

KARINE SIMON PLATAS

REFLETINDO SOBRE A MORTE – DA CULTURA À FORMAÇÃO PROFISSIONAL:
UMA REVISÃO DA LITERATURA.

São Paulo

2023

KARINE SIMON PLATAS 7385727

REFLETINDO SOBRE A MORTE – DA CULTURA À FORMAÇÃO PROFISSIONAL:
UMA REVISÃO DA LITERATURA.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário das
Faculdades Metropolitanas Unidas –
FMU, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadoras: Prof^ª. Sandra Maria
Holanda de Mendonça e Prof^ª. Ms
Alessandra Gasparello Viviani

São Paulo

2023

DEDICATÓRIA

Dedicado a tia Maria, que em meio aos seus últimos dias pude vivenciar os cuidados paliativos, não como profissional, mas como familiar. Tal experiência me fez compreender a importância de um olhar humanizado e atento as necessidades do enfermo no fim da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao longo da graduação, sempre estive rodeada de pessoas me incentivando, e nesse momento tão importante, gostaria de agradecê-los.

Primeiramente agradeço a Deus, pois sem a Tua infinita graça e misericórdia eu não seria capaz de chegar até aqui. Mesmo nos momentos de fraqueza e dificuldade eu pude sentir que estava sendo cuidada por Ele.

Agradeço também ao meu marido, que me incentivou a voltar aos estudos e me impulsionou em todos os momentos. Também sou grata pelo apoio da minha mãe e meu irmão durante todo esse processo. Aos meus familiares e amigos que, de alguma forma, me incentivaram a continuar.

E por fim, aos professores, preceptores e toda a coordenação da FMU, que com toda sua generosidade e paciência, repassaram todo o seu conhecimento, contribuindo com a minha formação profissional.

Refletindo sobre a morte – da cultura à formação profissional: Uma revisão da literatura.

Reflecting on death – from culture to professional training: A literature review.

Platas, Karine Simon^a, Viviani, Alessandra Gasparello^b, Mendonça, Sandra Maria Holanda de^b

a: Discente do Curso de Fisioterapia das Faculdades Metropolitanas Unidas FMU

b: Docente do Curso de Fisioterapia das Faculdades Metropolitanas Unidas FMU

RESUMO

Na ótica social a morte é vista como algo a ser evitado a todo custo. A atitude de negação tem influência da cultura, crenças e medicina curativa. O avanço da tecnologia cria a falsa sensação de que a morte pode ser evitada, não a compreendendo como parte do ciclo da vida. No ambiente de trabalho e na formação profissional, a medicina curativa ganha maior ênfase, em detrimento dos cuidados paliativos. As internações prolongadas são produto da cultura de negação à morte, em que o resultado é mais valorizado do que o bem-estar do paciente. O objetivo desse trabalho é identificar os aspectos que impactam na prática dos cuidados paliativos e a atitude do profissional frente a morte, desde a formação até o exercício da profissão. Foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed, Scielo Brasil e EBSCO Discovery Service, selecionando publicações entre 2003 e 2023. Foi possível identificar os aspectos que envolvem e influenciam as tomadas de decisões dos pacientes, familiares e profissionais frente ao morrer. Observou-se que todos estão sujeitos a tomarem decisões sob a influência de aspectos culturais, religiosos e morais. Em relação aos profissionais da saúde, a literatura aponta que, desde a formação até a prática clínica, há uma defasagem no conhecimento e no preparo em lidar com o processo de morrer, bem como sobre cuidados paliativos, sendo imprescindível a abordagem desse tema, como parte da matriz curricular, nos cursos de ciências em saúde.

Descritores: morte, cuidados paliativos, profissional da saúde, atitude frente a morte, formação profissional

ABSTRACT

From a social perspective, death is seen as something to be avoided at all costs. The attitude of denial is influenced by culture, beliefs and healing medicine. The advancement of technology creates the false sensation that death can be avoided, not understanding it as part of the cycle of life. In the workplace and in professional training, curative medicine gains greater emphasis, to the detriment of palliative care. Prolonged hospitalizations are a product of the culture of death denial, in which the result is more valued than the patient's well-being. The objective of this work is to identify the aspects that impact the practice of palliative care and the professional's attitude towards death, from training to the practice of the profession. A search was carried out in the PubMed, Scielo Brasil and EBSCO Discovery Service databases, selecting publications between 2003 and 2023. It was possible to identify the aspects that involve and influence the decision-making of patients, family members and professionals regarding dying. It was observed that everyone is subject to making decisions under the influence of cultural, religious and moral aspects. In relation to health professionals, the literature points out that, from training to clinical practice, there is a gap in knowledge and preparation in dealing with the dying process, as well as palliative care, making it essential to approach this topic, as part of the curricular matrix, in health science courses.

Descriptors: death, palliative care, health professional, attitude to death, professional training

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO	9
3. MÉTODO	9
3.1 Estratégia de busca	9
3.2 Critério de inclusão	9
3.3 Critério de exclusão	9
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

1. INTRODUÇÃO

A morte, em muitas culturas e religiões, é um tema a ser evitado, considerado um tabu, pois remete a pensamentos e sentimentos que trazem tristeza e medo. O fim de um processo pode ser muito angustiante, mas quando pensamos no fim da vida, isso pode se intensificar, trazendo repercussões físicas e psicológicas a todos que assistem de perto. No âmbito da saúde, há um campo de atuação voltado para o atendimento humanizado, que preza pelo bem-estar físico, mental e espiritual. Este visa o cuidar do enfermo quando o indivíduo porta uma condição de saúde que ameaça a continuidade da vida, sendo esse campo de atuação conhecido como Cuidados Paliativos (CPs)^{1,2}.

Na década de 1960, a médica, enfermeira e assistente social do Reino Unido, Cicely Saunders foi a precursora dos CPs. No entanto, somente em 1990 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a prática e passou a recomendá-la. Inicialmente, a atuação era direcionada aos pacientes oncológicos, entretanto, em 2004, a OMS publicou um artigo levantando a necessidade de incluir outras condições de saúde nos programas de Cuidados Paliativos, como as doenças neurodegenerativas, crônicas, entre outras².

A essência dos CPs é que os profissionais que atuam na área da saúde sejam capazes de enxergar além da comorbidade, observando o indivíduo como um todo. Também visa dar assistência aos familiares ao longo do processo de enfermidade do paciente. Como pessoa, estar frente ao morrer pode ser muito difícil, principalmente quando se tem um vínculo com o enfermo. Para um profissional de saúde, a morte se torna corriqueira, mas isso não a torna fácil de lidar².

É imprescindível que a equipe multidisciplinar tenha conhecimento sobre os CPs, e como lidar com um paciente quando a morte é iminente ou não há perspectiva de cura, como nas doenças crônicas. Entretanto, os CPs são abordados de forma superficial nas instituições de ensino superior, formando profissionais pouco aptos para lidar com o assunto, com conhecimento e preparo limitados^{3,4}.

Os profissionais mais envolvidos nos CPs são os médicos e enfermeiros, e isso se reflete nos materiais e estudos disponíveis na literatura, reforçando que não há, de fato, investimento adequado noutras áreas da saúde com relação ao assunto em questão⁵.

2. OBJETIVO

1. Identificar a influência da cultura na aceitação da morte, por parte dos pacientes, profissionais, discentes e docentes da área de ciências em saúde.
2. Analisar a importância dos cuidados paliativos e a atitude frente a morte na formação do profissional da saúde.

3. MÉTODO

3.1 Estratégia de busca

Três bases de dados foram sistemicamente consultadas: PubMed, Scielo Brasil e EBSCO Discovery Service. Serão utilizadas como descritores os seguintes termos indexados: (“Morte”) OR (“Cuidados Paliativos”) OR (“Atitude frente a morte”) OR (“Formação Profissional”) OR (“Profissional da Saúde”) e os equivalentes na língua inglesa: (“Palliative Care”) OR (“Attitude to Death”) OR (“Professional Training”) OR (“Health Personnel”). Sempre que permitido pela base de dados, os termos foram expandidos aos termos sinônimos. Em todas as bases foram aplicados os filtros de tempo em que o estudo foi publicado: 20 anos (2003 a 2023), idioma: línguas inglesa e portuguesa.

3.2 Critério de inclusão

Os estudos encontrados nas bases de dados e busca manual foram triados primeiramente a partir da leitura de títulos, resumos e artigos disponibilizados na íntegra gratuitamente. Os estudos selecionados a partir desta primeira triagem foram lidos na íntegra e incluídos ou excluídos de acordo com os critérios de elegibilidade.

3.3 Critério de exclusão

Foram excluídos os estudos que (I) não relacionaram a formação profissional e o comportamento frente a morte; (II) não abordaram a importância dos cuidados paliativos e a atitude frente a morte na formação profissional da saúde; (III) artigos que não sejam disponibilizados na íntegra gratuitamente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tema morte, culturalmente, é evitado a todo custo, sendo um tema considerado obscuro⁶. O avanço da tecnologia, a procura excessiva de procedimentos estéticos e o culto ao corpo, são reflexos da busca infundável de retardar o envelhecimento que está associado a finitude. A percepção da morte, sua aceitação, negação e luto são influenciados pela cultura em que o indivíduo está inserido. A moral, a ética e a educação estão fortemente relacionadas ao modo como os pacientes, familiares e profissionais de saúde vivenciam e tomam decisões sobre a morte⁴.

A comunicação sobre a morte e a tomada de decisões são desafios, pois socialmente, o ser humano não está preparado para tratar desse assunto⁷, sendo que há uma atitude de negação à morte e às emoções que a envolvem⁸. Cohen et al.⁹ afirma que é importante incorporar uma educação em saúde e social para melhorar as atitudes e decisões frente a morte. Isso não apenas para a população em geral, mas também para a classe dos profissionais de saúde, que também carregam em si uma cultura, espiritualidade e moral.

Pesquisas feitas com profissionais de saúde e estudantes de países como Japão, Rússia, EUA, Israel, China e Taiwan demonstraram o impacto que a cultura e os valores de cada país têm sobre as tomadas de decisão e experiências frente a morte e o morrer¹⁰. Quando falamos de influência cultural, a espiritualidade deve ser considerada. Um estudo feito com o objetivo de comparar a relação das diretivas de cuidado antecipado entre os Latinos e Cambojanos evidenciou o impacto que a religião exerce⁹.

Os latinos tendem a ver a interrupção de intervenções médicas como o equivalente a matar, ato repudiado, por acreditarem que apenas Deus pode tirar a vida. Semelhantemente, os islâmicos entendem a vida como sagrada, sendo que somente Alá tem autoridade sobre a vida. Os cambojanos, por sua vez, têm uma relação amigável com as diretivas e a ideia de planejar os cuidados do fim da vida, pois conseguem separar a religião da tomada de decisão¹¹.

É necessário compreender e respeitar as crenças, pois elas podem influenciar diretamente nas decisões dos indivíduos. De forma alguma, os valores e crenças do profissional podem se sobrepor aos do paciente e de seus familiares. A literatura mostra que entender as necessidades espirituais e respeitá-las, faz com que o

paciente se sinta melhor assistido, facilitando a trajetória do enfermo em sua terminalidade. Respeitar a expressão da espiritualidade do enfermo faz parte de um atendimento humanizado, individualizado e digno¹².

Outro elemento que envolve todo esse processo de morrer é a família, pois as decisões dos familiares são igualmente influenciadas por aspectos culturais e espirituais. A família é incluída no processo de morrer desde o diagnóstico clínico, fazendo com que os familiares se tornem integrantes dessa jornada de medos, incertezas, questionamentos e muitas vezes de dor. Magalhães⁷ traduz esse momento pós-moderno, em que o avanço da tecnologia vem prolongando a estadia dos pacientes nos hospitais, privando-os do contato com seus entes queridos. Nesse cenário, tanto a família quanto o paciente hospitalizado sofrem⁸. A OMS define os cuidados paliativos como sendo *“uma abordagem que aprimora a qualidade de vida de paciente e familiares que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento”*¹³.

Partindo desse princípio, podemos ver como um dever do profissional cuidar do paciente e de seus familiares. Os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros envolvidos em todo o processo de morte e morrer, encontram dificuldades ao cuidar dos pacientes e de seus familiares. Falar sobre a possibilidade de morte para os envolvidos, pode ser uma tarefa desafiadora. Um estudo com enfermeiros mostrou que entre vinte enfermeiros entrevistados na pesquisa, quinze têm dificuldade de se comunicar com os familiares do enfermo e lidar com o sofrimento da família^{14,15}.

A longa permanência nos hospitais expõe o paciente a uma solidão involuntária, tendo em vista que há protocolos e horários estabelecidos de visita. É comum um afastamento da equipe envolvida em casos de doenças incuráveis. Quando falamos de pacientes em processo de morte, o afastamento dos familiares e dos profissionais faz com que o sofrimento aumente. Em seu estudo, Bellato et al¹⁶ aponta que, entre vários outros motivos, há um sofrimento pelo luto antecipado do paciente com uma doença que ameaça a vida, o que se agrava ao ver-se isolado, tendo apenas a companhia da morte iminente. O distanciamento do profissional em relação a pacientes no leito de morte é um reflexo de seu despreparo em lidar com as suas próprias emoções e também em manejar a dor do paciente¹⁷.

A medicina curativa é a abordagem que recebe maior atenção nas graduações nas quais o objetivo é curar doenças, entretanto, isso cabe não somente para os

médicos. Os fisioterapeutas, por exemplo, são programados desde a graduação a olhar a enfermo com o objetivo de reabilitá-lo. Importante destacar que isso não é algo errado, entretanto, a cura e a reabilitação nem sempre serão possíveis, surgindo o questionamento sobre o que pode ser feito pelo paciente². A medicina paliativa vem como uma contraposição à medicina curativa, em que a dignidade e qualidade de vida são mais importantes do que a cura por meio de intervenções extraordinárias¹⁸.

Os CPs têm como princípio dar assistência integral aos indivíduos que portam alguma condição de saúde que ameaça a vida, visando a qualidade de vida, respeitando o seu bem-estar físico, mental e espiritual¹³. Constantemente, por falta de conhecimento, os CPs são erroneamente confundidos com a eutanásia - interrupção da vida como um ato de misericórdia⁶, gerando resistência, inclusive dos próprios profissionais de saúde. Outro equívoco é acreditar que os cuidados paliativos são administrados quando “não há nada a ser feito”⁶. O código de ética médica é categórico em reforçar a proibição de se abreviar a vida, sendo uma prática de eutanásia¹⁹. Logo em seguida, no mesmo artigo há um parágrafo único, onde o Conselho Federal de Medicina afirma que quando não houver a possibilidade de cura, é dever do médico oferecer os cuidados paliativos.

Porém, o que se encontra nos hospitais, por influência da medicina curativa, evolução da tecnologia e negação da morte é a distanásia¹⁷. Termo utilizado para descrever o prolongamento da morte de forma indigna, sendo, muitas vezes, o paciente exposto a procedimentos desnecessários, envolto de sofrimento tanto do enfermo quanto de quem o assiste⁷. A prática da distanásia também é proibida no Brasil, devendo ser priorizada a qualidade de vida, evitando intervenções desnecessárias que prolongam o sofrimento e acima de tudo, respeitando a autonomia do paciente¹⁹. A distanásia está associada à dificuldade dos profissionais em encarar a morte, pois, foram orientados desde suas graduações a preservar a vida e não aceitar a finitude¹⁷.

A literatura traz, em sua grande maioria, as expressões “fracasso”, “frustrante” e “vergonhoso”, quando perguntado para profissionais da saúde o que a morte representa. Na cura, o profissional encontra reconhecimento, algo almejado⁴. Nem sempre a morte é evitada pelo desejo de reconhecimento do profissional, mas também pelo sofrimento em encará-lo. O sofrimento do profissional é discutido na literatura, tendo em vista que a morte é sentida como um fracasso da equipe envolvida^{15,20}. Atender o paciente no fim da vida e criar um vínculo, sabendo que em breve ele será

quebrado, traz à equipe uma sensação de impotência e frustração. Kovács¹⁴ diz que o profissional vive um luto não autorizado, no qual não é possível expressar a sua dor. Quando se convive com esses sentimentos diariamente, a exaustão pode estar a um passo de chegar.

Segundo Combinato²⁰, a falta de cuidado com os profissionais pode levar a alterações psicoemocionais e até mesmo à Síndrome de *Burnout*. O prolongamento das hospitalizações, portanto, não é visto como benéfico para nenhuma das partes envolvidas. O paciente sofre pela sua despersonalização, obtendo um número de leito, em vez de seu nome. A família sofre por ver o seu ente querido sumindo ao longo do processo de morrer. E por fim toda a equipe envolvida, sente-se impotente frente a morte iminente, não podendo se quer expressar a sua dor⁷. Mesmo tendo longa experiência, o profissional se vê com dificuldades em lidar com as perdas.

Os autores que defendem os CPs, os descrevem como uma prática de ortotanásia, que é a morte digna, sem sofrimento. Na ortotanásia os pacientes são rodeados de cuidado e olhar humanizado, focando no indivíduo e não na comorbidade que o aflige, respeitando o curso natural da vida. Outros autores defendem a morte como uma prática de “Kalotanásia” – busca de uma beleza estética e dignidade na jornada do fim. Os profissionais paliativistas entendem que o cuidado não irá eliminar por completo os sintomas, mas é possível torná-los mais leves, com menos sofrimento¹⁷.

Os CPs são possíveis desde o diagnóstico até a morte de pacientes que portam uma doença que ameaça a vida. Entretanto, por serem mal compreendidas e até mesmo negadas, as práticas, quando feitas, acontecem apenas nos últimos dias de vida¹¹. Por influência da cultura ou religião, a forma como a sociedade vê os CPs influencia na sua prática, pois pode ser vista como uma desistência da equipe multidisciplinar envolvida no processo de morte, como se dissesse que não há mais nada a ser feito^{6,15}.

A revista britânica The Economist Intelligence Unit publicou em 2010 um ranking de qualidade de morte, em que 40 países foram citados, onde o Brasil ficou em 38º lugar, ou seja, 3º pior lugar para se morrer. Em 2015, a revista britânica refez o ranking com cerca de 80 nações, onde o Brasil caiu de posição, ficando em 42º lugar. Esse ranking se baseou na quantidade de leitos dedicados aos cuidados paliativos disponíveis nos hospitais, acesso aos CPs e até mesmo a formação na área da saúde desde a graduação⁸. Esse ranking reflete a forma como a morte e o morrer

são tratados no Brasil. As internações prolongadas são reflexo da baixa adesão dos profissionais de saúde aos cuidados paliativos e da pouca abordagem sobre morte e CPs nas instituições de ensino²¹.

Uma pesquisa qualitativa feita em uma universidade do sul de Minas Gerais entrevistou estudantes de medicina, com o objetivo de entender como os alunos se sentiam frente a morte. Os alunos se disseram “inseguros” e “inconstantes”. Em um dos depoimentos, um aluno relatou não estar preparado para lidar com a morte na vida pessoal, tão pouco na profissional¹⁸. Já Kovács¹⁴ conduziu uma pesquisa com profissionais formados e o resultado não foi diferente. Os profissionais e os graduandos se igualam ao afirmarem não estarem preparados para lidar com a finitude de seus pacientes^{17,18,20}.

Isso se dá pela forma como o tema morte é ministrado nas instituições de ensino^{6,22}. Tanto a morte quanto os cuidados paliativos são abordados de forma superficial, não preparando os profissionais para essa realidade de vida que é a finitude⁸. Bellato et al.¹⁶ afirma que o impacto na formação dos profissionais pode estar relacionado com a forma que os próprios docentes enxergam a morte. Podemos ver essa questão como uma falha sistêmica, envolvendo desde cultura, a formação profissional, repercutindo na prática dos profissionais^{10,11}. A cura e o tecnicismo tomam as pautas de discussão nas universidades^{8,17}. Quando a morte é citada, é de forma rápida e apenas em disciplinas específicas, como bioética e legislação.

Ensinar sobre a morte e os CPs não é uma tarefa fácil, mas, não ter profissionais preparados para lidar com ela é muito pior²³. Compreender que a morte faz parte da vida pode facilitar todo o processo. Alguns autores afirmam ser necessário um investimento, através políticas públicas para priorizar os princípios dos cuidados paliativos na prática clínica^{17,20}. Também é necessário que haja uma educação mais acessível para a sociedade e classe de saúde, afim de melhorar a compreensão sobre a morte e o morrer¹⁰. Outros pontos que dificultam o aprendizado em CPs são a baixa quantidade de docentes aptos tanto na técnica quanto na prática e a escassez de instituições que tenham um treinamento em CPs.

Kumar²³ afirma que as habilidades de se comunicar adequadamente com os familiares e pacientes sobre o quadro clínico e seus desdobramentos, além de oferecer orientações e acolhimento, tornam o profissional apto a tomar melhores decisões. Mas antes, esses profissionais precisam aprender e praticar essas habilidades. Incluir o tema morte em políticas públicas^{17,20}, bem como nas formações

acadêmicas pode proporcionar uma educação e uma melhor compreensão sobre o tema. Compreender o processo de morrer possibilita aos envolvidos a elaboração do seu luto, levando a uma amenização do sofrimento, por fim se concentrando em tomar melhores decisões^{6,17,20,24}.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa revisão, compreende-se como a cultura e a espiritualidade influenciam na forma como os indivíduos lidam com a morte. A conscientização da população sobre a morte como um processo natural da vida, permitiria uma melhor elaboração do luto.

Em relação aos cuidados paliativos, visando evitar uma compreensão errônea por parte dos pacientes e de seus familiares, é necessária uma intervenção a nível social, com políticas públicas de educação. Isso ajudaria as pessoas a tomarem melhores decisões quando se depararem com doenças sem possibilidade de cura. Em relação aos profissionais de saúde, é imprescindível que haja uma reciclagem na prática do cuidado, visando o bem-estar do paciente e seus familiares.

Para os docentes em ciências da saúde, se faz necessário um aprofundamento nos temas morte e cuidados paliativos para melhor integrá-los ao planejamento pedagógico, priorizando os princípios bioéticos, acima dos seus valores e crenças. Diversos autores, expressam a falha no sistema de ensino em preparar os profissionais para lidar com a morte e o morrer desde a graduação. A escassez de material disponível na literatura que aborde o preparo dos profissionais da saúde para lidar com a finitude e o conhecimento, muitas vezes escasso, sobre os cuidados paliativos, corroboram com a proposta deste trabalho. Todas essas questões demonstram a necessidade de uma abordagem mais incisiva entre as disciplinas base das graduações de ciências em saúde, preparando os discentes para os cenários nos quais não há possibilidade de cura ou reabilitação do paciente.

Tendo em vista essa lacuna, são necessários mais estudos sobre o assunto e uma revisão no projeto político-pedagógico dos diversos cursos de saúde do país. Também é necessário mais investimento nessa área de pesquisa, para compreender as melhores estratégias de preparo dos profissionais, tanto na visão teórica quanto na prática. Tudo isso, equilibrando os impactos culturais, espirituais e as cargas emocionais que a morte e os cuidados paliativos podem trazer.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomes A, Othero M. Cuidados Paliativos. Instituto de Estudos Avançados. (2016) Set-Dez; v30 (88) p.155-166.
2. Hermes HR, Lamarca IC. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias de saúde. *Ciência Saúde coletiva*. 2013Sep; 18 (9): 2577-88.
3. Zalaf LR, Bianchim MS, Alveno DA. Assessment of knowledge in palliative care of physical therapists students at a university hospital in Brazil. *Braz J Phys Ther*. 2017;21(2):114-119.
4. Marques AF, Oliveira DN, Marães VRFS. O fisioterapeuta e a morte do paciente no contexto hospitalar: uma abordagem fenomenológica. *Rev Neurocienc* 2006; 14(2):017-022
5. Siqueira J, Zilli F, Griebeler S. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *pers. bioét.* 2018; 22(2): 288-302.
6. Bifulco VA, lochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(1):92 -100
7. Magalhães, MV., & Melo, S. C. de A. (2015). MORTE E LUTO: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 1(1), 65–77.
8. Costa, BP., & Duarte, LA. Bioethical reflections about the finitude of life, palliative care and physical therapy. *Revista Bioética*, 2019; 27 (3): 510-515.
9. Cohen MJ, McCannon JB, Edgman-Levitan S, Kormos WA. Exploring attitudes toward advance care directives in two diverse settings. *J Palliat Med*. 2010 Dec;13(12):1427-32.
10. Pérez-de la Cruz S, Ramírez I. Exploring the attitudes of health science students in Spain and Bolivia towards death. A cross sectional survey. *BMC Palliat Care*. 2020 Jul 21;19(1):111.
11. Steinberg SM. Cultural and religious aspects of palliative care. *Int J Crit Illn Inj Sci* 2011;1:154-6.
12. Cervelin, AF., & Kruse, MHL. (2014). Spirituality and religiosity in palliative care: learning to govern. *Escola Anna Nery*, 18, 136-142.
13. World Health Organization. Europe. Palliative Care. The solid facts 2002
14. Kovács MJ. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicol Ciênc Prof*. 2011;31(3):482-503.

15. Lima, MJV., Andrade, NMD. (2017). A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. *Saúde e Sociedade*, 26, 958-972.
16. Bellato, R., Araújo, APD., Ferreira, HF., & Rodrigues, P. F. (2007). A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20, 255-263
17. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. Bioét.* 2014; 22(1):94-104.
18. Sobreiro, I. M., Brito, P. C. C., & Mendonça, A. R. D. A. (2021). Terminalidade da vida: reflexão bioética sobre a formação médica. *Revista Bioética*, 29, 323-333.
19. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Relação com pacientes e familiares. Resolução.(1931/2009) Capítulo V Art.41 Paragrafo Único.
20. Combinato DS, Queiroz MS. Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia* 2006, 11(2),209-216.
21. The economist intelligence unit limited. The 2015 quality of death index Ranking palliative care around the world. London, 2015. 15-16p.
22. Hayasida, N. M. D. A., Assayag, R. H., Figueira, I., & Matos, M. G. D. (2014). Morte e luto: competências dos profissionais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, (2), 112-121.
23. Kumar SP, Jim A, Sisodia V. Effects of palliative care training program on knowledge, attitudes, beliefs and experiences among student physiotherapists: A preliminary quasi-experimental study. *Indian J Palliat Care* 2011;17:47-53
24. Oliveira, T., Bombarda, T. B., & Moriguchi, C. S. (2019). Fisioterapia em cuidados paliativos no contexto da atenção primária à saúde: ensaio teórico. *Cad. Saúde Colet.*, 27 (4), 427-431.