

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO

LORENA AZEREDO DE LIMA FRANÇA

O papel do psicólogo diante do insuportável da morte: Um relato de experiência

Uberlândia

2025

LORENA AZEREDO DE LIMA FRANÇA

O papel do psicólogo diante do insuportável da morte: Um relato de experiência

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como um dos pré-requisitos para obtenção de Título de Especialista em Atenção ao Paciente em Estado Crítico. Orientado pela Dra. Layla Raquel Silva Gomes, e coorientado pela Ma. Gizelle Mendes Borges.

Uberlândia

2025

A todos os pacientes e familiares que me permitiram aprender, em cada encontro,
sobre o amor que se vive e o amor que permanece:

“Só sente saudade quem ama e só deixa saudade quem foi amor.”

Santo Agostinho

AGRADECIMENTOS

A vida se faz em encontros. Estamos sempre em companhia; de alguém, de algo, de histórias que nos atravessam. Este percurso ganhou mais sentido porque foi compartilhado.

Agradeço, primeiramente, a Deus, que em Sua infinita bondade me permitiu e me capacitou para viver este momento.

Aos meus pais, Maurício e Rosangela, meu eterno alicerce, e que no início da Residência, foram minha força, incentivo e porto seguro, apoiando-me nas renúncias necessárias para que eu pudesse imergir plenamente neste universo de aprendizados.

Aos amigos de longa data, pela compreensão diante das ausências e silêncios impostos por esta dedicação.

Aos meus preceptores e colegas da Residência, por compartilharem dias e anos de uma vivência ímpar, repleta de trocas, aprendizados mútuos e acolhimento essencial.

À minha orientadora, Layla, que, mesmo diante de múltiplas demandas, me acompanhou com dedicação, fortalecendo e me encorajando neste processo, e acreditou na importância do tema deste trabalho.

À minha tutora e coorientadora, Gizelle, pelo acolhimento e ensinamentos, que se tornaram significativos e que levarei como legado para toda a vida.

E, por fim, agradeço a mim mesma, por ter chegado até aqui, por não ter desistido diante das adversidades e por ter vivido com entrega e amor, cada etapa dessa experiência tão significativa e realizadora.

“A morte é, antes de tudo, uma metamorfose, uma mudança. O que morre não é o ser,
mas a forma. A morte não é um fim, mas uma transformação.”

Rubem Alves

RESUMO

O presente trabalho apresenta um relato de experiência desenvolvido durante a Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente em Estado Crítico, com atuação nos setores de Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. Tendo como foco o papel do psicólogo diante do insuportável da morte, busca-se refletir sobre a presença, a escuta e a sustentação emocional, oferecidas em cenários marcados por urgência, sofrimento e finitude. A partir de uma abordagem qualitativa e fundamentada na Psicanálise, especialmente nos aportes teóricos de Freud e Winnicott, discutem-se os elementos que constituem a prática do psicólogo hospitalar diante do insuportável da morte, como a função de continência, o ambiente suficientemente bom e o início do trabalho de luto em situações de perda iminente. Buscamos representar as reflexões teóricas a partir de três recortes da experiência, evidenciando como a escuta sensível, a sustentação do silêncio, o vínculo e o manejo ético se tornam recursos fundamentais para o cuidado psicológico nesses contextos. As experiências demonstram que a atuação do psicólogo não busca eliminar a dor, mas criar condições psíquicas para que o sofrimento seja vivido, simbolizado e reconhecido. Conclui-se que, diante da morte, a presença do psicólogo torna-se um instrumento importante e essencial, que sustenta o sujeito no momento em que suas próprias estruturas se encontram abaladas, permitindo que, mesmo diante da finitude, algo da vida permaneça possível.

Palavras-chave: Psicologia hospitalar. Morte. Luto. Psicanálise. Urgência e emergência.

ABSTRACT

This study presents an experience report developed during the Multiprofessional Residency in Critical Patient Care, with clinical practice in the Emergency Department and the Intensive Care Unit of a university hospital. Focusing on the psychologist's role in confronting the unbearable dimension of death, our work proposes a reflection about the presence, active listening and emotional support offered in contexts marked by urgency, suffering, and finitude. Using a qualitative approach and based on Psychoanalysis, particularly on the theoretical contributions of Freud and Winnicott, the elements that shape a hospital psychologist's practice before the unbearable side of death, such as the containing function, the "good-enough environment" and the initial phase of grief when facing imminent loss. Three clinical reports are presented, illustrating how sensitive listening, the therapeutic use of silence, bonding, and ethical conduct become essential resources for psychological care in these settings. These experiences demonstrate that the psychologist's role is not about eliminating pain, but to create psychological conditions for suffering to be experienced, symbolized and recognized. In conclusion, when facing death, the psychologist's presence becomes an important and essential form of support that holds the individual when their internal structures are unsettled, allowing something of life to remain possible even in the presence of finitude.

Keywords: Hospital psychology. Death. Mourning. Psychoanalysis. Emergency and urgency care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 A morte e o insuportável.....	10
2.2 O psicólogo na Urgência e Emergência: entre o limite e o cuidado.....	12
2.3 A presença do psicólogo diante da morte: do indizível ao possível.....	13
2.4 O olhar psicanalítico sobre o luto e o cuidado: Freud e Winnicott.....	15
3 METODOLOGIA.....	17
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
4.1 “Obrigado por estar aqui!”.....	19
4.2 “Eu nunca vou esquecer de você.”.....	21
4.3 “Olhe para ele, ele está igual, ele não pode ter morrido.”.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
6 REFERÊNCIAS.....	28

1. INTRODUÇÃO

*“Falar da morte é falar da vida.”
(Kovács, 2014, p. 20)*

A morte, inevitável e silenciosa, acompanha o ser humano como uma presença paradoxal: ao mesmo tempo certa e imprevisível. No cotidiano dos serviços de urgência e emergência, essa presença se manifesta de forma abrupta, rasgando o tecido simbólico da vida e convocando todos os envolvidos: pacientes, familiares e equipe, a lidar com a possibilidade de uma vulnerabilidade psíquica extrema. É nesse cenário de intensidade e finitude que a Psicologia se faz essencial, não apenas como ciência do comportamento ou da mente, mas como presença que sustenta o humano no instante em que o sentido parece se desfazer.

Para Kübler-Ross (2021), é no encontro com a finitude que a condição humana se revela em sua forma mais vulnerável e, ao mesmo tempo, mais autêntica. A autora destaca que a maneira como uma pessoa é acolhida na morte, ou diante dela, marca profundamente o processo de luto dos que ficam. Acolher a morte, portanto, é também acolher a vida que se transforma naquele instante.

O psicólogo que atua nesse campo é constantemente confrontado pelo “insuportável”, aquilo que não cabe nas palavras, o sofrimento que transborda e ameaça a integridade psíquica. Sua tarefa, então, não é eliminar a dor, mas acolhê-la, significá-la e compartilhá-la, oferecendo um espaço onde o desamparo encontre ressonância e a experiência da perda possa ser simbolizada. Essa presença, muitas vezes silenciosa, constitui um gesto de cuidado: um estar com o outro diante daquilo que não pode ser evitado.

Para Yalom (2008), a consciência da morte tem o poder de revelar o essencial da experiência humana, ampliando o sentido de vulnerabilidade e autenticidade que emerge diante da finitude. No ambiente de urgência e emergência, essa consciência irrompe de forma súbita, convocando o psicólogo a oferecer presença e sustentação no momento em que o sujeito se vê diante do limite da vida.

Diante do morrer e do luto, a atuação psicológica assume contornos de delicadeza e coragem. Na emergência e na unidade de terapia intensiva, a vida e a morte coexistem em um mesmo tempo e espaço, e o psicólogo é chamado a transitar entre o sofrimento e a esperança, entre o limite e a possibilidade. A escuta sensível e o vínculo estabelecido tornam-se instrumentos terapêuticos fundamentais, capazes de oferecer dignidade, amparo e um contorno simbólico à experiência do fim.

Este trabalho de conclusão de Residência propõe refletir sobre a presença do psicólogo na cena do insuportável da morte, a partir de experiências vividas em contextos de pronto-socorro e unidades de terapia intensiva. Para essa reflexão, serão utilizados referenciais da psicanálise, especialmente Freud e Winnicott, cujas obras oferecem fundamentos éticos e teóricos para compreender o sofrimento, a finitude e o sentido da presença diante da morte.

Tais experiências, registradas em diários de bordo, permitem compreender como a escuta, a empatia, o silêncio e o reconhecimento dos recursos psíquicos de enfrentamento podem transformar o encontro com a morte em um espaço de cuidado e de reafirmação da humanidade.

O estudo se justifica pela relevância de aprofundar o olhar sobre a atuação psicológica diante da finitude, tema que, embora recorrente na prática hospitalar, ainda carece de espaços de reflexão ética e existencial. Compreender o modo como o psicólogo se faz presente diante da dor psíquica extrema é também reconhecer que, entre o desespero e o luto, há um campo possível de vida, sustentado pela palavra, pela escuta e pela presença.

Ao reunir teoria e vivência, este trabalho busca oferecer uma contribuição à prática da Psicologia Hospitalar, reafirmando que cuidar da vida também é acompanhar o morrer, e que, mesmo nas fronteiras do insuportável, há um espaço possível para o encontro humano e para a continuidade do existir.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – A morte e o insuportável

Falar sobre a morte é tocar na essência da condição humana. Desde sempre, ela habita o imaginário social como mistério, limite e ameaça. Na contemporaneidade, porém, a morte foi progressivamente deslocada do espaço público para o institucional, sendo medicalizada, silenciada e afastada do convívio cotidiano. Como aponta Maria Júlia Kovács (2014, p. 25), “a morte, que fazia parte da vida cotidiana, tornou-se um evento hospitalar, cercado por tecnologias e pelo distanciamento emocional”. Esse afastamento contribui para que o morrer se torne um evento não apenas biológico, mas também psíquico e socialmente insuportável, especialmente para os profissionais de saúde que lidam diariamente com a finitude.

Na perspectiva psicanalítica, o termo *insuportável* refere-se àquilo que excede temporariamente a capacidade psíquica de um sujeito para sentir, compreender ou simbolizar uma experiência. Trata-se de um afeto ou acontecimento que não encontra representação imediata, produzindo um estado de ruptura, desorganização e suspensão da palavra. Em seu sentido lexical, *insuportável* é definido como aquilo que “não se pode suportar; intolerável” (MICHAELIS, 2025). Essa definição reforça a essência do termo: aquilo que ultrapassa o limite do tolerável e escapa à capacidade imediata de sustentação.

O insuportável, portanto, não é apenas aquilo que “dói demais”, mas aquilo que, ao irromper, ameaça a continuidade de ser e convoca a presença de um outro, que sustente o que não pode ser sustentado sozinho.

Para Freud (1916), em seu texto *A transitoriedade*, a consciência da morte está intimamente ligada à experiência da perda e à efemeridade da vida. A transitoriedade, longe de esvaziar o sentido da existência, confere-lhe valor. Ao reconhecer que tudo o que é belo e significativo é também passageiro, o sujeito é convidado a elaborar o inevitável desaparecimento sem negar o investimento libidinal na vida. Assim, a morte não é apenas o fim, mas a condição que possibilita a intensidade das vivências humanas.

A transitoriedade é o reconhecimento de que tudo na vida está em movimento e mudança. Não é só sobre perda, ela também abre espaço para o novo.

Realmente, talvez chegue o dia em que os quadros e estátuas que hoje admiramos venham a ficar reduzidos a pó, ou que nos possa suceder uma raça de homens que venha a não mais compreender as obras de nossos poetas e pensadores, ou talvez até mesmo sobrevenha uma era geológica na qual cesse toda vida animada sobre a Terra; visto, contudo, que o valor de toda essa beleza e perfeição é determinado somente por sua significação para nossa própria vida emocional, não precisa sobreviver a nós, independentemente, portanto, da duração absoluta. (FREUD, 1916, p. 323).

Freud (1917), ao desenvolver o conceito de trabalho de luto, descreve a necessidade psíquica de o sujeito se desligar, gradativamente, do objeto perdido, processo doloroso mas fundamental para a continuidade da vida psíquica. Nas palavras do autor, “cada uma das recordações e expectativas em que a libido se ligava ao objeto é evocada e sobreinvestida, e o desligamento da libido é realizado em relação a cada uma delas” (FREUD, 1917, p. 252). Diante da finitude, o psicólogo pode ocupar o lugar de quem sustenta o espaço de elaboração, oferecendo presença e escuta ao que não pode ser resolvido, mas pode ser atravessado.

Winnicott (1958), por sua vez, amplia essa compreensão ao introduzir a noção de ambiente suficientemente bom, no qual a presença acolhedora do outro possibilita a integração do self diante de experiências de ruptura e desamparo. O autor afirma que “o ambiente sustentador permite ao indivíduo enfrentar as ansiedades impensáveis, pois oferece uma continuidade de ser” (WINNICOTT, 1958, p. 150). O encontro clínico com a morte exige justamente essa sustentação simbólica: o psicólogo se faz “ambiente”, oferecendo continência ao sofrimento que ameaça desorganizar o sujeito. O silêncio e a escuta, nesse contexto, são recursos técnicos e éticos que permitem a expressão e a simbolização da dor.

O insuportável, no contexto hospitalar, não se refere apenas à morte em si, mas àquilo que ela provoca no sujeito: a perda de sentido, o colapso das certezas e o confronto com a vulnerabilidade psíquica extrema. Nesses momentos, o gesto clínico não é o de explicar ou consolar, mas o de permanecer, sustentar o que o outro, temporariamente, não pode sustentar sozinho. É nesse espaço de presença e de escuta

que se inaugura a possibilidade de o sujeito transformar o insuportável em experiência psíquica compartilhável, iniciando assim, o trabalho de luto.

2.2 – O psicólogo na Urgência e Emergência: entre o limite e o cuidado

O cenário de urgência e emergência é um espaço onde o tempo se comprime e a vida se decide em segundos. A imprevisibilidade, o ritmo acelerado e a presença constante da morte tornam esse ambiente um campo de atuação emocionalmente desafiador. Segundo Carmen More (2012), a função do psicólogo nesse contexto não se limita a intervir em crises imediatas, mas também a sustentar vínculos, oferecer contenção emocional e favorecer a comunicação entre paciente, família e equipe multiprofissional.

Em situações limite, o sofrimento se manifesta de forma intensa e desorganizada. O psicólogo, então, atua como mediador simbólico, um elo entre o sujeito e o sentido. Figueiredo (2004) descreve essa função como presença clínica, na qual o psicólogo se coloca como testemunha da dor, acolhendo a angústia sem negá-la. Esse “estar com” é o que diferencia a escuta psicológica de qualquer outro tipo de intervenção: ela não se apressa em consolar, mas reconhece, nomeia e legitima o sofrimento.

Freud (1917), em *Luto e melancolia*, afirma que o trabalho de luto exige do sujeito a difícil tarefa de retirar a libido dos objetos perdidos, processo que demanda tempo, dor e elaboração. Ao atuar junto àqueles que enfrentam a perda, o psicólogo oferece um espaço simbólico onde esse desligamento possa ocorrer de modo gradual e suportável, evitando que a dor se transforme em desamparo absoluto.

Winnicott (1958) amplia essa compreensão ao introduzir a noção de ambiente suficientemente bom, que sustenta o indivíduo em momentos de desintegração psíquica. Nesses contextos de finitude, o psicólogo pode funcionar como facilitador desse ambiente, uma presença que acolhe e contém, permitindo que o sujeito mantenha sua continuidade de ser mesmo diante do colapso emocional. Como aponta o autor, “é a presença confiável do ambiente que permite ao indivíduo manter sua continuidade de ser.” (Winnicott, 1958, p. 32).

Simonetti (2018) acrescenta que a escuta, nesses cenários, precisa estar viva, ou seja, aberta ao inesperado e ao sofrimento que não encontra palavras. O autor destaca que o psicólogo, ao escutar, oferece-se como superfície de ressonância para o outro, tornando possível a transformação da dor em linguagem.

De acordo com as Referências Técnicas do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013), a atuação do psicólogo em emergências deve ser pautada na escuta sensível, na ética do cuidado e no respeito à singularidade do sujeito. Isso implica reconhecer que, muitas vezes, não há respostas prontas, e que o simples ato de permanecer ao lado, de oferecer uma presença que sustenta, pode ter efeito reparador.

No pronto-socorro e na UTI, o psicólogo transita entre a vida e a morte, entre o técnico e o humano. É nesse território tênue que a clínica psicológica ganha contornos existenciais e psicanalíticos, tornando-se espaço de acolhimento, dignificação e construção de sentido. Como descreve Kovács (2014), “cuidar da morte é também cuidar da vida que continua.” (KOVÁCS, 2014, p. 21), reconhecendo que, mesmo diante do limite, há possibilidade de simbolização e continuidade.

2.3 – A presença do psicólogo diante da morte: do indizível ao possível

O encontro com a morte no contexto hospitalar impõe ao sujeito um tipo de experiência que frequentemente transborda sua capacidade de compreensão e simbolização. Trata-se do que Freud (1917) descreve como o momento em que a realidade da perda irrompe de modo abrupto, exigindo um trabalho psíquico que ainda não pode ser realizado. Nesse intervalo entre o impacto e a elaboração, instala-se o que podemos chamar de insuportável: aquilo que ainda não encontra palavras, que paralisa e desorganiza.

É nesse ponto que o psicólogo é convocado não apenas como profissional de saúde, mas como presença capaz de sustentar o que excede o sujeito. Sua função, longe de oferecer explicações ou atenuar a dor, é acolher o que está em fratura, permitindo que o sofrimento tenha um lugar possível de existir. Trata-se de uma técnica que se realiza

na borda do indizível, onde a intervenção se faz muitas vezes pelo gesto, pelo silêncio partilhado, pelo olhar que reconhece.

Winnicott (1958) oferece uma contribuição essencial para compreender essa atuação ao afirmar que, diante de experiências que ameaçam a continuidade do self, o sujeito precisa de um ambiente suficientemente bom para não se desintegrar. No contexto da morte iminente ou recém instalada, o psicólogo funciona como esse ambiente, uma superfície de apoio que impede que o desamparo absoluto tome forma. Sustentar não é resolver, é criar condições para que, pouco a pouco, o sujeito possa começar a nomear a perda e a reorganizar-se internamente.

Simonetti (2018) aprofunda essa compreensão ao afirmar que o psicólogo em hospital escuta não apenas o que é dito, mas “a escuta viva é aquela que se abre para o que ainda não foi dito, para aquilo que o sujeito não consegue nomear” (SIMONETTI, 2018, p. 42). A escuta, nesse sentido, torna-se um instrumento de contenção: ela recolhe fragmentos, gestos, silêncios e rupturas, devolvendo ao sujeito uma sensação de existência psíquica num momento em que tudo parece colapsar. Aqui, nomeio essa presença técnica e robusta do psicólogo nessa cena, como uma postura clínica diante ao insuportável, que é, portanto, uma clínica de bordas, bordas entre vida e morte, entre presença e ausência, entre palavra e vazio.

Diante da finitude, o papel do psicólogo envolve também reconhecer que o sofrimento não se dissolve no instante do acolhimento, mas encontra nele a possibilidade de não se tornar traumático. Freud (1917) já apontava que o luto exige tempo, repetição e elaboração. A presença do psicólogo, ao oferecer sustentação emocional, contribui para que esse trabalho não seja interrompido ou paralisado no impacto da perda. É uma intervenção que pode evitar a ruptura e favorecer a continuidade do viver.

Assim, o psicólogo, diante do insuportável da morte, trabalha no limite do que pode ser simbolizado. Ele oferece sustentação para que o sujeito não se perca de si mesmo, cria espaço para que o sofrimento seja experienciado sem destruição e se faz presença que humaniza o instante em que a vida é atravessada pela finitude.

Entre o caos emocional e a possibilidade de reconstrução, entre o vazio e o retorno da palavra, o psicólogo se torna uma testemunha potente, alguém que, ao permanecer,

possibilita transformar o insuportável em experiência compartilhável e de continuidade de vida.

A atuação do psicólogo em contextos de urgência, emergência e cuidado ao paciente crítico exige o reconhecimento permanente de seus limites éticos e emocionais. Diante do sofrimento intenso, da iminência da morte e das demandas imediatas, o profissional é convocado não apenas tecnicamente, mas também subjetivamente, o que torna indispensável a sustentação de uma postura ética que preserve tanto o paciente quanto o próprio cuidador.

Do ponto de vista ético, é fundamental respeitar os limites do papel profissional, evitando intervenções invasivas, interpretações precipitadas ou atuações que ultrapassem o campo da escuta e do cuidado psicológico. A ética, nesse contexto, não se expressa apenas pelo cumprimento de normas, mas pela capacidade de reconhecer o tempo psíquico do outro, os limites da intervenção possível e a impossibilidade de eliminar o sofrimento inerente às situações de perda, finitude e crise.

No âmbito emocional, o contato repetido com a dor, a morte e o luto pode mobilizar intensamente o psicólogo, exigindo atenção constante aos próprios afetos, à fadiga emocional e aos riscos de identificação excessiva ou esgotamento. Reconhecer tais limites não representa fragilidade, mas condição necessária para uma prática responsável, que inclui a busca por supervisão, espaços de cuidado institucional e estratégias de autocuidado.

Assim, sustentar limites éticos e emocionais torna-se parte constitutiva da intervenção psicológica, permitindo que o profissional permaneça disponível à escuta do outro sem se perder de si, preservando a qualidade do cuidado e a própria saúde mental.

2.4 – O olhar psicanalítico sobre o luto e o cuidado: Freud e Winnicott

Na perspectiva psicanalítica, a morte e o luto são atravessamentos inevitáveis do existir, momentos em que o sujeito é confrontado com a perda, a finitude e o limite do próprio Eu. Freud (1917), em *Luto e Melancolia*, compreende o luto como um trabalho psíquico necessário para que o sujeito possa se desligar do objeto perdido e reinvestir libido em novos vínculos com a vida. Trata-se de um processo árduo, no qual cada

lembrança, cada representação e cada enlace afetivo com o objeto perdido precisa ser, aos poucos, revisitado e desinvestido.

Quando esse processo não ocorre, a energia psíquica permanece fixada ao objeto perdido, abrindo espaço para a melancolia, marcada pelo empobrecimento do Eu, pela perda da autoestima e pela impossibilidade de simbolizar a ausência. Assim, Freud destaca que o sofrimento não é patológico em si; patológico é o impedimento do trabalho de luto, sua interrupção ou impossibilidade. Nesse sentido, a função do psicólogo diante da morte não é suprimir a dor ou acelerar sua travessia, mas sustentar o processo de elaboração, oferecendo um espaço simbólico onde a perda possa ser narrada, localizada e, gradualmente, significada.

Winnicott (1971) amplia essa compreensão ao deslocar o foco da economia libidinal do luto para a experiência emocional que sustenta o sujeito diante da ruptura. Para ele, a capacidade de enfrentar perdas depende da existência prévia de um ambiente suficientemente bom, um cuidado que garante continuidade ao self, mesmo em momentos de fragmentação. Assim como o bebê necessita da mãe que o segure emocionalmente para não "cair em pedaços", o sujeito em luto, especialmente em contextos trágicos ou súbitos, precisa de um outro que funcione como continente psíquico.

No cenário hospitalar, o psicólogo assume essa função: ser presença que suporta o colapso, o insuportável da morte. Isso não significa oferecer respostas, mas sustentar a angústia, reconhecê-la e permitir que o sujeito a atravesse sem se desintegrar. Winnicott (1965) descreve esse gesto como parte do ambiente facilitador, no qual o profissional oferece condições para que o sofrimento seja vivido com o mínimo de desorganização possível. Numa situação de urgência e emergência, em que a morte irrompe como acontecimento abrupto e invasivo, esse ambiente é construído não com objetos ou rotinas, mas com a escuta atenta, o silêncio respeitoso, a postura não intrusiva e a disponibilidade emocional.

A escuta, nesses contextos, torna-se além de uma técnica de intervenção, um objeto transicional, um espaço intermediário em que o sujeito pode começar a simbolizar aquilo que ainda não possui forma psíquica. A intervenção do psicólogo não busca

interpretar de forma prematura, mas amparar o sujeito no tempo em que a dor ainda é indizível. Esse gesto ético tem como objetivo amparar o sujeito na desintegração e possibilita a emergência de palavras, memórias e narrativas.

Assim, a Psicanálise contribui para compreender que, diante da morte, o trabalho clínico se realiza no espaço entre a dor e o sentido, entre a perda e a simbolização. Freud oferece o entendimento do luto como processo e da importância de permitir que o sujeito o atravessasse sem interrupções. Winnicott, por sua vez, nos mostra como essa travessia exige sustentação, presença e ambiente.

O psicólogo nesse contexto, não impede a dor e não devolve o que foi perdido, mas acolhe, acompanha, contém e humaniza. Sua presença legitima o sofrimento e permite ao sujeito encontrar, no próprio ato de ser escutado, as primeiras condições para reconstruir sua continuidade de existência.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como um relato de experiência, de natureza qualitativa, descritiva e reflexiva, elaborado a partir das vivências profissionais enquanto psicóloga residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente em Estado Crítico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU).

A experiência foi desenvolvida ao longo dos dois anos da residência, entre os meses de março de 2024 e outubro de 2025, nos setores de Pronto-Socorro e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, cenários de cuidado marcados pela presença constante da urgência, do sofrimento e da finitude. Nesses espaços, a atuação psicológica se deu por meio de atendimentos a pacientes e familiares, suporte e orientações a equipe multiprofissional, diante de situações de risco de morte, processos de luto, comunicação de más notícias e acompanhamento a pacientes em cuidados paliativos.

A metodologia de relato de experiência busca, conforme explica Minayo (2006), compreender fenômenos humanos a partir de sua complexidade e singularidade, valorizando o olhar subjetivo e o contexto em que as práticas ocorrem. Nesse sentido, os

relatos apresentados foram selecionados por representarem situações emblemáticas da minha vivência como psicóloga residente, diante do insuportável da morte e da esperança que se (re)constrói no luto, em meio ao cenário crítico da emergência hospitalar.

Os relatos foram analisados sob a perspectiva da minha prática profissional como psicóloga nos atendimentos realizados, e foi conduzida por meio da abordagem psicanalítica, fundamentada nos aportes teóricos de Sigmund Freud (1917) e Donald Winnicott (1971), compreendendo o sofrimento, a perda e a esperança como processos subjetivos que emergem no vínculo e na relação transferencial. Os relatos foram produzidos a partir de registros em diário de campo e anotações clínicas, resguardando o sigilo e a ética profissional conforme o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005).

A metodologia adota o referencial clínico-interpretativo, privilegiando a palavra, o silêncio e o gesto como expressões simbólicas do inconsciente diante da morte, compreendidos como produções de sentido que emergem na relação clínica (Figueiredo, 2004; Kovács, 2014). O método de leitura seguiu três movimentos interligados: descrição das situações vivenciadas; interpretação das experiências à luz dos conceitos de morte e luto baseados na teoria psicanalítica; e reflexão sobre o papel do psicólogo e o sentido de sua presença nos contextos de urgência e emergência.

Esse percurso metodológico permitiu que as experiências singulares fossem compreendidas não apenas como práticas pontuais, mas como campos de construção de sentido e de aprendizagem ética e existencial. Assim, o relato de experiência se consolida como instrumento de produção de conhecimento e de reflexão crítica sobre o fazer psicológico, unindo teoria e prática no campo da saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“O lugar êxtimo, próprio à psicanálise, era vivido cotidianamente, e situá-lo na transferência deu condições para a operação analítica em contextos diversos.”
(Layla Gomes, 2024, p. 131)*

A experiência em atuar como psicóloga nos contextos de urgência e emergência implica estar em contato direto com o limite da vida, onde o sofrimento se revela em sua

forma mais crua. Os encontros clínicos descritos a seguir ocorreram em setores de Pronto-Socorro e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), espaços onde a morte é presença constante e a esperança se transforma a cada novo desfecho clínico.

A análise proposta não busca apenas descrever os atendimentos, mas compreender como o acolhimento psicológico, a presença, e a escuta sensível operam como técnicas e recursos de cuidado diante do insuportável da morte.

4.1 – “Obrigado por estar aqui!”

Fui chamada com urgência na sala da Psicologia do Pronto-Socorro, pela enfermeira residente, para atender os familiares de um paciente em processo de morte ativa, decorrente de um grave acidente automobilístico. Ao chegar ao leito, encontrei a irmã e o filho do paciente. A irmã, visivelmente abalada, não se sustentou na cena e optou por se retirar do setor, recusando o atendimento psicológico. Já o filho, de 19 anos, permaneceu em silêncio, cabisbaixo, encostado na grade da cama, como quem busca forças para se manter de pé diante de mais uma perda. Sua mãe havia falecido no mesmo acidente, três dias antes.

Aproximei-me dele com delicadeza e toquei seu ombro, como quem silenciosamente comunica: *"estou aqui para te sustentar agora."* Percebi, naquele instante, que minha presença se tornava um ponto de apoio fundamental para que ele pudesse vivenciar o luto antecipatório com liberdade e acolhimento. O jovem demonstrava compreensão quanto à gravidade do quadro do pai, reconhecendo a iminência da morte, ainda que com um sentimento de injustiça diante da vida. Em suas palavras: *"Quando estamos tristes e precisamos de força, são nossos pais que nos acolhem. E agora? Quem vai me ajudar? Só Deus!"*

A partir daí, ele passou a falar sobre os ensinamentos e o legado deixado pelos pais, especialmente sobre a fé, recurso que, segundo ele, o mantinha de pé. Ao validar essa expressão de enfrentamento, percebi que, durante os 90 minutos de atendimento, ele transitou por diversas emoções profundas, enquanto permanecemos ali, em pé, à beira do leito, por todo o tempo. Ao final, com voz baixa, mas carregada de significado,

ele ainda escorado na grade da cama, levantou a cabeça, me olhou e disse: *“Obrigado por estar aqui.”*

Essas palavras revelaram que, diante da iminente perda do pai, a presença acolhedora e a validação emocional foram fundamentais. Naquele momento de dor intensa, a presença psicológica sensível e empática se mostrou um recurso valioso para sustentar a travessia da perda.

Aquele momento revelou o poder terapêutico da escuta e do silêncio. Não ofertei respostas, mas presença, um gesto silencioso de sustentação que permitiu àquele sujeito viver o luto antecipatório com dignidade. O silêncio e a escuta ofertados ao filho do paciente em morte ativa constituem o que Winnicott (1983) chama de “ambiente sustentador”, ou “ambiente suficientemente bom”, no qual o sujeito pode experimentar e simbolizar a dor sem se desintegrar. Nesse enquadre, a escuta tornou-se um espaço transicional, entre a perda e a elaboração, entre o desamparo e a possibilidade de continuar existindo.

Em termos freudianos, esse movimento configura o início do trabalho de luto (Freud, 1917). Ao reconhecer a perda iminente, o sujeito começa a desligar sua energia libidinal do objeto amado, processo doloroso, mas necessário para que a vida siga seu curso. O “obrigado por estar aqui” revelou, nesse contexto, o reconhecimento de que o outro suportou o insuportável junto com ele, o que segundo Winnicott, humaniza a experiência do sofrimento.

A atuação psicológica em urgência não se reduz ao manejo da crise, mas se constitui como ato ético de presença. Estar com o outro quando nada mais parece possível e torna-se insuportável, sustentando a travessia da perda com humanidade e respeito.

A leitura psicanalítica desse relato permite compreender que a presença do psicólogo em momentos de finitude representa uma função de amparo e contenção psíquica, semelhante ao que Winnicott (1971) descreve como o gesto da mãe suficientemente boa: aquela que não impede o sofrimento, mas o torna suportável por meio de sua presença confiável.

4.2 – “Eu nunca vou esquecer de você.”

Em um plantão de sábado, véspera do Dia das Mães, fui acionada pela UTI Adulto para acompanhar uma comunicação médica e acolher os familiares de uma paciente que havia acabado de evoluir a óbito. Entrei, então, em uma cena da qual nada conhecia, nem os rostos, nem as histórias, nem os vínculos. Ali eu conhecia apenas a urgência silenciosa que antecede a comunicação de uma perda.

Na sala da Psicologia, encontrei inicialmente a equipe médica. Em seguida, os familiares foram conduzidos ao espaço. Assim que o médico iniciou a fala, posicionei-me próxima à porta, como quem guardava aquele ambiente para que nada de fora interrompesse o momento que se anunciava.

Diante de mim, estavam as filhas da paciente, duas netas, ambas gestantes, e o esposo de uma delas. No instante em que a notícia da morte foi comunicada, com o meu olhar atento, percebi que a filha parecia se desmanchar diante da notícia. A vi como se estivesse quebrado por instante e todos os seus pedaços estivessem indo de encontro ao solo, vagarosamente. Ao lado, o genro tentava, ele mesmo tomado pela notícia, sustentar as duas mulheres grávidas, como quem tentava segurar o que também escapava por entre os dedos.

Aproximei-me devagar, a filha estava sentada, abaixei-me até encontrar seu olhar, diminuindo a distância entre nós. Ao tocar suavemente seu ombro, comuniquei sem palavras: *“Eu estou aqui, você não está sozinha diante tamanha dor.”*

Ficamos assim, por alguns minutos. Permaneci ao seu lado, ofertando o suporte, enquanto ela tentava reorganizar, dentro de si, o que a notícia havia a desmontado. Aos poucos, percebi que minha presença, simples, discreta, mas inteira, começava a criar um mínimo de sustentação. O insuportável, gradativamente, tornava-se possível de ser respirado.

Quando sentiu que conseguia, por vontade própria, ela decidiu ir até o leito da mãe. Caminhei com ela, passo a passo, oferecendo continência silenciosa para que aquele momento de despedida acontecesse sem que ela precisasse se desfazer novamente, e caso ocorresse, ali eu estaria. Diante do corpo, ela chorou, tocou a mãe,

se debruçou sob o peito dela, aquele colo que por muitas vezes em sua vida, foi o seu suporte e no momento não conseguia acolhê-la, e expressou em palavras toda sua dor e amor. Neste momento, me mantive nas costas da filha, segurando os dois ombros, realizando continência para que fosse possível suportar esse encontro de frente com o real da morte, e reconheci todo o sentimento apresentado. Em seguida, retornamos a sala de Psicologia, onde o falar da filha e a minha escuta ativa, foram técnicas importantes para que ela pudesse nomear aquele momento.

Após mais de uma hora de acompanhamento, quando ela percebeu que já podia seguir, encerramos o atendimento. No corredor, em frente ao elevador, ela segurou firme minhas mãos. Seus olhos, ainda marejados, encontraram os meus, e ela disse, com uma emoção que atravessava: *“Eu nunca vou esquecer de você.”* Essa fala me atravessou, de forma única, pois sei que de alguma maneira, naquele momento marcante em sua vida, houve significado. Talvez ela não lembre meu nome, e nem mais meu rosto, mas acredito que ela sempre lembrará que, quem esteve com ela durante o insuportável da morte foi “a psicóloga do hospital”.

Nesse gesto, reconheço com clareza o que significa ser psicóloga diante do insuportável da morte: é estar presente quando o outro se desfaz, sustentar com humanidade aquilo que não encontra palavras, ser contorno quando tudo se rompe, oferecer um pouco de chão, quando o mesmo parece se abrir.

Naquele sábado, véspera do Dia das Mães, reforcei em mim que, diante da morte, não oferecemos respostas. Oferecemos presença. E, às vezes, isso participa do que sustenta que alguém continue na vida.

A experiência vivida nesse plantão reafirma, à luz da psicanálise, que o trabalho do psicólogo diante do insuportável da morte não se realiza por meio de explicações, mas por meio da presença que sustenta. Freud (1917), ao descrever o luto como um trabalho árduo de desligamento e reinvestimento libidinal, já indicava que a dor da perda é inevitável e que o sujeito precisa de tempo, espaço e reconhecimento para atravessá-la. No encontro com aquela filha que se desfazia diante da notícia, minha função não era atenuar a dor, mas criar um espaço psíquico onde ela pudesse existir, sem que a desintegração emocional se transformasse em colapso.

Winnicott (1958) nos lembra que, diante de experiências traumáticas, o sujeito necessita de um ambiente suficientemente bom que o segure quando ele próprio não consegue se manter de pé. Naquele cenário, meu gesto, ao me abaixar para encontrá-la no olhar, ao tocar seu ombro, ao permanecer atrás dela no momento da despedida, funcionou como esse ambiente. A continência oferecida, silenciosa e constante, permitiu que ela encontrasse sustentação para suportar o impacto e, pouco a pouco, começar a simbolizá-lo. Foi um manejo baseado na presença, na criação de um território emocional onde o sofrimento pudesse circular sem destruí-la.

Simonetti (2018) acrescenta que, nessas situações, o psicólogo oferece-se como superfície de ressonância, alguém que empresta linguagem, corpo e afeto para que o outro possa iniciar o movimento de significação da dor. Quando a filha nomeia seu sofrimento, quando chora sobre o corpo da mãe e encontra em mim um ponto de apoio, forma-se um espaço compartilhado em que o indizível começa a se transformar em palavra, ainda fragmentada, ainda cercada de lágrimas, mas palavra possível.

Assim, o relato mostra que acompanhar o luto no instante de sua irrupção é atuar entre o real da perda e a possibilidade de elaboração, entre o impacto que paralisa e o gesto que reinscreve vida. Ao ouvir, ao sustentar e ao permanecer, permiti que aquela filha encontrasse, ainda que brevemente, um mínimo de chão para continuar. Sua frase: *“Eu nunca vou esquecer de você”*, não fala de mim, mas do efeito desse encontro, o reconhecimento de que, naquele momento insuportável, havia um outro que sustentava junto o peso da perda.

4.3 – “Olhe para ele, ele está igual, ele não pode ter morrido.”

Durante um atendimento no Pronto-Socorro, no horário de visitas, sou atravessada por um choro que imediatamente me convoca. Não era um choro comum: era um som que vinha das entranhas e ressoava por todo o setor. Ao olhar para trás, vejo uma mulher debruçada sobre a grade da cama de um paciente, como quem perde a sustentação do próprio corpo. Passam por ela visitantes, profissionais, pessoas apressadas, mas ninguém entra naquela cena. Ela está ali, só, diante do que parece insuportável.

De forma ética e cuidadosa, finalizei o atendimento que eu realizava e caminhei até ela. Abaixei-me ao seu lado, busquei entre seus braços apoiados na grade um pequeno espaço que me permitisse encontrá-la no olhar e alcançá-la na dor. Sem saber ainda o que havia acontecido, mas reconhecendo a intensidade do sofrimento que transbordava, disse com calma: *“Eu estou aqui. Sinto muito por você estar assim. Me conte o que aconteceu.”* Ela ergueu um pouco o rosto, tomado pelo desespero, e respondeu entre soluços: *“A médica disse que ele morreu. Morte encefálica. Mas isso não pode ser verdade... Olhe para ele, ele está igual... ele não pode ter morrido.”* Em seguida, ela sacodiu o paciente, tentando despertá-lo, tentando, de algum modo, desfazer a informação que havia acabado de receber. No mesmo instante, pensei silenciosamente na forma como a notícia pode ter sido dada, e na solidão devastadora que a encontrei, visto que eu não estava presente nesse momento da comunicação. Mas sabia que esse pensamento, naquele momento, não podia ocupar espaço. O que importava era ela, e a dor que transbordava.

Validei seu desespero, sua incredulidade, sua ruptura. Não para reafirmar a negação, mas para acompanhá-la onde ela estava: entre o real da morte e a impossibilidade de assimilá-lo. Ela segurava firme a mão do paciente e repetia, inúmeras vezes: *“Eu só saio daqui com ele. Não vou deixar ele sozinho.”*

Ofereci minha mão, para que ela segurasse com sua outra mão que ainda está livre, e ela apertava com força, como quem diz: *“Não me deixe sozinha com isso.”* E eu fiquei. Fiquei inteira, presente, sustentando o peso que ela não conseguia carregar sozinha.

Ali, diante do corpo e da ausência, ela circulava entre dois extremos: o real difícil e irreversível da morte, e a fantasia que tentava preservar, desesperadamente, a vida que existia antes da internação. O corpo falava por ela: oscilando, agarrando, negando, despedindo-se sem querer despedir.

Ela não tinha rede de apoio na cidade, os familiares ainda estavam a caminho do hospital e chegariam em horas. Naquele instante, fui a única presença possível, quem suportou com ela o insuportável, quem ofereceu espaço, corpo, silêncio e legitimidade para que aquela realidade começasse, pouco a pouco, a existir dentro dela.

Depois de longas horas ao lado do leito, algo se deslocou: não uma aceitação plena, mas uma abertura mínima que tornasse possível olhar de frente para o que estava acontecendo. A partir dessa sustentação, ela começou a reconhecer o real, nomeá-lo e, enfim, respirá-lo.

Após a intervenção psicológica e a presença contínua naquele momento de ruptura, foi possível seguir com o protocolo de morte encefálica. A equipe da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT, realizou a abordagem, e a esposa, agora menos desamparada e mais fortalecida, encontrou condições emocionais para ser acolhida pela equipe e autorizou a doação de órgãos.

A cena vivida no Pronto-Socorro evidenciou, de forma clara, como o encontro com a morte pode lançar o sujeito em um estado de desorganização que ultrapassa sua capacidade imediata de simbolização. À luz de Freud (1917), compreende-se que, diante de uma perda brusca, o aparelho psíquico é convocado a um trabalho de luto que ainda não pode começar, pois o impacto inicial impede a inscrição simbólica da realidade. A esposa, à beira do leito, oscilava entre o desespero e a negação, movimento que expressava a tentativa de afastar um real que irrompe de maneira insuportável.

Nesse intervalo entre o irrepresentável e a possibilidade de elaboração, o psicólogo ocupou uma função essencial. O que parecia impossível algumas horas antes se transformou. E o que tornou isso possível foi a presença, a sustentação, o estar-junto diante do abismo, técnicas que são essenciais para que seja possível acessar o insuportável da morte, tornando-o suportável. A presença sustentada, silenciosa, empática, estável, ofereceu, naquele instante, um espaço para que a dor pudesse existir sem esmagá-la. Essa função é descrita por Winnicott (1958) como a oferta de um ambiente suficientemente bom, capaz de conter o sujeito em momentos de ameaça de desintegração. Ao oferecer minha mão, meu corpo e minha escuta, tornei-me suporte para que a esposa não se rompesse junto à notícia, possibilitando um mínimo de continuidade emocional enquanto o real se apresentava.

Assim, aquilo que parecia impossível de ser suportado encontrou algum contorno psíquico. A possibilidade de seguir com o percurso após a notícia do óbito e,

posteriormente, a decisão pela doação de órgãos, não surgiu como um apagamento da dor, mas como efeito da presença clínica que amparou a travessia emocional inicial.

Este relato evidencia que, diante do insuportável da morte, o papel do psicólogo não é o de oferecer respostas, mas de sustentar o sujeito enquanto ele próprio tenta reencontrar-se. O cuidado psicológico se faz na borda entre o colapso e a possibilidade de simbolização, entre o real abrupto e o tempo necessário para que o luto possa começar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerrar este trabalho é também percorrer, mais uma vez, os caminhos afetivos e clínicos atravessados em cada encontro descrito. Entre o som incessante dos monitores, o silêncio pesado das despedidas e o murmúrio das dores que não encontram palavras, a atuação psicológica em urgência e emergência revelou-se como um ato de presença diante do insuportável, um modo de sustentar a vida justamente quando ela se encontra à beira do fim.

A morte, quando se apresenta de forma tão concreta e inegociável nesses cenários, convoca do psicólogo uma postura que ultrapassa protocolos e técnicas. Os relatos apresentados demonstram que o psicólogo hospitalar, diante da finitude, ocupa um lugar de mediação entre o sofrimento e a possibilidade de simbolização. Ele não impede a dor, nem a dissolve, mas oferece um espaço onde ela pode existir sem destruir o sujeito. Sua função clínica é, sobretudo, criar condições para que o impacto da perda não se transforme em colapso psíquico.

Freud nos ensina que o luto é trabalho, doloroso, lento e necessário, e não um evento que se resolve por si só. Winnicott, por sua vez, nos lembra que esse trabalho só se torna possível quando há um ambiente suficientemente bom que acolhe, sustenta e permite que o sujeito não se desintegre diante da ruptura. Nesse sentido, a presença do psicólogo não é um detalhe do processo, mas seu ponto de apoio: é ato clínico e, ao mesmo tempo, ato ético.

A atuação do psicólogo não se limita a aliviar a dor, mas a acompanhar o sujeito em sua travessia, oferecendo contorno onde tudo parece desordenado, permitindo que,

mesmo diante do insuportável, algo da vida permaneça possível. Estar presente significa habitar com o outro o espaço intermediário entre o desespero e a possibilidade de seguir, entre o real da morte e o movimento interno de resignificação.

Como psicóloga residente, estar imersa nesses cenários foi também ser atravessada pelo indizível: perceber que cada morte carrega, ao mesmo tempo, a marca da vida que foi e a força do vínculo que permanece. Aprender a sustentar o silêncio, a reconhecer o sofrimento como legítimo e a validar aquilo que dá sentido ao sujeito, seja memória, vínculo ou gesto, revelou-se um aprendizado que ultrapassa o campo técnico e se inscreve como experiência de humanidade.

Assim, conclui-se que a presença do psicólogo na cena do insuportável da morte é, antes de tudo, um gesto de esperança. Não a esperança ingênua, mas aquela que nasce da possibilidade de suportar junto, de nomear o que dói e de preservar, mesmo em meio à ruptura, o que ainda vive no sujeito. A escuta sensível, o vínculo e a legitimação do sofrimento tornam-se caminhos éticos que permitem acompanhar a travessia e sustentar a continuidade psíquica.

Talvez a morte não seja o contrário da vida, mas seu espelho mais nítido, aquele que, em silêncio, nos ensina o valor de permanecer.

Que este trabalho, portanto, possa inspirar o exercício profissional de Psicólogos Hospitalares, fomentar reflexões e abrir caminhos para futuros estudos que continuem a fortalecer a presença sensível, ética e humana da Psicologia diante da finitude.

6. REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf. Acesso em: 25 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em situações de emergências e desastres. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br>. Acesso em: 24 out. 2025.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. Escutar, recordar, acolher: o ofício do psicólogo clínico. São Paulo: Escuta, 2004.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. Psicologia clínica: fundamentos e práticas. São Paulo: Escuta, 2004.

FRANKL, Viktor Emil. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 2022.

FREUD, Sigmund. A transitoriedade (1916). In: FREUD, S. Obras completas, v. 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914–1916). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia (1917). In: FREUD, S. Obras completas, v. 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914–1916). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: FREUD, Sigmund. Obras completas. v. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GOMES, Layla Raquel Silva. Achar palavra: um dispositivo psicanalítico em urgências, emergências e desastres. São Paulo: Editora Urutau, 2024.

KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

KOVÁCS, Maria Júlia. Morte e existência humana: caminhos de cuidados e reflexões. São Paulo: Summus, 2014.

KOVÁCS, Maria Júlia. Morte, separação e luto: caminhos possíveis. São Paulo: Summus, 2019.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus parentes. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2021.

MICHAELIS. *Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 2025. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br>. Acesso em: 23 nov. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 16. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MORÉ, Carmen C. M. A atuação do psicólogo em contextos de crise, urgência e emergência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

SIMONETTI, Antonio. A escuta viva: clínica e hospital. São Paulo: Zagodoni, 2018.

WINNICOTT, Donald W. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, Donald W. Natureza humana (1978). Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, Donald W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (1958). Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, Donald W. O brincar e a realidade (1971). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

YALOM, Irvin D. De frente para o sol: o enfrentamento do medo da morte. Rio de Janeiro: HarperCollins, 2008.