

Contemplando o crepúsculo da alma: a percepção de psicólogos acerca do luto preparatório

Gazing at the twilight of the soul: psychologists' perceptions of preparatory grief

Contemplando el crepúsculo del alma: la percepción de los psicólogos sobre el duelo preparatorio

 Rodrigo Cesar de Almeida¹

Recebido: 13/03/2025 Aceito: 26/05/2025 Publicado: 27/06/2025

Resumo:

Objetivo: investigar qual a percepção de psicólogos hospitalares acerca do luto preparatório. **Método:** pesquisa qualitativa realizada em 2022, que utilizou questionário com algumas questões abertas, aplicado a profissionais de psicologia atuantes em hospitais no interior de Minas Gerais. Os dados foram codificados através da Análise de Conteúdo de Bardin e analisados através das teorias do luto e da Psicologia Analítica de C. G. Jung. **Resultados:** as respostas dos entrevistados compõem três categorias temáticas: “*Sintomatologia do luto preparatório*”; “*Percepção de psicólogos acerca do luto preparatório*”; e “*A lida com o luto preparatório*”, nas quais os profissionais visualizam sentimentos contrastantes nos seus pacientes, bem como sua vivência se mostra ambígua frente a esse fenômeno. Também apontam a espiritualidade/religiosidade como um recurso eficaz para a construção de sentido e enfrentamento. **Conclusão:** o luto preparatório é um fenômeno marcante na prática hospitalar. A formação específica se mostra importante para a atuação com pacientes enlutados e em terminalidade e reforça a necessidade do cuidado com a saúde mental dos psicólogos que lidam com essa demanda.

Descritores: Luto; Psicologia Médica; Teoria Junguiana.

Abstract:

Objective: to investigate the perception of hospital psychologists about preparatory grief. **Methods:** qualitative research carried out in 2022, which used a questionnaire with some open-ended questions, applied to psychology professionals working in hospitals in the interior of the state of Minas Gerais, Brazil. The data were coded through Bardin's Content Analysis and analyzed through the theories of grief and Analytical Psychology of C. G. Jung. **Results:** the interviewees' responses composed three thematic categories: “*Symptomatology of preparatory grief*”; “*Psychologists' perception of preparatory grief*”; and “*Dealing with preparatory grief*”, in which professionals visualize contrasting feelings in their patients, as well as their experience being ambiguous in the face of this phenomenon. They also point to spirituality/religiosity as an effective resource for the construction of meaning and coping. **Conclusion:** preparatory grief is a striking phenomenon in hospital practice. Specific training is important for working with grieving and terminally ill patients and reinforces the need for mental health care for psychologists who deal with this demand.

Descriptors: Bereavement; Psychology, Medical; Jungian Theory.

Resumen:

Objetivo: investigar cuál es la percepción de los psicólogos hospitalarios sobre el duelo preparatorio. **Método:** investigación cualitativa realizada en 2022, que utilizó un cuestionario con algunas preguntas abiertas, aplicado a profesionales de psicología que trabajan en hospitales del interior de Minas Gerais. Los datos fueron codificados mediante el Análisis de Contenido de Bardin y analizados a través de las teorías del duelo y de la Psicología Analítica de C. G. Jung. **Resultados:** las respuestas de los entrevistados se agruparon en tres categorías temáticas: “*Sintomatología del duelo preparatorio*”; “*Percepción de los psicólogos sobre el duelo preparatorio*”; y “*El manejo del duelo preparatorio*”, en las que los profesionales observan sentimientos contrastantes en sus pacientes, así como su experiencia se muestra ambigua frente a este fenómeno. También señalan la espiritualidad/religiosidad como un recurso eficaz para la construcción de sentido y afrontamiento. **Conclusión:** el duelo preparatorio es un fenómeno destacado en la práctica hospitalaria. La formación específica se muestra importante para la actuación con pacientes en duelo y en terminalidad, y refuerza la necesidad de cuidar la salud mental de los psicólogos que enfrentan esta demanda.

Descriptores: Aflicción; Psicología Médica; Teoría Junguiana.

Autor Correspondente: Rodrigo Cesar de Almeida - dealmeida.rc@gmail.com

INTRODUÇÃO

Através da Lei nº 4.119 de 1962, regulamentou-se a prática da Psicologia no Brasil, que não sofria contestações quanto à sua inserção nos ambientes escolar e empresarial, porém muitos médicos se opunham à prática psicológica em ambientes hospitalares, alegando que clínica significa, em sua terminologia, leito, e psicólogos não realizavam consultas no leito hospitalar^{1,2}.

No início da década de 1950, a *Psicologia Hospitalar* começou a ganhar espaço no Brasil como um ramo da Psicologia da Saúde, quando profissionais pioneiros tentavam compreender as dimensões psicológicas do processo de adoecimento durante a internação hospitalar³.

A Psicologia Hospitalar é o campo no qual os conhecimentos sobre aspectos psicológicos são voltados ao contexto do adoecimento e da hospitalização, pela qual a subjetividade do sujeito é atravessada por uma patologia e surge como consequência reverberações emocionais importantes⁴.

Essa prática se debruça nas consequências emocionais no processo saúde-doença e não nas causas psicológicas em si, ampliando assim a atuação não somente para indivíduos que tiveram a internação proveniente de um adoecimento psíquico, mas também biofisiológico⁵.

A prática psicológica em ambientes hospitalares era e continua sendo encarada como uma maneira do paciente poder expressar suas emoções e sentimentos ao tentar adaptar-se às limitações que o adoecimento e a hospitalização podem trazer, tanto durante o processo de internação como após, reconhecendo os contextos sociais, culturais e familiares do indivíduo³.

Tendo em vista que, o adoecimento em todas as fases da vida requer um processo de adaptação quanto à nova realidade, o que gera manifestações emocionais, a atuação do profissional de psicologia é imprescindível, uma vez que é este quem atua diretamente nas implicações psicológicas geradas pelo processo de adoecimento⁶.

A psicologia hospitalar busca compreender a amplitude de manifestações emocionais, dos pacientes, familiares e da equipe de saúde, que se direciona a tentativas de uma melhora de qualidade de vida das pessoas internadas, podendo gerar conflitos emocionais ao encarar situações de dor, finitude, perdas em vida e a morte⁶. Um estudo aponta que:

O psicólogo auxilia na vivência com os conflitos internos, na elaboração de perdas, na fragilidade do ser e no estresse constante, trabalhando com a identificação e o alívio desses sujeitos, favorecendo uma melhor qualidade de vida para eles.^{7:509}

Por qualidade de vida, compreende-se o campo multidimensional e interrelacionado entre saúde física, estado psicológico, nível de independência, condições de vida e relações sociais do indivíduo. E como todo processo de adoecimento tem um potencial de se tornar uma

hospitalização, as perdas se fazem presentes e constantes: da autonomia e liberdade, individualidade, personalidade, da mobilidade e funcionalidade, a possibilidade da perda da própria vida, gerando um processo de luto no paciente⁸.

A subjetividade do indivíduo no processo de hospitalização também fica fragilizada, uma vez que se perde a possibilidade de exercer práticas do dia a dia que reforçam para o sujeito quem ele de fato é, assim complementando e complexificando o processo de luto que se apresenta durante esta internação⁶.

O luto, considerado um processo complexo, envolve aspectos psicológicos e culturais que afetam não apenas o indivíduo enlutado, mas uma microssociedade e, possivelmente, uma macrossociedade também. É um movimento entendido como único, subjetivo e individual na maneira como o indivíduo rompe um vínculo com algo ou alguém e passa por um processo de elaboração desta perda⁹.

Pessoas adoecidas podem manifestar emoções deprimidas não apenas com o processo de hospitalização, mas também pela autonomia perdida, prejuízos acarretados no adoecimento, não possibilidade de um futuro com seus entes queridos, frustração da não vivência dos seus sonhos, e perda de controle e da noção de invulnerabilidade¹⁰, mesmo que esta internação seja curta.

Quando o indivíduo está diante de um diagnóstico ameaçador de vida, o fenômeno de luto passa a estar presente, de modo que, em algum momento, este terá que enfrentar a sua terminalidade, caracterizando assim o luto preparatório, que nada mais é do que as manifestações cognitivas, comportamentais e emocionais do processo de luto no indivíduo adoecido a partir do momento em que o diagnóstico se faz presente ao paciente¹¹.

Um processo de luto se inicia antes da perda concreta, e se denomina luto antecipatório, porém este é destinado às pessoas que vivenciam o processo de morte e perda de algo ou alguém que se possui apego; portanto luto preparatório é o processo que o paciente em estágio terminal precisa se submeter ao preparo para a sua separação deste mundo, o que é singular e específico para aquele indivíduo que está morrendo¹².

Como o fenômeno do luto se mostra presente diariamente na realidade do profissional de Psicologia Hospitalar, este estudo tem como objetivo investigar qual a percepção de psicólogos hospitalares acerca do luto preparatório.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma pesquisa de delineamento descritivo, transversal e qualitativo. Participaram da pesquisa psicólogos atuantes em instituições hospitalares em uma

cidade do interior de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e agosto de 2022. Foram incluídos profissionais graduados em psicologia que atuassem na área de assistência hospitalar por no mínimo seis meses.

Para este estudo, foi elaborado um instrumento estruturado contendo oito questões de caracterização sociodemográfica, cinco questões abertas sobre a lida com o luto preparatório e outras duas questões abertas acerca do processo de atuação profissional. O instrumento foi aplicado através de formulário gerado pela plataforma Google Forms®, no qual os participantes puderam acessar com maior confiabilidade, resguardando as questões éticas que envolvem o sigilo de pesquisa.

Aos profissionais de psicologia foram destinados os seguintes questionamentos, acerca do luto preparatório, ao longo do formulário: A) Dados sobre a formação e atuação (tempo de graduação, titulação, formação específica para atuação com enlutados, tempo de atuação na área hospitalar e local específico de atuação – oito questões); e, B) questões sobre o luto: 1) *“Você percebe o processo de luto preparatório em pacientes hospitalizados?”*; 2) *“Quais manifestações/sintomatologias emocionais você percebe no luto preparatório?”*; 3) *“Como você percebe o luto preparatório em pacientes hospitalizados?”*; 4) *“Com qual frequência você lida com este fenômeno?”*; 5) *“Como você se sente lidando com a demanda do processo de luto preparatório?”*.

Quanto ao processo de formação, os profissionais foram questionados: 1) *“Quais bases teóricas sustentam sua atuação com o luto?”*; 2) *“No geral, como você se sente lidando com a demanda do luto?”*.

Os dados gerados foram organizados e interpretados por meio do método de Análise de Conteúdo do tipo temática, de Bardin¹³, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para a proposta do estudo. Com esta análise, pode-se então elaborar núcleos de sentido que compõem uma comunicação.

Foram seguidas as fases de pré-análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Na fase de pré-análise, realizou-se a leitura das respostas contidas no formulário para a compreensão de tais aspectos. Após, ocorreu a exploração do material à luz das teorias do luto^{12,14} e pela Psicologia Analítica formulada por Carl G. Jung¹⁵⁻¹⁷.

O projeto referente a este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa sendo aprovado através do CAAE 63449722.8.0000.5145. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam a letra P seguida de um número para a proteção da identidade dos participantes.

RESULTADOS

Participaram 10 psicólogos, com predominância feminina. A média de idade foi de 34 anos; quanto a autodeclaração racial, 1 pessoa se identificou como preta e as demais brancas.

Dos pesquisados, oito realizaram pós-graduação *lato sensu*, enquanto um o mestrado e um o doutorado. Quanto à formação específica para a atuação voltada ao luto, um participante relata formação avançada em Cuidados Paliativos e Tanatologia, um com formação em Cuidados Paliativos e outro referiu formação em luto. Os outros sete pesquisados não possuíam formação específica voltada para a atuação com o luto.

Quanto à atuação profissional, um entrevistado relata atuação há mais de 10 anos, quatro deles entre 05 e 10 anos na área hospitalar, dois com atuação entre 2 e 5 anos e outros três entre 6 meses e 2 anos. Os locais de atuação no hospital mencionados: Hemodiálise, CTI, UTI Adulto, UTI Neonatal, Enfermarias, Ambulatórios, Pronto Atendimento e Unidade de Doenças Infecto-parasitárias.

A partir das perguntas realizadas e, para melhor compreender o fenômeno subjetivo que se expressava, foram criadas três categorias: "*Sintomatologia do luto preparatório*"; "*Percepção dos psicólogos acerca do luto preparatório*" e, "*A lida com o luto preparatório*".

DISCUSSÃO

Sintomatologia do luto preparatório

Todos os participantes referiram verificar na prática a presença de sentimentos como: aceitação, fé e esperança e que se contrapõem a também presença da angústia, apatia, medo, pesar, raiva e tristeza.

Em 1999, foi criado o esquema denominado Modelo do Processo Dual¹⁴, que considera a experiência do luto organizada através de dois polos: da *perda* e da *restauração*. A pessoa que suporta o processo do luto precisa contar com a oscilação entre estes dois polos para vivenciar uma experiência considerada saudável, sendo assim, o luto se mostra como algo dinâmico, complexo e subjetivo.

Os polos são modos pelos quais os indivíduos encaram o estresse gerado pela experiência do luto, levando em consideração que o polo da *perda* toma conta da percepção do sujeito e pouco consegue ser trabalhado, e com a experimentação da vida, se apresenta a oscilação para a *restauração*, que é saber identificar os estressores e agir sobre eles¹⁸.

Fazendo uma releitura desta teoria, pode-se associar o conteúdo trazido pelos entrevistados, pois em um diagnóstico difícil, os psicólogos percebem manifestações do polo da *perda* como flutuações de humor, ruminação de sentimentos como angústia, medo, raiva e pesar.

Quando o indivíduo se vê na necessidade de se adaptar a esta nova realidade, podem aparecer a tristeza e até sintomas de ansiedade, isto pois são identificados os fatores estressores como a perda a autonomia, a falta de capacidade de cumprir com suas responsabilidades traçadas anteriormente (seja cozinhar, ir ao banco, prover a família, entre outros)¹⁸.

O processo de *restauração* no luto também exige a transformação da própria identidade, de alguém saudável para um indivíduo em processo de adoecimento, hospitalizado e dependente, fazendo surgir sentimentos como medo e certa ansiedade de não conseguir manejar toda esta realidade por si só. Quando existe a identificação e o trabalho emocional desses estressores, a oscilação entre os polos acontece, permitindo que o indivíduo manifeste certa aceitação para a realidade da perda, desenvolvendo sentimentos de esperança, fortalecendo a fé e criando mecanismos para lidar com a experiência.

Nas manifestações do processo de aceitação da condição clínica do paciente hospitalizado, foram pontuadas observações: arrependimentos, necessidade de despedida, preparação dos familiares para o momento derradeiro, bem com as resoluções de pendências e reflexões existenciais. Vai de encontro a uma pesquisa em oncologia¹⁹ que mencionou que o indivíduo que se encontra em estágios avançados da doença, na tentativa de se ajustar à realidade, manifesta comportamentos de preparação para essa experiência, sendo esse um movimento resultante do processo de luto preparatório.

A esperança, também levantada como um aspecto da experiência percebida pelos psicólogos, tem um papel importante durante o processo de adoecimento. Esse sentimento traz certo conforto na possibilidade de existência de algo que possa salvá-los e, mesmo que não haja tão salvação, a presença deste sentimento no paciente, nos familiares e na equipe de saúde estabelece confiança, além da *“sensação de que tudo deve ter algum sentido, que pode compensar, caso suportem por mais algum tempo”*^{12:144}.

O sentimento de esperança está presente na equipe de saúde diante de um ser humano em um processo de adoecimento severo e sem a possibilidade de cura. A atitude do profissional é de compreender que tal indivíduo merece ainda mais cuidados, considerando que *“desistir de um paciente pode fazer com que ele se entregue”*^{12:145}. E essa atitude não significa dar-lhes falsas crenças de que o processo de morte não está acontecendo ou que mentiras sejam o caminho para manter a esperança viva, mas sim estabelecer um diálogo sério e aberto a respeito do processo de morte e morrer como algo intrínseco à vida, consequentemente, tendo a esperança e o sentido de vida como algo valioso¹².

Além disso, os entrevistados relatam a existência de sintomatologias que se assemelham a psicopatologias como ansiedade (expectativa exacerbada sobre determinada notícia ou

acontecimento) e depressão (choro constante, humor deprimido, oscilação de humor, desânimo, desesperança e isolamento social). É necessário que, durante o processo de morte e de manifestação do luto preparatório, identifique-se os sintomas de ansiedade e depressão pois a *“depressão não é inevitável e não deveria ser considerada uma parte normal do processo de morrer”*^{20:884}.

Os sintomas se apresentam como: alteração na autoimagem e autoestima, desesperança, desejo ativo de morrer e pensamentos ruminantes sobre a morte e suicídio como sendo indicativos de um processo com baixa qualidade de vida e muito sofrimento, questões evitáveis quando realizado um trabalho de Cuidados Paliativos voltados para a minimização do desconforto e fortalecimento da dignidade do paciente²⁰.

Percepção dos psicólogos acerca do luto preparatório

Quando questionados a respeito de como percebem o processo de luto preparatório em pacientes hospitalizados, os entrevistados trouxeram falas voltadas a manifestações da espiritualidade/religiosidade como sendo um dos fatores fundamentais de compreensão e ação do profissional de psicologia:

Humor deprimido diante do diagnóstico. Paciente passa por um período de resignificação da vida (P2).

É muito singular, observo que as crenças do paciente interferem muito na forma como ele vivenciará o momento. (P6)

Cada paciente vivencia de uma forma distinta a depender da idade, do nível cultural, da experiência religiosa/espiritual. (P10)

Geralmente, com reflexões existenciais, oscilação de humor e de afeto, conteúdo de culpa, arrependimentos e desejos. Conteúdo de fé, religiosidade. (P4)

A espiritualidade é um conceito associado com a busca individual de compreensão sobre questões relacionadas ao sentido de vida, a relação que o indivíduo possui com o transcendental ou sagrado e que pode levar (ou não) ao desenvolvimento de rituais e formação de comunidades ligadas pelo aspecto religioso²⁰. Enquanto a religiosidade versa sobre a prática religiosa em si, com ações voltadas às idas em um campo religioso e práticas de rituais que fazem parte de determinada religião²¹.

O ser humano é livre nas possibilidades de escolhas quanto ao caminho religioso-espiritual a ser seguido em vida, independentemente do local de sua inserção e dos conceitos humanos ligados a religião²². Este envolvimento por si só tem se apresentado como um fator de grande impacto sobre a saúde, sendo considerado um dos campos de prevenção de agravos de doenças.

Contudo, as manifestações mais presentes nas falas dos entrevistados se faz nas indagações acerca do sentido de vida como estratégia de enfrentamento do processo de adoecimento e terminalidade.

Acredita-se que a dimensão da espiritualidade faz parte da natureza humana e é incorporada à dimensão do Inconsciente Coletivo, que busca também pelo significado e sentido de vida. Essa dimensão é uma das responsáveis em alcançar a homeostase psíquica e o equilíbrio emocional na medida em que é incorporada ao modo de vida de cada ser humano^{15,16}.

Momentos de diagnósticos difíceis podem contar com reflexões voltadas às realizações pessoais, aos relacionamentos interpessoais e até mesmo se tal experiência se refere a um chamado sagrado ou transcendente, e tais experimentações envolvem a busca pelo sentido da vida, que só é encontrado a partir das ações e decisões que o indivíduo toma frente a determinada situação de risco¹⁶.

O profissional de psicologia, visualizando tais manifestações no paciente, deve possuir uma postura que seja capaz de traduzir estas vivências que, por motivos inúmeros, podem não ser inteligíveis aos que as vivenciam:

Tristeza profunda, revolta, maior compreensão da situação em alguns casos, elaboração de despedidas. (P3)

Observo que pacientes mais idosos apresentam uma aceitação e serenidade maior ao passar por este processo, pois tem a sensação de que a missão está cumprida, já fizeram tudo o que precisavam na vida. Pacientes mais jovens, costumam apresentar mais sintomas ansiosos: desejos de voltar para a casa, angústia, insônia, inquietação, crises de ansiedade... (P10)

Vivências como estas, que se apresentam de modo comum na realidade hospitalar, são reflexos das fases do luto. Para Kluber-Ross¹², há perda de sentido no sofrimento com os avanços tecnológicos: *“Há muito sumiu a crença de que o sofrimento aqui na terra será recompensado no céu. O sofrimento perdeu sua razão de ser”*^{12:20}.

Esta afirmação vem com a reflexão de que a humanidade, na perda do sentido do sofrimento, também falhou na capacidade de produção de sentido de vida, quando se coloca em negação da mortalidade e, por consequente, a terminalidade:

Enquanto a rejeição religiosa, ou seja, a crença no significado do sofrimento aqui na terra e a recompensa no céu após a morte, tem oferecido esperança e sentido, a rejeição propagada pela sociedade nada disso oferece, aumentando apenas nossa ansiedade, contribuindo para acentuar nosso senso de destruição e agressão: matar para fugir à realidade e ao confronto com a nossa própria morte^{12:20}.

A lida com o luto preparatório

Quanto à lida da demanda do luto preparatório, as falas apresentam dualidades, que, enquanto sentem-se preparados e suas intervenções são eficazes, há gratidão e alívio, mas também surge frustração e desconfortos ao lidar com esta realidade quando o paciente apresenta maiores dificuldades neste processo de enfrentamento:

Quando direciono o olhar para o paciente é melhor de observar, uma vez que temos que contribuir para a qualidade de vida do paciente. (P1)

Sentimentos de alívio, uma vez que consigo elaborar e cuidar do paciente e sua família, colaborando para a autonomia e preservação da dignidade. (P3)

Acredito que seja algo desafiador, pois trata de algo que cada paciente e familiar irá sentir. Lidamos com a subjetividade, singularidade do sujeito. Assim, cada um terá sua forma de se expressar, manifestando o que sente e pensa. (P4)

Exige muita técnica, empatia e respeito pelo 'momento' do paciente. Em alguns momentos gera desconforto emocional. (P6)

Me sinto algumas vezes impotente, mas procuro levar o máximo de informações para tentar ampliar a visão das possibilidades para o paciente e a família, acolher, mediar e dar espaço para essa dor. (P5)

Como todo e qualquer adoecimento psíquico dentro do contexto hospitalar, me sinto frente a um grande desafio a ser transposto. Por ser uma demanda comum, com frequência tento buscar auxílio teórico para amparar a prática. (P8)

Depende da manifestação emocional do paciente. Quando o paciente vivencia o luto de forma mais natural, serena, com uma melhor organização psíquica, ou quando, mesmo manifestando sua dor e sofrimento, responde bem às intervenções propostas, a minha vivência enquanto profissional é tranquila e gratificante. No entanto, quando o sofrimento do paciente é tão intenso e/ou tem mais dificuldades de aceitar as intervenções propostas, vivencio um sentimento de impotência, o que me deixa desconfortável. (P10)

O profissional de psicologia busca, em seu processo de formação, aportes teóricos que sustentam o seu olhar frente ao mundo e que forneça subsídios técnico-científicos para lidar com todas as situações enfrentadas no dia a dia de sua prática, assim, cada profissional constrói seu arcabouço teórico para lidar com as demandas que possam surgir. Um estudo que fez um levantamento de publicações entre os anos de 2003 e 2021 aponta que as abordagens psicológicas mais utilizadas no contexto hospitalar foram a Psicanálise (de Sigmund Freud) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (de Aaron Beck)²³. Quanto às técnicas e instrumentos utilizados, percebe-se uma variedade que percorre protocolos de atendimento para luto, entrevistas estruturadas, inventários e até estratégias lúdicas²³.

A prática da psicologia é permeada de particularidades no que tange as relações que se estabelecem entre o paciente e o profissional, independente da técnica ou abordagem escolhida, o que remete ao conceito de contratransferência.

A transferência, de modo simples, é o mecanismo utilizado pelo paciente para projetar em alguém (no caso o profissional de psicologia), desejos e pensamentos inconscientes, enquanto a contratransferência faz o caminho inverso, sendo as emoções, pensamentos e desejos inconscientes do terapeuta projetadas no paciente¹⁷. Ter a consciência destes conceitos ajuda a compreender a dinâmica inconsciente na relação entre os indivíduos do processo e podem influenciar o caminho de “cura”, ou seja, na adesão às propostas de intervenção e êxitos obtidos nessa relação²⁴.

A personalidade do profissional, em termos de contato com o paciente, é um dos fatores mais importantes durante o atendimento psicológico, por considerar que *“resistimos naturalmente contra o fato de admitir que possamos ser afetados, no mais íntimo de nós mesmos, por um paciente ‘qualquer’”*^{17:59}.

A partir dos preceitos junguianos²⁵, a relação paciente-terapeuta necessita de uma atitude confiante entre estar com *“um pé dentro da situação e outro do lado de fora”*^{25:102}, em outras palavras, que o profissional utilize de sua empatia para conseguir se sentir dentro da ação vivenciada pelo paciente, mas que olhe para ela com um contexto histórico, teórico, prático e que se relacione com o desenvolvimento psíquico do paciente, ou ainda *“a empatia sozinha, apesar de sua extrema importância, pode ser enganadora, pois as experiências emocionais do analista podem facilmente ser confundidas com as do paciente”*^{25:102}.

Ao promover uma esfera de cuidado segura e não julgadora, o psicólogo pode, juntamente com o paciente, desenvolver o que se chama de *Encontro Analítico*, que é a ideia de uma relação terapêutica que visa superar os obstáculos existentes na exploração do material inconsciente, para que juntos encontrem o caminho mais seguro para o autoconhecimento²⁵. Porém, cada encontro produz afetações diferentes, e a superação do tecnicismo em prol da relação segura, afetiva e sem julgamentos, acarreta respostas diferentes e por vezes antagônicas na relação com cada indivíduo.

Quando o profissional se depara com o assunto luto, o sentimento angustiante da própria morte tende a se mostrar mais iminente, causando sentimentos como frustração, pesar, dor, injustiça, alívio quando há o término do contato com o luto, e ainda acredita que quando age de maneira mais técnica, e com afastamento emocional, pode não existir empecilhos para realizar as suas atividades²⁶.

Para tanto, foi por situações como esta que Jung sugeriu a *Análise de Treinamento*, que reduz o perigo das projeções do terapeuta, para que através dela o profissional se torne mais consciente daquilo que acontece com ele, seja ampliando sua percepção a respeito das próprias fraquezas ou encontrando enfrentamentos importantes sobre as suas dificuldades²⁵.

Sendo assim, é necessário que os profissionais de psicologia estejam atualizados quanto aos cuidados com a própria saúde mental para entrar em contato com os conteúdos de luto, finitude e mortalidade do outro, podendo exercer o seu papel com empatia e técnica, mas sem confundir a dor do outro com o seu próprio sofrimento.

CONCLUSÃO

No hospital, a rotina de perdas, sejam subjetivas ou sejam materiais, faz com que o profissional lide diariamente com o luto. Então, a atual pesquisa mostrou que os profissionais conseguem visualizar em suas práticas os processos de luto que acontecem com os pacientes hospitalizados. O luto preparatório, com suas especificidades, também é contemplado pelos olhares dos entrevistados, através das manifestações de apatia, choro constante, desesperança, humor deprimido, medo, sentimentos de aceitação, fé e esperança, e sintomas semelhantes às psicopatologias como ansiedade e depressão.

Em situações pela qual os pacientes se percebem diante da finitude, os discursos voltam para a percepção que os profissionais de psicologia deram à espiritualidade/religiosidade e o sentido de vida que cada indivíduo apresenta frente a esta situação. O referente estudo apresenta a importância de uma conduta facilitadora e tradutora de sentimentos que são desconhecidos pelos pacientes, mas que não deixam de ser vivenciados.

Defende-se que o profissional de psicologia cuide da sua própria saúde mental, uma vez que entrar em contato com realidades que envolvam a finitude, coloca os sentimentos da própria mortalidade à tona, pois enquanto se cuida do outro, a confusão entre o padecimento do outro e o seu próprio sofrer pode ser prejudicial no cuidado prestado.

Apesar dos cuidados com a saúde mental precisarem de atenção especial, a falta de aparato teórico pode se tornar um empecilho no cuidado com o outro. Sendo assim, este estudo ressalta a importância da formação específica para atuação com enlutados, para preparar o psicólogo para este fenômeno e oferecer subsídio técnico prático para as intervenções necessárias, uma vez que as perdas fazem parte do cotidiano hospitalar.

Salienta-se a urgência de que pesquisas como esta sejam realizadas com os próprios pacientes em situações de internação hospitalar ou até mesmo frente a própria terminalidade,

uma vez que assim, ter-se-á constructos teóricos mais consistentes para execução de uma prática eficaz, digna e respeitosa.

A lacuna na produção científica relacionada ao luto preparatório é notória e se mostrou como uma limitação deste estudo, visto que as publicações são majoritariamente internacionais e não atualizadas, além de que a produção nacional é escassa e que descreve apenas estudos teóricos e explicativos sobre este tipo de luto, se afastando das práticas profissionais vivenciadas na realidade.

Indivíduos em processo de terminalidade já vivenciam seus sofrimentos, como a perda da autonomia, mobilidade, identidade, subjetividade, porém quando forem submetidos aos cuidados que são pautados na construção científica, com ética, empatia e respeito, poderão vivenciar esse momento único e último com mais dignidade.

REFERÊNCIAS

1. Bicalho PPG, Faria RB. Resoluções do Conselho Federal de Psicologia: fundamentos de regulamentação da profissão no Brasil. *Psicol Ciênc Prof.* [Internet]. 2024 [citado em 18 mar 2025]; 44(N Esp 1):e287298. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003287298>
2. Santos JSL, Sarmiento JEAM. Histórico da psicologia hospitalar no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Rev Psicologia e Saberes* [Internet]. 2023 [citado em 18 mar 2025]; 12(1):e121468. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/psicologia/article/view/1468/1175>
3. Teixeira PTF. A psicologia da saúde e hospitalar: reflexões sobre a inserção profissional no hospital: um estudo integrativo. *Braz J Dev.* [Internet]. 2022 [citado em 05 nov 2022]; 8(2):8601-15. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-013>
4. Silva VRV, Souza GML. Aspectos psicológicos do adolescente hospitalizado: uma revisão da literatura. *Revista de Extensão da Universidade de Pernambuco - REUPE* [Internet]. 2021 [citado em 14 out 2022]; 6(Supl 1):17-8. DOI: <https://doi.org/10.56148/2675-2328reupe.v6n1.1.112.pp17-18>
5. Lara LP, Kurogi LT. O (a)parecer da psicologia hospitalar em equipe multiprofissional. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* [Internet]. 2022 [citado em 18 mar 2025]; 25(1):3-16. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.25.24>
6. Castelo Branco FFT. Prontuário afetivo: uma estratégia da psicologia para o resgate da subjetividade de pacientes hospitalizados. *Studies in Health Sciences* [Internet]. 2024 [citado em 18 mar 2025]; 5(4):e11462. DOI: <https://doi.org/10.54022/shsv5n4-025>
7. Assis FE, Figueiredo SEFM. Atuação da psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. *Psicol Argum.* [Internet]. 2020 [citado em 17 out 2022]; 37(98):501-12. DOI: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.37.98.A006>

8. Mestre MBA, Blanchet AC, Linhares AL, Batista JMS. O luto, doenças e equipe de saúde. *Revista Gestão & Saúde* [Internet]. 2021 [citado em 17 out 2022]; 23(1):119-35. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/site/files/revista/file60b798fc3618a016409101e38db53f39.pdf>
9. Giamattey MEP, Frutuoso JT, Bellaguarda MLR, Luna IJ. Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis reverberações. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2022 [citado em 17 out 2022]; 26(N Esp):e20210208. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0208>
10. Kreuz G, Tinoco V. O luto antecipatório do idoso acerca de si mesmo – revisão sistemática. *Rev Kairós* [Internet]. 2016 [citado em 2 out 2022]; 19(N Esp 22):109-33. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2016v19iespecial22p109-133>
11. Cardoso EAO, Garcia JT, Mota MGM, Lotério LS, Santos MA. Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. *Rev SPAGESP* [Internet]. 2018 [citado em 02 out 2022]; 19(2):110-22. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v19n2/v19n2a09.pdf>
12. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 2017.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega (Westport)* [Internet]. 2010 [citado em 05 nov 2022]; 61(4):273-89. DOI: <https://doi.org/10.2190/om.61.4.b>
15. Jung CG. *Memórias, sonhos, reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2021.
16. Jung CG. *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro: Harper Collins; 2016.
17. Jung CG. *Ab-reação, análise dos sonhos, transferência*. Petrópolis, RS: Vozes; 2013.
18. Hansson RO, Stroebe MS. *Bereavement in late life: coping, adaptation, and developmental influences*. Washington, DC: American Psychological Association; 2007.
19. Kostopoulou S, Parpa E, Tsilika E, Katsaragakis S, Papazoglou I, Zygogianni A, et al. Advanced cancer patients' perceptions of dignity. *J Palliat Care* [Internet]. 2018 [citado em 17 out 2022]; 33(2):88-94. DOI: <https://doi.org/10.1177/0825859718759882>
20. Periyakoil VS, Hallenbeck J. Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life. *Am Fam Physician* [Internet]. 2002 [citado em 25 out 2022]; 65(5):883-90. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2002/0301/p883.pdf>
21. Aguiar BF, Silva JP. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Psicol, Divers Saúde* [Internet]. 2021 [citado em 23 out 2022]; 10(1):158-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i1.2964>
22. Miranda RCNA, Pereira ER, Silva RMCRA, Dias FA. Sentido da vida e espiritualidade em idosos institucionalizados. *Rev Soc Dev*. [Internet]. 2020 [citado em 22 out 2022]; 9(6):e72962799. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i6.2799>
23. Suárez LAB, Sousa MNA, Abreu TL, Bezerra ALD, Caldas MT. Como lidar com a morte e o luto?

Abordagens psicológicas, teorias, técnicas, instrumentos e/ou intervenções. Concilium (Edição Brasileira): revista internacional de teologia [Internet]. 2022 [citado em 19 out 2022]; 22(1):131-45. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/358514112_Como_lidar_com_a_morte_e_o_luto_Abordagens_psicologicas_teorias_tecnicas_instrumentos_eou_intervencoes#full-text

24. Reikdal M. Apolo adentra a clínica junguiana: reflexões sobre a contratransferência. Self - Revista do Instituto Junguiano de São Paulo [Internet]. 2019 [citado em 02 nov 2022]; 4(1):1-20. DOI: <https://doi.org/10.21901/2448-3060/self-2019.vol04.0006>

25. Jacoby M. Encontro analítico: transferência e relacionamento humano. Petrópolis, RS: Vozes; 2011.

26. Nascimento RBT. Relações entre o medo da morte e formação acadêmica em Psicologia. Rev Perspect Psicol. [Internet]. 2021 [citado em 02 nov 2022]; 25(1):198-209. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/60309/33153>

Editor Associado: Rafael Gomes Ditterich

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses

Financiamento: não houve

Contribuições:

Conceituação – Almeida RC

Investigação – Almeida RC

Escrita – primeira redação – Almeida RC

Escrita – revisão e edição – Almeida RC

Como citar este artigo (Vancouver)

Almeida RC. Contemplando o crepúsculo da alma: a percepção de psicólogos acerca do luto preparatório. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2025 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 13:e025011. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8554>

Como citar este artigo (ABNT)

ALMEIDA, R. C. Contemplando o crepúsculo da alma: a percepção de psicólogos acerca do luto preparatório. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 13, e025011, 2025. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8554>. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Almeida, R. C. (2025). Contemplando o crepúsculo da alma: a percepção de psicólogos acerca do luto preparatório. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 13, e025011. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8554>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons