

O LUTO ANTECIPATÓRIO DE FAMILIARES DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS E ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

**ANTICIPATORY GRIEF AMONG RELATIVES OF PATIENTS IN INTENSIVE
CARE UNITS: PSYCHOLOGICAL REPERCUSSIONS AND THE ROLE OF THE
HOSPITAL PSYCHOLOGIST**

Ciências da Saúde, Ciências Humanas • 06/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/791102094](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/791102094)

Juliana dos Santos Streit¹

Liza Caroline Teixeira Rocha²

Maria Luiza Teixeira de Carvalho³

Rubens Lima de Souza⁴

Neire Abreu Mota Porfiro⁵

RESUMO

A internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) expõe familiares a uma condição marcada por incerteza clínica, ameaça à continuidade da vida e alterações abruptas na rotina e nos vínculos. Nesse contexto, o luto antecipatório pode emergir antes da morte, à medida que a possibilidade de perda passa a integrar a experiência psíquica da família. Este artigo tem como objetivo analisar as repercussões psicológicas do luto antecipatório em familiares de pacientes internados em UTI e discutir a contribuição do psicólogo hospitalar no acolhimento desse sofrimento. Trata-se de uma revisão narrativa, de natureza qualitativa e descritiva, construída a partir de literatura científica e normativa pertinente ao tema. A discussão articula referenciais clássicos e contemporâneos do luto com estudos sobre família, cuidado intensivo e Psicologia Hospitalar. Os achados apontam associação do luto antecipatório com ansiedade, tristeza, medo, ambivalência e dificuldades no processo decisório, além de ressaltarem a influência da comunicação, das estratégias de enfrentamento, do apoio social e das dimensões culturais e espirituais. Evidências sobre cuidado centrado na família e síndrome pós-cuidados intensivos em familiares ampliam a compreensão das repercussões da internação. Conclui-se que a atuação psicológica deve favorecer escuta qualificada, comunicação interdisciplinar, elaboração da possibilidade de perda e continuidade do cuidado, evitando modelos rígidos ou patologizantes do luto.

Palavras-chave: luto antecipatório; unidade de terapia intensiva; família; psicologia hospitalar; sofrimento psíquico.

ABSTRACT

Admission to an Intensive Care Unit (ICU) exposes family members to clinical uncertainty, threat to life continuity, and abrupt changes in routines and relationships. In this context, anticipatory grief may

emerge before death, as the possibility of loss becomes part of the family's psychological experience. This article aims to analyze the psychological repercussions of anticipatory grief among relatives of ICU patients and to discuss the contribution of hospital psychologists to the care of this suffering. This is a qualitative, descriptive narrative review based on scientific and regulatory literature relevant to the topic. The discussion indicates that anticipatory grief may be associated with anxiety, sadness, fear, changes in decision-making, and an increased need for emotional support. Studies involving relatives of critically ill patients also suggest that this experience is influenced by communication quality, affective closeness, coping strategies, and cultural and spiritual dimensions. In clinical practice, Hospital Psychology may contribute through qualified listening, assessment of emotional needs, facilitation of communication with the multidisciplinary team, and support in processing the possibility of loss, without reducing grief to a rigid sequence of stages. It is concluded that early recognition of family distress supports more comprehensive care consistent with the principles of humanized intensive care.

Keywords: anticipatory grief; intensive care unit; family; hospital psychology; psychological distress.

1. INTRODUÇÃO

A hospitalização de uma pessoa em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) altera de maneira abrupta a organização cotidiana de sua família. A gravidade clínica, a presença constante de tecnologias, a restrição da convivência e a necessidade de decisões em curto intervalo de tempo podem tornar a experiência familiar permeada por medo, insegurança e sensação de perda de controle. A UTI, portanto, não é apenas um espaço de cuidado intensivo ao paciente:

é também um contexto relacional no qual familiares precisam atribuir significado ao adoecimento e à possibilidade concreta de morte.

O luto, compreendido como resposta à perda de uma pessoa ou de algo investido de valor afetivo, constitui uma experiência humana complexa e singular. Na tradição psicanalítica, Freud (1917/1996) descreveu o luto como uma reação à perda de um objeto amado ou de uma abstração que ocupa lugar equivalente.

Embora essa formulação permaneça historicamente relevante, o conhecimento contemporâneo sobre o tema recomenda cautela diante de modelos que tratem o luto como percurso uniforme ou necessariamente linear. A forma de vivenciar a perda depende da história do vínculo, das condições da morte, dos recursos pessoais, das redes de apoio e dos contextos social, cultural e espiritual.

A noção de luto antecipatório possui uma trajetória própria na literatura tanatológica. Lindemann (1944), ao discutir reações de luto em situações de ameaça e perda, já apontava que respostas emocionais semelhantes às observadas após a morte podem surgir antes da concretização do óbito.

Posteriormente, Rando (1986) sistematizou o tema ao enfatizar que a antecipação da perda mobiliza adaptações cognitivas, emocionais e relacionais, sobretudo quando a pessoa significativa permanece viva, porém submetida a uma condição clínica que torna a possibilidade de morte psicologicamente presente. Essa perspectiva ajuda a distinguir o luto antecipatório de uma simples expectativa racional de perda: trata-se de um processo psíquico no qual vínculos, papéis

familiares, planos futuros e sentidos atribuídos à continuidade da vida passam a ser reorganizados ainda durante o adoecimento.

A literatura contemporânea sobre o luto também questiona concepções excessivamente lineares. Stroebe e Schut (1999), no Modelo do Processo Dual, descrevem a oscilação entre movimentos orientados para a perda e movimentos orientados para a restauração da vida cotidiana.

Todavia, elaborado principalmente para o período posterior à morte, esse referencial oferece uma contribuição conceitual importante para compreender a ambivalência observada em familiares de pacientes graves: em um mesmo período, podem coexistir aproximação da possibilidade de despedida, busca ativa por informações, esperança de recuperação e esforços para manter aspectos da rotina. A oscilação, portanto, não deve ser interpretada automaticamente como inconsistência emocional, mas como parte de um processo adaptativo dinâmico.

Quando a perda ainda não ocorreu, mas é percebida como possível ou iminente, pode instalar-se o chamado luto antecipatório. Em familiares de pacientes criticamente enfermos, esse processo envolve a convivência simultânea com esperança, ameaça, incerteza e necessidade de reorganização emocional. Glick et al. (2018), ao investigarem representantes familiares de pacientes críticos, identificaram associação entre níveis mais elevados de luto antecipatório, sintomas de ansiedade e depressão e maiores dificuldades na resolução de problemas sociais. Mais recentemente, Wonderly e Zimmerman (2026) também observaram a presença desse fenômeno entre familiares de pacientes críticos e ressaltaram

a importância de reconhecer estratégias de enfrentamento potencialmente disfuncionais.

A literatura recente reforça que o luto antecipatório em contexto intensivo não se limita à tristeza diante da possibilidade de morte. Em estudo fenomenológico com familiares de pacientes terminais em UTI, Wilandika, Rohmah e Nurhaolah (2025) identificaram uma experiência multidimensional, atravessada por incerteza emocional, espiritualidade, busca de sentido, necessidade de conexão e preparação para a possível despedida. Esses achados ajudam a compreender por que intervenções exclusivamente informativas podem ser insuficientes quando não consideram a dimensão afetiva e relacional da experiência familiar.

No Brasil, a Resolução RDC nº 7/2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, estabelece requisitos mínimos para o funcionamento das UTI e determina, em seu art. 18, que seja garantido acesso à assistência psicológica à beira do leito, por meios próprios ou terceirizados (Brasil, 2010). Essa previsão normativa sustenta a relevância da Psicologia no cuidado intensivo, inclusive na interface com familiares, sobretudo em situações de sofrimento intenso, comunicação de más notícias, tomada de decisão e risco de morte.

Diante desse cenário, este artigo tem como objetivo analisar as repercussões psicológicas do luto antecipatório em familiares de pacientes internados em UTI e discutir a contribuição do psicólogo hospitalar no acolhimento e na elaboração dessa experiência. A questão que orienta a discussão é: *de que modo o luto antecipatório se manifesta entre familiares de pacientes críticos e quais elementos*

da atuação psicológica podem favorecer um cuidado mais integral nesse contexto?

2. MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo. A escolha desse delineamento decorre do objetivo de articular contribuições teóricas, achados empíricos e referências normativas sobre luto antecipatório, sofrimento familiar e atuação psicológica em Unidade de Terapia Intensiva, sem produzir estimativas agregadas de efeito ou pretender exaustividade própria de uma revisão sistemática.

A construção do manuscrito tomou como ponto de partida as referências reunidas no trabalho-base e incorporou estudos científicos adicionais, selecionados por pertinência temática e verificabilidade bibliográfica. Foram priorizadas publicações que abordassem diretamente familiares de pacientes criticamente enfermos, luto antecipatório, repercussões emocionais, processo decisório e suporte multiprofissional em UTI. Também foram consultados documentos normativos brasileiros referentes ao funcionamento das unidades de terapia intensiva.

A síntese foi organizada em eixos temáticos: compreensão do luto e do luto antecipatório; repercussões emocionais e relacionais da internação em UTI; implicações para o processo decisório familiar; e contribuições do psicólogo hospitalar. Por se tratar de revisão narrativa, os resultados devem ser interpretados como uma análise teórico-crítica da literatura selecionada, e não como evidência de prevalência ou magnitude de efeito.

3. LUTO E LUTO ANTECIPATÓRIO: BASES PARA A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA FAMILIAR

O luto não se reduz à reação produzida pelo momento da morte. Ele envolve transformações no modo como o sujeito se relaciona com o vínculo perdido, com sua própria história e com o ambiente social. Freud (1917/1996) ofereceu uma formulação clássica ao distinguir o trabalho de luto de processos melancólicos, enquanto autores posteriores ampliaram a compreensão do fenômeno para dimensões relacionais, comportamentais e existenciais. Worden (2013), por exemplo, propõe tarefas de adaptação à perda, destacando a necessidade de reconhecer a realidade da perda, lidar com a dor, adaptar-se a um contexto modificado e reconstruir uma relação simbólica com a pessoa falecida.

A conhecida proposta de Kübler-Ross (1998) sobre negação, raiva, barganha, depressão e aceitação teve grande repercussão na cultura e na formação em saúde. Entretanto, tais categorias não devem ser empregadas como roteiro obrigatório do luto. A experiência real pode conter movimentos simultâneos, recorrentes e contraditórios, de modo que a função clínica dessas categorias é, quando muito, oferecer linguagem para algumas reações possíveis, e não estabelecer uma ordem universal pela qual todos os sujeitos precisariam passar.

No luto antecipatório, parte desse movimento ocorre antes da morte. O familiar pode começar a experimentar perdas relacionadas à autonomia do paciente, às funções exercidas por ele na família, à rotina previamente compartilhada e às expectativas de futuro. Em UTI, a possibilidade de melhora pode coexistir com a percepção concreta da finitude, produzindo ambivalência emocional. O

sofrimento, assim, não decorre apenas da antecipação do óbito, mas também da ruptura já instalada no cotidiano familiar.

Em situações de doença crítica, o luto antecipatório pode ainda aproximar-se daquilo que Boss (1999) denomina perda ambígua, especialmente quando a pessoa amada permanece fisicamente presente, mas sua disponibilidade relacional, comunicativa ou funcional encontra-se profundamente alterada.

Na UTI, sedação, ventilação mecânica, rebaixamento do nível de consciência e restrições de contato podem produzir uma experiência paradoxal: o familiar está diante do paciente e, simultaneamente, vivencia a ausência de características que sustentavam a relação cotidiana. Essa ambiguidade pode dificultar a atribuição de sentido ao que está acontecendo, pois não há uma ruptura definitiva, mas tampouco existe continuidade integral do vínculo tal como anteriormente vivenciado.

A compreensão clínica precisa, portanto, reconhecer que antecipar uma possível morte não significa necessariamente abandonar a esperança. Rando (1986) sustenta que a antecipação da perda envolve múltiplas tarefas psíquicas e relacionais, entre elas reconhecer mudanças já produzidas pela doença, lidar com perdas parciais e preparar-se para diferentes desfechos. Essa formulação é particularmente útil em terapia intensiva, onde o prognóstico pode se modificar rapidamente. A família pode preparar-se emocionalmente para a morte e, ao mesmo tempo, desejar e investir na recuperação, sem que essas posições sejam mutuamente excludentes.

No contexto brasileiro, Flach *et al.* (2012), em relato de experiência em unidade de terapia intensiva pediátrica, descrevem o luto antecipatório como um processo marcado por sucessivas perdas que se iniciam ainda durante a internação e podem incluir mudanças na rotina, na autonomia, nas expectativas e na própria imagem do familiar adoecido.

Os autores chamam atenção para a relevância de favorecer despedidas significativas e espaços de elaboração quando a evolução clínica aponta para a terminalidade. Ainda que o estudo se concentre em cenário pediátrico, sua contribuição reforça a necessidade de compreender o luto antecipatório como fenômeno relacional e processual, e não apenas como reação pontual ao anúncio de um prognóstico desfavorável (Flach *et al.*, 2012).

Wilandika, Rohmah e Nurhaolah (2025) mostram que essa experiência pode combinar sofrimento emocional, espiritualidade, reflexão sobre o sentido da vida, necessidade de conexão e práticas culturais de preparação. Esses elementos apontam para uma compreensão do luto antecipatório como processo relacional e situado, no qual respostas familiares não podem ser avaliadas apenas a partir de sintomas isolados. A escuta clínica precisa considerar crenças, valores, história do vínculo e modos particulares de lidar com a incerteza.

4. REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS DA INTERNAÇÃO EM UTI PARA OS FAMILIARES

A internação em UTI pode produzir elevado impacto emocional nos familiares. A gravidade do quadro, a imprevisibilidade da evolução clínica, o contato com equipamentos e procedimentos invasivos, a

restrição da presença e a dependência de informações fornecidas pela equipe formam um ambiente no qual ansiedade, medo, impotência e exaustão podem se intensificar. Reis, Gabarra e Moré (2016), ao analisarem repercussões da internação em UTI adulto sob a perspectiva familiar, destacam mudanças na rotina, sofrimento emocional e necessidade de adaptação diante da condição crítica do paciente.

Essa sobrecarga emocional não se restringe ao período de permanência na unidade. Shirasaki *et al.* (2024), em revisão abrangente sobre a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos em Familiares (PICS-F), demonstram que a experiência da doença crítica pode repercutir em ansiedade, depressão, sintomas de estresse pós-traumático, luto complicado, fadiga e dificuldades socioeconômicas. Os autores ressaltam que essas repercussões podem se iniciar durante a hospitalização e prolongar-se após a alta ou o óbito, o que amplia a compreensão do familiar de paciente crítico como sujeito de cuidado, e não apenas como acompanhante ou fonte de informações para a equipe.

A noção de PICS-F não deve ser confundida com o luto antecipatório, mas os fenômenos podem se sobrepor. O luto antecipatório refere-se especificamente à resposta à possibilidade de perda antes da morte; a PICS-F, por sua vez, abrange um conjunto mais amplo de consequências psicológicas, físicas e sociais associadas à experiência da terapia intensiva. A distinção é relevante porque permite compreender que o sofrimento familiar pode decorrer simultaneamente da ameaça de morte, da ruptura da rotina, da sobrecarga decisória, da exposição a procedimentos invasivos e da incerteza sobre o futuro do paciente.

No cenário brasileiro, Woinarovicz e Moreira (2020), ao revisarem estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de pacientes em UTI, identificaram recursos como apoio social, religiosidade, busca de informação e estratégias centradas na resolução de problemas. Esses modos de enfrentamento não possuem valor adaptativo fixo: sua função depende do contexto, da disponibilidade de suporte e da possibilidade real de intervenção do familiar. Em situações nas quais há pouca margem para controlar a evolução clínica, estratégias voltadas à regulação emocional e à busca de significado podem tornar-se tão relevantes quanto aquelas orientadas à ação.

A comunicação com a equipe aparece de forma recorrente como elemento estruturante dessa experiência. Davidson *et al.* (2017), em diretrizes para o cuidado centrado na família em unidades intensivas neonatais, pediátricas e adultas, defendem práticas que ampliem a participação familiar, promovam comunicação estruturada e reconheçam necessidades emocionais, culturais e espirituais. As recomendações apresentam diferentes níveis de evidência, o documento consolida uma mudança importante de paradigma: a família deixa de ser considerada presença periférica e passa a integrar o cuidado intensivo como unidade relacional afetada pelo adoecimento crítico.

Quando o familiar passa a representar o paciente em decisões clínicas, o sofrimento pode adquirir outra camada de complexidade. Glick *et al.* (2018) observaram associação entre maior luto antecipatório e maiores dificuldades na resolução de problemas sociais, além de sua relação com sintomas de ansiedade e depressão. Os resultados não permitem estabelecer causalidade, mas reforçam a necessidade de considerar o estado emocional de

familiares envolvidos em decisões complexas em contextos de alta pressão.

A produção científica também tem demonstrado que as repercussões não necessariamente cessam com o desfecho da internação. Sanderson *et al.* (2022), em revisão sistemática sobre fatores associados ao luto complicado entre familiares de pessoas que morreram em UTI, identificaram fatores relacionados ao paciente, ao familiar e ao processo de cuidado. Embora luto antecipatório e luto prolongado não sejam fenômenos equivalentes, a revisão reforça a importância de qualificar a comunicação, o envolvimento familiar e o cuidado no fim da vida, pois a experiência da internação pode repercutir no processo de enlutamento posterior.

A qualidade da comunicação é particularmente relevante. Informações fragmentadas, excessivamente técnicas ou percebidas como contraditórias podem ampliar insegurança e desorganização emocional. Por outro lado, uma comunicação clara, gradual, respeitosa e coerente com as condições clínicas permite que a família compreenda a situação sem eliminar a esperança de modo abrupto. O objetivo não é produzir aceitação imediata, mas criar condições para que a pessoa possa sustentar emocionalmente a realidade possível e participar das decisões de maneira mais informada.

5. A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE DO LUTO ANTECIPATÓRIO

A atuação psicológica na UTI insere-se em uma lógica de cuidado integral que reconhece o adoecimento como experiência também

subjetiva e relacional. A Resolução RDC nº 7/2010 determina que a assistência psicológica esteja entre os recursos assistenciais garantidos no âmbito da UTI (Brasil, 2010). Essa previsão não significa que todo sofrimento deva ser psicologizado; significa que pacientes e familiares devem ter acesso a suporte especializado quando as demandas emocionais exigirem avaliação e intervenção compatíveis com a complexidade do contexto.

Entre as possibilidades de intervenção estão a escuta qualificada do familiar, a identificação de sinais de sofrimento intenso, o auxílio na organização de sentimentos contraditórios, o apoio durante comunicações difíceis e a facilitação do diálogo entre família e equipe. O psicólogo também pode contribuir para distinguir reações esperadas diante de uma crise aguda de indicadores que justifiquem acompanhamento mais próximo, evitando tanto a banalização quanto a patologização automática do sofrimento.

Estudos brasileiros reforçam essa compreensão. Ferreira e Mendes (2013), ao acompanharem familiares de pacientes em iminência de morte em UTI, identificaram a relevância do suporte psicológico durante a preparação para o óbito e destacaram a importância dos rituais de despedida.

A possibilidade de comunicar afetos, organizar pendências e produzir formas simbólicas de encerramento pode funcionar como recurso de elaboração, desde que respeite os desejos do paciente, as condições clínicas e a singularidade familiar. O trabalho psicológico, nesse sentido, não consiste em produzir conformidade com a morte, mas em criar condições para que a experiência possa ser nomeada, compartilhada e simbolicamente integrada.

Moreira, Martins e Castro (2012), em estudo com familiares de pacientes hospitalizados em UTI, observaram que o psicólogo hospitalar era reconhecido como profissional que auxilia na orientação, na informação e na preparação da família diante da situação de internação. Esse achado é relevante porque mostra que o suporte psicológico não se limita ao atendimento individual clássico. Na terapia intensiva, parte importante do trabalho envolve intervenções breves, contextualizadas e articuladas à equipe, com atenção à compreensão das informações, às reações emocionais e às necessidades imediatas de cada família.

Vieira e Waischunng (2018), em revisão sobre a atuação do psicólogo hospitalar em UTI, destacam que o cuidado psicológico se dirige simultaneamente ao paciente, aos familiares e à equipe. Essa configuração exige competência para atuar em situações de crise, terminalidade, mudanças abruptas do quadro clínico e conflitos relacionais. Exige, ainda, compreensão dos limites da função profissional: o psicólogo não substitui a comunicação médica, mas pode favorecer a elaboração emocional das informações recebidas, identificar barreiras de compreensão e auxiliar na construção de um diálogo mais sensível entre equipe e família.

A intervenção psicoeducativa também pode ser útil quando utilizada de forma complementar à escuta. Otto, Nunes e Braga (2020) descrevem uma estratégia de orientação a familiares durante visitas à UTI, com foco em informações sobre o ambiente intensivo e sobre a experiência de visita. Recursos dessa natureza podem reduzir a estranheza inicial diante de equipamentos, rotinas e procedimentos, mas não devem substituir o contato clínico individualizado. O valor da psicoeducação depende justamente de

sua capacidade de oferecer previsibilidade sem apagar dúvidas, medos e significados particulares atribuídos à hospitalização.

O acolhimento do luto antecipatório exige especial cuidado com a temporalidade psíquica. Não cabe ao profissional conduzir a família a uma suposta aceitação precoce da morte nem estabelecer uma sequência emocional ideal.

A intervenção deve favorecer expressão afetiva, compreensão das informações disponíveis, reconhecimento de recursos de enfrentamento e preservação de vínculos significativos. Em situações nas quais valores espirituais ou culturais ocupem lugar central, esses elementos podem ser integrados ao cuidado desde que respeitados os limites éticos e a autonomia familiar.

O psicólogo pode ainda atuar como mediador comunicacional, sem substituir a responsabilidade da equipe médica na transmissão de informações clínicas. Ao identificar dúvidas, conflitos ou dificuldades de compreensão, pode auxiliar a equipe a reconhecer como determinada informação está sendo recebida e quais efeitos emocionais ela produz. Essa atuação é especialmente relevante quando há decisões compartilhadas sobre limites terapêuticos, cuidados paliativos ou mudanças de objetivo do tratamento.

A assistência psicológica também deve considerar a família como sistema. A internação de um de seus membros pode redistribuir funções, produzir conflitos, alterar responsabilidades de cuidado e expor vulnerabilidades econômicas e sociais.

Nesse sentido, a interlocução com Serviço Social, Enfermagem, Medicina e demais áreas pode ampliar a capacidade de resposta às necessidades apresentadas. Uma prática efetivamente

interdisciplinar evita que o sofrimento seja tratado como problema exclusivo do indivíduo e permite reconhecer condições concretas que atravessam a experiência do luto.

6. DESAFIOS PARA O CUIDADO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

Um dos principais desafios para o cuidado psicológico em UTI consiste em reconhecer que o luto antecipatório pode coexistir com esperança realista. A presença de sofrimento não significa desistência do tratamento, assim como a manutenção da esperança não indica negação patológica. A intervenção clínica precisa sustentar essa ambivalência sem impor interpretações precipitadas sobre o modo considerado adequado de reagir à possibilidade de morte.

Outro desafio é o uso indiscriminado de modelos de fases do luto. A aplicação rígida de categorias pode levar profissionais a interpretar manifestações emocionais normais como sinais de inadequação ao processo. A literatura contemporânea sustenta uma compreensão mais dinâmica, na qual reações oscilam conforme informações clínicas, mudanças no prognóstico, qualidade do suporte e condições subjetivas de cada pessoa. Por isso, a avaliação deve priorizar a experiência concreta do familiar e sua funcionalidade no contexto vivido.

Nesse ponto, o Modelo do Processo Dual de Stroebe e Schut (1999) oferece uma alternativa importante à ideia de progressão linear. A oscilação entre aproximação e afastamento da realidade da perda permite compreender por que familiares podem, em momentos diferentes do mesmo dia, falar sobre despedida, demonstrar

esperança, concentrar-se em aspectos práticos ou evitar temporariamente conteúdos dolorosos. Na prática clínica, essa leitura reduz o risco de transformar variações normais do enfrentamento em sinais automáticos de negação ou resistência.

Também é necessário reconhecer que nem toda intervenção produz os mesmos efeitos para todas as famílias. Zante, Camenisch e Schefold (2020), em revisão sistemática de intervenções voltadas à PICS-F, encontraram heterogeneidade importante entre estratégias e resultados, o que recomenda cautela diante de protocolos rígidos. O suporte familiar em UTI tende a ser mais consistente quando combina comunicação de qualidade, participação em decisões, identificação precoce de sofrimento, respeito às preferências e continuidade do cuidado após eventos críticos.

Shirasaki et al. (2024) reforçam essa perspectiva ao propor que a prevenção das repercussões familiares relacionadas à terapia intensiva seja contínua e multiprofissional, iniciando-se durante a internação e podendo estender-se ao período pós-UTI. Entre as estratégias discutidas estão materiais informativos, diários de UTI, facilitadores de comunicação, apoio ao luto e acompanhamento após a alta ou o óbito. Para a Psicologia Hospitalar, esse conjunto de evidências amplia o foco da intervenção: além da resposta à crise imediata, torna-se relevante pensar em continuidade assistencial e em critérios para encaminhamento quando o sofrimento persiste ou se intensifica.

Os estudos recentes também sugerem a necessidade de instrumentos e protocolos que ajudem a reconhecer familiares com maior sofrimento, sem transformar rastreamento em diagnóstico automático. Wonderly e Zimmerman (2026), ao examinarem o uso

da Anticipatory Grief Scale entre familiares de pacientes críticos, encontraram potencial para avaliação do fenômeno, mas também limitações relacionadas à adequação de alguns itens ao contexto intensivo. O resultado reforça a importância de combinar instrumentos estruturados com entrevista clínica e julgamento profissional.

Por fim, a atuação psicológica precisa estar articulada às condições institucionais. Garantir assistência psicológica, como prevê a normativa sanitária brasileira, requer organização de fluxos, disponibilidade profissional e integração efetiva à equipe. A presença formal do serviço, sem participação nas discussões clínicas e sem acesso oportuno às famílias, reduz sua capacidade de intervenção. O cuidado ao luto antecipatório exige, portanto, tanto competência técnica quanto condições institucionais que reconheçam a família como parte do processo assistencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O luto antecipatório em familiares de pacientes internados em UTI constitui uma experiência complexa, produzida pela proximidade da possível perda e pelas transformações que já ocorrem durante a internação. Ansiedade, medo, tristeza, ambivalência, sensação de impotência e dificuldades na tomada de decisão podem estar presentes, mas sua intensidade e significado variam conforme a trajetória do vínculo, o contexto clínico, os recursos de enfrentamento, a comunicação com a equipe e as dimensões culturais e espirituais.

A análise da literatura indica que o cuidado psicológico pode contribuir para a expressão e organização do sofrimento, para a

compreensão das informações disponíveis e para a manutenção de uma comunicação mais sensível entre familiares e equipe multiprofissional. Essa atuação deve evitar tanto a patologização de reações esperadas quanto a aplicação rígida de modelos de etapas do luto, privilegiando a singularidade da experiência e a autonomia dos sujeitos envolvidos.

A ampliação teórica realizada neste estudo também permite compreender que o luto antecipatório não se organiza segundo uma sequência universal. Referenciais como Rando (1986), Stroebe e Schut (1999) e Boss (1999) contribuem para interpretar a experiência em termos de adaptação progressiva, oscilação e ambiguidade, enquanto pesquisas em terapia intensiva mostram que fatores como comunicação, participação familiar, suporte social e espiritualidade interferem no modo como a possibilidade de perda é vivenciada. Essa articulação entre teoria do luto e evidências do cuidado crítico evita explicações simplificadoras e oferece maior consistência à prática psicológica.

No contexto brasileiro, a garantia normativa de assistência psicológica em UTI reforça a necessidade de integrar esse profissional ao cuidado intensivo de modo efetivo. Mais do que intervir apenas em situações de crise extrema, a Psicologia Hospitalar pode participar precocemente do acompanhamento de famílias expostas à possibilidade de perda, contribuindo para uma assistência ética, interdisciplinar e humanizada.

Como limitação, esta revisão possui caráter narrativo e não apresenta estimativas de prevalência nem síntese quantitativa dos estudos. Pesquisas futuras podem aprofundar a investigação do luto antecipatório em diferentes contextos socioculturais brasileiros,

avaliar intervenções psicológicas específicas e examinar os efeitos do suporte familiar sobre desfechos emocionais durante e após a internação em terapia intensiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOSS, Pauline. **Ambiguous loss:** learning to live with unresolved grief. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 fev. 2010. Disponível em: https://anvisa.gov.br/legis/datalegis/net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&cod_menu=8542&cod_modulo=310&link=S&numeroAto=00000007&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&seqAto=000&tipo=RDC&valorAno=2010. Acesso em: 28 set. 2026.

DAVIDSON, Judy E. *et al.* Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. **Critical Care Medicine**, v. 45, n. 1, p. 103-128, 2017. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002169.

FERREIRA, Priscila Dias; MENDES, Tatiane Nicolau. Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 16, n. 1, p. 88-112, 2013. DOI: 10.57167/Rev-SBPH.16.315.

FLACH, Katherine *et al.* O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 15, n. 1, p. 83-100, 2012. DOI: 10.57167/Rev-SBPH.15.372.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. *In*: FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GLICK, Danielle R. *et al.* Anticipatory grief and impaired problem solving among surrogate decision makers of critically ill patients: a cross-sectional study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 49, p. 1-5, 2018. DOI: 10.1016/j.iccn.2018.07.006.

KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LINDEMANN, Erich. Symptomatology and management of acute grief. **American Journal of Psychiatry**, v. 101, n. 2, p. 141-148, 1944. DOI: 10.1176/ajp.101.2.141.

MOREIRA, Emanuelle Karuline Correia Barcelos; MARTINS, Tatiana Milhomem; CASTRO, Marleide Marques de. Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 15, n. 1, p. 134-167, 2012. DOI: 10.57167/Rev-SBPH.15.375.

OTTO, Stephanie Cristin; NUNES, Tayna Nayara; BRAGA, Luiz Renato de Moraes. Quadro psicoeducativo: orientações a familiares em visita à Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 23, n. 2, 2020. DOI: 10.57167/Rev-SBPH.23.121.

RANDO, Therese A. **Loss and anticipatory grief**. Lexington, MA: Lexington Books, 1986.

REIS, Larissa Carvalho de Campos; GABARRA, Letícia Macedo; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 815-828, 2016. DOI: 10.9788/TP2016.3-04.

SANDERSON, Emma A. M. et al. Risk factors for complicated grief among family members bereaved in intensive care unit settings: a systematic review. **PLOS ONE**, v. 17, n. 3, e0264971, 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0264971.

SHIRASAKI, Kasumi et al. Postintensive care syndrome family: a comprehensive review. **Acute Medicine & Surgery**, v. 11, n. 1, e939, 2024. DOI: 10.1002/ams2.939.

STROEBE, Margaret; SCHUT, Henk. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. **Death Studies**, v. 23, n. 3, p. 197-224, 1999. DOI: 10.1080/074811899201046.

VIEIRA, André Guirland; WAISCHUNNG, Cristiane Dias. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 21, n. 1, p. 132-153, 2018. DOI: 10.57167/Rev-SBPH.21.269.

WILANDIKA, Angga; ROHMAH, Nur; NURHAOLAH, N. Anticipatory grief as a holistic experience: a phenomenological study of family members in an Indonesian intensive care unit. **Journal of Holistic Nursing**, 2025. DOI: 10.1177/08980101251404145.

WOINAROVICZ, Beatriz Patricia; MOREIRA, Mariana Calesso. Estratégias de enfrentamento de familiares de pacientes em UTI: uma revisão sistemática da literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 23, n. 2, p. 126-138, 2020. DOI: 10.57167/Rev-SBPH.23.124.

WONDERLY, Krista; ZIMMERMAN, Rick S. Exploring anticipatory grief and coping in families of critically ill patients: implications for nursing support and intervention. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 45, n. 5, p. 242-249, 2026. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000779.

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

ZANTE, Bjoern; CAMENISCH, Sabine A.; SCHEFOLD, Joerg C. Interventions in post-intensive care syndrome-family: a systematic literature review. **Critical Care Medicine**, v. 48, n. 9, p. e835-e840, 2020. DOI: 10.1097/CCM.00000000000004450.

¹ Discente do Curso Superior de Psicologia da Faculdade Católica de Rondônia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Discente do Curso Superior de Psicologia da Faculdade Católica de Rondônia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Discente do Curso Superior de Psicologia da Faculdade Católica de Rondônia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Discente do Curso Superior de Psicologia da Faculdade Católica de Rondônia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Docente do Curso Superior de Psicologia da Faculdade Católica de Rondônia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)