

Experiências de luto no contexto hospitalar na Abordagem Centrada na Pessoa

Grief experiences in the hospital context in Person-Centered Therapy

Andréa Batista de Andrade Castelo Branco¹ , Juliana de Almeida Silva² , Marta Clarice Nascimento Oliveira³ , Pedro Henrique Alves da Silva⁴ , Hétone Rodrigues Rocha⁵ 

1. Doutora em Psicologia
Universidade Federal do Ceará (UFC)
E-mail: andrea.andrade@ufc.br

2. Mestre em Psicologia da Saúde
Hospital Samur
E-mail: julianapsicoalmeida@gmail.com

3. Residente em Saúde Mental Coletiva
Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE)
E-mail: psimartaclarice@gmail.com

4. Especialista em Saúde Mental e em
Cancerologia
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)
E-mail: phalves.psi@gmail.com

5. Mestre em Psicologia da Saúde
Universidade Federal da Bahia (UFBA)
5. Mestre em Psicologia da Saúde
E-mail: rochahetone13@gmail.com

Dossiê - Abordagem Centrada na Pessoa: Ciência e Profissão

Resumo: O ambiente hospitalar pode ser representado no campo fenomenológico de pacientes e familiares como algo ameaçador ao *self*, visto que pode se constituir de perdas concretas e simbólicas e de experiências de luto. Neste estudo, objetivou-se analisar teoricamente o luto e a prática da psicologia frente a essa demanda no contexto hospitalar à luz da Abordagem Centrada na Pessoa. Realizou-se uma Revisão Narrativa, com delineamento qualitativo, e utilizaram-se técnicas de leitura para organizar e articular os dados dispersos na literatura nacional e internacional sobre o tema. Os resultados evidenciaram que o papel da psicologia é facilitar e acompanhar a elaboração de luto, no qual as pessoas podem integrar e ressignificar perdas à existência, a partir de movimentos autorregulatórios e da tendência à autorrealização, considerando as singularidades das experiências de adoecimento e/ou morte. À medida que a pessoa enlutada simboliza conscientemente suas perdas, pode ampliar seu autoconceito e seu corpo-*self*, atribuindo novos significados às experiências. Conclui-se que as intervenções centradas na pessoa oferecem um clima psicológico seguro para que enlutados possam lidar com suas emoções relacionadas às perdas e simbolizar experiências que nem sempre são acolhidas ou legitimadas socialmente no contexto hospitalar.

Palavras-chave: Carl Ransom Rogers; Luto; Morte; Perda; Terapia Centrada no Cliente.

Abstract: The hospital environment can be represented in the phenomenological field of patients

and families as something threatening to the self, as it can consist of concrete and symbolic losses and experiences of mourning. In this study, the objective was to theoretically analyze grief and the practice of psychology in the face of this demand in the hospital context in light of the Person-Centered Approach. A Narrative Review was carried out, with a qualitative design, and reading techniques were used to organize and articulate the data scattered in national and international literature on the topic. The results showed that the role of psychology is to facilitate and accompany the mourning, in which people can integrate and re-signify losses to their existence, based on self-regulatory movements and the tendency towards self-realization, considering the singularities of the experiences of illness and /or death. As the bereaved person consciously symbolizes their losses, they can expand their self-concept and their body-self, attributing new meanings to experiences. It is concluded that person-centered interventions offer a safe psychological climate so that mourners can deal with their emotions related to losses and symbolize experiences that are not always welcomed or socially legitimized in the hospital context.

Keywords: Carl Ransom Rogers; Grief; Death; Loss; Client-Centered Therapy.

Introdução

O luto é uma vivência natural, inescapável ao longo da vida e recorrente (Larson, 2013), que estabelece uma relação direta com a perda, podendo ser definida como um conjunto de reações diversas referente a algo ou alguém que já não está mais presente ou está em risco iminente de não permanecer no campo da experiência direta da pessoa; é a expressão da perda através de múltiplas sensações que repercutem no campo fenomenológico (Haugh, 2011).

Além de aspectos psicológicos, o luto envolve componentes físicos e sociais (Gutiérrez, 2018; Martínez; Rivera, 2020). No contexto hospitalar, o luto pode se relacionar à perda de uma pessoa querida, mas também à perda de uma rotina ou trabalho deixados para trás, de sua residência ou comunidade, de uma parte de si que se foi (física e/ou simbólica), de funcionalidades de membros ou órgãos devido a doenças ou acidentes, incluindo os impactos na família que acompanha a pessoa internada.

Nesse sentido, o hospital pode ser representado no campo fenomenológico como algo ameaçador, repleto de dores, incertezas e angústia, onde a realidade que o indivíduo experimenta pode ser assimilada, negada ou distorcida, interferindo no modo como o luto é elaborado. Considerando que o organismo

responde ao campo da forma como este é experimentado e percebido, sendo o campo fenomenológico a realidade para a pessoa (ROGERS, 1992), a maneira como o paciente e a família percebem o ambiente hospitalar, o adoecimento e a equipe provocam reações singulares na elaboração das perdas.

As perdas e, especialmente, a possibilidade da morte são experimentadas como ameaças à sobrevivência orgânica do paciente e à estruturação do autoconceito (ou *self*) do paciente ou de sua família, uma vez que podem significar a perda de papéis constitutivos do autoconceito de ambos. Assim, é muito comum a negação de diagnósticos ou prognósticos, o abandono de tratamentos, a desconfiança em relação à equipe de cuidados, assim como sensações recorrentes de medo e ansiedade no ambiente hospitalar.

Nesse cenário, o(a) psicólogo(a) acpista pode desenvolver atitudes facilitadoras (empatia, consideração positiva incondicional e congruência) que tornam esse ambiente menos ameaçador e ansiogênico. Além disso, deve atuar na tríade paciente-família-equipe, contribuindo na comunicação de notícias difíceis, na mediação de fluxos comunicacionais mais empáticos, nos cuidados paliativos, nas estratégias de educação em saúde para promover aprendizagens significativas e na facilitação da simbolização consciente das experiências de adoecimento, hospitalização e tratamento. As intervenções psicológicas centradas na pessoa podem ajudar o paciente e a família no manejo de perdas impostas por adoecimento e emoções envolvidas nessa dinâmica.

Nesse panorama, levantamos as seguintes perguntas-problema: como se dá o luto no contexto hospitalar na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)? Como o(a) psicólogo(a) acpista pode atuar no contexto hospitalar frente às demandas de luto? Parte-se da hipótese que essa análise fundamentará e subsidiará a prática de psicólogos(as) hospitalares centrados(as) na pessoa. Assim, esse estudo objetiva analisar o luto e a prática do(a) psicólogo(a) hospitalar sob a visão da ACP frente a essa demanda.

A pesquisa justifica-se nos planos institucionais e científicos, pois contribui com o avanço da abordagem e o aprimoramento da prática do(a) psicólogo(a) acpista nos hospitais, dada a baixa produção acadêmica sobre o luto na ótica da ACP no cenário nacional. Ressalta-se, ainda, que o contexto pandêmico da Covid-19 provocou muitas mortes e luto coletivo, convocando uma atuação psicológica que responda às demandas atuais.

Método

Realizou-se uma Revisão Narrativa, com delineamento qualitativo, para possibilitar amplo alcance de informações e permitir a utilização de dados dispersos, auxiliando na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto (Lima; Miotto, 2007; Rother, 2007). Realizou-se uma busca nas bases de dados virtuais (SciELO, Lilacs e Pepsic), bem como utilizaram-se livros de Carl Rogers e seus colaboradores, revistas nacionais especializadas em Psicologia Humanista e as produções sobre temas relacionados ao luto e à ACP nos periódicos e livros internacionais especializados em ACP ou luto.

Fez-se uso de sucessivas técnicas de leitura (leitura exploratória, leitura seletiva, leitura reflexiva e leitura interpretativa) para o reconhecimento e identificação do material bibliográfico, ampliação do conhecimento sobre o tema, seleção de informações relevantes que estavam diretamente relacionadas à atuação do(a) psicólogo(a) acpista diante do luto no contexto hospitalar, bem como o processo de análise crítica-interpretativa (Lima; Miotto, 2007).

O parâmetro temático utilizado foi baseado nos seguintes descritores: luto, perda, morte, hospital, Abordagem Centrada Pessoa, Terapia Centrada no Cliente, humanismo. O parâmetro linguístico restringiu-se às publicações em português, espanhol e inglês. Além disso, o parâmetro cronológico integrou todas as produções desenvolvidas até o ano de 2023.

As técnicas de leitura e os parâmetros utilizados permitiram a seleção de artigos e capítulos de livro que foram analisados para aprofundar a interface entre a psicologia hospitalar, a ACP e o luto. Na fase da análise dos dados, identificaram-se relevantes do material bibliográfico que contribuiriam para a compreensão do objeto de estudo. As categorias desse estudo foram definidas *a priori*, a saber: a) Compreensão do luto na Abordagem Centrada na Pessoa, b) Experiências de luto no contexto hospitalar e intervenções centradas na pessoa.

Resultados e discussões

Compreensão do luto na Abordagem Centrada na Pessoa

Propor um estudo sobre o luto na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) pode soar contraditório em um primeiro momento, uma vez que essa perspectiva se relaciona às atitudes expressas na relação terapêutica, cujo interesse está na experiência da pessoa no mundo e na facilitação da descoberta dessa experiência a partir da ampliação da consciência. De fato, Rogers e seus colaboradores não trataram a temática do luto como um elemento central em seus trabalhos. Ainda assim, autores pós-rogerianos partiram de suas formulações teóricas para pensar uma compreensão e uma prática orientada pela ACP junto à experiência de luto. É verdade, porém, que a atuação do terapeuta centrado na pessoa frente ao enlutado é semelhante a qualquer vivência que o cliente traga, entretanto, entender como o luto gera mudanças e afetamentos, explicando como a abordagem pode contribuir com a elaboração da perda, é uma formulação útil à prática acpista (Haugh, 2011).

A teoria influencia na maneira como o terapeuta percebe o mundo e como manifesta o seu jeito de ser, de modo que uma leitura acpista sobre o luto possibilita ao terapeuta a compreensão do que pode estar acontecendo com o enlutado e fique mais propenso a experimentar uma consideração positiva incondicional, tornando-se mais receptivo e empático (Haugh, 2011).

Nessa ótica, uma prática centrada na pessoa pode ser concebida a partir das atitudes facilitadoras frente ao enlutado que experimenta a perda e seus desdobramentos existenciais, a partir do seu referencial interno (Larson, 2013; Martínez; Rivera, 2020). As perdas simbólicas ou concretas vivenciadas pelo cliente são, comumente, o que motivam a busca por atendimento psicológico. Por isso, a compreensão do luto é fundamental no trabalho do(a) terapeuta centrado(a) na pessoa. Na perspectiva da ACP, o luto pode ser descrito como a vivência de pensamentos, sentimentos e sensações físicas relacionadas a mudanças no campo fenomenológico de uma pessoa em função de uma perda (Haugh, 2011). Além disso, essa experiência será sempre culturalmente situada, aspecto que não deve ser negligenciado (Haugh, 2011).

Nesse sentido, para a ACP, não deve existir uma tentativa de classificação entre um luto saudável ou patológico, uma vez que o luto implica na maneira de reagir considerada mais ajustada para o indivíduo naquele momento que experiencia a perda (Haugh, 2011). Com isso, privilegia-se a perspectiva do quadro de referência e o lócus de avaliação interno de cada pessoa (Rogers, 1992). As expressões relacionadas à perda são as formas pelas quais a pessoa procura integrar e ressignificar a perda na sua existência, e o papel do terapeuta seria acompanhá-la nessa lida, oferecendo condições facilitadoras para a expressão da tendência autorrealizadora, postulado central da teoria.

Kinget (1977a) assume essa tendência como o aspecto mais fundamental do organismo e anterior ao exercício das funções físicas e experienciais. Tal tendência diz respeito ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa a fim de garantir a sua segurança e crescimento, considerando os limites e possibilidades do ambiente (Kinget, 1977a). Ressalta-se que a tendência à autorrealização visa alcançar aquilo que o indivíduo percebe como importante, de modo que a elaboração da perda pode promover a dor, mas também crescimento e autoconhecimento (Gutiérrez, 2018; Larson, 2013).

A vivência do luto, portanto, possibilita que a pessoa enlutada apresente diferentes movimentos autorregulatórios, envolvendo recursos externos (rede de apoio, acompanhamento profissional) e pessoais (características de personalidade, espiritualidade, ressignificação do vínculo) (Martínez; Rivera, 2020). Isso ocorre conforme suas necessidades organísmicas e de *self* do momento, a saber: mudanças no comportamento para adaptar-se à nova rotina e dinâmica familiar, reorganização da personalidade frente aos novos papéis, distorção ou negação da experiência (negação da morte, culpabilização pela morte), afastamento do ambiente relacionado à pessoa falecida, engajamento em atividades alheias ao luto, aceitação da perda e/ou realização de rituais.

Nessa perspectiva, as autorregulações podem representar formas de lidar com perda ou de reduzir a tensão entre organismo e ambiente provocado pela morte de algo ou alguém. Trata-se de buscar o equilíbrio (homeostase), automodificar-se ou adaptar-se ao ambiente, mudar o ambiente para adequá-lo à experiência ou sair do ambiente (Rogers, 1992). São nesses diferentes movimentos de autorregulação que a ACP possui um entendimento dinâmico e fluido do luto, como um sistema multifacetado e aberto, no qual passado, presente e futuro se interconectam, superando as tradicionais teorias psicodinâmicas ou baseadas em estágios e fases (Haugh, 2011).

As abordagens tradicionais sobre o luto descrevem as etapas que a pessoa enlutada vivenciará psicologicamente frente à perda e sugerem como principal objetivo auxiliar o cliente a passar pelas fases e/ou se engajar nas tarefas do luto para, assim, direcionar sua energia para novos objetos e novas relações (Silva, 2023). Em contrapartida, uma perspectiva centrada na pessoa busca permitir que os enlutados integrem a perda em suas vidas da forma que lhes pareça mais adequada, durante o período de tempo necessário e de forma congruente, com a avaliação organísmica (Gutiérrez, 2018; Larson, 2013; McLaren, 1998; Rogers, 1977). Para alguns enlutados, a melhor forma de lidar com a perda é

desinvestindo no relacionamento com o ente falecido, mas para outros enlutados há uma necessidade de manter ou reformular a relação com a pessoa falecida para integrá-la à existência. Assim, a ACP busca compreender de forma abrangente as diferentes formas de elaboração de perdas.

Destarte, ao facilitar o movimento diante do luto de um cliente, espera-se que ele desenvolva propósitos de vida e atitudes que possibilitem experimentar uma vida mais coerente com seu quadro de referência interno, normalmente atrelado à reformulação das representações pessoais sobre a morte e sobre a pessoa falecida, seja pelo desapego do ente querido ou pela manutenção do vínculo com uma nova representação interna do falecido. Essa nova representação pode emergir a partir da reconstrução da narrativa da pessoa enlutada a respeito da própria história e de como sua perda se insere nela.

Nesse contexto, o papel do terapeuta é promover um clima psicológico seguro através de atitudes de congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática em relação ao cliente que facilitem a sua tendência autorrealizadora ao crescimento (Mclaren, 1998; Larson, 2013; Martínez; Rivera, 2020). Em função disso, o terapeuta atua como um catalisador desse movimento que, em geral, se dá sem um auxílio profissional (Larson, 2013), promovendo um acompanhamento que comunique um "estar junto" que se mantenha calorosamente interessado e centrado nas necessidades do enlutado.

Para Rogers (1992), a pessoa é o centro e existe em um mundo de experiências que está em permanente mudança. As perdas são inerentes à vida e podem provocar mudanças significativas. O campo fenomenológico compreende tudo aquilo que é experimentado pelo organismo, incluindo as experiências apreendidas ou não pela consciência (Rogers, 1992). Considera-se que apenas uma parte da vivência da pessoa é conscientemente experimentada e outra parte está disponível à consciência. A depender da maneira como cada um lida com o luto, a experiência de perda pode ser integrada, distorcida ou negada à

consciência (Rogers, 1977), de modo que o profissional de Psicologia pode facilitar o processo de ampliação de consciência (Rogers, 1992).

O sofrimento psíquico intenso e prolongado ocorre no luto quando as experiências relacionadas às perdas, que possuem significado para o indivíduo enlutado, são negadas ou distorcidas à consciência, visto que não são simbolizadas e organizadas em diálogo com o autoconceito da pessoa, gerando uma tensão psicológica (Rogers, 1992, 1977). Essa negação ou distorção da experiência no luto tem consequências na vida da pessoa de um modo amplo, já que o comportamento defensivo constante pode tornar o autoconceito mais rígido, desencadeando, ao longo do tempo, uma generalização a situações que não compreendem ameaças reais à sua organização (Rogers, 1992).

Rogers (1992) afirma também que o organismo reage aos fenômenos a sua volta como um todo organizado. Todavia, quando o organismo passa por uma desorganização pela experiência da perda, o autoconceito tende a sofrer tensionamentos, visto que o luto pode exigir uma reorganização de sua configuração. Logo, algumas experiências podem ser consideradas ameaçadoras para o indivíduo, principalmente quando são incoerentes com a sua estrutura do autoconceito (Rogers, 1992). Se tais elementos não forem identificados conscientemente, o organismo pode buscar estratégias compensatórias (somatizações, por exemplo) ou abertura experiencial reduzida (pouca fluidez na relação figura-fundo), provocando rigidez perceptual, isolamento social ou perda de sentido existencial (Rogers, 1977) diante da perda e do luto.

Sob essa ótica, pode-se conceber a perda de um ente querido como uma possível experiência ameaçadora ao autoconceito e o luto como um movimento de autorregulação organísmica frente a um tensionamento organismo-ambiente gerado pela morte de alguém ou perda de algo. A experiência se torna ameaçadora devido à perda concreta (ausência do ente querido), mas também pela perda de um papel que integrava o autoconceito do enlutado. Assim, a

simbolização da morte de um familiar coloca o enlutado diante da própria finitude e o faz vivenciar um luto de algumas partes de si mesmo. Assim, a morte do ente querido não diz respeito só a uma perda, mas também uma ameaça pela materialização da própria morte (Bromberg, 1998) ou mesmo pelo maior contato com a possibilidade do fim da existência de outros entes queridos.

O autoconceito do enlutado é impulsionado pela transformação durante o luto, de tal maneira que um funcionamento incongruente pode estar presente, mas a possibilidade de um desfecho positivo, de desenvolvimento pessoal frente à nova realidade pode ser facilitada (Gutiérrez, 2018). Ainda que para a maioria das pessoas a vivência do luto transcorra de uma forma natural (Larson, 2013), o processamento da experiência pode estar bloqueado ou prejudicado para alguns indivíduos e são nessas condições que o suporte e a intervenção centrada na pessoa são promotores de recuperação e adaptação (Gutiérrez, 2018).

Segundo Larson (2013), é fundamental a presença da congruência e da autenticidade, a fim de que o cliente enlutado sinta segurança e a disponibilidade genuína do terapeuta, enquanto lida com a perda e as questões existenciais provocadas por ela. Outrossim, os enlutados precisam ter as suas experiências consideradas incondicionalmente, pois possivelmente vivenciam um hiato entre a sua experiência interna e as expectativas dos outros sobre como deveriam se comportar diante da perda. Nesse contexto, a pessoa que está em luto demanda ser ouvida sem julgamentos. Ao sentir-se livre de ameaças, poderá expressar as emoções e pensamentos intensos e, muitas vezes, inquietantes experimentados em seu luto.

A facilitação ao contato com as próprias emoções e com a experiência direta dos clientes, estando sensível à agenda do cliente, tem sido indicada pela literatura centrada na pessoa sobre luto, seja de uma forma mais fiel ao postulado da não diretividade (Larson, 2013; Silva, 2023), seja aderindo a um modelo mais semidiretivo (Gutiérrez, 2018), no qual há maior abertura à inclusão de tarefas ou

diretivas terapêuticas que almejam facilitar processos experienciais e mudanças clínicas, algo que faz parte do desenvolvimento contemporâneo da Psicologia Humanista (Elliott; Freire, 2007). Nessa linha, seguir a agenda do cliente envolve entender aquilo que lhe é subjetivamente aceitável (Rogers, 2017) e, para isso, a compreensão empática é um recurso indispensável. Profundamente vivenciada e comunicada, com a empatia se é capaz de promover a compreensão cada vez mais precisa do terapeuta sobre a percepção do indivíduo acerca de sua experiência (Rogers, 2010). Isso facilita a simbolização da experiência e abertura para a elaboração da morte.

Nessa perspectiva, à medida que a pessoa enlutada vivencia suas experiências conscientemente, ela descobre que é capaz de construir um autoconceito mais congruente, aceitar e dar sentido às suas perdas (Gutiérrez, 2018). A pessoa passa a compreender e integrar novas experiências de si e a descobrir novos significados mesmo nas situações dolorosas, reorganizando suas percepções e explorando novas possibilidades para o crescimento (Haugh, 2011; Larson, 2013). A esse respeito, McLaren (1998) aponta que a congruência é a pré-condição necessária para a eficácia da compreensão empática e da consideração positiva incondicional.

Ressalta-se que pessoas diferentes reagem de maneiras diversas à perda. Nesse sentido, admite-se que há tantas formas possíveis de viver o luto quanto há de pessoas (Martínez; Rivera, 2020). Visto desse modo, compreende-se que não há maneiras certas ou erradas de se viver o luto, na medida em que sua intensidade e duração são singulares e estão relacionadas ao vínculo que se tinha com a pessoa falecida, a causa da morte e o significado associado a tal perda (Martínez; Rivera, 2020).

Além disso, deve-se considerar o autoconceito de cada indivíduo, pois sua organização é única para cada pessoa e é resultante de suas experiências dentro de um contexto social e cultural, bem como dos níveis de consideração positiva

incondicional que recebeu durante sua vida. Sobre esse último aspecto, é em função dele que desenvolvemos condições de valor e aprendemos sobre formas de se expressar diante da perda que são mais esperadas ou aceitas pela sociedade, inclusive distinguindo o que poderia ser uma reação saudável ou não. Nesse processo, nem sempre temos consciência desses valores introjetados e passamos a nos proteger de partes de nós que são inaceitáveis para os outros, podendo se tornar inaceitáveis para nós também (Haugh, 2011).

De acordo com a ACP, é inevitável que desenvolvamos condições de valor. Estas condições significam que podemos apresentar incongruência entre nosso sistema de avaliação organísmica e nossa autoestrutura. Em maior ou menor grau, quando uma pessoa sofre uma perda, as configurações que antes eram experimentadas como relativamente coerentes podem se tornar confusas, sendo vivenciada uma espécie de fragmentação ou dissociação (Haugh, 2011).

Portanto, é fundamental compreender com o paciente 1) a estrutura do seu autoconceito, 2) as introjeções de valia do substrato familiar e sociocultural, e 3) os mecanismos de regulação que costuma adotar, a fim de facilitar a simbolização da perda, integração das experiências e crescimento pessoal. Isto posto, parte-se do entendimento que a ACP compreende o luto como uma vivência natural da vida e que as reações à perda são particulares (Larson, 2013), assumindo a radicalidade de que nenhuma teoria deve formatar maneiras cristalizadas esperadas de viver o luto.

Noutra perspectiva, a teoria deve ser entendida como uma leitura de mundo capaz de tornar o terapeuta mais receptivo a acolher as diferentes formas de expressar a dor da perda e de possibilitar amplos recursos de autocompreensão (Haugh, 2011), instrumentalizando o clínico para uma atuação mais efetiva no sentido de uma recuperação e crescimento pessoal alinhados ao referencial interno do cliente (Gutiérrez, 2018; Larson, 2013).

Experiências de luto no contexto hospitalar e intervenções centradas na pessoa

A morte interdita está atrelada ao desenvolvimento tecnológico da medicina e a busca incansável pela cura e pelo prolongamento da vida. Antes, a morte se dava em casa junto à família e à comunidade, agora desloca-se aos hospitais. Assim, a morte torna-se expropriada do laço social, asséptica, ruidosa de aparelhos e solitária. Atribui-se, frequentemente, o significado de fracasso ou de batalha perdida quando o paciente morre e a equipe não consegue evitá-la. A representação mais comum do final da vida em um hospital é de um paciente com tubos, sondas, hematomas de procedimentos, escaras e dores, sem muito lugar para expressar seu sofrimento e participar dos rituais (Kovács, 2014).

A fala e as emoções dos pacientes e familiares dificilmente se apresentam como prioridades no contexto hospitalar. A prolongação da vida e da doença, por sua vez, aumenta a convivência entre paciente-família-equipe, promovendo vínculos, mas também conflitos, sobrecarga e a sensação de estar à beira do colapso (Kovács, 2014). É nesse contexto que uma atuação de base acpista deve buscar compreender os significados do que supostamente não pode ser dito, sentido ou experienciado conscientemente.

Para isso, a ACP mantém-se interessada na compreensão dos sentimentos que impregnam todo tipo de comunicação entre as pessoas envolvidas, abrangendo aspectos afetivos ou emocionais, além de atitudes, crenças e intenções (Kinget, 1977b). O luto afere diversos sentidos em distintas circunstâncias no hospital, seja na perda de um ente querido, seja na perda de um membro amputado, por exemplo. Tais eventos, apesar de fatos objetivos, são sempre experimentados subjetivamente e podem revelar ângulos de percepção conectados ao autoconceito dos indivíduos (Kinget, 1977b).

No que se refere ao luto decorrente da amputação, esta é a vivência da perda de uma parte do corpo do indivíduo de maneira, muitas vezes, abrupta,

alterando a percepção do seu corpo e, conseqüentemente, do seu autoconceito. Em procedimento cirúrgico, a amputação relaciona-se à remoção de um órgão/membro ou de parte dele, localizado em uma extremidade (Bergo; Prebianchi, 2018). Essa perda não traz apenas repercussões biológicas e funcionais, mas implicações na autonomia e na autoestima do paciente. Portanto, a intensidade do fluxo de emoções vivenciadas irá depender, principalmente, do significado atribuído à parte do corpo retirada ou perdida.

Para uma mulher que precisa fazer mastectomia, as mamas podem não se restringir apenas à função de nutrir um bebê, mas à simbologia de um corpo belo ou da feminilidade, o que pode reverberar na forma como lida com sua identidade e sexualidade. Uma costureira que perde os braços ou um motorista que perde as pernas podem se deparar com a perda de autonomia para realizar algumas atividades diárias e a dificuldade em exercer suas funções laborais, que podem representar uma parte significativa do sentido existencial de cada um deles. Assim, as pessoas enlutadas pela perda de alguma parte física precisarão configurar e integrar novos elementos experienciais ao seu corpo-*self* (o conceito que o indivíduo tem sobre seu próprio corpo baseado na forma como é percebido por ele mesmo) (Henry, 2011).

As reações psicológicas referentes à perda de um membro são expressões semelhantes ao luto decorrente da morte de uma pessoa próxima. Os pacientes amputados podem manifestar choque, tristeza, revolta, aceitação e ideação suicida. A diferença reside no fato de que as pessoas enlutadas, de modo geral, retomam sua rotina e sua atividade laboral em determinado momento; porém, a perda de um membro ou função do corpo nem sempre possibilita que o indivíduo consiga retomar suas atividades diárias anteriores, dependendo da amplitude da restrição. (Bergo; Prebianchi, 2018).

Soma-se a isso o fato de que o luto de um membro normalmente não é reconhecido e validado socialmente. Nessas circunstâncias, a elaboração do luto

tem início na comunicação do procedimento cirúrgico e pode durar por tempo indeterminado. (Gabarra; Crepaldi, 2009). No período pré-operatório, é comum o paciente rejeitar o diagnóstico e a cirurgia de amputação, apresentando ansiedade, desespero e/ou sentimento de culpa. Por isso, torna-se necessária a atuação da psicologia desde a fase pré-operatória até o pós-operatório tardio do paciente. Para a ACP, a experiência inicial da amputação, normalmente, é percebida como uma desintegração do corpo, sobretudo nos casos de pacientes que precisam realizar reabordagens cirúrgicas para amputar novas partes do corpo (Castelo Branco, A.; Souza; Prates, 2021). Pode haver também a perda do sentido da vida, visto que alguns consideram que a independência e os planos futuros serão inalcançáveis.

Na perspectiva da ACP, após a amputação, o autoconceito precisa ser reorganizado para integrar uma nova imagem corporal, a qual constitui uma parte do autoconceito da pessoa, uma vez que construímos ao longo da vida um conjunto de valores e percepções sobre um eu/corpo ideal. Essa reorganização resulta das interações ambientais, do significado atribuído ao membro ou função faltante e do olhar avaliativo do outro (Castelo Branco, A.; Souza; Prates, 2021), posto que o julgamento do outro sobre o corpo da pessoa interfere diretamente nas percepções que uma pessoa amputada, por exemplo, elabora acerca do novo corpo.

A avaliação do *self* pelos outros pode desencadear estigmas, mal-estar e isolamento social nas pessoas amputadas (Gabarra; Crepaldi, 2009). Por isso, alguns pacientes relatam medo de rejeição ou do modo como os outros os olham, antes mesmo da realização da amputação (Bergo; Prebianchi, 2018). Após o procedimento cirúrgico, alguns pacientes apresentam uma percepção depreciativa sobre a nova aparência corporal, evitando o contato visual com o corpo e negligenciando cuidados necessários com o membro residual, o que pode gerar infecções ou problemas de adaptação às eventuais próteses.

Ainda que esses comportamentos possam estar orientados pela meta de preservação e realização do autoconceito (Rogers, 1992; 1977), tem-se instalado um crescente desacordo interno dado que a experiência direta, do corpo modificado, já não é mais a mesma de outrora. Esse desacordo pode ser acompanhado por tensão e confusão (Rogers, 1977), o que pode se expressar de formas variadas como ansiedade e dissociação (Rogers, 2010). Nesse cenário, nas palavras de Rogers (1977, p. 160), “sob certos aspectos seu comportamento é regido pela tendência atualizante e, sob outros aspectos, pela tendência à atualização do eu”.

Nessa perspectiva, estudos realizados com pessoas amputadas evidenciaram correlação negativa entre percepções distorcidas de imagem corporal e adaptação geral ou social à prótese, exercendo implicações significativas na qualidade de vida, especialmente no que tange às restrições das atividades físicas e psicossociais (Bergo; Prebianchi, 2018). A distorção ou negação da experiência (Rogers, 1977), nesses casos, podem estar relacionadas à ameaça que o novo corpo representa ao antigo corpo-*self*, sobretudo no que se refere aos valores e percepções sobre imagem corporal que constituem o autoconceito da pessoa amputada.

Na elaboração do luto frente à perda do membro, a maioria dos pacientes relata a sensação de membro-fantasma (ainda sente a presença do membro amputado e acredita que até pode controlá-lo) e a sensação de dor-fantasma (formigamento, dor aguda, latejamento, cócegas, queimação e/ou beliscão que parecem ocorrer no membro amputado), que tendem a diminuir a intensidade e frequência no decorrer do tempo. Tais sensações são comuns, pois o membro permanece intacto no mapa cerebral por determinado período.

Considerando os aspectos fisiológicos e emocionais, o membro-fantasma e a dor-fantasma podem ser compreendidos também como uma tentativa de reintegração corporal e manutenção da anterior estrutura do eu. Nesses casos, a

abordagem multiprofissional é indicada, pois além da psicoterapia ou aconselhamento psicológico, outras estratégias podem cessar ou reduzir as dores, tais como: estimulação eletromagnética, enfaixamento do membro residual, aquecimento da região, massagem proprioceptiva, acupuntura, uso da prótese e técnica do espelho. No âmbito psicoterapêutico, a compreensão da vivência da dor, a análise dos sonhos e a utilização de desenhos de autorrepresentação corporal podem ser recursos importantes para acessar a experiência da amputação (De Benetto; Forgione; Alves *et al.*, 2002).

Na fase de reabilitação, alguns pacientes podem negar a utilização da prótese devido à dor no membro residual ou às dificuldades de adaptação. Outros, no entanto, podem criar muitas expectativas em relação à prótese para retomar à independência anterior, porém ficam frustrados ao receber a notícia que seu caso não tem indicação para isso prótese ou perceber um funcionamento pouco eficaz da prótese. Isso significa que a reintegração corporal implica não somente na incorporação da prótese à nova imagem corporal, mas na possibilidade de reconhecer e validar o novo corpo-*self*, com ou sem a prótese, convivendo com as três possíveis versões de si mesmo: a do corpo intacto perdido, do novo corpo amputado e do corpo com a prótese (De Benetto; Forgione; Alves *et al.*, 2002).

À medida que o(a) psicólogo(a) hospitalar acpista facilita a elaboração de novos valores e percepções sobre o corpo, é provável que o paciente não mais reduza a totalidade de sua existência à parte do corpo faltante (Castelo Branco, A.; Souza; Prates, 2021). Nesse sentido, a psicoterapia pode promover maior integração, aceitação, autodeterminação e enfrentamento das adversidades no contexto da experiência de amputação, apesar das possíveis limitações físicas (Henry, 2011). A facilitação da reintegração do corpo-*self* pode ser necessária também nas situações em que o paciente lida com outros tipos de alterações na

imagem corporal, como nos casos de queimaduras, cicatrizes decorrentes de procedimentos cirúrgicos, quedas de cabelo, dermatites, etc.

Além do luto relacionado à perda do corpo-*self*, outras perdas são comuns no contexto hospitalar, sobretudo nas situações em que a doença é degenerativa e/ou ameaçadora à continuidade da vida. No luto antecipatório, pacientes e familiares lidam com experiências de perdas graduais que, por vezes, configuram-se como irreversíveis. Ou seja, pacientes hospitalizados podem perder habilidades motoras, capacidade de comunicação oral e/ou funções cognitivas, repercutindo no modo como lidam com o novo corpo-*self*, no qual se modifica continuamente. Nesse contexto, a abordagem de cuidados paliativos surge como uma possibilidade interventiva da psicologia hospitalar desde o momento do diagnóstico, passando pelo tratamento e pelo período de finitude de vida do paciente, até o período de luto da família.

Nesse contexto, busca-se qualidade de vida, dignidade e autonomia do paciente, compreendendo que o entendimento de boa morte pode variar para cada um. Para alguns, a boa morte é medicalizada, para outros precisa ser espiritualizada, enquanto outros preferem uma morte em sua casa perto de familiares (Kovács, 2016). Algumas doenças podem provocar muitas dores e intercorrências, devendo a equipe decidir junto com o paciente e a família as melhores formas de cuidado para evitar distanásia. Nesse sentido, entendendo a realidade existencial como o campo fenomenológico que o indivíduo a percebe (Rogers, 1992), o(a) psicólogo(a) acpista pode compreender a significação pessoal do que seria uma boa morte para o paciente, possibilitando uma simbolização consciente das experiências relacionadas à dinâmica viver-morrer. Nesse período, pode ser significativo para o paciente resolver conflitos e situações inacabadas, bem como participar de rituais religiosos ou de despedida.

Nos cuidados paliativos, as intervenções acpistas podem favorecer a elaboração de perdas que antecedem ou sucedem à morte, possibilitando uma

reorganização de si (do paciente e do enlutado) e do relacionamento com o ente querido falecido, de modo a integrar novos elementos a partir das experiências. Uma atmosfera sustentada pelas condições facilitadoras permite ao familiar entrar em contato com as emoções e expressá-las de acordo com suas formas singulares de viver o luto e atribuir significados às perdas, principalmente nas circunstâncias em que o luto não é reconhecido e validado socialmente.

As perdas gestacionais, por exemplo, podem ser culturalmente negligenciadas. Os pais e as mães do bebê atribuem e introjetam valores relacionados à maternidade e à paternidade desde a infância, período em que estabelecem relacionamentos com pessoas-critério e com as referências de cuidado, sendo por vezes expostas às atividades lúdicas que representam cuidados com os bebês, perpassando por aspectos socioculturais da construção de gênero. Quando os pais e/ou mães planejam e desejam o bebê, vivenciam outro período associado à construção da maternidade/paternidade, pois imaginam como seria uma vida futura com a chegada do bebê. Já no período da gestação, os pais e/ou mães passam por outras elaborações, na medida em que acompanham o desenvolvimento intrauterino, observam suas características físicas mediante exames de ultrassom e imaginam características de personalidade na interação com o bebê ainda na barriga. A pessoa que gesta passa por uma reorganização psíquica durante a gestação, de modo que o bebê idealizado se aproxima cada vez mais do bebê real após o nascimento (Valansi; Morsch, 2004). Assim, a relação estabelecida entre os pais/mães e o bebê acontece de forma diferente em relação aos demais familiares e amigos.

No mundo ocidental, a família extensa ou ampliada dificilmente constrói memórias afetivas com o bebê e o idealiza da maneira que os pais/mães o fazem. Logo, o luto associado à perda gestacional, por vezes, é visto como uma reação desproporcional ou uma perda invalidada. Ainda que o bebê tenha se localizado prioritariamente ao campo das aspirações e possibilidades (Mclaren, 1998), a dor

dessa perda se coloca como uma experiência real, visto que se situa no mundo particular das percepções de cada indivíduo (Rogers, 1992). Nesse sentido, a ACP pode promover a reiteração, a ampliação perceptiva, a clarificação, o contraste, o reflexo de sentimentos e a validação (Castelo Branco, A.; Castelo Branco, P., 2023) para facilitar o contato com as emoções suprimidas e a simbolização das experiências de perdas que são invalidadas socialmente. A experiência de perda pode ser dolorosa, mas, como a literatura centrada na pessoa vem demarcando, pode ser acompanhada e estimulada no sentido de um maior crescimento pessoal e amadurecimento.

Em estudo realizado junto às mulheres com câncer de mama, nas quais vivenciaram experiências de ansiedade e depressão durante o tratamento, observaram-se desencadeadores de dor emocional relacionados aos traumas passados, incluindo histórico de violência, conflitos e morte na família. Tais questões do passado vieram à tona no período de vulnerabilidade do adoecimento, reverberando nas relações familiares atuais das pacientes. Além disso, o diagnóstico de câncer, a falta de apoio familiar e os efeitos secundários do tratamento, como os impactos na qualidade de vida e nas mudanças de papéis, foram apontados como gatilhos recentes de sofrimento. (Hissa; Connolly; Timulak; Hession, 2020).

O referido estudo evidenciou ainda que as pacientes tinham um autoconceito crítico, inseguro, de autculpa e preocupação excessiva. As emoções relacionadas à desesperança, desamparo, solidão, desespero, resignação, desmotivação, medo, raiva reativa, ansiedade, sensação de perda de controle e tristeza também foram relatadas pelas participantes. Como forma de lidar com o alto nível de estresse imposto pelo adoecimento e tratamento oncológico, as participantes buscaram evitar atividades potencialmente dolorosas e o compartilhamento de emoções, denotando um padrão existencial de racionalização da experiência, retraimento, isolamento social e supressão de

emoções. As perdas pré e pós-câncer desencadearam também perdas de aspectos da identidade e do autoconceito, sobretudo nos casos de mulheres que tinham a percepção de que suas necessidades de amor, aceitação e cuidado não eram reconhecidas e atendidas. (Hissa; Connolly; Timulak; Hesson, 2020).

Nesse panorama, as intervenções centradas na pessoa permitem aos pacientes lidarem com a ameaça traumática do câncer e renegociarem seus papéis sociais, suas relações com o próprio corpo-self e seus planos de vida. Os pacientes também têm a oportunidade de reexaminar suas prioridades atuais, elaborar dores psicológicas de acontecimentos passados que foram ativadas pela experiência de adoecimento e criar novos significados existenciais, envolvendo reflexões sobre as perdas simbólicas e abertura experiencial para mudanças. (Hissa; Connolly; Timulak; Hesson, 2020).

Considerações Finais

O presente estudo buscou compreender a experiência de luto na perspectiva da ACP, com ênfase na discussão sobre as possibilidades de sua expressão no contexto hospitalar e no desenvolvimento de uma atuação centrada na pessoa frente a demandas relacionadas a essa temática. Dessa forma, o luto foi descrito como um movimento natural de autorregulação orgânica frente ao tensionamento entre o organismo e o ambiente, o qual é gerado pela perda de algo ou alguém significativo, cuja apreensão por parte do indivíduo pode determiná-la como uma experiência ameaçadora e que estabelece mudanças em seu campo fenomenológico.

Com efeito, a atuação do acpista nos ambientes hospitalares, por meio das condições facilitadoras, deve ser baseado no acompanhamento do paciente na compreensão do seu autoconceito, seus valores introjetados socioculturalmente e os mecanismos de regulação que costuma adotar, ensejando em maior contato com sua experiência direta, fortalecimento dos seus recursos internos e

ampliação das suas possibilidades de realização, crescimento pessoal e amadurecimento. Com algumas especificidades, essa orientação pode abranger o trabalho junto às famílias e aos pacientes que vivenciem luto antecipatório ou perdas de entes queridos, amputações, funções orgânicas, com doenças degenerativas, dentre outros.

Por ser uma revisão narrativa, as limitações deste estudo significam que seus resultados não podem ser confirmados por reprodução exata do estudo original. Apesar disso, ao abranger uma variedade de fontes bibliográficas, contemplando também os idiomas espanhol e inglês, além do português, esta abordagem mostrou-se mais apropriada. Por último, o estudo teve uma atenção internamente focada, concentrando-se na análise de publicações associadas ao campo da ACP. Estudos futuros podem promover um conhecimento da ACP em diálogo mais integrativo com outros ramos da Psicologia ou da Ciência em geral.

Nessa linha, estudos nacionais futuros podem fazer um diálogo entre a compreensão do Luto a partir da ACP e aportes teóricos contemporâneos específicos, como os Modelos de Processamento Dual e o de Tarefas do Luto; ou mesmo o Modelo de Processo Integrado de perda e luto. Interlocuções dessa natureza tendem a enriquecer a teoria e a prática profissional informada por esse conhecimento atualizado. Pesquisas interventivas também podem explorar a compreensão de como os profissionais acpistas exercem uma prática junto a pessoas enlutadas no contexto brasileiro, incluindo a descrição pormenorizada dos recursos utilizados, o que auxiliaria o refinamento teórico, avaliação e aprimoramento de intervenções centradas em pessoas com experiência de luto e, de forma particularmente sensível, ao cenário nacional.

Referências

BERGO, M. F. C.; PREBIANCHI, H. B. Aspectos emocionais presentes na vida de pacientes submetidos à amputação: uma revisão de literatura. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 47-60, jan. - abr. 2018. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872018000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 1 mai. 2024.

BROMBERG, M. H. P. F. **A Psicoterapia em Situações de Perdas e Luto**. 2 ed. São Paulo: Editora Psy, 1998.

CASTELO BRANCO, A. B. A.; CASTELO BRANCO, P. C. Psicoterapia breve centrada na pessoa no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 1-11, dez. 2023. Disponível em: https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=446. Acesso em: 12 mar. 2024.

CASTELO BRANCO, A. B. A.; SOUZA, L. S.; PRATES, B. V. Aplicabilidade e releitura da teoria da personalidade e do comportamento no hospital. **Revista do NUFEN**, Belém, v. 13, n. 3, p. 90-104, set.– dez. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2024.

DE BENETTO, K. M.; FORGIONE, M. C. R.; ALVES, V. L. R. Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 85-89, dez. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20020001>. Acesso em: 26 fev. 2024.

ELLIOTT, R.; FREIRE, E. Classical person-centered and experiential perspectives on Rogers (1957). **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, Washington, v. 44, n. (3), p. 285–288, set. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.285>. Acesso em: 23 out. 2023.

GABARRA, L. M.; CREPALDI, M. A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. **Aletheia**, Canoas, n. 30, p. 59-72, dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 jan. 2024.

GUTIÉRREZ, L. R. M. **Acompañamiento en la experiencia de pérdida por muerte de un ser querido**: una propuesta desde el Enfoque Centrado en las Personas. 2018. 191 p. Dissertação. (Maestría en Desarrollo Humano) - Instituto de Psicología y Educación, Universidad Veracruzana, Veracruz, 2018. Disponível em: <https://cdigital.uv.mx/handle/123456789/48652>. Acesso em: 14 jun. 2023.

HAUGH, S. A person-centred approach to loss and bereavement. *In*: TOLAN, J; WILKINS, P. (org.). **Client issues in counselling and psychotherapy: Person-centred practice**. [S.l.]: SagePublications Ltd., p. 15-29, 2011.

HISSA, J.; CONNOLLY, A.; TIMULAK, L.; HESSION, N. Emotion-focused perspective on breast cancer patients' experiences of comorbid anxiety and depression: a qualitative case analysis of three clients' in-session presentations. **Person-Centered & Experiential Psychotherapies**, v.19, n. 2, p. 134-153, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14779757.2020.1717988>. Acesso em: 20 nov. 2023.

HENRY, S. Disfigurement and visible difference: The impact upon personal and personality development and the implications for therapy. **Person-Centered & Experiential Psychotherapies**, v. 10, n. 4, p. 274-285, dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/14779757.2011.62665>. Acesso em: 9 dez. 2023.

KINGET, G. M. A noção-chave. *In*: ROGERS, C. R.; KINGET, G.M. **Psicoterapia e Relações Humanas - Volume I: teoria e prática da terapia não-diretiva**. 2. ed. Belo Horizonte: Interlivros, p. 39-56, 1977a.

KINGET, G. M. **Psicoterapia e relações humanas - Volume II: teoria e prática da terapia não-diretiva**. 2. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1977b.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 94-104, jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/#>. Acesso em: 22 nov. 2023.

KOVÁCS, M. J. Psico-oncologia: definições, desafios e campos de atuação. *In*: KOVÁCS, M. J. **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde**. São Paulo: Editora Escuta, 2016.

LARSON, D. G. A person-centred approach to grief counselling. *In*: Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P.F., & Bohart, A.C. (Orgs.). **The Handbook of Person-Centred Psychotherapy & Counselling**. 2. ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan, p. 313-326, 2013.

LIMA, T. C. S. D.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802007000300004/5742>. Acesso em: 12 mai. 2023.

MARTÍNEZ, L.; RIVERA, E. Importancia de la congruencia, comprensión empática y consideración positiva incondicional en el acompañamiento de pérdidas por muerte de un ser querido. **Revista Espacio ECP**, v. 1, n. 1, p. 31-37, dez. 2020. Acesso em: 13 abr. 2024.

MCLAREN, J. A new understanding of grief: A counsellor's perspective. **Mortality**, Londres, v. 3, n. 3, p. 275-290, dez. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/713685955>. Acesso em: 18 nov. 2023.

ROGERS, C. R. As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade. In.: Wood, J. K. *et al.* (Orgs.). **Abordagem centrada na pessoa**. 5. ed. Vitória: EDUFES, p.143-162, 2010.

ROGERS, C. R. Definições das noções teóricas. In: ROGERS, C. R.; KINGET, G.M. **Psicoterapia e Relações Humanas - Volume I**: teoria e prática da terapia não-diretiva. 2. ed. Belo Horizonte: Interlivros, p. 157-180, 1977.

ROGERS, C. R. **Terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ROGERS, C. R. **Tornar-se Pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista De Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 20 mai. 2024.

SILVA, J. A. **Intervenção psicológica centrada em pessoas enlutadas na pandemia de covid-19**. 2023. 148 p. Dissertação. (Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde) - Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/37476/1/Juliana%20Silva.%20Disserta%3%a7%c3%a3o.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2024.

VALANSI, L.; MORSCH, D. S. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, n. 2, p. 112-119, jun. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000200012>. Acesso em: 23 mar. 2024.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesse

Contribuição dos autores

Concepção e conceitualização: *ABACB, JAS, MCNO, PHAS, HRR*

Redação do manuscrito original: *ABACB, JAS, MCNO, PHAS, HRR*

Curadoria de dados: *ABACB, JAS, MCNO, PHAS, HRR*

Análise de dados: *ABACB, JAS, MCNO, PHAS, HRR*

Redação textual: *ABACB, JAS, MCNO, PHAS, HRR*

Supervisão: *ABACB*

Financiamento

Não se aplica

Consentimento de uso de imagem

Não se aplica.

Aprovação, ética e consentimento

Não se aplica.
