



ISSN: 2595-1661

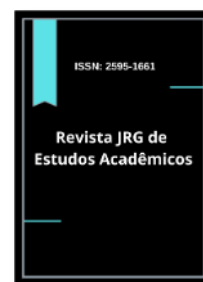
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br/)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistairg.com/index.php/jrg>



Religiosidade, luto e despedida na UTI de adulto: interfaces entre familiares, psicologia e equipe multiprofissional

Religiosity, mourning, and farewell in the adult ICU: interfaces between family members, psychology, and the multidisciplinary team

DOI: 10.55892/jrg.v8i19.2790

ARK: 57118/JRG.v8i19.2790

Recebido: 08/12/2025 | Aceito: 13/12/2025 | Publicado on-line: 14/12/2025

Ana Claudia Fernandes Cardoso Lamas¹

<https://orcid.org/0009-0004-8558-3352>

<http://lattes.cnpq.br/2696920678369511>

Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, Brasil

E-mail: aclaudialamas@gmail.com



Resumo

O cuidado a pacientes terminais na UTI envolve sofrimento intenso para pacientes, familiares e equipe multiprofissional, exigindo acolhimento diante da morte e do luto. As crenças religiosas e espirituais são relevantes no enfrentamento do sofrimento e na resignificação da vida diante da perda. Torna-se necessário analisar a fé como recurso de conforto espiritual de pacientes em cuidados paliativos, no luto antecipatório de familiares e em impactos emocionais diários da equipe. A comunicação da morte e o cuidado humanizado pela psicologia hospitalar, se mostram fundamentais. Portanto, propõe-se uma revisão integrativa para compreender criticamente as temáticas e estimular novas pesquisas sobre o papel das crenças e da subjetividade no processo de terminalidade, destacando seu potencial fortalecedor para todos os envolvidos.

Palavras-chave: psicologia hospitalar; unidade de terapia intensiva de adulto; luto; espiritualidade; equipe multiprofissional.

Abstract

The care with terminal patients in the ICU involves intense suffering for patients, families, and the multidisciplinary team, requiring support in the face of death and mourning. Religious and spiritual beliefs are relevant in coping against suffering and in reinterpreting life in the face of loss. It is necessary to analyze faith as a resource for spiritual comfort for patients in palliative care, in the anticipatory mourning of families, and in the daily emotional impacts on the team. The communication of death and humanized care through hospital psychology are shown to be fundamental. Therefore, an integrative review is proposed to critically understand these themes and encourage

¹ Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

new research on the role of beliefs and subjectivity in the process of terminality, highlighting their strengthening potential for all those involved.

Keywords: *hospital psychology; adult intensive care unit; mourning; spirituality; multiprofessional team.*

1. Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como informa Haberkorn (2004), se caracteriza por um setor hospitalar destinado ao tratamento de enfermidades graves que exigem vigilância contínua e intervenção multiprofissional.

A UTI, como é conhecida nos dias de hoje, surgiu nos Estados Unidos na década de 50 e se espalhou pela Europa nos anos 60. No Brasil, começou a ser implantada a partir de 1970 em hospitais privados do Rio de Janeiro e de São Paulo. Atualmente, é um recurso disponível em quase todos os hospitais de grande porte. (HABERKORN, 2004, p. 99).

Existe a percepção e a sensação frequente que o ambiente da UTI seja amedrontador e angustiante, por conter movimentações intensas da equipe, incerteza do equilíbrio e de possível melhora do quadro clínico do paciente, da solidão entre os pacientes que possuem limitações na comunicação (ainda mais em detrimento do uso de dispositivos como sondas, tubos e ventiladores mecânicos), som alto dos equipamentos, desconfortos físicos, medo da morte, dentre outros fatores que só intensificam a visão do ambiente da UTI ser tenso e ameaçador. Porém, é essencial que ocorra a desmistificação sobre a UTI e que visualizem a funcionalidade do local como promoção de melhora na qualidade de vida e na recuperação do paciente em estado crítico de saúde.

Alguns pacientes requerem mais tempo de internação e cuidados intensivos, que sob a perspectiva de Bruscato et al. (2004, p. 101), o paciente pode ter sua noção de realidade comprometida, podendo desenvolver o Delirium caracterizado com alterações no sono, abalo emocional, e em alguns casos comprometimento da adesão ao tratamento e dificuldade na compreensão diagnóstica de seu próprio quadro clínico.

Com esse cenário de tanta vulnerabilidade clínica e emocional, a equipe multiprofissional se torna essencial para o cuidado integral. As visitas multiprofissionais ao leito são fundamentais para a evolução clínica do paciente e para um planejamento terapêutico mais integrado.

Nesse contexto, por estar dentro da equipe multiprofissional, a Psicologia possui um papel central na qualificação das relações entre médico e paciente, bem como entre o paciente e toda a equipe de cuidados. Entre suas atribuições, destaca-se a possibilidade de atuar na redução da resistência à internação, sobretudo quando o paciente se mostra angustiado, ansioso ou pouco colaborativo diante da hospitalização e do tempo necessário de permanência. Além disso, a Psicologia pode avaliar, em conjunto com a equipe responsável, a viabilidade da permanência de um familiar ao lado do paciente. (Baptista, Dias e Baptista, 2018; Haberkorn, 2004; De Carvalho Silva, 2022; Simonetti, 2004).

Essa presença de familiar pode ser significativa para amenizar sentimentos de solidão, reduzir quadros de ansiedade e agitação, e favorecer maior adesão ao tratamento. Tal cuidado é especialmente relevante em casos de pacientes traqueostomizados, intubados ou que demonstram intenso desejo de deixar o leito, retornar ao ambiente familiar ou que podem vir a necessitar de contenção. Ressalta-se que a presença constante de um familiar pode contribuir para evitar a contenção

física e minimizar o uso de sedativos, ampliando a sensação de segurança emocional do paciente e favorecendo um ambiente mais conectado, acolhedor e humanizado. (Calixto, 2021; La Piazza e Herbes, 2022; Xavier et al., 2024; Da Silva Costa, 2024; De Carvalho Silva, 2022).

Nesse sentido, os psicólogos atuam como importantes aliados na minimização do sofrimento dos familiares diante da internação de seus entes queridos, buscando oferecer suporte emocional e promover maior sensação de acolhimento nesse momento delicado. Além disso, incentivam os familiares a expressarem dúvidas, angústias e incômodos relacionados ao cuidado, favorecendo um diálogo mais claro e sensível com a equipe.

Em muitos casos, a Psicologia também exerce um papel de mediação na comunicação com o paciente, especialmente quando há limitações expressivas, como em pacientes traqueostomizados, cuja comunicação vocal pode não ser compreensível e a leitura orofacial apresenta desafios. Com isso, o psicólogo facilita o entendimento do paciente com equipe e familiares, reforçando vínculos, reduzindo frustrações e promovendo uma convivência mais humana e significativa durante a internação. (Haberkorn, 2004; De Carvalho Silva, 2022; Calixto, 2021; Chandra et al., 2020; Baptista, Dias e Baptista, 2018)

Ao se comunicar com o paciente, conforme Baptista, Dias e Baptista (2018, p. 101), o psicólogo deve analisar a percepção do paciente e ajustá-lo caso necessário, quanto à sua orientação de tempo e espaço, se o paciente se encontra orientado, responsivo à estímulos, comunicativo, consciente, junto à uma avaliação neurológica do médico responsável pelo caso, além de questionar o paciente sobre o motivo de internação, como está a alimentação do paciente, sua rotina de sono, sobre preferências do paciente para que a internação seja o menos invasiva possível em aspectos psicológicos, cognitivos e fortifique a identidade do paciente. Contudo, o psicólogo se atenta no entendimento do sofrimento, dor e morte, tanto do paciente como de familiares.

De modo geral, é fundamental garantir a humanização no cuidado ao paciente, reconhecendo-o como sujeito de direitos, com história, superações, identidade e individualidade. Isso inclui chamá-lo pelo nome, evitando reduzi-lo a um número de leito ou diagnóstico clínico. Esta abordagem respeitosa valoriza o paciente como um ser humano digno, reforçando o vínculo entre equipe e paciente.

Outra dimensão relevante da humanização do cuidado refere-se à potencial redução do sofrimento por meio da fé e da espiritualidade, as quais podem oferecer sentido, suporte emocional e ressignificação diante da terminalidade. Essa abordagem implica considerar as histórias de vida, os valores e a subjetividade de cada paciente e de seus familiares, de modo a favorecer um processo de despedida mais acolhedor e alinhado às singularidades de cada indivíduo. (La Piazza e Herbes, 2022; Kübler-Ross, 2008; Da Silva Costa, 2024; Xavier et al., 2024).

1.1. Fé e espiritualidade como aliados no enfrentamento do luto

A fé e a espiritualidade são importantes aliados no tratamento hospitalar de pacientes, tanto de baixa complexidade quanto de alta complexidade, conforme dita Lima et al. (2022). Embora existam diversas religiões, todas devem ser respeitadas, e ainda que os recursos médicos já não sejam tão eficazes para poder contribuir positivamente no avanço do quadro clínico do paciente, a espiritualidade dos familiares se mantém para ofertar amparo e esperança.

Os pacientes, (até mesmo que vivenciam o luto antecipatório) e seus familiares, frequentemente se apoiam em suas crenças religiosas e espiritualidade como formas

de enfrentamento do sofrimento e da finitude da vida. Paralelamente, os profissionais da equipe multiprofissional também recorrem às próprias convicções espirituais ou religiosas como recurso interno para lidar com as demandas emocionais do cuidado ao outro — especialmente em situações que envolvem sofrimento intenso, morte iminente e limitações no oferecimento de um tratamento individualizado. Nesse contexto, a espiritualidade torna-se um elemento de sustentação tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado. (Kübler-Ross, 2008; La Piazza e Herbes, 2022; Da Silva Costa, 2024; Xavier et al., 2024).

Cada familiar, possui respostas comportamentais diferentes quanto ao enfrentamento do parente que foi a óbito. Frente a isso, a fé se torna uma possibilidade de ressignificação do processo de morte para torná-lo menos traumático, já que a fé e a espiritualidade fazem parte da subjetividade humana. Desse modo, a espiritualidade de pacientes assim como de familiares, deve ser acolhida e respeitada, sem que ocorra julgamentos, preconceitos e que haja espaço para inclusão de rituais como benzimentos e orações ao enfermo, de modo que o ambiente seja favorável para familiares e principalmente para os pacientes expressarem suas crenças, angústias e sofrimento de modo geral. Essa percepção da fé e espiritualidade, ganha mais sentido quando o paciente está em cuidados paliativos, onde se busca melhor trabalhar no controle dos sofrimentos. (Kübler-Ross, 2008; La Piazza e Herbes, 2022; Da Silva Costa, 2024; Xavier et al., 2024).

1.2. O conforto espiritual em pacientes sob cuidados paliativos terminais

Pacientes que passam pelo estágio terminal da doença, que é um estágio final da vida, possuem essa irreversibilidade no quadro clínico e são movidos para os cuidados paliativos, que tem foco de melhorar suas qualidades de vida, sem focar na cura dessa doença, mas sim em medidas de conforto físico, emocional e espiritual.

A equipe multiprofissional prioriza evitar procedimentos invasivos que não direcionam significativamente para uma melhora do quadro, e evita o uso de medicamentos desnecessários para a gravidade do caso, proporcionando assim, um ambiente mais confortável, silencioso e menos impactante, formando um espaço mais respeitoso ao paciente e seus familiares, com visitas e despedidas adequadas. Tudo isso, para que a morte seja um processo natural e que os desejos do paciente sejam respeitados e acolhidos.

Segundo La Piazza e Herbes (2022, p. 181) nesse sentido de alívio do sofrimento do paciente, a partir de um conforto espiritual, evidencia que a presença de voluntários e líderes religiosos, trazem uma sensação de dignidade e um pouco de tranquilidade para aliviar tanta angústia que o paciente carrega na internação, trazendo mais paz para o mesmo encarar o momento tão delicado e ter uma travessia melhor da elaboração do luto, inclusive aos familiares, e sobretudo, que esse cuidado leve em consideração as necessidades individuais, culturais de cada paciente e respeitando suas crenças.

Em consequência, estudos de Taylor (2022) registraram que a audição é considerada o último sentido a se desligar em pacientes na fase terminal. Nessa circunstância, se explica o porquê se é estimulado a conversar com os pacientes nesta fase, mesmo que não haja a reciprocidade na comunicação. Inclusive, deve haver sim a comunicação aos pacientes para propiciar conhecimento do que ocorre consigo e segurança ao se sentir cuidado. Isso traz ainda, uma sensação de acolhimento e reconhecimento do sofrimento do paciente, mesmo que o cenário do paciente seja de inconsciente, mas que através de encefalograma (EEG) se conste que reagem a estímulos, como Chandra et al. (2020) aponta.

Algumas táticas que possam promover melhor conforto ao paciente de modo geral e não apenas em cuidados paliativos, mas como por exemplo em pacientes que sentem-se muito solitários devido ao contato mínimo com familiares, muito menos com a realidade fora do hospital, seria da inserção da musicoterapia, no qual a música atua como recurso de enfrentamento do sofrimento do paciente, onde o mesmo pode estar vivenciando um momento no qual tenha dificuldade de comunicação, de expressão dos sentimentos e emoções, de incertezas, medos, delirium, mas que a música será um facilitador para estimular a memória afetiva dos pacientes, tranquilizar pacientes contidos no leito por estarem agitados ou com parcial adesão ao tratamento, auxiliando a frequência cardíaca e respiratória dos pacientes que por vezes se encontram ansiosos, além de redução da dor e humanização dos processos de despedida que são dolorosos e exigem a proximidade com o choro. Para isso, deve sempre ter como prioridade o gosto musical individual do paciente, comunicado por ele ou familiares, para melhor apreciação do momento. (De Andrade Ponta; Dell Llano Archondo, 2021).

Nesse sentido, os cuidados paliativos são importantes para mostrar que de modo humanizado, não prometem a cura em um momento de finitude da vida de um enfermo, mas garantem que este paciente seja atendido de modo digno e acolhedor, não sendo um requisito apenas para o fim da vida, mas sim para melhorar a qualidade e conforto de vida física, espiritual e psicológica do paciente, como explica La Piazza e Herbes (2022). Portanto, tais cuidados tem foco no alívio de sofrimento e suporte à familiares de pacientes durante o luto antecipatório e após a morte do paciente. Reforça-se que o psicólogo se mostra presente para acolhimentos e elaboração do luto.

1.3. O papel do psicólogo na elaboração do luto dentro e fora da UTI, junto ao apoio de familiares

A vivência do luto muitas vezes leva à sensação de despersonalização diante da realidade, enquanto se tenta ressignificar o sentido da vida e compreender as mudanças inesperadas que ocorrem em um curto espaço de tempo. Em meio aos esforços para seguir em frente, busca-se um novo despertar com novos modos de caminhar perante uma perda tão delicada e lenta. Expressar a dor é difícil, pois ela sufoca e aflige, ainda mais por não trazer de volta fisicamente, a presença do ente querido. Mesmo assim, esse processo pode contar com o aparecimento da coragem que nasce após a perda.

Monteiro et al. (2018, como citado em Xavier et al., 2024, p. 12) afirmam: Luto e UTI são indissociáveis, uma vez que a morte geralmente está presente nesse ambiente. Assim, ao discutir sobre a morte, é necessário abordar as despedidas que ocorrem nesse cenário. Com isso o psicólogo inserido nas UTIs pode intervir auxiliando as famílias no processo de tomada de decisões, ofertando espaços seguros e afetivos para a expressão e validação de emoções associadas ao medo, à esperança ou à ambivalência de sentimentos que emergem durante o processo de elaboração emocional diante do adoecimento e/ou morte iminente de um ente querido. Ouvir e dar importância a fala do familiar que traz um recordatório do enfermo que antes se comunicava, se locomovia, e se expressava com facilidade e que naquele momento se encontra dentro de uma cena de debilidade e despedida pode trazer à tona o luto antecipado e abalar esse cuidador familiar nas suas esferas psíquicas e orgânicas. (XAVIER et al., 2024)

O luto acaba sendo tão grande na UTI de Adulto, pelo fato de que o familiar ao ver o ente querido que antes e fora do hospital se comunicava, locomovia, e se

expressava com facilidade, agora se encontra com muitas limitações que podem até ser irreversíveis. Com tamanhas mudanças na aparência e limitações físicas do paciente, o familiar ao entrar na UTI e visualizar essa cena do paciente debilitado, geralmente acaba se configurando uma experiência traumática chocante. Isso destaca que o luto não está vinculado apenas à ideia de perda concreta, mas sim de saúde, vivências, autonomia, expectativas, sonhos, tanto do familiar em relação ao paciente quanto o próprio paciente consigo mesmo. Com essa realidade, o familiar passar por um choque emocional e um luto antecipatório imprevisível e comovente, que abala psicologicamente, fisicamente e biologicamente esse cuidador familiar. (Xavier et al., 2024)

Com isso, há uma associação da UTI com a morte, precisamente por existir um estigma dos pacientes que são transferidos para este setor, sendo vistos por familiares, como casos clínicos que podem não sofrer melhoras, com protocolos rigorosos de visitas até por horários limitados e quantidades de visitas por dia e exigências sobre o modo de visitas (inclusive a paramentações adequadas para visitar pacientes isolados).

Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004), psiquiatra, que trouxe contribuições legítimas e construtivas sobre a morte, o luto e os cuidados paliativos, redigiu um livro que se tornou mundialmente conhecido, sendo “Sobre a morte e o morrer” (Kübler-Ross, 2008), onde ela descreve os cinco estágios que podem afetar os pacientes terminais, sendo: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Percebe-se que os mesmos sintomas experienciados por pacientes em estado terminal, ao fazer uma análise, são os mesmos sintomas experienciados por familiares enlutados. Observa-se que esse processo do luto, pode não seguir essa sequência linear, principalmente pelo luto ser sentido com frequência e intensidade para cada pessoa.

Calixto (2021), menciona que a elaboração do luto é um processo complexo. Familiares que não são capazes de se despedir de seu ente querido, possuem um risco maior de desenvolver sintomas complicados de luto. Esse luto complicado tem relação com riscos a transtornos psicológicos como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Porém, o momento de despedida da pessoa falecida, seja no necrotério ou em rituais de velório e funeral, acaba favorecendo a aceitação da morte, que apresenta significados distintos de pessoa para pessoa e de religião para outra. Na maioria dos casos, quando o familiar não comparece a alguns desses rituais após a morte do falecido, como uma despedida, a aceitação da morte acaba sendo um processo mais doloroso e difícil de ser vivenciado, e isso se explica pela dificuldade em retomar a rotina diária de antes do acompanhamento desse paciente que estava adoecido e necessitou de cuidados até familiares, onde a dinâmica familiar sofreu modificações em detrimento de um bem maior, que seria a saúde desse paciente que estava requerendo um olhar mais cauteloso, e não apenas da equipe médica. Conclui-se então que essa experiência de luto antecipatório, inicia-se ainda antes do luto e do óbito, e enquanto o paciente ainda se encontra internado durante hospitalização. (Kübler-Ross, 2008; Da Silva Costa, 2024; Xavier et al., 2024)

1.4. O luto antecipatório do cuidador familiar

O luto antecipatório, é um processo que antecipa a morte do paciente, principalmente quando esse processo já está em “andamento” e que o quadro clínico do paciente é de alta complexidade, com uma doença crônica e grave, permitindo que haja um espaço para que o familiar tende a processar a dor do luto aos poucos e em uma despedida previsível, todavia não menos dolorosa. O cuidador familiar do paciente hospitalizado, também passa por muitas mudanças em sua rotina, onde suas dinâmicas com os compromissos passam por uma reorganização que até às vezes é inesperada, exigindo uma transformação em atividades que o cuidador verá com maior necessidade, sendo a atenção voltada mais ao familiar hospitalizado, do que no próprio autocuidado, na vida social e em atividades laborais organizacionais. (Kübler-Ross, 2008; Da Silva Costa, 2024; Xavier et al., 2024)

Essa mudança de prioridades na rotina do cuidador familiar, compromete tanto a saúde física quanto mental, e traz a falta do autocuidado e de sofrimento para sua vida, resultando em impactos sentidos por muitas vezes de modo individual e nem sempre compartilhado com outros familiares. Sentimento de impotência, medo, culpa, competência, tristeza, depressão orbitam a mente de quem se prontifica a cuidar de um ente querido. Assim como os familiares vivenciam essa rotina exaustiva, a equipe multiprofissional passa por similaridades, ainda mais por estarem em um ambiente de alta complexidade. (Da Silva Costa, 2024)

1.5. O sofrimento também atinge a equipe multiprofissional

A equipe multiprofissional possui um objetivo de reduzir ao máximo o tempo de internação do paciente em leito de UTI, justamente por alguns motivos, como para prevenir a deterioração física, funcional e motora do paciente, evitando a perda de autonomia do mesmo, prevenir o risco de infecções hospitalares principalmente em pacientes que estejam passando pelo desmame de ventilação mecânica, evitar a superlotação de leitos para promover mais leitos à pacientes em estado de saúde mais crítico e grave. Em razão disso, esses protocolos só são possíveis de ocorrerem, a partir de uma atuação conjunta dos profissionais para discussão de casos, intervenções e elaboração de um plano terapêutico individualizado a cada paciente conforme as devidas necessidades. (AGUIAR; OLIVEIRA; SILVA, 2021)

Numa leitura histórica, a função essencial do hospital no século XVIII não era a de curar o doente, mas a de acolher o pobre que estava morrendo. Dizia-se, naquela época, que o “hospital era um morredouro, um lugar onde morrer” (PITTA, 1991, como citado em LA PIAZZA; HERBES, 2022, p. 169).

A aceitação da dor decorrente e a necessidade de administrar tais situações remetem à importância de investir na resiliência como uma característica organizacional a ser desenvolvida nos hospitais, visto que “a dor e o sofrimento [...] fazem parte do cotidiano de um hospital, atingindo não só os pacientes internados, mas todos que nele transitam diariamente, profissional ou voluntariamente” (Heimann, 2007, como citado em LA PIAZZA; HERBES, 2022, p. 169).

Dessa forma, pode-se afirmar que a resiliência permite a uma pessoa ou grupo minimizar, prevenir ou superar desafios diários, especialmente em um ambiente hospitalar (LA PIAZZA; HERBES, p. 169).

De Carvalho Silva (2022) reforça que profissionais da saúde em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) vivem uma rotina agitada em decorrência da atuação imediata, com turnos exaustivos de trabalho, embora haja a troca de turno, existe o desgaste físico e emocional. O ambiente contribui para esse stress psicológico com aparelhos ligados e que emitem sons o tempo todo, cheiros desagradáveis, pacientes

graves requerendo atenção e cuidado, pressão dos familiares esperando por respostas.

Isso mostra ainda, que mesmo que exista tanta carga de trabalho aos profissionais da saúde, ainda assim a desvalorização de profissionais da saúde é recorrente, o que afeta tanto suas vidas profissionais quanto pessoais. Vinculado a esse raciocínio, o sofrimento desses profissionais pode levar à sintomas de ansiedade, estresse e depressão, que podem acarretar transtornos de ansiedade, burnout e transtornos depressivos. (De Carvalho Silva, 2022; Baptista, Dias e Baptista, 2018)

Portanto, se enfatiza que profissionais de saúde devem romper o estigma na sociedade e reconhecer que também necessitam e têm o direito de receberem cuidado, e que não devem negligenciar a própria saúde mental ou terem receio e vergonha de sentirem culpa, medo e tristeza. Os profissionais da saúde, inclusive os psicólogos, sofrem tanto como os familiares e pacientes, até por se sentirem limitados no cuidado ao paciente, mesmo doando o máximo de cuidado que aprenderam e ainda assim se autocobrem e terem a sensação de que poderiam ajudar mais, o que é intensificado por esses espaços serem de alta complexidade e de muita pressão. Essa visão reforça ainda mais a participação da Psicologia nos hospitais, especialmente nas UTIs de Adulto.

1.6. A pertinência da psicologia no cuidado integral em contextos hospitalares

O atendimento qualitativo ao paciente pela equipe multiprofissional, requer um planejamento sobre o quadro clínico médico do paciente, onde se insere o perfil sociodemográfico de cada paciente, prognóstico, analisar se há riscos de vulnerabilidades e de compreensões ao tratamento tomando também como referência o histórico familiar sobre a doença e sintomas. Esses fatores observam em conjunto, a adesão ao tratamento seja no nível de atenção primária à saúde (como UBS) e secundária (como ambulatorios de especialidades médicas) dos pacientes até a sua chegada em nível terciário de saúde (como hospitais gerais, hospitais universitários e UTIs). Outros aspectos sociodemográficos devem ser considerados, como estado civil quanto à forma de rede de apoio do paciente e religiosidade como recurso de enfrentamento, ambos sendo de enfrentamento da doença e internação. (AGUIAR; OLIVEIRA; SILVA, 2021)

Existem pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento por se sentirem infringidos, seja por não querer se alimentar, ficar contido no leito, ou ter dificuldade de evacuar e isso demonstra o quanto o contato com a equipe responsável do paciente, é importante para tomar medidas mais ajustadas e benéficas para o paciente e sua linha de tratamento. (Haberkorn, 2004, p. 106).

O psicólogo hospitalar tem muitos papéis no processo de hospitalização do paciente adoecido, seja na escuta ativa, no acolhimento, na capacidade em ofertar assistência ao paciente para que a relação profissional-paciente e ambiente-paciente, se torne mais humanizada e confortável ao paciente. (Toro et al., 2013).

De acordo com Baptista, Dias e Baptista (2018, p. 98), o psicólogo dentro da UTI de Adulto, também tem o foco a avaliar o paciente para verificar sua qualidade de sono, alimentação, contato com a equipe, aceitação de procedimentos, visitas e outros), avaliar o estado psíquico do paciente (orientação, consciência, memória, afetividade, entre outros) e sua compreensão do diagnóstico, além das reações emocionais quanto à internação e à doença, mostrando que existem tantos

comprometimentos no adoecer do paciente que devem ser cuidados de forma mais afetiva possível, para que os desconfortos sejam minimizados.

Conforme Da Silva Costa (2024, p. 2) aponta em seu artigo sobre “a morte e o morrer no contexto hospitalar”, mostra-se que existe um vazio na compreensão do processo de morrer, no ambiente hospitalar, enquanto recorrentemente o paciente é mantido a um curto período de tempo vivo por aparelhos modernos, que tentam adiar o processo da morte, mas que a qualidade de vida desse paciente não acaba sendo tão aprimorada e assim, o luto antecipatório já acaba sendo introduzido, tanto para o paciente quanto para os familiares.

Ademais, é relevante que o psicólogo ofereça um espaço acolhedor no qual o paciente sinta-se à vontade para falar sobre a morte, suas significâncias, medos, diminuir sentimentos de angústia e abandono e contribuir para o paciente externalizar sobre seus arrependimentos, culpas e entender o processo de finitude, a fim de reduzir sintomas ansiosos, depressivos e estressores.

A escuta ativa e o acolhimento humanizado, tem como foco durante a avaliação psicológica do paciente, o encontro de uma solução para o sofrimento intenso dele, para o alívio dos sintomas que afetam seu bem-estar biopsicossocial e espiritual, tal como a avaliação psicológica de familiares de pacientes no âmbito hospitalar, que visa amenizar o período de muitas incertezas, medos, angústias e culpas, tanto de pacientes que se encontram em leitos de convênio SUS ou particulares.

Neste momento de hospitalização, a subjetividade do paciente deve ser amparada de modo sensível e respeitoso, para que neste tempo de fragilidade, o paciente sinta-se bem recepcionado pela equipe hospitalar para que até possa demonstrar o desejo de receber ajuda psicológica. Contudo, isso mostra que não é só o paciente que se encontra adoecido, mas que de maneira igual, sua própria subjetividade que está vulnerável.

Portanto, a Psicologia Hospitalar surge para ouvir a pessoa que se encontra hospitalizada, escutar a sua subjetividade, e não para curar a sua doença física, pois isso a Medicina já procura fazer, mas para tentar minimizar o sofrimento do paciente e de sua família. O trabalho é focal, centrando-se no sofrimento e nas repercussões que o paciente sofre com a doença e a hospitalização, associado a outros fatores, como história de vida, a forma como ele assimila a doença, seu perfil de personalidade e seu contexto social. (SIMONETTI, 2011, como citado em SANTOS; DE MELO SARMENTO, 2023, p. 7).

O diálogo constante entre o psicólogo e a equipe multiprofissional é essencial para se construir um cuidado humanizado e integrado dentro do ambiente hospitalar. Tal comunicação beneficia a mediação de conflitos, promove alinhamento entre as ações e facilita a imposição de decisões clínicas a serem adotadas. O psicólogo também precisa assumir o papel de facilitador entre a tríade paciente, família e equipe, ajudando assim, a interpretar angústias e expectativas sobre a internação e momentos posteriores, portanto, ajudar na diminuição dos impactos emocionais negativos do paciente e oferecer suporte psicológico à familiares e à equipe multiprofissional. (Haberkorn, 2004; De Carvalho Silva, 2022; Calixto, 2021).

A atuação do psicólogo vai além da palavra, isso porque tanto a escuta silenciosa como o olhar atento ou a presença do mesmo ao leito do paciente, são maneiras de se mostrar um acolhimento humanizado e valioso, principalmente na UTI de Adulto, que grande parte dos pacientes se encontram sob efeito de sedação, entubados ou inconscientes e com dificuldade de comunicação verbal, em detrimento das doenças respiratórias graves, politraumas, ferimentos por arma branca (FAB) ou

de fogo (FAF), doenças neurodegenerativas, traumatismo cranioencefálico (TCE), dentre outras complicações.

Com isso, muitos pacientes, pelo tempo de internação, de sedativos, medicações e procedimentos cirúrgicos, acabam passando por momentos de delirium, episódios de despersonalização, sintomas ansiosos e depressivos pelas restrições e receios do que possa vir pela frente, em especial aos pacientes da UTI que ficam em um ambiente que tem muito barulho das máquinas, é isolado, possui nenhuma janela, passam o tempo limitados fisicamente e que não tem acesso à luz solar. (Simonetti, 2004)

Observa-se que além das condições fisiológicas e ambientais nas quais o paciente está inserido, a comunicação, entre a equipe multiprofissional, os pacientes (quando se encontram responsivos) e com os familiares desses pacientes, torna-se essencial para a compreensão da real situação do contexto de sua enfermidade. Portanto, diante da complexidade do processo de adoecimento, é necessário ampliar as discussões sobre as temáticas da morte e do luto, enfrentando esse desafio por meio de uma comunicação sensível, clara e contínua.

1.7. A morte e o luto como tabu: desafios na comunicação e no cuidado

A morte é sempre comunicada e pensada de modo muito desconfortável e de modo negativo, muito angustiante, onde muitas pessoas a enxergam como uma finalidade desconhecida, com incertezas sobre o ciclo do fim da vida, principalmente por não terem uma percepção concreta e sim uma percepção abstrata de modo mediano, ao entrarem em contato com temáticas filosóficas e espirituais de maneira mais expansiva e em conexões profundas transcendentais.

Embora haja profissionais altamente qualificados no ambiente hospitalar, ainda assim, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) a comunicação sobre a morte ainda passa por abordagens difíceis de serem expostas, ainda mais de modo sensível, cultural e ético, comprometendo a relação entre médico que passa a notícia do falecimento do paciente, aos familiares, o que intensifica ainda mais o sofrimento dos familiares por terem um espaço reduzido para dialogarem e expressarem suas angústias que acabam não sendo acolhidas de uma forma tão humanizada, ao que mostra, que deve haver mais preparo, atenção e cuidado dos profissionais da saúde ao verbalizar sobre a morte e impactar o mais saudável possível na resignificação da perda do ente querido.

Chegada a terceira idade, boa parte dos indivíduos vivenciam perdas de amigos e familiares, além da perda de sua ocupação profissional e a perda da sua força física. Bee (1997), nos diz que na velhice as pessoas tendem a pensar e falar mais sobre o assunto, comparando-se com pessoas de qualquer outra faixa etária. Mas isso não quer dizer que eles deixem de ter medo de morrer. (DA SILVA COSTA, 2024, p. 5)

Percebe-se que a morte a pessoas mais novas em relação a pessoas mais velhas, tendem a ter um maior impacto no luto familiar, justamente pela percepção de que ainda se depositavam muitas expectativas quanto à oportunidades e expectativas de vivência do paciente falecido, com uma maior frustração, no quanto o mesmo não pôde preencher um futuro com muitas realizações por ter tido uma vida “interrompida” de forma “injusta” pelas perdas de ciclos não concluídos, ainda mais quando o paciente estava passando por grandes realizações, o que torna ainda mais impactante, porém não menos doloroso ou difícil.

Deve-se haver comunicação sobre a morte, para não se criar um sentimento de abandono por quem passa pelo luto, pois o luto pode causar problemas futuros como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ideação suicida e depressão. O luto é um sentimento muito árduo e difícil de ser vivido, no qual dependendo do nível de proximidade com o falecido, se torna mais intenso e pode durar até um ano, onde a partir de um ano, quando ele continua a ser intenso, se torna um luto patológico. (AZEVEDO; ROCHA, 2025)

É crucial que pessoas que viveram próximas ao falecido e criaram um vínculo afetivo, principalmente cuidadores familiares e amigos, possam não se sentirem sozinhos ou desamparados, pois embora esses sentimentos sejam comuns, incluindo a tristeza, é importante preveni-los para o luto ser mais bem elaborado e menos intenso.

2. Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com busca por temáticas sobre a espiritualidade, religiosidade, cuidados paliativos, UTI, luto, musicoterapia e equipe multiprofissional, triagem por títulos e resumos, seguida de leitura completa dos artigos, para se realizar uma análise crítica dos conteúdos.

Dessa maneira, foi-se criado o objetivo geral a ser atendido com a escrita do texto, que averiguasse e observasse como a Psicologia Hospitalar contribui para o cuidado integral dos pacientes internados nas UTIs de Adulto, com foco na religiosidade, no luto e no sofrimento psicológico de pacientes, familiares e na equipe multiprofissional, além de pontuar sobre os impactos da terminalidade da vida e na assistência quanto ao acolhimento.

Para essa funcionalidade, foram criados objetivos específicos que facilitassem essa busca, sendo: Analisar como as características do ambiente da UTI e dos casos clínicos, impactam o bem-estar psicológico, emocional e espiritual dos pacientes; Investigar de que modo a espiritualidade contribui para o enfrentamento do adoecimento e do sofrimento emocional de pacientes e familiares em processo de luto; Interpretar como as intervenções psicológicas articuladas aos cuidados paliativos favorecem o conforto físico, emocional e espiritual de pacientes em fase terminal, até com a ajuda da musicoterapia; Identificar como pacientes em cuidados paliativos fazem da fé, espiritualidade e religiosidade como recursos de enfrentamento diante da terminalidade; Identificar as repercussões psicossociais do luto antecipatório vivenciado pelos familiares; Compreender como familiares utilizam crenças religiosas e espirituais na resignificação da perda iminente e no manejo do luto antecipatório; Analisar como crenças religiosas e espirituais influenciam o sofrimento emocional e as estratégias de enfrentamento da equipe multiprofissional atuante na UTI; Investigar como a comunicação sobre a morte e as práticas de cuidado humanizado - especialmente da Psicologia Hospitalar, se articulam com dimensões espirituais e subjetivas no final da vida; Integrar evidências científicas que relacionem espiritualidade, religiosidade e cuidados paliativos em UTI.

Foi utilizado o site ChatGPT para dar melhor clareza e coesão textual quanto ao seguimento de alguns parágrafos, para que houvesse até menos repetições de palavras e melhor objetividade dos dados. (OpenAI, 2025) Utilizou-se também o site GPTZero para detectar parágrafos que contivessem plágio na escrita, a fim do texto ser o mais humano possível e que pudesse-se evitar conflitos na escrita e que respeitasse ao máximo a ética. (<https://gptzero.me>, 2025) Por fim, foi utilizado o site Google Tradutor com a finalidade de tradução para o inglês sobre o respectivo título do artigo, resumo e palavras-chave.

3. Resultados

Como resultados, se observa que a internação em UTIs possui uma alta complexidade clínica, marcada pelo risco iminente da morte e sofrimento emocional de pacientes e seus familiares. A equipe multiprofissional também vivencia esse processo, e ainda assim, em alguns momentos, até pela rotina intensa e mortes frequentes, segue com sensação de impotência e pressão institucional, e se reforça que esses profissionais possuem direito a apoio psicológico, supervisão, descanso adequado e condições de trabalho dignas, ainda mais por estarem aliados na humanização de lutos e despedidas. Desse modo, pode-se prevenir a ansiedade, o estresse, a depressão e o burnout. (De Carvalho Silva, 2022; (Baptista, Dias e Baptista, 2018)

Pacientes internados por longos períodos podem apresentar delirium, alterações emocionais, sensação de despersonalização e dificuldades de adesão ao tratamento. E para ajudar, a Psicologia surge para mostrar que é fundamental para o cuidado do paciente, principalmente em situações críticas, ajudar o paciente a tomar decisões e a compreender o quadro clínico até pela psicoeducação. (De Carvalho Silva, 2022; Baptista, Dias e Baptista, 2018)

Além disso, a presença de familiares ao lado do paciente, contribui para pacientes e familiares diminuírem a ansiedade, a reduzir a necessidade de o paciente passar por contenção física, aumenta a regulação emocional e melhora a adesão terapêutica. Outro ponto que é um adicional para a capacidade de enfrentamento do paciente, familiar e até para os profissionais da saúde nesse momento delicado, que seria a espiritualidade e fé, contribuindo para redução de sofrimento e ressignificação da finitude da vida. (De Carvalho Silva, 2022; Lima et al., 2022).

Quanto aos cuidados paliativos, as práticas como a presença de líderes religiosos, rituais culturalmente significativos e uso de música auxiliam na redução de dor, ansiedade e agitação, humanizando despedidas e favorecendo o conforto espiritual, ainda mais pelo luto e o luto antecipatório serem frequentes nas UTIs. Portanto, é importante que nos momentos de despedida, os familiares estejam presentes, para que o luto seja elaborado de forma mais saudável.

4. Discussão

A UTI é um ambiente de alta complexidade, inclusive pelos procedimentos invasivos, isolamento e risco iminente de morte intensificam o sofrimento de todos ao redor, mas o Psicólogo está presente nesse setor para ofertar o máximo de acolhimento a todos ali presentes.

Outra forma de acolhimento ao paciente, seria a presença dos familiares ao lado do leito, ao realizarem visitas diárias quando possível, ou semanais, garantindo a sensação de carinho, atenção, preocupação e humanização, além de ajudarem o paciente na orientação de tempo, espaço e realidade, contribuindo para prevenir ou minimizar quadros de delirium, até mesmo serve de conforto em grande maioria aos familiares, que acompanham a evolução clínica, diminuem incertezas e reduzem pensamentos distorcidos sobre a realidade atual.

O luto e luto antecipatório também é vivenciado pelos familiares e pacientes ao visualizarem o paciente em cuidados paliativos se deteriorar fisicamente, ao que destaca que o acompanhamento dos familiares com seus entes-queridos nesse processo é essencial, para que sentimentos de negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação sejam reduzidos, conforme estudos apontados no livro “Sobre a morte e o morrer”, de Kübler-Ross em 2008. Principalmente, deve haver

a expressão emocional de familiares e pacientes entre si e com a equipe multiprofissional, o que inclui a Psicologia.

5. Limitações Encontradas

Dentre as limitações na escrita do artigo, foi observado que na parte dos objetivos específicos, dentro dos métodos, no tópico “Compreender como familiares utilizam crenças religiosas e espirituais na resignação da perda iminente e no manejo do luto antecipatório”, poderiam ser abordadas exemplos mais pontuais de estratégias espirituais dos familiares em rituais de despedida ao utilizarem orações conforme cada religião.

Outra limitação encontrada, foi sobre os objetivos específicos na metodologia, sendo o tópico “Analisar como crenças religiosas e espirituais influenciam o sofrimento emocional e as estratégias de enfrentamento da equipe multiprofissional atuante na UTI”, onde não foi abordado tanto sobre como a espiritualidade da equipe auxilia no enfrentamento do sofrimento emocional, justamente por não ter se identificado algum exemplo de relato de caso de algum profissional de modo singular, mas sim de modo geral.

Outro momento, seria sobre o tópico “Investigar com a comunicação sobre a morte e as práticas de cuidado humanizado - especialmente da psicologia hospitalar, se articulam com dimensões espirituais e subjetivas no final da vida”, onde não houve um relato de experiência para se mencionar um exemplo de comunicação de más notícias ou sobre a morte, e portanto, não se houve um exemplo mais concreto em como a psicologia auxilia na compreensão dessa comunicação, já que a comunicação é feita pela equipe médica sobre o falecimento do ente querido do familiar.

Quanto ao tópico: “Integrar evidências científicas que relacionem espiritualidade, religiosidade e cuidados paliativos na UTI”, em métodos, observa-se que é uma pauta que deve ser bem mais aprofundada em estudos futuros.

6. Considerações Finais

A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) frequentemente coloca pacientes e familiares diante de situações complexas perante graves enfermidades e processos complexos. O estudo buscou compreender como a importância do olhar sensível da Psicologia Hospitalar e da atuação conjunta da equipe multiprofissional atuam dentro desse sistema conjuntamente com o binômio cura-morte, fé, crenças, esperanças e despedidas.

A fé e a espiritualidade se concretizam em recursos simbólicos de enfrentamento, oferecendo amparo emocional diante da angústia provocada pela gravidade do caso clínico de cada paciente e pela possibilidade de perda em alguns pacientes terminais. A presença desses elementos pode favorecer a elaboração do luto, melhorar o diálogo sobre a finitude da vida e promover formas mais humanizadas de despedida, mesmo que seja na UTI. Deve-se reforçar o quanto a subjetividade do paciente e suas crenças fortalecem sua adesão ao tratamento e internação, diminuindo assim os impactos emocionais que geram sofrimento, e como o trabalho do psicólogo se faz necessário quanto ao acolhimento ao paciente e seus familiares. (LIMA et al., 2022; AZEVEDO; ROCHA, 2025)

Com isso, Pitta (2016) mostra é importante que haja uma escuta entre os profissionais da saúde, para que se sintam ouvidos, acolhidos e pertencentes à equipe, tendo suas atuações valorizadas mutuamente e tornando o trabalho com mais reforçadores positivos, onde sua atuação apesar de delicada em alguns contextos, seja prazerosa e não penosa ao próprio trabalhador, sendo extinguido o sentimento

de autocobrança. É viável reconhecer que a equipe multiprofissional também requer cuidados, ainda mais neste ambiente de alta complexidade.

Por fim, a desmistificação da morte é essencial para que o luto seja enfrentado de maneira mais saudável e acolhedora, já que a morte é por muitas vezes vista como um evento negativo e angustiante e precisa ser compreendida como parte do ciclo natural da vida. Para isso, deve ser realizada uma comunicação sensível, ética e respeitosa, especialmente em ambientes hospitalares como as UTIs onde o paciente já está em caso clinicamente mais crítico.

A forma como a notícia do falecimento é transmitida pode impactar profundamente o sofrimento dos familiares, e a falta de espaço para diálogo e expressão emocional pode agravar o processo de perda, aumentando o risco de complicações psicológicas como o luto patológico, transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ideação suicida.

Conclui-se que a experiência do luto varia conforme a idade do paciente, experiências passadas de pacientes e familiares quanto a internações e processos de luto e o vínculo de paciente-familiar, sendo mais intenso para aqueles que perdem entes queridos com quem mantinham maior proximidade. O suporte emocional oferecido pelo psicólogo no ambiente hospitalar durante o processo do luto em pacientes terminais principalmente à familiares e cuidadores, contribui para que não se sintam sozinhos ou desamparados neste momento de maior fragilidade, sendo crucial a desmistificação da morte e humanização de cuidados. (AZEVEDO; ROCHA, 2025)

Referências

AGUIAR, L. M. M.; OLIVEIRA, C. A. B.; SILVA, J. L. Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 624–634, out./dez. 2021.

AZEVEDO, T. B. de; ROCHA, A. S. O luto silenciado: implicações psicológicas das perdas não reconhecidas. **Psicologia e Saúde em Debate**, Recife, v. 11, n. 2, p. 82–92, abr./jun. 2025.

BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R.; BAPTISTA, A. S. D. (Orgs.). **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

CALIXTO, T. R. S. **Construção de manual para visitantes de pacientes internados em terapia intensiva adulto: revisão integrativa e validação de conteúdo**. Botucatu, 2021. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

CHANDRA, U. et al. Preserved hearing at the end of life. **Scientific Reports**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 1–8, jun. 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-66107-w>. Acesso em: 15 de novembro de 2025.

DA SILVA COSTA, L. H. A morte e o morrer no contexto hospitalar: a importância do acompanhamento psicológico aos pacientes e familiares. **Revista Cedigma**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 1–14, jul./dez. 2024.

DE ANDRADE PONTA, G.; DELL LLANO ARCHONDO, M. E. A musicoterapia no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 16–32, jan./jun. 2021.

DE CARVALHO SILVA, I. J. Atenção psicológica prestada em unidades de terapia intensiva: ao paciente, familiares e aos profissionais de saúde. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 11, p. 449–458, nov. 2022.

GOOGLE. Google Tradutor. Disponível em: <https://translate.google.com.br/>. Acesso em: 15 de novembro de 2025.

GPTZERO. GPTZero – detector de conteúdo de IA. Disponível em: <https://gptzero.me/>. Acesso em: 08 de dezembro de 2025.

HABERKORN, A. Atuação psicológica na UTI. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C. N.; LOPES, S. R. A. (Orgs.). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 99–107.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 7. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

LA PIAZZA, M. I. B.; HERBES, N. E. A contribuição do voluntariado na visitação a pacientes terminais: conforto espiritual na finitude da vida. In: HERBES, N. E. (Org.). **Nuances do aconselhamento pastoral hospitalar**. São Leopoldo: Faculdades EST, 2022. p. 169–175.

LIMA, C. S. de et al. Fé e espiritualidade no enfrentamento do adoecimento de pacientes clínicos internados em um hospital universitário. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 12, n. 1, p. 2212321395–2212321395, jan./abr. 2022.

OPENAI. ChatGPT [ferramenta de inteligência artificial na internet]. São Francisco (CA): OpenAI, 2025. Disponível em: <https://chat.openai.com/>. Acesso em: 01 de dezembro de 2025.

PITTA, A. M. F. R. **Hospital, dor e morte como ofício**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

SANTOS, J. S. L.; DE MELO SARMENTO, J. E. A. Histórico da psicologia hospitalar no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Psicologia & Saberes**, Maceió, v. 12, n. 1, p. 1–15, jan./jun. 2023.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

TAYLOR, A. M. Does a person know when they are dying? Verywell Health, [s.l.], 29 jul. 2022. Disponível em: <https://www.verywellhealth.com/my-loved-one-is-dying-do-i->

have-to-tell-him-1132508. Acesso em: 20 ago. 2025. TORO, G. V. R.; SILVA, D. M. S.; LIMA, J. C. P. et al. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 407–421, set./dez. 2013.

XAVIER, L. V. B. P. et al. **Do nascer ao morrer: um relato de experiência sobre enlutamentos em unidades de terapia intensiva adulto e neonatal**. Uberlândia, 2024. 32 f. Trabalho de Conclusão de Residência – Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em:
<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/44786/3/NascerMorrerRelato.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2025.