

## **A INFLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMO PREDITORA DO COPING COM A FINITUDE HUMANA**

### **THE PSYCHOLOGICAL INFLEXIBILITY OF HEALTHCARE PROFESSIONALS AS THE MAIN PREDICTOR OF COPING IN THE FACE OF HUMAN FINITUDE**

Grayce de Castro Couri<sup>1</sup>

Gibson Juliano Weydmann<sup>2</sup>

#### **RESUMO**

A morte é uma ocorrência natural para o ser humano, mas diversas contingências influenciam a forma como ela pode ser enfrentada. No contexto hospitalar, profissionais da saúde possuem contato assíduo com pacientes em processo de morte e morrer. Dentre os fatores que permeiam esta integração com a terminalidade, há os fatores psicológicos que interferem na relação e posteriormente, na qualidade da assistência a esses pacientes. Em virtude disso, sob a perspectiva da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), a presente pesquisa investiga se a presença da inflexibilidade psicológica impacta na percepção sobre a morte e nas estratégias de enfrentamento da terminalidade. O presente estudo foi quantitativo e exploratório, derivado da aplicação de instrumentos psicométricos (AAQ-II, CFQ-7 e CDS) em uma amostra de profissionais da saúde atuantes em setores de Terapia Intensiva e Internação. A coleta de dados foi realizada online e participaram 107 profissionais. Os dados indicam que a inflexibilidade psicológica prediz as estratégias de enfrentamento com a finitude humana mais do que variáveis sociodemográficas ou tempo de experiência no ambiente hospitalar. Os resultados foram discutidos à luz da ACT e de referenciais da psicologia da saúde do luto.

Palavras-chave: atitude frente à morte; morte; profissionais de saúde; Terapia de Aceitação e Compromisso.

#### **ABSTRACT**

Death is a natural occurrence for the human being, but several contingencies influence the way it can be faced. In the hospital context, health professionals have frequent contact with patients in the process of dying and death. Among the factors that permeate this integration with terminality, there are psychological factors that interfere in the relationship and subsequently in the quality of care provided to these patients. Due to this, in light of Acceptance and Commitment Therapy (ACT), the present research investigates whether the presence of psychological inflexibility impacts the perception of death and the strategies for coping with terminality. The present study was quantitative and exploratory, derived from the application of psychometric instruments (AAQ-II, CFQ-7, and CDS) in a sample of health

---

<sup>1</sup> Discente do Curso de Psicologia da Universidade La Salle - Unilasalle, matriculada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, sob a orientação do Prof. Dr. Gibson Juliano Weydmann. Email: grayce.202210223@unilasalle.edu.br. Data de entrega: 01/12/2025.

<sup>2</sup> Docente do Curso de Psicologia da Universidade La Salle - Unilasalle, Mestre e Doutor em Psicologia Experimental e Neurociência. Psicólogo Clínico (Terapia Comportamental Contextual). Email: gibson.weydmann@unilasalle.edu.br.

professionals working in Intensive Care and Inpatient sectors. Data collection was carried out online and 107 professionals participated. The data indicate that psychological inflexibility predicts coping strategies with human finitude more than sociodemographic variables or time of experience in the hospital environment. The results were discussed in light of ACT and references from health psychology on grief.

**Keywords:** attitude towards death; death; healthcare professionals; Acceptance and Commitment Therapy.

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de morrer e a morte, apesar de constituírem eventos naturais da vida, permanecem como assuntos evitados pela sociedade. Esse silêncio é sustentado por décadas, de modo que tornou-se um estereótipo de temas desconfortáveis. A obra “A morte de Ivan Ilitch”, de Liev Tolstoi, descreve com clareza essa percepção a respeito da morte e do morrer, uma vez que as principais inquietações do protagonista eram a sensação de mentira e omissão sobre o processo de morte, somadas ao sentimento de autopiedade e indiferença dos médicos, por meio de uma relação confusa e informações obscuras (Tolstoi, 2023). Na área da saúde, a discussão e a análise sobre a morte e o morrer são esporádicas desde a formação profissional, sendo um fator contribuinte para o afastamento emocional, assim como para falta de autenticidade e sensação de desconforto desses profissionais ao lidar com pacientes em terminalidade (Beserra & Brito, 2024). Essa construção social estigmatizada acerca da morte, ligada à negligência dos sentimentos desses profissionais, pode favorecer uma prática mecanizada, uma relação superficial e a produção de sofrimento psíquico a esses pacientes, como retrata a obra literária de Liev Tolstoi.

O contexto hospitalar é marcado por situações dolorosas que exigem um preparo emocional de qualquer trabalhador. Entretanto, frente a uma formação biomédica de áreas como a medicina e a enfermagem, as dimensões psíquicas, subjetivas e sociais do indivíduo passam a ser materiais relegados e restritos à área da psicologia (Lara & Kurogi, 2022). Com o estigma de salvar vidas, quando o profissional se depara com a realidade da finitude humana, tende a reproduzir os sentimentos de negação da terminalidade, gerando angústia e distanciamento de um cuidado humanizado.

Ao analisar a atuação de profissionais da saúde frente a pacientes críticos, em processo de terminalidade, é comum a expectativa do paciente e de sua família de receber uma escuta ativa, informações acessíveis e um acolhimento por parte da equipe que está na linha de frente dos cuidados paliativos e em terminalidade (Campos, Silva, & Silva, 2019). Entretanto, percebe-se que há uma dificuldade na comunicação e no vínculo dos profissionais de saúde com estes pacientes e suas famílias.

Um dos fatores que dificulta a integração com o paciente é a formação acadêmica com foco em práticas curativistas e com pouca capacitação para os cuidados paliativos (Carvalho, Silva, & Silva, 2024; Gobbi, 2020; Siqueira et al., 2022; Perboni, Zilli, & Oliveira, 2018; Silva et al., 2022). Por outro lado, há quem afirme que esse distanciamento dos profissionais de saúde com os pacientes terminais seja um mecanismo de defesa do sofrimento psíquico da equipe. Vinculado a esta formação biomédica e à percepção social construída acerca da morte e aspectos associados, emergem-se aspectos psicológicos nos profissionais que podem favorecer para uma relação deficitária com os pacientes terminais e resultar em um assistência desumanizada.

Na obra “A morte é um dia que vale a pena viver”, Ana Claudia Quintana Arantes compartilha suas experiências e sentimentos de sua vida como médica e destaca o sentimento de impotência e fracasso vivenciado por profissionais frente a um caso de doença incurável e

terminal, muito por conta de uma formação pautada em não abandonar a doença do paciente e em possuir poder sobre a morte (Arantes, 2016). Existem os fatores psicológicos da equipe que podem impactar na relação e no cuidado oferecido a esses pacientes e seus familiares desde o diagnóstico (Campos, Silva, & Silva, 2019; Perboni, Zilli, & Oliveira, 2018; Soares & Machado, 2023). No estudo de Perboni, Zilli e Oliveira (2018), os profissionais da saúde relataram que lidar com a família frente à finitude é uma das situações mais difíceis, uma vez que desperta na equipe os sentimentos de angústia e julgamentos de culpa por parte da família. Isso se manifesta pela omissão e falta de clareza nas informações prestadas a uma população que, muitas vezes, não possui o conhecimento técnico necessário para compreender o processo de morte e que carece de espaço para expressar dúvidas e angústias (Silva et al., 2022). Atrelado a este cenário, as falhas na integração e acolhimento podem gerar consequências desrespeitosas com o processo de finitude dos pacientes e dolorosas para os familiares.

Pacientes terminais, muitas vezes, podem estar ligados aos cuidados paliativos. De acordo com a *Portaria 3681/2024* que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), os Cuidados Paliativos são definidos como ações de saúde especificadas no alívio da dor e do sofrimento àqueles que enfrentam comorbidade que limitam ou ameaçam a continuidade da vida. Na presença de uma doença incurável, o sofrimento torna-se presente desde o diagnóstico, ao passo que toma-se a consciência de sua mortalidade declarada. É neste cenário que os Cuidados Paliativos são imprescindíveis uma vez que evitam tratamentos fúteis e ampliam a assistência a sintomas de progressão da doença, privilegiando o conforto do paciente (Ministério da Saúde, 2023). Apesar destes cuidados terem se consolidado como uma área específica da medicina, é inegável a importância dos profissionais de saúde – seja médicos, enfermeiros e ou profissionais de outras áreas – terem conhecimento sobre esses cuidados.

A construção psicossocial em torno da morte impacta diretamente na assistência prestada por profissionais de saúde a pacientes terminais e na comunicação que irão fazer aos familiares. Isso se evidencia na pesquisa do *The Economist Intelligence Unit* (2015), a qual avaliou a qualidade de morte dos países a partir de critérios como a prestação de cuidados paliativos, recursos humanos, acessibilidade e qualidade dos cuidados no fim da vida, na qual o Brasil ocupou a posição de 42º de 80 países. Diante disso, na pesquisa de Finkelstein et al. (2022), os autores destacam a integração limitada dos cuidados paliativos no sistema de saúde, a falta de treinamento generalista nessa área e a comunicação deficiente da equipe com o paciente e a família como fatores que contribuem negativamente para esses cuidados na terminalidade e consequentemente, na qualidade de morte (Finkelstein et al., 2022). Assim, desenvolve-se a percepção de que o profissional da saúde sabe lidar com a doença, não com o doente, o qual dificulta a comunicação e consequentemente, a relação entre a equipe, paciente e família (Campos, Silva, & Silva, 2019).

Considerando que os profissionais de saúde carecem de repertório para lidar com questões ligadas a terminalidade, intervenções psicossociais podem ser a chave para fomentar o desenvolvimento de tais habilidades. A abordagem psicológica chamada Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), criada em 1987, é uma das psicoterapias comportamentais da atualidade (Saban, 2015). A ACT permite uma percepção holística do ser humano, ao considerar tanto suas questões cognitivas, como, principalmente, a relação entre o comportamento operante e o contexto em que a pessoa está inserida. Todavia, para que as intervenções da ACT sejam viáveis, cabe a realização de um diagnóstico focado nos processos comportamentais centrais desta proposta de tratamento. Sob esta perspectiva, a presente pesquisa apresentará nas próximas seções os fundamentos da ACT e seus processos psicológicos com o intuito de favorecer a compreensão bem como os objetivos do estudo.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Uma perspectiva comportamental para a terminalidade

À luz dos estudos de Skinner e da ciência conhecida como Análise do Comportamento, o comportamento humano é moldado pelas consequências que produz, o que implica uma constante interação entre organismo e ambiente externo (Skinner, 1974/2011). O ser humano tende a evitar experiências internas que causam desconforto e sentimentos que são negligenciados socialmente, como a angústia, a tristeza e a impotência. Quando a remoção de algum estímulo considerado aversivo leva ao aumento da frequência de um determinado comportamento, entende-se que ocorreu um processo de reforçamento negativo. A maior parte do repertório de esquiva e fuga dos seres humanos se dá por reforço negativo (Moreira & Medeiros, 2019). No contexto do processo da finitude, todos os envolvidos, em especial para este trabalho os profissionais da saúde, entram em contato com experiências psicológicas aversivas. Consequentemente, a equipe pode produzir respostas de fuga e esquiva experiencial, como uma comunicação vaga e breve com pacientes e familiares ou uma integração deficitária, ao perceber o paciente e a família como formas de controle aversivo.

A ACT é baseada nas premissas epistemológicas da Análise do Comportamento, sendo reconhecida atualmente como parte das ciências comportamentais contextuais. A ACT possui como base filosófica, o Contextualismo Funcional (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2021). O contextualismo funcional, uma derivação do Behaviorismo Radical focada na aplicação da ciência para mudança de comportamento, busca analisar a relação dos eventos internos e externos do comportamento do ser humano diante do contexto atual e sociocultural em que o mesmo está inserido. Essa base metodológica do comportamento produz conhecimento não só acerca da relação entre os eventos, como dos processos clínicos que estão nos bastidores desta relação (Oshiro & Ferreira, 2021). Para entendimento desta filosofia, cita-se, como exemplo, os determinados sentimentos que podem influenciar um comportamento público, como ocorre quando processos psicológicos dos profissionais de saúde impactam na relação com a finitude humana. Compreender o contextualismo funcional é o ponto inicial para explicar outra característica única da ACT, o uso da linguagem para explorar valores e ações através da Teoria das Molduras Relacionais (RFT).

Entre os pressupostos da ACT, encontra-se um elemento fundamental de estruturação dessa abordagem, a linguagem humana. Nessa perspectiva, o sofrimento humano se manifesta através dos processos psicológicos mediados pela linguagem, de modo que a forma como o indivíduo reage a um evento e elabora pensamentos autorreflexivos, pode aumentar o seu sofrimento (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2021). A RFT é uma teoria que estuda as relações arbitrárias entre os estímulos aprendidos através da linguagem e da cognição, de modo a desenvolver a habilidade de aprender e aplicar relações através da equivalência de estímulos e suas derivações. Importante salientar que a linguagem nesta perspectiva não se limita somente às palavras, mas abrange qualquer simbolismo, seja gestos, figuras, sons ou outro tipo de atividade simbólica (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2021). Há de se afirmar a existência de sentimentos e emoções aversivas muitas vezes ligados a eventos não experienciados diretamente, como o medo da morte. Este medo não se caracteriza necessariamente inato ou universal, mas sendo originado por uma construção social, cuja a interpretação e significados atribuídos à morte decorrem do contexto cultural e social inserido (Gligoric, 2024). Assim, por ser um tema socialmente carregado de sofrimento, é muitas vezes evitado, o que restringe as respostas comportamentais de quem está exposto a situações de proximidade da morte, como no cenário hospitalar. Com base nisso, a RFT oferece suporte para esclarecer esse processo, na medida que esse medo é aprendido através da linguagem e de estímulos arbitrários. Logo, analisar essa percepção social e a relação dos profissionais de saúde frente à

terminalidade, por mais que este sentimento possa soar uma obviedade, é imprescindível para prever e manejar contingências através da prática clínica, e consequentemente, para promover flexibilidade psicológica.

## 2.2 A Flexibilidade Psicológica

À perspectiva da ACT, a capacidade de adaptação humana é representada pela ideia de flexibilidade psicológica, um processo que corrobora tanto para a adaptabilidade quanto para o sofrimento. Por ser uma abordagem dimensional, esta proposta de tratamento considera que existem seis processos comportamentais capazes de explicar o adoecimento humano, sendo estes distribuídos normalmente na população, com algumas pessoas mais hábeis e outras com déficit na execução de tais processos (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2021). Segundo a ACT, a causa essencial do sofrimento humano está na inflexibilidade psicológica, caracterizada como a incapacidade de estar presente no aqui-agora, pela relação de fusão com pensamentos difíceis e pela ação descomprometida com valores pessoais e compromissada apenas com a fuga e esquiva de sofrimento. Por conseguinte, ocorre uma rigidez psicológica alta, o que impede a flexibilidade humana (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2021).

A flexibilidade psicológica é constituída por seis processos: Atenção ao Momento Presente, Desfusão, Aceitação, Contato com Valores, Ação de Compromisso e *Self*-como-contexto. Por outro lado, quando ocorre a rigidez psicológica, encontra-se um ou mais dos seis processos de inflexibilidade psicológica: Atenção Inflexível, Esquiva Experiencial, Fusão Cognitiva, Apego ao *Self* Conceitualizado, Inação ou Impulsividade e Perturbação dos Valores. Nesta ótica, defende-se que ao promover flexibilidade psicológica os terapeutas estão auxiliando os clientes a identificar sentimentos difíceis, aceitar seus elementos imutáveis e agir na direção daquilo que é importante para cada pessoa. Além de ampliar o repertório comportamental contextual, com atitudes compassivas, comprometidas a valores e conectadas ao “aqui-agora” (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2021). A singularidade da ACT está na análise do conteúdo, precisão e escopo da presença da inflexibilidade e no desenvolvimento de manejos a respeito, uma vez que esses processos psicológicos levam a psicopatologia e impede a evolução humana (Luoma, Hayes, & Walser, 2022). Diante disso, a fim de elucidar o modelo da inflexibilidade psicológica, apresenta-se a seguir cada processo psicológico pertencente.

A fusão cognitiva ocorre quando o indivíduo não consegue olhar com certa perspectiva o conteúdo produzido pela mente, seja pensamentos, lembranças e/ou emoções, a ponto de moldar comportamentos baseados neste conteúdo. Para isso, a ACT desenvolve o processo de desfusão, que consiste em estratégias de observação desses conteúdos como atividade da mente, e não como verdades literais (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2021). Cita-se os momentos em que os profissionais de saúde frente à terminalidade se deparam com pensamentos como: “não há mais nada a ser feito” “não fui capaz de salvar essa vida” e com base nisso, seu comportamento se modifica nessas situações. Neste cenário, pode-se perceber uma amostra de fusão cognitiva associada a uma esquiva experiencial.

A esquiva experiencial, oposta à aceitação, ocorre quando os indivíduos engajam-se em ações que visam evitar ou suprimir sentimentos ou pensamentos independente das consequências a longo prazo. Esse ciclo de esquivas leva a uma redução do repertório comportamental, um declínio nas relações, sobrecarrega os processos de flexibilidade psicológica e aumenta o risco de psicopatologias, como ansiedade e depressão. Assim, sendo necessário explorar essas experiências aversivas com uma ação de autocompaixão e aceitação (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2021). Esse repertório parece estar presente em diversos estudos que afirmam que profissionais de saúde possuem dificuldade na comunicação e integração com o paciente e a família em cuidados paliativos e terminalidade (Alves & Oliveira, 2022;

Beserra & Brito, 2024; Campos, Silva, & Silva, 2019). Sob a ótica dessa abordagem, o sofrimento não deve ser evitado ou eliminado, mas visto com curiosidade e compaixão, para que então seja possível uma mudança menos guiada pela fuga da dor e mais próxima dos valores pessoais.

O *self* conceitualizado caracteriza-se por uma identificação excessiva com auto conceitos criados pela mente, sendo um exemplo de fusão cognitiva, de modo que resulta na esquiva experiencial e no sofrimento (Barbosa & Murta, 2015). O sofrimento decorrente do apego a conceitos, se dá pela função evocativa que estes apresentam e pela tendência a resumir experiências incongruentes com o *self* como pouco significativas ou irrelevantes, o que restringe ainda mais a variabilidade comportamental. Com isso, a ACT auxilia a promoção de uma conexão com o *self* centrado na experiência ao “aqui-e-agora”, proporcionando uma perspectiva de observador dos pensamentos e sentimentos de forma desfusionada e com aceitação, o *self*-como-contexto (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2021). Desenvolver o *self*-como-contexto permite que o indivíduo torne-se mais consciente e conectado a experiências por mais aversivas que sejam.

Para a ACT, valores são direções significativas para o indivíduo, possuem caráter pessoal e mutável, ou seja, nem sempre o que é importante para uma pessoa será para outra e os valores não podem ser atingidos de modo permanente como os objetivos (Stoddard & Afari, 2024). Seguir em direção aos valores e promover esta ação através do contato com o presente, a aceitação, o *self*-como-contexto e a desfusão são os principais propósitos da ACT.

Outro processo importante envolve a atenção no momento presente. Essa consciência no momento presente pode ser gerada através de *mindfulness*, um estado consciente sem julgamentos, com foco no presente, ligado diretamente aos processos de aceitação, *self*-como-contexto e desfusão (Stoddard & Afari, 2024). Ter a atenção inflexível, de forma desconectada com o momento presente, interfere na relação com a experiência por manter a mente preocupada com o passado ou com um futuro incerto.

Por fim, a ação com compromisso trata-se do objetivo final da ACT. Após alinhar o comportamento com os valores, a ação comprometida envolve aderir a comportamentos que vão na direção desses valores reconhecidos. Assim, há a construção de um padrão comportamental com responsabilidade e com coerência (Barbosa & Murta, 2015). Dessa forma, o manejo comportamental em psicoterapia é com a finalidade de evitar eventos de inação ou impulsividade por serem ações da inflexibilidade psicológica.

Nesta pesquisa, as contribuições teóricas e práticas da ACT serão utilizadas a fim de compreender melhor o repertório comportamental de profissionais de saúde com o processo de morte. Diante deste cenário, propõe-se uma pesquisa quantitativa, com um olhar derivado do modelo de sofrimento psicológico da ACT, com o objetivo primário na investigação da presença dos processos de inflexibilidade psicológica nesse contexto de terminalidade, visando entender se prejudicam a relação dos profissionais de saúde com o processo iminente de morte. Ademais, é fundamental analisar como, dentro da dificuldade que a equipe possui na integração com o paciente e a família no contexto de terminalidade, emergem processos psicológicos que favorecem a esquiva experiencial e a comunicação superficial com o outro. Ainda, a importância da escolha da ACT neste contexto se destaca pela visão que essa abordagem fornece frente às funções e os significados de um comportamento em uma determinada situação, bem como sua história e estímulos aprendidos, conforme perspectiva das bases teóricas e epistemológicas da ACT (Santos, Sousa, & Gomes, 2020). À vista disso, acredita-se que entender essas dimensões psicológicas dos profissionais de saúde pode favorecer a qualidade da assistência, motivação profissional dos trabalhadores da área da saúde e a aceitação da finitude.

Na busca por literatura relevante para este estudo, não foram encontrados estudos empíricos que articulem a inflexibilidade psicológica com a relação entre os profissionais de

saúde, a morte e as estratégias de *coping* para lidar com a terminalidade. Isto se afirma após busca em bases de dados eletrônicos e revistas da área, como SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Perspectivas em Análise do Comportamento, Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (RBTCC), PubMed e ScienceDirect. Para a busca, foram utilizados os termos “Inflexibilidade psicológica” AND “morte” AND “*coping*” em revistas brasileiras e nas bases SCIELO e BVS. Temos em inglês foram utilizados nas plataformas PubMed e ScienceDirect: “*Psychological inflexibility*” AND “*coping*” AND “*death*”. Logo, diante da ausência de artigos empíricos sobre o tema, afirma-se que a busca corrobora para a presente pesquisa ser pioneira na ciência que une a inflexibilidade psicológica, a relação dos profissionais de saúde com a terminalidade e as estratégias de enfrentamento. Logo, diante da ausência de artigos empíricos sobre o tema, afirma-se que a busca corrobora com a ideia de que a presente pesquisa é pioneira por investigar como a inflexibilidade psicológica se relaciona com a terminalidade e as estratégias de enfrentamento para lidar com a morte em profissionais de saúde.

Um objetivo secundário deste estudo é também analisar se a inflexibilidade psicológica está ligada às habilidades atuais dos profissionais de saúde para lidar com pacientes em terminalidade. Entende-se aqui que a habilidade de lidar com a terminalidade pode ser dividida entre *coping* com a própria morte e *habilidades* para lidar com a terminalidade e morte de outras pessoas.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 Delineamento e local do estudo

O estudo contou com um grupo de participantes da área da saúde ( $n = 107$ ) que responderam a questionários psicométricos e um questionário de dados sociodemográficos. A coleta de dados foi online, com população nacional. A amostra foi por conveniência. Apesar do caráter exploratório, a presente pesquisa foi realizada com profissionais da área da saúde atuantes ou que atuaram em setores de Terapia Intensiva e Internação em instituições hospitalares. A escolha por tais profissionais se deu devido ao fato de que esta população lida diretamente com a terminalidade.

#### 3.2 Procedimentos e amostragem

Primeiramente, será realizada a coleta de informações dos profissionais. A escolha dos participantes será com base em alguns critérios: 1) Profissionais do setor de Terapia Intensiva ou Internação que tenham experiência em uma dessas áreas por pelo menos 12 meses; 2) Profissionais que estejam na linha de frente da comunicação sobre a assistência de pacientes em cuidados paliativos e iminentes de morte; 3) Profissionais, não obrigatoriamente, especializados em cuidados paliativos. Os critérios de exclusão são profissionais com atuação inferior a 12 meses nos setores mencionados, afastados ou de férias no período da coleta e que recusarem a participação. Importante esclarecer que a participação de profissionais atuantes no setor da Internação se justifica pelo fato que nem todo paciente terminal é transferido para o setor de Terapia Intensiva.

Os dados foram coletados e analisados via Google Forms®. Após declarar o interesse de participação na pesquisa, os participantes assinaram o TCLE através da marcação da caixa “Autorizo” presente no termo e responderam dos instrumentos. Além disso, os participantes receberam uma cópia do TCLE após o preenchimento do endereço de e-mail. Os profissionais foram convidados através do método de amostragem “Bola de Neve”, na qual os participantes puderam convidar outros profissionais a participarem da pesquisa. O anonimato foi garantido

a todos os participantes.

### 3.3 Instrumentos

*Ficha de Dados Sociodemográficos*: Foi utilizado para coletar informações sobre idade, sexo, área de atuação, tempo de experiência na área, especializações e participação em cursos e eventos com tópicos sobre morte (e.g., quantidade de cursos).

*"Coping with Death Scale" (CDS)*: Esta escala analisa as estratégias de enfrentamento dos profissionais de saúde, bem como sua percepção sobre a morte, tendo sido elaborada por Larry A. Bungen (1980-1981). O *coping* trata-se de estratégias de enfrentamento às situações de estresse tanto negativo quanto positivo, sendo ações aprendidas através de um estímulo com o objetivo não sempre de resolver, mas adaptar-se diante do agente estressor, a fim de preservar a sua integridade (Macedo, 2017). O instrumento foi traduzido e adaptado para a Língua Portuguesa (Brasil) como Escala *Coping* frente à Morte (Macedo, 2017). A escala é composta por 30 itens, dividida em duas categorias: Os itens 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 20, 21 referem-se ao *coping* e a percepção dos profissionais sobre sua própria morte (variável *Coping* no presente estudo). Enquanto os itens 6, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 competem às habilidades dos profissionais em se relacionar com os enlutados e a morte dos outros (variável Habilidades no presente estudo) (Macedo, 2017). Este instrumento possui o perfil de escala de *Likert*, com resposta graduada de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), e com o formato de autorrelato. A consistência interna do instrumento foi satisfatória, com um  $\alpha$  de Cronbach igual a 0,857 (Macedo, 2017).

*"Acceptance and Action Questionnaire-II" (AAQ-II)*: Este questionário avalia a inflexibilidade psicológica, mas propriamente os construtos de evitação experiencial e aceitação, conceitos integrantes da ACT (Bond et al., 2011). Foi desenvolvido por Frank W. Bond (2011), sendo a segunda versão do AAQ-I elaborado por Steven C. Hayes (2004) (Barbosa & Murta, 2015). A AAQ-II foi adaptada e validada para a Língua Portuguesa (Brasil) como "Questionário de Aceitação e Ação II" por Barbosa e Murta (2015). A medida é composta por 7 itens, no formato de escala de *Likert*, com resposta entre 1 (nunca) a 7 (sempre), com escores entre 7 e 49, que avaliam a inflexibilidade psicológica, tendo assim, as respostas invertidas para verificar o processo oposto, a flexibilidade psicológica (FP) (Otero, 2016). A confiabilidade deste instrumento na adaptação brasileira foi  $\alpha$  de Cronbach = 0,84 (Barbosa & Murta, 2015).

*"The Cognitive Fusion Questionnaire" (CFQ-7)*: Auxilia na mensuração do processo de fusão cognitiva, elaborado por Gillanders et al. (2014). O questionário foi adaptado e validado para a Língua Portuguesa (Brasil) como "Questionário de Fusão Cognitiva" (Lucena-Santos et al., 2017). Este é composto por 7 itens, no formato de escala de *Likert*, autorrelato, sendo escore 1 (nunca verdadeira) e 7 (sempre verdadeira). Além disso, a validação deste instrumento mostrou uma excelente consistência interna, com  $\alpha$  de Cronbach igual a 0,93 (Lucena-Santos et al., 2017).

### 3.4 Análise estatística

Os dados da pesquisa foram analisados descritivamente para verificar a distribuição e a normalidade. As variáveis categóricas foram descritas com frequência absoluta e relativa.

Análises de correlação de Pearson foram aplicadas para investigar a associação entre as características dos profissionais de saúde e as variáveis de interesse do estudo. As análises incluíram as seguintes variáveis: Idade, Tempo de Experiência, Coping com a própria morte (CDS), Habilidades (CDS), Inflexibilidade Psicológica (AAQ-II) e Fusão Cognitiva (CFQ-7). O gênero dos participantes e o poder de decisão sobre a terminalidade foram incluídos em



uma análise de comparação entre grupos, inicialmente, pois entendeu-se que haveria uma diferença entre homens e mulheres e entre tomadores de decisão (i.e., médicos e enfermeiros) e outros profissionais nos escores de *coping* e habilidades. Dada a diferença na distribuição dos grupos, a análise de Wilcoxon foi utilizada para comparar os grupos.

Dois modelos de regressão linear múltiplas foram testados. A inclusão de variáveis nos modelos considerou as hipóteses do estudo, i.e., de que os níveis de fusão e inflexibilidade influenciam no *coping* com a própria morte e na habilidade para lidar com a terminalidade. Além das variáveis hipotetizadas, foram inseridas na análise a idade dos participantes, o gênero e o tempo de profissão.

Diante da alta correlação entre fusão cognitiva (CFQ-7) e inflexibilidade psicológica (AAQ-II) ( $r = 0,73$ ,  $p < 0,001$ ), testes de multicolinearidade foram aplicados, indicando valores do fator de inflação de variância (VIF) menores que 2,5, sugerindo que as variáveis poderiam ser inseridas em um mesmo modelo (Zhou et al., 2024). Por fim, para garantir o que o efeito significativo encontrado nas análises não foi devido a casos influentes, participantes com valores maiores que 4/107 na distância de Cooks foram removidos em uma análise *post hoc* para avaliar se os resultados significativos permaneciam. Mesmo com a limpeza dos casos influentes, os resultados significativos permaneceram. Em todas as análises, foi adotado como nível para significância estatística um valor de  $p < 0,05$  e o tamanho de efeito foi reportado.

### 3.5 Cálculo de tamanho amostral

O cálculo amostral para o presente projeto foi realizado considerando análises multivariadas para prever dois desfechos: Percepção sobre o tópico morte e Habilidades para lidar com enlutados ou pacientes em processo de morte. O tamanho de amostra estimado com o software G\*Power®, tendo por base uma Análise de Regressão com cinco preditores, tamanho de efeito moderado (0,15), alpha de 5% e poder estatístico alto 0,95 sugere o uso de 107 participantes para o estudo. Considerando uma possível perda amostral de 20%, estima-se uma amostra de 130 participantes.

### 3.6 Aspectos éticos

Este projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade La Salle e desenvolvido em conformidade através do código de aceite (CAAE) 91995225.1.0000.5307 e com as normas vigentes expressas na Resolução 466 de 2012 e resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue aos participantes através do e-mail informado no termo. O preenchimento do TCLE foi feito online, com a escrita do e-mail do participante e da seleção em caixa “Autorizo” a fim de confirmar participação. O material coletado foi de uso exclusivo dos pesquisadores, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização do projeto de pesquisa, da própria pesquisa e dos artigos e publicações que dela resultem.

## 4 RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 117 profissionais de saúde, entre fisioterapeutas, nutricionista, assistente social, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e psicólogos. Destes, dez participantes foram removidos por se tratarem de estudantes de cursos da saúde, não preenchendo assim os critérios de inclusão. Os 107 participantes restantes tinham uma média de idade de 31 anos, indo de 21 até 63 anos. Com relação ao gênero, a amostra teve

uma predominância de mulheres, 78,5% ( $n = 84$ ) feminino. Dentre os profissionais de saúde participantes, a profissão mais predominante foi técnico de enfermagem 50,4% ( $n = 54$ ) e em segundo lugar, médicos 20,5% ( $n = 22$ ). Os participantes possuíam um tempo médio de experiência de 7 anos. Destes, 67,2% tinham algum curso sobre terminalidade ( $n = 72$ ) e 41,1% trabalhavam ou trabalham em UTI, visto que neste setor o contato com o processo de morte e o morrer torna-se mais frequente ( $n = 44$ ).

#### 4.1. Análises de correlação

As correlações de Pearson foram aplicadas para avaliar a associação entre variáveis do estudo. Com base na tabela, observa-se uma correlação negativa e consistente entre as variáveis ligadas à ACT, fusão cognitiva e inflexibilidade psicológica, e as variáveis ligadas à terminalidade, *Coping* e Habilidades. Ademais, a variável *coping* também apresentou correlações com a idade dos participantes e com o tempo de experiência, sugerindo uma relação com a *expertise* dos profissionais de saúde e seu tempo de vida.

**Tabela 1**

*Média, desvio padrão e correlações entre as variáveis de interesse*

| Variável                       | M     | DP    | 1       | 2      | 3        | 4        | 5      |
|--------------------------------|-------|-------|---------|--------|----------|----------|--------|
| 1. Idade                       | 33,99 | 8,92  |         |        |          |          |        |
| 2. Tempo de Experiência (anos) | 2,74  | 1,14  | 0,70**  |        |          |          |        |
| 3. Coping                      | 73,40 | 15,97 | 0,33**  | 0,25** |          |          |        |
| 4. Habilidades                 | 69,68 | 10,47 | 0,16    | 0,18   | 0,68**   |          |        |
| 5. Fusão Cognitiva             | 24,64 | 10,30 | - 0,21* | - 0,14 | - 0,35** | - 0,32** |        |
| 6. Inflexibilidade Psicológica | 22,10 | 9,44  | - 0,18  | - 0,07 | - 0,49** | - 0,47** | 0,73** |

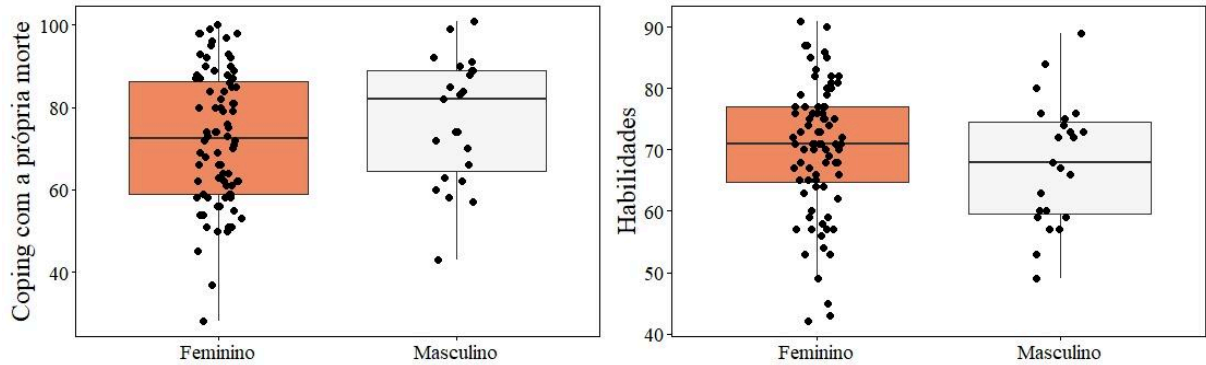
Nota: M e DP representam a média e o desvio-padrão, respectivamente. Correlações significativas estão representada por \*  $p < 0,05$  e \*\*  $p < 0,01$ .

#### 4.2. Comparação entre grupos

Visando compreender a influência do gênero e do tipo de profissão nos desfechos deste estudo (*coping* e habilidades), testes de comparação entre grupos foram realizados. Ao analisar a diferença entre os gêneros (Mulheres = 84, Homens = 23) no *coping* com a própria morte e nas habilidades, diferenças significativas não foram observadas. O *coping* com a própria morte foi apenas mais visualmente maior no grupo do gênero masculino ( $W = 797$ ,  $p = 0,201$ ). Também não foram observadas diferenças significativas nos escores de habilidade ( $W = 1100$ ,  $p = 0,311$ ).

**Figura 1**

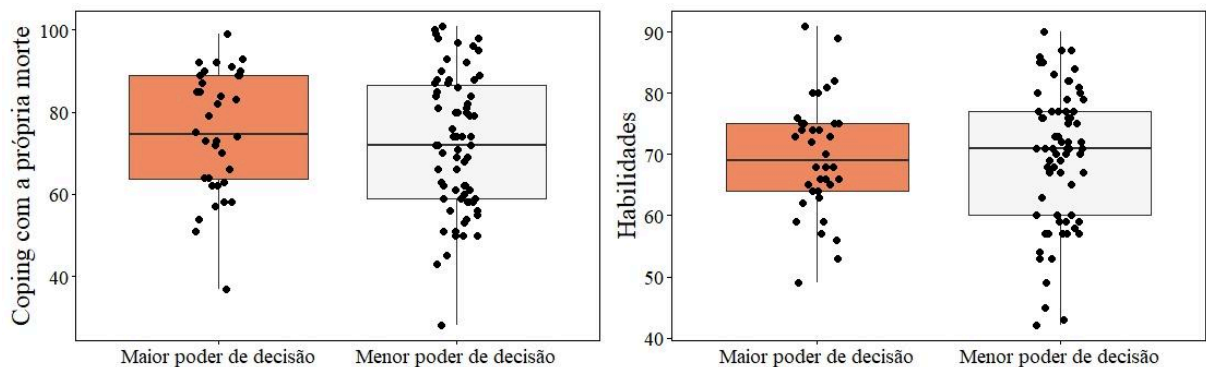
*Comparação entre gênero com relação aos escores da CDS*



Os participantes também foram divididos entre maior poder de decisão (i.e., médicos e enfermeiros;  $n = 37$ ) e menor poder de decisão (técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, assistente social e fisioterapeutas;  $n = 70$ ) para avaliar o impacto da profissão sobre os escores de coping e habilidades. Diante do gráfico, não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de maior poder de decisão e o grupo de menor poder de decisão nas estratégias de coping ( $W = 1406$ ,  $p = 0,400$ ) e nas habilidades de lidar com a terminalidade ( $W = 1207,5$ ,  $p = 0,644$ ).

**Figura 2**

*Comparação entre participantes Maior e Menor poder de decisão com relação aos escores da CDS*



#### 4.3. Análises de regressão

Com o intuito de esclarecer como as variáveis do estudo impactam no *coping* e nas habilidades, análises de regressão foram aplicadas. O coeficiente não padronizado (B) e o valor de ( $p$ ) observado estão presentes na tabela 2.

A análise considerando o desfecho do *coping* com a própria morte, mostrou a influência da idade, sugerindo que profissionais mais velhos podem lidar melhor com as situações relacionadas ao processo de morte e morrer. A variável idade não foi um preditor significativo no caso do desfecho das habilidades.

**Tabela 2***Análise de regressão entre as variáveis.*

|                                    | <i>Coping</i> |       |          |          | <i>Habilidades</i> |       |          |          |
|------------------------------------|---------------|-------|----------|----------|--------------------|-------|----------|----------|
|                                    | B             | SE B  | <i>t</i> | <i>p</i> | B                  | SE B  | <i>t</i> | <i>p</i> |
| <b>Intercepto</b>                  | 68,853        | 6,758 | 10,189   | < 0,001  | 79,039             | 4,515 | 17,504   | < 0,001  |
| <b>Idade</b>                       | 0,453         | 0,202 | 2,243    | < 0,027  | - 0,086            | 0,136 | - 0,629  | 0,531    |
| <b>Gênero.Masculino</b>            | 2,853         | 3,126 | 0,913    | 0,364    | - 3,889            | 2,141 | - 1,816  | 0,072    |
| <b>Tempo de Experiência</b>        | 1,899         | 1,543 | 1,231    | 0,221    | 1,958              | 1,056 | 1,853    | 0,067    |
| <b>Fusão Cognitiva</b>             | 0,019         | 0,179 | 0,107    | 0,915    | 0,002              | 0,123 | 0,017    | 0,986    |
| <b>Inflexibilidade Psicológica</b> | - 0,781       | 0,196 | - 3,970  | < 0,001  | - 0,504            | 0,134 | - 3,760  | < 0,001  |

*Nota: Correlações significativas estão representada em **negrito** em B, SE B, t e  $p < 0,05$  e  $**p < 0,01$ .*

Os resultados da análise de regressão mostram dados relevantes que permeiam o objetivo da pesquisa. O primeiro discute a influência da idade com as estratégias de *coping* acerca da própria morte, sugerindo que profissionais mais velhos podem lidar melhor com as situações relacionadas ao processo de morte e morrer. Por outro lado, a variável gênero apresentou uma tendência maior de *coping* acerca da própria morte nos homens do que em mulheres. Ao analisar esta variável com o enfrentamento da morte dos outros na variável Habilidades, os homens tendem a ter mais dificuldade. Embora o gênero masculino tenha apresentado esses resultados, não alcançou dados estatísticos significativos ( $p > 0,005$ ), de modo que impossibilita uma conclusão definitiva.

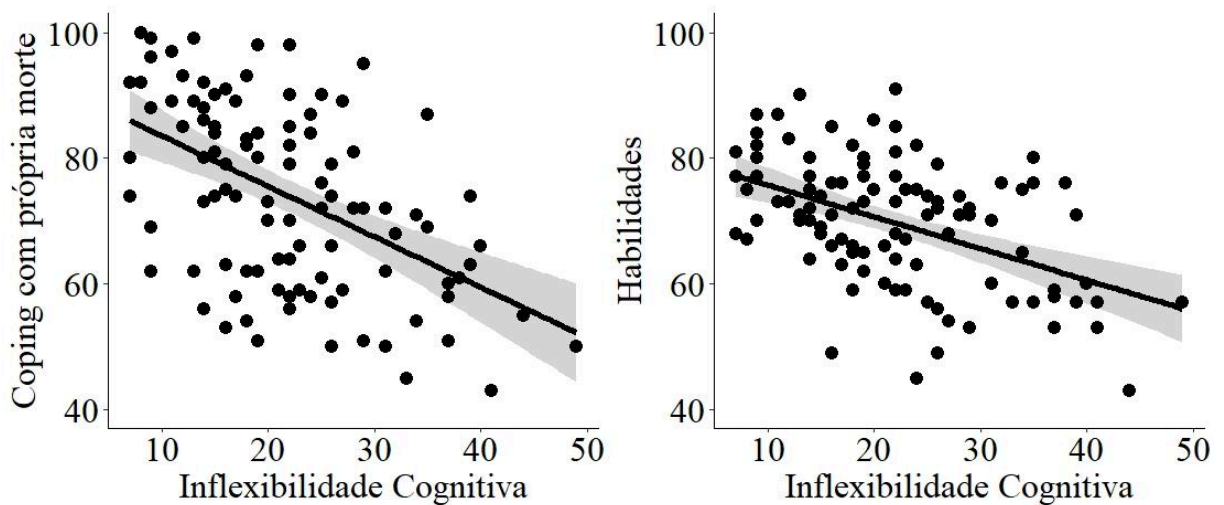
Um destaque pode ser para a variável Fusão Cognitiva que, de certa forma, demonstra que pode influenciar no nível de *coping* e de habilidades frente a situações de terminalidade, porém, estatisticamente tem um efeito de baixa significância ( $p > 0,323$  e  $p > 0,275$ ). De modo geral, certifica-se através dos resultados que conforme a Fusão Cognitiva e a Inflexibilidade Psicológica aumenta, tanto as estratégias de coping quanto de habilidades diminuem. Quando se volta para o valor do desvio-padrão e o valor de ( $p$ ) dessas variáveis, os dados consolidam a veracidade da influência da Inflexibilidade Psicológica e da Fusão Cognitiva ao lidar com situações da terminalidade da vida.

Em contrapartida, a variável Inflexibilidade Psicológica apresentou uma relação negativa robusta com o nível de *coping* e habilidades, sendo a hipótese de pesquisa parcialmente confirmada. A figura 3 apresenta o gráfico de dispersão com os principais resultados para a variável inflexibilidade. As análises indicam que, quanto maior a rigidez psicológica, menores podem ser os níveis de *coping* e as habilidades. Isto prediz que, à medida que o indivíduo demonstra ter dificuldade em se relacionar com as experiências internas, tendo uma tendência a evitação experiencial, uma atenção inflexível e até mesmo uma fusão cognitiva, há uma maior probabilidade de prejudicar sua capacidade de enfrentamento diante de situações da finitude. No que concerne à fusão cognitiva, observa-se que, no modelo de regressão, quando explorada juntamente com a inflexibilidade psicológica, apenas a inflexibilidade se torna significativa. Isto sugere que a fusão cognitiva tende a ser menos relevante que a Inflexibilidade neste contexto da terminalidade.

A inflexibilidade psicológica frente ao enfrentamento com a morte dos outros, aqui denominada de habilidades, se mantém significativa, mas de forma mais sutil quando em comparação com a variável *coping*, o que indica que pode haver outros fatores contextuais e interpessoais adicionais que influenciam nessa relação. De todo modo, pode-se afirmar perante os resultados desta regressão que a inflexibilidade psicológica se manifesta como um indicador consistente na compreensão de como os profissionais de saúde lidam com a finitude humana, tanto pessoal como profissionalmente.

**Figura 3**

*Gráficos de dispersão para a relação entre Inflexibilidade Psicológica e variáveis da CDS*



Em pesquisas psicológicas, um  $R^2$  maior que 0,30 (Fritz et. al., 2012) é considerado alto. Isto ocorre porque a determinação do comportamento humano é multifatorial, principalmente quando relacionado à morte. O modelo geral para a variável *coping* apresentou um  $R^2$  ajustado de 0,35, indicando que o modelo explica cerca de 35 por cento da variância nos escores de *Coping* (tabela 3). Já no caso da análise de regressão para a variável Habilidades, o modelo apresentou um  $R^2$  de 0,24. Apesar de ser um  $R^2$  relativamente baixo, os dados mostram coeficientes significativos na relação com a Inflexibilidade Psicológica, o que presume a intensidade de sua influência sobre as variáveis resposta coping e habilidades. Por último, cabe destacar que as análises apresentam um poder explicativo satisfatório para a pesquisa. Para ambos os modelos de regressão o poder estatístico foi acima de 0,99.

**Tabela 3**

*Análise do coeficiente de determinação ( $R^2$ ) e a variação entre as variáveis e preditores*

| Característica                              | Coping                              | Habilidades                        |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <b><math>R^2</math> ajustado</b>            | <b>0,35</b>                         | <b>0,24</b>                        |
| <b>Validade do modelo</b>                   | $F(5,98) = 12,03, p < 0,001$        | $F(5,98) = 7,679, p < 0,001$       |
| <b>Preditores significativos</b>            | Idade e Inflexibilidade psicológica | Apenas Inflexibilidade psicológica |
| <b>Direção do efeito da inflexibilidade</b> | $\beta = -0,582, p < 0,001$         | $\beta = -0,504, p < 0,001$        |

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar a presença da inflexibilidade psicológica e sua influência na relação dos profissionais de saúde com pacientes em terminalidade. Ao analisar os resultados, de modo geral, pode-se observar efeitos da idade, do gênero e principalmente da inflexibilidade no enfrentamento com a finitude humana. Apesar da relação com a idade no caso da variável *coping*, os resultados foram mais robustos ao avaliar a relação da inflexibilidade psicológica com as estratégias de *coping* com a própria morte e com as habilidades em lidar com a morte de outras pessoas. Com base nos resultados, indica-se que a inflexibilidade psicológica pode influenciar negativamente as estratégias de *coping* frente ao processo de morte e o morrer e que, possivelmente, impacta na relação dos profissionais de saúde com pacientes neste contexto. Dessa forma, há de se afirmar que as hipóteses da pesquisa foram confirmadas.

Segundo os resultados, os profissionais de saúde mais velhos tendem a lidar melhor com sua própria terminalidade. De acordo com Silva, Souza e Reis (2023), conforme se envelhece, algumas pessoas tornam-se mais conscientes e abertas à finitude humana, uma vez que a morte se torna mais palpável através das experiências de perdas vivenciadas no decorrer da vida. No entanto, os autores acrescentam que esta compreensão acerca da morte é influenciada por diversos fatores, como a vivência, as crenças e a saúde física e mental de cada indivíduo. Ao se tratar de profissionais de saúde, essa percepção pode ser mais explícita, de modo que situações de fase terminal de vida são cotidianas. Além disso, o presente estudo reforça esta visão ao demonstrar que a idade dos profissionais de saúde possui uma influência no enfrentamento sobre a morte de modo geral, tanto própria quanto à morte alheia.

Ao unir os dados da idade com a variável inflexibilidade é possível pensar que os profissionais mais novos são mais suscetíveis a possuir uma rigidez psicológica maior diante da finitude, considerando que observa-se a inflexibilidade psicológica como um elemento central nessa relação com a morte. Segundo Guedes et al. (2024), os indivíduos mais jovens apresentam mais processos de inflexibilidade psicológica como evitação experiencial, atenção inflexível e fusão cognitiva. Logo, analisa-se uma consolidação com estudos semelhantes precedentes, uma vez que os efeitos em conjunto da idade e da inflexibilidade psicológica no contexto da terminalidade podem indicar a idade reduz a inflexibilidade, apesar de não ter sido observada no presente estudo uma correlação significativa entre inflexibilidade psicológica e idade. . Ademais, adultos mais velhos utilizam estratégias de *coping* mais adaptativas, sendo mais propensos a serem mais abertos às experiências e ter menos evitação, consequentemente, com uma flexibilidade psicológica maior (Mahoney, Segal, & Coolidge, 2015).

Os dados indicam que a flexibilidade psicológica influencia consideravelmente na relação do indivíduo com a morte e o morrer. A morte, apesar de ser um fenômeno inevitável da vida humana, seu efeito é dependente das contingências predominantes, dos valores associados e do contexto sociocultural em que ocorre (Oliveira, 2014). No âmbito dos profissionais de saúde, esse evento torna-se recorrente de modo que seu impacto constante pode modificar o repertório comportamental desses profissionais com pacientes em terminalidade. Muitas vezes, estar em contato direto com situações iminentes de morte provoca nos profissionais sentimentos de impotência, culpa e frustração somados a respostas comportamentais de evitação desses sentimentos, o que afeta diretamente a relação interpessoal e a qualidade da assistência (Siqueira et al., 2022).

O modelo de flexibilidade psicológica é constituído, dentro dos seis processos, pelo processo de aceitação. Martin e Pakenham (2022) apontam em sua pesquisa que a aceitação é uma estratégia de enfrentamento fundamental no contexto de cuidados paliativos, sendo a

flexibilidade psicológica preditora da qualidade de vida do paciente paliativo, bem como das atitudes perante à morte do paciente. Além disso, os autores mostram que maior aceitação e conexão com os valores são expressivamente associadas a um processo de luto mais saudável. Logo, destaca-se a relevância da aplicabilidade de intervenções baseadas na ACT nessa perspectiva, a fim de promover maior flexibilidade psicológica tanto nos pacientes quanto nos profissionais de saúde. Considera-se que esta relação é mútua, de forma que acolher a saúde emocional dos profissionais significa contribuir no cuidado humanizado e integrativo com os pacientes. Esta importância do cuidado se potencializa no cenário da fase terminal, a qual a dignidade do paciente se configura um dos pilares nos cuidados paliativos e isso inclui os valores inerentes a ele e a aceitação do profissional sobre a autonomia do paciente e principalmente, sua relação com a morte.

A inflexibilidade psicológica, evidenciada nesse estudo, torna-se também importante para compreender fenômenos correlatos ao cuidado em saúde, como a fadiga da compaixão (Rodrigues et al., 2021). Essa condição é caracterizada por um comportamento traumático decorrente do contato direto com o sofrimento de outras pessoas, identificado pelo desinteresse no trabalho, insatisfação com a compaixão, irritabilidade, medo e prejuízos em outros aspectos da vida como a interação social. Rodrigues e colaboradores (2021) salientam sobre a importância de marcadores empíricos para a identificação de construtos que fundamentam esse sofrimento psíquico dos profissionais, à medida que esse reconhecimento estimula a autoconsciência do indivíduo, aprimora as estratégias de enfrentamento e diminui o risco do absenteísmo. Em vista disso, constata-se que os resultados da presente pesquisa confirmam o aspecto da inflexibilidade psicológica como marcadora das estratégias de *coping* e das habilidades de lidar com o contexto de maior sofrimento humano, a morte.

Cabe destacar que Todorov e Moreira (2005) sinalizam em seu estudo que a ciência não se volta a causas isoladas, mas às relações e circunstâncias sob quais os comportamentos ocorrem. Nessa perspectiva, os resultados robustos da presença da inflexibilidade psicológica na relação de profissionais de saúde com a morte contribuem não como causa unitária de uma integração deficitária, mas como um fator condicionante de respostas comportamentais frente à percepção da finitude. Desse modo, pesquisas futuras podem explorar intervenções baseadas na ACT a fim de serem aplicadas no contexto da saúde psicológica ocupacional de profissionais da saúde, de forma que estimule uma ação comprometida com os valores associados à profissão diante da morte.

Por fim, Holmberg et al. (2020) mostram em sua pesquisa que a flexibilidade psicológica é uma variável emergente para o engajamento no trabalho, uma vez que quanto maior a flexibilidade psicológica, maior o envolvimento com o trabalho. Ao analisar a relação antagonista entre a inflexibilidade psicológica e as estratégias de enfrentamento frente à morte exposta nos resultados, torna-se imperativa a criação de intervenções focadas na ampliação do repertório comportamental nesse contexto, uma vez que, consequentemente, aumenta-se a conexão com o trabalho e atua-se como ponte entre o cuidado e a dignidade humana.

## 5.1 Limitações do estudo

Este estudo, embora tenha alcançado os objetivos propostos, apresentou limitações no delineamento, as quais devem ser consideradas. Referente ao método, destaca-se o tamanho da amostra, a falta de controle de variáveis externas e o modelo transversal como lacunas da pesquisa. Com base nisso, e em consonância com Holmberg e coautores (2020), dados transversais necessitam ser analisados em profundidade, com um caráter longitudinal e estudos experimentais, com o intuito de refinar e aprimorar a compreensão dos fatores, como da inflexibilidade psicológica que influencia nas estratégias de *coping* de profissionais de saúde perante à morte. Apesar dos dados expressivos, a mensuração da magnitude do impacto

da inflexibilidade na habilidade de lidar com a morte de modo geral também é uma condição desafiadora, ao passo que o contato com a morte e o repertório comportamental são fenômenos multifatoriais. Ademais, a amostra aponta uma variabilidade de profissões presente, o que aumenta a generalização dos resultados, mas diminui a especificidade no que confere ao desenvolvimento de intervenções e identificação de demandas urgentes.

Vale mencionar que parte da limitação da pesquisa hipotetiza-se ser vinculada com a tendência social de esquiva para discussão e reflexão de assuntos que permeiam a finitude humana, o que repercute na dificuldade de adesão de participantes. Esta percepção se potencializa a partir de estudos anteriores que evidenciam esse comportamento social predominante (Campos, Silva, & Silva, 2019; Marinho & Souza, 2025; Soares et al., 2021) e que impacta em diversos contextos da vida, assim como as pesquisas nessa temática. Em vista disso, reflete-se sobre a interessante construção de estudos direcionados a estudar como a linguagem contribui para a inflexibilidade psicológica diante da morte, podendo-se utilizar de métodos de pesquisa da Teoria das Molduras Relacionais (RFT). A RFT pode ser útil para investigar como condicionamentos socioculturais e linguísticos impactam o entendimento sobre morte e morrer.

## 6 CONCLUSÃO

A morte é um fenômeno que carrega sentimentos desconfortáveis para o indivíduo, considerada um assunto estigmatizado e evitado socialmente. Paradoxalmente, esta concepção se encontra de maneira evidente no contexto hospitalar e no dia a dia de profissionais de saúde, os quais são condicionados, desde a formação acadêmica, majoritariamente para salvar vidas.

Quando a morte é inevitável, pode-se despertar o sofrimento psíquico desses profissionais com sentimento de frustração, culpa e esquiva da relação com pacientes em condições próximas da morte. Entretanto, a percepção da morte é uma construção sociocultural e multifatorial do indivíduo, o que altera a relação interpessoal oriunda deste contexto. Desse modo, é imperativo estudar como processos psicológicos e emocionais, como a inflexibilidade psicológica, impactam no entendimento da finitude humana. A partir disso, acredita-se que refletir sobre as condições que moldam o comportamento frente à morte refina a qualidade da assistência e o cuidado humanizado a esses pacientes.

Por fim, defende-se que, ao voltar o olhar para os marcadores das funções do sofrimento humano, possibilita-se a construção futura de intervenções mais precisas e eficazes. Dessa forma, a ciência protege e humaniza o indivíduo, ao passo que é através do saber científico que se catalisa a evolução humana e se fortalecem as relações interpessoais. Ademais, o acolhimento do sofrimento psíquico enraizado nas relações que permeiam a morte não muda sua constatação, mas modifica a forma como se vivencia a finitude humana.

## REFERÊNCIAS

- Alves, R. S. F., & Oliveira, F. F. B. (2022). Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde: Avanços e Dificuldades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1–16. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/YjthVg7rxNhm5nhDqrsCqTQ/>
- Arantes, A. C. Q. (2016). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Casa da Palavra.
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do *Acceptance*



- and Action Questionnaire – II – versão brasileira. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 20(1), 75–85. Recuperado em 14 de agosto de 2025, de <https://www.scielo.br/j/pusf/a/4sfX76Fw7v4YwWdCyP3Dp3B/?format=html&lang=pt>
- Beserra, V. S., & Brito, C. (2024). Situações difíceis e sentimentos no cuidado paliativo oncológico. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(1), 1–15. Recuperado em 18 de junho de 2025, de <https://www.scielo.br/j/csp/a/zMY8YN5qB5sMxPtJXRg9rcr/>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R., & Carpenter, K. M. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 678–688. Recuperado em 18 de junho de 2025, de [https://www.researchgate.net/publication/277210428\\_Preliminary\\_psychometric\\_properties\\_of\\_the\\_Acceptance\\_and\\_Action\\_Questionnaire\\_-\\_II\\_A\\_revised\\_measure\\_of\\_psychological\\_flexibility\\_and\\_acceptance](https://www.researchgate.net/publication/277210428_Preliminary_psychometric_properties_of_the_Acceptance_and_Action_Questionnaire_-_II_A_revised_measure_of_psychological_flexibility_and_acceptance)
- Campos, V. F., Silva, J. M., & Silva, J. J. (2019). Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Rev. Bioética, Brasília*, 27(4), 711–718. Recuperado em 22 de abril de 2025, de <https://www.scielo.br/j/bioet/a/v9HwSfW8gLGNZHWqfmtcZKf/>
- Carvalho, I. O., Silva, M. G., & Silva, L. L. (2024). O ensino de cuidados paliativos nas faculdades de Medicina de Salvador, Brasil: análise documental. *Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM)*, 48(3), 1–8. Recuperado em 6 de junho de 2025, de <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.3-2024-0002>
- Finkelstein, E. A., Bhadelia, A., Goh, C., Baid, D., Singh, R., Bhatnagar, S., & Connor, S. R. (2022). Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(4), 419–429. Recuperado em 6 de junho de 2025, de [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(21\)00673-4/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(21)00673-4/fulltext)
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2–18. Recuperado em 17 de novembro de 2025, de <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0024338>
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101. Recuperado em 10 de novembro de 2025, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789413000713?via%3Dihub>
- Gobbi, M. B. (2020). Comunicação de más notícias: um olhar da Psicologia. *Diaphora*, 9(1), 66–69. Recuperado em 15 de junho de 2025, de <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/213>
- Guedes, F. B., Matos, M. G., Cerqueira, A., Gaspar, T., Raimundo, M., Branquinho, C., &

- Nohonha, C. (2024). MindFlex/ACT: Competências psicológicas pelo olhar da Terapia de Aceitação e Compromisso – Estudo exploratório. *Análisis y Modificación de Conducta*, 50(184), 3–22. Recuperado em 10 de novembro de 2025, de <https://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/8355>
- Gligoric, I. (2024). The Magic of Death. *World Futures*, 80(4), 337–347. Recuperado em 25 de outubro de 2025, de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02604027.2024.2340785>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: o processo e a prática da mudança consciente* (2a ed.). Artmed.
- Holmberg J., Kemani, M. K., Holmstrom, L., Ost, L.G., & Wicksell, R. K. (2020). Psychological Flexibility and Its Relationship to Distress and Work Engagement Among Intensive Care Medical Staff. *Front. Psychol.*, 11, 1–10. Recuperado em 30 de outubro de 2025, de <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.603986/full>
- Lara, L. P., & Kurogi, L. T. (2022). O (a)parecer da psicologia hospitalar em equipe multiprofissional. *Rev. SBPH*, 25(1), 3–16. Recuperado em 20 de julho de 2025, de <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v25n1/02.pdf>
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Oliveira, M. S. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 53–62. Recuperado em 15 de agosto de 2025, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S221214471730008X>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas* (2a ed.). Sinopsys Editora.
- Macedo, A. (2017). *Tradução e adaptação transcultural para o uso no Brasil do instrumento Coping with death scale*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná] Biblioteca Digital: Teses & Dissertações. Recuperado em 10 de novembro de 2025, de <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/55014>
- Mahoney, C. T., Segal, D. L., & Coolidge, F. (2015). Anxiety Sensitivity, Experiential Avoidance, and Mindfulness Among Younger and Older Adults: Age Differences in Risk Factors for Anxiety Symptoms. *The International Journal of Aging and Human Development*, 8(4), 217–240. Recuperado em 7 de novembro de 2025, de [https://agingandmentalhealthlab.uccs.edu/sites/g/files/kjihxj1911/files/inline-files/anxiety\\_sensitivity\\_experimental\\_avoidance.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://agingandmentalhealthlab.uccs.edu/sites/g/files/kjihxj1911/files/inline-files/anxiety_sensitivity_experimental_avoidance.pdf?utm_source=chatgpt.com)
- Marinho, J. S., & Souza, R. D. S. (2025). Terminalidade no âmbito hospitalar: Acolhimento e afastamento nos processos de morte e morrer. *Revista Psicologia em Foco*, 15(21), 276–292. Recuperado em 10 de novembro de 2025, de <https://revistas.fw.uri.br/psicologiaemfoco/article/view/4243>

- Martin, C. L., & Pakenham, K. I. (2022). The role of psychological flexibility in palliative care. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 160–170. Recuperado em 2 de novembro de 2025, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212144722000400>
- Ministério da Saúde. (2023). *Manual de cuidados paliativos*. (2a ed.). Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Hospital Sírio-Libanês. Recuperado em 10 de novembro de 2025, de <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao>
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2019). *Princípios básicos de análise do comportamento* (2a ed.). Artmed.
- Oliveira, D. R. (2014). *Terapia do Luto: contribuições e reflexões sob a perspectiva da Análise do Comportamento*. [Trabalho de Especialização em Terapia Comportamental] Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Recuperado em 10 de outubro de 2025, de <https://doceru.com/doc/x0xe0501>
- Oshiro, C. K. B., & Ferreira, T. A. S. (2021). *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica*. Manole Saúde.
- Otero, T. B. (2016). *Evidências de validade o AAQ-2 (Questionário de Aceitação e Ação II) em profissionais Atenção Primária à Saúde no Brasil e correlações com ansiedade, mindfulness e autocompaixão*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo] Repositório Institucional UNIFESP. Recuperado em 10 de novembro de 2025, de <https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/7c30f8b3-469e-4dd6-8d86-506a3ecc7964/content>
- Perboni, S. J., Zilli, F., & Oliveira, S. G. (2018). Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Pers. bioét.*, 12(2), 288–302. Recuperado em 10 de junho de 2025, de <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n2/0123-3122-pebi-22-02-00288.pdf>
- Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. (2024). Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF. Recuperado em 5 de novembro de 2025, de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681\\_22\\_05\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html)
- Rodrigues, M. S. D., Lucena, P. L. C., Lordão, A. V., Costa, B. H. S., Batista, J. B. V., & Costa, S. F. G. (2021). Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo. *Rev Min Enferm. REME*, 25, 1–13. Recuperado em 5 de novembro de 2025, de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/55037>
- Saban, M. T. (2015). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso* (2a ed.). Artesã.
- Santos, S. A., Sousa, A. C. A., & Gomes, U. S. (2020). Esquiva Experiencial e Processo de

- Aceitação num Caso de Luto Materno. *Psicologia em ênfase*, 1(2), 84–95. Recuperado em 25 de outubro de 2025, de <https://ojs.unialfa.com.br/index.php/psicologiaemenfase/article/view/84>
- Santos, L. M., Oliveira, T. A. G., & Almeida, L. I. R. (2024). O impacto dos cuidados paliativos na saúde mental dos profissionais de enfermagem: Desafios e estratégias de enfrentamento. *Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física*, Vitória, 13(2), 43–53. Recuperado em 10 de novembro de 2025, de <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rbraf/article/view/3578/2820>
- Silva, L.N., Souza, S. C. S., & Reis, E. J. S. A (2023). Percepção do idoso frente ao envelhecimento e à morte: uma revisão narrativa da bibliografia. *Scientia Generalis*, 4(2), 291–299. Recuperado em 7 de novembro de 2025, de <http://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/522>
- Silva, T. S. S., Pedreira, R. B. S., Lima, E. R., Santos, L., Reis, T. T., Rocha, M. P., Cruz, S. P. L., Vilela, A. B. A., Boery, R. N. S. O., & Silva, R. S. (2022). Desafios da equipe multiprofissional em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(6), 1–14. Recuperado em 19 de abril de 2025, de <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28904>
- Siqueira, M. E. C., Mergulhão, L. M. R., Pires, R. F. S., Jordan, W. P. A., & Barbosa, L. N. F. (2022). Atitude perante a morte e opinião de estudantes de Medicina acerca da formação no tema. *Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM)*, 46(4), 1–10. Recuperado em 15 de julho de 2025, de [http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-52712022000400208](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712022000400208)
- Skinner, B. F. (2011). *Sobre o Behaviorismo*. CULTRIX. (Original work published 1974).
- Soares, A. K. S., Barbosa, N. C. S., Moura, H. M., & Rezende, A. T. (2021). Percepção de medo da morte: avaliando sua relação com os valores humanos e bem-estar subjetivo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, Montevideo*, 11(1), 198–221. Recuperado em 1 de novembro de 2025, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-70262021000100130](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262021000100130)
- Soares, L. C. R., & Machado, A. C. A. A (2023). Psicologia hospitalar na terminalidade da vida: um estudo de revisão. *Psicologia e saúde em debate*, 9(1), 456–473. Recuperado em 10 de setembro de 2025, de <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/974>
- Stoddard, J. A. & Afari, N. (2024). *O Grande Livro de Metáforas da ACT: um Guia do Clínico Para Exercícios Experienciais e Metáforas na Terapia de Aceitação e Compromisso*. Sinopsys.
- The Economist Intelligence Unit (2015). *The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world*. 1–70. Recuperado em 15 de junho de 2025, de [https://maisonstraphael.org/wp-content/uploads/2016/02/The\\_Economist\\_Quality\\_of\\_Death\\_Index\\_October\\_2015\\_Part1.pdf](https://maisonstraphael.org/wp-content/uploads/2016/02/The_Economist_Quality_of_Death_Index_October_2015_Part1.pdf)

- Todorov, J. C., & Moreira, M. B. (2005). O Conceito de Motivação na Psicologia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 119–132. Recuperado em 5 de novembro de 2025, de <https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/47>
- Tolstoi, L. (2023). *A morte de Ivan Ilitch* (2a ed.). Principis.
- Zhou, D. J., Chahal, R., Gotlib, I. H., & Liu, S. (2024). Comparison of Lasso and Stepwise Regression in Psychological Data. *Methodology*, 20(2), 121–143. Recuperado em 7 de novembro de 2025, de <https://doi.org/10.5964/meth.11523>