

**FACULDADE CAICOENSE SANTA TERESINHA
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

SORAYA CHRISTINA ALENCAR DE MEDEIROS NOGUEIRA

**O PROCESSO DO LUTO ANTECIPATÓRIO E O IMPACTO PSICOLÓGICO NOS
FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI**

CAICÓ/RN

2025

SORAYA CHRISTINA ALENCAR DE MEDEIROS NOGUEIRA

**O PROCESSO DO LUTO ANTECIPATÓRIO E O IMPACTO PSICOLÓGICO NOS
FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI**

Trabalho apresentado ao Colegiado do Curso de Bacharelado em Psicologia, como requisito final para cumprimento da disciplina do Trabalho de Conclusão de Curso II.

Prof^o Orientador: Esp. Jardson Araújo Ramalho

CAICÓ/RN

2025

CATALOGAÇÃO NA FONTE
Faculdade Caicoense Santa Teresinha
Biblioteca Profª. Suzana Lago Nobre

N778p NOGUEIRA, Soraya Christina Alencar de Medeiros.

O processo do luto antecipatório e o impacto psicológico nos familiares de pacientes internados na UTI. / Soraya Christina Alencar de Medeiros Nogueira. – Caicó, RN, 2025.

44 f.

Orientador(a): Prof. Esp. Jardson Araújo Ramalho.

Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade Caicoense Santa Teresinha. Curso de Graduação em Psicologia.

1. Luto antecipatório - Monografia. 2. Unidade de Terapia Intensiva - Monografia. 3. Abordagem Centrada na Pessoa - Monografia. 4. Acolhimento - Monografia. 5. Família – Monografia. I. Nogueira, Soraya Christina Alencar de Medeiros. II. Faculdade Caicoense Santa Teresinha. III. Título.

RN/BU/FCST

CDU 159.9

**O PROCESSO DO LUTO ANTECIPATÓRIO E O IMPACTO PSICOLÓGICO NOS
FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI**

Monografia de graduação apresentada ao Colegiado do Curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade Caicoense Santa Teresinha (FCST), como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em ____/____/____.

Prof.^o Esp. Jardson Araújo Ramalho
Orientador
Faculdade Caicoense Santa Teresinha (FCST)

Prof. Me. Mayara Cristina de Araújo Dantas
Avaliadora Externa

Prof. Dr. Pierre Gonçalves de Oliveira Filho
Avaliador Externo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os que me ensinaram, com palavras e silêncios, o verdadeiro significado de ser pessoa.

A cada olhar que me acolheu sem julgamento, a cada encontro em que a empatia foi ponte e não muro.

Àqueles que acreditam, como Carl Rogers (2009), que dentro de cada ser humano existe uma força silenciosa, pronta para florescer quando encontra compreensão, respeito e amor genuíno.

Que este trabalho seja reflexo do que aprendi: que o mais profundo gesto terapêutico é estar presente, de verdade, com o coração inteiro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fazer sentir a Sua presença em todos os momentos e por me mostrar que nunca estive sozinha.

Aos meus familiares, ao meu irmão e à minha cunhada, por sempre acolherem as minhas angústias e me incentivarem a seguir em frente.

Ao meu esposo e aos meus filhos, por serem o alicerce que me mantém firme no meu propósito e por tantas vezes me ajudarem a superar as dificuldades do caminho.

Aos professores incríveis que fizeram parte desta jornada, expresso minha profunda gratidão. Levo comigo os ensinamentos de cada um, que se tornaram parte essencial da minha trajetória.

Ao meu professor, supervisor e orientador Jardson Ramalho, o meu sincero agradecimento. Com você aprendi que cada pessoa é muito maior do que as suas dificuldades e problemas, e que é possível encarar a vida com mais leveza e esperança.

A todos os colegas que me acompanharam e me apoiaram, guardo com carinho as lembranças compartilhadas. Em especial, aos amigos que a faculdade me presenteou, Emanuela, Andréa, Marcel, José Carlos e Erick, grupo que se formou desde o primeiro semestre e que hoje posso chamar de amizade para a vida toda. Obrigada por tornarem esses anos mais leves e especiais.

Por fim, um agradecimento eterno ao meu familiar, por tudo o que me ensinou, pelo exemplo que foi — e continua a ser — para mim e para tantos outros. Mesmo não estando mais fisicamente entre nós, segue transformando a minha vida todos os dias. Amo-te para sempre.

RESUMO

Este trabalho analisa o processo de luto antecipatório vivenciado por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), articulando fundamentos teóricos sobre o luto às contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). O objetivo deste estudo é compreender o processo de luto antecipatório vivenciado por familiares durante a internação prolongada de um ente querido na UTI, analisando seus impactos psicológicos e a assistência oferecida por profissionais de Psicologia. Adota-se a metodologia de revisão bibliográfica narrativa. A análise é conduzida à luz da literatura especializada sobre luto antecipatório e da Abordagem Centrada na Pessoa. A ACP oferece uma perspectiva sensível e humanizada para compreender e intervir no luto antecipatório, reconhecendo a singularidade da experiência de cada familiar e reforçando a importância da escuta qualificada no contexto hospitalar. O estudo destaca a necessidade de práticas institucionais que garantam suporte emocional contínuo, comunicação clara e presença acolhedora aos familiares, contribuindo para uma assistência integral e humanizada.

Palavras-chave: Luto antecipatório. Unidade de Terapia Intensiva. Abordagem Centrada na Pessoa. Acolhimento. Família.

ABSTRACT

This article analyzes the anticipatory grief process experienced by family members of patients hospitalized in the Intensive Care Unit (ICU), articulating theoretical foundations on grief with the contributions of the Person-Centered Approach (PCA). The objective of this study is to understand the process of anticipatory grief experienced by family members during the prolonged hospitalization of a loved one in the ICU, analyzing its psychological impacts and the assistance provided by Psychology professionals. The study adopts the bibliography review as methodology. The analysis is guided by specialized literature on anticipatory grief and by the principles of the Person-Centered Approach. The PCA offers a sensitive and humanized perspective to understand and intervene in anticipatory grief, recognizing the uniqueness of each family member's experience and reinforcing the importance of qualified listening in the hospital setting. The study highlights the need for institutional practices that guarantee continuous emotional support, clear communication, and a welcoming presence for family members, contributing to comprehensive and humanized care.

Keywords: Anticipatory grief. Intensive Care Unit. Person-Centered Approach. Emotional support. Family.

¹ Bacharelada em Psicologia, Faculdade Caicoense Santa Teresinha – FCST.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA NO ACOLHIMENTO DE FAMILIARES DURANTE O PROCESSO DE TERMINALIDADE	14
2.1 Psicologia Hospitalar	15
2.2 Atuação profissional do psicólogo hospitalar	17
2.3 Legislação referente à atuação do psicólogo hospitalar	18
2.4 Aprofundando o conceito de terminalidade	19
3 ASPECTOS EMOCIONAIS E SUBJETIVOS DO LUTO ANTECIPATÓRIO EM FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI	20
3.1 O luto: uma experiência humana e emocional	22
3.2 O luto antecipatório e sua função adaptativa	23
3.3 O contexto da UTI e o sofrimento familiar	25
3.4 O suporte psicológico e a humanização do cuidado	26
3.5 Fatores de enfrentamento e resiliência	28
3.6 Análise e considerações	29
4 A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E AS NECESSIDADES EMOCIONAIS DOS FAMILIARES EM LUTO ANTECIPATÓRIO NA UTI	30
4.1 Fundamentos essenciais da ACP aplicáveis ao luto antecipatório na UTI	31
4.2 Campo fenomenológico e a vivência subjetiva do familiar	31
4.3 Empatia, aceitação e presença autêntica como suporte emocional	32
4.4 A relação terapêutica como espaço de reorganização diante da iminência da perda.....	33
4.5 O cuidado psicológico no contexto hospitalar a partir da perspectiva centrada na pessoa.....	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	40
Anexo I - RELATO DE EXPERIÊNCIA	40

1 INTRODUÇÃO

O processo do luto é uma vivência complexa e subjetiva, sendo ainda mais delicado quando se trata do luto antecipatório, ou seja, aquele que ocorre antes da morte de um ente querido, especialmente em contextos de internação em Unidades de Terapia Intensiva. Nesse cenário, os familiares vivenciam uma série de reações emocionais diante da possibilidade iminente de perda, o que impacta significativamente seu estado psicológico.

O luto, segundo Lima e Granetto (2023), pode aparecer de formas muito distintas, envolvendo emoções contraditórias e ocorrendo de maneira irregular. Cada pessoa vive esse processo de modo singular, e mesmo que as fases tradicionalmente associadas ao luto possam surgir, não seguem uma ordem fixa nem são vivenciadas da mesma forma por todos. Para além do impacto emocional, o luto também pode manifestar-se fisicamente, provocando cansaço, dores no corpo ou alterações no apetite. No comportamento pode levar tanto ao isolamento como à procura de atividades que ajudem a enfrentar a perda. Os autores salientam ainda que não existe um tempo determinado para superar o luto, já que a duração depende da intensidade do vínculo com a pessoa que morreu e seu papel no núcleo familiar.

O ambiente da UTI, por ser permeado por sofrimento, incerteza e limitações no contato com o paciente, favorece o surgimento de sentimentos de ansiedade, medo e impotência nos familiares. Esses sentimentos podem configurar um quadro de luto antecipatório, no qual os entes queridos começam a lidar emocionalmente com a perda antes mesmo que ela ocorra de fato.

Para Flach *et al.* (2012, p.84), o processo do luto antecipatório é visto em familiares de pacientes que estão há muito tempo internados e sem perspectiva de cura. Tanto a família quanto o próprio paciente começam a se perceberem em um caminho de adaptação às ausências, sofrendo perdas significativas com da própria identidade ou de seus papéis naquele núcleo de pessoas queridas. E diante desse quadro, começa a se configurar o processo do luto antecipatório.

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), desenvolvida por Carl Rogers, oferece uma importante base teórica para a compreensão e o acolhimento dos sentimentos que emergem no processo de luto. A ACP parte do princípio de que todo ser humano possui uma tendência atualizante e capacidade de crescimento pessoal, mesmo em momentos de dor. O terapeuta, nesse contexto, assume uma postura empática, autêntica e de aceitação incondicional, criando um ambiente seguro para que o sujeito possa expressar suas emoções livremente.

Soares (2021), diz que compreender o cliente significa olhar para ele a partir da sua própria perspectiva, reconhecendo-o como alguém único, autônomo e capaz de conduzir o próprio processo de desenvolvimento. Essa compreensão aproxima-se da visão de Rogers (2009), que ao falar da tendência atualizante, descreve a pessoa como um ser orientado para a autenticidade e para a liberdade de suas experiências, confiando no próprio organismo para guiar as suas escolhas e relações. Assim, tal como refere Soares, o indivíduo é visto como alguém que se dispõe a viver as suas experiências de forma aberta, sem defesas, procurando uma coerência interna entre aquilo que é e aquilo que vivencia.

Na prática hospitalar, essa abordagem pode contribuir significativamente para o cuidado emocional dos familiares de pacientes internados na UTI, haja vista que o sofrimento psíquico desses familiares pode se manifestar por meio de sentimentos de negação, raiva, tristeza profunda e, por vezes, até adoecimento mental. A escuta qualificada e o suporte psicológico durante esse período são fundamentais para que o familiar possa elaborar seu sofrimento e, eventualmente, ressignificar a experiência vivida.

A comunicação entre equipe multiprofissional e familiares é um fator crucial nesse processo. A clareza nas informações, o respeito às emoções dos entes queridos e a abertura para o diálogo promovem confiança e auxiliam na aceitação da gravidade do quadro clínico, contribuindo para a redução da angústia associada ao luto antecipatório. É fundamental que os profissionais de saúde, sobretudo os psicólogos, estejam preparados para atuar de forma empática e sensível junto aos familiares em UTI. A escuta ativa, o acolhimento e a consideração pela dor do outro, conforme preconiza a ACP, são pilares essenciais para um cuidado humanizado e efetivo em momentos de iminente perda.

A compreensão do processo de luto, sob a ótica de J. William Worden, é fundamental para aprofundar a análise sobre o sofrimento emocional dos familiares diante da iminência da perda. Em sua obra *Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto*, Worden (2013) define o luto como a resposta emocional à perda de alguém significativo, sendo um processo que exige tempo, apoio e, muitas vezes, intervenção terapêutica para ser vivenciado de forma saudável.

Sobre luto antecipatório, Worden se vale da compreensão posta por autores anteriores a ele próprio, mas coloca sua contribuição ao definir a concepção de forma assertiva.

O termo “luto antecipatório” se refere a um luto que ocorre antes da perda de fato. Ele é distinto do luto normal sentido pelo sobrevivente, o qual temos discutido até esse ponto. Muitas mortes acontecem com algum prenúncio e é durante esse período de antecipação que o indivíduo inicia a tarefa do luto e começa a vivenciar as várias respostas do luto.

Podem emergir problemas que são específicos dessa situação e que podem exigir tipos específicos de intervenção. Enquanto a morte repentina é excessivamente traumática, o luto prolongado pode produzir ressentimento, que, por sua vez, pode direcionar à culpa. O termo “luto antecipatório” foi cunhado, há alguns anos, por Lindemann (1944) para denominar a ausência de manifestações claras de luto no momento real da morte, em sobreviventes que já tinham vivenciado as fases do luto normal e que se livraram de suas amarras emocionais com o falecido. O termo depois foi aprimorado pelo psiquiatra Knight Aldrich em um artigo seminal, intitulado “O luto do paciente que está morrendo” (1963). (Worden, 2013, p. 146)

No caso do luto antecipatório, ainda que a perda não tenha ocorrido de fato, o sofrimento emocional já está presente. Worden (2013) reconhece esse tipo de luto como uma forma de adaptação emocional antecipada à perda, muitas vezes experimentada por familiares de pacientes terminais. Isso se conecta diretamente ao contexto de internação em Unidades de Terapia Intensiva, onde os familiares enfrentam um processo gradual de despedida e são confrontados com a possibilidade real da morte.

Diferentemente de uma visão linear, Worden propõe o Modelo das Quatro Tarefas do Luto, que compreende: (1) aceitar a realidade da perda, (2) trabalhar as emoções e a dor da perda, (3) ajustar-se a um meio no qual o falecido está ausente, e (4) recolocar emocionalmente o falecido e seguir em frente com a vida. Essas tarefas não seguem uma ordem rígida, mas devem ser completadas para que o processo de luto seja considerado resolvido (Worden, 2013). Sobre isto, o autor afirma:

O conceito de tarefas do luto, que apresento neste livro, oferece outra válida compreensão do processo do luto e é muito mais útil para a clínica. O conceito de fase implica certa passividade, algo que o enlutado deve ultrapassar. O conceito de tarefa, por outro lado, é muito mais consoante com o conceito de Freud do trabalho do luto e significa que o enlutado precisa agir ativamente e que pode fazer alguma coisa. Além disso, essa teoria caracteriza que o processo de luto pode ser influenciado por intervenções externas. Em outras palavras, o enlutado pode perceber as fases como algo que deve simplesmente ultrapassar, enquanto o modelo de tarefas pode dar a ele algum senso de poder e esperança de que existe algo que pode fazer ativamente para se adaptar à morte de seu ente querido. (Worden, 2013, p. 20)

Além disso, a proposta de Worden dialoga com a Abordagem Centrada na Pessoa, ao enfatizar a importância do acompanhamento empático e humanizado durante o luto. O autor reforça que o papel do terapeuta é criar um espaço seguro e acolhedor para que o indivíduo possa expressar suas emoções, ressignificar sua dor e elaborar suas perdas (Worden, 2013).

Essa perspectiva é consonante com os princípios da ACP, que valoriza a escuta genuína, a aceitação incondicional e a confiança na capacidade do sujeito de se autorregular. Ao integrar a teoria de Worden à realidade dos familiares de pacientes internados na UTI, é possível compreender o luto antecipatório como um processo legítimo e profundamente doloroso, que exige cuidados psicológicos específicos. A atuação do profissional de Psicologia nesse contexto deve aliar o conhecimento técnico às práticas humanizadas, com vistas a favorecer a elaboração saudável da perda.

Diante do sofrimento emocional vivenciado por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, especialmente em situações de internação prolongada e risco iminente de morte, este estudo se orienta pela seguinte questão de pesquisa: como se configura o processo de luto antecipatório vivenciado por familiares durante a internação de um ente querido na UTI e de que maneira a atuação dos profissionais de Psicologia contribui para o acolhimento e a elaboração desse sofrimento?

Considerando as perspectivas expostas, este trabalho tem como objetivo geral compreender o processo de luto antecipatório vivenciado por familiares durante a internação prolongada de um ente querido na Unidade de Terapia Intensiva, analisando os impactos psicológicos decorrentes dessa vivência e a atuação dos profissionais de Psicologia no acolhimento oferecido aos familiares. De forma complementar, busca-se refletir sobre os aspectos emocionais e subjetivos envolvidos nesse processo, relacionar os fundamentos da Abordagem Centrada na Pessoa às necessidades emocionais dos familiares em situação de terminalidade e discutir a contribuição da Psicologia hospitalar para a promoção de um cuidado mais humanizado nesse contexto.

Para tanto, o presente estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica narrativa, modalidade metodológica que tem como objetivo sintetizar, descrever e discutir, de forma ampla e reflexiva, a produção científica existente sobre um determinado tema. A revisão narrativa possibilita o mapeamento dos saberes construídos em uma área específica do conhecimento, permitindo uma compreensão aprofundada do estado atual das discussões teóricas e conceituais, sem a exigência do rigor metodológico próprio das revisões sistemáticas ou integrativas (Fernandes *et al.*, 2023).

Esse tipo de revisão mostra-se especialmente pertinente para investigações de natureza teórica e reflexiva, como a presente pesquisa, que busca compreender o fenômeno do luto antecipatório vivenciado por familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, articulando-o aos pressupostos da Abordagem Centrada na Pessoa. Conforme

destacam Fernandes *et al.* (2023), a revisão narrativa constitui uma metodologia científica significativa por favorecer análises dialógicas, críticas e contextualizadas, permitindo ao pesquisador explorar diferentes perspectivas teóricas e atualizar discussões relevantes em curto espaço de tempo.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de fontes secundárias, incluindo artigos científicos, livros, dissertações e teses disponíveis em bases de dados digitais, especialmente Google Acadêmico e SciELO, amplamente reconhecidas no meio acadêmico. A seleção dos materiais teve como critério principal a pertinência temática, priorizando produções que abordassem o luto antecipatório, o contexto hospitalar e de UTI, a Psicologia Hospitalar e os fundamentos da Abordagem Centrada na Pessoa. Não foi estabelecido um recorte temporal rígido, considerando-se a relevância teórica e a contribuição dos estudos para a compreensão do fenômeno investigado.

A condução da revisão narrativa seguiu etapas fundamentais descritas na literatura, compreendendo: a definição do tema e dos objetivos do estudo; a busca e seleção das produções científicas; a leitura exploratória e analítica dos textos; e, por fim, a construção de uma síntese crítica e interpretativa do material selecionado (Cavalcante; Oliveira, 2020). A análise dos dados ocorreu de forma qualitativa, a partir da identificação de conceitos, categorias e eixos temáticos recorrentes, possibilitando a articulação entre diferentes autores e abordagens teóricas.

Cabe destacar que, embora a revisão narrativa não permita a reprodução exata dos procedimentos de busca e análise, nem produza dados quantitativos, sua força metodológica reside na capacidade de oferecer uma visão abrangente, contextualizada e interpretativa do conhecimento produzido sobre o tema (Cavalcante; Oliveira, 2020). Ainda assim, buscou-se manter rigor acadêmico por meio de critérios claros de seleção, leitura crítica das fontes e vigilância epistemológica, a fim de minimizar vieses e garantir a consistência teórica do estudo.

A escolha deste tema justifica-se pela sua relevância social, científica e profissional, uma vez que o sofrimento emocional dos familiares de pacientes internados em UTI, especialmente no contexto do luto antecipatório, ainda é frequentemente negligenciado nos serviços de saúde. Compreender essa vivência e discutir o papel da Psicologia no acolhimento dos familiares contribui para o fortalecimento de práticas humanizadas, éticas e sensíveis à singularidade da dor, além de ampliar o debate acadêmico sobre o cuidado psicológico em contextos de terminalidade.

Do ponto de vista científico, o estudo dialoga com produções teóricas da Psicologia Hospitalar, do campo do luto e da Abordagem Centrada na Pessoa, buscando articular esses referenciais à realidade vivenciada nos ambientes de alta complexidade. No âmbito profissional, o trabalho pode subsidiar reflexões sobre a formação e a atuação do psicólogo hospitalar, especialmente no que se refere à escuta qualificada, à comunicação e ao acolhimento dos familiares.

Ressalta-se, ainda, que este trabalho não envolve coleta de dados com participantes humanos. A experiência pessoal da autora é utilizada exclusivamente como motivação para a escolha do tema, sem identificação de indivíduos, instituições ou contextos específicos, não constituindo material empírico de pesquisa ou análise direta. Dessa forma, não há participantes de pesquisa, nem utilização de dados sensíveis, assegurando o respeito aos princípios éticos que regem a produção científica.

O presente trabalho está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta a introdução, contextualizando o tema, o problema de pesquisa, os objetivos, a justificativa e os aspectos metodológicos. O segundo capítulo aborda a atuação dos profissionais de Psicologia no contexto hospitalar, com ênfase no acolhimento de familiares durante o processo de terminalidade. O terceiro capítulo discute os aspectos emocionais e subjetivos do luto antecipatório em familiares de pacientes internados na UTI. O quarto capítulo apresenta os fundamentos da Abordagem Centrada na Pessoa e sua relação com as necessidades emocionais dos familiares em luto antecipatório. Por fim, o trabalho é complementado pelos anexos, nos quais se encontra o relato de experiência, apresentado de forma ética e preservando a confidencialidade.

2 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA NO ACOLHIMENTO DE FAMILIARES DURANTE O PROCESSO DE TERMINALIDADE

A terminalidade da vida constitui um momento crítico e de intenso sofrimento, tanto para o paciente quanto para seus familiares. Trata-se de um período em que a possibilidade de cura se mostra cada vez mais distante, deslocando o foco do tratamento para o cuidado paliativo, cujo objetivo é preservar a dignidade, o conforto e a qualidade de vida. Nesse contexto, a atuação do psicólogo hospitalar ganha relevância, especialmente no que se refere ao acolhimento dos familiares que vivenciam a iminência da perda (Barreto *et al.*, 2023).

A literatura evidencia que a experiência de acompanhar um ente querido em processo de morte desencadeia múltiplas reações emocionais, como tristeza, ansiedade, medo, raiva e culpa. Tais vivências podem comprometer a capacidade da família de lidar com a situação, repercutindo inclusive no apoio que oferecem ao paciente (Barreto *et al.*, 2023). Por isso, o trabalho do psicólogo se mostra essencial, pois promove suporte emocional, escuta qualificada e estratégias de enfrentamento, favorecendo um ambiente de cuidado mais humano e integral.

O papel do psicólogo hospitalar, neste cenário, vai além do atendimento individual, abrangendo a tríade paciente–família–equipe de saúde. A presença desse profissional contribui para a mediação da comunicação entre familiares e equipe médica, reduzindo conflitos e fortalecendo a compreensão acerca do processo de terminalidade (Santos, 2022). Dessa forma, o psicólogo atua como elo de integração, garantindo que as dimensões emocionais sejam contempladas junto às práticas clínicas e técnicas do hospital.

O acolhimento aos familiares também envolve possibilitar a expressão de sentimentos, o enfrentamento do luto antecipatório e a elaboração simbólica da morte. Intervenções psicológicas nesse momento contribuem para que a família compreenda e aceite o processo de finitude, reduzindo o risco de sofrimento prolongado após a perda (Gasparin, 2025). Além disso, o psicólogo oferece suporte diante das decisões difíceis que os familiares muitas vezes precisam tomar, ajudando-os a refletir de maneira mais consciente e menos impulsiva sobre escolhas relacionadas ao cuidado do paciente (Muniz; Silveira, 2020).

A prática psicológica em terminalidade requer, portanto, habilidades técnicas e sensibilidade para lidar com situações-limite, marcadas por dor, angústia e incertezas. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CPF, 2019), o acolhimento a familiares em contextos hospitalares deve estar pautado em princípios éticos de respeito à subjetividade, à autonomia e à dignidade, garantindo um espaço de escuta que valorize as singularidades de cada vivência.

A presença do psicólogo hospitalar representa um recurso fundamental para que os familiares possam atravessar o processo de despedida de maneira menos traumática. O trabalho deste profissional não apenas contribui para o bem-estar da família, mas também para a qualidade global da assistência em saúde, uma vez que promove a humanização no cuidado e fortalece as relações interpessoais em um momento de extrema vulnerabilidade.

2.1 Psicologia Hospitalar

A Psicologia Hospitalar se consolidou como área de atuação a partir da necessidade de compreender e intervir nos aspectos subjetivos relacionados ao processo de adoecimento e hospitalização. Diferente de outros campos da psicologia, sua prática está intrinsecamente ligada ao ambiente hospitalar e às experiências que emergem da internação, tanto para os pacientes quanto para os familiares e a equipe de saúde. Nesse sentido, a Psicologia Hospitalar assume uma perspectiva ampliada do cuidado, considerando o ser humano em sua totalidade biológica, psicológica e social (Assis; Figueiredo, 2019).

Essa especialidade se pauta em um olhar atento para as condições de vulnerabilidade que atravessam pacientes e familiares, valorizando a dimensão subjetiva do adoecimento e o impacto da hospitalização (CFP, 2019). Assim, a inserção do psicólogo nesse contexto tem como propósito contribuir para a humanização do cuidado, oferecendo suporte que contemple tanto as necessidades clínicas quanto emocionais.

Simonetti (2016) apresenta uma definição ampla e elucidativa da área, que evidencia seu objeto de estudo e intervenção:

Psicologia hospitalar é o campo de entendimento & tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um 'real', de natureza patológica, denominado 'doença', presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou na equipe de profissionais. (...) A psicologia hospitalar não trata apenas das doenças com causas psíquicas, classicamente denominadas 'psicossomáticas', mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença. (Simonetti, 2016, p. 17).

Dessa forma, entende-se que o foco da Psicologia Hospitalar não é a busca de uma origem psicológica para as doenças, mas sim a compreensão de como a vivência da doença repercute no sujeito e em seu entorno. Nesse cenário, o psicólogo atua como mediador das dimensões emocionais e relacionais, oferecendo recursos para que pacientes e familiares possam enfrentar a hospitalização de maneira menos traumática.

Além disso, a Psicologia Hospitalar se consolidou no Brasil como uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia em 2000, fortalecendo sua identidade e sua inserção nas equipes multiprofissionais (Vieira; Waischung, 2018). Desde então, seu papel tem sido cada vez mais valorizado como essencial no contexto hospitalar, ao promover a integração entre saúde física e saúde mental, garantindo um cuidado integral.

2.2 Atuação profissional do psicólogo hospitalar

Sendo o psicólogo hospitalar um profissional cuja especialidade está voltada ao cuidado integral do paciente e de sua família diante do processo de adoecimento e hospitalização, a sua atuação é norteada pela concepção de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), entendida como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de enfermidades. Nesse sentido, o psicólogo hospitalar busca atender o indivíduo em sua totalidade, promovendo qualidade de vida e auxiliando no enfrentamento das adversidades emocionais e sociais que acompanham a doença (Assis; Figueiredo, 2019).

Segundo Sebastiani (2003), o trabalho do psicólogo hospitalar baseia-se em três aspectos fundamentais: atendimento integral ao paciente e à família, com atenção voltada não apenas ao tratamento da doença, mas também à preparação para o retorno à vida cotidiana após a alta, prevenindo sentimentos de inutilidade; desenvolvimento de atividades em caráter interdisciplinar, em parceria com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais; e intervenção sobre aspectos psicológicos decorrentes da hospitalização, como quadros psico-reativos, distúrbios psicossomáticos, ansiedade frente à internação, angústia de morte e fantasias mórbidas.

A inserção do psicólogo hospitalar ocorre em diversos setores do hospital, tais como enfermarias, ambulatórios, pronto-atendimentos e, especialmente, Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Nesses espaços, a complexidade do cuidado exige um olhar atento para o impacto subjetivo da hospitalização. De acordo com Muniz e Silveira (2020), o psicólogo em UTI atua como agente de mudanças e especialista em relações, utilizando técnicas de escuta e acolhimento para restaurar o equilíbrio emocional do paciente, apoiar os familiares e colaborar com a equipe multiprofissional.

A atuação interdisciplinar se mostra essencial, uma vez que a hospitalização envolve dimensões médicas, sociais e emocionais que não podem ser trabalhadas de forma isolada. Vieira e Waischunng (2018) destacam que o enfrentamento da possibilidade de morte mobiliza sentimentos profundos, tanto nos familiares quanto na equipe. O serviço de psicologia, nesse contexto, oferece um espaço de expressão do luto antecipatório, possibilitando que medo, dor e desconforto sejam elaborados de forma saudável. Quando essas questões não são devidamente acolhidas, podem surgir mecanismos de defesa desadaptativos, como negação, ocultação da dor, somatização ou burnout dos profissionais.

O psicólogo hospitalar atua, portanto, como elo entre paciente, família e equipe de saúde, favorecendo a comunicação, promovendo a humanização no atendimento e auxiliando na elaboração de vivências ligadas ao adoecimento e à finitude. Seu papel se estende desde a atenção preventiva até os cuidados paliativos, consolidando-se como indispensável para um cuidado em saúde verdadeiramente integral.

2.3 Legislação referente à atuação do psicólogo hospitalar

A interação entre psicólogo(a), paciente e família em contexto hospitalar é orientada por marcos normativos do Sistema Conselhos de Psicologia e pelas diretrizes do SUS, que especificam parâmetros técnico-assistenciais, arranjos de equipe e formas de registro do cuidado. A Resolução CFP nº 17/2022 estabelece “parâmetros para práticas psicológicas” nos níveis de atenção básica, secundária e terciária, abrangendo também os casos que requerem cuidados paliativos; define as noções de Hora-Assistencial e de Agenda-Padrão; exige o registro institucional/cadastramento do serviço no Conselho Regional e a indicação de responsável técnico; e inclui, como parte do trabalho, a leitura e a evolução em prontuário, a elaboração de documentos e a participação em rotinas administrativas e interprofissionais. (CFP, 2022).

No próprio texto da Resolução, o Conselho explicita os fundamentos legais e sanitários que regem a atuação: a Lei nº 4.119/1962 (profissão de psicólogo), o Código de Ética Profissional (Resolução CFP nº 10/2005), e diretrizes do Ministério da Saúde como a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Política Nacional de Atenção Básica. Esses atos compõem a moldura normativa que situa a prática psicológica no SUS e reforça o cuidado integral, a interdisciplinaridade e a coordenação em rede. (CFP, 2022).

A Resolução detalha ainda a organização do trabalho e quantifica tempos médios de práticas e elementos que, na prática, influenciam a interação com pacientes e familiares. Entre outros parâmetros, prevê atendimentos individuais (50–60 minutos), ações em unidades de cuidados paliativos (60 minutos), e “abordagem ou reunião familiar de cuidados paliativos” (50–70 minutos), além de interconsultas e reuniões de equipe para discussão de casos e construção de Projeto Terapêutico Singular. Tais dispositivos formalizam, como atribuição esperada, o acolhimento qualificado às famílias e a articulação com a equipe assistencial. (CFP, 2022).

As Diretrizes Técnicas do CFP para serviços hospitalares do SUS complementam esse marco ao enfatizar a dimensão ético-política do cuidado, a centralidade do acolhimento e a prática interdisciplinar orientada pela humanização, pelo respeito às diversidades e pela articulação intra e intersetorial do cuidado. Essas referências reforçam que a interação psicólogo/paciente/família precisa ser construída como processo comunicacional contínuo, atento a vínculos, singularidades e contextos, e sustentado por registros técnicos que garantam continuidade e qualidade do cuidado. (CFP, 2019).

No plano micropolítico do encontro clínico, a literatura da área descreve que a atuação é indissociável da “tríade paciente–família–equipe”. Ao psicólogo(a) cabe mediar demandas e fluxos de comunicação, favorecer a expressão emocional, mapear recursos e sofrimentos da família ao longo da internação e articular cuidados com a equipe, evitando desencontros informacionais e manejando expectativas diante de prognósticos incertos (Santos, 2022).

Em Unidades de Terapia Intensiva, essa interação exige dispositivos específicos: acolhimento de familiares em momentos de admissão, agravamento e definição de condutas; manejo de sintomas ansiosos e reativos; orientação frente a rotinas e limitações do ambiente; e construção compartilhada de planos de cuidado com a equipe multiprofissional. A revisão de Vieira e Waischunng (2018) evidencia que o serviço de psicologia funciona como espaço autorizado para falar de morte e de viver, reduzindo inibições, reconhecendo medos e prevenindo respostas defensivas desadaptativas na equipe (como negação e burnout), o que impacta diretamente a qualidade da comunicação com a família (Vieira; Waischunng, 2018).

Quando a internação evolui para a terminalidade, a interação deve sustentar conforto e qualidade de vida, reconhecendo o caráter delicado do período e a necessidade de suporte aos familiares. A literatura recente destaca intervenções de escuta, validação emocional, facilitação de tomadas de decisão informadas e preparo para lutos antecipatórios, todas desenvolvidas em alinhamento com a equipe e com espaços formais (por exemplo, reuniões familiares de cuidados paliativos) previstos na regulamentação vigente. (Barreto *et al.*, 2023)

Assim, percebe-se que, de forma integrada, a Resolução CFP nº 17/2022 delimita parâmetros organizacionais, responsabilidades técnicas e tempos de cuidado (incluindo atenção a familiares e reuniões em cuidados paliativos) enquanto as Referências Técnicas do CFP detalham o modo de fazer (acolhimento, mediação comunicacional, trabalho interdisciplinar, registro técnico e suporte emocional) que efetiva esses parâmetros no cotidiano do hospital.

2.4 Aprofundando o conceito de terminalidade

A terminalidade da vida é um momento delicado, que impõe grandes desafios tanto ao paciente quanto à sua família. Trata-se de uma etapa em que a perspectiva de cura se torna improvável, deslocando o foco do tratamento para a garantia de conforto, dignidade e qualidade de vida por meio dos cuidados paliativos. Nessa fase, o sofrimento psicológico é tão presente quanto as manifestações físicas da doença, exigindo um olhar cuidadoso das equipes de saúde e, especialmente, da psicologia hospitalar (Barreto *et al.*, 2023).

Do ponto de vista existencial, a consciência da finitude acompanha o ser humano ao longo de sua trajetória. Kierkegaard, ao refletir sobre a condição humana, destacou que apenas aos homens foi dada a consciência de sua terminalidade, o que está na raiz da angústia fundamental da existência. Essa angústia emerge da possibilidade do “não estar mais”, da destruição do corpo e da consciência, confrontando o sujeito com a inevitabilidade da morte (Campos, 1995). A experiência da terminalidade, portanto, provoca intensos sentimentos de medo, negação e sofrimento, não apenas no paciente, mas também em seus familiares e na equipe que o assiste.

Na perspectiva da psicologia hospitalar, esse processo não deve ser reduzido à dimensão biológica da morte, mas compreendido em sua totalidade biopsicossocial e espiritual (Morato Silva; Alves Sidol, 2025). Assim, a atuação do psicólogo busca oferecer suporte emocional, favorecer a expressão dos sentimentos e possibilitar um espaço de elaboração simbólica sobre a finitude. Esse acolhimento contribui para que pacientes e familiares enfrentem a terminalidade de forma menos traumática, reconhecendo a morte como parte da condição humana.

A terminalidade é compreendida dessa forma como uma fase de intensas transformações e vulnerabilidades, na qual se torna essencial o cuidado integral e humanizado (Morato Silva; Alves Sidol, 2025). A psicologia hospitalar desempenha, nesse contexto, papel crucial ao auxiliar na elaboração das angústias existenciais e no enfrentamento do sofrimento, contribuindo para que esse momento seja vivido com maior dignidade e apoio.

3 ASPECTOS EMOCIONAIS E SUBJETIVOS DO LUTO ANTECIPATÓRIO EM FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI

O processo de luto é uma experiência humana universal, marcada por intensas manifestações emocionais, cognitivas e físicas, que acompanham a perda de alguém

significativo. Em contextos hospitalares, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), essa experiência assume contornos singulares, pois o sofrimento se estende não apenas ao paciente, mas também aos familiares que convivem com a possibilidade constante da morte. A presença da finitude em um ambiente altamente tecnológico e impessoal tende a intensificar a angústia e o desamparo dos familiares diante da vulnerabilidade de quem amam (Monteiro *et al.*, 2017).

Nesse cenário, o luto antecipatório aparece como um fenômeno psicológico complexo, caracterizado pela vivência de sentimentos de perda antes do óbito ocorrer. Tal experiência pode ser entendida como uma resposta adaptativa à iminência da morte, permitindo ao indivíduo reorganizar emocionalmente sua relação com o ente querido e preparar-se para a separação (Flach *et al.*, 2012). O luto antecipatório, embora doloroso, representa uma tentativa psíquica de enfrentar a finitude e de atribuir sentido à dor provocada pela ameaça de perda (Borges *et al.*, 2023).

A literatura aponta que, durante o período de internação em UTI, os familiares vivenciam um intenso conflito entre a esperança de recuperação e o medo da morte. Essa ambivalência emocional costuma gerar sentimentos de culpa, impotência, raiva e desespero, além de sintomas físicos e cognitivos que refletem o impacto do sofrimento (Souza *et al.*, 2014). A ausência de contato direto com o paciente, as restrições de visitas e a falta de informações claras da equipe de saúde agravam esse quadro de ansiedade e vulnerabilidade emocional (Ferreira; Mendes, 2013).

Por outro lado, autores como Milazzo (2020) e O'Connor (2023) destacam que o luto também é um processo de aprendizado, no qual o indivíduo aprende a viver sem a presença física do outro, resignificando o vínculo afetivo. A neurociência do luto, conforme propõe O'Connor (2023), revela que o cérebro precisa reaprender a interpretar a ausência do ente querido, um processo que exige tempo e paciência. Essa compreensão contribui para a ampliação do olhar clínico sobre o sofrimento, promovendo empatia e acolhimento diante da dor alheia.

O sofrimento emocional que se manifesta nesse contexto não se restringe à dor da perda iminente, mas envolve também o medo, a incerteza e o desamparo. Assim, este capítulo tem como objetivo refletir sobre os aspectos emocionais e subjetivos presentes nesse processo, enfatizando a importância do suporte psicológico e da humanização do cuidado como recursos de enfrentamento e resiliência diante da terminalidade.

3.1 O luto: uma experiência humana e emocional

O luto é uma das experiências emocionais mais intensas e universais vividas pelo ser humano. Trata-se de uma reação natural à perda de alguém ou algo significativo, que provoca transformações profundas no campo afetivo, cognitivo e social do indivíduo. Segundo Milazzo (2020), o luto deve ser compreendido como um processo, e não como uma doença ou desvio emocional. A autora ressalta que vivenciar o luto é um movimento necessário para a adaptação à ausência, e que evitá-lo pode resultar em sofrimento prolongado e complicações psíquicas. Entender e vivenciar o processo de luto de forma saudável permite que o enlutado consiga viver o luto e não sobreviver de luto (Milazzo, 2020).

As reações ao luto podem variar amplamente, manifestando-se em sentimentos de tristeza, raiva, culpa, negação e desesperança. O'Connor (2023) descreve o luto como um processo de aprendizagem cerebral, em que o indivíduo precisa reprogramar suas respostas emocionais diante da ausência do ente querido. A autora afirma que o cérebro humano, acostumado à presença física e simbólica da pessoa amada, enfrenta dificuldades para assimilar sua ausência definitiva, e por isso o luto se manifesta como dor, confusão e desorganização emocional. Esse entendimento aproxima o fenômeno do campo da neurociência, permitindo compreender o luto não apenas como uma vivência afetiva, mas também como um processo cognitivo e adaptativo.

De modo semelhante, Adichie (2021) enfatiza em seu relato autobiográfico que o luto é uma experiência total, que envolve corpo e mente, razão e emoção. A escritora descreve o impacto físico do sofrimento, mostrando que a dor da perda se traduz em sensações corporais concretas, como fadiga, aperto no peito e falta de ar. Essa descrição ilustra a dimensão psicofisiológica do luto, reforçando que ele não se limita ao plano emocional, mas repercute em todo o organismo.

Para além da dimensão individual, o luto também é um fenômeno relacional, pois envolve a ruptura de vínculos afetivos e a necessidade de reconstruí-los simbolicamente. O'Connor (2023) explica que o processo de passar pelo luto significa aprender a viver uma vida significativa sem a presença da pessoa amada, ressignificando o vínculo de outra forma. Segundo a autora, o cérebro dedica grande parte de sua energia a mapear e reconhecer as relações que estruturam a vida emocional, e a perda obriga a reformular esse mapa interno. Nesse sentido, ela afirma que:

Enlutar-se exige a difícil tarefa de jogar fora o mapa que usávamos para navegar a vida juntos e transformar nosso

relacionamento com a pessoa que morreu. Enlutar-se, ou aprender a viver uma vida cheia de significado sem a pessoa que amamos, é, por fim, um tipo de aprendizado (O'Connor, 2023, p. 12).

Essa concepção amplia a compreensão do luto, deslocando-o da ideia de uma simples resposta emocional para a de um processo ativo de reconstrução interna. O enlutado não apenas sofre, mas também reorganiza cognitivamente sua percepção de mundo e de si mesmo. Desse modo, o luto passa a ser entendido como uma travessia psíquica que possibilita ao sujeito continuar existindo, ainda que em um cenário de ausência.

O reconhecimento dessa dimensão de aprendizado reforça a importância do acompanhamento psicológico durante o luto, sobretudo em contextos hospitalares ou de perdas traumáticas. Milazzo (2020) argumenta que o papel dos profissionais de saúde, em especial do psicólogo, é oferecer suporte para que o indivíduo possa compreender o sentido de suas emoções e reorganizar suas vivências de perda. Assim, o luto não é apenas a dor pela ausência, mas também uma oportunidade de amadurecimento emocional e de reconstrução subjetiva.

3.2 O luto antecipatório e sua função adaptativa

O luto antecipatório é um fenômeno que ocorre quando a perda é vivida de maneira simbólica antes que ela aconteça de fato. Essa experiência se manifesta em familiares e pacientes diante da consciência da finitude, especialmente em casos de doenças graves e internações prolongadas. De acordo com Flach *et al.* (2012), o luto antecipatório envolve um processo de dor e adaptação que se inicia no momento do diagnóstico e se intensifica à medida que a morte se torna iminente. Esse processo, embora marcado por sofrimento, permite a elaboração gradual da perda e possibilita despedidas mais conscientes e significativas.

Para Flach *et al.* (2012), o luto antecipatório se caracteriza por “diversas perdas, trazendo dor e sofrimento diante da iminência da morte, configurando o processo de luto antecipatório”. Essa definição evidencia o caráter multifacetado do fenômeno, que envolve perdas simbólicas e emocionais, como o fim de expectativas, projetos e papéis familiares e não apenas a morte física em si. Assim, o luto antecipatório pode ser entendido como uma resposta psíquica que prepara o indivíduo para lidar com a ausência, funcionando como um mecanismo de defesa e de reorganização interna diante da inevitabilidade da perda.

Estudos realizados em ambientes hospitalares apontam que o luto antecipatório surge com frequência entre familiares de pacientes em estado crítico. Monteiro *et al.* (2017) observam

que o contato prolongado com a possibilidade de morte leva os familiares a vivenciarem sentimentos ambíguos de esperança e desespero, oscilando entre o desejo de recuperação e a aceitação da finitude. Essa ambivalência emocional é uma das marcas do luto antecipatório, pois o sujeito experimenta a dor da perda mesmo antes de ela ocorrer. Segundo Borges *et al.* (2023), esse tipo de luto expressa a tentativa humana de dar sentido àquilo que ainda não se perdeu, mas cuja perda já se anuncia, revelando o esforço psíquico de enfrentar o inevitável.

O caráter adaptativo do luto antecipatório reside justamente nessa possibilidade de elaboração prévia. Flach *et al.* (2012) destacam que, ao vivenciar o processo antecipadamente, o indivíduo pode ativar redes de apoio e reorganizar o modo como se relaciona com o paciente e consigo mesmo. Essa vivência também favorece a expressão de sentimentos reprimidos e a construção de despedidas simbólicas, aspectos fundamentais para um luto posterior mais saudável. Em uma passagem elucidativa, as autoras afirmam:

O momento da internação faz com que o indivíduo e seus familiares passem por diversas perdas trazendo dor e sofrimento diante da iminência da morte, configurando o processo de luto antecipatório. [...] A perda de um filho pequeno significa a interrupção de sonhos e expectativas e rompe com a lógica natural do ciclo vital, sendo considerada uma das maiores dores para uma pessoa (Flach *et al.*, 2012, p. 84).

Essa citação evidencia o quanto o luto antecipatório desafia os limites emocionais do sujeito e o obriga a confrontar a própria vulnerabilidade. A dor da antecipação não anula o sofrimento posterior, mas pode torná-lo mais compreensível e, de certa forma, menos desorganizador. O processo, portanto, não visa evitar a dor da perda, e sim permitir que ela seja vivida de maneira mais consciente e integrada.

Nesse sentido, o luto antecipatório também desempenha uma função protetiva. Segundo Borges *et al.* (2023), o enfrentamento prévio da perda favorece a ressignificação do vínculo e auxilia na construção de novas formas de relação com a pessoa enferma. Esse movimento é essencial para a preservação da saúde mental dos familiares e para a manutenção da coesão afetiva em momentos de crise. Monteiro *et al.* (2017) reforçam que o apoio emocional e a presença da equipe de saúde durante esse processo são fatores decisivos para que o luto antecipatório cumpra seu papel adaptativo.

O luto antecipatório implica o reconhecimento da sua dupla natureza: por um lado, ele representa sofrimento, angústia e medo; por outro, constitui um mecanismo de adaptação que permite preparar-se emocionalmente para a separação e reorganizar o mundo interno diante da

perda inevitável. Essa ambivalência é o que torna o fenômeno tão complexo e, ao mesmo tempo, tão necessário à vida psíquica.

3.3 O contexto da UTI e o sofrimento familiar

A internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa uma situação de extrema vulnerabilidade emocional para os familiares. O ambiente hospitalar, dominado por tecnologia, sons de equipamentos e rotinas rígidas, rompe com a dinâmica familiar e introduz uma sensação constante de ameaça e incerteza. Souza *et al.* (2014) ressaltam que a UTI, embora destinada à preservação da vida, é também um espaço onde a finitude se torna presente de forma concreta, e onde os familiares se veem confrontados com a possibilidade de morte de quem amam. Essa ambiguidade entre o cuidado e a perda potencial gera sentimentos de angústia, impotência e medo.

De acordo com Monteiro *et al.* (2017), o ambiente da UTI é caracterizado por sua impessoalidade e pela distância emocional imposta pelas normas institucionais. As restrições de visita e o controle sobre o tempo de permanência junto ao paciente intensificam o sofrimento, pois privam a família de expressar afeto e de participar ativamente do cuidado. Essa limitação não apenas reforça o sentimento de impotência, como também agrava a sensação de isolamento e desamparo emocional. Os familiares experimentam uma ruptura simbólica do vínculo, que contribui para o surgimento do luto antecipatório e dificulta a elaboração emocional da perda.

O enfrentamento da iminência da morte em um ambiente tão controlado e técnico desafia as capacidades de adaptação psíquica dos familiares. Segundo Ferreira e Mendes (2013), a hospitalização em UTI mobiliza intensas reações emocionais como medo, esperança, raiva, negação e culpa que se alternam de modo imprevisível. Essas reações são manifestações legítimas do sofrimento humano diante do desconhecido e da impotência frente à finitude. A comunicação com a equipe de saúde desempenha papel fundamental nesse processo, podendo tanto aliviar quanto intensificar o sofrimento, dependendo de como é conduzida. O sofrimento emocional dos familiares está profundamente relacionado à necessidade de vínculo e de presença afetiva no processo de morrer. A ausência dessa conexão intensifica o sentimento de perda, mesmo antes do falecimento, e reforça a importância da comunicação empática e humanizada no ambiente hospitalar.

Além disso, Monteiro *et al.* (2017) destacam que a experiência de acompanhar um ente querido em estado crítico provoca uma reorganização de papéis dentro da família. As decisões

médicas, o enfrentamento do medo e a responsabilidade emocional recaem sobre os familiares, que precisam sustentar esperança e coragem diante da incerteza. Essa sobrecarga emocional pode gerar sintomas de exaustão, ansiedade e até depressão, sobretudo quando o suporte institucional é insuficiente.

Ao mesmo tempo em que a UTI simboliza a luta pela vida, também se configura como um espaço de elaboração da morte. A vivência familiar nesse ambiente reflete a tensão entre o desejo de preservar o vínculo e a necessidade de aceitar a finitude. Reconhecer o impacto emocional desse contexto é essencial para compreender o luto antecipatório como um fenômeno profundamente ligado à experiência hospitalar e à estrutura simbólica das relações familiares.

3.4 O suporte psicológico e a humanização do cuidado

A presença do psicólogo em unidades de terapia intensiva é essencial para a mediação dos aspectos emocionais e subjetivos que emergem durante o processo de adoecimento e de morte. O psicólogo hospitalar atua como facilitador da comunicação entre equipe, paciente e família, auxiliando na expressão das emoções e na elaboração do sofrimento. De acordo com Borges *et al.* (2023), o suporte psicológico nesse contexto deve estar pautado em uma escuta empática e acolhedora, que legitime o sofrimento e possibilite a ressignificação da experiência de perda. Tal intervenção contribui não apenas para o bem-estar emocional dos familiares, mas também para o fortalecimento da rede de apoio dentro do ambiente hospitalar.

Ferreira e Mendes (2013) reforçam que o acolhimento psicológico humaniza o cuidado e reduz os impactos do luto antecipatório, especialmente quando o paciente encontra-se em estado terminal. O psicólogo, ao oferecer espaço de fala e reflexão, permite que os familiares reconheçam e validem seus sentimentos, compreendendo que a dor, o medo e a raiva fazem parte do processo de enfrentamento. Essa escuta sensível também orienta a equipe multiprofissional quanto às necessidades emocionais da família, promovendo intervenções mais éticas e compassivas.

A literatura mostra que o suporte psicológico não se restringe à escuta, mas envolve também a construção de estratégias para favorecer despedidas significativas e o enfrentamento saudável da finitude. Monteiro *et al.* (2017) observam que a presença de um profissional capacitado para intermediar a comunicação e oferecer apoio emocional contribui para o equilíbrio psíquico dos familiares e para a redução de sintomas de ansiedade e desamparo. Essa atuação favorece uma relação mais humana entre os envolvidos no processo de cuidado e

amplia a compreensão da morte como parte da experiência existencial. A essência da atuação psicológica no contexto hospitalar: oferecer um espaço de elaboração simbólica do sofrimento, sustentado pela empatia e pela compreensão das singularidades emocionais de cada família. A escuta, portanto, não é apenas um recurso técnico, mas um gesto de humanização que reconhece o outro em sua dor e dignidade.

A humanização do cuidado na UTI envolve o reconhecimento do paciente e de sua família como sujeitos integrais, que possuem história, vínculos e significados próprios. Souza *et al.* (2014) destacam que o desejo de estabelecer um vínculo entre equipe, paciente e família é um elemento central no enfrentamento do sofrimento. A comunicação transparente e o acolhimento emocional promovem uma experiência menos traumática e mais significativa, mesmo diante da perda. A ausência dessa sensibilidade, por outro lado, pode transformar o ambiente hospitalar em um espaço de isolamento e angústia, reforçando o sentimento de impotência dos familiares.

No contexto da saúde, humanização refere-se à valorização dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado (pacientes, familiares, profissionais e gestores) com foco no reconhecimento da sua singularidade, autonomia e protagonismo nas práticas de atenção e gestão em saúde. Essa perspectiva amplia o olhar sobre o cuidado, integrando dimensões técnicas e subjetivas, favorecendo vínculos solidários, comunicação efetiva e participação coletiva nos processos de cuidado e decisão em saúde (Brasil, 2025).

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2003, é uma política pública estratégica e transversal que visa qualificar a atenção à saúde e transformar as práticas assistenciais e de gestão, promovendo acolhimento, clínica ampliada, cogestão, valorização do trabalho e melhoria da ambiência. A PNH orienta que a humanização deve traduzir os princípios do SUS em modos de atuação concretos, promovendo a escuta das necessidades dos usuários e profissionais, integração entre atenção e gestão e o fortalecimento de relações mais éticas, solidárias e centradas nos sujeitos envolvidos no cuidado (Brasil, 2025).

A humanização dos ambientes hospitalares é necessária porque a simples oferta de procedimentos técnicos não garante qualidade de cuidado; é preciso reconhecer e responder às necessidades emocionais, sociais e comunicacionais dos pacientes e suas famílias, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade como a UTI. Ao promover práticas que valorizam o acolhimento, a comunicação clara e o respeito às experiências subjetivas dos

usuários, a humanização contribui para reduzir sofrimento, fortalecer a confiança no cuidado e qualificar a experiência de cuidado como um todo (Brasil, 2025).

Assim, o suporte psicológico e a humanização do cuidado não se limitam a mitigar a dor, mas possibilitam que o processo de luto se desenvolva de forma mais consciente, integrada e saudável (Clem; Hoch, 2021). A atuação empática do psicólogo hospitalar constitui, portanto, um elemento fundamental na assistência integral ao paciente crítico e sua família, reafirmando o valor do cuidado que acolhe tanto a vida quanto a morte como partes inseparáveis da experiência humana.

3.5 Fatores de enfrentamento e resiliência

O enfrentamento do luto antecipatório e do sofrimento vivenciado em uma Unidade de Terapia Intensiva depende de múltiplos fatores, entre eles a presença de redes de apoio, a espiritualidade e a capacidade individual de resiliência. A literatura mostra que, diante da iminência da morte, os familiares buscam recursos internos e externos para manter o equilíbrio emocional e dar sentido à experiência. Monteiro *et al.* (2017) observam que a fé, a esperança e a confiança na equipe médica são estratégias frequentemente utilizadas para lidar com o medo e a incerteza. Esses elementos funcionam como mecanismos de proteção psíquica, que ajudam a reduzir a ansiedade e a fortalecer o vínculo familiar.

Segundo Flach *et al.* (2012), a ativação de redes de apoio formadas por parentes, amigos e profissionais de saúde é essencial para a elaboração do luto antecipatório. O suporte social oferece segurança emocional e contribui para que o sofrimento seja compartilhado, diminuindo o peso individual da dor. A escuta empática e o acolhimento institucional também são fatores determinantes para o fortalecimento da resiliência, entendida aqui como a capacidade de reorganizar-se emocionalmente após experiências adversas. Conforme as autoras, a ativação de uma rede de apoio, com a aproximação dos familiares e de recursos de auxílio social, traz também a necessidade da elaboração do luto antecipatório, essencial tanto para o paciente quanto para a família (Flach *et al.*, 2012).

Esse apoio afetivo, aliado à presença sensível dos profissionais, possibilita que o sofrimento se torne um espaço de transformação subjetiva. Borges *et al.* (2023) ressaltam que o enfrentamento do luto antecipatório envolve a aceitação da vulnerabilidade humana e a busca por sentido diante da dor. Essa elaboração emocional permite ao indivíduo reorganizar o vínculo com o paciente e preparar-se para a ausência sem negar a importância do afeto. A

resiliência, nesse contexto, não significa ausência de sofrimento, mas sim a capacidade de permanecer íntegro mesmo em meio à dor.

Milazzo (2020) complementa essa visão ao afirmar que o processo de luto, quando vivenciado de forma consciente e acolhida, pode tornar-se uma oportunidade de crescimento emocional e espiritual. A autora defende que compreender o luto como uma etapa natural da vida ajuda o indivíduo a reconstruir seu sentido de existência e a transformar a perda em aprendizado. Esse processo, ainda que doloroso, fortalece a capacidade de resiliência e de empatia, pois permite reconhecer a finitude como parte integrante da condição humana.

Dessa forma, os fatores de enfrentamento e resiliência não eliminam o sofrimento, mas o tornam mais suportável e dotado de sentido. A espiritualidade, o apoio social e o acolhimento psicológico são elementos fundamentais para que o luto antecipatório seja elaborado de modo saudável. Reconhecer essas dimensões subjetivas é essencial para uma prática de cuidado humanizado, capaz de sustentar emocionalmente o indivíduo em um dos momentos mais difíceis da vida: a despedida.

3.6 Análise e considerações

O luto antecipatório, no contexto da Unidade de Terapia Intensiva, revela-se como um fenômeno profundamente humano, que envolve dor, esperança, medo e amor. As experiências analisadas ao longo deste capítulo demonstram que, diante da iminência da morte, os familiares vivenciam intensos conflitos emocionais e cognitivos, oscilando entre o desejo de manter a vida e a necessidade de aceitar a finitude. Essa ambivalência caracteriza o sofrimento como um processo dinâmico e multifacetado, em que se entrelaçam a perda simbólica e a preparação para a despedida.

Compreender o luto sob a perspectiva psicológica e subjetiva permite reconhecer que ele não é apenas uma manifestação de tristeza, mas um processo de aprendizagem emocional e de reorganização interna. O'Connor (2023) contribui para essa compreensão ao demonstrar que o cérebro, ao vivenciar a ausência, precisa reaprender a viver sem o outro, reconstruindo suas conexões afetivas e cognitivas. Assim, o luto, antecipado ou não, é um percurso de transformação e adaptação, que permite ressignificar o vínculo e restaurar o equilíbrio emocional.

Os estudos analisados também apontam a importância da humanização do cuidado e da presença do psicólogo hospitalar no acompanhamento das famílias. A escuta empática, a

comunicação clara e o acolhimento emocional são estratégias que reduzem o impacto do sofrimento e favorecem a elaboração do luto antecipatório. Esses elementos reforçam que o cuidado em saúde deve transcender o tratamento físico, alcançando as dimensões subjetivas e existenciais que constituem a experiência do adoecer e do morrer.

Por fim, destaca-se que a espiritualidade, o apoio social e a resiliência surgem como pilares de enfrentamento que sustentam o indivíduo diante da dor. A fé e o sentido atribuído à perda contribuem para transformar o sofrimento em aprendizado, como ressaltam Milazzo (2020) e Adichie (2021). O luto, portanto, pode ser compreendido não apenas como um estado de perda, mas como um processo de reconstrução da própria vida e de reconhecimento do valor dos vínculos que permanecem, ainda que de outra forma.

4 A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA E AS NECESSIDADES EMOCIONAIS DOS FAMILIARES EM LUTO ANTECIPATÓRIO NA UTI

O processo de luto antecipatório vivenciado pelos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva envolve sentimentos complexos como medo, vulnerabilidade, desorientação e ruptura de sentido. Trata-se de uma experiência que mobiliza dimensões cognitivas, afetivas e relacionais, exigindo do sujeito um esforço contínuo de reorganização interna frente à iminência da perda. As fontes analisadas destacam que esse processo é marcado por oscilações emocionais intensas e por um movimento de desagregação simbólica, em que o mundo vivido deixa de oferecer estabilidade e previsibilidade (Clem; Hoch, 2021).

Nesse cenário, a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), desenvolvida por Carl Rogers, fornece fundamentos essenciais para compreender as necessidades emocionais dos familiares e oferecer um cuidado psicológico ético, sensível e humanizado. A ACP valoriza a singularidade da experiência de cada sujeito, compreendendo o luto não como patologia, mas como manifestação legítima de um organismo que busca se autorregular diante da ameaça da perda. Essa perspectiva aproxima-se do vivido pelos familiares na UTI, que expressam a necessidade constante de acolhimento, escuta e apoio emocional contínuo para atravessar o sofrimento de forma integradora. Assim, ao relacionar os fundamentos rogerianos às demandas emocionais observadas nesse contexto, torna-se possível compreender como a prática centrada na pessoa pode contribuir para sustentar a vivência de luto antecipatório.

4.1 Fundamentos essenciais da ACP aplicáveis ao luto antecipatório na UTI

A ACP compreende que, diante da iminência da morte, o sujeito se vê confrontado com uma ameaça profunda ao *self*, exigindo um esforço contínuo de reorganização interna para lidar com o sofrimento. Conforme discutido por Bromberg, a experiência da perda ativa um processo de desestabilização psíquica que confronta diretamente a finitude, evocando sentimentos de ameaça e desagregação (Silva, 2023).

Essa concepção é compatível com o observado nos familiares que enfrentam o luto antecipatório na UTI, cuja vivência é frequentemente marcada por medo, impotência e dificuldade de integrar emoções contraditórias.

Além disso, a ACP entende que o organismo busca naturalmente restaurar um estado de equilíbrio, mesmo quando atravessa situações extremas. Castelo Branco destaca que o luto opera como um processo homeostático, no qual o sujeito tenta reconstruir significados e reorganizar o *self* diante da perda (Silva, 2023).

Essa noção é fundamental para compreender que, apesar da dor intensa, o familiar mantém recursos internos que podem ser mobilizados quando encontra um ambiente de apoio emocional adequado. Silva, ao analisar a experiência do luto, afirma que essa vivência envolve também um abalo na percepção de si, na medida em que a perda do outro é sentida como perda de uma parte interna, exigindo uma reconstrução cuidadosa da identidade (Silva, 2023).

A vivência da perda pode ser considerada não apenas como o rompimento do vínculo com o outro, mas como a perda de uma parte de si, uma vez que a experiência afetiva compartilhada passa a exigir uma reorganização interna que não ocorre de maneira imediata ou linear (Silva, 2023). Esse entendimento dialoga diretamente com a realidade dos familiares de pacientes em estado crítico na UTI, que vivenciam um processo de perda progressiva e dolorosa, frequentemente sem espaço para simbolizar adequadamente o sofrimento. A ACP, ao reconhecer a legitimidade dessas expressões emocionais e ao rejeitar classificações patologizantes, oferece o suporte necessário para que o familiar vivencie o luto antecipatório como parte de seu processo de preservação interna.

4.2 Campo fenomenológico e a vivência subjetiva do familiar

O campo fenomenológico, conceito central da ACP, refere-se ao mundo subjetivo de cada pessoa, constituído por percepções, emoções, valores e significados que emergem de sua

experiência particular (Silva, 2023). Ao considerar que o familiar vivencia a iminência da morte a partir de seu campo fenomenológico, a ACP reconhece a singularidade e a complexidade da vivência emocional nesse contexto.

A literatura consultada aponta que o luto provoca uma ruptura no modo habitual de compreender o mundo, gerando desorganização, vazio e perda de sentido. O luto envolve, muitas vezes, um movimento de desorganização, esvaziamento e perda de sentido, podendo gerar desorientação, dificuldades nas relações e alterações no modo de perceber a si próprio e o mundo (Clem; Hoch, 2021).

Essa perspectiva permite compreender por que familiares enfrentam grande dificuldade para verbalizar sentimentos ou tomar decisões durante o processo de luto antecipatório. Muitas emoções estão ainda fora do campo da consciência simbolizada, o que Rogers descreve como elementos não plenamente integrados à experiência (Silva, 2023). Assim, o familiar pode alternar momentos de aparente tranquilidade com explosões de sofrimento, sem que isso represente contradição, mas sim a manifestação de um campo fenomenológico em transformação.

A oscilação emocional característica do luto está ligada à incongruência entre a experiência vivida e o autoconceito, especialmente quando sentimentos como culpa, medo ou impotência não podem ser expressos livremente (Silva, 2023). A ACP propõe, portanto, uma escuta livre de julgamentos e um acompanhamento que respeite a narrativa interna do familiar, permitindo que sentimentos ainda não simbolizados encontrem espaço para emergir. Dessa forma, compreender o campo fenomenológico é condição fundamental para que o profissional ofereça suporte emocional adequado na UTI, validando a experiência singular de cada familiar e acolhendo sua forma particular de sofrer.

4.3 Empatia, aceitação e presença autêntica como suporte emocional

As atitudes facilitadoras propostas por Rogers (2009) constituem o núcleo da ACP e são elementos essenciais para oferecer apoio emocional aos familiares em luto antecipatório. As fontes analisadas reforçam que tais atitudes são fundamentais para criar um espaço de comunicação autêntica, no qual o familiar se sente seguro para expressar sua dor sem medo de julgamentos ou deslegitimação (Morato Silva; Alves Sidol, 2025).

Clem e Hoch (2021), ao discutirem o acolhimento no contexto do luto, afirmam que a disponibilidade do profissional favorece o acesso do sujeito a seus próprios recursos internos,

promovendo maior integração emocional. Essa compreensão é coerente com a necessidade de apoio emocional contínuo, observada com frequência nos familiares acompanhados em UTIs.

Na perspectiva rogeriana, a empatia é entendida como a capacidade de o terapeuta adentrar o mundo interno do cliente como se fosse seu próprio mundo, sem perder a condição do “como se”. O terapeuta deve voltar-se para o mundo interno do cliente, procurando compreendê-lo como se fosse seu próprio mundo. É essa compreensão empática que possibilita que o cliente tome contato com aspectos antes negados ou distorcidos de sua experiência (Clem; Hoch, 2021).

Essa compreensão empática é particularmente relevante no contexto da UTI, onde o sofrimento é contínuo e as necessidades emocionais se intensificam. A aceitação incondicional positiva, por sua vez, permite que o familiar expresse sentimentos contraditórios sem sentir que está ultrapassando limites morais ou emocionais. Por fim, a congruência do profissional oferece segurança ao familiar, pois indica que a relação terapêutica se estabelece com autenticidade e presença verdadeira (Morato Silva; Alves Sidol, 2025).

Portanto, as atitudes facilitadoras da ACP constituem um conjunto de recursos fundamentais para oferecer acolhimento e suporte emocional contínuo na UTI, respondendo às necessidades subjetivas emergentes durante o luto antecipatório.

4.4 A relação terapêutica como espaço de reorganização diante da iminência da perda

Para a ACP, a relação terapêutica não é apenas um meio, mas o próprio ambiente que possibilita mudança emocional. Isso é particularmente relevante no contexto da UTI, onde a tensão constante e o medo da perda exigem do familiar uma reorganização interna contínua. A presença acolhedora do profissional contribui para que a experiência seja simbolizada e integrada de maneira menos dolorosa (Morato Silva; Alves Sidol, 2025).

O terapeuta, ao sustentar a relação com abertura e autenticidade, favorece que a pessoa integre a experiência às suas percepções de mundo, ampliando a capacidade de lidar com a realidade (Silva, 2023). Esse espaço relacional permite que o sujeito se escute e reconheça sua capacidade de reorganização (Morato Silva; Alves Sidol, 2025).

O processo terapêutico, mediante intervenções centradas na pessoa, possibilitou o contato com sentimentos antes pouco acessíveis, favorecendo a simbolização da experiência e ampliando a capacidade de reorganização diante do impacto da perda (Silva, 2023). Esse trecho evidencia como o espaço relacional fundamentado na ACP facilita a elaboração emocional,

permitindo que sentimentos intensos e muitas vezes contraditórios sejam expressos, compreendidos e integrados à experiência de vida.

No ambiente da UTI, marcado pela oscilação constante entre esperança e ameaça iminente, a relação terapêutica torna-se um eixo de sustentação emocional para os familiares, que vivenciam um sofrimento continuado e permeado por incertezas. Os materiais sobre luto na UTI destacam que a presença de um profissional capaz de oferecer escuta qualificada e acolhimento favorece a reorganização interna do familiar, permitindo que ele encontre algum sentido e estabilidade emocional em meio ao caos (Milazzo, 2020).

Essa função de suporte não apenas ampara a expressão das angústias, mas também auxilia na integração da experiência dolorosa, reduzindo o impacto da ameaça iminente de perda. O'Connor (2023), ao explicar como o cérebro processa o luto, reforça que a presença de uma figura segura favorece a reorganização do *self* diante da ruptura do vínculo afetivo. Em um contexto no qual o sofrimento é inevitável, a relação terapêutica na UTI atua como uma base emocional indispensável, permitindo que o familiar se reorganize subjetivamente mesmo diante da proximidade da perda.

4.5 O cuidado psicológico no contexto hospitalar a partir da perspectiva centrada na pessoa

A ACP, pela sua flexibilidade e foco na relação, adapta-se adequadamente ao contexto hospitalar, onde o sofrimento é intenso e multidimensional. As intervenções centradas na pessoa permitem que o profissional ofereça um cuidado sensível às necessidades específicas do familiar, respeitando sua história, seus valores e a forma singular como vivencia o luto antecipatório.

A ACP se destaca por possibilitar uma atuação ética e humanista, capaz de integrar dimensões emocionais profundas sem reduzir a experiência do sujeito a diagnósticos ou categorias rígidas. As fontes analisadas reforçam que o acolhimento e o suporte emocional constituem práticas fundamentais no cuidado com familiares em processo de perda, contribuindo para que encontrem espaço para ressignificar a experiência (Clem; Hoch, 2021).

Assim, ao ser aplicada de forma sensível e contextualizada, a ACP oferece ao familiar uma oportunidade de atravessar o luto antecipatório de maneira mais integrada, fortalecendo seus recursos internos e sustentando sua capacidade de enfrentamento em um dos momentos mais difíceis de sua trajetória.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo compreender o processo de luto antecipatório vivenciado por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, articulando os achados da literatura com os pressupostos da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). A revisão teórica evidenciou que o luto antecipatório constitui um fenômeno contínuo, dinâmico e profundamente subjetivo, marcado por sentimentos de ameaça, instabilidade emocional, angústia e pela necessidade constante de reorganização interna. A literatura analisada aponta que, diante da iminência da perda, o campo fenomenológico do familiar sofre intensas alterações, fragilizando referências existenciais e exigindo novas formas de enfrentamento emocional.

Nesse contexto, a ACP mostrou-se um referencial teórico-clínico consistente para a compreensão e o cuidado das necessidades emocionais dos familiares. Seus fundamentos, como a tendência atualizante, o reconhecimento do campo fenomenológico e as atitudes facilitadoras, possibilitam compreender o sofrimento não como patológico, mas como uma experiência legítima e singular, que demanda acolhimento ético e sensível. A empatia, a aceitação incondicional positiva e a congruência, quando sustentadas de forma genuína pelo profissional, favorecem a expressão emocional segura e contribuem para a reorganização do self diante da ameaça da perda.

O relato de experiência, utilizado neste trabalho como elemento ilustrativo e reflexivo, reforça a pertinência desses pressupostos teóricos. A instabilidade clínica do paciente, a comunicação frequentemente insuficiente e a ausência de suporte psicológico estruturado intensificam sentimentos de desamparo, solidão e insegurança nos familiares. Em contrapartida, momentos pontuais de acolhimento profissional evidenciam o impacto positivo de práticas humanizadas, demonstrando que pequenas intervenções, como uma escuta empática, uma presença disponível ou uma comunicação clara, podem produzir alívio emocional significativo e preservar a dignidade do familiar em sofrimento.

Do ponto de vista ético e profissional, este estudo evidencia que a atuação do psicólogo em contextos de UTI ultrapassa a dimensão técnica, exigindo uma postura sensível, responsável e comprometida com a humanização do cuidado. Enquanto futura psicóloga, a reflexão desenvolvida ao longo deste trabalho reforça a compreensão de que o familiar deve ser

reconhecido como sujeito de cuidado, portador de uma história, de vínculos afetivos profundos e de necessidades emocionais legítimas. A prática psicológica, nesse cenário, demanda escuta qualificada, comunicação ética e presença autêntica, elementos centrais para a construção de um cuidado integral.

Como contribuição para a prática profissional, este trabalho aponta a necessidade de fortalecimento de ações institucionais voltadas ao acolhimento psicológico dos familiares, especialmente em ambientes de alta complexidade, como a UTI. Sugere-se a ampliação de protocolos de comunicação, a oferta de acompanhamento psicológico contínuo e a atuação integrada das equipes multiprofissionais, de modo a favorecer práticas mais humanizadas e sensíveis às demandas emocionais dos familiares durante o processo de terminalidade.

No que se refere aos limites da pesquisa, destaca-se que este estudo não envolveu pesquisa de campo nem coleta de dados com participantes humanos, tratando-se de uma revisão narrativa da literatura articulada a uma reflexão teórica a partir de uma experiência pessoal, utilizada exclusivamente como motivação para a escolha do tema. Além disso, identificou-se a escassez de produções nacionais específicas sobre o luto antecipatório em contextos de UTI, especialmente sob a perspectiva dos familiares, o que evidencia a necessidade de ampliação de pesquisas empíricas e teóricas sobre o tema.

Por fim, esta investigação reafirma que o sofrimento dos familiares deve ser reconhecido como parte integrante do cuidado em saúde. A integração entre teoria e reflexão crítica demonstra que uma prática psicológica ética, sensível e centrada na pessoa é fundamental para minimizar o sofrimento emocional e promover maior humanização nos contextos de terminalidade. Espera-se que este trabalho contribua para a formação de profissionais mais atentos à dimensão subjetiva do cuidado e para o fortalecimento de práticas psicológicas comprometidas com a dignidade humana em momentos de extrema vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADICHIE, C. N. **Notas sobre o luto**. Tradução de Fernanda Abreu. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.
- ASSIS, F. E.; FIGUEIREDO, S. E. F. M. R. A atuação da psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. **Psicologia Argumento**, v. 37, n. 98, p. 501-512, 2019.
- BARRETO, E. A.; LINHARES, F. F.; MATOS, Á. L. O.; SILVA, F. V. M.; SOUZA, J. C. P. O papel da psicologia hospitalar na atenção à família de pacientes em terminalidade de vida: uma revisão sistemática. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 15, n. 10, p. 10840-10859, 2023.
- BORGES, M.; RANGEL, C.; BARTMANN, A. O Olhar do Psicólogo Hospitalar frente ao Luto Antecipatório em pacientes oncológicos. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças** Vol. 24, Nº. 2, 696-706, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sktes/politica-nacional-de-humanizacao>. Acesso em: 18 dez. 2025.
- CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.
- CAVALCANTE, Lívia T. C.; OLIVEIRA, Adélia A. S. de; Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)* vol.26 no.1 Belo Horizonte jan./abr. 2020. DOI - 10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Brasília: CFP, 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **Resolução CFP nº 17, de 19 de julho de 2022**. Dispõe acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2022.
- FERREIRA, P. D.; MENDES, T. N. Família em UTI: Importância do Suporte Psicológico Diante da Iminência de Morte. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan./jun. 2013.
- FLACH, K.; LOBO, B. O. M.; POTTER, J. R.; LIMA, N. S. O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan./jun. 2012.
- GASPARIN, I. G. **A atuação da Psicologia com pacientes terminais na UTI: Uma revisão integrativa**. Monografia (Especialização) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP/Escola de Saúde Pública de São Paulo - CEFOR/SES. Ribeirão Preto. p. 34. 2025.

LIMA, R. M.; GRANETTO, L. F. Um estudo de caso na prática institucional ambulatorial: o luto na Abordagem Centrada na Pessoa. In: ENCONTRO CIENTÍFICO CULTURAL INTERINSTITUCIONAL, 21., 2023.

MILAZZO, L. **Luto: entender para melhor atender**. São Paulo: Lêda Milazzo Psicóloga, 2020.

MONTEIRO, M. C.; MAGALHÃES, A. S.; MACHADO, R. N. A Morte em Cena na UTI: A Família Diante da Terminalidade. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 3, p. 1285-1299, set. 2017.

MORATO SILVA, C. L.; ALVES SIDOL, P. Contribuições da ética humanista e do pensamento Rogeriano no manejo das perdas gestacionais. **Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity**, 17(1). Belém do Pará, 2025.

MUNIZ, M. S.; SILVEIRA, B. B. Atuação da psicologia em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Mosaico**, v. 11, n. 2, p. 95-100, 2020.

O'CONNOR, M. F. **O cérebro de luto: com a mente nos faz aprender com dor e a perda**. Tradução de Laura Folgueira. São Paulo: Principium, 2023.

FERNANDES, Jaciara M. B.; VIEIRA, Lidiane T.; CASTELHANO, Marcos V. C. Revisão narrativa enquanto metodologia científica significativa: reflexões técnicas-formativas. **REDES – Revista Educacional da Sucesso**, v. 3 n. 1, 2023.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoas**. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

SANTOS, J. S. L. A atuação do psicólogo hospitalar diante da tríade paciente–família–equipe de saúde. **GEPNEWS**, v. 6, n. 3, p. 44-49, 2022.

SEBASTIANI, R. W.; ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 1. ed., 6. reimpr. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. p. 31-34, 2003.

SILVA, J. A. **Intervenção psicológica centrada em pessoas enlutadas na pandemia de COVID-19**/ Juliana de Almeida Silva. Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2023.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 8. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

SOUZA, T. L.; BARILLI, S. L. S.; AZEREDO, N. S. G. Perspectiva de familiares sobre o processo de morrer em unidade de terapia intensiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 751–757, jul./set. 2014.

VIEIRA, A. G.; WAISCHUNNG, C. D. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 132-140, jan./jun. 2018.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental**. 4. ed. São Paulo: Roca, 2013.

ANEXOS

Anexo I – RELATO DE EXPERIÊNCIA

O relato de experiência apresentado a seguir refere-se a uma vivência pessoal da pesquisadora, relacionada ao processo de luto antecipatório vivenciado durante a internação prolongada de um familiar em Unidade de Terapia Intensiva. O relato tem como objetivo ilustrar e contextualizar, de forma reflexiva, os aspectos emocionais envolvidos nesse processo, articulando a experiência vivida com os referenciais teóricos discutidos ao longo do trabalho. Ressalta-se que, por razões éticas, foram omitidos nomes, datas específicas e quaisquer informações que possam permitir a identificação de outras pessoas ou instituições envolvidas, preservando-se, assim, a confidencialidade e a integridade dos sujeitos relacionados à experiência narrada.

O processo que culminou na internação e morte de meu familiar, aqui referido como João Alves ¹, começou ao final de 2024, quando ele sofreu uma queda da própria altura e fraturou o fêmur. Embora a lesão não exigisse cirurgia, o repouso absoluto o deixou profundamente triste e sem apetite, levando-nos a buscar orientação nutricional. Ele já apresentava comorbidades como diabetes e problemas na próstata, o que tornava esse período ainda mais delicado.

No início de 2025, surgiram dores abdominais, dificuldade para urinar e náuseas, exigindo o uso de sonda vesical e sucessivas buscas por atendimento médico. Uma infecção foi identificada e a hospitalização tornou-se inevitável. Exames de imagem revelaram uma massa obstrutiva no intestino, resultando na primeira cirurgia. Ele saiu do procedimento com uma bolsa de colostomia, pois grande parte do intestino precisou ser retirada devido à perfuração causada por um osso engolido que provocou grave infecção.

Após a cirurgia, ele ficou desorientado, e a demora nas informações agravou nossa angústia. Após insistência da família, foi levado à UTI e, no dia seguinte, entubado por causa de uma septicemia. Permaneceu quinze dias na UTI, quatro deles entubado e os demais

¹ Nome fictício

desorientado. As visitas diárias de trinta minutos às 17h nos submetiam a um ciclo de melhora e piora, refletindo a oscilação emocional típica do luto antecipatório.

A sala de espera da UTI tornou-se um espaço de compartilhamento com outros familiares igualmente abalados. Em alguns dias, o assistente social orientava sobre rotinas e procedimentos. Sou especialmente grata a um deles, que esteve comigo na primeira visita em que vi meu familiar entubado, oferecendo palavras de fé e esperança — o único momento em que me senti realmente acolhida. Essa experiência evidenciou a importância da presença empática e do acolhimento, centrais à Abordagem Centrada na Pessoa.

Havia uma equipe multiprofissional na UTI, mas a falta de identificação dificultava saber quem fazia o quê. Reconheci alguns psicólogos, embora apenas um tenha se aproximado brevemente. A ausência de apoio emocional reforçou o quanto o ambiente hospitalar pode desfigurar emocionalmente quem já está fragilizado. Para nós, ele era um homem amado; para a rotina hospitalar, parecia mais um paciente. Essa vivência intensificou a percepção de perda de sentido e identidade, reforçando a necessidade de atitudes empáticas, aceitação e presença autêntica.

Após quinze dias, houve melhora nas taxas da infecção e ele deixou a UTI, iniciando um período de avanços e retrocessos com exames, ajustes de medicação e procedimentos invasivos. Acompanhamos sua deterioração progressiva: o homem alegre, contador de histórias e querido por tantos parecia desaparecer diante de nós. Nos últimos dias, mesmo lúcido, entristecia-se ao entender sua condição. Alimentava-se por sonda, os órgãos começaram a falhar e os procedimentos tornaram-se dolorosos. A carência de um apoio psicológico mais efetivo foi ainda mais sentida, especialmente quando iniciou hemodiálise, marcando o início do fim.

Um residente passou a acompanhar o caso de perto e se tornou nossa principal fonte de apoio. Ele investigou até descobrir um novo foco de infecção. Mais uma cirurgia seria necessária, reacendendo um mínimo de esperança misturada ao desespero. Em março, após conseguirmos o sangue necessário, ele entrou no centro cirúrgico às 22h e saiu perto da meia-noite já entubado e encaminhado para a UTI, com poucas expectativas de sobrevivência. Fomos para casa angustiados e, infelizmente, recebemos a notícia de sua morte às 11h.

Encerrava-se a vida daquele que me deu a vida, que guiou meu caminho e foi exemplo de humanidade. Sou grata pelos cinquenta anos em que pude conviver com ele como familiar, avô de meus filhos e homem admirável. Esse percurso doloroso revelou a profundidade do luto antecipatório e a necessidade de acolhimento profissional: quando presente, trazia alívio e humanização; quando ausente, intensificava solidão e angústia. A experiência confirmou a

relevância da Abordagem Centrada na Pessoa como fundamento essencial para um cuidado verdadeiramente humanizado em momentos de extrema vulnerabilidade.

Contextualização

A experiência aqui relatada diz respeito ao processo de adoecimento, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e morte de meu familiar. Nosso vínculo familiar sempre foi muito forte: ele foi uma figura marcante como familiar e referência afetiva, reconhecido por sua alegria, disposição para contar histórias e habilidade com repentes. O adoecimento súbito e progressivo desse homem, tão presente na vida de todos, colocou nossa família diante de um cenário emocionalmente desestabilizador.

O ambiente hospitalar representou, desde o início, uma ruptura com a rotina e com o sentido habitual da vida familiar. Meu familiar, que inicialmente havia sofrido uma queda e fraturado o fêmur, passou por agravamentos sucessivos, desenvolvendo dores abdominais, infecção generalizada, desorientação e falência progressiva de órgãos. Sua internação na UTI marcou o início de um período de intensa angústia e sofrimento emocional, tanto para ele quanto para nós.

Esse contexto delimitou a vivência de um claro processo de luto antecipatório, já que acompanhávamos diariamente sua deterioração, oscilando entre esperanças de melhora e o medo constante da morte iminente.

Vivência na UTI e no hospital

A experiência hospitalar foi marcada por incertezas, esperança frágil e sofrimento contínuo. Após a fratura e suas limitações físicas, meu familiar apresentou perda de apetite e tristeza crescente. A intensificação dos sintomas (dores abdominais, dificuldade para urinar e náuseas) levou à hospitalização e à constatação de uma grave infecção intestinal, provocada por um corpo estranho que perfurou o intestino.

A cirurgia inicial, embora necessária, inaugurou um período de grande instabilidade clínica. A desorientação pós-operatória, associada à lentidão na transmissão de informações, aumentou a sensação de desamparo. Após insistência da família, ele foi levado à UTI, onde permaneceu por quinze dias, quatro deles entubado. A septicemia avançava de forma imprevisível: um dia as taxas melhoravam e alimentavam esperança; no outro, regrediam

drasticamente. Essa alternância gerava um estado emocionalmente exaustivo, caracterizado por medo, aflição e impotência.

A sala de espera da UTI tornou-se um espaço de encontros marcados pelo sofrimento compartilhado. Famílias trocavam relatos, acolhiam-se mutuamente e observavam, dia após dia, a dinâmica da vida e da morte que atravessava aquele ambiente. Cada ausência repentina de alguém conhecido significava alta ou morte. A lógica da UTI, dura e imediata, moldava nossas expectativas e intensificava nossa vulnerabilidade emocional.

Em meio a esse cenário, momentos pontuais de acolhimento profissional foram marcantes. Um assistente social ofereceu apoio emocional na primeira vez em que vi meu familiar entubado, permanecendo ao meu lado e trazendo palavras de fé e esperança, gesto que se tornou inesquecível. Posteriormente, reconheci alguns psicólogos da equipe, embora somente um tenha se aproximado para conversar comigo brevemente. Esses encontros, ainda que raros, ofereceram conforto e sensação de presença humana em um ambiente que frequentemente produzia solidão.

Ao mesmo tempo, havia desafios significativos no cuidado institucional. A falta de identificação clara dos profissionais dificultava a comunicação e aumentava a sensação de desorientação. Embora muitos médicos tenham demonstrado sensibilidade e humanidade, o contato emocional estruturado era escasso, reforçando em mim a necessidade de uma escuta qualificada e de um acolhimento sistemático aos familiares.

Após quinze dias, meu familiar saiu da UTI, mas seu estado frágil resultou em novas oscilações clínicas. A deterioração contínua, marcada por procedimentos invasivos, falência de órgãos, sucessivas puncturas dolorosas e eventual necessidade de hemodiálise, evidenciava a aproximação do fim. Nos últimos dias, lúcido e consciente de sua condição, ele demonstrava tristeza e resignação, sobretudo por não poder mais comer o que gostava.

Quando um residente passou a acompanhar o caso mais de perto, sentimos novamente a presença de alguém disposto a escutar, explicar e caminhar ao nosso lado. Ele investigou o novo foco de infecção e orientou-nos com honestidade e dedicação. Apesar dos esforços, uma nova cirurgia tornou-se necessária, e a última noite foi marcada por esperança mínima e profunda angústia. Finalmente, recebemos a notícia de sua morte.

Reflexões sobre teoria e ética

A vivência descrita confirma, na prática, os fundamentos teóricos discutidos ao longo do trabalho. O luto antecipatório esteve presente desde o início do agravamento clínico, manifestando-se em sentimentos de desorganização, esvaziamento, medo e alternância entre esperança e desespero. A cada piora clínica, emergia a sensação de ameaça à integridade do *self*, fenômeno amplamente discutido nas teorias do luto e evidenciado na experiência familiar.

Da perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, tornou-se evidente a importância das atitudes facilitadoras. Os momentos em que experimentei empatia, escuta e presença autêntica, ainda que raros, proporcionaram alívio emocional imediato. Isso reafirma o que Rogers (2009) postula sobre o poder da relação genuína para favorecer a reorganização interna e a simbolização da experiência.

Por outro lado, a ausência de acolhimento contínuo acentuou a vulnerabilidade. A falta de comunicação clara, a burocratização das relações e a dificuldade de reconhecer profissionais específicos, elementos comuns no contexto da UTI, contribuíram para o aumento do sofrimento emocional. Essa vivência reforça a necessidade de compreender o familiar como sujeito inserido em um campo fenomenológico próprio, cheio de medos, expectativas e fragilidades. Quando esse campo não é considerado, instala-se a sensação de desamparo, amplificando a dor do luto antecipatório.

O relato vivenciado evidencia que a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) não apenas descreve princípios humanistas, mas oferece respostas efetivas às necessidades concretas dos familiares em situação de luto antecipatório: acolhimento, presença autêntica, comunicação clara, validação emocional e um espaço seguro para vivenciar sentimentos intensos. A experiência demonstra que, na prática hospitalar, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva, a ACP se revela uma base ética indispensável, pois sustenta intervenções que respeitam a dignidade da pessoa e reconhecem o sofrimento emocional como parte legítima do cuidado em saúde.

Do ponto de vista ético, esta vivência reforçou a compreensão de que o profissional de Psicologia na UTI assume um compromisso que ultrapassa o domínio técnico. Seu papel implica reconhecer que cada familiar carrega uma história, um vínculo, expectativas e medos que precisam ser acolhidos com sensibilidade e responsabilidade. Os momentos em que algum membro da equipe ofereceu apoio emocional (um abraço, um gesto de presença, uma explicação cuidadosa) mostraram que pequenas ações têm potencial para modificar profundamente a maneira como os familiares atravessam a crise. Tais atitudes concretizam o princípio ético de não reduzir o sujeito à sua condição de “acompanhante”, mas reconhecê-lo

como alguém em intenso sofrimento, cujo bem-estar emocional também demanda cuidado e atenção.

A ética profissional, nesse contexto, envolve assegurar que a comunicação seja honesta, empática e contínua; que o sofrimento psicológico seja reconhecido e não invisibilizado; e que os familiares tenham acesso a um espaço de escuta genuína, onde suas angústias possam ser expressas sem julgamento. A falta de suporte emocional estruturado durante parte da internação tornou evidente o impacto negativo da ausência dessa postura. A negligência afetiva, ainda que não intencional, fragiliza o familiar, amplia o sentimento de solidão e compromete o enfrentamento do luto antecipatório, demonstrando como a ética em Psicologia é inseparável da humanização.

No plano formativo, a experiência ampliou significativamente a compreensão sobre a importância da atuação psicológica em ambientes hospitalares de alta complexidade. Ela revelou que o sofrimento do familiar, muitas vezes, não é percebido como prioridade institucional, o que evidencia a urgência de profissionais qualificados para oferecer suporte emocional contínuo. A ACP, nesse sentido, mostrou-se não apenas um referencial teórico consistente, mas também um guia prático para o desenvolvimento de uma postura profissional fundamentada na empatia, na autenticidade e no respeito incondicional pela pessoa.

Essa trajetória dolorosa transformou-se em aprendizado ético e formativo, reafirmando a necessidade de uma prática psicológica que reconheça a singularidade de cada dor, acolha a vulnerabilidade humana e se comprometa com o cuidado integral. A experiência aponta, ainda, para a responsabilidade do futuro profissional de Psicologia em lutar por contextos de trabalho que valorizem a humanização, promovam o contato verdadeiro entre profissionais e familiares e garantam que o acompanhamento emocional não seja exceção, mas parte essencial da assistência em saúde.