



Kádlá Jorceli Gomes Rafael

Glenda Agra

Doulas da morte

*tecendo amorosidade
em fim de vida*

*Kádla Jorceli Gomes Rafael
Glenda Agra*

Doulas da morte

*tecendo amorosidade
em fim de vida*



Campina Grande - PB

2024

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – EDUFCG
atendimento@editora.ufcg.edu.br

Prof. Dr. Antônio Fernandes Filho
Reitor

Prof. Dr. Mario Eduardo Rangel Moreira Cavalcanti Mata
Vice-Reitor

Prof. Dr. Bruno Medeiros Roldão de Araújo
Diretor EDUFCG

Simone Cunha
Revisão

Yasmine Lima
Projeto gráfico

CONSELHO EDITORIAL

Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro Costa Rego (CTRN)
José Wanderley Alves de Sousa (CFP)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Mário de Sousa Araújo Filho (CEEI)
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Andréa Maria Brandão Mendes de Oliveira (CCTA)
Rogério Humberto Zeferino Nascimento (CH)
Saulo Rios Mariz (CCBS)
Valéria Andrade (CDSA)

R136d Rafael, Kádla Jorceli Gomes.
Doulas da morte: tecendo amorosidade em fim de vida [recurso eletrônico] / Kádla Jorceli Gomes Rafael, Glenda Agra. – Campina Grande: EDUFCG, 2024.
140 p. : il. color.

E-book (PDF)
ISBN 978-85-8001-309-2

1. Doulas da Morte. 2. Assistência Terminal. 3. Cultura de Boa Vida e Boa Morte. 4. Guardiães do Fim da Vida. I. Agra, Glenda. II. Título.

CDU 612.67:2-186

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA SEVERINA SUELI DA SILVA OLIVEIRA CRB-15/225



Sabemos que quem cuida não salva e nem abandona – acompanha. Somos parceiros existenciais de quem nos propomos a acompanhar.

(Tavares, 2001)



A todos os seres que estão em processo de fim de vida.





Agradecimentos

A **AmorTser**, nossos profundos agradecimentos. O fio, o fiar e o confiar foram essenciais para tecermos juntos o nosso manto sagrado. Evoé!

Aos **juízes expertises** que colaboraram na avaliação da cartilha. Este trabalho é nosso!

Ao **Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CES/UFCG)**, pela autorização do uso dos Jardins Terapêuticos como cenários das imagens da cartilha.

Ao **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidados Paliativos** do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (NECUP/CES/UFCG), pela colaboração em todos os momentos da construção e validação da cartilha.

A **Maria Heloyse de Lima Monteiro, Maria Aparecida Freire de Avelar e Crislayne Silva de Macêdo**, pela participação nas enações das fotografias e registro das imagens. Vocês são as flores mais lindas da nossa cartilha!

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pela bolsa concedida pela aprovação do projeto de pesquisa inicial da cartilha.



Apresentação

O e-book de autoria acadêmica sobre doulas da morte merece a nossa maior atenção. No último ano especialmente, tive a oportunidade preciosa de acompanhar o trabalho das autoras na jornada de construção desta cartilha sobre doulas da morte.

Este livro é a expressão de um trabalho intenso e de muita dedicação e amor, pois ambas as autoras são mulheres plenas e profissionais excepcionais, que sabem expressar todos os aspectos do seu ser em trabalhos acadêmicos como este, o qual traz, com maestria, a história da doulagem da morte em uma perspectiva ampla, contando especialmente a história brasileira de pioneirismo e atuação.

O e-book traz uma grande contribuição acadêmica e assistencial para as doulas da morte brasileiras e outros profissionais da área de saúde, visto que não há publicações científicas, sobretudo, com rigor metodológico tão minuciosamente detalhado como mostra esta obra, em nosso país.

É ainda um convite às doulas da morte em latência a se encontrar, bem como pacientes, familiares e sociedade em geral a compreender um pouco mais sobre o tema.

Esta obra contribui, portanto, para que as doulas da morte cumpram seu papel social de construção de uma nova cultura de boa vida e boa morte. Enfatiza o ser humano como ser biográfico e digno de respeito durante o seu processo de fim de vida.

Agradeço imensamente às autoras por esta contribuição tão autêntica e coerente com nosso capítulo brasileiro!

Tatiana Barbieri Santana

Enfermeira

Doula da morte

Cocriadora da AmorTser,

pioneira na formação de doulas da morte no Brasil e na América Latina



Prefitácio

epitáfio à guisa de Prefácio

Os epitáfios são mensagens cemiteriais daqueles que se foram para nós, que estamos indo: “Vaidade das vaidades, tudo vaidade” – “Fomos o que és, serás o que somos!”

Diz João Cabral de Mello Neto – com quem concordo! – que há mortes-e-vidas-severinas...!

Vidas-severinas?

O trabalhar de morrer a vida inteira até morrer!

Só-bre/viver!

E há mortes-severinas...!

O morrer-só!

Mão nenhuma que segure a sua mão do lado cá – enquanto o Criador segura a sua mão do lado de lá!

É diſto que trata este livro:

Não deixar morrer só...!

Edmundo Gaudêncio



Sumário

Introdução.....	19
Metodologia.....	29
Levantamento bibliográfico.....	30
Elaboração da tecnologia educacional.....	33
Validação de conteúdo da tecnologia educacional.....	37
Teste piloto.....	39
Resultados.....	43
Revisão de escopo.....	43
Validação de conteúdo da cartilha.....	44
Apresentação da cartilha.....	48
Um pequeno esboço da cartilha.....	53
Aspectos históricos.....	53
Tarefas e serviços das doulas da morte.....	60
Atuação profissional.....	78
Cenários laborativos.....	79
Discussão.....	83
Alterações realizadas na cartilha digital.....	83
Alterações não realizadas na cartilha digital.....	101
Teste piloto.....	107
Considerações finais.....	121
Referências.....	125



Dizem que, antes de um rio entrar no mar, ele treme de medo.
Olha para trás, para toda a jornada que percorreu, para os cumes, as montanhas, para o longo caminho sinuoso que trilhou através de florestas e povoados, e vê à sua frente um oceano tão vasto que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre.

Mas não há outra maneira.

O rio não pode voltar.

Ninguém pode voltar.

Voltar é impossível na existência.

O rio precisa se arriscar e entrar no oceano.

Somente ao entrar no oceano, o medo irá desaparecer, porque apenas então o rio saberá que não se trata de desaparecer no mar, mas de tornar-se um imenso oceano.

Kalil Gibran



Introdução

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontam para o aumento da expectativa de vida no Brasil, onde 16,2% da população é idosa, contabilizando um total de 34 milhões de pessoas, em 2019. A expectativa de vida aumentou para 76,6 anos, com diferenças entre mulheres (80,1 anos) e homens (73,1 anos). A expectativa é que, até 2060, este número suba para 73 milhões com 60 anos ou mais, o que representa um aumento de 160% (IBGE, 2021).

Além do aumento da expectativa de vida, há também o aumento da incapacidade física e emocional. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021) revelou que as doenças e condições de saúde que causam mais mortes são as responsáveis pelo maior número de anos de vida saudáveis perdidos. Doença cardíaca, diabetes, acidente vascular encefálico, câncer e doença pulmonar obstrutiva crônica foram, coletivamente, responsáveis por quase 100 milhões de anos de vida saudáveis adicionais perdidos em 2019 em comparação com 2000.

Outro aspecto relevante é que, nas Américas, o uso de drogas surgiu como um contribuinte significativo tanto para a incapacidade quanto para a morte, visto que houve um aumento de quase

três vezes nas mortes por transtornos causados pelo uso de drogas entre 2000 e 2019. As Américas são as regiões do mundo em que o transtorno por uso de drogas é um dos 10 principais contribuintes para anos de vida saudáveis perdidos, devido às mortes prematuras e à incapacidade, enquanto em todas as outras regiões do mundo, o uso de drogas não está entre os 25 primeiros (OMS, 2021).

Estudo realizado com especialistas de todo o mundo avaliou o desempenho de seus países com base nos cuidados de fim de vida. Entre os indicadores usados, citam-se (Finkelstein *et al.*, 2021):

- a) O paciente pode ser atendido e morreu no local de escolha;
- b) Os prestadores de cuidados de saúde forneceram níveis adequados de cuidados e tratamentos que prolongam a vida;
- c) As preocupações não médicas do paciente;
- d) Os profissionais de saúde apoiaram as necessidades espirituais, religiosas e culturais do paciente;
- e) Os profissionais de saúde controlaram a dor e o desconforto em níveis desejados pelo paciente;
- f) Os prestadores de cuidados de saúde forneceram informações claras e oportunas para que os pacientes pudessem tomar decisões informadas; e
- g) Os custos não foram um obstáculo para o paciente obter cuidados adequados.

Ao final, 81 países foram classificados: o Reino Unido ficou em 1º lugar, uma vez que é o país que deu origem ao movimento dos cuidados paliativos; e o Brasil ficou em 78º lugar (Finkelstein *et al.*, 2021), ou seja, os brasileiros estão morrendo com sofrimentos diversos, que abrangem as dimensões física, psíquica, social, espiritual, cultural, existencial, e, sobretudo, humana, uma vez

que os cuidados paliativos são considerados direitos humanos dos pacientes (Lucena; Albuquerque, 2021).

Essa realidade brasileira escancara a necessidade de uma mudança do modelo de educação e de assistência à saúde, com base na educação em cuidados paliativos, em cuidados em fim de vida como direitos humanos dos pacientes, entre estudantes da área da saúde, profissionais de saúde, prestadores de cuidados de saúde, cuidadores formais e informais, bem como a sociedade em geral; com a construção, implantação e implementação de novos serviços de atendimento às pessoas em finitude (Victor, 2016).

Com base no reconhecimento dos pacientes como pessoas civis de direitos, os direitos humanos se fundamentam na visão holística do paciente e na dignidade humana inerente a todo ser humano, e não simplesmente nas relações contratuais de prestação de serviços de saúde aplicadas no entorno dos direitos dos pacientes e ao direito do consumidor (Albuquerque, 2016).

Ainda que mantenham estreita relação, é necessário clareza quanto à distinção entre direitos dos pacientes e direitos humanos dos pacientes. Estes fundamentam-se na dignidade humana inerente a todo ser humano, enquanto aqueles mantêm seus alicerces em bases consumeristas e centradas no aspecto individualista do paciente (Albuquerque, 2016).

O conteúdo dos direitos humanos do paciente se alicerça nos seguintes princípios: a) princípio da dignidade humana; b) princípio do cuidado centrado no paciente; c) princípio da autonomia relacional; e d) princípio da responsabilidade dos pacientes (Albuquerque, 2016; Cohen; Ezer, 2013).

No que se refere aos direitos humanos aplicados aos cuidados em saúde, destacam-se: a) direito à vida; b) direito à privacidade; c)

direito a não ser submetido a tortura ou tratamento desumano ou degradante; d) direito à informação; e) direito à saúde; e f) direito de não ser discriminado (Cohen; Ezer, 2013).

Nesse sentido, vale ressaltar que um dos aspectos mais frágeis das equipes de saúde brasileira está relacionado ao modelo biomédico vigente, que tem como foco a cura da doença e, por isso, os pacientes vêm sendo negligenciados pelos profissionais de saúde e prestadores de cuidados de saúde até os dias atuais, como pontuou o estudo de Finkelstein (2021).

Isso pode estar acontecendo, provavelmente, porque tais profissionais não estão considerando outros aspectos da vida do paciente, como a sua qualidade de vida e também sua qualidade de morte (Lucena; Albuquerque, 2021; Silva, 2016; Soneghet, 2020).

Nesse sentido, lançaram questionamentos éticos acerca dos cuidados dispensados aos pacientes em finitude humana, o que motivou o surgimento de movimentos sociais em prol da morte menos sofrida, mais digna e com maior autonomia por parte do paciente, propiciando a ambiência necessária para o desenvolvimento dos cuidados paliativos e cuidados em fim de vida (Lucena; Albuquerque, 2021; Silva, 2016; Soneghet, 2020).

Para isso, faz-se necessário não só ter conhecimentos baseados em evidências científicas e estar tecnicamente treinado para executar ações de saúde que aliviem os sofrimentos no âmbito biopsicossocial e espiritual, mas estar disponível para compreender a angústia experimentada pelo paciente e pela família durante todo o processo de morte, criando estratégias que possibilitem a resignificação e sentido da vida por parte do paciente que experimenta o morrer e a família, que acompanha todo caminho, mas que permanecerá viva (Lucena; Albuquerque, 2021; Silva, 2016; Soneghet, 2020).

Cuidar do processo de morte e morrer implica buscar assegurar dignidade e conforto até o último suspiro da vida do paciente. Para isso, se faz necessário um ambiente apoiador e acolhedor, que ajude a minimizar dores e desconfortos, aliviar a angústia, auxiliar o paciente a dar sentido à vida e reduzir danos evitáveis, decorrentes de um corpo em declínio progressivo, permitindo morte digna e respeitosa (Silva, 2016; Soneghet, 2020).

Com base nessa conjuntura, assumir o papel de cuidador pode ser não apenas gratificante, mas também desafiador, complexo e exigente (Rawlings *et al.*, 2019a; Rosenberg *et al.*, 2015).

Com uma maior dependência de assistência no final da vida (Brown; Walter, 2014), em conjunto com uma escassez de força de trabalho em cuidados paliativos, as pessoas que estão morrendo e suas famílias estão encontrando apoio e suporte nas Doulas da morte, para apoiá-los nos cuidados físicos, emocionais, sociais e espirituais do ente querido (Rawlings; Davies; Tieman, 2021).

A doula da morte é alguém que conhece e compreende a fisiologia do processo do final da vida e morte, que respeita e assegura as necessidades básicas da pessoa que está nesta etapa da vida e, acima de tudo, respeita as opções desta e da sua família e amigos, apoiando nas decisões informadas e conscientes (Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021).

O papel da doula da morte é acompanhar a pessoa que está em processo de terminalidade, bem como apoiar seus entes queridos durante os últimos anos, meses, semanas e/ou dias de vida, fornecendo apoio físico, espiritual, educativo e informativo (Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b).

A doula da morte apoia tanto o paciente que está em processo de terminalidade quanto a sua família, de forma a ajudá-los a viver esta etapa da vida com o máximo conforto, dignidade e respeito

(Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021).

A partir dessa conjuntura, as ações de educação em saúde realizadas por profissionais de saúde podem viabilizar o conhecimento sobre a importância e o papel das doulas da morte na sociedade.

Dessa forma, o processo de ensino deve ser o alicerce de construção e sustentação da formação profissional em saúde, agregando valores, conhecimentos e experiências, pois se entende por ações educativas as práticas de ensino-aprendizagem desenvolvidas com o objetivo de debater e promover o conhecimento e, assim, subsidiar a tomada de decisões, tendo como referência a reflexão crítica dos aspectos éticos e legais da profissão (Ferreira *et al.*, 2015).

Os profissionais da saúde, sobretudo, enfermeiros, podem lançar mão de uma diversidade de tecnologias para realizar, com criatividade, o processo de cuidar e educar. Neste âmbito, destacam-se as tecnologias educacionais (TE), que podem ser utilizadas de modo a favorecer a participação dos sujeitos no processo educativo e contribuir para a cidadania e o desenvolvimento da autonomia dos envolvidos (Moreira *et al.*, 2014).

A TE é considerada um corpo de conhecimentos enriquecidos pela ação humana e não apenas a construção e o uso de artefatos ou equipamentos (Nietsche *et al.*, 2012). As TES também são importantes dispositivos para a medição de processos de ensino e aprendizagem entre educadores e educandos, em diversos processos de educação formal-acadêmica e formal-continuada (Khurana *et al.*, 2016; Teixeira; Mota, 2011).

Entre as tecnologias educacionais, há ferramentas básicas e contínuas do saber, tais como as cartilhas educativas. Estas con-

têm informações alocadas de forma acessível a todos os públicos, detendo-se de elementos visuais como forma prática de transportar o conhecimento (Cruz *et al.*, 2017).

O estudo justifica-se pelos números elevados de mortes registradas no Brasil (OMS, 2021) decorrentes de doenças que ameaçam e limitam a vida, bem como a necessidade de se utilizar ferramentas tecnológicas como estratégia de educação para a qualidade de morte de pacientes em finitude.

Além disso, uma busca realizada em periódicos bilíngues indexados em bases de dados e bibliotecas científicas on-line, utilizando-se as palavras-chaves “doula da morte”; “doulas de fim de vida”; “terminalidade”; “processo de morte”; “processo de terminalidade” “finitude humana”; “assistência terminal” e “cuidados paliativos”, conectadas estrategicamente com os operadores booleanos AND, OR e AND NOT, no espaço temporal de 2000-2020, não foram encontrados estudos sobre construção e validação de cartilha referente à importância e ao papel das doulas da morte no Brasil.

Ressalta-se a importância desta pesquisa para o desenvolvimento de novos recursos e estratégias para as práticas educativas junto aos profissionais de saúde da Rede de Atenção à Saúde, bem como pacientes e familiares, tornando possível a criação de uma rede de multiplicadores de informações, com menos formalidade e mais interação entre emissor e receptor.

Diante disso, vale ressaltar que a proposta da elaboração da cartilha é relevante, pois é uma tecnologia educacional de fácil entendimento; é uma estratégia de educação para a morte; é um material que norteará profissionais da saúde, familiares, cuidadores formais e informais na assistência aos pacientes em fim de vida; bem como é um material que poderá ser usado no processo

de ensino-aprendizagem nas graduações das áreas de saúde e na educação permanente em diversos cenários da Rede de Atenção à Saúde.

Além disso, a cartilha educativa pode incentivar a construção de novas ferramentas didáticas, especialmente na área de cuidados paliativos e tanatologia.

Entende-se que a enfermagem precisa expandir e valorizar suas produções, mesmo que não venham sendo, predominantemente, compostas por artefatos e inventos, mas de estratégias para sistematizar o processo de trabalho ou a estruturação de material didático-pedagógico de educação para a morte.

Nesta perspectiva, os objetivos deste livro são descrever os passos da construção da tecnologia educativa e apresentar a cartilha educativa sobre a prestação de cuidados das doulas da morte.



*Quando morre uma flor, nasce uma semente;
Quando uma semente morre, nasce uma planta.
E a vida continua o seu caminho,
Mais forte do que a morte.*

Tagore





Metodologia

Trata-se de uma pesquisa metodológica de desenvolvimento tecnológico, com abordagem qualitativa. É uma pesquisa que, além de produzir conhecimento, gera novos processos tecnológicos e novos produtos, com resultados práticos imediatos em termos econômicos e na melhoria da qualidade de vida (Polit; Beck, 2018).

A utilização da pesquisa metodológica na enfermagem tem sido encontrada em quatro modalidades de estudos: desenvolvimento de instrumentos de medida; desenvolvimento de tecnologias assistenciais, gerenciais e/ou educacionais (também classificadas como materiais ou imateriais, de produto ou de processo); tradução e adaptação transcultural de instrumentos produzidos em outros países; validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (Teixeira, 2019).

Na descrição dos meios e métodos de pesquisa, autores têm indicado a sua utilização por meio de etapas ou fases. Não há uma quantidade precisa de etapas ou fases, tal indicação vai depender dos objetivos. Neste livro, são abordadas três etapas, contudo, o processo de validação é sintético, levando em consideração as normas da Editora da UFCG.

A estratégia tecnológica utilizada para a construção da cartilha educativa seguiu o referencial proposto por Echer (2005) nas seguintes etapas: elaboração do projeto, levantamento bibliográfico, elaboração da tecnologia e validação de conteúdo do material por juízes.

Para facilitar o entendimento do leitor, este capítulo está dividido em quatro etapas.

Levantamento bibliográfico

Para a realização do referencial teórico, foi utilizado o método de revisão de escopo, guiado por manual específico e sistematizado para este tipo de revisão (Institute, 2015).

Esta investigação baseia-se em uma revisão exploratória que propõe mapear, na produção científica, estudos relevantes em determinada área. É descrito em cinco fases: identificação da questão de pesquisa; identificação dos estudos relevantes; seleção dos estudos; análise dos dados; síntese e apresentação dos dados (Becker, 2017).

a) Identificação da questão da pesquisa

A questão de pesquisa, o objetivo do estudo e os descritores foram elucidados pela combinação mnemônica PCC, na qual **P** significa *Population* – doulas da morte; **C**, *Concept* – cuidados em fim de vida; e **C**, *Context* – assistência terminal. E apresentou a seguinte questão norteadora: quais as evidências científicas sobre a prestação de cuidados realizados pelas doulas da morte na terminalidade da vida?

b) Estratégia de busca

Para identificação de estudos relevantes, foram selecionados artigos publicados em periódicos online no período de 1º de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2021. O referido período foi considerado, tendo em vista a maior disseminação de pesquisas internacionais acerca dos cuidados realizados pelas doulas da morte, a partir dos anos 2001.

A estratégia de busca de artigos foi norteadora pelos descritores de ciências da saúde (DeCs) e termos do *Medical Subject Headings* (MESH), apresentados nos idiomas inglês, espanhol e português, com o auxílio do booleano AND e OR entre os seguintes termos: “doulas” AND “morte” AND “assistência terminal” OR “doulas” AND “morte” AND “assistência ao paciente” OR “doulas” AND “morte” AND “enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida” OR “doulas” AND “morte” AND “atitude frente à morte”.

Vale ressaltar que a busca foi realizada de forma independente pelas pesquisadoras. Salienta-se também que, nas fontes de busca, não foram obtidas publicações com os termos em português. Salienta-se que a opção pela busca de estudos publicados na língua inglesa denota a internacionalização do idioma e a possibilidade de maior quantidade de citações que favoreçam o acesso ao conhecimento acerca do tema proposto.

Foram utilizadas as seguintes bases de dados e bibliotecas eletrônicas como fontes de informação: *Web of Science* (WOS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED).

Ressalta-se a utilização das bases de dados disponíveis no acesso institucional por meio do Portal de Periódicos da Coordenação

nação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio da Comunidade Acadêmica Federada (CAFE), como forma de padronizar a coleta nessas bases, no período de novembro a dezembro de 2021.

c) Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi realizada a partir da leitura criteriosa dos resumos e títulos dos registros obtidos nas fontes de informação. Por conseguinte, após a análise dos textos completos, foram selecionadas as publicações a serem mapeadas em conformidade com os elementos PCC.

d) Critérios de inclusão

Foram considerados múltiplos desenhos de estudos, de origem primária e secundária, publicados em periódicos indexados, tais como: estudos originais, revisões, relatos de experiência e de caso, bem como editoriais. Foram excluídas publicações como: notas prévias, sites, blogs, notícias, informativos, artigos de revistas não científicas e de jornais, resumos de congressos, teses e dissertações e artigos publicados em outros idiomas, indisponíveis na íntegra no momento da busca ou que não apresentaram relação com o tema abordado.

e) Extração dos dados

Utilizou-se um roteiro elaborado pelas autoras, do qual os dados relevantes das publicações foram extraídos, de acordo com

os objetivos desta revisão. Tais registros foram organizados em planilhas do programa Excel, conforme as variáveis: título do estudo, autores, ano de publicação, país do autor principal, periódico e desenho do estudo. De modo sequencial, houve associação das principais informações selecionadas a partir de uma revisão analítica.

Elaboração da tecnologia educacional

a) Seleção e fichamento

A partir da leitura dos artigos, foi elaborado um formulário composto pelas seguintes informações: definição de doulas da morte; importância das doulas da morte; tarefas e serviços das doulas da morte; profissionais aptos para exercer o papel de doulas da morte; e cenários laborativos, a fim de elaborar o roteiro da cartilha.

Echer (2005) ressalta, em relação à seleção das informações que irão compor um material educativo, ser esta uma etapa importante do processo de construção, porque precisa ser atrativo, objetivo e de fácil compreensão. Não deve ser extenso, mas pode fornecer orientação significativa sobre o tema a que se propõe e atender às necessidades do público-alvo, para que este se sinta estimulado a ler.

Para obtenção de elementos referentes às informações sobre doulas da morte, foram utilizadas as fases de análise de conteúdo (Bauer, 2013).

b) Elaboração textual

Após o preenchimento do formulário, foi iniciada a elaboração textual, em que foram abordadas as informações julgadas necessárias para o desenvolvimento da cartilha.

Nesse sentido, utilizou-se a Taxonomia de Bloom (1973), que divide os objetivos em cognitivo, afetivo e psicomotor. O domínio cognitivo envolve o conhecimento da informação, as ideias e os conceitos que são interpretados e compreendidos e estão vinculados à memória, ao desenvolvimento das capacidades e das habilidades intelectuais. Em relação aos afetivos, estão relacionados com os sentimentos que podem ser experimentados pelos sujeitos no processo de aprendizagem e são expressos em valores, interesses, atitudes, desenvolvimento de apreciações e ajustamento comportamental e disposições emocionais. E, por fim, os objetivos psicomotores, que enfatizam as atividades que exijam coordenação neuromuscular nos materiais educativos que os sujeitos necessitam desenvolver no processo de ensino-aprendizagem.

Portanto, neste estudo, define-se objetivo cognitivo o profissional de saúde conhecer a definição de doulas da morte; compreender a importância das doulas na Rede de Atenção à Saúde; e analisar criticamente as tarefas e os serviços das doulas da morte, que podem ser implantadas em seus serviços. Em relação aos afetivos, perceber a importância da doulagem da morte e reconhecer a necessidade de implementar ações que promovam a boa morte. E os psicomotores, utilizar a cartilha de forma adequada tanto na assistência como na educação em saúde.

Por utilizar a taxonomia de Bloom (1973), priorizou-se a linguagem técnica e científica – abordada inclusive nos artigos –, uma vez que a cartilha se destina aos profissionais de saúde, públi-

co-alvo da pesquisa, podendo ser usado em toda a Rede de Atenção à Saúde, mas, sobretudo, nos setores de educação permanente, que podem ser considerados ambientes favoráveis às ações de educação em saúde.

Após a seleção do conteúdo – a partir da elaboração textual –, foi elaborado um roteiro, com a organização cronológica e coerente das informações selecionadas, de forma que cada assunto semelhante encontrado na revisão ficasse ordenado por capítulos e tópicos específicos que compõem a cartilha.

Vasconcellos *et al.* (2003) salientam que os conteúdos organizados precisam ter o discurso direto, de modo a possibilitar o intercâmbio de comunicação efetiva, para que o receptor compreenda a mensagem, favorecendo a identificação e a formação de vínculo com o leitor.

c) Captação de modelos das imagens

As imagens foram elaboradas com base no conteúdo selecionado, fundamentado na revisão teórica, com a finalidade de facilitar a compreensão dos profissionais de saúde sobre a temática abordada na cartilha.

Com base na revisão teórica, alguns estudantes, que são membros do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Cuidados Paliativos do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (NECUP/CES/UFCG), responsabilizaram-se pelas imagens, que foram elaboradas a partir de encenações para registros fotográficos, enquadrando-se com o tema proposto.

As estudantes receberam orientações sobre os tipos de encenações que deveriam montar, criaram ambientes atrativos e que se correlacionavam com a temática. Os locais de escolha para as

montagens das cenas foram os Jardins Terapêuticos, localizado no Centro de Educação e Saúde da UFCG e o domicílio de um dos membros do NECUP.

O registro fotográfico foi realizado com câmera de telefone celular da marca iPhone, do tipo 7 Plus, com câmera de 12 *megapixels* e resolução de 4.000x3.000 *pixels*. O elenco das cenas foi composto por uma doula da morte, um familiar, uma paciente e uma pet.

d) Montagem

Nesta etapa, procedeu-se com a seleção dos textos e das fotografias para formatação, configuração e construção do *layout* da cartilha por meio do programa Canva®, que é um editor gráfico gratuito, que permite criar artes de forma fácil, usando modelos prontos ou criando os próprios *layouts* (Canva, 2021).

O programa é útil para criar *posts*, cartões de impressão, materiais gráficos, cartilhas, pôsteres, cartazes. Pode ser usado na versão *web*, direto no navegador, em programas para computadores e em aplicativos para telefones celulares Android e iPhone (ios).

Para essa etapa de elaboração da cartilha, foram consideradas as orientações de Moreira, Nóbrega e Silva (2003), as quais descrevem os aspectos relacionados com a linguagem, a ilustração e o *layout* que o profissional de saúde deve considerar para elaborar materiais educativos impressos, de modo a torná-los legíveis, compreensíveis, eficazes e culturalmente relevantes.

A cartilha no formato digital oferece informações de forma sistematizada, possuindo características de acessibilidade e reutilização, proporcionando acesso ilimitado do material (Mashhadi; Kargozari, 2012).

Validação de conteúdo da tecnologia educacional

A validação é o processo de avaliar a precisão de uma determinada tecnologia de acordo com escores de testes (Pasquali, 2010; McGinnis, 2014). A validação pode ser realizada de diferentes formas, garantindo que o objetivo inicialmente proposto pela tecnologia seja almejado (Medeiros, 2015; Pasquali, 2010).

Nesse caso, o estudo foi validado quanto ao conteúdo da cartilha, no que se refere à pertinência quanto ao objetivo, à estrutura, à apresentação e à relevância da tecnologia, por meio da técnica *Delphi*, em duas avaliações (Revorêdo *et al.*, 2015).

A técnica *Delphi* é uma estratégia metodológica que visa obter um máximo de consenso de um grupo de especialistas sobre um determinado tema, quando a unanimidade de opinião não existe em virtude da falta de evidências científicas ou quando há informações contraditórias (Revorêdo *et al.*, 2015).

A técnica apresenta algumas vantagens: viabilidade econômica, possibilidade de reunir a opinião de profissionais qualificados, participação de juízes de localidades geográficas diferentes e eliminação de vieses inerentes a encontros presenciais. Por tais motivos, tem sido amplamente utilizada na pesquisa em saúde (Revorêdo *et al.*, 2015).

A validação de conteúdo pressupõe um julgamento subjetivo sobre se uma medida faz sentido intuitivamente e se refere ao grau em que um instrumento representa um domínio ou a relevância de seus itens. Nesse sentido, foram convidados avaliadores experientes na área. Para o quantitativo dos avaliadores, são recomendados 6 a 20 sujeitos (Pasquali, 2010).

Para seleção dos avaliadores, foi utilizado o sistema de pontuação baseado nos critérios adaptados de Fehring (1994). A amostragem foi não probabilística e intencional, para garantir a homogeneidade do grupo.

A seleção dos avaliadores foi realizada a partir dos currículos dos pesquisadores, disponíveis na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bem como por meio da técnica *Snowball* (bola de neve) (Vinuto, 2012), que possibilita a definição de pessoas com características comuns ao interesse da pesquisa. Foi solicitado aos primeiros avaliadores da amostra que indicassem outras pessoas que atendessem aos critérios para a composição da amostra da pesquisa.

Para a primeira avaliação *Delphi*, foi enviado um formulário aos avaliadores, que foi composto por duas partes: a primeira direcionada à caracterização dos dados sociodemográficos, profissionais e acadêmicos; e a segunda parte se destinou à apresentação da cartilha, o instrumento e as instruções para o preenchimento. Aos avaliadores, foi solicitada a inclusão e/ou a eliminação de itens no conteúdo da cartilha.

Nesse sentido, os pesquisadores avaliaram na cartilha quanto à pertinência ou à representatividade, ou seja, verificaram se os itens realmente refletiam os conceitos envolvidos, se eram relevantes e se estavam adequados para atingir os objetivos propostos.

Para a segunda avaliação *Delphi*, foi enviado um formulário contendo as duas versões da cartilha, a original e a modificada. Nessa fase, os juízes avaliaram a cartilha original e a modificada de acordo com suas sugestões e com o tratamento analítico, atribuindo a qualidade de avaliação entre as cartilhas.

Teste piloto

Não foi realizado o teste piloto no público-alvo da cartilha, pois, em aplicações especiais, os testes pilotos correm o risco de sensibilizá-los e enviesá-los. Esse risco geralmente é ofuscado pelas melhorias feitas na tecnologia educacional em uma execução de teste (Cooper; Schindler, 2016).

Nesse sentido, para não deixar dúvidas, após a validação pelos avaliadores, a tecnologia educacional passou por um teste para verificar a qualidade e a compreensão da cartilha, por meio da sua aplicação com profissionais de saúde de várias categorias.

Foram convidados para participar do teste profissionais de saúde, sendo um médico, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social, uma fonoaudióloga, um fisioterapeuta, uma odontóloga, uma terapeuta ocupacional e uma nutricionista, que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde e de Educação da Paraíba e que participam de dois grupos de estudos e pesquisas de Cuidados Paliativos da Universidade Federal da Paraíba e da UFCG. Para esses profissionais, foi solicitado que respondessem ao instrumento e ao seguinte questionamento: fale sobre a sua compreensão acerca da cartilha e da doula da morte.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG, campus Cuité – PB, com parecer nº 5.441.371 e CAAE nº 56797422.3.0000.0154.

O estudo foi elaborado levando em consideração os aspectos éticos de pesquisas que envolvem os seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN nº

564/2017 do Código de Ética da Profissão de Enfermagem (COFEN, 2017) e Ofício Curricular nº 02, de 24 de fevereiro de 2021 (Brasil, 2021), em que regulamenta as orientações e recomendações para os procedimentos em pesquisas que envolvam seres humanos em ambiente virtual.



A alma humana não quer ser aconselhada, consertada ou salva.

Ela simplesmente quer ser testemunha,

Ser vista,

Ser ouvida,

E acompanhada

Exatamente como é.

Parker J. Palmer





Resultados

Revisão de escopo

Com base nos critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados 467 artigos após a leitura dos títulos e dos resumos; destes, 30 foram excluídos por serem duplicados, totalizando 402 estudos. Após leitura flutuante, foram excluídos 372 artigos, uma vez que se tratava de estudo sobre as doulas do nascimento e/ou obstétricas, restando 30 estudos. Após a leitura na íntegra, somente 11 artigos versavam sobre a temática, os quais são a amostra final.

a) Síntese da revisão de escopo

Entre a diversidade e a flexibilidade de papéis, os (as) profissionais doulas da morte realizam tarefas, serviços e prestam cuidados práticos e não clínicos durante todo o processo de morrer – a morte, pós-morte e luto de pacientes –, dão suporte a seus

familiares, bem como promovem educação para a morte, levando em consideração as dimensões biopsicossocial e espiritual do cuidado humano.

Possíveis barreiras no movimento de doulas da morte incluem a inconsistência nos programas de formação e treinamento existentes e a ausência de um órgão regulamentador para a supervisão da prática e a padronização de honorários.

Validação de conteúdo da cartilha

a) Caracterização dos avaliadores da cartilha

Foram convidados 20 avaliadores com experiência na área, considerando os critérios de inclusão mencionados na metodologia. Contudo, somente 10 aceitaram participar da pesquisa. Destes, 9 eram mulheres e 1 homem, com idade variando entre 34 e 68 anos (média de 50,3 anos). Entre as categorias profissionais, os avaliadores mencionaram possuir graduação e/ou formação em Medicina, Enfermagem, Psicologia, Antropologia, Artes Plásticas, Capelania e Tanatologia.

Em relação à ocupação profissional, 8 avaliadores responderam que atuam em suas respectivas áreas de formação acadêmica, sendo 2 na docência, 3 na assistência hospitalar, 3 na clínica e 2 na assistência domiciliar. Em relação à titulação, 6 referiram ser especialistas, 3 possuíam mestrado e 1, doutorado.

Em relação ao tempo de trabalho na área da primeira formação profissional, um avaliador referiu ter mais de 30 anos na

docência; outro, mais de 10 anos de docência e pesquisa; 3, mais de 15 anos na clínica; outros 3, mais de cinco anos na assistência hospitalar; e 2, mais de 5 anos na assistência domiciliar.

No que se refere à formação e à atuação em doulas da morte, 7 responderam possuir a formação e utilizar os conhecimentos adquiridos do curso em suas ocupações profissionais; 2 referiram que não têm o curso e nem atuam como tal; e 1 tem a formação e atua somente como doula.

Para os avaliadores que são doulas da morte, o tempo de experiência de trabalho como doula variou entre 2 e 5 anos.

No que tange à educação para a morte, 7 avaliadores mencionaram ter experiência na área há mais de um ano; 1, há mais de 10 anos; e outro, há mais de 30 anos. Em relação à publicação na área, 4 dos 10 avaliadores responderam que tinham experiência.

Vale ressaltar que os avaliadores residiam e estavam domiciliados em vários estados do Brasil: 2 em São Paulo; 2 no Rio Grande do Sul; 2 na Paraíba; 1 no Rio de Janeiro; 1 no Distrito Federal; e 1 em Pernambuco.

b) Processo de validação de conteúdo

Neste item, são abordados somente os resultados principais, uma vez que o objetivo do livro é atender a quaisquer leitores, que possam, porventura, lê-lo e se beneficiar com a cartilha. Para os leitores acadêmicos, o trabalho original encontra-se anexado no Sistema de Bibliotecas da UFCG (SISTEMOTECA).

A metodologia de validação de conteúdo consiste em aplicar técnicas que legitimem, deem valor e reconheçam cientificamente conteúdos que estão sendo analisados por avaliadores com expe-

riência na área, com base em julgamentos que determinem o grau de relevância de cada item do instrumento, tornando o material viável e orientando cientificamente o público-alvo (Medeiros *et al.*, 2015).

Levando em consideração a avaliação do instrumento de maneira global e a literatura pertinente no que diz respeito ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC), a taxa de concordância entre os avaliadores recomenda valores de IVC total de 0,90 a 1,00 para os itens da medida (Alexandre; Coluci, 2015).

A primeira avaliação *Delphi* não atingiu valores de IVC mínimos estabelecidos pela literatura nas dimensões “Objetivo” e “Estrutura e apresentação”; só alcançou o IVC mínimo na dimensão “Relevância”. Além disso, foram propostas alterações na capa; nos capítulos “Conceito e objetivos”, “Aspectos históricos”, “Dimensões física, psíquica/emocional, social, informativa/educacional e espiritual” e “Cenários e profissionais”, que foram, em sua maioria, acatadas.

Após adequação das recomendações sugeridas pelos avaliadores da cartilha, foi possível observar que todas as dimensões “Objetivo”, “Estrutura e apresentação” e “Relevância” obtiveram um aumento significativo dos valores de IVC de 0,90 a 1,00, correspondendo a um avanço significativo na validação de conteúdo da cartilha, em comparação à primeira versão, em que os valores de IVC variaram de 0,70 a 0,90, com IVC total de 0,81. Portanto, a cartilha foi validada pelos avaliadores com IVC total de 0,98 na segunda avaliação *Delphi*.

Diante do exposto, vale ressaltar que a participação de profissionais de diferentes áreas de atuação no processo de validação foi um aspecto favorável do estudo, pois permitiu aliar diversos saberes especializados na temática abordada. Recrutar profissionais experientes de diferentes áreas assegura maior acurácia à seleção

e à avaliação de materiais educativos, além de valorizar as opiniões e os diferentes enfoques sobre o mesmo tema (Lima *et al.*, 2017).

Assim, a multidisciplinaridade dos especialistas, com experiência em ensino, pesquisa e assistência, foi essencial para o processo de validação da cartilha.

Apesar de o material ter sido bem avaliado pelos avaliadores, as observações e contribuições registradas por esses profissionais contribuíram para reformular algumas informações, substituir termos, rever ilustrações e, nesse sentido, foram essenciais para melhorar a qualidade do material educativo para o público-alvo na versão final.

O grau de legibilidade, realizado após validação com os avaliadores, apresentou percentual satisfatório e coerente para compreensão da escrita da cartilha, considerando a tecnologia explicativa importante e adequada para o público-alvo. Medir o grau de legibilidade de um material educativo é importante para evitar equívocos no aprendizado, podendo ter sua credibilidade e aceitação das tecnologias educativas quando existe a participação de profissionais expertises na área, e que também são representantes do público-alvo (Sousa; Turrini; Poveda, 2015).

Para a validação da cartilha educativa com a população que vivencia o trabalho, ou seja, as doulas da morte, o tema nele abordado precisa ser considerado com o desenvolvimento de tecnologias educativas, sendo uma atitude necessária e um ganho importante para o pesquisador e a equipe envolvida (Moura *et al.*, 2017).

Nesse sentido, é o momento oportuno para identificar o que realmente está faltando, o que não foi compreendido e o distanciamento que existe entre o que está escrito e o que, de fato, ficou compreendido, considerando o paciente e sua família como os focos principais da educação em saúde (Echer, 2005).

Assim, a avaliação da cartilha pelas doulas da morte evidenciou que seu conteúdo foi redigido de acordo com a realidade vivenciada diante da prática de doulagem, tendo em vista a avaliação positiva que fizeram do material.

Apresentação da cartilha

A cartilha intitulada *Doulas da morte: tecendo amorosidade no final da vida* é composta por 40 telas e apresenta capa, contracapa, ficha técnica, sumário, quatro capítulos que versam sobre a definição, os sinônimos, os objetivos, os papéis, as tarefas, os serviços, os cenários e os profissionais doulas da morte, as referências da amostra final da revisão de escopo e a capa final.

Para este livro, adaptou-se o conteúdo da cartilha às normas da Chamada Pública da Editora da UFCG. Contudo, a cartilha está disponível, em PDF, na página eletrônica do Centro de Educação e Saúde (CES)¹.

Todas as telas da cartilha apresentam fotografia(s); informações científicas; elementos gráficos de flores, folhas, galhos de árvores (vivos e mortos), clips, *post-its* e/ou durex, páginas de livros e/ou jornais rasgados, papéis envelhecidos e/ou queimados, retalhos de tecidos, elaborados a partir do programa Canva®, dando a impressão de um diário.

Na cartilha e neste livro, utilizou-se como elemento gráfico de apresentação de capítulos a flor de cerejeira, cuja característica é o tempo de vida, que dura cerca de três a quatro semanas, asso-

ciando-a, dessa forma, à efemeridade da vida (COBASI, 2022) e à condição transitória e passageira do homem pela vida.

De acordo com Giordani (2020), recomenda-se que as informações de uma cartilha sejam adequadas ao público-alvo. A variante linguística escolhida deve considerar as necessidades de informação e perfil dos leitores. Solicita-se evitar citações em excesso, porém, caso necessárias, utilizar citações indiretas. As referências deverão ser elencadas ao final, em consonância com a norma ABNT 6023.

Todas as informações contidas na cartilha foram baseadas em evidências científicas, que seguiram o rigor metodológico para a elaboração da revisão de escopo, descrito na etapa 1 da metodologia. Por esse motivo, incluíram-se todas as referências da amostra final da revisão no final da cartilha.

1. Cf.: <https://www.ces.ufcg.edu.br/portal/noticias/noticias/publicada-cartilha-doulas-da-morte-tecendo-amorosidade-no-final-da-vida>.



*Até a imensa profundidade do mar.
Sentar-me-ei à vossa mesa, mas sem corpo,
Irei convosco ao campo, como um espírito invisível.
Surgirei à vossa lareira como hóspede nunca visto.
A morte não muda nada, a não ser as máscaras
Que cobrem o vosso rosto.
O lenhador continuará a ser lenhador,
O lavrador, um lavrador,
E aquele que nunca contou a sua canção ao vento
Cantá-la-á também às esferas que giram.*

Kalil Gibran





Um pequeno esboço da cartilha

Doulas da morte: tecendo amorosidade no final da vida

Aspectos históricos

Doula

O termo “doula” tem origem grega e significa “mulher que serve”. Foi utilizado, pela primeira vez, na década de 1970 para designar as mulheres que ofereciam apoio físico, emocional e suporte cognitivo à gestante, durante o parto e o puerpério. Podem ser chamadas de “doulas da vida”, “doulas do nascimento” e “doulas do parto”.

A partir do modelo de doulas do nascimento, pensou-se no desenvolvimento da formação de doulas de outras áreas especializadas, dentre elas as doulas da morte.



FIGURA 1 – TELA 8 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

Doula da morte

Doula da morte é um(a) colaborador(a) que acompanha a pessoa que está em processo de fim de vida, realizando cuidados práticos e não clínicos, baseados na ortotanásia (a morte na hora certa) e kalotanásia (a morte bela; a boa morte), respeitando as dimensões biopsicossociais e espirituais do paciente. Tem como sinônimos: doula de fim de vida, doula de finitude, doula de partida, doula de passagem, parteira espiritual, parteira da alma, parteira da morte, parteira de passagem, guardião de fim de vida, guia da alma, companheira compassiva, mentora espiritual, protetora do espaço sagrado e tanadoula.

FIGURA 2 – TELA 9 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

O (A) colaborador (a) doula da morte se propõe:

- ▶ Reconhecer os momentos de morte na vida como oportunidades de transformação e ligação à impermanência da vida;
- ▶ Contribuir para desconstruir socialmente o significado que têm a doença, o sofrimento, o envelhecimento, a vulnerabilidade e a morte, para serem encarados como parte do processo natural da vida;
- ▶ Acompanhar pessoas com doenças que limitam e/ou ameaçam a vida e de suas famílias antes, durante e após a morte.

FIGURA 3 – TELA 10 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

Boa morte

O trabalho das doulas da morte tornou-se mais evidente e crescente devido à defesa do movimento da “boa morte”, no sentido de modificar as atitudes e os comportamentos da sociedade em relação ao processo de morte e morrer, bem como os cuidados de fim de vida.

FIGURA 4 – TELA 11 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

Nesse sentido, o(a) colaborador(a) doula da morte facilita conversas com pessoas que queiram falar, aprofundar e conectar-se com os seus ciclos de vida, lutos, processo de transição e rituais de passagem, a fim de viver uma vida mais consciente.

Fases de atuação

O(A) colaborador(a) doula da morte é alguém que presta seus serviços – de acompanhante, apoiador(a) e defensor(a) do paciente – nas três fases do processo de morte e morrer:

Fase pré-morte: aquela que inicia com o diagnóstico da doença ou com o próprio envelhecimento;

- ▶ Fase da morte: caracterizada pelo processo ativo de morte e morte propriamente dita;
- ▶ Fase pós-morte: aquela que vai desde o óbito e se estende até o luto dos familiares.

FIGURA 5 – TELA 12 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

Papéis das doulas da morte

- Entre os papéis das doulas da morte, concentram-se:
- ▶ Cuidador (prático e não clínico) da pessoa que está em processo de fim de vida;
 - ▶ Mediador entre a pessoa que está em processo de fim de vida, sua família e a equipe multiprofissional;

- ▶ Facilitador da rotina diária da pessoa que está em processo de fim de vida.

FIGURA 6 – TELA 13 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

Legislação

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou uma Nota Técnica nº 13/2024, que trata da orientação técnica acerca da atuação e da contribuição da doula no âmbito da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, na gestação, no trabalho de parto, no parto e após o parto.

Nesta nota, a atuação da doula foi qualificada na área da saúde tanto na sua classificação pelo Ministério do Trabalho e Emprego quanto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na

Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE). Assim, a CNAE 8690-9/99 descreve sobre a doula: “Outras atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente”, sendo destacada nas notas explicativas como subclasse desta categoria “os serviços de apoio à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal (doula)”.

Além disso, a nota menciona que a doula é uma trabalhadora que pode contribuir com o cuidado realizado por outras categorias profissionais para auxiliar a suprir a demanda pelo suporte contínuo, mas não realiza qualquer procedimento médico ou clínico.

A doula, nesse sentido, é considerada uma trabalhadora que se vale de tecnologia leve e inovadora no cuidado em saúde, recomendada por organismos e instituições mundiais pela centralidade na atenção integral, para redução de iniquidades a partir da promoção da educação em saúde e de direitos reprodutivos e sexuais.

O Ministério da Saúde entende que atuação da doula é benéfica no âmbito do cuidado integral, na perspectiva da equidade, atendendo às necessidades de quem vivencia o ciclo gravídico-puerperal, em que também devem-se considerar as situações de perdas gestacionais e o acolhimento ao luto gestacional e perinatal. Neste sentido, pode-se afirmar que o trabalho da doula é um exercício que produz o cuidado em saúde, discutido e necessário no âmbito do SUS.

Tarefas e serviços das doulas da morte

Cuidados físicos

Atenção! Alguns cuidados ofertados só podem ser realizados se o(a) colaborador(a) doula da morte tiver formação específica

para tal. Nesses casos, apontaremos esses cuidados com o marcador abaixo:

→ Este é o marcador

FIGURA 7 – TELA 14 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Conhecem e compreendem a fisiologia do processo de fim de vida e de morte;
- ▶ Reconhecem e avaliam os sinais e sintomas do processo ativo de morte;
- ▶ Ajudam a tornar o ambiente mais tranquilo, acolhedor, amoroso e sagrado;

FIGURA 8 – TELA 16 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Proporcionam medidas de conforto, bem-estar e qualidade de vida adequadas à fase de vida e às necessidades do paciente, entre as quais:

- ▶ A) Massagens de conforto;
- B) Termoterapia (compressas ou bolsa de água quente);
- C) Crioterapia (compressas ou bolsa de água gelado);
- ▶ Auxiliam o paciente: na alimentação; na mudança de decúbito; nas higiênes oral, corporal e íntima; na hidratação da pele; na deambulação (caminhar); e nas necessidades excretórias;

FIGURA 9 – TELA 17 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Permanecem ao lado do paciente durante o processo ativo de morte, estimulando trocas afetivas, propiciando ambiente leve, conforme desejos expressos anteriormente;
- ▶ Promovem a vigília;

FIGURA 10 – TELA 18 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- Realizam os cuidados com o corpo do ente querido pós-morte em domicílio, como:
 - ▶ Higienizar;
 - ▶ Tamponar (inserir algodões nos orifícios);
 - ▶ Auxiliar a família na escolha da roupa;

- ▶ Vestir e preparar o corpo do ente querido para o velório, caso a família deseje.

FIGURA 11 – TELA 19 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

Cuidados emocionais

- ▶ Promovem apoio emocional ao paciente e à sua família;
- ▶ Realizam escuta ativa e empática;
- ▶ Propiciam presença compassiva;
- ▶ Realizam estratégias de comunicação empática, como:
 - ▶ Apoiam a equipe multiprofissional e a família na comunicação do diagnóstico do paciente;
 - ▶ Escutam queixas, preocupações, angústias e temores do cliente e seus familiares.

- ▶ Acolhem emoções e sentimentos do paciente e seus familiares durante o diagnóstico, o processo ativo de morte, a pós-morte e o luto;

FIGURA 12 – TELA 20 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Estimulam rodas de conversas com amigos, a fim de contarem histórias e experiências de vida que tiveram juntos;
- ▶ Estimulam a participação de familiares e de amigos durante todo o processo de morte, de forma a proporcionar dignidade nos últimos dias de vida do paciente;

FIGURA 13 – TELA 32 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Fazem companhia ao paciente;
- ▶ Apoiam na tomada de decisão do paciente;
- ▶ Respeitam os desejos do paciente;
- ▶ Defendem os interesses do cliente e de seus familiares durante o processo de morte e morrer;
- ▶ Realizam atividades em conjunto com o paciente, como:
 - ▷ Leem livros;
 - ▷ Escutam e cantam músicas;
 - ▷ Tocam algum instrumento;
 - ▷ Assistem a filmes e a programas de TV;
 - ▷ Fazem orações e/ou preces juntos.
- ▶ Conduzem o paciente a relembrar momentos de vida, de forma a resgatar o sentido e o significado para o momento atual;

- ▶ Oferecem presença genuína, atenção plena e toques terapêuticos;

FIGURA 13 – TELA 21 DA CARTILHA EDUCATIVA

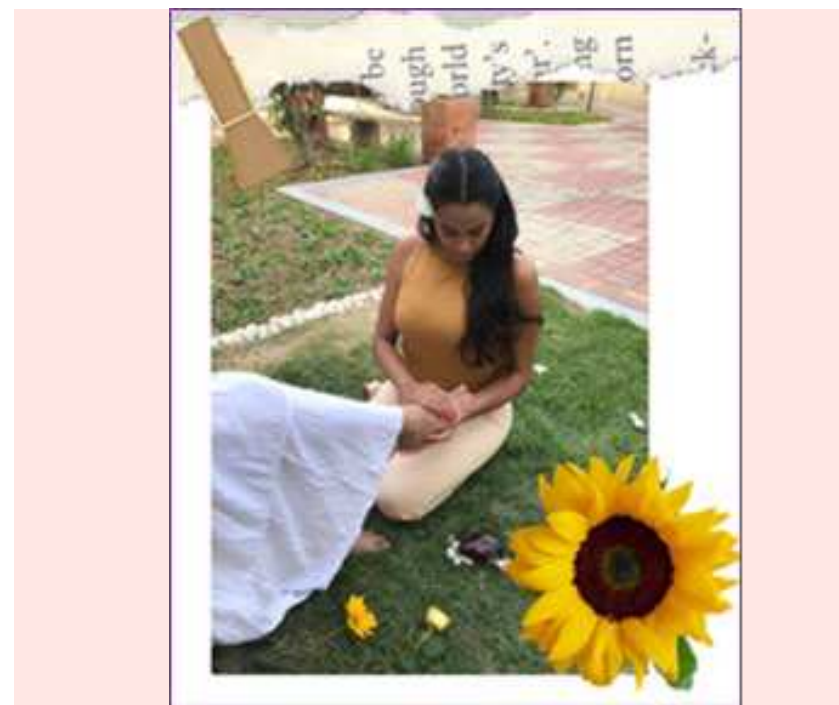


Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Auxiliam no encaminhamento do paciente para atendimento específico com psicólogo, capelão, assistente social;
- Realizam Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como:
 - ▶ Musicoterapia;
 - ▶ Terapia assistida por animais;
 - ▶ Massoterapia;
 - ▶ Reflexologia podal;

- ▶ Arteterapia;
- ▶ Aromaterapia;
- ▶ Meditação;
- ▶ Reiki.

FIGURA 15 – TELA 24 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

Cuidados sociais

- ▶ Organizam e planejam a agenda semanal junto com o paciente e os familiares;

- ▶ Acompanham o paciente nas consultas médicas;
- ▶ Transmitem à equipe médica as queixas verbais e as atitudes não verbais adotadas pelo paciente;

FIGURA 14 – TELA 22 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Fazem companhia a pacientes que não têm apoio familiar, que se sentem solitários ou abandonados ou, cujos cuidadores se sentem exaustos e necessitam de descanso;
- ▶ Mantêm contato estreito com a equipe multidisciplinar, de forma a facilitar a comunicação entre a família e a pessoa que está morrendo;
- ▶ Mantêm o paciente e os familiares informados sobre as questões médicas, a progressão da doença e o processo ativo de morte;

- ▶ Auxiliam o paciente nas atividades administrativas: digitam e enviam e-mails, recolhem correspondências;

FIGURA 16 – TELA 26 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Facilitam a concretização de desejos de fim de vida, como festas de aniversário e de casamento;
- ▶ Acompanham e/ou proporcionam momentos de lazer ao paciente;

FIGURA 17 – TELA 28 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Auxiliam a família no planejamento do funeral:
 - ▷ Cerimônia do memorial;
 - ▷ Velório;
 - ▷ Sepultamento ou cremação.

Cuidados informativos/educativos

- ▶ Orientam os familiares sobre os cuidados e as necessidades do paciente em cada fase do processo de morte e morrer;
- ▶ Explicam os termos médicos ao paciente, aos familiares e amigos;

- ▶ Orientam a família sobre os sinais premonitórios do final de vida;
- ▶ Orientam e facilitam os momentos que podem ser realizados pela família e amigos no processo ativo de morte e nas últimas horas de vida do paciente, como por exemplo, permanecer o mais próximo possível e se despedirem;

FIGURA 18 – TELA 30 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Auxiliam o cliente na elaboração das Diretivas Antecipadas de Vontade, que são o conjunto de informações sobre as vontades antecipadas, como:
 - ▷ Não ser alimentado por sonda;
 - ▷ Não ser intubado;
 - ▷ Não ser ressuscitado;
 - ▷ Desejo pela doação ou não de órgãos;
 - ▷ Onde e com quem quer vivenciar o processo de morte;

FIGURA 19 – TELA 31 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Explicam sobre o Testamento Vital (documento redigido sobre as vontades antecipadas do cliente, autenticado em cartório);
- ▶ Promovem educação para a morte, por exemplo: ministram palestras, cursos, *workshops*, seminários, webinários em eventos públicos, em universidades, em comunidades e em programas de treinamento;
- ▶ Gerenciam *Death Cafés* (encontros e rodas de conversas com pessoas que gostam de discutir temas relacionados à morte);

Cuidados espirituais

- ▶ Promovem apoio espiritual ao paciente e à sua família, respeitando crenças e valores religiosos e espirituais;

FIGURA 20 – TELA 33 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Estimulam o paciente a conversar sobre as crenças religiosas/espirituais, tentando resgatar o sagrado;
- ▶ Auxiliam, dentro de suas possibilidades, o paciente e a família a compreender e/ou aceitar a morte;
- ▶ Estimulam o paciente a elaborar o seu legado de vida, tais como:
 - ▶ Escrever cartas;
 - ▶ Organizar um álbum de fotos;
 - ▶ Gravar vídeos;
 - ▶ Escrever sua biografia;
 - ▶ Gravar as últimas mensagens de vida;
 - ▶ Criar um memorial com fotos de aniversários, datas especiais e comemorativas com familiares e amigos, incluindo mensagens de afeto;

FIGURA 21 – TELA 23 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Auxiliam o paciente a resolver pendências, como:
 - ▷ Perdoar-se;
 - ▷ Pedir perdão;
 - ▷ Encontrar alguém de quem deseja se despedir;
 - ▷ Ajudá-lo a identificar como deseja ser lembrado;

FIGURA 22 – TELA 34 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Auxiliam o cliente a encontrar a paz;
- ▶ Fornecem suporte a quem estará ao lado do paciente durante as últimas horas de vida;
- ▶ Planejam a vigília entre os membros da família;
- ▶ Facilitam as conversas finais e as despedidas;
- ▶ Elaboram rituais à beira do leito, de acordo com as crenças e tradições religiosas/espirituais do paciente;
- ▶ Acompanham, com mais atenção, cuidado e amorosidade, o paciente e a família no momento final de vida;

FIGURA 23 – TELA 27 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

- ▶ Promovem apoio no luto aos familiares, amigos e parentes após o óbito do paciente.

Atuação profissional

As primeiras doulas da morte foram enfermeiras de larga experiência, contudo qualquer pessoa – profissional da saúde ou não – pode realizar as tarefas e os serviços de doulas da morte, desde que treinados(as) para tal.

FIGURA 24 – TELA 35 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

Cenários laborativos

Assistência à saúde

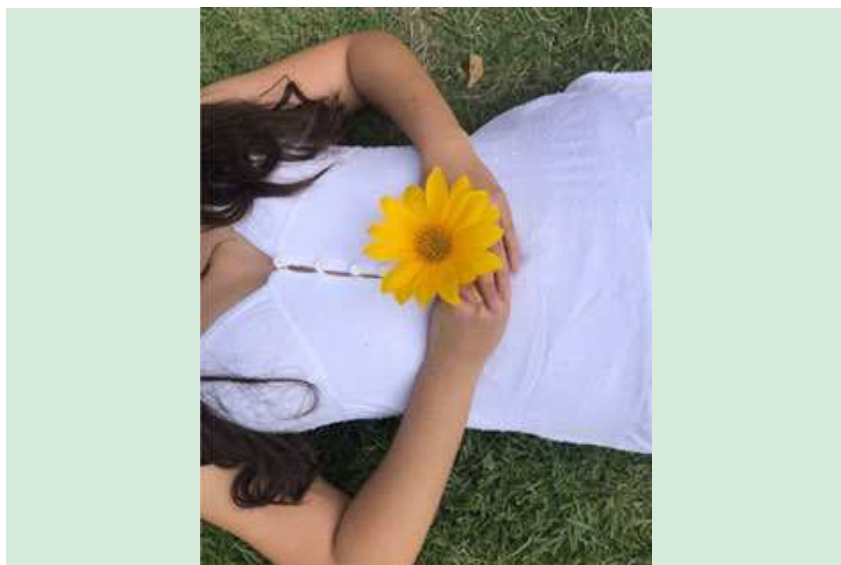
No âmbito do cuidar, o(a) colaborador(a) doula da morte pode atuar em domicílios, ambulatórios, hospitais, clínicas, instituições de longa permanência, casas de apoio e de repouso, unidades de cuidados prolongados e de cuidados paliativos, comunidades

compassivas², comunidades indígenas e quilombolas, presídios e agências funerárias, bem como em outros cenários sociais.

Educação

No âmbito da educação, o(a) colaborador(a) doula da morte pode ministrar aulas, palestras, cursos livres, cursos de curta e longa duração, *workshops*, bem como gerenciar *Death Cafés* e realizar pesquisas.

FIGURA 24 – TELA 40 DA CARTILHA EDUCATIVA



Fonte: Rafael e Agra (2023).

2 . Comunidade compassiva é uma iniciativa comunitária de desenvolvimento, associada aos cuidados paliativos, onde grupos de vizinhos se unem para organizar formas de auxiliar pessoas que estão em processo de terminalidade dentro de sua área residencial.



Ninguém pode fugir ao amor e à morte!

Públio Sírio



Discussão

Para melhor entendimento, foram construídos dois tópicos: um enfatiza algumas alterações que foram realizadas seguindo o rigor metodológico; e o outro, para justificar os motivos pelos quais algumas sugestões não foram acatadas, levando em consideração as limitações do *software* utilizado e as diretrizes.

Alterações realizadas na cartilha digital

- **Alteração 1** – Modificar o termo “profissional” por “facilitador(a)”.

Os juízes recomendaram modificar o termo “profissional” por “facilitador” e/ou “colaborador” quando da referência à doula da morte, pois acreditam que o termo “profissional” dá um significado mais enrijecido aos objetivos das doulas da morte, enquanto os termos “facilitador” e “colaborador” dão um significado mais integrador.

Além disso, os juízes sugeriram não utilizar o pronome pessoal feminino “a” ao referir ao termo doula, pois acreditam que o pronome poderia gerar algum conflito de interesse relacionado ao gênero. Dessa forma, optou-se pelos pronomes pessoais masculino “o” e feminino “a” antecedendo os substantivos “facilitador” e “colaborador” em toda a cartilha, levando em consideração as regras gramaticais vigentes no país, que utiliza tais pronomes pessoais para remeter aos gêneros masculino e feminino, respectivamente (Bechara, 2019).

Contudo, cabe ressaltar que o termo “doula” tem sua origem no termo grego clássico grego *δούλη* (“*dúle*”), que, etimologicamente, se refere à “mulher”; e, pela regra gramatical, não se deve escrever e nem pronunciar a palavra no masculino (doulo). Deve-se, portanto, usar a palavra doula sempre no feminino e, quando estiver relacionada à atuação de algum homem, deve-se escrever e pronunciar “o homem que exerce a função/o papel de doula” (Bechara, 2019).

Outra sugestão indicada pelos juízes foi revisar a escrita dos parágrafos enfatizando a doula como colaboradora, facilitadora e apoiadora de clientes, que se dispõem a vivenciar processos de perdas simbólicas e reais como protagonistas, e, a partir dessa vivência, ressignificar a vida e a morte.

- **Alteração 2** – Especificar as atividades e os serviços que as doulas da morte podem realizar, mediante formação complementar.

Os juízes sugeriram especificar, na cartilha, as atividades e os serviços que as doulas podem realizar caso tivessem formação específica na atribuição descrita. Nesse sentido, vale ressaltar os

aspectos educacionais e ocupacionais das doulas da morte no cenário brasileiro:

Em relação à educação, a AmorTser é a empresa (com CNPJ e patentes) pioneira, formadora de doulas da morte na América Latina, localizada no Sudeste do Brasil. Fundada desde 2018, a AmorTser já formou mais de 270 doulas da morte, que atuam no Brasil e em países vizinhos. Para participar do curso, é necessário ter idade igual ou maior que 18 anos, com o Ensino Médio completo (AmorTser, 2021).

Em relação à ocupação, faz-se necessário trazer à tona algumas informações fundamentais para o entendimento das atividades e dos serviços realizados pelas doulas da morte.

O site do Código Brasileiro de Ocupação mostra que a doula (CBO 3221-15) está registrada como ocupação e incluída como “Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas”. Na descrição sumária, o site destaca somente a atividade da doula do nascimento, tal como menciona: “no caso das doulas, visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico-puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante” (Ministério do Trabalho, 2022).

Em se tratando de doula da morte, não existe nenhuma atividade descrita. Por esse motivo, foi realizada a revisão de escopo com o objetivo de encontrar evidências científicas que embasassem a prática das doulas da morte e, com isso, elaborar a cartilha.

Vale ressaltar que a categoria “Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas” envolve outras ocupações, como técnico em acupuntura, podólogo, técnico em quiropraxia, massoterapeuta, terapeuta holístico e esteticista (Ministério do Trabalho, 2022); e apresenta uma descrição sumária única para todas elas, a saber:

Aplicam procedimentos estéticos e terapêuticos manipulativos, energéticos, vibracionais e não farmacêuticos. Os procedimentos terapêuticos visam a tratamentos de moléstias psiconeuro-funcionais, musculoesqueléticas e energéticas; além de patologias e deformidades podais. [...]. Avaliam as disfunções fisiológicas, sistêmicas, energéticas, vibracionais e inestéticas dos pacientes/clientes. Recomendam a seus pacientes/clientes a prática de exercícios, o uso de essências florais e fitoterápicos com o objetivo de diminuir dores, reconduzir o equilíbrio energético, fisiológico e psico-orgânico, bem como cosméticos, cosmocêuticos e óleos essenciais, visando a sua saúde e bem-estar. Alguns profissionais fazem uso de perfurocortante, medicamentos de uso tópico e órteses; outros aplicam métodos da medicina oriental e convencional (Ministério do Trabalho, 2022).

Nessa perspectiva, acredita-se que qualquer pessoa que tenha uma ocupação e/ou profissão pode utilizar os conhecimentos adquiridos no curso de formação de doulas da morte em sua prática ocupacional e/ou profissional, a fim de ampliar o olhar para o seu processo de trabalho (Infante, 2022).

A partir das sugestões dos juízes e com base na leitura científica, nos registros e nas descrições do Código Brasileiro de Ocupação, no plano de curso de uma professora internacional (Gaspard; Gadsby; Mallness, 2021) e no plano de curso da AmorTser, as autoras reescreveram as atividades e serviços das doulas da morte, levando em consideração o cenário brasileiro.

A primeira alteração foi incluir uma informação na página inicial (das atividades da dimensão física) em forma de lembrete, ressaltando que alguns cuidados no entorno do processo de doulagem da morte necessitam de uma formação específica, além da

inserção um ícone colorido nos itens que descrevem tais cuidados específicos (por exemplo, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – *Reiki*, reflexologia podal – e preparo do corpo pós-morte).

→ Alteração 3 – Especificar que os cuidados com o corpo pós-morte necessitam de formação complementar.

No item “Realizam os cuidados com o corpo pós-morte”, os juízes sugeriram complementar o tópico com a frase “caso a família deseje”, uma vez que esse serviço é realizado pelos tanatopraxistas contratados pelas agências funerárias.

Além disso, os juízes recomendaram especificar a necessidade de formação específica na área para a realização desses cuidados. Dessa forma, o item foi assinalado com o ícone colorido para mostrar ao leitor que a doula da morte precisa de uma formação específica em tanatopraxia e/ou em enfermagem para realizar tais cuidados.

De acordo com o site do Código Brasileiro de Ocupações, os “Trabalhadores dos serviços funerários” apresentam o código CBO 5165, e sua variação CBO 5165-05 destina-se ao agente funerário, ao tanatopraxista, ao atendente funerário e ao auxiliar funerário (Ministério do Trabalho, 2022). A descrição sumária da ocupação ressalta as seguintes atividades:

Realizam tarefas referentes à organização de funerais, providenciando registros de óbitos e demais documentos necessários. Providenciam liberação, remoção e traslado de cadáveres. Executam preparativos para velórios, sepultamentos, conduzem cortejo fúnebre. Preparam cadáveres em urnas e as ornamentam. Executam a conservação de ca-

dáveres por meio de técnicas de tanatopraxia e embalsamamento, substituindo fluidos naturais por líquidos conservantes. Embelezam cadáveres aplicando cosméticos específicos (Ministério do Trabalho, 2022).

No que se refere aos cuidados do corpo pós-morte, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) descrevem as seguintes intervenções:

Identificação do corpo, limpeza e preservação da aparência natural do corpo, retirada de sondas, cateteres, cânulas e equipamentos conectados ao corpo, alinhamento dos membros superiores e inferiores, colocação de próteses dentárias (se houver), fechamento dos olhos, tamponamento dos orifícios naturais ou orifícios realizados em decorrência da assistência multiprofissional para evitar a saída de gases, odores e secreções, elevar a cabeceira da cama para evitar acúmulo de líquido na cabeça, avisar os departamentos e funcionários (conforme a política da instituição de saúde), etiquetar os pertences do paciente e colocá-los em local adequado, avisar o serviço religioso conforme solicitação da família, facilitar e oferecer apoio à visão do corpo pela família, oferecer privacidade e apoio aos familiares, responder às perguntas sobre doação de órgãos e transferência do corpo para o necrotério (NIC, 2016, p. 46).

A partir da leitura específica mencionada no texto (Tanatopraxia e Enfermagem), bem como o plano de curso da AmorT-ser, as doulas da morte que desejem realizar o preparo do corpo pós-morte precisam adquirir conhecimentos teórico-práticos em cursos específicos, que ensinem sobre os cuidados com o cadáver,

exceto aquelas que já trabalham como tanatopraxistas e/ou exerçam atividades laborais como profissional de enfermagem.

Entretanto, as doulas da morte que não tenham a formação específica para realizar os cuidados com o corpo pós-morte podem auxiliar os familiares na organização dos rituais de despedida, como: auxiliar os familiares nos rituais à beira do leito, conforme a religião e a cultura do cliente e dos familiares; ajudar os familiares na escolha da roupa que será usada no cadáver; e auxiliar os familiares, amigos e parentes nos preparativos do velório e sepultamento (Francis, 2021; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Krawczyk; Rush, 2020; Page; Husain, 2021; Rawlings *et al.*, 2021).

→ **Alteração 4** – Especificar que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde necessitam de formação complementar.

Os juízes sugeriram modificar a estrutura da frase, transformando-a em tópicos, e especificar que as doulas da morte podem realizar as PICS caso possuam formação específica. Dessa forma, incluiu-se o ícone colorido.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (Brasil, 2018).

As práticas foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e existem em várias modalidades, entre elas: medicina tradicio-

nal chinesa/acupuntura, medicina antroposófica, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (Brasil, 2018).

Para realizar alguma modalidade de PICS, a doula da morte precisa participar de um curso de capacitação, a fim de obter os conhecimentos teóricos e práticos da(s) prática(s) escolhida(s) para utilizar no processo de doulagem da morte. Contudo, caso não tenha o conhecimento teórico e prático em PICS, ela pode auxiliar o profissional habilitado na condução da modalidade, caso seja necessário.

→ **Alteração 5** – Incluir presença genuína e atenção plena.

No item “Promovem escuta e toques terapêuticos”, os juízes sugeriram retirar o termo “promovem escuta” e incluir a frase “oferecem presença genuína, atenção plena”, pois tais atitudes seriam fundamentais para a realização dos toques terapêuticos.

Além disso, os juízes sugeriram incluir o auxílio no encaminhamento do paciente a profissionais específicos, como psicólogo, capelão e assistente social, uma vez que estes podem apresentar necessidades a que as doulas da morte não conseguem atender.

Ao trabalhar com a pessoa que está em finitude humana, as atividades e propostas que as doulas da morte realizam levam em consideração a experiência profissional, mas sobretudo as necessidades da pessoa em fim de vida. Nesse sentido, o objetivo das

doulas da morte é trabalhar ao lado de profissionais de saúde, realizando um trabalho diferente, contudo complementar. A doula da morte pretende ocupar um espaço vazio no sistema que a sociedade alicerçou e fazer a interligação entre o antigo sistema de saúde e o novo (Infante, 2022).

Dessa forma, os cuidados prestados pelas doulas da morte se centram na singularidade do cliente e seus familiares mais próximos, como também procuram tornar a morte e o processo de morrer menos clínico, mais pessoal e mais significativo (Corporon, 2011; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Krawczyk; Rush, 2020; Mallon, 2021; Rawlings; Davies; Tieman, 2021; Rawlings *et al.*, 2021).

→ **Alteração 6** – Excluir a página referente às atividades e aos serviços nas Comunidades Compassivas.

Alguns juízes sugeriram excluir a página referente às comunidades compassivas, uma vez que as atividades já tinham sido citadas ao longo da cartilha. Com base na reorganização da cartilha, optou-se por retirar tal página e incluir o conceito de comunidade compassiva na página referente aos “Cenários e Profissionais”. Contudo, vale deixar registrado, neste livro, uma síntese sobre Comunidade Compassiva.

Comunidade Compassiva é uma estratégia que visa implementar os cuidados paliativos na saúde pública. Reconhece que a doença e a saúde, a morte e a perda são partes naturais da vida, e que o cuidado não é apenas uma atividade realizada pelos profissionais nos serviços de saúde e sociais, mas, sobretudo, é uma responsabilidade da comunidade (Rawlings; Davie; Tieman, 2021).

O movimento internacional inerente a essas práticas iniciou-se, em 2009, por Karen Armstrong através da *Carta da Compaixão*.

Essa carta convoca todos os homens e mulheres a recolocar a compaixão no centro da moral e das religiões, a fim de garantir aos jovens informações precisas e respeitadas acerca das outras tradições, religiões e culturas, bem como incentivar uma visão positiva acerca da diversidade cultural e religiosa, no sentido de cultivar uma inteligência compassiva perante o sofrimento de todos os seres humanos (Aoun *et al.*, 2016).

Contudo, foi o sociólogo e médico Allan Kellehear o primeiro a introduzir o termo “Comunidades Compassivas”. Kellehear afirmou que havia necessidade de inserir esta proposta na saúde pública no entorno dos cuidados paliativos. Definiu uma Comunidade Compassiva como aquela que reconhece os ciclos naturais de doença e saúde, nascimento e morte, amor e perda, os quais ocorrem no cotidiano de uma comunidade. Esta é baseada em três fatores: consciencialização social, capacitação e implementação de redes de cuidar (Aoun *et al.*, 2016).

A abordagem de saúde pública traz à Comunidade Compassiva os conceitos de prevenção, diminuição de morbidade e intervenção precoce dos cuidados paliativos, sendo fundamental a consciência pública das necessidades sociais inerentes a estas situações de vulnerabilidade. Os principais métodos de intervenção são a educação pública, o desenvolvimento comunitário, a promoção da saúde e a participação comunitária (Fialho, 2020; Prada *et al.*, 2017).

De esta forma, as Comunidades Compassivas assentam a sua atividade em quatro pontos fundamentais: 1) desenvolver ações de sensibilização social, difundir a necessidade de prestação de cuidados e de apoio a pessoas com doença avançada e/ou incurável; 2) proporcionar ferramentas que capacitem os cidadãos no cuidado

e na promoção do bem-estar dos membros da comunidade que deles necessitam (através da realização de eventos, seminários, jornadas de sensibilização, formações); 3) implementar redes comunitárias entre cidadãos e organizações, criando assim laços que cuidam; e 4) promover a inclusão e a coesão social (Fialho, 2020; Prada *et al.*, 2017).

As Comunidades Compassivas promovem a ideia de que a saúde é responsabilidade de todos, não só dos serviços de saúde, sendo uma ferramenta fundamental para trazer alguns dos conceitos de cuidado para o ambiente comunitário. A construção de redes de apoio e de suporte pode, portanto, acontecer em todo o espectro da Comunidade, incluindo locais de trabalho, instituições educacionais, igrejas e templos, bairros, centros comunitários e organizações de saúde e assistência social (Fialho, 2020; Prada *et al.*, 2017).

Nesse sentido, as doulas da morte podem atuar nas Comunidades Compassivas nos quatro pontos fundamentais, sobretudo na prestação de cuidados e de apoio a pessoas com doença avançada e/ou incurável. Nesse sentido, alguns estudos destacam que as doulas da morte contribuem socialmente nas Comunidades Compassivas, fazendo companhia e apoiando emocionalmente a pessoa que está em processo de finitude e seus familiares (Fukuzawa; Kondo, 2017; Krawczyk; Rush, 2020; Rawlings *et al.*, 2021).

Além disso, as doulas da morte podem ajudar a estabelecer a rede de apoio para a pessoa que está morrendo; facilitar a comunicação com os serviços e apoios locais para a aquisição de equipamentos, quando a pessoa que está morrendo está em domicílio; coordenar horários de descanso e visitas do paciente com a família, os amigos e as pessoas da rede de apoio; mediar e apoiar dinâmicas de comunicação, dialogando sobre as respostas

dos membros da Comunidade Compassiva quando as realidades da escolha também se sobrepõem à realidade do fim de vida e da morte da pessoa que está em processo ativo de morte; bem como ajudar os familiares nos preparativos para o funeral (Balas; Gale; Kagan, 2004; Karnatovskaia *et al.*, 2021; Rawlings; Davies; Tieman, 2021;).

→ **Alteração 7** – Reescrever os textos referentes às Diretivas Antecipadas de Vontade e ao Testamento Vital.

Os juízes sugeriram reescrever os itens referentes às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Também recomendaram escrever brevemente o conceito das DAV e do Testamento Vital (TV) dentro dos próprios tópicos. As sugestões foram realizadas.

No Brasil, a Resolução CFM nº 1.995/2012 aborda as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), definindo-as como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (CFM, 2012). A Resolução tem como fundamento a discussão sobre a proporcionalidade de medidas no fim da vida.

As DAV são uma possibilidade para que o paciente registre e esclareça suas opiniões, desejos e preferências em relação a procedimentos médicos e cuidados. No Brasil, porém, ainda não há legislação sobre as DAV e seus diferentes gêneros. Essa lacuna torna ainda mais necessário o cuidado de, ao confeccionar uma diretiva, não elaborar cláusulas que sejam ilícitas e que, conseqüentemente, não possam ser realizadas (Dadalto; Arantes; Baruffi, 2021).

Há diferentes tipos de DAV: Testamento Vital (*Living Will*), Procuração para Cuidados de Saúde (*Durable Power Attorney for Health*

Care), Diretivas Antecipadas Psiquiátricas, Diretivas Antecipadas para Demências, Plano de Parto e Ordem de Não Reanimação (Dadalto, 2020).

O Testamento Vital é um documento em que o paciente capaz declara quais tratamentos médicos aceita ou rejeita, caso futuramente se encontre impossibilitado de declarar sua vontade. Esse documento não deve conter nenhuma cláusula que vá contra o ordenamento jurídico (Godinho, 2012). Já a Procuração para Cuidados de Saúde, conhecida também como “Mandato Duradouro”, refere-se à nomeação de um procurador com poderes para decidir sobre tratamentos com base em instruções proferidas pelo paciente (Godinho, 2012).

Nesse sentido, faz-se importante ressaltar que as doulas da morte explicam ao paciente e aos seus familiares sobre as DAV e o TV, bem como auxiliam o paciente na elaboração de suas diretivas (Krawczyk; Rush, 2020; Rawlings *et al.*, 2021).

→ **Alteração 8** – Incluir tópicos para a atuação profissional e para cenários laborativos.

Os juízes recomendaram incluir tópicos para a atuação profissional e os cenários laborativos, além de incluir a educação para a morte como cenário de trabalho. Acataram-se todas as sugestões, levando em consideração as propostas, os objetivos e os papéis das doulas da morte.

O trabalho das doulas da morte tornou-se mais evidente e crescente devido à defesa do movimento da “boa morte”, no sentido de modificar as atitudes e os comportamentos da sociedade em relação ao processo de morte e morrer, bem como os cuidados de fim de vida (Corporon, 2011; Francis, 2021; Fukuzawa; Kondo, 2017;

Davies; Rawlings *et al.*, 2021; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Krawczyk; Rush, 2020; Mallon, 2021; Tieman, 2021).

Os papéis das doulas da morte apresentam, em seu escopo filosófico, uma visão integral e holística do cuidado humano, que abrange as dimensões biopsicossocial, espiritual e educativa, e, em seu escopo prático, realizam cuidados práticos e não clínicos baseados na ortotanásia e kalotanásia, tornando o ambiente compassivo (Corporon, 2011; Krawczyk; Rush, 2020; Mallon, 2021; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021).

No que se refere aos seus papéis, as doulas da morte prestam seus serviços – de apoiador(a), acompanhante, ajudante e defensor(a) do paciente – nas três fases do processo de morte e morrer: a fase pré-morte, ou seja, aquela que vai desde o diagnóstico da doença e/ou do início do processo de envelhecimento; a fase da morte, que é caracterizada pelo processo ativo da doença; e a fase pós-morte, que vai desde o óbito e se estende até o luto dos familiares (Corporon, 2011; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Krawczyk; Rush, 2020; Mallon, 2021; Page; Husain, 2021; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021; Rawlings *et al.*, 2021).

A variedade e a flexibilidade de papéis nos serviços das doulas da morte têm como pedra basilar os cuidados humanísticos, espirituais e de saúde existentes para o paciente e seus familiares (Corporon, 2011; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Krawczyk; Rush, 2020; Mallon, 2021; Page; Husain, 2021; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021; Rawlings *et al.*, 2021).

As doulas da morte utilizam as experiências de vida a fim de avaliar as necessidades e os desejos do cliente, de forma a plane-

jar e implementar os seus serviços; desenvolvem um trabalho de amorosidade com o paciente e com os familiares; avaliam o grau de conhecimento teórico-prático em relação a alguma atividade específica antes de realizá-lo; e dependem de relações de confiança e cooperação mútua entre os membros da equipe de saúde – e não de hierarquia e de subordinação (Corporon, 2011; Elliott, 2014; Fukuzawa; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Kondo, 2017; Krawczyk; Rush, 2020; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2021).

Nesse sentido, vale ressaltar que o sistema de saúde apresenta uma lacuna no modelo de assistência à terminalidade de pessoas com doenças ameaçadoras e limitantes de vida, por abordarem a morte de forma superficial ou um modelo de cuidados paliativos ofertados, ainda, de forma fragmentada. Essa lacuna pode ser preenchida pela doula da morte, uma vez que esta oferta cuidados especializados e individualizados direcionados ao paciente que está morrendo, com abordagem humanística e centrada na pessoa (Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021; Rawlings *et al.*, 2021).

A doula da morte oferece várias vantagens na melhoria do processo de morte e morrer: na área assistencial, exerce um papel de liderança, trabalha diuturnamente em toda a rede de atenção à saúde – seja em Comunidades Compassivas, domicílios; hospitais; *hospices*, instituições de longa permanência, casas de apoio, aldeias indígenas e presídios, de forma voluntária, vinculada a algum serviço de saúde ou previamente contratada pela família mediante pagamento (de forma autônoma) (Corporon, 2011; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Krawczyk; Rush, 2020; Mallon, 2021; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021).

Na área educacional, as doulas gerenciam *Death Cafés* e promovem educação para a morte, oferecendo treinamentos, pales-

tras, cursos e supervisão (Corporon, 2011; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Krawczyk; Rush, 2020; Mallon, 2021; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021).

Corporon (2011) descreve um modelo de atuação de doulas da morte para Comunidades Compassivas, mas que pode ser utilizado em quaisquer cenários da rede de atenção à saúde e para quaisquer tipos de público-alvo, ou seja, crianças, adultos, idosos, inclusive animais de estimação. Nesse modelo, as doulas da morte apresentam três papéis: íntimo, mediador e periférico.

O papel íntimo envolve os cuidados pessoais (físicos, emocionais e espirituais) e a permanência de longo período de tempo com a pessoa que está em finitude humana; o mediador desenvolve o papel de interlocutor de informações entre cliente, familiares e equipe multiprofissional, bem como os limites salvaguardados das informações obtidas; e o periférico é aquele que realiza tarefas e administra a rotina da casa da pessoa que está em fim de vida (Corporon, 2011).

Em outras palavras, o trabalho da doula da morte é um serviço direcionado ao consumidor, cuja função é defender o paciente que está morrendo. A doula da morte tenta garantir a continuidade e a integração dos cuidados ao longo da trajetória da morte, de uma forma que as equipes de cuidados paliativos possam não ser capazes de fornecer – dadas as restrições impostas por equipes com vários membros, horários de trabalho rotativos e um número de casos de vários pacientes – (Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021).

Estudos ressaltam que as primeiras doulas da morte foram enfermeiras com longa experiência profissional (Fukuzawa; Kondo, 2017; Krawczyk; Rush, 2020; Rawlings *et al.*, 2019a), contudo, outros estudos salientam que qualquer pessoa – profissional de saúde (Fukuzawa; Kondo, 2017; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021;

Krawczyk; Rush, 2020; Mallon, 2021; Page; Husain, 2021; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021) ou não (Corporon, 2011; Francis, 2021; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Mallon, 2021; Rawlings; Davies; Tieman, 2021) – pode realizar os papéis de doulas da morte, desde que devidamente treinadas (Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021).

É a partir dessa conjuntura que o movimento da doulas da morte apresenta vários desafios: falta de um órgão regulamentador que padronize as boas práticas de doulagem, ausência de supervisão, de fiscalização e de tabela de honorários; e diversos programas de treinamento, com grande variação de conteúdo, metodologias, formatos (presencial e virtual), carga horária teórica e/ou prática em sua formação (Fukuzawa; Kondo, 2017; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Page; Husain, 2021; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021; Rawlings *et al.*, 2021). Por não haver padronização nos conteúdos formativos, existem preocupação e cautela de outros profissionais, do público-alvo e de usuários quanto à competência, à qualidade do serviço e à conduta ética envolvendo o profissional doula (Fukuzawa; Kondo, 2017; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021; Rawlings *et al.*, 2021).

Somente um estudo descreveu o conteúdo programático de um curso de treinamento (para comunidade indígena), a saber: cuidados paliativos (definição e princípios); cuidados no processo de morte e morrer; comunicação em fim de vida (escuta ativa e comunicação de notícias difíceis); processo de luto (mecanismos de enfrentamento, estratégias de cuidado e autocuidado); Diretivas Antecipadas de Vontade; intervenções médicas e não médicas; e estratégias para cumprir os desejos do paciente (Francis, 2021).

Existem programas de treinamento abrangentes, contínuos e supervisionados nos Estados Unidos, na Austrália, no Canadá e no Reino Unido (Corporon, 2011; Fukuzawa; Kondo, 2017; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Krawczyk; Rush, 2020; Mallon, 2021; Page; Husain, 2021; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021; Rawlings *et al.*, 2021); e também com grupos de apoio para as doulas partilharem suas experiências, informarem os cuidados prestados e dirimirem suas dúvidas (Page; Husain, 2021).

Devido à falta de regulamentação, ainda não existe uma padronização em torno da remuneração dos serviços das doulas da morte, e este é outro desafio enfrentado. Todos os artigos da amostra mencionam que são serviços baseados no altruísmo, mediante pagamento ou realizado voluntariamente (Corporon, 2011; Francis, 2021; Fukuzawa; Kondo, 2017; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Krawczyk; Rush, 2020; Mallon, 2021; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Page; Husain, 2021; Rawlings; Davies; Tieman, 2021; Rawlings *et al.*, 2021).

Somente o estudo de Rawlings, Davies e Tieman (2021) revelou que as doulas da morte cobram por consultoria; por hora de serviço, que varia de U\$25 a U\$30; estabelecem pacotes de serviços de 20, 30 ou 40 horas, com valor máximo de U\$1.200; outras sentem-se envergonhadas em cobrar os seus honorários; e outras gostariam de realizar a transição profissional para trabalhar somente como doula, contudo a sustentabilidade como doula é desconhecida e, por esse motivo, exerciam a função de doula como voluntárias em períodos em que não estivessem trabalhando.

Outro estudo, Krawczyk e Rush (2020), especificou que algumas doulas não cobram por seus serviços, mas, caso os familiares queiram remunerar, o valor fica a critério da família; outras dou-

las se recusavam a receber quaisquer remunerações, uma vez que seria contraditório à filosofia do trabalho.

Assim, acredita-se que a regulamentação e a padronização dos papéis e das práticas das doulas da morte facilitariam o processo de comunicação com outros profissionais. Com isso, o reconhecimento público dessa nova abordagem de cuidados em fim de vida seria potencializado, abrindo caminho para a legitimação da profissão (Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Davies; Tieman, 2021; Rawlings *et al.*, 2021).

Alterações não realizadas na cartilha digital

Alguns juízes sugeriram mudanças, contudo as autoras avaliaram e não acataram, entre as quais, citam-se: a capa; a inclusão de todas as referências ao longo da cartilha; e a inclusão de imagens de idosos e/ou imagens de pacientes reais. A seguir, são descritas as justificativas.

1. Capa

Um juiz sugeriu que a capa da cartilha fosse a segunda página, uma vez que a imagem carrega interpretações e, nesse sentido, poderia enviesar a leitura da cartilha. Essa sugestão não foi acatada, uma vez que as autoras seguiram os passos metodológicos de Echer (2005), que ressalta que um material educativo precisa ser atrativo, objetivo e de fácil compreensão.

Por se tratar da temática da morte, utilizou-se uma imagem de mulher que interpreta um cadáver envolto em uma mortalha, deitada em um gramado e, ao seu redor, velas; enquanto uma ou-

tra pessoa ornamenta o tecido com uma rosa. Tal imagem traz à tona a ancestralidade do morrer, tão esquecido na contemporaneidade. A imagem, na verdade, revela o real trabalho da doula da morte: resgatar amorosidade no processo de fim de vida e na morte.

2. Inserir as referências bibliográficas no texto da cartilha

A segunda sugestão foi incluir, ao longo da cartilha, as referências bibliográficas em todo o texto, ou seja, nos parágrafos, nas frases e nos itens. Tal sugestão também não foi acatada, uma vez que se trata de uma cartilha e não de um livreto ou livro, ou seja, não existe uma obrigatoriedade de incluir as referências ao longo do texto, mesmo sendo baseada em evidências científicas (Echer, 2005).

Além disso, a cartilha é uma tecnologia educativa que tem como objetivo levar informação de forma clara e objetiva (Echer, 2005). Acredita-se que a inclusão das referências ao longo do texto deixaria a cartilha com muitas informações, o que, porventura, poderia dar uma sensação de exaustão ao leitor e, com isso, o desinteresse em ler.

3. Incluir imagens de pessoas idosas e pacientes reais na cartilha

A terceira sugestão foi incluir imagens de pessoas idosas e pacientes reais na cartilha. Essa recomendação também não foi acatada, uma vez que não houve autorização prévia do Comitê de Ética em Pesquisas para uso desse tipo de imagens.

Vale ressaltar que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no Parágrafo Único de seu artigo 86, veta ao enfermeiro fazer referência a casos, situações ou fatos, bem como inserir imagens que possam identificar pessoas ou instituições sem prévia autorização, em qualquer meio de comunicação (COFEN, 2017). Já o Código de Ética Médica (CFM, 2018), em seu artigo 75, veda ao profissional publicar ou compartilhar imagens de pacientes; contudo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016) permite seu uso para fins científicos desde que autorizado em TCLE ou termo de assentimento assinado pelo paciente ou por seu representante legal.

Nesse caso, o Comitê de Ética em Pesquisas só autorizou o uso das imagens das estudantes que interpretaram a paciente, a familiar e a doula na cartilha. As autoras compreendem que as doulas da morte atuam em vários ciclos da vida e, nesse caso, poderiam usar imagens do Google Imagens, mas optaram pela originalidade da ideia em incluir as estudantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidados Paliativos como voluntárias no processo de construção da cartilha, haja vista que as três estudam e pesquisam sobre a temática.



*Viverei para lá da morte e cantarei aos vossos ouvidos
Mesmo depois de a grande onda do mar me levar
Até a imensa profundidade do mar.
Sentar-me-ei à vossa mesa, mas sem corpo,
Irei convosco ao campo, como um espírito invisível.
Surgirei à vossa lareira como hóspede nunca visto.
A morte não muda nada, a não ser as máscaras
Que cobrem o vosso rosto.
O lenhador continuará a ser lenhador,
O lavrador, um lavrador,
E aquele que nunca contou a sua canção ao vento
Cantá-la-á também às esferas que giram.*

Kalil Gibran





Teste piloto

Dos nove profissionais de saúde que foram convidados para realizar o teste piloto, sete eram mulheres e dois eram homens; sete exerciam atividades laborais em instituições públicas de saúde; e dois, em clínica particular. No que se refere à titulação, dois eram doutores; e sete, especialistas nas áreas específicas de atuação profissional.

No que se refere ao instrumento de avaliação, todos concordaram com os itens da cartilha, relativos à clareza e à pertinência. Além disso, todos elogiaram a cartilha, no que concerne à iniciativa, à organização, à leitura de fácil compreensão, às imagens, às cores e aos elementos gráficos utilizados em todas as telas.

No que concerne às sugestões, críticas e recomendações, um dos profissionais de saúde sugeriu algumas modificações no que tange à retirada de alguns elementos gráficos do programa Canva® em algumas telas, a fim de deixar a cartilha mais leve em relação às informações visuais. Além disso, sugeriu a utilização de recursos digitais que pudessem camuflar alguns detalhes do ambiente das imagens fotográficas, com o objetivo de deixá-las mais artísticas (canva, 2021). Vale ressaltar que, dentro da possibilidade desse programa, todas as sugestões foram acatadas.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que, na atividade de pesquisa, o pesquisador nunca está só. Como já apresentado, esse é um trabalho permeado por muitas vozes, que se encontraram e desconstruíram, sempre em um jogo de alteridade. São as diferentes vozes da pesquisa que possibilitam a construção de sentidos e de conhecimento (Amorim, 2004).

Segundo Amorim (2004, p. 19), “o conhecimento é uma questão de voz. O objeto que está sendo tratado num texto de pesquisa é, ao mesmo tempo, objeto já falado, objeto a ser falado e objeto faltante. Verdadeira polifonia que o pesquisador deve poder transmitir ao mesmo tempo que dela participa”.

Fazendo uma analogia com essa citação, pode-se dizer que o teste piloto é uma verdadeira polifonia, pois, ao mesmo tempo em que o instrumento de pesquisa é testado, o pesquisador participa da situação discursiva desenhada. Pesquisador e sujeitos são interlocutores do processo de construção metodológica, pois os sentidos construídos com essa experiência possibilitarão ao pesquisador, com outras vozes posteriores àquele momento, refinar e melhorar a metodologia da pesquisa (Amorim, 2004).

Em relação à compreensão do fenômeno, ou seja, do papel das doulas da morte nos cenários de saúde e de educação, todos os profissionais de saúde enviaram mensagens de áudio, que foram transcritas, a fim de melhor avaliar o conteúdo. Seguem alguns trechos:

Na minha percepção, eu pensava que doula era uma ação que contemplasse apenas a mulher. Mas esse cuidador da morte pode ser um homem ou uma mulher. Gostei muito do termo “parteira da morte”. Não sabia do projeto de lei que está tramitando. Gostei muito da forma como vocês abordaram os elementos que remetem à vida na morte. A água

que faz parte da vida. A gente vem da água e, quando morre, a gente retorna para a água. A gente tem o ritual do banho ao nascer e o banho ao morrer. Uma das fases da putrefação é chamada coliquativa, que é quando você, antes de se transformar em pó, se transforma em água. As velas, ou seja, o elemento fogo, iluminando o caminho; fazendo o encaminhamento. A terra, ou seja, o elemento a que iremos retornar. A madeira significando o amparo. O verde da natureza e as flores demonstrando a vida. O carinho, o toque, a proteção. O branco [*envolvendo o cadáver, grifo nosso*] simbolizando a pureza. Belíssimas as fotos! A estética das fotos está belíssima! Parabéns! A cartilha vai ajudar muito aos profissionais, pacientes e familiares (Médico).

Primeiro, eu gostaria de parabenizar vocês, ficou muito linda, linda de viver! Gostei muito da apresentação, da ilustração, da forma que vocês apresentaram. Amei as fotos! A cartilha é bastante didática, de fácil compreensão, específica muito bem as fases de atuação da doula como mediadora [...], facilitadora [...], cuidadora do processo de morte. Fiquei apaixonada pelas fotos! Amei esse significado de parteira da alma. Bom seria se fôssemos doulas nos hospitais! Se esse trabalho for multiplicado e as pessoas tiverem o entendimento que vocês passaram nessa cartilha, vai ser maravilhoso para a assistência (Enfermeira).

Interessante a elaboração da cartilha, porque ela [...] ajuda a desmistificar e referenciar [...] o significado de doula. Diversas vezes acaba sendo associado à figura do nascimento, do parto, do vir ao mundo. Essa nova visão de doula da morte mostra o verdadeiro significado do cuidar, seja no nascimento ou na finitude de vida. Levando em conta as informações da cartilha, os detalhes, é possível compreender o quanto é importante o papel de doulas no fim da vida. O papel vai muito além do cuidado. De fato, o papel da doula da morte é de preencher

a lacuna [na equipe, grifo nosso], não substituindo os profissionais de saúde, mas sendo um componente tão importante quanto eles na rotina do paciente. A função vai muito além do social e espiritual, é o cuidar como um todo [...] com amor, dedicação, técnica [...] do paciente e familiares [...] ajudando na ressignificação [...] dos últimos momentos. A doula traz uma nova cara ao processo de morte, que culturalmente assombra as pessoas; e, dessa forma, vejo que as doulas da morte têm um papel crucial na realidade do cuidado de pacientes em fim de vida e seus familiares, sejam hospitalizados, em instituições de longa permanência ou domiciliados. Que as doulas da morte virem ainda mais rotina no dia a dia dos pacientes em fim de vida e que sejam respeitadas assim como as doulas do nascer, pois da mesma forma que dignificam o nascer, devemos dignificar o morrer (Fisioterapeuta).

Eu tive duas sensações ao ler essa cartilha: a primeira foi de estranheza, começando pelo nome “Doula da morte”, porque se você só escuta esse nome sem pesquisar o que é, a sensação é meio pesada [...], mas à medida que fui lendo [...] todas as possibilidades que uma doula pode fazer [...], foi me causando uma sensação de conforto e paz; e de que todo mundo merece ter uma doula da morte [...] quando sabe que vai morrer [...] ou se é acometida por uma doença. Eu achei fantástico, principalmente a parte do emocional [...] com o doente em si [...], de ajudar [...], do apoio [...] da preparação. É como se a vida da pessoa fosse um livro, e a doula ajudasse a pessoa a concluir o livro da vida dela, a resolver pendências, a escrever cartas, a perdoar pessoas, a se despedir de pessoas, a concluir coisas na vida dela, que até então ainda não tinha concluído. Essa parte me deu uma sensação, tipo assim: “Querida que todo mundo tivesse essa oportunidade de, antes de morrer, concluir o livro da vida dela como ela gostaria”. E com o familiar, achei também

fantástica a parte da assessoria, da comunicação entre o médico, explicar melhor a doença, sobre toda a burocracia, documentações. Então, achei incrível fantástico e acho que todo mundo merece ter uma (Nutricionista).

A cartilha trouxe reflexões bem importantes no que tange ao processo de morte e morrer; as doulas da morte são facilitadoras [...] auxiliando a trazer vida para esse processo de morte e morrer [...] respeitando as dimensões biopsicossociais e espirituais de quem está partindo. Já que se fala em nascer com dignidade, então por que não se dialoga sobre morrer com dignidade também? É por esse caminho que o texto fala. Do papel importante que as doulas da morte têm nesse processo de morte, tornando esse momento tranquilo, acolhedor, amoroso e sagrado. Acredito que essa cartilha contribuirá para que essa prática se difunda cada vez mais aqui [na Paraíba, grifo nosso] e no Brasil e que as pessoas entendam [...] a importância desse profissional [...], principalmente, no entendimento de que a morte faz parte da vida e que, também, pode ser um motivo para se buscar um novo olhar para essa vida (Terapeuta ocupacional).

Nossa! Que profissão riquíssima! Consegui ver atribuições de inúmeras profissões nas doulas de morte. A doula é o colaborador especializado que vai acompanhar, apoiar e estar no processo do morrer e morte, não só do cliente, mas dos familiares, da equipe multiprofissional, dos amigos, de todos os envolvidos nesse processo. A doula vai estar desde o momento do diagnóstico, vai acompanhar [...] o processo; colabora nas construções e desconstruções [...] desse morrer e desse viver [...], vai ajudar o paciente a ressignificar esse processo de vida dentro do processo de morte. A doula da morte vem justamente para tentar gerenciar tudo que pode ser aproveitado, estimulado e utilizado nesse processo

de morrer da melhor maneira possível. A doula cuida do ambiente em que a pessoa está inserida, para que seja leve. Achei interessante que a doula pode preparar o corpo [...], facilitar o velório, o sepultamento. Adorei a frase “presença genuína, atenção plena e toques terapêuticos”. Acho que essa frase resume as atribuições das doulas. Esse colaborador tem como função ressignificar o processo de vida nesse processo do morrer, favorecendo o processo dessa boa morte (psicóloga).

Eu não sabia que existiam doulas da morte [...], mas entendi que as doulas da morte são acompanhantes de pacientes que estão em final da vida, realizam [...] cuidados práticos, não são clínicos [...], têm a função de ser mediadores entre os familiares [...] de ajudar na rotina diária da pessoa que está em fim de vida [...], de acompanhar no dia a dia do paciente, conversando, assistindo à TV, perguntando se o paciente quer ver alguém para pedir perdão e se despedir [...], realiza os últimos desejos [...], auxilia e ajuda a família na higienização e na colocação de roupas no corpo para o velório [...], proporciona apoio para os familiares, amigos e parentes [...], atuam em domicílios, hospitais, casas de repouso, agências funerárias. Pode ser por qualquer profissional da saúde, desde que [...] tenha uma formação (odontóloga).

O trabalho da doula é de suma importância junto aos enfermos e familiares, haja vista que cuida afetuosamente [...] ajuda em algumas tarefas assistenciais [...] dá apoio emocional a todos os envolvidos [...] dá um alento à família [...] apoia, acolhe, conversa com paciente e familiares [...] orienta e auxilia os familiares nos serviços burocráticos. Eu vivenciei esses momentos de dor [...] com minha mãe, como filha e cuidadora, eu cuidei e dei amor. Foi muito doloroso e não foi fácil! Fui a doula da minha mãe. O trabalho de doula é importantíssimo (Assistente social).

A partir dos depoimentos dos profissionais da saúde que participaram do teste piloto, observa-se, de forma geral, que compreenderam todo o conteúdo da cartilha, bem como apontaram alguns aspectos que consideraram importantes, tais como o sinônimo “parteira da morte”; a doula como o(a) colaborador(a) que auxilia na ressignificação do processo de vida dentro do processo de morte, favorecendo uma boa morte; e a utilização de imagens que coadunam com a dissolução dos elementos terra, água, fogo e ar. Nesse sentido, vale enfatizar o aspecto relacionado à dissolução dos elementos, que não foram discutidos anteriormente.

De acordo com a Medicina Oriental, o ser humano é parte da natureza e é composto pelos quatro elementos que compõem a natureza: terra, água, fogo e ar. No processo final do morrer, acontece a dissolução desses elementos, o que é caracterizado por ser um processo energético intenso, em que não há previsão, início, duração e controle, bem como ordem específica do elemento a ser dissolvido. O papel das doulas da morte é apoiar o paciente nesse processo, criando um espaço seguro, amoroso e sagrado (Infante, 2022; Rinpoche, 2000).

A terra representa o corpo biofísico, ou seja, o que é palpável e denso. Nesta fase, o corpo inicia um processo de desintegração, a partir da perda das faculdades físicas: a pele perde a elasticidade; as articulações, a flexibilidade; os membros superiores e inferiores, a força e os reflexos. A deglutição lentifica e, posteriormente, ocorre disfagia, diminuição do apetite e da sede, que ocasionam perda ponderal significativa, levando o paciente à sarcopenia e, conseqüentemente, à imobilidade física e aos hábitos de dormir com olhos e boca abertos, devido ao enfraquecimento dos músculos mandibulares, maxilares e oftálmicos, respectivamente (Infante, 2022; Rinpoche, 2000).

Nessa etapa, as doulas da morte realizam algumas atividades, entre elas, avaliação física dos sinais e sintomas relacionados à broncoaspiração, orientação de familiares quanto aos aspectos relacionados à alimentação (posição sentada, porções alimentares em pequenas quantidades e alimentar o paciente sem pressa), sobretudo, desmistificar as necessidades alimentares (familiares acreditarem que o paciente vai morrer com fome), haja vista que o metabolismo está reduzido e isso concorre para a diminuição do apetite (Infante, 2022).

Além disso, podem ocorrer alterações de comportamento, de consciência, de orientação e de padrão de sono: o paciente perde o interesse pelas coisas que gostava de fazer; apresenta um discurso confuso; vê pessoas que já faleceram, podendo até falar com elas; prefere ficar sozinho e em silêncio; progressivamente, fica mais sonolento; dorme a maior parte do tempo. Esse momento é de introspecção, que culmina no desapego. Desapego a tudo e a todos. Fisiologicamente, todas essas alterações estão relacionadas ao catabolismo proteico acelerado, que concorre para a fadiga muscular e aumento plasmático dos níveis de amônia no sangue (Infante, 2022; Rinpoche, 2000).

Nesse momento, as doulas da morte orientam os familiares a não contrariarem o paciente, sobretudo, evitar trazer à tona questionamentos e/ou lembranças que possam piorar o estado emocional do paciente; criam um espaço tranquilo e seguro; com ajuda dos familiares, controlam o número de pessoas no ambiente, bem como auxiliam na redução de estimulação sensorial. É imprescindível que todos que acompanham esse momento atentem para a presença genuína, a atenção plena, a escuta sensível e o acolhimento (Infante, 2022).

Outro aspecto importante que a doula da morte orienta aos familiares é sobre o toque: a pessoa que está em processo ativo de morte é extremamente sensível, por isso, o toque tem de ser suave e sutil. Qualquer tipo de toque mais intenso pode demonstrar apego, e isso concorre para um processo de morrer mais prolongado e mais difícil para o paciente (Infante, 2022).

A água é o principal elemento do corpo e representa, à luz da Medicina Oriental, as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e o subconsciente. No processo ativo de morte, a dissolução desse elemento é evidenciado pela desidratação do paciente: o corpo produz menos fluidos, secreções e enzimas; as mucosas ficam desidratadas; os rins diminuem a filtração, reabsorção e excreção, por isso, os pacientes tendem a urinar menos. Observa-se também uma deglutição prejudicada, com episódios frequentes de engasgos, principalmente com os líquidos. Por esse motivo, é muito mais confortável o paciente morrer levemente desidratado. O intensivismo e a insistência em oferecer líquidos e alimentos, nessa fase, podem resultar em um grande desconforto para o paciente, haja vista a incoerência energética, física e espiritual (Infante, 2022; Rinpoche, 2000).

Nessa etapa, as doulas da morte realizam alguns cuidados, como: avaliar os sinais e sintomas relativos à desidratação, sobretudo das mucosas orais; umedecer gazes com água e oferecer ao paciente, além de hidratar os lábios com algum protetor. Vale ressaltar que a disfagia pode levar o paciente a não deglutir a saliva, que, por sua vez, fica retida na faringe, desencadeando uma respiração ruidosa ou estertorante. A hidratação excessiva pode ocasionar o prolongamento da respiração estertorante, o aumento da frequência de engasgos e, com isso, o risco para infecções

respiratórias. Nesses casos, o médico prescreve alguma medida farmacológica para aliviar tais sintomas (Infante, 2022).

Na dissolução do elemento água, observa-se que o paciente fica mais introspectivo e reflexivo. Nesse sentido, é importante respeitar o silêncio, acolher as emoções e os sentimentos, escutar empática e compassivamente o paciente (Infante, 2022).

A dissolução do elemento fogo representa ação, motivação, criatividade. Simboliza expansão, calor, luz, coragem, transformação, renascer das cinzas, vontade de lutar, de conquistar. Favorece a elevação espiritual, a lucidez extrema e a purificação da alma (Infante, 2022; Rinpoche, 2000). Nesta etapa, podem ocorrer: oscilações da temperatura corporal; febre; infecções; livores no corpo (partes do corpo ficam arroxeadas, devido à má circulação sanguínea), sobretudo nas extremidades (lábios, orelhas, joelhos, falanges); pele fria e úmida. Fisiologicamente, esses sinais e sintomas estão relacionados à desaceleração do metabolismo (Infante, 2022).

Esta é a etapa designada “melhora da morte”, ou seja, todo o corpo pode despertar novamente, mas se todas as outras etapas tiverem sido respeitadas. Observa-se que o paciente apresenta um novo olhar sobre a vida e o viver, resgata o aspecto espiritual, compreende a sua existência, admite os seus erros, perdoa-se, pede perdão a quem magoou, aceita, agradece e honra tudo o que viveu (Infante, 2022; Rinpoche, 2000).

Nesse momento, as doulas da morte auxiliam o paciente na elaboração de seu legado de vida, por meio da construção de um memorial (rever fotos, escrever mensagens e cartas, filmar pequenos vídeos, gravar áudios); auxiliam na orientação das suas Diretivas Antecipadas de Vontade e do seu Testamento Vital; planejam, junto com o paciente e os familiares, alguns momentos festivos (aniversário, casamento); medeiam conversas entre o paciente e

os familiares; ajudam a encontrar a alguém que deseje se despedir; bem como ajudam o paciente a identificar como gostaria de ser lembrado (Corporon, 2011; Davies; Rawlings *et al.*, 2021; Francis, 2022; Fukuzawa; Kondo, 2017; Gaspard; Gadsby; Mallmes, 2021; Mallon, 2021; Page; Husain, 2021; Rawlings *et al.*, 2019a; Rawlings *et al.*, 2019b; Rawlings; Krawczyk; Rush, 2020; Tieman, 2021).

A dissolução do elemento ar corresponde ao aspecto mental, ao intelecto, à comunicação e às relações. Quando se respira, esse elemento também age como componente social. Favorece mais a razão e a lógica, em detrimento da sensibilidade e das emoções (Infante, 2022; Rinpoche, 2000).

A energia, em forma de ar, que entrou nos pulmões ao nascimento, será devolvida. Nesse sentido, observa-se, nessa etapa, oscilações do padrão respiratório, até a última respiração. O padrão do tipo *Cheyne-Stokes*, que consiste em movimentos de hiperventilação ou polipneia (respiração mais rápida), intercalados com apneias (em que não há respiração), é o mais evidenciado no processo ativo de morte (Infante, 2022). Observa-se também o uso da musculatura abdominal e acessória. O corpo prepara-se para largar o último respirar (Infante, 2022; Rinpoche, 2000).

No entanto, vale enfatizar que esse processo não significa sofrimento ou falta de ar. A falta de ar é um sintoma subjetivo, ou seja, pode-se ter 90% de valores de oxigênio no sangue, avaliados por oxímetro de pulso, e sentir falta de ar; ou ter valores mais baixos e não o manifestar. Persiste-se em ressaltar que a existência da falta de ar ou de outro desconforto respiratório não tem que existir no processo ativo de morte, por isso, é importante ter o apoio de uma doula da morte, uma vez que sabe avaliar e ajudar no controle desse sintoma (Infante, 2022).



A morte, nessa conjuntura, é idêntica ao nascimento. Todas as pessoas focam naturalmente na simplicidade de respirar. Nessa perspectiva, Ošťaseski (2018), um dos pioneiros na área de cuidados compassivos, refere que o elemento terra se dissolve no elemento água, a água no fogo, o fogo no ar e o ar no espaço. O espaço se dissolve na consciência universal. energia e matéria. Um só. O que era compreendido como dois, se o processo for respeitado, caminha para a inclusão. A dualidade deixa de existir. A sombra une-se à luz.

Morrer acompanhado é essencial para um fim de vida digno e amoroso, a que todos têm direito. A doula da morte é guardiã de um espaço sagrado, alguém que favorece a sua presença e seu apoio a quem está no processo ativo de morte. A doula da morte acompanha o processo, escuta, explica o que irá acontecer, dá tranquilidade, ajuda a pessoa a sentir que não está sozinha, e isso faz toda a diferença na forma como ela vive o seu fim de vida (Infante, 2022).

Ser presença ativa, sem julgamentos, sem imposições é fundamental, e a doula da morte estabelece essa relação profundamente humana, de confiança, de amizade com a pessoa que a procura – e com a sua família, se isso for possível e desejado –, o que vai muito além do que uma relação terapêutica (Infante, 2022).

Nesse sentido, vale refletir sobre um poema de Clarice Lispector, em que diz “a morte será o meu maior acontecimento individual”, ou seja, não cabe a ninguém definir o tempo; se a causa foi ou não justa; julgar se é triste ou não. A morte é. Cabe aceitá-la e honrar a vida da pessoa que se foi com respeito à sua história. Essa é a missão das doulas da morte (Bezerra, 2022).

A morte é a curva da estrada,

Morrer é só não ser visto.

Fernando Pessoa



Considerações finais

A cartilha educativa digital *Doulas da morte: tecendo amorosidade no final da vida* passou pelas etapas de estudo metodológico rigoroso na sua construção e é a primeira cartilha a ser elaborada e validada no Brasil com a temática de doulas da morte.

A elaboração da cartilha passou por três etapas metodológicas, sendo a primeira a revisão de literatura. Nesse sentido, optou-se pela revisão de escopo, uma vez que é o tipo de revisão mais utilizado para investigar fenômenos pouco conhecidos. Os dados coletados foram baseados em evidências científicas internacionais e trouxeram informações sobre surgimento, importância no contexto atual, papéis, atividades e serviços, locais de atuação, dificuldades e entraves, potencialidades e experiências profissionais das doulas da morte.

A segunda etapa foi a elaboração da cartilha, que se baseou na revisão de escopo. A partir das informações coletadas na revisão, traçou-se uma produção textual que foi dividida em quatro capítulos para melhor compreensão dos leitores. A partir desse esboço, construiu-se a boneca da cartilha com o auxílio do progra-

ma Canva®, que conta com 40 telas. Os capítulos abordam todo o contexto histórico, assistencial e educacional das doulas da morte.

A terceira etapa metodológica foi a validação de conteúdo da cartilha em duas rodadas *Delphi*. Dez doulas da morte, que atuam em todo o cenário brasileiro, participaram como juízes. A primeira rodada *Delphi* apresentou IVC total de 0,81, caracterizado por ser um valor abaixo do considerado adequado para validação de tecnologias educacionais. Além da avaliação dos itens pelos especialistas, estes tiveram a oportunidade de realizar sugestões ao longo do processo de avaliação. Vale mencionar que todas as sugestões foram devidamente acatadas, exceto aquelas que tiveram limitações éticas e/ou não coadunavam com a literatura pertinente. Após todas as modificações, a cartilha passou pela segunda rodada *Delphi* e apresentou um IVC total de 0,98, caracterizado por ser um valor considerado maior do que o adequado na validação de conteúdo, ou seja, a cartilha apresenta validade científica.

A quarta etapa deu-se a partir de um teste piloto, realizado com nove profissionais de saúde de várias categorias profissionais. Os participantes, a partir de um olhar mais criterioso, sugeriram melhorar algumas imagens fotográficas e o layout da cartilha, que foram devidamente acatados. Além disso, compreenderam todo o conteúdo da cartilha, que versa sobre o processo de trabalho das doulas da morte.

Acredita-se que a cartilha apresenta relevância científica para a área de educação e saúde, uma vez que pode ser utilizada por profissionais de saúde em toda a rede de atenção à saúde, de forma a informá-los sobre a existência, a importância e o papel da doula da morte nos vários cenários assistenciais, sobretudo, no âmbito dos cuidados paliativos. Além disso, pode ser utilizada na educa-

ção permanente das instituições e serviços de saúde, de forma a divulgar o material para os membros das equipes multiprofissionais, bem como familiares de pacientes em processo de terminalidade. Também pode ser utilizada na graduação, em cursos de aperfeiçoamento, em pós-graduação *lato sensu e stricto sensu* por professores e pesquisadores da saúde e da educação, sobretudo, na área de cuidados paliativos e tanatologia.

Dessa forma, acredita-se que a utilização da cartilha pelos professores contribuirá para formação de doulas da morte no cenário brasileiro. Além disso, permitirá a uniformização das ações de cuidados das doulas da morte, bem como poderá nortear a criação de um órgão regulamentador da profissão.

Como limitações deste estudo, ressalta-se a dificuldade em contratar profissionais como fotógrafo, ilustrador e diagramador, devido ao alto custo dos orçamentos apresentados, o que exigiu o auxílio de estrutura física e de recursos humanos para a construção da cartilha, tais como: locais específicos que pudessem ser utilizados como cenários exigidos pela temática; voluntários que se disponibilizassem a participar como personagens; voluntário(s) que disponibilizasse(m) câmera fotográfica com boa resolução e pudesse(m) registrar as fotografias.

Além disso, ressaltam-se algumas recomendações de futuras pesquisas para o estudo: a) validação aparente com familiares e pessoas em fim de vida; b) pesquisa sobre o impacto da utilização da cartilha nos espaços de educação em saúde e de educação para a morte; c) pesquisa sobre o impacto da utilização da cartilha com pacientes e familiares; d) divulgação e incorporação, de forma periódica, da cartilha nas estratégias educativas; e) divulgação em nível local, regional e nacional da cartilha como ferramenta

de educação para a morte em todas as instituições de saúde; f) investimento em pesquisas envolvendo essa temática, enfatizando as vivências das doulas da morte nos âmbitos assistencial e educacional; g) implementação de ações educativas com equipes multiprofissionais para que os profissionais sejam capacitados sobre os cuidados para uma boa morte; h) tradução da cartilha para as línguas inglesa e espanhola, a fim de ampliar a divulgação da tecnologia educacional em outros países.

Como forma de devolutiva social, as autoras comprometem-se em divulgar a cartilha em suas redes sociais individuais, nas redes sociais do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidados Paliativos e do Centro de Educação e Saúde, assim como na página oficial da Universidade Federal de Campina Grande como forma de divulgar o trabalho para seus seguidores.



Referências

ALBUQUERQUE, A. **Direitos Humanos dos Pacientes**. Curitiba: Juruá, 2016.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4N-qxz3r999vrn/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 10 ago. 2021.

AOUN, S. M. *et al.* What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach. **Palliative Medicine**, v. 32, n. 32, p. 1378-1388, 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0269216318774995>. Acesso em: 31 mar. 2021.

AMORIM, M. **O pesquisador e seu outro**: Bakhtin nas ciências humanas. São Paulo: Musa Editora, 2004.

AMORTSER. **Curso de Formação em Doulas da Morte**. Disponível em: <https://www.amortser.com.br/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BALAS, M. C.; GALE, M.; KAGAN, S. H. Delirium doulas: an innovative approach to enhance care for critically ill older adults. **Crit Care Nurse**, v. 24, n. 4, p. 36-46, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15341233/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. 11. ed. Tradução Pedrinho Guaresche. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Limitada, 2013.

BECHARA, E. Moderna gramática portuguesa. 39. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019.

BECKER, F. G. *et al.* Chapter 11: scoping reviews. In: AROMA-TARIS E.; MUNN, Z. (Eds.). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BEZERRA, C. C. **Clarice Lispector e a aprendizagem da morte como afirmação da vida**. Disponível em: <https://pontesdevista.wordpress.com/2015/04/06/clarice-lispector-e-a-aprendizagem-da-morte-como-afirmacao-da-vida/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

BLOOM, B. S. **Taxonomia de objetivos educacionais**. Porto Alegre: Globo, 1973.

BRASIL. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. **Nota técnica nº13/2024**. COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS. Trata-se de orientação técnica acerca da atuação e da contribuição da doula no âmbito da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, na gestação, no trabalho de parto, no parto e após o parto. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação Geral de Articulação do Cuidado Integral. Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-13-2024-cosmu-cgaci-dgci-saps-ms.pdf/view>. Acesso em: 18 nov. 2024.

BRASIL. **Ofício curricular nº 2, de 24 de fevereiro de 2021**. Ministério da Saúde. 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 02 set. 2021.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas en-

volvendo seres humanos. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2021.

BROWN, L.; WALTER, T. Towards a social model of end-of-life care. **The British J Social Work**, v. 44, n. 8, p. 2375-2390, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcto87>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CANVA®. **Sobre o CANVA**: o poder do *design* ao alcance de todos. Disponível em: <https://www.canva.com/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

COBASI BLOG. **Flor de cerejeira**: curiosidades e características. Disponível em: <https://blog.cobasi.com.br/flor-de-cerejeira/>. Acesso em: 05 set. 2022.

COHEN, J.; EZER, T. Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. **Health Hum Rights**. v. 15, n. 2, p. 7-19, 2013. Disponível em: <https://www.hhrjournal.org/2013/12/human-rights-in-patient-care-a-theoretical-and-practical-framework/>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução COFEN 564/2017, do Conselho Federal de Enfermagem, de 06 de novembro de 2017 (BR). Dispõe sobre a aprovação do novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que acrescenta os capítulos sobre o oferecimento de cuidados paliativos; cuidados em fim de vida; respeito à autonomia do paciente e às

suas diretivas antecipadas. **Diário Oficial da União**. 6 nov. 2017. Seção I: 157.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília: CFM, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3xzMHdi>. Acesso em: 31 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018** [Internet]. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3fVHOMt>. Acesso em: 31 dez. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União** [Internet]. Brasília, 24 maio 2016. Disponível: <https://bit.ly/30J7U6t>. Acesso em: 15 jun. 2020.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, O. S. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: McGraw Hill Education, 2016.

CORPORON, K. Comfort and caring at the end of life: Baylor's doula program. Proceedings. **Baylor University Medical Center**, v. 24, n. 4, p. 318-319, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi>.

nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3205157/pdf/bumc0024-0318.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

CRUZ, V. S. F. *et al.* O uso de cartilhas educativas como forma de continuidade da educação em saúde. **Cad educ, saúde, fisioterapia.**, v. 4, n. 8, supl. 2017. Disponível em: <http://revista.rede-unida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1648>. Acesso em: 10 jun. 2021.

DADALTO, L. **Testamento vital.** 5. ed. Indaiatuba: Foco, 2020.

DADALTO, L.; ARANTES, A. M. B.; BARUFFI, P. D. Diretivas Antecipadas de Vontade em pacientes com doença de Alzheimer. **Rev Bioética**, v. 29, n. 3, p. 466-474, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/wnNJgtg3kdKJZmcvgmBVd8c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2021.

DE KORTE-VERHOEF, M. C. *et al.* Burden for family carers at the end of life; a mixed-method study of the perspectives of family carers and GPs. **BMC Palliat Care**, v. 13, n. 16, p. 2-9, 2014. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1186/1472-684x-13-16>. Acesso em: 10 jun. 2021.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para cuidado em saúde. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 13, n. 5, p. 745-747, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6ZJ3s4DtMzZvS-Jn4JbpD3WB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2022.

ELLIOT, H. Death doulas complement nursing care at the end of life. **Nursing Times**, v. 110, n. 7, p. 34-35, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25241431/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

FEHRING, R. J. The Fehring Model. *In*: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference.** Symposium on Validation Models, 1994.

FERREIRA, M. V. F. *et al.* Lights, camera and action in the implementation of central venous catheter dressing. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 23, n. 6, p. 1181-1186, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/108034/106395>. Acesso em: 10 jun. 2021.

FIALHO, S. D. A. **Comunidade compassiva: uma estratégia empoderada da promoção à saúde.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária)–Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem, Lisboa, Portugal, 2020. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31989/1/Relat%C3%B3rio_Sara%20Fialho.pdf. Acesso em: 31 mar. 2021.

FINKELSTEIN, E. A. *et al.* Cross country comparasion of expert assessments of the quality of death and dying. **J Pain Symptom Management**, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0885392421006734?token=EE5615513B-8DFC323D7C93B593B2855FB2281974E5F6962A9738385AB78A024>

05598459BD46A1DE5C913F8A7B449A1F3&originRegion=us-east-1&originCreation=20221121233554. Acesso em: 21 fev. 2022.

FRANCIS, A. A. Gender and Legitimacy in Personal Service Occupations: The Case of End-of-Life Doulas and Death Midwives. **J Contemp Ethnography**, p. 1-31, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/08912416211048927>. Acesso em: 13 dez. 2021.

FUKUZAWA, R.; KONDO, K. A holistic view from birth to the end of life: End-of-life doulas and new developments in end-of-life care in the West. **Int J Palliat Nursing**, v. 23, n. 1, 612-619, 2017. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.12.612>. Acesso em: 10 ago. 2021.

GASPARD, G.; GADSBY, C.; MALLMES, J. Indigenous End-of-Life Doula Course: Bringing the Culture Home. **Int J Indigenous Health**, v. 16, n. 2, p. 151-65, 2021. Disponível em: <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/33230/27362>. Acesso em: 13 dez. 2021.

GIORDANI, A. T. **Normas editoriais, orientação aos autores:** cartilhas. Anecy Tojeiro Giordani, Priscila A. Borges Ferreira Pires. Revisão de Diná Tereza de Brito. Cornélio Procópio: Editora UENP, 2020.

GODINHO, A. M. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. **Rev Instit Dir Bras**, v. 1, n. 2, p. 945-

978, 2012. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/30886273/2012_02_0945_0978-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1669078142&Signature=eoqNBC8ERVZdcF1rNqQZa-CXLvSOE2oUj5utqK9RnQf-yfsLF6ZVZRO3bx~dJnGCq-pQCj-jXVfPUdtk7TloSxRpck~4d6CwNeyMCFct6PLEToSKBo~l6oQl-Qdc1gD6lFmJZMo4EqeSdwL14LHEPOPBUZQYpfzwhIricsbD-JD1jxraf6XTvSLWImQyHsKAmernUra1XbCto~k8dTuoiaJ-ZLkk99UansInrPLzYYy4PnnpvgbxU5mEoVcBvpC-QLuHzwJ6Rh-9Zv9ycn6TahLfcTfTLXWyNoZo16ACoa7vwo~4z713gdMxkQg-o5ZJRYvyDoUezv6oS5pnmhDzMElbovGZXg__&Key=-Pair-Id-APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em: 31 mar. 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

INFANTE, A. C. **A passagem:** ensinamentos, rituais e histórias para acolher a vida e a morte como presentes de amor. Alfragide, Portugal: Oficina do Livro Ed., 2022.

KARNATOVSKAIA, L. V. *et al.* A piloto f trained ICU doulas providing early psychological support to critically ill patients. **Critical Care**, v. 25, n. 446, p. 2-10, 2021. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-021-03856-3>. Acesso em: 10 jun. 2021.

KHURANA, S. *et al.* Development and validation of educational leaflet for caregivers of preterm infants. **J Clin Diagn Res**, v. 10, n. 7, p. 1-4, 2016. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5020196/pdf/jcdr-10-YCO1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

KRAWCZYK, M.; RUSH, M. Describing the end-of-life doula role and practices of care: perspectives from four countries. **Palliat. Care Soc. Pract**, v. 14, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1177/2632352420973226>. Acesso em: 13 dez. 2021.

LIMA, A. C. M. A. C. *et al.* Construção e validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 2, p. 181-189, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/SBDGBgkRwk4QGnwNnsKnSCs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LUCENA, M. A.; ALBUQUERQUE, A. Qualidade de vida em pacientes sob cuidados paliativos no prisma dos direitos humanos dos pacientes. **Cad Ibero-amer. Dire. Sanit.** v. 10, n. 1, p. 1-21, 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/620/797>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MASHHADI, V. Z.; KARGOZARI, M. R. Influences of digital class rooms on education. **Comput Sci.** v. 3, p. 1178-1183, 2011. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.procs.2010.12.190>. Acesso em: 03 set. 2022.

MCGINNIS, K. *et al.* Photonovels: An Innovative Approach to Address Health Disparities and Sustainability. **J Cancer Educ.**,

v. 29, n. 3, p. 441-448, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13187-014-0607-0>. Acesso em: 30 ago. 2021.

MEDEIROS, R. K. S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev Enferm Referência**, v. 4, n. 4, p. 127-135, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239974007.pdf>. Acesso em: 02 set. 2021.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Classificação Brasileira de Ocupações – CBO**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MOREIRA, A. P. *et al.* Educational game of medication administration: a validation study. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 4, p. 528-534, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0528.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cmSgrL-Lkvm9SKt5XYHZBD6R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.

MOURA I. H. *et al.* Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 25, e.2934, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/kzG7r9JrBQYtxgqHKGdj8tC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 1, p. 182-189, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591/3144>. Acesso em: 10 ago. 2021.

NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION (NIC). **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Disponível em: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/oac4055be9a07e-3df54c72e9651c589e.pdf. Acesso em: 31 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019**. Disponível em: www.paho.org. Acesso em: 10 jun. 2021.

OSTASESKI, F. **Os cinco convites**: descobrindo o que a morte pode nos ensinar sobre viver plenamente. Rio de Janeiro: Sextante, 2018.

PAGE, D. A.; HUSAIN, J. H. End-of-Life Doulas: Documenting Their Backgrounds and Services. **OMEGA- J Death Dying**, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/00302228211047097>. Acesso em: 10 jun. 2021.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica-fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PRADA, A. R *et al.* Comunidades compassivas en cuidados paliativos: revisión de experiencias internacionales y descripción de una iniciativa en Medellín, Colombia. **Rev Psicooncología**, v. 14, p. 325-342, 2017. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/57089/51525>. Acesso em: 31 mar. 2021.

RAFAEL, K. J. G.; AGRA, G. **Doulas da morte**: tecendo amorosidade no final da vida. Cartilha. Cuité, PB: UFCG/CES/NECUP/CNPq, 2023. Disponível em: <https://www.ces.ufcg.edu.br/portal/noticias/noticias/publicada-cartilha-doulas-da-morte-tecendo-amorosidade-no-final-da-vida>. Acesso em: 06 fev. 2023.

RAWLINGS, D.; DAVIES, G.; TIEMAN, J. Compassionate communities – What does this mean for roles such as a death doula in end-of-life care? **Public Health**, v. 194, p. 167-169, 2021. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.038>. Acesso em: 10 jun. 2021.

RAWLINGS, D. *et al.* What role do Death Doulas play in end-of-life care? A systematic review. **Health Soc Care Community**, v. 27, p. 82-94, 2019a. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hsc.12660>. Acesso em: 10 jun. 2021.

RAWLINGS, D. *et al.* The voices of death doulas about their role in end-of-life care. **Health & social care community**, v. 28, n. 1, p. 12-21, 2019b. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31448464/>. Acesso em: 10 jun. 2022.

RAWLINGS, D. *et al.* End-of-life doulas: a qualitative analysis of interviews with Australian and International death doulas on their role. **Health Soc Care Community**, v. 29, n. 2, p. 574-587, 2021. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1111/hsc.13120>. Acesso em: 10 jun. 2021.

REWORÊDO, L. S. *et al.* O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Arq. Cien. Saúde**, v. 22, n. 2, p. 16-21, 2015. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-22-2/O%20uso%20da%20t%C3%A9cnica%20delphi%20em%20sa%C3%BAde%20uma%20revis%C3%A3o%20integrativa%20de%20estudos%20brasileiros.pdf. Acesso em: 03 set. 2021.

RINPOCHE, S. **O livro tibetano do viver e do morrer**. Tradução Luiz Carlos Lisboa. 2. ed. São Paulo: Talento; Palas Athena, 2000.

ROSENBERG, J. P. *et al.* Informal caring networks for people at end of life: building social capital in Australian communities. **Health Sociol Rev**, v. 24, n. 1, p. 29-37, 2015. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1080/14461242.2014.999400>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SILVA, S. M. A. Os cuidados ao fim da vida no contexto dos cuidados paliativos. **Rev Bras Cancerol**, v. 62, n. 3, p. 253-257, 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/08-artigo-opiniao-os-cuidados-ao-fim-da-vida-no-contexto-dos-cuidados-paliativos.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

SONEGHET, L. F. Fazendo o melhor da vida na morte: arranjos de cuidados, qualidade de vida e cuidados paliativos. **Rev M. Estudos sobre a Morte, os Mortos e o Morrer**, v. 5, n. 10, p. 357-382, 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/revistam/article/view/9615/pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Tradução e adaptação do instrumento “Suitability Assessment of Materials” (SAM) para o português. **Rev Enferm UFPE**, v. 9, n. 5, p. 7854-7861, 2015. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbits-tream/3ab8a7a7-5e39-4ed5-8103-dfd428576f/TURRINI%2C%20R%20N%20T%20doc%20110e.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

TEIXEIRA, E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Rev Enferm UFSM – Santa Maria**, v. 9, n. 1, p. 1-3, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36334/pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. **Tecnologias educacionais em foco**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Reviewer's manual**: 2015 edition/ supplement. Austrália: JBI, 2015. Disponível em: <https://nursing.lsuhscc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>. Acesso em:

VASCONCELLOS S. *et al.* Comunicação instrumental diretiva e efetiva em impressos hospitalares. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1667-1679, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WcgKVKMJyNgyN3MpD3vdzfm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2021.

VICTOR, G. H. G. G. Cuidados paliativos no mundo. **Rev Bras Cancerol**, v. 64, n. 3, p. 267-270, 2016. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/343/227>. Acesso em: 10 jun. 2021.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Acesso em: 10 jun. 2022.



Formato *15x21 cm*
Tipologia *Alegreya/Fondamento*
Nº de Pág. *140*

Editora da Universidade Federal de Campina Grande- EDUFCG

