, p. 265–273, 2021.

VERDIVAL, R. S. S. Contribuição do estoicismo no enfrentamento das angústias existenciais no mundo contemporâneo. **Revista Opinião Filosófica**, v. 12, p. 1–18, 2020.