



ACESSO ABERTO

Autoria

Daniela Neves da Silva^{1*}ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0129-9118>Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0654-663X>Lívia Kondrat Pinto Kanashiro¹ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7357-4353>*Correspondente: danielaneves.psicologa@gmail.com

Instituição

¹Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, SP, Brasil.Como citar este artigo • Direitos autorais[©]

Silva DN, Abreu CRGM, Kanashiro LKP. Impacto do Luto na Equipe de Cuidado da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2026;5:e202650051. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202650051>.

Editores

Abel Silva de Meneses • Editor Chefe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

André Ramalho • Editor Científico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Submetido

07-01-2026

Aceito

17-03-2026

Artigo Original

Impacto do Luto na Equipe de Cuidado da Unidade de
Terapia Intensiva de um Hospital PúblicoThe Impact of Bereavement on the Care Team in the Intensive Care
Unit of a Public HospitalEl Impacto del Aflición en el Equipo de Atención de la Unidad de
Cuidados Intensivos de un Hospital Público

Resumo

Objetivo: Analisar as vivências dos profissionais de saúde diante da perda de um paciente, investigando como elaboram o luto, se esse processo é reconhecido ou não reconhecido institucionalmente, e o impacto emocional da perda na equipe que atua na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** Estudo qualitativo, de campo, realizado com profissionais de saúde da UTI adulto do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados à luz da Análise de Discurso, respeitando rigorosamente os princípios éticos da pesquisa com seres humanos. **Resultados:** Os achados evidenciam que o luto dos profissionais se apresenta como experiência emocional complexa, frequentemente silenciosa e invisibilizada culturalmente, sendo intensificada pelos vínculos estabelecidos com os pacientes. As narrativas revelam sofrimento psíquico e estratégias individuais de enfrentamento diante da perda. **Conclusão:** Destaca-se a necessidade de reconhecer e legitimar o sofrimento emocional dos profissionais de saúde da UTI, fortalecendo práticas institucionais de acolhimento e cuidado com a saúde mental.

Descritores: Luto; Equipe de Assistência ao Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Adulto; Psicologia Hospitalar.

Abstract

Objective: To analyze the experiences of healthcare professionals in the face of a patient's death, investigating how they cope with grief, whether this process is institutionally recognized or not, and the emotional impact of the loss on the staff working in the Intensive Care Unit (ICU). **Method:** A qualitative, field study conducted with healthcare professionals in the adult ICU at Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha Municipal Hospital, using semi-structured interviews. The data were analyzed using Discourse Analysis, strictly adhering to the ethical principles of research involving human subjects. **Results:** The findings show that the professionals' grief manifests as a complex emotional experience, often silent and culturally invisible, intensified by the bonds formed with patients. The narratives reveal psychological distress and individual coping strategies in the face of loss. **Conclusion:** We emphasize the need to recognize and legitimize the emotional distress of ICU healthcare professionals, strengthening institutional practices of support and mental health care.

Descriptors: Bereavement; Patient Care Team; Intensive Care Units; Adult; Psychology, Medical.

Resumen

Objetivos: Analizar las experiencias de los profesionales de la salud ante la pérdida de un paciente, investigando cómo elaboran el duelo, si este proceso es reconocido o no a nivel institucional, y el impacto emocional de la pérdida en el equipo que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Método:** Estudio cualitativo de campo, realizado con profesionales de la salud de la UCI para adultos del Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, mediante entrevistas semiestruturadas. Los datos se analizaron a la luz del Análisis del Discurso, respetando rigurosamente los principios éticos de la investigación con seres humanos. **Resultados:** Los hallazgos evidencian que el duelo de los profesionales se presenta como una experiencia emocional compleja, a menudo silenciosa e invisibilizada culturalmente, que se intensifica por los vínculos establecidos con los pacientes. Las narrativas revelan sufrimiento psíquico y estrategias individuales de afrontamiento ante la pérdida. **Conclusión:** Se destaca la necesidad de reconocer y legitimar el sufrimiento emocional de los profesionales de la salud de la UCI, fortaleciendo las prácticas institucionales de acogida y atención a la salud mental.

Descritores: Aflición; Grupo de Atención al Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Adulto; Psicología Médica.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença, o que implica a necessidade de uma abordagem ampliada e integral no cuidado em saúde⁽¹⁾. Essa perspectiva reforça que os profissionais de saúde devem considerar, além dos aspectos biológicos, as dimensões emocionais, sociais e simbólicas que atravessam os processos de adoecimento, cuidado e morte.

Na sociedade contemporânea, o hospital consolidou-se como o principal espaço de cuidado, inclusive para pacientes em fase final de vida, o que torna a morte e a terminalidade experiências recorrentes no cotidiano institucional⁽²⁾.

Estudos apontam que os cuidados paliativos no hospital geral evidenciam tensões entre a lógica tecnicista e a necessidade de um cuidado integral, que reconheça o sofrimento humano e a experiência social da morte⁽²⁻³⁾. Nesse contexto, o processo de morrer adquire relevância não apenas clínica, mas também ética, emocional e relacional.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) configuram-se como espaços de alta complexidade assistencial, destinados ao cuidado de pacientes em estado crítico, que demandam monitoramento contínuo e suporte tecnológico avançado⁽⁴⁾. Os avanços tecnológicos ampliaram a definição de morte e prolongaram o processo de terminalidade, gerando dilemas éticos relacionados à limitação ou intensificação de intervenções terapêuticas^(3,5-6). A tensão entre a manutenção da vida e a inevitabilidade da morte impõe desafios significativos às equipes multiprofissionais que atuam nesses ambientes.

Nesse cenário, o luto apresenta-se como uma experiência intrínseca ao contexto da UTI, uma vez que profissionais, pacientes e familiares convivem cotidianamente com a perda⁽⁷⁾. O luto diz respeito à ruptura de vínculos significativos e constitui um processo natural de elaboração psíquica diante da perda, cuja intensidade está diretamente relacionada ao investimento afetivo estabelecido⁽⁸⁻⁹⁾. No entanto, quando vivido pelos profissionais de saúde, esse luto frequentemente não encontra reconhecimento social ou institucional, caracterizando-se como um luto não reconhecido⁽⁸⁾.

Estudos evidenciam que a exposição contínua à morte pode produzir sofrimento psíquico, desgaste emocional e sentimento de impotência entre os trabalhadores da saúde⁽¹⁰⁻¹²⁾. Muitos profissionais adotam estratégias defensivas, como o distanciamento emocional, em virtude da ausência de espaços institucionais que favoreçam a expressão e a elaboração do luto^(8,10,13). Esse silenciamento tende a intensificar o adoecimento psíquico e comprometer a qualidade do cuidado prestado.

Apesar disso, o vínculo estabelecido entre profissional e paciente permanece como elemento central da prática assistencial. Fundamentado em relações de confiança, empatia e corresponsabilização, esse vínculo ultrapassa a dimensão técnica e assume valor terapêutico⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. A literatura aponta que a relação profissional-paciente é influenciada por processos de apego e que a ruptura desse vínculo, diante da morte, pode impactar profundamente o profissional⁽¹⁶⁾.

A formação acadêmica tradicional, ainda centrada em modelos mecanicistas e curativos, frequentemente não prepara adequadamente os profissionais para lidar com a finitude da vida, contribuindo para a percepção da morte como fracasso terapêutico^(8,10,18). Diante disso, autores destacam a importância da humanização do cuidado e da implementação de estratégias

institucionais de apoio psicológico, supervisão e educação permanente, que favoreçam o enfrentamento ético e emocional da morte e do luto no contexto hospitalar^(6,10,15).

Nesse sentido, compreender as vivências dos profissionais de saúde frente à perda de pacientes em UTI torna-se fundamental para analisar como se constituem os vínculos afetivos, como o luto é vivido e reconhecido, ou silenciado, no ambiente institucional, bem como os impactos emocionais dessa experiência sobre aqueles que cuidam.

O estudo teve como objetivo analisar as vivências de profissionais de saúde diante da perda de um paciente no contexto da UTI.

MÉTODO

Desenho, Período e Cenário

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação Lato Sensu, na modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção à Terapia Intensiva, realizado de junho a julho de 2025 na Unidade Executora Hospital Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha.

A abordagem qualitativa foi adotada por permitir a apreensão dos significados, valores, crenças e sentidos atribuídos pelos participantes às experiências vividas, reconhecendo a centralidade da subjetividade na compreensão dos fenômenos sociais e institucionais. Esse tipo de investigação exige rigor analítico, coerência metodológica e compromisso ético ao longo de todo o processo investigativo⁽¹⁹⁾.

População e Critérios de Inclusão e Exclusão

O estudo envolveu cinco pessoas para participação em entrevistas semiestruturadas, orientadas por perguntas norteadoras. Essa técnica possibilita flexibilidade na interação e favorece a expressão aprofundada dos participantes, mantendo alinhamento com os objetivos do estudo.

Os critérios de inclusão envolveram profissionais de nível superior e técnico que lidam diretamente com os pacientes, que passam no mínimo o plantão de 12h no setor de UTI, e que atuam há pelo menos dois anos, visando um período de vivência e formação como intensivista.

Já os critérios de exclusão contaram com os profissionais de nível superior e técnico que não atuam diretamente com os pacientes ou não passam um período mínimo de 12h no setor da UTI adulto, bem como os residentes do setor.

Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu de forma presencial, nas dependências da UTI adulto da instituição campo do estudo, no período de 17 de junho de 2025 a 24 de junho de 2025, em ambiente reservado e com tratamento acústico, garantindo privacidade e confidencialidade aos participantes.

As entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora, responsável pelo estudo, assegurando a padronização do procedimento de coleta e a observância dos princípios éticos que orientam a pesquisa qualitativa.

A condução das entrevistas baseou-se em uma postura ética e não diretiva, priorizando a escuta sensível das narrativas dos participantes e favorecendo a livre expressão de suas vivências, respeitando o ritmo, os silêncios e as singularidades do discurso produzido no encontro entre pesquisadora e entrevistado.

As entrevistas ocorreram de forma individual, foram gravadas, mediante consentimento prévio dos participantes, e seguiram um roteiro de entrevista semiestruturada, previamente elaborado e coerente com os objetivos da pesquisa. Esse formato possibilitou a abordagem dos temas centrais propostos, sem restringir a emergência de novos conteúdos ou o aprofundamento de aspectos considerados relevantes ao longo da interação.

A escolha da entrevista semiestruturada fundamenta-se em perspectivas que valorizam a interpretação dos sentidos produzidos no discurso, a dimensão interacional da linguagem e a complexidade inerente às pesquisas qualitativas⁽¹⁹⁻²⁰⁾. A participação dos profissionais ocorreu de forma voluntária, mediante aceite do convite.

Análise dos Dados

O material empírico foi analisado segundo a abordagem qualitativa proposta por Minayo⁽¹⁹⁾, privilegiando a interpretação dos significados atribuídos às experiências relatadas, compreendidos no entrelaçamento entre subjetividade, contexto sociocultural e trajetória histórica.

A análise dialogou ainda com os pressupostos da Análise de Discurso, conforme Orlandi⁽²⁰⁾, utilizada como referencial teórico-analítico para a compreensão da linguagem como prática social e histórica, na qual os sentidos são produzidos nas condições de enunciação.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados nacionais e internacionais, como PubMed/Medline e Biblioteca Virtual em Saúde, bem como em documentos institucionais e livros da literatura nacional, com o objetivo de subsidiar a fundamentação teórica e a análise dos dados.

Aspectos Ética e de Integridade

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha (Hospital Municipal do Campo Limpo) mediante Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 88395725.3.0000.5452, sob o número do parecer 7.631.752.

Em relação à coleta de dados, primeiramente foram apresentados os propósitos e o cuidado ético da pesquisa. E a participação no estudo foi voluntária e formalizada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconiza a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Todo o material empírico, arquivos sonoros e transcrições das entrevistas, foi posteriormente transcrito em formato digital e armazenado em mídia encriptada, de modo a assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações.

Com a finalidade de manter o sigilo em relação à identificação dos participantes, foram indicados através de nomes utilizados na mitologia africana como, por exemplo, Iorubá.

RESULTADOS

A análise dos discursos permitiu a identificação de dez núcleos de sentido que expressam as vivências dos profissionais de saúde frente à morte e ao luto no contexto da UTI.

Embora o luto não tenha sido tema direto das questões norteadoras, ele emerge de forma transversal, revelando-se tanto no conteúdo expresso quanto nos silenciamentos e deslocamentos discursivos.

Núcleo 1 – A UTI como espaço de construção do perfil profissional e da carreira

A UTI é significada como ambiente de formação técnica e consolidação profissional, no qual a morte se apresenta como efeito de sentido constante, atravessando os discursos mesmo quando não explicitamente nomeada, configurando posicionamentos subjetivos frente à terminalidade.

Núcleo 2 – A morte como presença implícita no cotidiano da prática assistencial

A morte aparece como elemento estruturante do trabalho, manifestando-se nos silêncios e nas entrelinhas do discurso, revelando a forma como os profissionais se posicionam diante dos limites da técnica e do cuidado.

Núcleo 3 – O luto como experiência emocional que ultrapassa a lógica técnica

Os discursos revelam o luto como vivência complexa, marcada por tristeza, impotência e contenção emocional, rompendo com a expectativa social de neutralidade afetiva do profissional de saúde.

Núcleo 4 – A espiritualidade como recurso simbólico de elaboração do sofrimento

A fé surge como estratégia subjetiva para lidar com a perda, especialmente em situações envolvendo pacientes jovens ou mortes violentas, funcionando como suporte para atribuição de sentido à finitude.

Núcleo 5 – A perda como mobilizadora de vínculos afetivos e elaboração psíquica

A morte de pacientes com quem se estabelece vínculo convoca os profissionais à elaboração emocional da perda, evidenciando dor, frustração e reflexões sobre a própria finitude.

Núcleo 6 – A identificação subjetiva com o paciente e a intensificação do sofrimento

Os relatos indicam que a identificação com a história do paciente amplia o impacto emocional da perda, revelando envolvimento afetivo, surpresa e impotência diante de desfechos inesperados.

Núcleo 7 – O enfrentamento desafiador das repercussões emocionais da morte

A comunicação do óbito, o sofrimento levado para fora do ambiente de trabalho e a exigência de controle emocional evidenciam a dificuldade de lidar com o luto no cotidiano institucional.

Núcleo 8 – A ausência de espaços institucionais para a elaboração coletiva do luto

Os discursos apontam para a invisibilidade do sofrimento profissional, marcado pelo silenciamento institucional e pela expectativa de resiliência permanente diante das perdas sucessivas.

Núcleo 9 – O luto como processo silencioso, singular e simbólico

O luto manifesta-se de forma íntima e pouco verbalizada, evidenciado por pausas, hesitações e substituições linguísticas, refletindo o peso simbólico da nomeação da perda.

Núcleo 10 – O vínculo como elemento estruturante do cuidado e legitimador do luto

A construção do vínculo profissional-paciente emerge como aspecto central da qualidade do cuidado, legitimando o luto como parte constitutiva da prática assistencial e reafirmando que cuidar implica ser afetado.

DISCUSSÃO

A análise das entrevistas, fundamentada na Análise de Discurso, possibilitou compreender como os profissionais de saúde constroem sentidos sobre a morte, o luto e o cuidado no contexto da UTI. Parte-se do pressuposto de que o discurso não se restringe ao conteúdo explícito das falas, mas se produz nas condições históricas, sociais e institucionais nas quais os sujeitos estão inseridos, sendo atravessado por silenciamentos, contradições e regularidades discursivas⁽²⁰⁾.

Observou-se que a UTI é discursivamente significada como um espaço de alta complexidade técnica, marcado por responsabilidade, vigilância constante e pressão por resultados. Os profissionais associam o setor à ideia de desafio e competência, enfatizando o domínio técnico e o uso intensivo da tecnologia no cuidado⁽⁴⁾. No entanto, mesmo quando o discurso se organiza em torno de protocolos e procedimentos, a morte emerge de forma transversal, revelando a tensão permanente entre o investimento terapêutico e a possibilidade da perda^(3,6).

Nos relatos analisados, a morte é frequentemente significada como fracasso terapêutico, sobretudo quando ocorre apesar dos recursos tecnológicos disponíveis. Esse sentido reflete uma formação profissional ainda orientada pela lógica curativista, que privilegia a preservação da vida e dificulta a elaboração simbólica da finitude^(8,18). Como efeito discursivo, observa-se o silenciamento das emoções e a adoção de estratégias de distanciamento afetivo como formas de defesa frente ao sofrimento⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Apesar desse contexto, o vínculo entre profissional e paciente emerge como elemento estruturante do cuidado. Mesmo em um ambiente altamente técnico, os discursos revelam a construção de laços afetivos sustentados pela convivência cotidiana, pela escuta e pela atenção contínua às necessidades do outro⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. À luz da teoria do apego, tais vínculos podem ser compreendidos como resultado de interações sensíveis e responsivas, que produzem confiança e segurança emocional⁽¹⁴⁾. A ruptura desses laços, diante da morte do paciente, intensifica o impacto emocional da perda para o profissional.

O luto aparece, entretanto, de forma indireta e muitas vezes não nomeada. Embora sentimentos como tristeza, impotência e vazio sejam mencionados, essas experiências raramente são reconhecidas institucionalmente como luto legítimo⁽⁸⁾. Tal configuração caracteriza o luto não reconhecido, no qual o sofrimento psíquico é vivenciado de maneira solitária, sem espaços formais de acolhimento e elaboração⁽⁷⁻⁸⁾.

Esse silenciamento institucional contribui para o desgaste emocional e o adoecimento psíquico dos profissionais de saúde. A literatura aponta que a ausência de dispositivos de apoio favorece a cronificação do sofrimento e reforça estratégias defensivas que podem comprometer tanto a saúde do trabalhador quanto a qualidade da assistência⁽¹⁰⁻¹²⁾. A análise evidenciou que, mesmo quando o impacto emocional é reconhecido pelos próprios sujeitos, ele tende a ser minimizado em função da exigência de manter o funcionamento do serviço.

Outro núcleo de sentido identificado refere-se à insuficiência de preparo para lidar com a morte no processo de formação profissional. Os discursos indicam que a educação em saúde privilegia conteúdos técnicos, relegando a segundo plano discussões sobre terminalidade, luto e sofrimento humano^(8,10). Essa lacuna formativa contribui para a percepção da morte como evento perturbador e para a naturalização da dor como parte inerente do trabalho, dificultando sua elaboração simbólica⁽⁸⁾.

Por fim, os achados apontam para a necessidade de uma política de humanização que inclua também os profissionais de saúde. A literatura destaca que a criação de espaços de escuta, supervisão e apoio psicológico no ambiente hospitalar pode favorecer a elaboração do luto e fortalecer práticas mais éticas e sensíveis diante da finitude^(6,10,15). Reconhecer o sofrimento da equipe não fragiliza o cuidado, mas o qualifica, ao possibilitar relações mais empáticas e responsáveis até o final da vida.

Dessa forma, a análise evidencia que os sentidos atribuídos à morte e ao luto na UTI se produzem em um campo de tensões entre técnica, ética e subjetividade. Compreender essas construções discursivas permite visibilizar o sofrimento silenciado dos profissionais e reforça a importância de políticas institucionais que reconheçam o luto como dimensão constitutiva do trabalho em saúde.

Limitações do Estudo

Destaca-se o número reduzido de participantes (n=5) e a realização do estudo em um único contexto institucional, o que limita a generalização dos achados.

Contribuições do Estudo

O estudo contribui ao evidenciar a necessidade de incorporar a discussão sobre o luto dos profissionais de saúde nas práticas institucionais, ampliando o cuidado em saúde para incluir a dimensão subjetiva do trabalhador.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou a complexidade do luto vivenciado por profissionais de saúde que atuam em UTI, um contexto atravessado pela presença constante da morte e por intensas demandas emocionais. A compreensão das vivências mostrou-se fundamental para visibilizar o sofrimento desses profissionais, valorizar os vínculos estabelecidos com pacientes e familiares e reconhecer estratégias de enfrentamento que articulam técnica e subjetividade, contribuindo para práticas de cuidado mais humanizadas.

Os achados indicam que, embora a morte seja inerente ao trabalho em UTI, o luto profissional permanece frequentemente invisibilizado e pouco legitimado nos contextos institucionais. As experiências relatadas revelam manifestações intensas, porém silenciosas, marcadas por mecanismos de contenção emocional, racionalização e negação. Ainda assim, o vínculo com pacientes e familiares emerge como elemento central de sustentação emocional, permitindo que a perda seja sentida e, em alguns casos, ressignificada.

Observou-se que recursos como a comunicação empática, a escuta sensível, a espiritualidade, o autocuidado e o suporte terapêutico são mobilizados pelos profissionais como formas de enfrentar o sofrimento. No entanto, tais estratégias ocorrem predominantemente de maneira individual, evidenciando a ausência de dispositivos institucionais estruturados para o acolhimento do luto daqueles que cuidam.

A análise também revelou que a cultura institucional da UTI impõe barreiras simbólicas à expressão do sofrimento, sustentando a expectativa de neutralidade emocional como ideal profissional. Entretanto, os discursos demonstram que reconhecer, sentir e elaborar a perda não fragiliza o cuidado, mas o humaniza, possibilitando maior sustentabilidade emocional e ética no exercício profissional.

Em síntese, o estudo contribui para afirmar que o luto profissional não se limita à vivência da perda, mas se articula à identidade profissional, aos vínculos afetivos e à subjetividade do cuidador. Evidencia-se, assim, a necessidade de que as instituições de saúde reconheçam e legitimem o sofrimento emocional das equipes, oferecendo espaços de escuta, acolhimento e suporte psicológico. Compreender o luto como experiência ética, afetiva e relacional permite ressignificar a prática assistencial, reafirmando o cuidado à vida e à finitude como dimensões indissociáveis do trabalho em saúde.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Transparência na contribuição dos autores segundo a Taxonomia [CRediT](#).

Conceitualização	Daniela Neves da Silva
Curadoria de dados	Daniela Neves da Silva
Análise formal	Daniela Neves da Silva; Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu
Aquisição de financiamento	Não aplicável
Investigação	Daniela Neves da Silva
Metodologia	Daniela Neves da Silva; Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu; Lívia Kondrat Pinto Kanashiro
Administração do projeto	Daniela Neves da Silva; Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu; Lívia Kondrat Pinto Kanashiro
Recursos	Daniela Neves da Silva; Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu; Lívia Kondrat Pinto Kanashiro
Software	Não aplicável
Supervisão	Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu; Lívia Kondrat Pinto Kanashiro
Validação	Daniela Neves da Silva; Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu; Lívia Kondrat Pinto Kanashiro
Visualização	Daniela Neves da Silva
Escrita - esboço original	Daniela Neves da Silva
Escrita - revisão e edição	Daniela Neves da Silva

DECLARAÇÕES

Conflitos de interesse	Não aplicável
Financiamento	Não aplicável
Aprovação ética	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 88395725.3.0000.5452
Agradecimentos	Não aplicável
Preprint	Não aplicável
Inteligência Artificial	Não aplicável

REFERÊNCIAS

- Organização Mundial da Saúde. Constituição da OMS. Bol Saude. 2023;17(2):5. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/06/1437555/issue1d94108e907bb8311d8802b48fd54b4a.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Reis CGC, Moré CLOO, Menezes M, Krenkel S, Nardi AL. Cuidados paliativos no contexto do hospital geral: desafios do cuidado integral. Subjetividades. 2022;22(1):e12495. doi:10.5020/23590777.rs.v22i1.e12495. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2359-07692022000100014&script=sci_arttext. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Molina FET, et al. Cuidados paliativos em terapia intensiva: revisão integrativa de decisões terapêuticas. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DKxhR6JzXtqgp8pD3nYLPVp/>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Simonetti A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. 8. ed. Belo Horizonte: Artesã; 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Salbego C, Martininghi PO, Torezan G, Cogo SB, Santos AO, Ramos TK. Bioética e cuidados de enfermagem no processo de morrer e morte do paciente crítico. Rev Enferm UFSM. 2024;14:e39. doi:10.5902/2179769284381. Disponível em:

<https://search.bvsalud.org/gim/resource/pt/biblio-1603506>. Acesso em: 19 nov. 2025.

- Almendra FS. Psicologia em unidade de terapia intensiva: intervenções. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.
- Dias JR. Profissionais de saúde e a experiência de um luto não reconhecido. Rev Cathedral. 2023;5(3):191-6. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/668>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- Franco MH, Silva J, Pereira A, et al. Reflexões sobre o luto: práticas interventivas e especificidades do trabalho com pessoas enlutadas. Curitiba: Appris; 2021.
- Monteiro DT, Mendes JMR, Beck CLC. Medidas de conforto ou distanásia: o lidar com a morte e o morrer de pacientes. Rev SBPH. 2020;22(2). Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582019000300011&script=sci_arttext. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Monteiro DT, Mendes JM, Beck CL. Percepções dos profissionais da saúde sobre a morte de pacientes. Subjetividades. 2020;20(1). doi:10.5020/23590777.rs.v20i1.e9164. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i1.e9164>. Acesso em: 28 dez. 2024.
- Monteiro DT, Mendes JM, Beck CL. Perspectivas dos profissionais da saúde sobre o cuidado a pacientes em processo de finitude. Psicol Cienc Prof. 2020;40:e191910. doi:10.1590/1982-3703003191910. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003191910>. Acesso em: 29 dez. 2024.
- Ityanagui AB, Silva CM, Oliveira PRS. Morte infantojuvenil: perspectivas dos profissionais de saúde. Rev SBPH. 2025;25(1). Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582025000100205. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes; 1982.
- Oliveira GF, et al. Acesso e uso equitativo dos serviços de saúde: um desafio para a promoção da universalização em saúde. São Carlos: Pedro & João Editores; 2023. p.113-25. doi:10.51795/9786526505793. Disponível em: <https://www.doi.org/10.51795/9786526505793>. Acesso em: 28 dez. 2024.
- Pessoa IG, Guimarães SC, Guimarães EPA, Carleial GMA. Ampliando o método clínico centrado na pessoa: a relação médico-paciente e a teoria do apego. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3071. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3071>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Vieira LB, Nora CRD, Toso BR, Geremia DS, Mendonça AVM, Souza MFO. O vínculo na atenção primária à saúde: práticas dos enfermeiros da Região Sul do Brasil. Tempus Actas Saude Coletiva. 2022;16(4):21-32. doi:10.18569/tempus.v16i4.3042. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1425936/3042-texto-do-artigo-11876-1-10-20230402.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Sobreiro IM, Brito PCC, Mendonça ARA. Terminalidade da vida: reflexão bioética sobre a formação médica. Rev Bioet. 2021;29(2):323-33. doi:10.1590/1983-80422021292470. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/VW4FtVKMQVw5xTNbd69qDyx/>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cien Saude Colet. 2012;17:621-6. doi:10.1590/S1413-81232012000300007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMF>. Acesso em: 23 dez. 2025.
- Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 12. ed. Campinas: Pontes; 1999.