

Pesquisa Multidisciplinar EM SAÚDE

EDIÇÃO XXII

Capítulo 44

LUTO ANTECIPATÓRIO

JOSÉ EDUARDO MIRANDA FREIRES¹
MARIANA AUGUSTO PIREZ²
MARIA CLARA PONTES CHAGAS²
VITÓRIA CAROLINI SILVA SCARPELINI²
ANA LAURA PIMENTEL DE ARAUJO¹
AIMÉE CAMPANATI SILVA MOURA²
MARIA EDUARDA BOZZO GILIO²
LIVIA MACIEL PRUNER²
VICTÓRIA GABRIELLE DE JESUS PALMEIRA²
NIELY YUKI YOCIDA FONTANA²
ISABELLE CAETANO SINOPOLIS DOS SANTOS²

¹ Discente - Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

² Discente - Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Palavras-chave: Luto Antecipatório; Cuidados Paliativos; Terminalidade.

DOI

10.59290/0296360023

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A prática médica contemporânea é marcada por avanços tecnológicos e científicos que ampliam a capacidade de controlar doenças e oferecer recursos para prolongar a vida biológica. No entanto, determinados avanços são acompanhados por desafios éticos e existenciais que levam à reflexão sobre os limites entre o prolongamento da vida e a preservação da dignidade humana. Nesse sentido, os cuidados paliativos emergem com o objetivo de garantir a qualidade de vida, dignidade e os valores individuais de cada paciente, com foco em um cuidado integral, ético e centrado na pessoa.

As seções a seguir percorrerão eixos fundamentais focados no reconhecimento de diferentes sujeitos, em decisões complexas, nos processos de perda e na necessidade de uma assistência pautada na dignidade e no respeito à individualidade e subjetividade que envolvem a experiência da doença e da morte. Com isso, é de extrema importância expandir o foco do cuidado para além do leito individual, considerando a família e os amigos como parte integrante da unidade de cuidado, baseando-se no conceito de “dor total” para o fortalecimento de recursos de enfrentamento e suporte na terminalidade. Nessa perspectiva, o aprofundamento de uma análise sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) resgata o testamento vital e o mandato duradouro como instrumentos essenciais que consolidam a autonomia do paciente e garantem a segurança ética de suas escolhas quando a comunicação já não for possível.

Ademais, as teorias e modelos de luto antecipatório demonstram, sob a perspectiva fenomenológica e do processo, como a perda iminente transforma a percepção do tempo, do corpo e dos vínculos, abrindo espaço para a reconstrução de afetos antes mesmo do óbito. Em

sequência, aspectos fundamentais como os dilemas bioéticos são abordados, contrapondo a distanásia à ortotanásia com o objetivo de evidenciar como a bioética oferece a fundamentação necessária para gerir a terminalidade com justiça e respeito à autodeterminação. Dessa forma, para que essa assistência ocorra de uma forma efetivamente humana, são investigados os desafios da comunicação e da verdade suportável, demonstrando como ferramentas estruturadas são capazes de transformar a informação técnica em um diálogo acolhedor que ampara a prontidão emocional do paciente.

Por fim, analisamos também aspectos da saúde mental do profissional e da dimensão espiritual, discutindo os impactos da fadiga por compaixão e do luto vicariante nas equipes, e destacando o autocuidado consciente e a competência espiritual como âncoras essenciais de significado e proteção para quem cuida. Buscou-se aproximar a competência técnica e a sensibilidade humana na formação em saúde, esperando que esta obra sirva de guia e reflexão para profissionais de saúde e demais interessados comprometidos com uma ética que honre a vida em todas as suas fases.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A família e amigos significativos como unidade de cuidado

Nos cuidados paliativos, a família e os amigos significativos são reconhecidos como parte integrante da unidade de cuidado, uma vez que o processo de adoecimento e a proximidade da morte produzem repercussões que transcendem o paciente e alcançam toda a sua rede de relações. Tal compreensão fundamenta-se no conceito de dor total, desenvolvido por Cicely Saunders (2003), segundo o qual o sofrimento humano resulta da interação entre dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, afetando

tanto a pessoa adoecida quanto aqueles que compartilham sua experiência. Nessa perspectiva, a vivência de uma doença que limita a vida mobiliza mudanças na dinâmica familiar, nos papéis desempenhados por seus membros e nos vínculos afetivos, demandando uma abordagem que considere as necessidades da rede de apoio ao longo de todo o percurso da doença.

Em consonância com esse entendimento, o Manual da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2012) destaca que a assistência paliativa deve promover qualidade de vida ao paciente e aos seus familiares, oferecendo suporte durante a evolução da doença e no processo de luto, além de reconhecer como família não apenas os vínculos consanguíneos, mas também pessoas afetivamente significativas, como parceiros e amigos. Assim, os cuidados paliativos compreendem o sofrimento como uma experiência relacional, exigindo uma assistência integral voltada às necessidades de todos os envolvidos.

Pesquisas voltadas ao acompanhamento psicológico de familiares em cuidados paliativos apontam que o esgotamento emocional não decorre apenas do esforço físico de cuidar, mas da vivência do luto em vida, ou seja, a experiência de enfrentar perdas contínuas e parciais que acontecem enquanto o ente querido ainda está presente o familiar se depara com a quebra de suas expectativas de controle e precisa lidar com a perda gradual da pessoa que ama (TORRES *et al.*, 2022)

As contribuições de Elisabeth Kübler-Ross (2017) evidenciam que as reações emocionais diante da finitude fazem parte da experiência humana e requerem acolhimento, comunicação sensível e respeito ao tempo de cada indivíduo. Mais do que preparar para a morte, o cuidado oferecido à família e aos amigos possibilita fortalecer recursos de enfrentamento, favorecer despedidas significativas e construir memórias

que contribuirão para a elaboração do luto após a perda. Não se sabe se os sintomas de luto antecipatório começam no momento do diagnóstico da doença ou na identificação inicial dos sintomas cognitivos, sendo assim o acompanhamento terapêutico desempenha um papel crucial no processo de luto, ajudando os enlutados a lidar com suas emoções e a encontrar formas de adaptação à perda.

A finitude vivida: uma leitura fenomenológica do luto antecipatório nos cuidados paliativos

O luto é tradicionalmente compreendido como a resposta emocional e psicossocial que surge diante do rompimento definitivo de um vínculo afetivo após a morte. No entanto, com o avanço da medicina paliativa e o aumento do acompanhamento de enfermidades crônicas e degenerativas, o olhar sobre o processo de perda expandiu-se para reconhecer a importância do luto antecipatório (LANGARO; SCHNEIDER, 2021; SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012). Essa vivência diz respeito ao encontro com a finitude antes mesmo do óbito real, momento em que a pessoa doente e seus entes queridos passam a reconhecer e acolher, gradualmente, as perdas que acompanham a progressão da enfermidade (SANTOS; ALVES, 2023).

Sob o olhar da fenomenologia, a iminência da morte não se reduz a um evento biológico gerido por protocolos técnicos, mas marca uma transformação profunda na própria experiência de estar no mundo, alterando a percepção do tempo, da presença do outro e dos projetos de vida que sustentam a existência (LANGARO; SCHNEIDER, 2021). Receber o diagnóstico de uma doença grave interrompe o ritmo previsível do cotidiano e expõe a fragilidade humana, convidando o sujeito a olhar para suas possibilidades e para aquilo que ainda traz sentido aos seus dias (LANGARO; SCHNEIDER, 2021).

Dentro dessa perspectiva fenomenológica, o corpo deixa de ser visto apenas como um organismo fragilizado pela patologia para ser compreendido como o corpo próprio, o centro sensível de todas as nossas vivências e relações no mundo. À medida que o adoecimento avança, o corpo que sente e se expressa passa por transformações que impactam a autonomia diária e a percepção de si mesmo, levando o paciente e sua família a lidarem com perdas parciais e contínuas ao longo de todo o caminho (LANGARO; SCHNEIDER, 2021; SANTOS; ALVES, 2023). Distante de representar um resignar passivo diante do inevitável, o luto antecipatório abre espaço para a reconstrução do afeto e do sentido. É um processo que permite quebrar o silêncio que costuma cercar a morte, facilitando a expressão sincera do carinho, o perdão e o cuidado com os laços relacionais, assegurando a dignidade da pessoa e o respeito à sua história até o fim (LANGARO; SCHNEIDER, 2021; SANTOS; ALVES, 2023).

Além do olhar para a subjetividade e para as relações existenciais, a compreensão clínica e o acompanhamento psicológico do luto antecipatório encontram respaldo em modelos que descrevem como lidamos com a dor da perda e com as mudanças da vida. O Modelo do Processo Dual, proposto por Stroebe e Schut, mostra que o enfrentamento ocorre por meio de uma oscilação natural e dinâmica entre dois momentos: de um lado, a orientação para a perda, onde há o acolhimento da dor, do choro e da saudade antecipada; de outro, a orientação para a restauração, voltada para os pequenos reajustes do dia a dia, a adaptação às novas rotinas e os cuidados práticos (SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012). No luto antecipatório, essa oscilação reflete a capacidade psíquica de transitar entre a dor da despedida iminente e a continuidade da vida vivida a cada dia, permitindo que a família e o doente encontrem um equilíbrio sensível no

processo de cuidado (SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012; SANTOS; ALVES, 2023).

Nesse percurso, a escuta, o diálogo e a construção compartilhada das decisões em saúde revelam-se fundamentais para que a pessoa continue no centro de suas escolhas. A utilização de recursos como as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) permite que o paciente externar previamente seus desejos, crenças e limites em relação aos tratamentos que deseja ou não receber, evitando intervenções dolorosas e desnecessárias e promovendo um cuidado que honre sua trajetória de vida. Assim, ao unir a sensibilidade da fenomenologia sobre a vivência do tempo e do corpo com a clareza dos modelos psicológicos do luto, compreende-se que o luto antecipatório é uma vivência humana profunda de integração da finitude, onde o rigor acadêmico, o respeito à autonomia e a empatia se encontram para oferecer sustentação emocional e dignidade em todo o processo de cuidar (LANGARO; SCHNEIDER, 2021; SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012; SANTOS; ALVES, 2023).

Bioética e tomada de decisão: dilemas éticos no fim de vida: distanásia, ortotanásia e psicologia da decisão em cuidados paliativos

Distanásia, a morte adiada como violência, pelo prolongamento artificial do processo de morrer por meios desproporcionais, sem perspectiva de cura ou melhora significativa da qualidade de vida. Ortotanásia, a morte no seu tempo, sem abreviação artificial nem prolongamento desproporcional, a morte em seu curso natural. Permitir que o paciente morra com dignidade, em conforto, com sua autonomia respeitada. No Brasil, a Resolução CFM 1805/2006 e o Código de Ética Médica de 2018 legitimam a ortotanásia, mas sua implementação enfrenta obstáculos jurídicos e culturais.

Psicologia da decisão no fim de vida, a tomada de decisão não é um processo puramente racional, é moldada por estados emocionais, crenças, relações familiares e dinâmicas de poder institucional. Ansiedade, depressão e angústia existencial distorcem a percepção de risco, comprometem a memória e reduzem a capacidade de engajamento em planejamento antecipado. Estudos demonstram que pacientes deprimidos adotam papéis passivos, enquanto pacientes ansiosos evitam discussões sobre o fim de vida, paradoxalmente, justamente quando essas decisões são mais urgentes (ARCH *et al.*, 2023).

Para profissionais de saúde que atuam em UTIs, onde decisões complexas e éticas são tomadas diariamente, a disseminação e a implementação das diretrizes da ANCP Academia Nacional de Cuidados Paliativos e Política Nacional de Cuidados Paliativos são norteadores importantes. Esses documentos fornecem um alicerce ético e prático para que os profissionais de saúde possam tomar decisões bem-informadas e compassivas, reduzindo o sofrimento dos pacientes e respeitando sua autonomia. A disseminação e a implementação dessas diretrizes devem ser uma prioridade para todos os envolvidos no cuidado de pacientes críticos, promovendo um modelo de atenção que reconhece e valoriza a vida, ao mesmo tempo que aceita a morte como um processo natural e inevitável (ROSA *et al.*, 2024).

Discordância entre pacientes e familiares é ampla e sistemática: familiares preferem tratamentos mais ativos e prolongadores de vida do que os próprios pacientes. Pacientes priorizam não ser um fardo; familiares frequentemente subestimam esse desejo. Cônjuges apresentam maior concordância; filhos adultos preferem partilha de decisão com mais informação. A progressão da doença e a morte tendem a pro-

mover um consenso espontâneo. Evitar o planejamento antecipado para não gerar conflito é comum, mas contraproducente. Necessidade de intervenções que promovam comunicação mútua e respeito às preferências individuais (SYMMONS *et al.*, 2023).

Sofrimento psicológico em pacientes oncológicos avançados é multidimensional: transtornos psiquiátricos (depressão, TAG), sofrimento existencial, sofrimento espiritual, sofrimento de cuidadores e luto parental. Intervenções: Terapia da Dignidade, MBSR oncológico, psicoterapia existencial, terapia de aceitação e compromisso (ACT), manejo da dor como componente psicológico. Equipes interdisciplinares com psicólogos integrados são mais eficazes na redução do sofrimento psíquico e no alinhamento das decisões de fim de vida com os valores do paciente (ANN-YI; BRUERA, 2022).

Treinar profissionais para conversar sobre o desejo de morrer é ético, seguro e terapeuticamente valioso (VOLTZ *et al.*, 2022).

O processo de morte no Brasil é medicamentado e judicializado, com autodeterminação do paciente subordinada à segurança jurídica do médico e à vontade do familiar (EICH *et al.*, 2024).

Médicos intensivistas brasileiros relatam diferentes compreensões sobre a limitação do suporte de vida (LSV), alguns percebem como abandono, outros como cuidado humanizado. A LVS permanece subutilizada no Brasil (BARROS *et al.*, 2023).

Os cuidados paliativos constituem o instrumento ético mais adequado para o manejo das angústias biopsicossociais e espirituais da terminalidade. A qualidade do cuidado ao paciente terminal depende da capacidade ética e comunicacional dos profissionais, não apenas do conhecimento técnico (CECCONELLO *et al.*, 2022).

Introdução as diretivas antecipadas de vontade

Os avanços científicos e tecnológicos alcançados pela medicina nas últimas décadas transformaram significativamente a assistência à saúde, possibilitando maior controle sobre doenças, aumento da expectativa de vida e desenvolvimento de recursos capazes de prolongar funções vitais mesmo diante de enfermidades irreversíveis. Embora tais conquistas representem importantes progressos para a prática clínica, elas também suscitaram novos dilemas éticos relacionados aos limites das intervenções terapêuticas, especialmente quando a manutenção da vida biológica deixa de corresponder à preservação da qualidade de vida, a dignidade e dos valores do paciente. Nesse contexto, intensificaram-se as discussões acerca do respeito à autonomia individual e do direito de cada pessoa participar das decisões sobre o próprio tratamento, sobretudo em situações de terminalidade e incapacidade de comunicação (SANTOS; ALVES, 2023).

É nesse cenário que se inserem as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), entendidas como instrumentos por meio dos quais uma pessoa, estando em pleno exercício de sua capacidade decisória, manifesta antecipadamente suas preferências acerca dos cuidados e tratamentos de saúde que deseja ou não receber caso futuramente esteja impossibilitada de expressar sua vontade.

Conforme explica Dadalto (2013), as DAV constituem um gênero que engloba, principalmente, o testamento vital (*living will*) e o mandato duradouro para cuidados em saúde (*durable power of attorney for health care*). Enquanto o testamento vital permite que o indivíduo registre previamente quais intervenções médicas aceita ou recusa em situações de terminalidade, o mandato duradouro possibilita a nomeação de um representante responsável por participar das decisões quando houver perda da

capacidade de discernimento. Ambos têm como finalidade assegurar que a assistência prestada respeite a vontade previamente manifestada pelo paciente, preservando sua autonomia e oferecendo respaldo ético aos profissionais envolvidos no cuidado.

A construção histórica das DAV está diretamente relacionada ao desenvolvimento da bioética e ao fortalecimento dos direitos dos pacientes. Conforme destaca Dadalto (2013), esse instrumento surgiu nos Estados Unidos no final da década de 1960, período marcado pelo crescimento das discussões sobre autonomia e autodeterminação frente aos avanços tecnológicos da medicina.

Em 1969, o advogado Luis Kutner apresentou a proposta do *living will*, defendendo que pessoas acometidas por doenças irreversíveis pudessem recusar tratamentos destinados exclusivamente ao prolongamento artificial da vida. Posteriormente, a aprovação do *Patient Self-Determination Act*, em 1991, consolidou o reconhecimento das diretivas antecipadas no sistema de saúde norte-americano, influenciando diversos países na elaboração de legislações específicas sobre o tema. No Brasil, embora ainda não exista lei federal que regule as DAV, a Resolução CFM nº 1.995/2012 representou um marco ao reconhecer o direito do paciente de manifestar previamente sua vontade acerca dos tratamentos médicos, conferindo maior segurança ética às decisões relacionadas ao fim da vida (DADALTO, 2013; SANTOS; ALVES, 2023).

Especialmente no contexto dos cuidados paliativos, as DAV ultrapassam a condição de documento jurídico e consolidam-se como instrumento de humanização da assistência. Ao possibilitar que valores, crenças e preferências do paciente sejam conhecidos previamente, elas favorecem um cuidado centrado na pessoa, fortalecem o exercício da autonomia e contribuem

para que as decisões terapêuticas estejam alinhadas aos objetivos de vida do indivíduo. Além disso, constituem importante estratégia para reduzir conflitos entre familiares e equipes de saúde, minimizar a ocorrência de obstinação terapêutica e qualificar os processos de comunicação diante da terminalidade.

Barbosa *et al.* (2023), ao investigarem a percepção de profissionais atuantes em cuidados paliativos, observaram que as DAV são reconhecidas como um recurso capaz de facilitar a tomada de decisões, fortalecer a autonomia do paciente e proporcionar maior conforto psicológico tanto aos usuários quanto às suas famílias. Os autores também destacam que a implementação desse instrumento ainda enfrenta desafios relacionados ao desconhecimento da população, à necessidade de capacitação das equipes multiprofissionais e à insegurança jurídica percebida por alguns profissionais, evidenciando que sua efetiva incorporação depende não apenas de regulamentação, mas também de mudanças na cultura do cuidado e na formação em saúde.

Dessa forma, as Diretivas Antecipadas de Vontade representam um importante avanço ético, jurídico e assistencial ao possibilitarem que o paciente permaneça como protagonista das decisões relacionadas ao próprio cuidado, mesmo diante da incapacidade de comunicação. Mais do que um mecanismo destinado à recusa de tratamentos, as DAV expressam o reconhecimento da dignidade humana, da autonomia e do respeito à singularidade de cada indivíduo, princípios que fundamentam tanto a prática médica quanto a atuação da Psicologia nos cuidados paliativos.

Princípios bioéticos aplicados às diretivas antecipadas de vontade

A prática em saúde envolve decisões que frequentemente ultrapassam aspectos técnicos e científicos, exigindo reflexão ética diante de situações complexas, especialmente nos cuidados

paliativos e na terminalidade da vida. Nesse contexto, os princípios bioéticos constituem referenciais fundamentais para orientar a atuação dos profissionais e assegurar que as decisões estejam alinhadas aos direitos, valores e necessidades do paciente. Nesse sentido, destacam-se a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a dignidade humana, princípios que fundamentam as DAV e orientam a tomada de decisão compartilhada entre pacientes, familiares e equipe multiprofissional (ANDRADE *et al.*, 2024).

Entre os princípios bioéticos que fundamentam as Diretivas Antecipadas de Vontade, destaca-se a autonomia do paciente. Esse princípio assegura que a vontade do paciente seja respeitada mesmo em situações nas quais ele não possua mais capacidade para manifestá-la, garantindo o direito de aceitar ou recusar tratamentos conforme seus valores e preferências.

Conforme Santos e Alves (2023), as Diretivas Antecipadas de Vontade materializam o princípio da autonomia ao garantir que as escolhas previamente manifestadas pelo paciente sejam respeitadas, mesmo diante da incapacidade de expressar sua vontade. Na prática, um dos principais instrumentos de concretização dessa autonomia é o testamento vital, documento elaborado previamente pelo paciente, no qual são registradas suas preferências em relação aos cuidados e tratamento, orientando a equipe de saúde. Desse modo, as DAV consolidam o direito à autonomia do paciente ao possibilitar que a prática da equipe multiprofissional esteja alinhada com seus valores, crenças e preferências, mesmo em momentos de impossibilidade de comunicação. Ao reconhecer o paciente como protagonista das decisões relacionadas ao próprio cuidado, a autonomia contribui para uma assistência centrada na pessoa e pautada no respeito à sua dignidade.

Embora a autonomia ocupe posição central nas Diretivas Antecipadas de Vontade, sua aplicação deve ocorrer em consonância com outros princípios bioéticos que orientam a prática em saúde. Entre eles, destacam-se a beneficência e a não maleficência, que norteiam a atuação dos profissionais na busca pelo melhor interesse do paciente, promovendo benefícios e evitando danos desnecessários. Enquanto a beneficência pressupõe a adoção de condutas que promovam benefícios e contribuam para o bem-estar do indivíduo, a não maleficência estabelece o dever ético de evitar intervenções que possam ocasionar sofrimento desnecessário ou agravar sua condição clínica.

No contexto das DAV e dos cuidados paliativos, esses princípios assumem especial relevância, pois nem sempre a manutenção de tratamentos invasivos ou desproporcionais representa benefício ao paciente. Em determinadas situações, limitar tratamentos que prolongam o sofrimento sem benefícios clínicos relevantes e priorizar medidas voltadas ao conforto, ao controle de sintomas e à qualidade de vida pode representar a conduta mais ética e compatível com a vontade previamente manifestada pelo indivíduo (ANDRADE *et al.*, 2024).

A aplicação conjunta da autonomia, da beneficência e da não maleficência converge para a promoção da dignidade humana, princípio que reconhece o valor intrínseco de cada pessoa e seu direito de receber um cuidado compatível com sua história, seus valores e suas convicções. Respeitar a dignidade humana significa reconhecer que o paciente permanece sujeito de direitos mesmo quando perde a capacidade de comunicação, assegurando que suas escolhas continuem orientando as condutas assistenciais. Sob essa perspectiva, as DAV ultrapassam a dimensão documental e consolidam-se como instrumentos de valorização da individualidade, da liberdade e do direito de viver o processo de

adoecimento e de terminalidade de acordo com as preferências previamente manifestadas (SILVA *et al.*, 2021).

A efetivação desses princípios ocorre por meio da tomada de decisão compartilhada, modelo assistencial que substitui a lógica paternalista por uma relação baseada no diálogo entre paciente, familiares e equipe multiprofissional. Nesse processo, as decisões terapêuticas deixam de considerar exclusivamente critérios técnicos e passam a incorporar os objetivos, os valores e as expectativas do paciente, favorecendo um cuidado mais humanizado e individualizado. As DAV fortalecem esse modelo ao fornecerem orientações previamente expressas pelo indivíduo, reduzindo conflitos entre familiares e profissionais, qualificando a comunicação e oferecendo maior segurança ética durante o processo decisório. Dessa forma, a tomada de decisão compartilhada contribui para que o planejamento terapêutico reflita não apenas as possibilidades clínicas disponíveis, mas também aquilo que o paciente compreende como uma vida digna e coerente com seus próprios valores (BAHIA; PALACIOS, 2023; ANDRADE *et al.*, 2024).

Assim, observa-se que as Diretivas Antecipadas de Vontade representam a concretização prática dos princípios bioéticos, permitindo que autonomia, beneficência, não maleficência, dignidade humana e tomada de decisão compartilhada sejam incorporadas ao cuidado em saúde. Mais do que orientar decisões relacionadas aos tratamentos, as DAV fortalecem uma assistência ética, humanizada e centrada na pessoa, promovendo o respeito à singularidade do paciente e aos seus direitos ao longo de todo o processo de cuidado.

Comunicação e verdade suportável

No contexto do luto antecipatório, a comunicação entre profissional de saúde, paciente e

família assumem papel central, pois é por meio dela que o doente e seus entes queridos elaboram, ainda em vida, as perdas anunciadas pela doença. Comunicar más notícias, entretanto, é reconhecidamente uma das tarefas mais difíceis da prática clínica, para a qual a formação médica tradicionalmente oferece pouco preparo, já que as habilidades de comunicação raramente compõem o núcleo essencial dos currículos de saúde (SILVA, 2016).

Para orientar esse processo, foi desenvolvido nos Estados Unidos, no ano de 2000, o protocolo SPIKES, um macete que estrutura a entrega de notícias difíceis em seis etapas sequenciais: preparação do ambiente (*Setting*), avaliação da percepção do paciente sobre sua condição (*Perception*), obtenção de um convite explícito para receber a informação (*Invitation*), transmissão do conhecimento propriamente dito (*Knowledge*), acolhimento das emoções decorrentes (*Emotions*) e definição conjunta da estratégia de cuidado (*Strategy/Summary*) (BAILE *et al.*, 2000).

A lógica do protocolo é dosar a verdade de acordo com aquilo que o paciente já sabe, deseja saber e está psicologicamente apto a assimilar naquele momento, evitando tanto o excesso de informação traumática quanto a omissão que fragiliza a autonomia do doente. Essa é a ideia de “verdade suportável”: não se trata de mentir ou de revelar tudo de uma só vez, mas de construir, em etapas e por meio de escuta ativa, uma verdade que o paciente consiga integrar sem ser destruído por ela (CECCONELLO *et al.*, 2022).

Estudos brasileiros que utilizam o SPIKES no ensino médico mostram que essa técnica transforma a informação técnica em diálogo humano, favorecendo a validação das emoções do paciente e reduzindo o impacto psicológico da notícia (LINO *et al.*, 2011).

O suporte psicológico é elemento indissociável dessa comunicação: pacientes valorizam, além da sinceridade, uma linguagem simples e acessível, sentindo-se mais seguros quando percebem que o profissional não tem pressa e permanece disponível ao longo de todo o processo (CORRÊA *et al.*, 2021). O Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos reforça que a verdade dolorosa, quando mal conduzida, pode ser vivida como destruição da esperança; por isso a comunicação nesses contextos deve ser honesta, franca e prudente, sustentada por uma relação interpessoal de confiança, garantindo que o paciente não se sinta abandonado, mesmo diante da impossibilidade de cura (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Saúde mental do profissional de saúde: fadiga por compaixão, luto vicariante e espiritualidade em cuidados paliativos

Fadiga por compaixão é o esgotamento emocional e físico associado ao sofrimento diretamente relacionado à relação terapêutica no contato direto com a dor do outro, através do cuidado empático contínuo de pessoas em sofrimento. Em cuidados paliativos a fadiga por compaixão (FC) é aumentada pela repetição de mortes, pela intensidade emocional nos vínculos e pela exposição repetida ao luto. Luto vicariante é o estado de sofrimento experienciado por profissionais que acompanham sistematicamente perdas alheias, com o testemunho repetido de mortes e vínculo com familiares enlutados. Profissionais de cuidados paliativos são especialmente vulneráveis ao luto vicariante (WANDKE *et al.*, 2025).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos incluindo o domínio espiritual do sofrimento humano. Evidências crescentes indicam que a competência espiri-

tual dos profissionais e o suporte espiritual oferecido aos pacientes associam-se a melhor qualidade de vida, redução de ansiedade existencial e maior aceitação do processo de morrer. A dimensão espiritual também protege o próprio profissional, funcionando como ancora de significado no trabalho de cuidar. Foram coletadas evidências científicas publicadas entre 2020 e 2026 sobre dois eixos fundamentais em cuidados paliativos (i) a saúde mental dos trabalhadores, incluindo fadiga por compaixão, luto vicariante, e *burnout* (ii) a espiritualidade como fator de resiliência tanto para a equipe quanto para o paciente. Os achados revelam alta prevalência de sofrimento psíquico nos profissionais de saúde paliativa e apontam a flexibilidade psicológica, o autocuidado espiritual e o suporte organizacional como fatores de proteção essenciais (CAMPOS IARNAL *et al.*, 2024).

Enfermagem e medicina que testemunharam progressão rápida de doença sem vínculo prévio com famílias tiveram impacto intensificado do LV. Dentre as estratégias de enfrentamento, é possível mencionar suporte social, reestruturação cognitiva, *mindfulness* e espiritualidade. Profissionais com maior consciência de autocuidado apresentaram menor *burnout* e maior satisfação por compaixão. O modelo de autocuidado consciente propõe quatro dimensões: física, emocional, relacional e espiritual. A dimensão relacional (suporte de pares) foi a mais protetora em todos os países (OLIVER *et al.*, 2021).

Competência em cuidado espiritual organizada em três domínios: cognitivo (inteligência espiritual), afetivo (humildade espiritual) e funcional (mente reflexiva-crítica). Cada domínio articula recursos intrapessoais, interpessoais e transpessoais. Desafios principais: falta de formação, sobrecarga de trabalho, diversidade multicultural e dificuldade de autocritica reflexiva. Facilitadores: educação continuada, práticas reflexivas (*journaling*, *role-play*, simulação) e ambientes institucionais de suporte (QUERIDO *et al.*, 2024).

Intervenções biopsicossociais-espirituais (*counselling*, terapia da dignidade, musicoterapia, dançaterapia, intervenções de sentido e paz) melhoraram qualidade de vida, bem-estar espiritual e reduziram ansiedade/depressão em pacientes paliativos adultos (PRIETO-CRESPO *et al.*, 2024).

A espiritualidade não se limita à religiosidade formal: profissionais sem afiliação religiosa também incorporam práticas espirituais de cuidado. Instrumentos como FICA, HOPE e SPIRIT guiam a avaliação espiritual clínica. Evidências sugerem que necessidades espirituais não atendidas se correlacionam com maior sofrimento existencial, desejo por morte acelerada e pior qualidade de morte. Integração do cuidado espiritual melhora desfechos tanto para pacientes quanto para cuidadores (GIJSBERTS *et al.*, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.
- ANN-YI, S.; BRUERA, E. Psychological aspects of care in cancer patients in the last weeks/days of life. *Cancer Research and Treatment*, v. 54, p. 651, 2022. doi: 10.4143/crt.2022.116.
- ARCH, J.J. *et al.* Anxiety and depression in metastatic cancer: a critical review of negative impacts on advance care planning and end-of-life decision making with practical recommendations. *JCO Oncology Practice*, v. 19, p. 1097, 2023. doi: 10.1200/OP.23.00287.
- ANDRADE, G.S.A. *et al.* Raciocínio ético nas decisões médicas: dilema médico-paciente. *Revista Bioética*, v. 32, e3658PT, 2024. doi: 10.1590/1983-803420243658PT.
- BAHIA, L.A.; PALACIOS, M. Tomada de decisão compartilhada em fim de vida. *Revista Contemporânea*, v. 3, p. 8466, 2023. doi: 10.56083/RCV3N7-058.
- BAILE, W.F. *et al.* SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, v. 5, p. 302, 2000. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
- BARBOSA, A.K.S. *et al.* Percepção de profissionais de saúde sobre diretivas antecipadas de vontade. *Revista Bioética*, v. 31, e3493PT, 2023. doi: 10.1590/1983-803420233493PT.
- BARROS, B.F.M. *et al.* Percepções e conhecimentos médicos sobre limitação de suporte de vida. *Revista Bioética*, v. 31, 2023.
- BEST, M.C. *et al.* Spiritual care in palliative care. *Religions*, v. 14, p. 320, 2023. doi: 10.3390/rel14030320.
- CAMPOS IARNAL, A. *et al.* Cross-sectional study of the professional quality of life of palliative care professionals during the COVID-19 pandemic. *Healthcare*, v. 12, p. 4, 2024. doi: 10.3390/healthcare12010004.
- CECCONELLO, L. *et al.* Condutas éticas e o cuidado ao paciente terminal. *Revista Bioética*, v. 30, p. 405, 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF, ago. 2012.
- CORRÊA, M. *et al.* Percepção de pacientes sobre a comunicação médica e suas necessidades durante internação na unidade de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 33, p. 401, 2021. doi: 10.5935/0103-507X.20210050.
- COSTEIRA, C. *et al.* Spiritual care[givers] competence in palliative care: a scoping review. *Healthcare*, v. 12, p. 1059, 2024. doi: 10.3390/healthcare12111059.
- DADALTO, L. Aspectos registraes das diretivas antecipadas de vontade. *Civilistica.com*, v. 2, 2013.
- EICH, M. *et al.* Open-access End-of-life practices: a bioethical analysis of Brazilian Legislative projects, 1981-2020. *Saúde e Sociedade*, v. 33, 2024. doi: 10.1590/S0104-12902024220871en.
- GARAND, L. *et al.* Anticipatory grief in new family caregivers of persons with mild cognitive impairment and dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, v. 26, p. 159, 2012. doi: 10.1097/WAD.0b013e31822f9051.
- GIJSBERTS, M.J.H. *et al.* Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent european literature. *Medical Sciences*, v. 7, 2019. doi: 10.3390/medsci7020025.
- JOSE, K.M.C.S. *et al.* Bereaved in me: understanding the vicarious grief experiences among helping professionals during the COVID-19 pandemic. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, v. 91, 2025. doi: 10.1177/00302228221150870.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- LANGARO, F. & SCHNEIDER, D.R. Contribuições do existencialismo sartriano aos cuidados paliativos oncológicos. *Phenomenology and Interdisciplinarity*, v. 13, p. 17, 2021.
- LINO, C.A. *et al.* Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, p. 52, 2011. doi: 10.1590/S0100-55022011000100008.
- MULCAHY SYMMONS, S. *et al.* Decision-making in palliative care: patient and family caregiver concordance and discordance-systematic review and narrative synthesis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 13, p. 374, 2023. doi: 10.1136/bmjspcare-2022-003525.
- NASCIMENTO, N.G. *et al.* Dimensões dos cuidados paliativos entre familiares/cuidadores de pacientes oncológicos no contexto domiciliar. *Enfermagem Brasil*, v. 21, p. 765, 2022. 10.33233/eb.v21i6.5076.

- OLIVER, A. *et al.* Palliative care professionals' inner lives: cross-cultural application of the awareness model of self-care. *Healthcare*, v. 9, p. 81, 2021. doi: 10.3390/healthcare9010081.
- PRIETO-CRESPO, V. *et al.* Impact of spiritual support interventions on the quality of life of patients who receive palliative care: a systematic review. *Nursing Reports*, v. 14, p. 1906, 2024. doi: 10.3390/nursrep14030142.
- QUERIDO, A. *et al.* Spiritual care competence in palliative care: a scoping review. [S.l.: s.n.], 2024.
- ROSA, R.G. *et al.* A suspensão e a não implementação de intervenções de suporte de vida em cuidados paliativos. *Critical Care Science*, v. 36, 2024. doi: 10.62675/2965-2774.20240196Ed-pt.
- SANTOS, M.; ALVES, M.C.F. Diretivas antecipadas de vontade (DAV) e autonomia da vontade: uma materialização de direitos fundamentais. *Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais*, v. 9, p. 21, 2023. doi: 10.26668/IndexLawJournals/2526-0111/2023.v9i1.9587.
- SAUNDERS, C. *Watch with me: inspiration for a life in hospice care*. Lancaster: Observatory, 2003.
- SILVA, C.O. *et al.* Diretivas antecipadas de vontade: busca pela autonomia do paciente. *Revista Bioética*, v. 29, p. 688, 2021. doi: 10.1590/1983-80422021294502.
- SILVA, M.D.F.; FERREIRA-ALVES, J. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 25, p. 588, 2012. doi: 10.1590/S0102-79722012000300019.
- SYMMONS, S.M. *et al.* Decision-making in palliative care: patient and family caregiver concordance and discordance-systematic review and narrative synthesis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 13, p. 374, 2023. doi: 10.1136/bmjspcare-2022-003525.
- VOLTZ, R. *et al.* Is trained communication about desire to die harmful for patients receiving palliative care?: a cohort study. *Palliative Medicine*, v. 36, p. 489, 2022. doi: 10.1177/02692163211065671.
- WANDKE, S. *et al.* Professional grief in cancer care: a scoping review. *Psycho-Oncology*, v. 34, e70156, 2025. doi: 10.1002/pon.70156.