

Experiência de Psicólogas Hospitalares no Suporte ao Luto da Criança em Finitude

Hospital Psychologists' Experiences in Supporting Children's Grief at the End of Life

Experiencia de Psicólogas Hospitalarias en el Apoyo al Duelo del Niño en Situación de Finitud

Expérience des Psychologues Hospitaliers dans le Support au Deuil de l'Enfant en Fin de Vie

 10.5020/23590777.rs.v25i2.e15638

Caroline Barbosa de Morais  

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Christus (2025) e ensino médio concluído na Fundação Bradesco Ceará (2017).

Felipe Queiroz Siqueira  

Doutor em Psicologia (2019) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na linha de pesquisa de Desenvolvimento Humano (CAPES 7). Mestre em Psicologia (2015) pela mesma instituição (CAPES 7). Graduado em Psicologia (2010) na Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Christus (Unichristus). Foi professor da Universidade Estadual do Ceará (UECE), do Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU) e das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT).

Resumo

Este estudo investiga as práticas e os desafios enfrentados por psicólogas hospitalares no suporte ao luto de crianças em processo de finitude, explorando as estratégias de autocuidado empregadas por essas profissionais. Com um delineamento de estudo de casos múltiplos, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas e de análise de conteúdo, a pesquisa reuniu dados de sete psicólogas hospitalares atuantes em diferentes contextos pediátricos e que acompanham crianças com diagnósticos diversos. O enfoque nas psicólogas reflete a predominância feminina na área e os impactos emocionais particulares que essas profissionais enfrentam, influenciados tanto pelas exigências do ambiente hospitalar quanto pelas expectativas socioculturais associadas ao cuidado. Os resultados indicam que atividades lúdicas, como jogos e desenhos, são frequentemente utilizadas para ajudar a criança a expressar suas emoções e a compreender a finitude de maneira apropriada à sua idade. No entanto, o estudo identifica barreiras significativas, incluindo a resistência de familiares e a predominância de uma abordagem biomédica nos hospitais, que limitam a oferta de um suporte emocional mais abrangente. As estratégias de autocuidado das psicólogas incluem redes de apoio, supervisão clínica e rituais de despedida, práticas que auxiliam na gestão do impacto emocional do trabalho. Conclui-se que políticas institucionais que promovam uma abordagem interdisciplinar e humanizada são essenciais para ampliar o suporte ao luto infantil e para o bem-estar dos profissionais que atuam nesse contexto.

Palavras-chave: luto, psicologia hospitalar, pediatria, cuidados de fim de vida, autocuidado.

Abstract

This study examines the practices and challenges faced by hospital psychologists in supporting children's grief during the end-of-life process, with particular attention to the self-care strategies adopted by these professionals. Using a multiple case study design, data were collected through semi-structured interviews and analyzed using content analysis. The sample comprised seven hospital psychologists working in different pediatric care settings and providing follow-up to children with diverse diagnoses. The focus on female psychologists reflects the predominance of women in this field and the specific emotional impacts they experience, shaped both by the demands of the hospital environment and by sociocultural expectations associated with caregiving. The findings indicate that playful activities, such as games and drawing, are frequently used to help children express their emotions and understand finitude in an age-appropriate manner. However, the study identifies significant barriers, including family resistance and the predominance of a biomedical approach in hospital settings, which limit the provision of more comprehensive emotional support. Psychologists' self-care strategies include support networks, clinical supervision, and farewell rituals, which help manage the emotional impact of their work. The study concludes

that institutional policies promoting an interdisciplinary and humanized approach are essential to enhance support for childhood grief and to safeguard the well-being of professionals working in this context.

Keywords: *grief, hospital psychology, pediatrics, end-of-life care, self-care.*

Resumen

Este estudio investiga las prácticas y los desafíos enfrentados por psicólogas hospitalarias en el acompañamiento del duelo de niños en proceso de finitud, explorando las estrategias de autocuidado empleadas por dichas profesionales. Con un diseño de estudio de casos múltiples, mediante entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido, la investigación recopiló datos de siete psicólogas hospitalarias que actúan en diferentes contextos pediátricos y acompañan a niños con diversos diagnósticos. El enfoque en las psicólogas refleja la predominancia femenina en el área y los impactos emocionales particulares que estas profesionales enfrentan, influenciados tanto por las exigencias del entorno hospitalario como por las expectativas socioculturales asociadas al cuidado. Los resultados indican que las actividades lúdicas, como juegos y dibujos, son frecuentemente utilizadas para ayudar al niño a expresar sus emociones y comprender la finitud de manera adecuada a su edad. Sin embargo, el estudio identifica barreras significativas, entre ellas la resistencia de los familiares y la predominancia de un enfoque biomédico en los hospitales, que limita la oferta de un apoyo emocional más integral. Las estrategias de autocuidado de las psicólogas incluyen redes de apoyo, supervisión clínica y rituales de despedida, prácticas que contribuyen a la gestión del impacto emocional del trabajo. Se concluye que las políticas institucionales que promuevan un enfoque interdisciplinario y humanizado son esenciales para ampliar el apoyo al duelo infantil y favorecer el bienestar de los profesionales que actúan en este contexto.

Palabras clave: *duelo, psicología hospitalaria, pediatría, cuidados al final de la vida, autocuidado.*

Résumé

Cette étude examine les pratiques et les défis auxquels sont confrontés les psychologues hospitalières dans l'accompagnement du deuil chez les enfants en processus de fin de vie, en explorant les stratégies d'auto-soins mises en œuvre par ces professionnelles. Avec une conception d'étude de cas multiples, s'appuyant sur des entretiens semi-structurés et une analyse de contenu, la recherche a rassemblé des données provenant de sept psychologues hospitalières exerçant dans différents contextes pédiatriques, accompagnant des enfants présentant divers diagnostics. L'accent mis sur les psychologues reflète la prédominance féminine dans le domaine ainsi que l'impact émotionnel spécifique auquel ces professionnelles sont confrontées, sous l'influence à la fois des exigences du milieu hospitalier et des attentes socioculturelles liées à la prise en charge. Les résultats indiquent que des activités ludiques, telles que les jeux et le dessin, sont fréquemment utilisées pour aider l'enfant à exprimer ses émotions et à comprendre la finitude d'une manière adaptée à son âge. Cependant, l'étude met en évidence des obstacles importants, notamment la résistance des proches et la prédominance d'une approche biomédicale dans les hôpitaux, qui limitent la possibilité d'offrir un soutien émotionnel plus global. Les stratégies d'auto-soins adoptées par les psychologues incluent des réseaux de soutien, la supervision clinique et des rituels d'adieu, des pratiques qui contribuent à la gestion de l'impact émotionnel du travail. Il en ressort que des politiques institutionnelles favorisant une approche interdisciplinaire et humanisée sont essentielles pour renforcer l'accompagnement du deuil chez l'enfant et pour le bien-être des professionnels intervenant dans ce contexte.

Mots-clés : *deuil, psychologie hospitalière, pédiatrie, soins de fin de vie, auto-soin.*

Regulamentada como especialidade no Brasil em 2000, a psicologia hospitalar desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental na atenção secundária e terciária, adaptando-se às especificidades de cada unidade (Conselho Federal de Psicologia, 2019). Esse campo da psicologia se dedica a compreender e tratar os aspectos psicológicos que acompanham o adoecimento, com o objetivo de apoiar o paciente em sua jornada de enfrentamento e adaptação às demandas emocionais e físicas no processo de adoecimento (Simonetti, 2004).

No contexto pediátrico, o psicólogo precisa ter habilidades específicas para lidar com esse público, visto que, conforme Winnicott (1978), a criança necessita de meios alternativos, como as brincadeiras, para expressar suas ideias e angústias. Além disso, o infante ainda está em processo de desenvolvimento da compreensão emocional (Franco & Santos, 2015), assim, pode ser um desafio para a criança enfrentar não só limitações inerentes à doença, mas também aspectos como mudanças de rotina, procedimentos invasivos e distância do lar (Cardoso, 2007). Para Winnicott (1978, p. 163), “as crianças brincam para dominar angústias, controlar ideias ou impulsos que conduzem à angústia se não forem dominados”. O brincar é parte importante na vida do infante, sendo a forma pela qual adquire experiência. É através dessa atividade que a criança pode tentar mostrar o que está acontecendo em seu interior.

Conforme Sarmiento e Pinto (1997), a infância não é apenas uma fase biológica, mas uma categoria social complexa, caracterizada por vulnerabilidades e desafios próprios. Assim, a prática psicológica hospitalar voltada para crianças precisa reconhecer suas vivências e contextos sociais diversos, promovendo um cuidado que vá além da saúde mental, abrangendo as especificidades de suas trajetórias e realidades. De acordo com os autores, embora a infância seja frequentemente idealizada e protegida, na prática, as crianças enfrentam um contexto marcado pela contradição entre a importância simbólica que lhes é atribuída e as limitações impostas à sua autonomia e voz. No ambiente hospitalar, onde a disciplina e o controle estruturam grande parte das interações, as crianças estão particularmente sujeitas a pressões institucionais que reforçam sua posição de dependência frente aos adultos.

Torres et al. (1990) apontam que o hospital não é apenas um espaço de cura, mas também de separação, onde a pessoa é retirada de seu ambiente familiar e inserida em um contexto institucional com regras distintas. Além da doença, crianças hospitalizadas enfrentam desafios como mudanças na rotina, privação de liberdade, impacto no desenvolvimento, diminuição de interações sociais e afastamento do convívio familiar (Cardoso, 2007). O luto gerado pela privação de elementos tão fundamentais, como a rotina e o contato familiar, exige uma atenção especial, pois pode se manifestar de formas intensas e complexas ao longo do processo de internação (Alencar et al., 2022). Essas perdas cotidianas podem resultar em um processo contínuo de luto, que, se não reconhecido e acolhido adequadamente, acarretam impactos emocionais negativos (Cemin & Einsfeld, 2021).

Nesse espaço, as crianças também sofrem com a anulação de sua identidade, sendo vistas não mais como pessoas, mas como a própria enfermidade que as acomete, sendo exigido que adotem uma conduta passiva para que não sejam rejeitadas. Tais atitudes prejudicam que a criança seja capaz de externalizar suas emoções, o que pode dificultar a adaptação ao tratamento e à rotina de internação. Dessa forma, ao se deparar com as diversas perdas consequentes do adoecimento e da hospitalização, há a possibilidade de a criança vivenciar inúmeros sentimentos e reações difíceis, sendo típicas do processo de luto, que, quando não elaborado adequadamente, gera uma vivência traumática (Mazorra & Tinoco, 2005).

A situação pode se tornar mais desafiadora quando a criança adoecida não possui mais proposta curativa, adotando uma abordagem paliativa, visto que o seu processo de finitude colide com o mundo adulto, que subestima a capacidade de entendimento da criança e teme lidar com a situação. Neis et al. (2023) expressam que, com o progresso da doença e a redução das chances de cura, muitas expectativas se desfazem, dando lugar ao temor pela finitude da criança, resultando no predomínio da desesperança. Quando se está em condições crônicas de adoecimento, é no corpo que muitas vezes os contornos da finitude ficam nítidos, visto que este se torna essencialmente frágil. Pela morte ser vista como aversiva e angustiante, alguns profissionais de saúde e familiares optam por não fornecer à criança acesso à verdade de seu quadro clínico e a privam de participar nas decisões de fim de vida (Queiroz, 2023).

Apesar disso, a pessoa gravemente enferma já está em processo de luto devido perdas importantes, como a da própria saúde, assim, durante melhoras e recaídas, o sujeito toma consciência de que não irá se recuperar. Com isso, ocorre o fenômeno do luto antecipatório daquilo que já está sendo perdido: o futuro. Por serem perceptivas, as crianças podem se dar conta que sua morte é iminente, apreciando uma comunicação aberta sobre sua doença e prognóstico. A verdade pode trazer um alívio e ajudar no processo de elaboração do luto (Mazorra & Tinoco, 2005). Esse respeito às suas experiências contribui para que o luto antecipado seja vivido de maneira mais integrada, diminuindo os sentimentos de abandono que podem surgir em ambientes marcados pelo silêncio ou pela ocultação da verdade.

A progressão da doença intensifica esse processo, pois a criança não apenas vivencia perdas cotidianas, mas também percebe gradualmente sua condição se agravando, o que pode despertar sentimentos de medo, insegurança e angústia (Mazorra & Tinoco, 2005). No entanto, mesmo diante dessa realidade, há uma resistência por parte da equipe de saúde em abordar a finitude infantil, muitas vezes evitando a temática da morte por meio de mecanismos defensivos, como a negação (Monteiro et al., 2022; Mello et al., 2021).

A experiência de lidar com a morte no ambiente hospitalar é marcada por desafios emocionais significativos, especialmente em situações de perdas inesperadas, que frequentemente geram sentimentos de frustração, incapacidade e tristeza nos profissionais de saúde (Kentor & Kaplow, 2020). Para muitos, a morte infantil é percebida como um evento que confronta a finitude do próprio profissional, sendo, em alguns casos, associada a uma falha do tratamento dentro da lógica biomédica predominante (Monteiro et al., 2022).

Além dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde ao lidar e conduzir a morte infantil, a forma como a perda é socialmente reconhecida também influencia o processo de luto. Alencar (2011) aborda o luto como um processo psíquico e social, que é influenciado pelas circunstâncias da morte e pelas condições sociais em que ocorre, quando há uma negação social ou institucional da perda, o processo de luto pode ser inibido ou mesmo impedido. Assim, para a autora, o luto é um fenômeno que vai além da experiência privada e individual, abrangendo dimensões sociais e políticas, e refletindo uma “distribuição desigual” do direito de luto e da dignidade atribuída a cada vida perdida. Nesse sentido, o luto revela-se um fenômeno profundamente desafiador, especialmente quando o enlutado é um paciente pediátrico, que pode ter ainda mais dificuldade para expressar e elaborar a sua dor em um ambiente que, em alguns casos, não oferece o apoio necessário.

O cuidado de uma criança em situações de vulnerabilidade exige mais do que atender às suas necessidades básicas; é essencial que o adulto proporcione um ambiente de acolhimento que favoreça o desenvolvimento emocional (Santos & Soares, 2022). Essa relação de cuidado é fundamental para que a criança possa enfrentar momentos críticos, como aqueles vivenciados no contexto hospitalar em processos de finitude, permitindo que se estabeleçam vínculos afetivos e suporte emocional adequados às suas demandas específicas (Stone & Farias, 2024; Sena & Melo, 2023).

O luto infantil é uma experiência singular, na qual é crucial considerar o desenvolvimento cognitivo, pessoal, social e emocional da criança (Worden, 2013; Campos et al., 2023). De acordo com Valle (2001), durante a vivência do luto, a criança pode experimentar angústias profundas que, em alguns casos, manifestam-se de forma evidente e, em outros, disfarçam por meio de sintomas ou comportamentos desafiadores. Quando as questões da criança em relação à própria morte não são acolhidas, pode haver um aumento considerável da dor e do sofrimento desse processo (Trois & Wendt, 2022).

Assim, diante de um ambiente capaz de causar tanta angústia como o hospital, o psicólogo facilita que o paciente expresse as emoções e se coloque como sujeito ativo e participante do processo de adoecimento, com o objetivo de elaborar da melhor forma possível essa experiência (Cardoso, 2007). Ao acompanhar a criança durante todo o seu processo de finitude, o psicólogo se envolve em uma jornada que demanda um alto grau de exposição à situação, carregando consigo uma significativa carga psíquica. Isso se deve ao fato de lidar com as diversas emoções do paciente ao longo da hospitalização, incluindo o enfrentamento do término dessa relação com o óbito da criança.

Nesse processo, o psicólogo também precisa lidar com seu próprio processo de luto. Liberato (2015) ressalta a importância de reconhecer e respeitar tanto as próprias dificuldades e limitações quanto as dos outros, assegurando que as características individuais de cada pessoa sejam valorizadas e cuidadas de maneira adequada. No campo da psicologia, especialmente no contexto hospitalar, emergem construções sociais que associam o cuidado e a empatia ao papel das mulheres. No Brasil, dados do Conselho Federal de Psicologia indicam que a maioria dos profissionais de psicologia é composta por mulheres, refletindo a ideia socialmente construída de que o cuidado emocional está intrinsecamente ligado ao feminino (Sandall et al., 2022). No ambiente hospitalar, psicólogas enfrentam desafios adicionais, como a sobrecarga emocional e a expectativa de disponibilidade contínua, alimentadas por estereótipos de gênero que vinculam o cuidado ao papel feminino (Oliveira & Abrantes, 2020).

Assim, este estudo pode contribuir para o avanço do conhecimento científico sobre o processo de luto infantil no contexto hospitalar pediátrico. Além disso, busca-se trazer desenvolvimento ao campo da psicologia hospitalar, especificamente no contexto pediátrico, no qual as crianças enfrentam desafios únicos relacionados ao adoecimento, hospitalização e, consequentemente, ao luto. Com isso, os resultados obtidos podem trazer melhorias na atuação do psicólogo hospitalar e nas políticas de saúde, objetivando o bem-estar emocional e a qualidade de vida desses sujeitos.

Diante disso, o objetivo geral deste estudo consiste em analisar as compreensões do psicólogo hospitalar no suporte ao luto do paciente pediátrico em processo de finitude. Embora a vivência do luto pelas crianças seja uma dimensão fundamental da pesquisa, a abordagem adotada prioriza a interseção entre as dificuldades enfrentadas pelas psicólogas e a qualidade do suporte oferecido às crianças. Para isso, foram entrevistadas sete psicólogas hospitalares que atuam em diferentes contextos pediátricos, incluindo unidades de terapia intensiva, cuidados paliativos e enfermarias pediátricas, tanto em hospitais públicos como privados. As crianças acompanhadas pelas profissionais possuem diagnósticos diversos, não estando em finitude pela mesma causa. Além de investigar as práticas e os desafios dessas psicólogas no acompanhamento do luto infantil, o estudo também examina as estratégias de autocuidado adotadas por essas profissionais, considerando o impacto emocional de sua atuação.

A escolha por focar nas psicólogas deve-se à predominância feminina na área da psicologia hospitalar e às particularidades emocionais e socioculturais associadas ao trabalho do cuidado, que podem influenciar suas vivências e formas de enfrentamento. Dessa forma, busca-se compreender tanto a abordagem psicológica oferecida às crianças quanto os recursos utilizados pelas psicólogas para lidar com as exigências emocionais do contexto hospitalar, contribuindo para reflexões sobre a necessidade de suporte institucional e políticas que promovam práticas de cuidado mais humanizadas e sustentáveis para os profissionais.

Assim, o objetivo geral deste estudo consiste em analisar as compreensões do psicólogo hospitalar no suporte ao luto do paciente pediátrico em processo de finitude. Os objetivos específicos são: 1) analisar as condutas utilizadas pelo psicólogo hospitalar na abordagem do luto com a criança em processo de finitude; 2) examinar os desafios enfrentados pelo psicólogo hospitalar no suporte ao luto infantil; e 3) investigar estratégias de autocuidado adotadas pelo psicólogo hospitalar.

Método

Delineamento

Este estudo adotou um delineamento de estudo de casos múltiplos (Lima et al., 2023), caracterizado como um método qualitativo que envolve a investigação aprofundada de vários casos individuais dentro de um mesmo estudo. Esse método é particularmente útil quando o objetivo é compreender um fenômeno em diferentes contextos ou sob diferentes perspectivas,

permitindo uma análise comparativa entre os casos. A análise de dados de múltiplos casos pode ser desafiadora, especialmente ao tentar manter a integridade individual de cada caso enquanto se busca padrões comuns.

Para preservar a integridade, cada entrevista foi transcrita na íntegra e analisada inicialmente de forma isolada, garantindo que as particularidades de cada relato fossem mantidas antes da identificação de padrões temáticos. A leitura flutuante possibilitou uma imersão nos conteúdos individuais, seguida de um processo de codificação que priorizou a singularidade das experiências antes da categorização dos achados. Dessa forma, buscou-se equilibrar a compreensão dos elementos comuns entre os casos sem desconsiderar as especificidades de cada participante, assegurando uma análise fiel às vivências relatadas.

Participantes

Os participantes foram recrutados por meio da técnica “bola de neve” (e.g., Siqueira & Freitas, 2022), na qual os psicólogos inicialmente contatados sugeriram outros profissionais que atendiam aos critérios da pesquisa. A amostra foi composta por sete psicólogas hospitalares, todas mulheres, com idades entre 27 e 36 anos e experiência no atendimento a crianças em contexto de finitude. Seis entrevistadas concluíram programas de residência multiprofissional e a maioria complementou sua formação com estágios e cursos específicos na área hospitalar, ampliando suas competências em psicologia pediátrica e hospitalar. As participantes trazem uma experiência diversificada, atuando em setores como UTI, cuidados paliativos e enfermarias pediátricas, tanto em hospitais gerais quanto em instituições especializadas em pediatria, nos âmbitos público e privado.

A escolha de uma amostra composta por sete psicólogas hospitalares se deu por conveniência, considerando a disponibilidade das profissionais e a acessibilidade aos participantes dentro do contexto estudado. A abordagem qualitativa permitiu uma análise aprofundada das experiências relatadas, possibilitando a identificação de padrões e singularidades relevantes para a compreensão do fenômeno investigado.

A pesquisa se concentrou em psicólogos hospitalares com experiência em unidades pediátricas em Fortaleza, Ceará. Os critérios de inclusão foram: 1) profissionais que atuem em [nome da cidade], 2) com formação em psicologia, 3) que estão atualmente ou já estiveram envolvidos em unidades hospitalares pediátricas, 4) que tenham acompanhado pacientes pediátricos durante o processo de finitude, e 5) que concordem em participar voluntariamente da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: 1) psicólogos que atuam somente fora do ambiente hospitalar, 2) que tenham experiência de atendimento apenas com pacientes adultos ou 3) que não possuam disponibilidade para participar da pesquisa. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra.

Tabela 1

Características sociodemográficas das participantes

Participante	Idade	Gênero	Formação	Local de atuação
P1	27 anos	Feminino	Especialização em Residência Multiprofissional em Pediatria	Hospital Pediátrico Público
P2	30 anos	Feminino	Especialização em Residência Multiprofissional em Pediatria	Hospital Pediátrico Público e Privado
P3	27 anos	Feminino	Especialização em Residência Multiprofissional em Pediatria	Hospital Pediátrico Público
P4	31 anos	Feminino	Especialização em Residência Multiprofissional em Pediatria	Hospital Pediátrico Público
P5	35 anos	Feminino	Especialização em Residência Multiprofissional em Pediatria	Hospital Pediátrico Público e Privado
P6	28 anos	Feminino	Pós-Graduação em Psicologia Hospitalar	Hospital Pediátrico Privado
P7	36 anos	Feminino	Especialização em Residência Multiprofissional em Pediatria	Hospital Pediátrico Público

Instrumento

A pesquisa utilizou a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta, contendo três perguntas-base que exploraram as práticas profissionais, desafios enfrentados e estratégias de autocuidado dos psicólogos hospitalares que lidam com pacientes pediátricos em processo de finitude no ambiente hospitalar. Através das perguntas, foi possível entender como esses profissionais abordam o luto infantil, quais dificuldades encontram no suporte a essas crianças e como gerenciam o impacto emocional de seu trabalho.

Análise de Dados

Para a análise dos dados obtidos, foi adotada uma abordagem descritiva dos dados, a fim de ilustrar conceitos e experiências relatadas pelos participantes. A análise descritiva de dados é uma etapa fundamental em pesquisas qualitativas, permitindo aos pesquisadores organizar, resumir e descrever os dados coletados de maneira compreensível (Cardoso et al., 2021). Trata-se de uma modalidade de análise mais profunda, podendo-se utilizar da construção de categorias para realizar uma descrição dos dados colhidos. Além disso, busca-se não apenas descrever os conteúdos, mas também contextualizá-los, fornecendo entendimentos sobre seus significados e relações com o contexto em que foram gerados.

O processo iniciou-se com a transcrição integral das entrevistas, seguida por uma leitura flutuante para a familiarização com o material. Em seguida, realizou-se a codificação dos relatos, identificando-se unidades de significado que foram agrupadas em categorias temáticas. A interpretação dos achados ocorreu a partir da literatura existente, visando compreender as experiências relatadas pelas participantes. Toda a análise foi conduzida por uma pesquisadora e posteriormente revisada por outro pesquisador, que conferiu a coerência das categorias definidas, garantindo maior rigor metodológico ao estudo.

Cuidados Éticos

O presente estudo seguiu rigorosamente a Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unichristus, tendo sido aprovado sob o parecer número 6.925.385. Somente após a aceitação do CEP, a coleta de dados foi iniciada. Os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo e solicitados a assinar, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Garantiu-se aos participantes o direito de decidir livremente sobre sua participação, assegurando o caráter voluntário do estudo, bem como o direito de desistir a qualquer momento, sem penalização. Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre o conteúdo e a finalidade das perguntas. O estudo envolveu um nível mínimo de risco. De toda forma, a entrevistadora esteve atenta a qualquer desconforto significativo ao responder as perguntas, mostrando-se disposta a prestar o suporte necessário ao participante.

Para garantir o sigilo dos dados, as gravações e transcrições das entrevistas foram transferidas para um disco rígido externo, armazenado de forma *offline*, em um local seguro, com acesso restrito aos pesquisadores autorizados. *Backups* regulares são realizados para assegurar a integridade e a disponibilidade das informações. Tanto o disco rígido quanto os computadores utilizados são protegidos com *software* antivírus atualizado e com outras medidas de segurança digital. Os dados serão armazenados por um período mínimo de cinco anos, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações dos participantes do estudo. Os TCLEs foram armazenados em local seguro, na própria universidade, pelo mesmo tempo.

Resultados

As entrevistas revelaram práticas e desafios específicos vivenciados por psicólogos ao oferecer suporte ao luto de pacientes pediátricos em processo de finitude no ambiente hospitalar. As participantes apresentaram trajetórias distintas, mas todas com forte vínculo com a psicologia hospitalar e o atendimento a crianças em processos de finitude.

A Participante 1 construiu sua formação com foco na infância e no ambiente hospitalar, atuando hoje em um hospital infantil público após experiências em atenção primária, clínica e residência em pediatria. A Participante 2 iniciou sua carreira em um centro de apoio a crianças com HIV, especializou-se em psicologia hospitalar e ampliou sua atuação para terapia intensiva e cuidados paliativos, incluindo pediatria. A Participante 3 formou-se em pediatria, com experiência em psicologia hospitalar pediátrica, ampliando sua atuação para a UTI adulto, mas mantendo trabalho relevante com crianças e adolescentes em finitude.

A Participante 4 especializou-se em pediatria na residência, com trajetória focada no acolhimento de crianças e suas famílias. A Participante 5 atua há oito anos em um hospital pediátrico privado, com foco em psicologia da saúde e suporte emocional a crianças. A Participante 6 especializou-se em psicologia hospitalar, complementando a formação com estágios, e trabalha em um hospital pediátrico privado. A Participante 7 tem ampla experiência no acompanhamento de crianças com condições crônicas e no suporte emocional às suas famílias.

Os resultados foram organizados em três seções principais: 1) condutas e intervenções na abordagem ao luto infantil, 2) desafios do contexto hospitalar e 3) estratégias de autocuidado adotadas pelos profissionais, as quais serão apresentadas a seguir.

Condutas e Intervenções na Abordagem ao Luto Infantil

Todas as psicólogas destacaram o uso de recursos lúdicos como uma estratégia fundamental para facilitar a comunicação e permitir que a criança expresse seus sentimentos. Recursos como livros infantis, jogos e atividades de desenho são utilizados para abordar o tema da finitude de forma indireta, proporcionando um espaço onde a criança pode externar

suas emoções e compreender gradativamente sua situação. Uma das profissionais apontou que o lúdico oferece à criança uma “linguagem simbólica” (Participante 2) para lidar com questões complexas, auxiliando na aceitação e elaboração do luto. Outra entrevistada explicou que “o recurso é só um mediador, é a forma que a gente vai usar pra conseguir entrar em contato com aquela criança” (Participante 3).

Um aspecto importante nas práticas relatadas é o respeito à autonomia da criança. As psicólogas destacaram a importância de reconhecer e valorizar a capacidade da criança de tomar decisões sobre seus últimos momentos, sempre que possível. Tal respeito pela autonomia se traduz na possibilidade de o paciente escolher como deseja passar o tempo e quais atividades quer realizar, incluindo ações significativas, como despedidas ou momentos especiais com familiares, reconhecendo-o como protagonista de sua própria história. Uma das participantes relatou: “Eu sempre deixava muito claro para elas: ‘A gente só faz aqui o que você quiser e o que fizer sentido pra você’”. Esse momento do atendimento psicoterapêutico às vezes era o único espaço de autonomia que elas ainda tinham” (Participante 2).

Além disso, algumas das entrevistadas descreveram a importância de adaptar suas práticas às necessidades e características específicas de cada paciente em processo de finitude, de forma que a atuação profissional seja acolhedora e respeitosa em relação à individualidade. Uma das participantes afirmou: “O que eu posso te dizer é que, na psicologia, depende muito. Têm crianças que a gente vai conseguir trabalhar e têm crianças que não. Muitas vezes, a gente precisa voltar para o agora, para o que faz sentido hoje, ajudando no conforto e no dia a dia” (Participante 3). Outra destacou: “Eu gosto muito de entender o que é que a criança sabe. Será que ela entende o porquê de ela estar passando por tudo aquilo? Às vezes, a gente pensa que está protegendo, mas ela percebe tudo, desde o corpo mais fraco até a dinâmica diferente ao redor dela” (Participante 4). A adaptação envolve, portanto, flexibilidade nas abordagens e nas intervenções, o que permite ao psicólogo ajustar suas práticas conforme o entendimento, o nível de desenvolvimento e a resposta emocional da criança.

A maioria das entrevistadas enfatizou a necessidade de adaptar a comunicação à faixa etária e à condição cognitiva de cada paciente. Esse ajuste envolve o uso de uma linguagem simples, evitando termos técnicos ou expressões que possam gerar confusão ou medo, além de estratégias lúdicas para tornar o conteúdo mais acessível. Como explicou uma das participantes “Dependendo da idade, às vezes a gente usa metáforas com livros ou até brincadeiras, mas o importante é que a mensagem seja clara para que a criança possa compreender o que está acontecendo sem ser abruptamente exposta” (Participante 2). Outra participante destacou: “Eu gosto muito de partir do princípio: o que é que ela está entendendo? Será que ela sabe que ela vai morrer? Porque é um direito dela saber” (Participante 4). E outra complementou: “A criança entende quando o corpo dela tá falhando, sabe? E isso precisa ser comunicado de forma clara, sem excluir o paciente da verdade” (Participante 1). A abordagem comunicativa é, assim, ajustada para garantir que a criança compreenda sua condição de maneira gradual e sensível.

Desafios no Suporte ao Luto Infantil no Contexto Hospitalar

A resistência dos familiares e, em alguns casos, da equipe de saúde foi citada como um dos principais desafios enfrentados. Movidos pelo desejo de proteger a criança, alguns adultos ao seu redor evitam que ela tenha conhecimento de sua condição terminal, o que pode intensificar o sofrimento do paciente e dificultar a criação de um espaço de comunicação transparente sobre o luto. Como relatou uma das entrevistadas: “Sempre que a gente tem esse contato, a gente tem que, óbvio, acolher essa negação da família, mas ao mesmo tempo também mostrar a eles quais são os impactos disso. Os impactos desse não contar, desse não dizer, desse deixar a criança confusa num momento de vida como esse” (Participante 1). O discurso médico, com seu foco hegemônico na cura, frequentemente posiciona a morte como um fracasso em vez de parte natural do ciclo de vida, limitando a abertura para que o luto seja vivido de forma autêntica. Como destacou outra participante: “O hospital é um ambiente extremamente biomédico, voltado para a cura, o que pode dificultar o acolhimento necessário nos momentos de perda” (Participante 2).

As entrevistadas destacaram que essa resistência, motivada por concepções culturais que tentam afastar a morte do imaginário infantil, pode gerar angústia e confusão para a criança, que percebe mudanças nos comportamentos dos adultos e na dinâmica hospitalar, mesmo sem compreender totalmente sua condição. Uma das participantes ilustrou: “A criança percebe que o corpinho dela não está mais igual de quando ela entrou no hospital. Ela sente que, ‘ah, estou tomando mais remédios, estou ficando mais fraquinha, estou me sentindo um pouco mais frágil, sensível’” (Participante 4). A afirmação de outra entrevistada – “o maior desafio não é a criança, mas o adulto ao seu redor” (Participante 2) – evidencia a tensão entre o reconhecimento da capacidade da criança de compreender sua realidade e a ideologia adulta que busca preservar sua inocência. Esse conflito desafia os psicólogos a construir um espaço de comunicação confiável, mesmo diante da resistência dos familiares e da equipe hospitalar.

Outro desafio significativo mencionado pelas profissionais foi a estrutura hospitalar e as normas institucionais, que limitam o suporte emocional oferecido à criança e aos familiares. Algumas das entrevistadas destacaram que as regras relacionadas ao controle de infecções e ao gerenciamento de leitos dificultam a permanência dos familiares junto à criança nos momentos finais e restringem práticas de acolhimento mais humanizadas. Uma participante enfatizou: “A instituição

hospitalar é uma fábrica que faz com que a gente siga assim, muito enrijecidos, muito privadores mesmo de ações que sejam mais humanizadoras, que sejam mais sensíveis” (Participante 1). Outra acrescentou: “Muitos locais dentro do hospital, eles são inóspitos ao acolhimento. Eles são preto no preto, branco no branco. Então (...) o máximo que a gente consegue deixar a cara do paciente, aquele pequeno espaço que eles têm de leito, a gente tenta” (Participante 5). Esse contexto restritivo impede, em muitos casos, que o psicólogo ofereça um suporte emocional mais completo e que as famílias tenham um espaço adequado para o processo de despedida.

As entrevistadas também destacaram a dificuldade da equipe de saúde em lidar com o luto infantil, o que impacta na atuação dos psicólogos. Mencionou-se que muitos profissionais de saúde tendem a se concentrar apenas no tratamento técnico, impedindo que ocorra uma abordagem empática em relação à morte. Como apontou uma participante: “Os profissionais da saúde, eles não estão preparados para fazer esse acolhimento de pessoas, principalmente lidar com o luto de pacientes. A perda do paciente” (Participante 6). Além disso, as psicólogas destacaram as perspectivas divergentes das diferentes áreas do hospital sobre como lidar com o luto, o que pode dificultar o alinhamento de intervenções para oferecer suporte contínuo à criança. “Pra mim, o maior desafio é a gente conseguir articular as estratégias em conjunto, porque tudo precisa ser em grupo. Não adianta nada eu estar trabalhando em uma questão e ter uma outra área da saúde que traga e faça o contrário” (Participante 7).

Estratégias de Autocuidado das Profissionais

As entrevistadas relataram adotar diversas estratégias de autocuidado para lidar com o impacto emocional do trabalho com crianças em processo de finitude no ambiente hospitalar. Observou-se que essas estratégias estavam diretamente relacionadas aos desafios mencionados pelas participantes, sendo adotadas como forma de lidar com as dificuldades enfrentadas na prática profissional. A rede de apoio, tanto pessoal quanto profissional, foi apontada como um recurso essencial, proporcionando um espaço seguro para o compartilhamento de experiências e suporte emocional. Como destacou um participante: “Para mim, uma das principais estratégias, um dos principais recursos de enfrentamento, é a rede de apoio familiar e comunitária, criar laços e vínculos afetivos seguros, relações seguras e muito bem estabelecidas com meus familiares, com os meus amigos” (Participante 2).

Supervisões clínicas e a prática de terapia pessoal também foram mencionadas como aliadas na promoção da saúde mental dos psicólogos, permitindo que reflitam sobre o trabalho e sobre as próprias emoções. Como relatou uma das entrevistadas: “Hoje em dia, eu acho que não consigo mais separar supervisão da minha terapia pessoal. Pego coisas da supervisão e coloco na terapia” (Participante 1). Além disso, muitas participantes enfatizaram a inclusão de atividades físicas e/ou espirituais em suas rotinas, considerando essas práticas essenciais para o equilíbrio emocional e para a redução dos efeitos do estresse. Uma participante explicou: “Eu busco sempre olhar pra mim, principalmente nesses atendimentos que são mais tocantes, e tento perceber o máximo possível que me afeta. A gente precisa encontrar momentos fora do trabalho que ajudem a separar essas questões” (Participante 3). Outra acrescentou: “Ter espaços que nos permitam refletir sobre o impacto emocional do trabalho é fundamental, porque o ambiente hospitalar nos exige muito emocionalmente” (Participante 6).

Outra estratégia de autocuidado mencionada foi a prática de rituais pessoais de despedida dos pacientes. Esses rituais podem incluir rever memórias e momentos significativos com a criança ou até mesmo permitir-se chorar e sentir a perda de forma genuína. Esses gestos permitem que os psicólogos processem a perda e elaborem o seu próprio luto de forma saudável. Como compartilhou uma das entrevistadas: “Sempre que eu tenho uma perda de paciente, principalmente quando tenho mais vinculação, eu choro, choro o dia inteiro, se for preciso. Mas faço o meu processo de despedida, lembro das fotos, das ações que construímos juntos. Isso me ajuda a lidar melhor com a perda e seguir em frente” (Participante 1). Outra destacou: “A gente tem que viver o sofrimento, porque faz parte, mas é essencial encontrar maneiras de se reorganizar para poder continuar” (Participante 5).

Adicionalmente, as entrevistadas destacaram a importância de manter uma separação clara entre vida pessoal e profissional, relatando que “desconectar-se” do ambiente hospitalar após o expediente contribui para a preservação da qualidade das relações pessoais e minimiza o impacto emocional do trabalho em sua vida privada: “Eu tento não levar o sofrimento do hospital para casa. Esse distanciamento é importante para que a gente consiga preservar a saúde mental e continuar no trabalho a longo prazo” (Participante 7). Essa prática foi considerada essencial para a manutenção da saúde mental e o bom desempenho profissional a longo prazo.

Discussão

Esta pesquisa teve como objetivo compreender a experiência dos psicólogos hospitalares no suporte ao luto de pacientes pediátricos em processo de finitude. As condutas e intervenções realizadas pelos psicólogos hospitalares na abordagem ao luto infantil buscam criar um espaço de expressão emocional e apoio à criança, considerando suas capacidades de compreensão e desenvolvimento cognitivo.

Segundo as entrevistadas no estudo, a utilização de recursos lúdicos é fundamental para criar um ambiente durante o atendimento que permita à criança abordar questões complexas, como a finitude, sem a rigidez das linguagens técnicas. Winnicott (1978) relata que o brincar é uma atividade central para o desenvolvimento emocional da criança, permitindo que ela explore e compreenda suas angústias. Nesse processo, o brincar se torna uma linguagem através da qual a criança pode simbolizar experiências e emoções difíceis. O lúdico é, portanto, um meio essencial para que a criança estabeleça conexões entre o mundo interno e externo, também promovendo um ambiente terapêutico que auxilia no processo de enfrentamento e elaboração de questões emocionais relacionadas ao luto (Valle, 2001; Farias et al., 2021).

Além da utilização do brincar como recurso terapêutico, outro aspecto destacado pelas psicólogas entrevistadas é a necessidade de adaptar a comunicação à faixa etária e às capacidades cognitivas de cada paciente. Kovács (1992) enfatiza que a compreensão da morte pela criança é um processo gradual, em que, aos poucos, ela assimila o caráter irreversível da finitude e as implicações emocionais dessa realidade. À medida que se desenvolve cognitivamente, a criança começa a integrar aspectos concretos e abstratos da morte, reconhecendo sua universalidade e inevitabilidade. Esse processo depende tanto da maturidade emocional quanto do ambiente de apoio oferecido pelos adultos, que devem validar e acolher seus sentimentos, promovendo uma compreensão mais saudável do luto (Alencar et al., 2022; Worden, 2013).

De acordo com Worden (2013), essa adaptação na comunicação envolve o reconhecimento das necessidades emocionais específicas de cada fase do desenvolvimento infantil, permitindo que o psicólogo utilize estratégias que auxiliem no processamento do luto de forma individualizada, respeitando o ritmo e as características do paciente. Ademais, a experiência do luto infantil em ambientes hospitalares no Brasil está profundamente entrelaçada com questões sociais, incluindo desigualdades econômicas, acesso limitado a cuidados de saúde e fatores culturais que influenciam como a morte e o sofrimento são percebidos e abordados. As psicólogas destacam a importância da flexibilidade e da capacidade de personalizar as condutas e intervenções, ajustando-as às necessidades de cada paciente. No ambiente hospitalar, a habilidade do psicólogo em se adaptar às necessidades específicas é essencial para oferecer um suporte psicológico eficaz (Cemin & Einsfeld, 2021; Franco & Santos, 2015).

Nesse contexto, a criação de um ambiente de confiança que proporcione abertura para a comunicação foi apontada como uma intervenção que contribui significativamente para que a criança se sinta segura e acolhida ao expressar seus sentimentos. Mazorra e Tinoco (2005) discutem que a comunicação honesta é um fator que ajuda a criança a elaborar o luto, possibilitando uma morte digna e humanizada. Valle (2001) acrescenta que as crianças que enfrentam a finitude precisam ter suas perguntas respondidas, pois o silêncio pode intensificar o medo e a sensação de abandono. Assim, quando o psicólogo se propõe a ser uma figura acolhedora e disponível, ele promove um espaço de apoio emocional fundamental para o desenvolvimento de uma relação terapêutica que auxilia a criança a se expressar e, conseqüentemente, a enfrentar o luto de maneira mais saudável (Neis et al., 2023).

Ressalta-se a importância que os psicólogos hospitalares atribuem ao respeito pela autonomia da criança durante o processo de finitude. Os profissionais, sempre que possível, buscam valorizar as preferências e decisões das crianças a respeito de como desejam passar o tempo, bem como as atividades que desejam realizar. Essa prática é orientada pela compreensão de que, ao permitir que a criança exerça algum controle sobre aspectos de sua experiência, o psicólogo contribui para um processo de elaboração do luto mais positivo e menos traumático (Gonçalves & Bittar, 2016).

Esse respeito pela autonomia infantil alinha-se com a literatura que aborda a importância da participação ativa da criança em seu próprio processo de enfrentamento da morte (Valle, 2001). A hospitalização já implica, para a criança, uma perda significativa de controle e um afastamento de seu meio familiar e cotidiano. Além disso, o adoecimento e o tratamento médico podem intensificar a percepção de perda de liberdade, levando a criança a sentir-se subjugada às decisões alheias, o que pode prejudicar sua capacidade de enfrentamento emocional. A possibilidade de realizar escolhas oferece à criança a chance de afirmar sua identidade e se sentir respeitada em suas preferências (Gonçalves & Bittar, 2016).

Contudo, a aplicação de algumas condutas e intervenções é permeada por desafios dentro do contexto hospitalar. Alguns familiares e profissionais de saúde apresentam resistência a uma abordagem que permita ao paciente pediátrico entender e participar de sua condição de maneira aberta. Esse comportamento, embora motivado pelo desejo de proteção do sofrimento, pode resultar em uma postura superprotetora que limita a expressão e autonomia infantil, exacerbando o sofrimento da criança ao criar um ambiente de silêncio (Torres et al., 1990). Tal atitude é, muitas vezes, motivada pela crença de que a criança deve ser poupada de informações dolorosas. No entanto, ao fazer isso, sua autonomia acaba sendo subestimada ou ignorada, o que compromete a elaboração do luto (Kóvacs, 1992; Valle, 2001).

Esse “silêncio protetor” pode agravar a angústia das crianças em processo de finitude, que, mesmo sem compreender plenamente a situação, percebem as mudanças ao seu redor e nos comportamentos dos adultos. Mazorra e Tinoco (2005) destacam que, embora muitos adultos acreditem que a criança deve ser poupada das realidades da morte, essa abordagem pode gerar mais medo e confusão, fazendo com que a criança se sinta isolada. Valle (2001) afirma que, ao enfrentar esse ambiente de omissão, o paciente experimenta uma frustração significativa, a qual intensifica seu sofrimento emocional, uma vez que ele percebe a gravidade da situação, mesmo que os adultos à sua volta evitem discuti-la.

Essa resistência decorre, em grande parte, de uma crença cultural de que a criança deve ser “protegida” do sofrimento, o que leva muitos adultos a evitarem falar sobre a gravidade da condição do paciente pediátrico. Alguns profissionais da saúde e familiares optam por manter o silêncio ou oferecer explicações vagas, acreditando que assim evitam agravar a angústia da criança em condição de finitude. No entanto, as entrevistadas ressaltam que esse silêncio pode gerar mais sofrimento do que a própria notícia da morte iminente, pois as crianças frequentemente percebem as mudanças no comportamento dos adultos e, ao sentirem-se isoladas, experimentam um luto confuso e mal elaborado (Torres et al., 1990).

Para muitos familiares e profissionais de saúde, existe uma dificuldade em reconhecer que um paciente pediátrico pode ter uma compreensão sobre a própria finitude. Conforme Kóvacs (1992), os adultos tendem a ver a criança como incapaz de conceber a irreversibilidade da morte, e, ao “protegê-la” desse entendimento, acabam privando-a de elaborar o próprio luto. Contudo, a literatura e os relatos dos psicólogos destacam que o silêncio em torno do tema apenas agrava o sofrimento infantil, criando um ambiente de isolamento emocional (Alencar et al., 2022; Mazorra & Tinoco, 2005).

Em contraste, as entrevistadas sublinham que a honestidade, quando adaptada ao nível de compreensão infantil, geralmente alivia a angústia da criança e facilita a elaboração do luto antecipatório. Estudos como o de Valle (2001) corroboram que uma comunicação transparente e ajustada à capacidade de entendimento da criança contribui para que ela enfrente o luto de maneira mais saudável. Essas práticas têm como objetivo garantir que as informações sejam transmitidas de forma compreensível, sem causar medo ou confusão, mas permitindo que a criança reconheça sua realidade e participe dela (Cardoso, 2007). Com isso, as entrevistadas destacaram a busca por encontrar maneiras alternativas de dialogar com a criança, respeitando as barreiras culturais e familiares presentes. Esse dilema – entre respeitar as crenças dos familiares e proporcionar à criança um espaço para compreender sua condição – exige uma grande capacidade de adaptação e sensibilidade por parte do psicólogo hospitalar (Alencar et al., 2022; Mazorra & Tinoco, 2005).

Além disso, o ambiente hospitalar, por estar profundamente imerso em uma lógica biomédica centrada na cura, cria um clima em que a morte é frequentemente vista como um “fracasso” do tratamento, dificultando o acolhimento necessário para lidar com o luto. Segundo Cardoso (2007), essa perspectiva influencia a atitude da equipe hospitalar, que tende a evitar discussões sobre a finitude e adota uma postura mais distante em relação aos aspectos emocionais do paciente terminal. Como resultado, o psicólogo hospitalar frequentemente se vê isolado em seu trabalho de apoio ao luto, enfrentando resistência ao tentar criar um espaço de comunicação transparente e empática.

Outro desafio mencionado pelos psicólogos é a estrutura hospitalar em si, que limita o suporte emocional para a criança e seus familiares. Normas relacionadas ao controle de infecções, restrições de visitas e a necessidade de gestão de leitos podem restringir o contato da criança com seus entes queridos, especialmente nos momentos finais. Segundo Torres et al. (1990), o hospital é um ambiente onde a criança é retirada de seu meio familiar e inserida em uma rotina institucional rígida, o que acentua o sentimento de separação e abandono. Essas limitações estruturais afetam não apenas o bem-estar da criança, mas também dificultam a atuação do psicólogo, que encontra restrições para implementar intervenções mais humanizadas e acolhedoras (Alencar et al., 2022; Maciel et al., 2022).

No contexto brasileiro, os desafios institucionais, culturais e sociais influenciam de maneira significativa a prática de acolhimento a pacientes pediátricos. Hospitais em diversas regiões do Brasil, mas comumente no setor público, operam com estruturas limitadas e frequentemente voltadas exclusivamente para o cuidado físico dos pacientes, sem considerar adequadamente o suporte psicológico e emocional. Essa limitação estrutural implica diretamente na atuação dos psicólogos hospitalares, que necessitam adaptar suas intervenções e encontrar estratégias alternativas para oferecer um acolhimento emocional adequado, mesmo em condições adversas (Cemin & Einsfeld, 2021; Pereira et al., 2021).

Esse enfoque técnico, apesar de necessário, tende a minimizar a relevância dos aspectos emocionais e sociais na experiência de morte, o que limita a capacidade dos psicólogos de oferecer um suporte emocional mais profundo e individualizado. Como enfatizado por uma das psicólogas entrevistadas, o contexto hospitalar “dificulta o acolhimento necessário nos momentos de perda,” uma vez que a lógica biomédica predominante prioriza os aspectos físicos e orgânicos do tratamento e, muitas vezes, negligencia a dimensão emocional do paciente. Muitos dos participantes relataram que, diante dessas barreiras, é necessário adaptar suas intervenções, respeitando as normas hospitalares e, ao mesmo tempo, acolhendo as necessidades emocionais da criança e dos familiares (Monteiro et al., 2022; Queiroz, 2023).

Para as psicólogas entrevistadas, a falta de integração entre as diversas áreas da equipe de saúde também representa um desafio, pois cada setor tem diferentes perspectivas sobre a melhor forma de lidar com a morte de pacientes pediátricos. Essa falta de alinhamento pode gerar conflitos e dificultar a implementação de um suporte ao luto que seja realmente eficaz e contínuo. A experiência dos participantes reforça a necessidade de uma abordagem interdisciplinar que permita uma atuação integrada e colaborativa, onde a criança e sua família possam receber o apoio emocional necessário ao longo do processo de finitude. Como Gonçalves e Bittar (2016) discutem, a integração entre os membros da equipe é essencial para oferecer um suporte emocional consistente.

A influência das questões de gênero na atuação de psicólogos hospitalares também merece destaque. A predominância feminina na profissão (Oliveira et al., 2021) contribui para a construção de um imaginário social que associa as mulheres ao cuidado e à empatia, reforçando expectativas de que as psicólogas devam estar sempre emocionalmente disponíveis. Esse

estereótipo pode dificultar a imposição de limites profissionais e gerar um acúmulo de demandas emocionais, impactando o bem-estar dessas psicólogas (Souza et al., 2024).

Durante sua atuação, conforme relatado pelos participantes da pesquisa, os psicólogos hospitalares buscam promover uma abordagem mais humanizada no hospital. O destaque dado à recuperação física pode gerar uma “despersonalização” do paciente pediátrico, que é visto, muitas vezes, apenas sob a perspectiva de sua doença, enquanto seus sentimentos e necessidades emocionais são subestimados (Cardoso, 2007). O psicólogo, ao atuar como um agente que favorece o reconhecimento desses aspectos emocionais, contribui para que as crianças internadas se sintam valorizadas e respeitadas em sua totalidade, e não apenas como “paciente”.

Além de humanizar o cuidado, os psicólogos também atuam como suporte essencial para a equipe de saúde, que muitas vezes enfrenta dificuldades em lidar com a morte de pacientes pediátricos. Esse distanciamento emocional, adotado por alguns profissionais como uma forma de proteção, pode comprometer a qualidade do atendimento ao paciente, que já se encontra fragilizado e percebe a falta de acolhimento e empatia (Torres et al., 1990). Ao abrir espaço para que a equipe expresse suas próprias dificuldades e ansiedades em relação à finitude, os psicólogos contribuem para criar um ambiente de cuidado emocional mais equilibrado, beneficiando não só os pacientes, mas também o bem-estar dos profissionais (Queiroz, 2023).

Para sustentar essa abordagem humanizada e lidar com os desafios emocionais do trabalho, os psicólogos hospitalares recorrem a diversas estratégias de autocuidado, essenciais para preservar sua saúde mental e garantir um suporte contínuo e sensível aos pacientes e suas famílias ao longo do processo de finitude. Dessa forma, o autocuidado torna-se um alicerce fundamental para uma atuação sustentável, permitindo que os psicólogos atendam às necessidades emocionais dos pacientes sem comprometer seu próprio bem-estar (Pereira et al., 2021).

Entre essas estratégias, as redes de apoio, tanto no ambiente de trabalho quanto fora dele, foram apontadas pelos profissionais como fundamentais para seu bem-estar. Algumas entrevistadas relataram que compartilhar experiências e buscar suporte emocional com colegas é uma prática indispensável para enfrentar as dificuldades e desafios diários do ambiente hospitalar. Essas redes de apoio pessoal e profissional criam um espaço seguro para a troca de emoções e vivências, permitindo que os psicólogos processem suas experiências de maneira construtiva. A presença de colegas, amigos e familiares que compreendem a natureza do trabalho contribui para reduzir o risco de isolamento, promovendo um senso de pertencimento e suporte, elementos importantes para a resiliência profissional (Franco, 2015).

Além das redes de apoio, a supervisão clínica e o acompanhamento terapêutico pessoal são práticas frequentemente adotadas, permitindo que os psicólogos reflitam sobre suas próprias emoções e lidem com os desafios inerentes ao trabalho com o luto infantil. Liberato (2015) ressalta que a exposição prolongada ao sofrimento e à finitude exige que o psicólogo aprenda a respeitar suas próprias limitações e desafios emocionais, bem como os dos pacientes. Esse respeito mútuo, tanto ao sofrimento do paciente quanto ao do profissional, é essencial para evitar que o psicólogo se desgaste a ponto de comprometer sua capacidade de atender de forma empática. Nesse sentido, a supervisão clínica não apenas apoia o desenvolvimento técnico, mas também fornece um espaço seguro onde o psicólogo pode expressar e lidar com o próprio sofrimento. A terapia pessoal complementa essa prática, ajudando o psicólogo a manter o equilíbrio emocional e a diferenciar suas questões das dos pacientes, como ressaltado por uma das entrevistadas: “A terapia pessoal é essencial para que eu consiga separar o sofrimento dos meus pacientes do meu próprio” (Souza et al., 2024).

Outra estratégia mencionada é a realização de rituais pessoais de despedida dos pacientes, uma prática que auxilia os psicólogos a processar e elaborar o luto de maneira saudável. Esses rituais podem incluir momentos de reflexão sobre a relação com o paciente, relembrando memórias significativas ou permitindo-se expressar a tristeza pela perda. Kovács (1992) aponta que, ao reconhecer e acolher suas próprias emoções em relação à morte dos pacientes, o psicólogo consegue lidar com a experiência de perda sem comprometer sua capacidade de apoiar outras crianças e suas famílias no futuro. A importância de os profissionais aprenderem a lidar com o luto pessoal também é destacada por Franco (2015), que afirma que o processamento da dor e das emoções ligadas ao trabalho com pacientes em estado terminal é essencial para manter a resiliência e prevenir o esgotamento emocional.

A manutenção de uma separação clara entre a vida pessoal e a vida profissional é outra estratégia fundamental mencionada pelas entrevistadas, como uma forma de proteger suas relações pessoais e sua saúde emocional. Não há como manter uma relação baseada na neutralidade diante dos atendimentos vivenciados, mas é possível preservar as individualidades e os limites do *setting* terapêutico (Liberato, 2015). Essa atitude ajuda a prevenir o impacto negativo do trabalho na vida privada, permitindo ao psicólogo “desconectar-se” do ambiente hospitalar e recuperar a energia emocional necessária para continuar seu trabalho. O estabelecimento de limites claros entre o trabalho e a vida pessoal é, portanto, uma estratégia que previne o desgaste emocional e o adoecimento a longo prazo (Monteiro et al., 2020).

A prática de atividades físicas e espirituais também foi mencionada por algumas psicólogas entrevistadas como uma forma importante de autocuidado e equilíbrio emocional. Exercícios físicos são amplamente reconhecidos como eficazes para aliviar o estresse e promover o bem-estar psicológico. Para alguns profissionais, a conexão com práticas espirituais também é essencial, pois oferece uma perspectiva de paz e aceitação diante da morte. As práticas espirituais podem proporcionar conforto emocional e uma compreensão mais ampla da experiência da morte, auxiliando os profissionais a

lidar de forma mais equilibrada com o processo de finitude de seus pacientes (Mazorra & Tinoco, 2005). Essas atividades promovem um bem-estar geral que contribui para que os psicólogos enfrentem as demandas emocionais do ambiente hospitalar de maneira mais eficaz e sustentável.

Também é importante destacar que a feminização da psicologia resulta em uma associação direta entre gênero e funções de cuidado, influenciando a experiência das psicólogas hospitalares no manejo de situações de finitude, como o luto infantil. Esse estereótipo de que as mulheres possuem maior aptidão para lidar com questões emocionais intensas pode gerar sobrecarga emocional e desgaste, pois as expectativas de dedicação e empatia não são acompanhadas de suporte institucional adequado (Souza et al., 2024). Reconhecer o impacto dessas questões de gênero no trabalho das psicólogas é crucial para garantir que políticas públicas e institucionais promovam o autocuidado e o equilíbrio emocional dessas profissionais, assegurando, assim, um atendimento mais eficaz e humanizado aos pacientes e suas famílias.

Considerações Finais

Este estudo evidencia a relevância da atuação dos psicólogos hospitalares no processo de luto de pacientes pediátricos, destacando a complexidade e os desafios envolvidos nesse contexto. Com uma prática voltada para a expressão emocional e o respeito à autonomia infantil, os psicólogos hospitalares vão além do cuidado físico, integrando o acolhimento psíquico e social às crianças. Recursos lúdicos e uma comunicação adaptada às capacidades cognitivas dos pacientes permitem que a criança compreenda e participe de seu processo de finitude, vivenciando-o de forma menos traumática. Em um ambiente hospitalar predominantemente centrado na lógica biomédica, essas práticas são essenciais para que o luto seja abordado de maneira acolhedora.

Os desafios, contudo, são significativos. A resistência de familiares e até de outros profissionais em permitir que as crianças enfrentem sua condição de maneira consciente pode dificultar a elaboração do luto. Embora esse comportamento protetor tenha uma intenção positiva, ele pode agravar o sofrimento infantil ao criar um ambiente de silêncio, onde a criança não consegue compreender plenamente sua situação e expressar suas angústias. Além disso, restrições institucionais, podem limitar o contato entre a criança e seus familiares nos momentos finais, intensificando sensações de abandono e solidão.

Para lidar com os desafios, os psicólogos hospitalares recorrem a abordagens flexíveis e estratégias de autocuidado essenciais para sustentar sua prática em um ambiente emocionalmente exigente. O apoio de redes de suporte, a supervisão clínica e o acompanhamento terapêutico pessoal são recursos fundamentais que ajudam os profissionais a processar suas próprias emoções e a manter o equilíbrio necessário para atuar com empatia e resiliência. Além disso, muitos psicólogos incorporam rituais pessoais de despedida para elaborar o luto dos pacientes que acompanham, o que lhes permite lidar de forma saudável com a perda e continuar oferecendo suporte adequado a outros pacientes.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de políticas institucionais e práticas de saúde que promovam uma abordagem interdisciplinar e humanizada, de modo que a equipe hospitalar, incluindo psicólogos, ofereça um suporte integral ao paciente pediátrico. A criação de protocolos claros e o incentivo à humanização do ambiente hospitalar podem transformar o espaço de cuidado em um local mais acolhedor, que respeite a criança como sujeito ativo em seu processo de finitude. Esse reconhecimento institucional do cuidado emocional é fundamental para que as crianças tenham o direito de participar conscientemente de sua condição, amparadas por uma comunicação aberta e sensível.

Em conclusão, as implicações apontam para a necessidade de uma abordagem estruturada e sensível ao luto infantil no ambiente hospitalar, com políticas que apoiem tanto o cuidado emocional aos pacientes quanto o bem-estar dos profissionais. A flexibilidade de normas e a conscientização sobre o papel dos psicólogos na abordagem da finitude infantil podem contribuir para uma intervenção mais empática e eficaz.

Apesar das contribuições importantes, este estudo apresenta algumas limitações. A amostra restrita a sete psicólogas hospitalares de uma única cidade pode limitar a generalização dos resultados para outros contextos e realidades hospitalares. Além disso, a técnica de recrutamento utilizada (bola de neve) pode ter resultado em um grupo de participantes com características semelhantes, reduzindo a diversidade das perspectivas. A abordagem qualitativa, embora permita uma análise aprofundada, dificulta a comparação com outras populações. A presença apenas de mulheres na amostra também não possibilita a verificação de diferenças de gênero na atuação profissional. Sugere-se, portanto, que estudos futuros ampliem a amostra, considerem contextos hospitalares variados e utilizem abordagens metodológicas mistas para enriquecer a compreensão sobre a atuação dos psicólogos no suporte ao luto infantil e fortalecer as políticas e práticas voltadas para esse contexto.

Referências

Alencar, S. L. S. (2011). *A experiência do luto em situações de violência: Entre duas mortes* [Tese de Doutorado, Pontifícia Católica de São Paulo]. Repositório de Teses e Dissertações da PUC SP. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/16919>

- Alencar, V. O., Nascimento, I. R. C. D., Santos, I. B., & Almeida, L. M. P. (2022). Compreensão da morte no olhar de crianças hospitalizadas. *Revista Bioética*, 30(1), 63-71. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301507PT>
- Campos, F. P., Pegorin, L. C., Silva, N. X., & Tozati, L. P. (2023). Os impactos da pandemia para a elaboração do luto infantil: Uma revisão de literatura. *Vínculo: Revista do NESME*, 20(1), 66-72. <https://doi.org/10.32467/issn.1982-1492v20n1a8>
- Cardoso, F. T. (2007). Câncer infantil: Aspectos emocionais e atuação do psicólogo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10(1), 25-52. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100004
- Cardoso, M. R. G., Oliveira, G. S., & Ghelli, K. G. M. (2021). Análise de conteúdo: Uma metodologia de pesquisa qualitativa. *Cadernos da FUCAMP*, 20(43), 98-111. <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2347>
- Cemin, T. M., & Einsfeld, P. (2022). Luto antecipatório: Implicações e percepções culturais. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 11, 1-14. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2022.e4074>
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) nos serviços hospitalares do SUS*. <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-nos-servicos-hospitalares-do-sus/>
- Farias, R. C. R., Farias, R. R., Leal, S. S. I., & Rodrigues, É. V. (2021). Luto na infância: A perda através da literatura infantil. *Research, Society and Development*, 10(8), 1-6
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.16908>
- Franco, M. G. S. E. C., & Santos, N. N. (2015). Desenvolvimento da compreensão emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 339-348. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032099339348>
- Franco, M. H. P. (2015). *A intervenção psicológica em emergências: Fundamentos para a prática*. Summus.
- Gonçalves, P. C., & Bittar, C. M. L. (2016). Estratégias de enfrentamento no luto. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 24(1), 39-44. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-835048>
- Kentor, R. A., & Kaplow, J. B. (2020). Supporting children and adolescents following parental bereavement: guidance for health-care professionals. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(12), 889-898. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30184-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30184-X/abstract)
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. Casa do Psicólogo.
- Liberato, R. (2015). O luto do profissional de saúde: A visão do psicólogo. In G. Casellato (Org.), *O resgate da empatia: Suporte psicológico ao luto não reconhecido* (Cap. 8, pp. 155-182). Summus Editorial.
- Lima, A. L. B., Vieira, S. L., & Vidal, E. M. (2023). Escolas invisíveis: O direito à educação sob condições precárias no ensino médio do Ceará. *Interfaces da Educação*, 13(39), 191-211. <https://doi.org/10.26514/inter.v13i39.5479>
- Maciel, S. M., Cardoso, G. M., Monari, F. F., Magalhães, F. C., & Oliveira, A. J. (2022). Vivências dos familiares sobre a hospitalização de crianças em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Enfermagem em Foco*, 13, e-202234. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202234>
- Mazorra, L., & Tinoco, V. (2005). *Luto na infância*. Editora Livro Pleno.
- Mello, G. R. E., Lima, L. P., & Mota, D. C. B. (2021). Percepções e vivências do luto infantil: Uma revisão narrativa da literatura brasileira. *Revista Saber Digital*, 14(1), 70-88. <https://doi.org/10.24859/SaberDigital.2021v14n1.940>
- Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2020). Percepção dos profissionais da saúde sobre a morte de pacientes. *Revista Subjetividades*, 20(1), 1-13. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i1.e9164>

- Monteiro, D. T., Rolim, D. S., Silva, H. T., & Siqueira, A. C. (2022). Limitação terapêutica para crianças: Revisão sistemática sobre final de vida. *Revista Bioética*, 30(4), 851–862. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304575PT>
- Neis, M., Issi, H. B., Motta, M. G. C., Rocha, C. M. F., & Carvalho, P. R. A. (2023). Vivências de familiares diante da finitude da criança no processo de adoção de cuidados paliativos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220174.pt>
- Oliveira, F. G. N., & Abrantes, D. S. S. (2020). O autocuidado do psicólogo hospitalar frente à finitude de seus pacientes. *Revista Arquivos Científicos*, 3(2), 18-26. <https://doi.org/10.5935/2595-4407/rac.immes.v3n2p18-26>
- Oliveira, L. R., Barros, S. C., Santos, A. O., Penna, W. P., & Veiga, L. M. A. (2021). Da Psicologia como profissão feminina à psicologia feminista: Criando novos modos e novas epistemologias a partir do feminismo negro. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 16(3), 1–10. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082021000300013
- Pereira, L. A. G., Barros, D. A., Klinger, E. F., Oliveira, D. P., Oliveira, L. F., Schreder, G. L., Lopes, J. M., & Cabral, P. M. (2021). Atendimento ao luto na infância: Percepções e estratégias utilizadas pelo psicólogo. *International Journal of Development Research*, 11(11), 52204-52212. <https://www.journalijdr.com/atendimento-ao-luto-na-inf%C3%A2ncia-percep%C3%A7%C3%B5es-e-estr%C3%A9gias-utilizadas-pelo-psic%C3%B3logo>
- Queiroz, A. S. (2023). *Consciência da finitude: Uma análise da experiência de pacientes em cuidados paliativos*. [Trabalho de Conclusão de Residência]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012, 12 de dezembro). Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. (2016, 7 de abril). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>
- Sandall, H., Queiroga, F., & Gondim, S. M. G. (2022). Quem somos? Caracterizando o perfil das(os) psicólogas(os) no Brasil. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Quem faz a psicologia brasileira? Para construir o futuro: Formação e inserção no mundo do trabalho* (Vol. 1, pp. 42–53). CFP.
- Santos, J. S., & Soares, A. C. P. (2022). Terapia cognitivo comportamental e suas contribuições para a abordagem do luto infantil. *Ensaio USF*, 5(2), 1-14. <https://doi.org/10.24933/eusf.v5i2.221>
- Sarmiento, M., & Pinto, M. (1997). *As crianças: Contextos e identidades* (pp. 7–30). Universidade do Minho.
- Sena, J., & Melo, C. (2023). Lutos em cuidados paliativos e oncologia pediátrica: Uma revisão integrativa. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 24(3), 807-818.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença*. Casa do Psicólogo.
- Siqueira, F. Q., & Freitas, L. B. L. (2022). Formação de professores e valores essenciais à educação em uma sociedade democrática. *Psicologia Escolar e Educacional*, 26, 1-10. <https://doi.org/10.1590/2175-35392022233863>
- Souza, L. R., Silveira, F. M., & Rodrigues, M. A. C. (2024). Desafios da atuação da psicologia hospitalar na atualidade brasileira. *Cognitionis Scientific Journal*, 7(2), 1-16. <https://doi.org/10.38087/2595.8801.480>
- Stone, A. S., & Farias, C. P. (2024). Cuidado, controle e contemporaneidade: Considerações sobre a relação adulto-criança. *Revista Subjetividades*, 24(2), 1-11. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v24i2.e13104>

- Torres, W. C., Guedes, W. G., Torres, R. C., & Ebert, T. H. (1990). A criança terminal: Vivência no luto antecipado. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 42(1), 31–36. <https://periodicos.fgv.br/abp/article/view/21732>
- Trois, J. F. M., & Wendt, E. (2022). Luto infantil: Trilhando o caminho de mãos dadas. *Diaphora*, 11(2), 43-47. <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/398>
- Valle, E. R. M. (2001). *Psico-oncologia pediátrica*. Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1978). *A criança e seu mundo* (6a ed.). LTC.
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais da saúde mental*. Roca.

Como citar:

Morais, C. B., & Siqueira, F. Q. (2025). Experiência de Psicólogas Hospitalares no Suporte ao Luto da Criança em Finitude. *Revista Subjetividades*, 25(2), e15638. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v25i2.e15638>

Endereço para correspondência:

Caroline Barbosa de Moraes
E-mail: carolinebarbosa1703@gmail.com

Felipe Queiroz Siqueira
E-mail: felipeqsiqueira@gmail.com



Recebido em: 06/12/2024.

Aceito em: 08/05/2025.