

UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

Abigail de Oliveira Dias - R.A.: G1851D0
Ana Caroline Sacramento Pereira - R.A.: F006760
Giulia Berton Rizzo - R.A.: G2113F2
Lara Steffens Parisoto - R.A.: G368DA5

NOTA 10

**INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO TRATAMENTO DE
CRIANÇAS EM CUIDADOS PALIATIVOS EM ESTADO TERMINAL**

Campus Chácara Santo Antônio III
São Paulo - 2025

UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

Abigail de Oliveira Dias - R.A.: G1851D0
Ana Caroline Sacramento Pereira - R.A.: F006760
Giulia Berton Rizzo - R.A.: G2113F2
Lara Steffens Parisoto - R.A.: G368DA5

**INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO TRATAMENTO DE
CRIANÇAS EM CUIDADOS PALIATIVOS EM ESTADO TERMINAL**

Projeto de Pesquisa apresentado para o Plano de Estudos Orientados - PEO do Curso de Psicologia da Universidade Paulista - UNIP, sob a orientação do Prof.º Me. Gustavo Nascimento.

Campus Chácara Santo Antônio III
São Paulo - 2025

Em homenagem a Pablo Henrique Bispo Rocha (19/03/2014 – 24/05/2025), cuja partida, ocorrida durante o desenvolvimento desta pesquisa, ressignificou profundamente o sentido deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo fundamentar a atuação do psicólogo hospitalar no tratamento de crianças em estado paliativo terminal sob a perspectiva junguiana. Nessa abordagem, destaca-se a importância do trabalho integrado com a equipe multidisciplinar e da compreensão do processo de luto, tanto durante o adoecimento quanto após o falecimento, como aspectos centrais da intervenção psicológica. Consideram-se também os estigmas sociais que permeiam a finitude e que influenciam diretamente o curso do tratamento e as vivências emocionais dos envolvidos. Sob a perspectiva analítica, a atuação do psicólogo baseia-se na criação de espaços que favorecem a expressão do inconsciente por meio de recursos como a análise de sonhos, o brincar, a imaginação ativa, a arteterapia, os contos e as narrativas, e na leitura simbólica dessas manifestações. Tais práticas possibilitam a oferta de conforto psíquico dentro das limitações impostas pela condição clínica, preservando a totalidade e a dignidade do paciente. Ademais, enfatiza-se a relevância de um olhar humanizado e da valorização da subjetividade na condução dos casos, assim como a necessidade do acompanhamento conjunto à família, de modo a favorecer a integridade emocional de todos os envolvidos no processo de adoecimento.

Palavras-chave: Psicologia hospitalar. Cuidados paliativos. Criança. Luto. Perspectiva junguiana.

ABSTRACT

This paper aims to provide a theoretical foundation for the role of the hospital psychologist in the treatment of children in terminal palliative care from a Jungian perspective. In this approach, the importance of integrated work with the multidisciplinary team and the understanding of the grieving process—both during the illness and after death—is highlighted as a central aspect of psychological intervention. Social stigmas surrounding finitude, which directly influence the course of treatment and the emotional experiences of those involved, are also taken into consideration. From an analytical perspective, the psychologist's work is based on creating spaces that foster the expression of the unconscious through resources such as dream analysis, play, active imagination, art therapy, stories, and narratives, as well as on the symbolic interpretation of these manifestations. Such practices make it possible to offer psychological comfort within the limitations imposed by the clinical condition, while preserving the wholeness and dignity of the patient. Furthermore, the relevance of a humanized approach and the appreciation of subjectivity in case management are emphasized, as well as the need for joint support of the family, in order to promote the emotional integrity of all those involved in the illness process.

Keywords: Hospital psychology. Palliative care. Child. Grief. Jungian perspective.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVO GERAL	8
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4. HIPÓTESES	8
5. JUSTIFICATIVA	10
5.1 Métodos	11
5.2 Sujeitos	11
5.3 Instrumentos	12
5.4 Aparatos	12
6. DESENVOLVIMENTO	13
6.1 Psicologia Hospitalar	14
6.1.1 Cuidados Paliativos	15
6.1.2 A Morte	16
6.2 Abordagem Analítica Junguiana	19
6.2.1 Atuação do psicólogo a partir da abordagem analítica	22
6.2.2 Análise dos sonhos sob a perspectiva junguiana	23
6.2.3 Imaginação Ativa sob a perspectiva junguiana	27
6.2.4 O Brincar sob a perspectiva junguiana	28
6.2.4.1 Jogo de Areia - Sandplay	31
6.2.5 A Arteterapia sob a Perspectiva Junguiana	32
6.2.6 Sintomas psicossomáticos sob a perspectiva Junguiana	34
6.3 Contos, fábulas e histórias como ferramenta terapêutica	36
6.4 A religiosidade como recurso terapêutico	37
6.5 O funcionamento do psicólogo perante a equipe interdisciplinar	39
6.6 Processo De Luto	42
7. DISCUSSÃO	48
8. CONCLUSÃO	54
9. REFERÊNCIAS	60

1. INTRODUÇÃO

A morte faz parte do ciclo natural da vida e, portanto, será experienciada por todos. Falar sobre ela, no entanto, é um desafio, uma vez que não há certezas de como se faz a experiência de morrer e das crenças do que ocorre depois disso. Associa-se morte com o sofrimento, de perder a própria vida ou a de entes queridos. Portanto, facilitar os processos relacionados à morte é de interesse universal.

Quando se trata desse assunto, é mais comum a propagação da informação em relação a morte de adultos, e principalmente de idosos, por ser esperada como consequência do envelhecimento, porém o adoecimento e morte de crianças acontece e é raro encontrar informações aprofundadas sobre os cuidados com crianças em estado terminal.

De acordo com uma estimativa da OMS em 2022, pelo menos 8 milhões de crianças no mundo necessitam de cuidados paliativos especializados, e que aproximadamente 21 milhões de crianças poderiam ser beneficiadas por esse tipo de assistência. A mesma organização (2018) define cuidados paliativos como:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais. Compreende-se como doença grave e ameaçadora à vida qualquer doença aguda ou crônica, ou diversas condições de saúde que estão relacionadas a um alto grau de mortalidade, com prejuízos à qualidade de vida e funcionalidade da pessoa, decorrentes de sintomas ou tratamentos, acarretando dependência de cuidados é possível sobrecarga do cuidador responsável. (OMS, Manual de Cuidados Paliativos: 2ª edição revisada e ampliada. Setembro de 2023. Pág. 12).

Diante desses dados, nossa pesquisa tem por objetivo esclarecer as hipóteses sobre a atuação do psicólogo com a psicologia analítica, abordar o luto no processo, e delimitar o funcionamento das equipes multidisciplinares nesse contexto.

Para a psicologia analítica, falar sobre morte é falar sobre vida, uma vez que essa, faz parte da experiência vital. Segundo Jung (1959), fundador dessa abordagem, a morte deve ser considerada como um objetivo, pois fugir dela seria esquivar-se da vida e de seus propósitos.

Para Jung, (1981), o inconsciente não é passível de contato direto, ele se dá a conhecer apenas pela consciência a partir da interpretação de seus símbolos. A

expressão das crianças é majoritariamente simbólica, por não terem desenvolvido suas funções superiores suficientemente para interpretar racionalmente e expressar seus desejos e angústias de maneira clara. Durante o final do segundo ano e o início do terceiro ano de vida, o self se estabiliza no inconsciente da criança e começa a se manifestar através dos símbolos da totalidade, sendo eles, figuras humanas, figuras divinas, natureza geométrica e numérica. Sendo assim, é a partir da interpretação desse conteúdo simbólico, frente ao enfrentamento da doença, que se produzirá um norte na busca da diminuição do sofrimento (Jung, 1981).

O luto é um processo natural da condição humana, e a elaboração da perda é diferente para cada indivíduo, no que diz respeito a sua duração e variedade de emoções que podem ser experienciadas (2011). No contexto de uma morte infantil, o luto é vivenciado pela própria criança, podendo ser tanto pela sua morte física quanto pela perda de aspectos de sua vida que são impossibilitados devido à doença, como o convívio com pessoas próximas, rotina, sonhos que não poderão ser realizados etc. Dentre aqueles que acompanham a criança durante o final de sua vida, os familiares podem vivenciar o luto antecipatório, devido a aproximação da perda do filho, que se estenderá para depois do falecimento, além da família, a equipe multidisciplinar pode se sensibilizar com o sofrimento da família, entrar em contato com sua impotência e, ainda, enlutar-se diante da morte de seus pacientes.

Diante disso, a psicologia analítica adota uma postura ativa e acolhedora, que considera as múltiplas dinâmicas psíquicas, respeitando as reações e maneiras de experienciar a perda, a dor e o luto. Seu papel, no entanto, não se limita ao acompanhamento com a criança e a família, se estende para o auxílio e comunicação com a equipe multidisciplinar, indispensáveis para o funcionamento dos cuidados paliativos.

Uma vez que os cuidados paliativos buscam tratar o paciente de forma integrativa, nos âmbitos físico, emocional, psicológico e espiritual, faz-se necessário a colaboração de diversos profissionais, buscando um olhar global do caso, com o único objetivo de encontrar novas possibilidades que confortem a criança e seus familiares. O psicólogo trabalha nesse meio, comunicando os aspectos psicológicos e emocionais para os outros profissionais, e preparando a família e paciente para o recebimento de notícias.

É através da formação de uma equipe interdisciplinar mínima, que é acionada de acordo com as necessidades percebidas pelos profissionais que atuam na

assistência do paciente (FRANCO EC,2020). Isso significa que, os integrantes que compõem a equipe são convocados de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente, e então, o tratamento se expande ao longo do tempo em que os membros da equipe solicitam outras perspectivas e especialidades.

Logo, a atuação do psicólogo se centra no alívio do sofrimento do paciente e sua família, facilitando o processo de adaptação à doença. Esse profissional tem como competências a intervenção nas necessidades emocionais que podem acometer o sujeito diante do seu contato com a morte e proporcionar sua autonomia e resolução de pendências.

Conclui-se que o trabalho se faz necessário à medida que procura expandir o conhecimento e debate diante dos cuidados paliativos pediátricos, contribuindo para a promoção da aceitação da morte iminente e facilitando essa experiência para os sujeitos doentes e seus familiares. Iremos buscar as melhores práticas existentes no mercado visando beneficiar a sociedade.

2. OBJETIVO GERAL

Intervenção do psicólogo hospitalar no tratamento de crianças em cuidados paliativos em estado terminal.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. 1. A atuação do psicólogo hospitalar nesse contexto a partir da abordagem analítica.
2. 2. O funcionamento da equipe multidisciplinar.
3. 3. O processo do luto.

4. HIPÓTESES

A criança, muitas vezes não compreende racionalmente o que acontece na sua realidade em totalidade, como também, não possui ferramentas suficientes para se expressar verbalmente de maneira clara, ainda mais quando diz respeito a assuntos profundos e subjetivos que precisam de elaboração, como a morte, a

existência e o sentido das coisas, assuntos comuns nesse contexto doença terminal.

A criança, ao ilustrar, brincar, contar uma história, se expressa, elabora sua realidade, angústias e desejos, transforma e propõe novas possibilidades. Portanto, sua expressão é simbólica.

Para a psicologia analítica essa expressão, não racional e simbólica, é conteúdo do inconsciente, individual e/ou coletivo. Portanto, o psicólogo baseado nessa abordagem, visa favorecer a expressão da criança, a partir de técnicas como Sandplay, ilustrações, contação lúdica, análise de sonhos... Tal expressão ajuda na elaboração da realidade existente: as repercussões decorrentes da doença e da hospitalização, o luto de sua rotina, vigor físico, amigos e da própria vida. Para além de proporcionar tal espaço terapêutico, é função do psicólogo observar e interpretar o conteúdo apresentado pela criança, sendo ele um conteúdo latente ou manifesto, a fim de compreender quais são suas necessidades para tentar viabilizá-las.

Falar sobre morte, é tocar um assunto de dimensão coletiva. A psicologia analítica estuda arquétipos do inconsciente coletivo, comuns a todos, como a morte, e, portanto, está familiarizada com imagens, padrões psíquicos e de comportamento relacionados ao tema. O psicólogo, portanto, está atento aos conteúdos relacionados a vida individual da criança, suas vivências, cultura, contexto socioambiental, como também, aborda como o ser humano se relaciona com a morte.

A família, ou os cuidadores, são o núcleo do convívio da criança e, portanto, suas interações são importantes para o bem-estar dela. Portanto, é essencial que haja o acompanhamento psicológico com a família, tanto para auxiliar na elaboração do luto, como para criar ferramentas para acolher a criança. Para os adultos a expressão por meio da comunicação verbal é mais acessível, o que não impede que as outras ferramentas citadas acima sejam utilizadas.

A criança em estado terminal é assistida pela equipe de cuidados paliativos que promovem cuidados integrativos, nos âmbitos físico, psíquico, emocional e espiritual, a fim de proporcionar maior dignidade de vida para os pacientes. Para tanto, a equipe multidisciplinar é fundamental para possibilitar uma visão global do caso, e assim, evitar psicologismo, por parte do psicólogo, e/ou medicalização, por parte dos médicos. Com mais profissionais envolvidos, há mais recursos para encontrar novas possibilidades que confortem a criança e sua família.

Todos que passam pelo luto atravessam alguns estágios que levam a aceitação, que são manifestados de maneiras diferentes.

Acreditamos que o processo de luto da criança e dos seus responsáveis não se inicia apenas após a morte da criança, mas pode surgir durante seus cuidados paliativos, uma vez que a morte já é uma certeza próxima. Também existe a possibilidade de a criança entrar em um processo de luto, principalmente pela perda do que já existe na vida dela, como seu lar, a rotina, o vigor físico, e seus relacionamentos. Cada criança vai acessar o luto de maneira diferente, dependendo de sua capacidade de compreensão da realidade, de acordo com sua idade, cognição, amadurecimento emocional, tradição cultural etc.

Apesar da relação entre a equipe multidisciplinar e a criança ser de caráter profissional, o cuidado diário proporciona a criação de vínculo, deste modo, a equipe também sofre um processo de luto.

5. JUSTIFICATIVA

A escolha do tema sobre o papel do psicólogo hospitalar no acompanhamento de crianças em estado terminal se deu a partir da vontade de investigar um assunto pouco explorado. A morte é um tabu social, devido ao seu mistério e torna-se ainda mais enigmática, quando se trata de crianças, uma vez que no ciclo natural da vida, a morte é esperada como consequência do envelhecimento.

Para o desenvolvimento, escolhemos a psicologia analítica para fundamentar teoricamente nosso trabalho. Partimos do pressuposto que o psicólogo só pode proporcionar melhorias na qualidade de vida da criança, se estiver apto para falar sua linguagem: a simbólica.

Para Jung, fundador da psicologia analítica, “parte de inconsciente consiste, portanto, de uma profusão de pensamentos, imagens e impressões provisoriamente ocultos e que, apesar de terem sido perdidos, continuam a influenciar nossas mentes conscientes” (Jung, 2016, p. 35). A psicologia analítica, portanto, debruça-se nos símbolos provenientes do inconsciente pessoal e coletivo, buscando interpretá-los, além de propor técnicas que viabilizam sua expressão. Além disso, o

papel do psicólogo se estende para o acompanhamento dos responsáveis, e facilita a compreensão da equipe multidisciplinar sobre a situação psicológica do paciente.

Com a leitura de materiais sobre a morte e cuidados paliativos, nota-se a falta de aprofundamento sobre os cuidados paliativos pediátricos, portanto, além de contribuir para nossa formação, nos aproximando do ambiente hospitalar e permitindo maior compreensão sobre o funcionamento de equipes multidisciplinares, temos o objetivo de contribuir para a sociedade, gerando mais tecnologias sobre o tema, a fim de auxiliar a equipe multidisciplinar e os psicólogos hospitalares que atuam nesses casos, como os familiares, trazendo mais mecanismos para lidarem com esse contexto de maneira que cause menos sofrimento.

Por fim, ao mostrar a realidade desse contexto e sua relevância no mundo atual, buscamos auxiliar as famílias que vivem essa realidade, além de favorecer debates entre profissionais e estudantes da área da saúde, a fim de gerar práticas inovadoras que possam contribuir para a sociedade, buscaremos as melhores

5.1 Métodos

A metodologia utilizada para a realização do trabalho será a pesquisa bibliográfica, que a partir de levantamento e discussão de artigos e textos, visa investigar a intervenção do psicólogo hospitalar no tratamento de crianças em cuidados paliativos em estado terminal.

5.2 Sujeitos

Para esta pesquisa, optamos por seguir o modelo de pesquisa bibliográfica, que consiste na realização de um estudo voltado à compreensão de crianças em estado terminal, de seus familiares e dos profissionais de saúde que atuam no cuidado dessas crianças em contexto de cuidados paliativos. A pesquisa seguirá a perspectiva da Psicologia Analítica, com base nos escritos de Carl Gustav Jung, seu fundador, bem como de autores contemporâneos que aprofundam e atualizam seus conceitos.

Essa abordagem enfatiza os aspectos simbólicos e a relação entre o consciente e o inconsciente, nos quais se manifestam os arquétipos que estruturam a psique humana. Em sua teoria, Jung busca compreender o indivíduo em sua totalidade e suas reações diante das influências dos arquétipos — imagens e

símbolos de origem coletiva que compõem o inconsciente coletivo. O autor interpreta os símbolos considerando tanto as experiências pessoais quanto os significados universais e atemporais (CIPRIANO, 2023).

5.3 Instrumentos

Para a construção teórica do trabalho, foram utilizados artigos científicos recentes e pesquisas realizadas em plataformas científicas, tais como SciELO (Scientific Electronic Library Online), portal de periódicos da CAPES, Biblioteca Digital Brasileira e Google Acadêmico. Além disso, foram consultados livros da Obra Completa de Carl Gustav Jung e obras de autores contemporâneos.

Para o desenvolvimento do trabalho, foram realizados encontros presenciais com os integrantes do grupo, no mesmo campus supracitado, além de reuniões virtuais por meio de vídeo chamadas. A escrita da monografia foi realizada por meio de um documento virtual compartilhado entre os integrantes do grupo.

5.4 Aparatos

Utilizamos como principal aparato os computadores dos membros do grupo, para realizarmos a grande parte das buscas necessárias, além dos computadores foi utilizado Tablets e celulares pessoais. O acesso à internet fez com que fosse possível a busca acadêmica em sites como Scielo, Google Acadêmico e Academia.edu. Utilizamos também a biblioteca localizada no campus Chácara III da Universidade Paulista.

6. DESENVOLVIMENTO

A psicologia hospitalar teve início após a Segunda Guerra Mundial, com um olhar voltado aos soldados que retornavam da guerra. Visava diagnosticar as doenças psicossomáticas, ou seja, os problemas físicos causados pelo sofrimento emocional vivenciado em combate (PATE e KOHUT, 2003). Neste contexto, a psicologia passou a ser compreendida como uma área que poderia atribuir diagnósticos à sintomas para além do físico, passando a ser procurada por outras áreas de atuação da medicina (DONALD, 1999).

Essa expansão gerou incômodo na comunidade científica, uma vez que a psicologia não é uma ciência exata e mensurável como a medicina. Entretanto, gradualmente, a comunidade científica passou a dialogar com a subjetividade da psicologia, e o trabalho do psicólogo foi sendo reconhecido no campo da saúde, complementando-a com novos conhecimentos e uma nova abordagem de cuidados. Seus resultados puderam evidenciar uma relação entre a profissão e demais áreas médicas, ganhando visibilidade em outras partes do mundo, assim como no Brasil (DONALD, 1999).

A atuação de psicólogos nos hospitais brasileiros iniciou em 1950, neste período, estes profissionais enfrentaram desafios, incluindo a discriminação e a falta de reconhecimento como atuantes no campo da saúde, já que a saúde mental era vista com menosprezo e, muitas vezes, desvalorizada dentro do contexto hospitalar.

Então, era preciso conquistar seu espaço nos hospitais, enfrentando as resistências de outras áreas, que dominavam o cenário, e isso se dava pela falta de compreensão sobre a relevância da psicologia para o cuidado integral dos pacientes. Gradualmente a psicologia foi ganhando maior destaque, especialmente com os trabalhos realizados com as crianças, que resultaram em contribuições significativas para os estudos científicos. Esses avanços, possibilitaram a integração dos formados em psicologia nas equipes multiprofissionais (EKSTERMAN, 1989).

A psicologia hospitalar foi regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia nos anos 2000, mas na década de 70 a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) foi a primeira instituição a oferecer o curso profissionalizante e a partir deste momento, começaram a surgir especializações para aperfeiçoamento na área.

Hoje em dia a psicologia hospitalar não visa somente diagnosticar, mas engloba o uso de testes, que atuam também como facilitadores da comunicação paciente-equipe de saúde, além do acompanhamento e acolhimento via atendimento clínico (SIMONETTI, 2006).

6.1 Psicologia Hospitalar

Por definição, a psicologia hospitalar é o campo de tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento visando a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização (SIMONETTI, 2006).

É oportuno ressaltar que, essa especialidade dentro da psicologia evidencia o olhar como um todo para o paciente, sem dicotomias, considerando o ser humano como um todo e não visa distinguir o sofrimento proveniente de causas biológicas e psicológicas nos quadros de saúde. Entende-se na psicologia hospitalar que, todas as doenças são repletas de subjetividade, sendo assim, o psicólogo tem o dever de avaliar os aspectos psicológicos do quadro e em contrapartida, o desafio de não desconsiderar a parte biológica, para a compreensão do quadro em totalidade, enxergando o indivíduo pelos aspectos biopsicossociais (SIMONETTI, 2006).

Ao observar os aspectos psicológicos do paciente é esperado a aparição de manifestações psíquicas referente a subjetividade humana, tais como, sentimentos, desejos, pensamentos e comportamentos, possibilitando perceber que o modo de adoecimento é intrínseco a cada ser. O psicólogo hospitalar assegura que cada indivíduo tenha sua história individual respeitada e protegida (RODRIGUES, 2015).

A função do profissional de psicologia no ambiente hospitalar passou de interpretativa para ativa. Ou seja, o psicólogo atua como um facilitador, promovendo a adaptação do paciente e familiares ao enfrentamento da intensa crise, fornecendo apoio, atenção, escuta ativa, fortalecimento dos vínculos familiares, e suporte ao tratamento e/ou processo de luto. (SIMONETTI, 2006)

São funções do psicólogo a preparação do paciente pré e pós cirurgia, auxiliando na elaboração e enfrentamento do quadro, se atenta às questões psicológicas associadas à patologia, assim como os possíveis efeitos colaterais das medicações que podem alterar o nível de consciência, humor e comportamento. O intuito do psicólogo é tornar o paciente mais participativo em seu processo de adoecimento e hospitalização (SIMONETTI, 2006).

O trabalho se estende também à equipe multidisciplinar favorecendo a fala entre os profissionais da saúde e seus pacientes e familiares (CHIATTONE, 2000). Desta forma, otimizando a experiência de todos nas circunstâncias estabelecidas (SIMONETTI, 2006).

6.1.1 Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos se iniciaram no Brasil na década de 1980, entretanto, há evidências do surgimento da sua raiz na Roma Antiga, por volta do século 5, no contexto de auxiliar e proteger os peregrinos em suas viagens. Esses locais eram chamados de hospices, que ao longo do tempo incorporaram um caráter hospitalar. A palavra “Paliativo” surge da palavra latim ‘*pallium*’, que se traduz como manta ou coberta. Tal objeto era concedido aos peregrinos nos hospices representando acolhimento e refúgio (HERMES E LAMARCA, 2013).

O surgimento dos cuidados paliativos se deu por volta do ano 1967, no Reino Unido, tendo como figura principal a médica Cicely Saunders, por meio da criação do “*St. Christophers Hospice*”, fazendo referência aos hospices antigos (HERMES E LAMARCA, 2013). Na década de 1970, o conceito ficou conhecido na América devido a Elizabeth Kubler-Ross, que abordava o tema da morte, do luto e cuidados paliativos. Apenas duas décadas para frente, no ano de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define pela primeira vez os cuidados paliativos, posteriormente os redefinindo no ano de 2002.

No Brasil, os serviços pioneiros de cuidados paliativos ganharam espaço e reconhecimento a partir do ano 2000, duas décadas após seu início no país (BAPTISTA, BAPTISTA E DIAS, 2022). Inicialmente, o termo era diretamente ligado com a doença de Câncer, como a criação do Programa do Hospital Servidor Estadual de São Paulo, que cuidava de pacientes com câncer metastático, e a abertura da unidade de cuidados paliativos do Instituto Nacional do Câncer (Inca), entre outros. Um grande marco no Brasil foi no ano de 2005, com a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que atua na área até o momento atual em parceria com instituições nacionais e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), *Center to Advance Palliative Care* (CAPC) e a Organização Panamericana da Saúde (OPS) (ANCP, 2024).

A abordagem de tais cuidados é definida como uma forma de promover qualidade de vida, acolhimento e diminuição do sofrimento causado por doenças em que a cura não é mais possível. Os hospitais se estabeleceram como um lugar curativo, o que causou, até o surgimento dos cuidados paliativos, uma certa negligência àqueles que não tinham como se curar (HERMES E LAMARCA, 2013).

No ano de 2019, o Atlas de Cuidados Paliativos do Brasil revelou os níveis referentes ao desenvolvimento destes serviços em cada país. Os níveis são: 1, 2, 3a, 3b, 4a e 4b, sendo este último o maior nível de integração avançada, contando com países como França, Bélgica, Austrália, Suíça e Estados Unidos. O Brasil atualizou sua posição, subindo para o nível 3b, correspondendo a prestação destes serviços de forma generalizada, entretanto, necessita maior distribuição de morfina e outros medicamentos, expansão de centros de atendimento, amplas discussões e debates sobre o tema, maior financiamento e integração aos sistemas de saúde para o país elevar para o nível 4a. (ANCP, 2019)

Há uma distribuição desigual entre as regiões do país, sendo a região sudeste a que mais conta com serviços da área, seguida pela região sul. A região com maior escassez se mostra a região norte, contando com 7 serviços dos 191 que haviam no país no ano de 2019. (ANCP, 2019)

6.1.2 A Morte

A morte é um fenômeno que desperta curiosidade, especialmente pelos mistérios que envolvem o que pode ocorrer após o fim da vida. Ao entender que a vida segue um ciclo natural de nascimento, desenvolvimento, e por fim, a morte, o ser humano frequentemente vê esse desfecho como uma ameaça à sobrevivência, provocando tanto medo quanto a necessidade de dar sentido a esse evento inevitável. Para lidar com essa angústia, o homem busca conceituar a morte, assim como faz com outros aspectos da vida, recorrendo a interpretações simbólicas que se alinham aos seus valores, crenças espirituais e religiosas (PORTO, 2010).

Embora muitos sigam o processo natural da vida até a morte, é um equívoco reduzi-la a um evento que ocorre exclusivamente no final da existência. A morte está presente em diversos momentos da trajetória humana, marcada por guerras, conflitos sociais, epidemias e doenças crônicas. Esses acontecimentos antecipam o confronto com a finitude e desafiam a visão linear de vida e morte (PORTO, 2010).

Historicamente, diferentes culturas já realizavam alguns rituais para lidar com a morte. No Egito Antigo, era costume mumificar os corpos dos mortos em uma prática religiosa, com o objetivo de preservação do corpo na espera do retorno à vida. Na idade média, o indivíduo que se aproximava do fim organizava seu próprio ritual de despedida, visto como um ato heroico pela sociedade (ARIÈS, 1981). Os hindus durante a história mantiveram a tradição de cremar os cadáveres e lançar as cinzas nos rios ou no vento, a fim de misturar-se com o todo. Na Mesopotâmia, os corpos eram enterrados com seus pertences pessoais, como forma de garantir que nada lhe faltaria quando atravessassem para o mundo da morte. No México, a morte é motivo de festa, realizada no “*Dia de los muertos*” (Dia dos mortos), a comemoração colorida que visa homenagear e honrar aqueles que se foram.

A visão religiosa cristã nem sempre ofereceu consolo perante as doenças terminais e a morte. Durante epidemias e crises, a morte era percebida como punição divina. Os doentes terminais muitas vezes eram excluídos da comunidade, vistos como merecedores de seu sofrimento por seus supostos pecados. Esse estigma social associava a morte precoce a um castigo, intensificando o sofrimento tanto dos indivíduos quanto de suas famílias (PORTO, 2010).

A percepção da morte influencia profundamente a maneira como cada pessoa vive. O indivíduo só alcança a totalidade de sua existência quando reconhece sua finitude (KOVÁCS, 2010). Nesse cenário, surgem questionamentos sobre como enfrentar a dor e o sofrimento precoce causados por doenças crônicas, que afetam os jovens, exigindo maior reflexão sobre como lidar com um sofrimento que chega muito antes do esperado.

Apesar das visões culturais sobre a morte, para a psicologia Analítica, a morte está direcionada ao desenvolvimento do consciente, que é gerado a partir das experiências de *polarização* (KOVÁCS, 2010), que seriam as vivências de contrastes, como fome/satisfação, que causam tensão psíquica. O crescimento psíquico acontece nessa tensão dos opostos, ele desafia a identidade e percepção do mundo forçando o ego a se posicionar, refletir e integrar novas compreensões e assim se organizar e expandir. Refletir sobre a morte é necessário, pois ela sempre estará à espreita, “a morte é uma fiel companheira da vida e segue-a como sua sombra. Temos de aprender ainda que vontade de viver é igual a vontade de morrer” (JUNG, 1945/1999, p. 50).

No caso da morte, ela é oposta da vida e, ao refletir sobre ela, o indivíduo é confrontado com a ideia de fim e de algo que vai além do ego consciente. Então, ela é representada como o confronto final, retratando o limite da razão, pois questiona a continuidade da própria existência, e desafia a mente a compreender algo que está além de sua experiência direta, expandindo a consciência em direção a reflexões profundas sobre o sentido da vida e nossa relação com o que não podemos controlar (KOVÁCS, 2010). Essa consciência da morte incentiva o indivíduo a buscar um sentido à sua existência, aproveitando ao máximo sua jornada de desenvolvimento, no qual trilha um caminho de destino próprio, uma individuação, para a realização do sentido da sua vida (JAFFÉ, 1995).

Jung (1995) faz uma analogia entre a vida humana e o ciclo do sol, onde representa cada fase, desafios e transformações, se inicia quando o sol nasce, representando a infância, se eleva, retratando o desenvolvimento humano, atinge o meio dia, que seria a maturidade e o desenvolvimento da consciência, e por fim começa a descer até o pôr do sol, revelando a fase do envelhecimento até a morte. Neste último ponto, a morte deixa de ser algo distante e passa a ser uma presença constante na consciência, Jung vê como o movimento final da individuação. (KOVÁCS, 2010)

Entretanto, nem todos cumprem esse padrão, infelizmente, muitas crianças se deparam com o cenário da morte antecipadamente, entrando em contato com um aspecto da existência que normalmente estaria reservado para fases mais avançadas do desenvolvimento. Para uma criança, o ego ainda está em formação, e o contato com a ideia de finitude pode resultar em um abalo profundo em sua estrutura psíquica. Porém, é visto no ambiente infantil uma forte dificuldade para abordar esse tema, é notório essa recusa da morte nos conteúdos infantis, como nos desenhos animados representando uma ideia mágica da imortalidade, como é visto em “Tom & Jerry” que retrata inúmeras cenas de agressividade que resultaria em morte, mas os personagens sempre revivem ou driblam a morte de alguma forma (PAIVA, 2011). Em outro lugar que é reparado a imortalidade sendo reforçada é nos joguinhos, em que adquirem “vidas extras” durante as conquistas. No entanto, toda vez que a criança fica sem respostas sobre o que está acontecendo com elas provocam mais dor e solidão (ABERASTURY, 1984).

Do mesmo modo, é percebido a dor dos familiares que estão prestes a perder a criança, trazendo confronto à complexidade da morte e suas limitações da

existência. Jung (2023) diz que ao se tornar pais se formam também humanizadores de dois arquétipos muito intensos, para a criança, os pais são como deuses, poderosos que ajudaram em seu desenvolvimento, já para os pais, a criança tem um poder divino. Quando surge a possibilidade da perda da criança, os pais são colocados em um confronto profundo e complexo com a morte e com as limitações da existência, pois estão próximos a vivenciar um rompimento radical com o curso natural da vida, por confrontar diretamente o arquétipo da vida, em que os mais jovens sucedem e os mais velhos, assim como também os arquétipos parentais que sustentam o papel de pai e mãe, causando uma ruptura na idealização, e forçando uma dolorosa reestruturação na psique dos pais. Os pais se identificam como provedores de cuidados matriarcais e patriarcais, quando eles não conseguem sustentar esses arquétipos pela doença do filho, os pais são intensamente abalados levando a uma crise de identidade, que precisam reformular sua psique para viver (GALIÁS, 2003).

6.2 Abordagem Analítica Junguiana

A abordagem analítica junguiana, desenvolvida por Carl Gustav Jung, é uma vertente da psicologia que enfatiza a importância do inconsciente na formação da psique humana. Segundo Jung:

“Parte do inconsciente consiste, portanto, de uma profusão de pensamentos, imagens e impressões provisoriamente ocultos e que, apesar de terem sido perdidos, continuam a influenciar nossas mentes conscientes” (JUNG, 2016, p. 35).

O material subliminar contido no inconsciente pode incluir impulsos, intenções, percepções, intuições, pensamentos tanto racionais quanto irracionais, conclusões, induções, deduções, premissas e emoções. Qualquer um desses elementos tem o potencial de se tornar parcial, temporariamente ou permanentemente inconsciente (JUNG, 2016).

Isso ocorre porque não há espaço para eles na consciência, e alguns de nossos pensamentos perdem sua carga emocional e se tornam subliminares ou, ainda, por termos algum motivo para afastá-los da nossa mente consciente, como forma de proteção do ego.

Assim como os conteúdos conscientes podem desaparecer no inconsciente, novos conteúdos, que nunca haviam sido conscientes, podem “aparecer”.

Pensamentos inovadores e ideias criativas podem surgir do inconsciente. Muitas das melhores ideias e inspirações de artistas, filósofos e até cientistas surgiram de maneira repentina do inconsciente.

Jung propôs que a mente seja composta por aspectos conscientes e inconscientes, sendo o inconsciente dividido em duas partes: o inconsciente pessoal, que contém memórias e experiências relacionadas ao indivíduo, e o inconsciente coletivo, que abriga arquétipos universais compartilhados por toda a humanidade. Os arquétipos são padrões ou imagens inatas que representam símbolos primordiais presentes em mitos, lendas, sonhos, religiões e culturas ao longo da história. Jung acreditava que esses arquétipos não são adquiridos pela experiência, mas sim herdados, enraizados no inconsciente coletivo de todos os indivíduos. Cada arquétipo possui um significado profundo que ressoa universalmente. À medida que os indivíduos reconhecem essas imagens em si mesmos, promovem o processo de individuação e autoconhecimento.

“O arquétipo é uma tendência para formar estas mesmas representações de um motivo — representações que podem ter inúmeras variações de detalhes — sem perder a sua configuração original” (JUNG, 2016, p. 83).

A integração do arquétipo da morte como parte natural da vida era, para Jung, essencial para os indivíduos lidarem melhor com seus medos existenciais e viverem de maneira mais autêntica, buscando significado e equilíbrio.

Jung via o arquétipo da morte como uma imagem universal presente no inconsciente coletivo. Como arquétipo, não se refere apenas ao fim físico da vida, mas a um símbolo profundamente ligado a processos psicológicos, refletindo transformações internas e a transição entre diferentes estados da psique. A morte, enquanto arquétipo, é associada à ideia de fim e renovação, representando o fechamento de um ciclo e o início de outro, essencial para o processo de individuação e o crescimento psicológico. Para ele, a morte não representava o fim definitivo da psique, mas uma mudança para outra forma de existência. Em seus escritos, Jung expressou que, embora a morte física encerrasse um ciclo de vida, a energia psíquica poderia continuar a existir de maneiras simbólicas e arquetípicas, como parte de um processo maior de transformação.

A linguagem, portanto, do inconsciente, tanto coletivo quanto pessoal, é simbólica. Um símbolo é algo que transcende a sua representação literal,

carregando um significado mais profundo e multidimensional. Os símbolos não são simples sinais, mas mediadores entre o consciente e o inconsciente, aparecendo em sonhos, desenhos, visões, fantasias, movimentos que simbolizam mais do que a própria ação, produções artísticas, entre outros. Sendo assim, o símbolo possui um caráter mais fluido e subjetivo, e seu significado pode variar conforme o contexto e a experiência do indivíduo.

Segundo Jung (2016), os símbolos se manifestam em diversas formas de expressão, não se limitando aos sonhos. Eles podem se apresentar como pensamentos, sentimentos, situações ou comportamentos simbólicos, e até objetos do cotidiano podem adquirir significados simbólicos.

Do ponto de vista junguiano, o inconsciente quer se tornar consciente. Ele atua como um sinalizador de conteúdos latentes, construindo criativamente significados potenciais para uma transformação futura. Diferentemente da psicanálise, o foco desse segmento não está no “por quê?” do sintoma, e sim no “para quê?”, tornando-a uma psicologia que visa compreender a finalidade das coisas. Para Jung, tudo aquilo que vivemos está a serviço de um fim, e esse fim tem o objetivo de ajudar o sujeito a aproximar-se de si mesmo de forma autêntica, o que ele chamou de “processo de individuação”, conceito definido no seu estudo nomeado *Tipos psicológicos*, publicado em 1921. No capítulo final, ele define “Individuação como: um processo de diferenciação que tem por objetivo o desenvolvimento da personalidade individual.” (JUNG, 1991)

Tal processo propõe a cura por meio da transformação do self, conceito identificado como a totalidade do sujeito, considerando aspectos conscientes e inconscientes. Para Jung (1994), o “si-mesmo” pode ser considerado como unidade central da psique humana, como uma totalidade que está além da compreensão e é capaz de abranger as instâncias psíquicas e sua própria identidade.

Sendo assim, o objetivo da prática psicológica dentro desse segmento é integrar as partes por meio de uma dialética entre polaridades, como o contato com o feminino e masculino (Anima e Animus), luz e sombra, consciente e inconsciente, ajuda a pessoa a integrar partes reprimidas de sua psique, promovendo o processo de individuação. Esse processo tende a ser inacabado e a se perpetuar por toda a vida, atribuindo significado à vivência para então diminuir o sofrimento psíquico e contribuir com a realização do self.

6.2.1 Atuação do psicólogo a partir da abordagem analítica

Sobre o vínculo entre terapeuta-paciente, Jung aborda as noções de transferência e contratransferência idealizadas por Freud (1914). Jung reconhece a transferência como inevitável no processo terapêutico, ou seja, o paciente projeta no analista aspectos importantes de figuras internas (pais, parceiros, etc.), normalmente inconscientes. Mas diferente de Freud, que via a transferência mais como uma resistência a ser superada, Jung vê potencial de transformação nela.

Para Jung (1981), a transferência proporciona a ocasião para que o paciente entre em contato com os conteúdos inconscientes por meio da projeção no analista. Já a contratransferência, ou seja, o que o analista sente e projeta no paciente, era algo que Jung valorizava profundamente. Ele dizia que o analista não é uma “tela em branco” — pelo contrário, o inconsciente do analista também está ativamente envolvido.

Ele dizia que é necessário que o analista tenha consciência dos próprios conteúdos inconscientes, uma vez que a psicoterapia é um encontro de duas pessoas: quando um inconsciente entra em contato com outro, surgem reações de ambos os lados.

Por isso, para ele, o terapeuta também precisa estar em constante processo de autoconhecimento. A contratransferência pode ser instrumento de escuta e compreensão, desde que o analista esteja atento a si mesmo. Segundo ele (1989) “Conhecer a sua própria escuridão é o melhor método para lidar com a escuridão dos outros.”

Jung (2016) ressalta a importância de adaptar a abordagem terapêutica às particularidades de cada paciente. Ele reconhece que não existe um método único e universal, defendendo que o analista deve estar atento à linguagem simbólica e às necessidades inconscientes do indivíduo, ajustando sua técnica conforme a singularidade de cada caso clínico.

Quanto ao manejo do psicólogo junguiano, cabe à ele, em primeiro lugar, acolher o sofrimento do paciente. A partir desse vínculo, torna-se possível analisar os símbolos que atravessam sua vida ou emergem do inconsciente por meio de sonhos, crenças, mitos, ações, acontecimentos, produções artísticas e brincadeiras.

A construção do vínculo terapêutico também se faz importante nesse processo pois para que haja uma expressão simbólica por parte criança, é

necessário que o ambiente seja suficiente e capaz de amparar suas necessidades, facilitando a experiência proposta.

É importante destacar que a expressão do paciente não se dá exclusivamente pela linguagem verbal — especialmente no caso das crianças, cuja comunicação simbólica é ainda mais rica e significativa.

A leitura dos símbolos, aliada ao diálogo terapêutico, permite trazer conteúdos inconscientes à consciência. A partir desse processo, o paciente pode transformar padrões de pensamento, comportamento e situações recorrentes, assumindo um papel ativo em seu processo de individuação e na construção de uma vida mais autêntica.

Em suma, o psicólogo junguiano utiliza técnicas que visam ajudar o paciente a integrar diferentes aspectos de sua psique para alcançar equilíbrio e autenticidade em cada experiência e, portanto, em sua vida.

Conhecendo um pouco mais sobre a teoria e a prática da abordagem analítica junguiana, torna-se possível perceber o quanto essa orientação fornece contribuições para o trabalho da psicologia infantil, considerando a utilização dos símbolos e o quanto essa expressão simbólica é utilizada na representação do mundo interno das crianças, uma vez que ainda não desenvolveram recursos suficientes para que se expressem claramente por meio da fala.

Para promover a integração e o desenvolvimento pessoal com base na individualização, a psicologia analítica junguiana utiliza técnicas como: análise de sonhos e do brincar, jogo de areia (*sandplay*) imaginação ativa e arteterapia, o trabalho com contos e mitos para compreender o mundo interno da criança e então promover a assimilação dos conceitos e o fortalecimento do *self* por meio do desenvolvimento egóico, tais ferramentas serão descritas a seguir.

6.2.2 Análise dos sonhos sob a perspectiva junguiana

Segundo Jung (2016), o sonho é uma manifestação espontânea do inconsciente, que expressa simbolicamente sua condição, portanto, contemplá-los, para o psicólogo, se trata de uma anamnese do interior do paciente, sem mentiras ou disfarces, sendo uma manifestação da sua natureza.

Jung não se limitou a ver o conteúdo dos sonhos apenas como desejos imorais, para ele (2016) podem ser expressões de verdades, ilusões, fantasias, de

recordações, projetos, antecipações, entre outras coisas, constituindo uma rica fonte de informações sobre o paciente, seu funcionamento, sua história, situação atual e possíveis prognósticos.

Esse conteúdo, nos sonhos, se manifesta através de símbolos, sinais, alegorias e imagens. Figuras substitutivas — representações figurativas de objetos ideais ou materiais que, para Freud, seriam símbolos — são apenas sinais para Jung. Símbolos, portanto, alcançam dimensões que o conhecimento racional não acessa; atuam no indivíduo, regulam sua energia psíquica e propõem prognósticos e soluções (SILVEIRA, 2024).

Ao reconhecer esse potencial dos símbolos, que são expressos entre outras formas, nos sonhos, a psicologia junguiana propõe que além de buscar a causalidade dessas manifestações, busque-se sua finalidade. A causalidade visa chegar na raiz de onde surgiu tais associações, pergunta “por que?” e busca justificativas para as manifestações. O “para que?”, promovido por Jung, visa de constituir o sentido do sonho.

O símbolo não oferece explicações diretas, e não se trata de simples representações. Ele conduz a algo que vai além de sua forma, apontando para um significado impossível de ser expresso de forma completa pelas palavras (JUNG, 2016).

Segundo Jung, os sonhos podem exercer uma função compensatória sempre que a atitude consciente de uma pessoa se torna excessiva ou unilateral. Isso pode ocorrer quando uma das funções psíquicas — pensamento, sentimento, sensação ou intuição — é super desenvolvida em detrimento das demais, ou ainda quando há uma visão distorcida de si mesmo, seja por super valorização ou desvalorização. Nessas situações, especialmente quando necessidades internas são ignoradas, os sonhos atuam como mecanismos de autorregulação psíquica, buscando restabelecer o equilíbrio perdido.

“Explica por que pessoas com ideias pouco realistas, ou que têm um alto conceito de si mesmas, ou ainda que constroem planos grandiosos em desacordo com a sua verdadeira capacidade, sonham que voam ou que caem. O sonho compensa as deficiências de suas personalidades e, ao mesmo tempo, previne-as dos perigos dos seus rumos atuais. Se os avisos do sonho são rejeitados, podem ocorrer acidentes reais.” (JUNG, 2016, p 56)

No caso supracitado, além de uma possível compreensão da finalidade do sonho, pode-se observar tanto a qualidade de compensação do sonho, quanto outra qualidade proposta por Jung: o potencial prospectivo dos sonhos.

Sonhos prospectivos, podem trazer um prognóstico antes que o consciente. De acordo com Jung (2016), o inconsciente capta sinais, como impressões subliminares, sensações, sentimentos, que não se tornaram conscientes, fazendo com que sonhos revelem, antecipadamente, conflitos ou crises futuras.

O sonho, portanto, é capaz de sinalizar, de maneira indireta, situações em que a vida está em risco. A partir disso, é possível inferir que, diante da proximidade da morte, o inconsciente pode se expressar mesmo sem que haja qualquer menção consciente ao tema — pressentindo tanto uma possível melhora quanto uma piora durante o tratamento, ou até mesmo o fim da jornada vital.

“Um médico a quem se pede que descreva o progresso de uma doença vai empregar conceitos racionais, como "infecção" ou "febre". O sonho é mais poético: ele apresenta o corpo doente do homem como se fosse uma casa mundana, e a febre como o fogo que a destrói”. (JUNG, 2016, p. 97)

Os sonhos reativos são aqueles que acontecimentos traumáticos se repetem nos sonhos, a fim de que “o estímulo traumático repita-se até desgastar-se” (SILVEIRA, 2024). Pode-se considerar que a experiência da hospitalização, dores, cirurgias, agulhas como fatores traumáticos para a criança e, portanto, podem refletir nos sonhos. Essa repetição pode acontecer.

Jung também aborda os sonhos sincrônicos, chamados telepáticos, em que coincidências significativas ocorrem entre eventos internos (como sonhos) e fatos externos, sem que haja uma relação causal direta entre eles. (SILVEIRA, 2024)

Os sonhos, para Jung são classificados como grandes sonhos, embebidos de arquétipos arcaicos, de conteúdo não explorado na vida habitual do indivíduo, mas que aparecem, como temas próprios da humanidade, como temas filosóficos da vida e da morte, da ressurreição ou restituição, da origem do mundo, da criação do homem, da luz e da sombra, do self entre outros; e os pequenos sonhos, condizentes com a própria vida do indivíduo.

Em *O Homem e seus Símbolos* (2016), Jung relata o caso de uma menina de 10 anos que, no Natal, presenteou o pai com um manuscrito contendo uma série de sonhos, narrados em forma de contos de fadas. Pouco tempo depois, a menina

faleceu, e o conteúdo onírico revelou-se profundamente significativo, sugerindo que sua psique já pressentia a proximidade da morte.

Dos dez sonhos relatados, nove giravam em torno dos temas da destruição e da restauração. Esse caso ilustra de forma clara como conteúdos arquetípicos podem emergir nos sonhos infantis, mesmo sem terem sido aprendidos ou ensinados conscientemente. As representações da morte presentes nos sonhos da menina não correspondiam às concepções culturais ou religiosas às quais ela teve acesso em vida, mas sim a imagens simbólicas ligadas ao imaginário das culturas primitivas (JUNG, 2016).

Os sonhos dessa criança não apenas carregavam o peso simbólico dos chamados grandes sonhos, por suas imagens de caráter universal, como também se mostraram prospectivos, ao antecipar aspectos concretos de sua própria trajetória de vida.

Além dos benefícios intrínsecos do próprio ato de sonhar — como a função compensatória, reguladora e até mesmo prospectiva, que pode preparar a psique para eventos futuros ou revelar desejos inconscientes — o papel do psicólogo na escuta e interpretação dos sonhos é de grande importância, especialmente no contexto infantil. A leitura atenta do conteúdo onírico pode ser uma ferramenta valiosa na psicoeducação da criança e de seus responsáveis, ajudando a normalizar essas experiências, que muitas vezes podem ser assustadoras para os pequenos.

Ao buscar compreender o "para quê" do sonho, ou seja, seu propósito simbólico, o profissional pode acessar necessidades emocionais implícitas — como a carência de afeto, por exemplo — e trabalhar para que essas necessidades sejam reconhecidas e acolhidas no ambiente da criança. Essa abordagem pode favorecer o desenvolvimento da consciência emocional, ajudando a criança a nomear e lidar com os próprios sentimentos, o que por si só já promove um alívio psíquico.

Além disso, os sonhos podem oferecer indícios valiosos sobre o estado interno da criança: se ela está fragilizada, como está se sentindo, qual o grau de consciência que tem sobre suas emoções e se está conseguindo lidar com determinadas situações. Essa compreensão aprofunda o vínculo terapêutico e facilita uma comunicação mais sensível e eficaz com a criança.

6.2.3 Imaginação Ativa sob a perspectiva junguiana

A imaginação ativa é uma ferramenta criada e testada por Jung que permite o diálogo entre os conteúdos conscientes e inconscientes. Isso significa que, o conteúdo guardado no inconsciente pode ser levado a consciência. Se assemelha com o ato de sonhar, no entanto, o paciente está acordado.

“Daí a importância da técnica da imaginação ativa como uma maneira de entrar em contato com a psique, permitindo que as imagens e os símbolos que habitam o inconsciente possam vir à tona e manifestar toda energia dos conteúdos que poderão trazer nova vida para o indivíduo” (SOUZA, 2021, p. 44).

No início de seus estudos sobre o tema, Jung dividiu o conceito entre fantasia passiva e ativa, mas posteriormente as reorganizou, tornando-as em imaginação ativa e fantasia passiva. A característica principal da imaginação ativa se resume na participação do ego no processo, o que se difere da fantasia passiva, observada pelo autor como incapaz de promover uma mudança na psique, sendo apenas uma contemplação dos conteúdos que surgem na mente. Isso revela que para que a imaginação ativa aconteça, ela precisa ter a participação do consciente.

Observa-se que para a realização da técnica é necessário o seguimento de quatro etapas, sendo a primeira referente a autorização, isto é, o ego vai em direção ao inconsciente pedindo acesso às suas imagens, é por meio das imagens mentais que o inconsciente se manifesta. Em seguida, há o denominado de ‘dialogar e vivenciar’, em que o indivíduo passa a conversar com as imagens, buscando compreender o que está por trás delas. É onde ocorre a interação direta do símbolo com o ego. A terceira fase se caracteriza pelo enfrentamento perante os valores éticos, articulando-se com a proteção do ego, procurando proteger o processo imaginativo. Para finalizar, a quarta etapa é a realização de rituais que possibilitem trazer o conteúdo interno acessado para o mundo exterior, por meio de técnicas lúdicas como desenhos, pinturas ou textos, como forma de simbolizar o processo (Johnson, 1986).

Essa técnica se prova muito positiva para aquele que a pratica, já que por meio do acesso às imagens inicia-se um processo de transformação, apenas pelo ato de conscientizar-se dela, em que pelo qual os conteúdos reprimidos são recebidos e integrados pela mente consciente, causando harmonia.

É necessário compreender que a imaginação ativa em adultos é realizada por meio da associação livre do paciente com auxílio do analista, no entanto, em casos da utilização da técnica com crianças, ela deve ocorrer de forma lúdica e principalmente simbólica, utilizando ferramentas como brincadeiras, produção de desenhos, através de contagem de histórias e uso do Jogo de Areia (*Sandplay*), trazendo a consciência as imagens reprimidas no inconsciente da criança, já que a forma principal de comunicação da criança é através do lúdico.

A técnica da imaginação ativa pode ser aplicada no contexto da morte de crianças em estado paliativo terminal como uma ferramenta terapêutica que auxilia no acesso ao inconsciente, podendo permitir não apenas uma expressão de sentimentos ligados ao processo de adoecimento e a morte, como também podem ajudar a criança a encontrar significado e aceitação diante da própria finitude, proporcionando um espaço seguro para vivenciar e processar suas emoções. Essa técnica promove uma integração e elaboração destes aspectos enquanto se adequa a linguagem infantil.

6.2.4 O Brincar sob a perspectiva junguiana

Na perspectiva da Psicologia Analítica, o brincar, frequentemente identificado como “faz de conta”, é compreendido como uma expressão simbólica do inconsciente, permitindo que a criança represente corporalmente conteúdos internos de forma espontânea e criativa. O ato de brincar não apenas recria a realidade, mas também a ressignifica por meio da linguagem simbólica, própria do mundo infantil, funcionando como ponte entre o mundo interno e externo. Nesse processo, a fantasia e a imaginação tornam-se ferramentas fundamentais para a elaboração psíquica da experiência vivida, permitindo à criança atribuir sentido ao mundo ao seu redor.

Essa capacidade de fantasiar e recriar está profundamente ligada ao processo de individuação descrito por Jung (2011), no qual a criança, ao brincar, ensaia formas de ser, integra opostos e elabora conflitos psíquicos, construindo progressivamente uma identidade própria inconscientemente. A prática do brincar, acontece em um ambiente descontraído e simbólico em que permite à criança expressar e viverem cenas em brincadeiras para elaborarem conflitos conscientes e inconscientes.

O brincar com os pares também reforça a construção e sustentação dos processos de superação necessários para a integração na sociedade, como a compreensão de regras, a capacidade de se posicionar com segurança e a possibilidade de dar e receber afeto. A criatividade, por sua vez, é o meio que a criança encontra para alcançar esses objetivos: um mero instrumento se transforma em uma busca de perguntas e soluções, e a ressignificação oferece liberdade para que um objeto se transfigure em outra ideia. Por isso, é fundamental estar atento às possíveis significações que a criança pode estar atribuindo a cada cena do “faz de conta”, considerando-se o conjunto da brincadeira, e não suas partes isoladas. Compreende-se que, enquanto o adulto utiliza a fala para expressar sua angústia, a criança o faz por meio do brincar.

Para Jung (2011), a criança não tem uma psique totalmente separada ou independente dos pais, especialmente com a mãe nos primeiros anos. A criança ainda está se formando psiquicamente, então ela "entra" ou "participa" do mundo psíquico dos pais. Ou seja, a criança e os pais estão profundamente ligados no nível inconsciente, seguindo uma tendência de repetições dos padrões de comportamentos dos pais. O que os pais sentem, pensam ou carregam emocionalmente, mesmo sem perceberem, pode influenciar diretamente a psique da criança. Portanto, conflitos não resolvidos, traumas ou desejos inconscientes dos pais podem ser vividos ou expressos pela criança, sem que ela tenha consciência disso.

“Do mesmo modo que a criança, durante a fase embrionária, quase não passa de uma parte do corpo materno, do qual depende completamente, assim também de modo semelhante a psique da primeira infância, até certo ponto, é apenas parte da psique materna e, logo depois, também da psique paterna, em consequência da atuação comum dos pais. Daí provém o fato de que as perturbações nervosas e psíquicas infantis, até muito além da idade escolar, por assim dizer, se devem exclusivamente a perturbações na esfera psíquica dos pais.” (JUNG, 2011, p. 57).

Esse aspecto é muito importante a ser considerado para a interpretação do material produzido através do brincar feito pela criança. Então é uma via de expressão não só do inconsciente da criança como também do inconsciente familiar, já que, segundo o autor, a criança é uma espécie de “porta-voz” inconsciente da dinâmica psíquica dos pais. Compreende-se, que por meio dessa ferramenta pode revelar não só conteúdos internos da criança, mas também dinâmicas familiares que ainda não foram processadas ou expressas verbalmente.

Além disso, o brincar contribui para o desenvolvimento psicomotor, afetivo, social e relacional, pois é por meio do jogo que a criança aprende a simbolizar, a esperar, a lidar com frustrações, realizando representações de mitos de acordo com a cultura que está introduzida, no qual Jung nomeia como amplificação (2011), e assim compreender o funcionamento da realidade cultural em que está inserida. O brinquedo, como objeto carregado de significados, torna-se mediador entre o self e o mundo, revelando imagens arquetípicas e aspectos inconscientes em processo de elaboração.

O brincar com personagens ajuda a criança a acessar necessidades emocionais implícitas, quando ainda não reconhecidas, essas necessidades geram angústias e comportamentos desorganizados. O cenário lúdico funciona como uma espécie de linguagem simbólica intermediária entre o inconsciente da criança e o terapeuta, pois nesse espaço os afetos podem ser simbolizados e acolhidos, favorecendo no processo de individualização, em que o ego vai se diferenciando do inconsciente coletivo, e assim construindo uma identidade mais íntegra e consciente. possibilita o auxílio do terapeuta ajudar a nomear os próprios afetos.

Nessa identificação e acolhimento favorecem o desenvolvimento da consciência emocional, pois a criança passará a perceber com mais clareza e aprendendo a identificar o que sente, por que sente e como pode lidar com suas emoções de forma mais adaptativa. O processo de identificação emocional também contribuirá diretamente para o alívio do sofrimento psíquico, pois diminui a confusão interna, organiza as emoções e abre espaço para a construção de estratégias de enfrentamento mais saudáveis.

Durante o uso desse instrumento dentro da psicoterapia é valorizado identificar as necessidades presentes de cada criança, oferecendo um espaço seguro para que aos poucos ela possa se sentir protegida e acolhida, para que diante disso, estenda sua autoestima e suas interações expressivas em frente aos confrontos. Portanto, o brincar junto com um olhar acolhedor e uma escuta ativa configura na integração dos aspectos cognitivos e emocionais das experiências dessa fase, fortalecendo a saúde mental emocional, promovendo autoconhecimento, construindo e ressignificando novas formas de se relacionar com o mundo e consigo mesma.

6.2.4.1 Jogo de Areia - *Sandplay*

O jogo de areia (*Sandplay*) foi desenvolvido entre 1954 e 1956 por Dora Kalff, analista suíça, formada no Instituto C. G. Jung. Consiste em uma técnica projetiva que visa promover a expressão do mundo interno da criança por meio de uma atividade lúdica. A atividade é realizada em duas caixas de areia, uma misturada com água e outra não, uma vez que a escolha da areia - úmida ou seca - não é acidental. Segundo Kalff (1980), a areia umedecida permite que o cliente trabalhe de maneira lúdica, emocionalmente mais regredida e com mais plasticidade, ampliando as possibilidades, além disso, o material por si só já é atrativo para as crianças diante das diversas formas de utilização.

A utilização da água durante a atividade lúdica além de facilitar o manuseio da areia e promover maiores possibilidades de modelagem e expressão, também carrega consigo uma conotação simbólica, podendo ser relacionada a diversos conceitos a depender da cultura que a concebe.

Boik e Goodwin (2000), Carey (1999) e Cunningham (1997) sugeriram que a areia e a água têm sido associadas, nas diversas culturas: a) à abundância; b) à purificação; c) às origens e fertilidade; d) ao útero e proteção materna; e) ao inconsciente.

Na prática, é possível o manuseio com elementos complementares, como miniaturas ou não, assim o indivíduo pode simbolizar da forma como desejar. A interação com o material é totalmente manual e não exige contato verbal, o que auxilia também no desenvolvimento da percepção sensorial da criança. Ammann (2002) refere a importância desse contato, para ela, o toque físico é sensível e através dele se torna possível a expressão de conteúdos latentes e a troca de energia criativa.

A caixa de areia representa um local seguro para o aparecimento objetivo dos conteúdos inconscientes, tornando-os passíveis de um confronto para que a criança consiga perceber e lidar com esses aspectos antes de enfrentá-los na vida real. Além disso, permite que o psicólogo tenha acesso ao mundo interno do paciente, abrangendo os recursos de análise.

Após as produções realizadas, o profissional tira fotos para uma análise posterior junto ao paciente, para que possam relacionar as imagens, sonhos, e

aspectos da consciência aos fatos da vida real, facilitando o desenvolvimento pessoal e promovendo a integração total do *self*.

O Jogo de Areia pode ser utilizado em diversos contextos, quando se fala em crianças em cuidados paliativos pode ser benéfico para a construção da subjetividade, elaboração do contexto e das mudanças vivenciadas durante o adoecimento, além de atuar como recurso facilitador da expressão simbólica dos lutos diários e das angústias inerentes ao processo, considerando que muitas vezes devido à idade falta repertório para a expressão verbal.

"A pessoa pode, por exemplo, ficar rígida e paralisada de medo... Todavia, a própria pessoa não tem palavras para descrever sua situação, não consegue expressar verbalmente o que fez surgir seus medos, pois os motivos lhe são inconscientes. No entanto, suas mãos podem dar forma ao 'inconsciente' (...) por meio de uma imagem e, assim, torná-lo visível." (AMMANN, 2002, p. 22)

O Jogo de Areia se destaca por ser uma técnica projetiva não estruturada, que permite a expressão da criança e a leitura de diversos aspectos conscientes e inconscientes, potencializando a integração do *self* por meio do processo de individualização, além de auxiliar na formação de mecanismos de defesa e na capacidade de resolução de conflito, bem como, nos relacionamentos interpessoais e intrapessoais.

6.2.5 A Arteterapia sob a Perspectiva Junguiana

A arteterapia é uma abordagem terapêutica que utiliza processos artísticos como meio de expressão simbólica, autoconhecimento e integração emocional. Trata-se de uma prática interdisciplinar que integra fundamentos da psicologia com as artes visuais. Seu principal objetivo é promover o bem-estar emocional, mental e físico, atuando como um canal de acesso ao inconsciente e à autorregulação interna do indivíduo.

As teorias de Freud e Jung forneceram as bases para o desenvolvimento inicial da arteterapia como um campo específico de atuação terapêutica, ao introduzirem a noção de que os conteúdos inconscientes podem se manifestar por meio de formas simbólicas e expressivas (CARVALHO e ANDRADE, 1995).

Embora Carl Gustav Jung não tenha sido o criador da arteterapia, foi uma das figuras mais influentes para seu desenvolvimento. Sua valorização da produção simbólica e criativa como forma de autodescoberta e transformação psíquica abriu

caminho para que a arte fosse reconhecida como uma linguagem legítima do inconsciente. Segundo o autor, “com a sua propensão de criar símbolos, o homem transforma inconscientemente objetos ou formas em símbolos (conferindo-lhes assim enorme importância psicológica) e lhes dá expressão, tanto na religião quanto nas artes visuais” (JUNG, 2008)

A chamada arteterapia junguiana é uma vertente que se fundamenta na psicologia analítica de Jung. Nessa abordagem, a criação artística é entendida como uma ferramenta para expressar, confrontar e integrar conteúdos inconscientes. O foco principal está no processo criativo e simbólico, e não na estética da obra final. O importante é o que a imagem revela sobre o momento psíquico do indivíduo e como ela contribui para a integração de aspectos inconscientes.

Na prática, arteterapêutica junguiana, diversas atividades podem ser utilizadas para facilitar o contato com esses conteúdos inconscientes: criação de mandalas espontâneas para acompanhar fases internas, representações visuais de sonhos, máscaras da persona e da sombra, figuras arquetípicas, colagens simbólicas feitas com recortes, entre outras.

A escrita, nesse contexto, também é considerada um recurso expressivo plenamente válido. A chamada escrita terapêutica ou escrita simbólica pode incluir desde diários íntimos (como diários emocionais ou de sonhos), até criações poéticas, narrativas metafóricas e reescrita de histórias pessoais difíceis.

Um exemplo marcante desse uso simbólico da arte e da escrita como recursos terapêuticos pode ser visto na criação do *Livro Vermelho* (JUNG, 2013), em que o autor combinou textos, imagens e reflexões simbólicas produzidos durante uma fase de intensa introspecção, criando um registro visual e poético de sua jornada interior. Trata-se de um verdadeiro diário, em que palavra e imagem se entrelaçam para dar forma aos conteúdos que emergiram de seu inconsciente.

A arte, na perspectiva da arteterapia junguiana, não é utilizada como ornamento ou passatempo, mas como um meio vivo de contato com a alma. O essencial é permitir o acesso aos conteúdos inconscientes, dando forma ao que ainda não pôde ser dito ou elaborado, sendo via de elaboração simbólica e emocional.

No caso de uma criança em fase terminal, a arteterapia junguiana pode representar uma via de acolhimento e expressão altamente significativa. Além de

funcionar como uma forma de comunicação entre o mundo interno da criança e o terapeuta, a expressão simbólica oferece uma oportunidade para integrar sentimentos difíceis de verbalizar ou compreender racionalmente. Como aponta Casanova (2014), a linguagem não verbal da arte muitas vezes permite acessar aspectos psíquicos profundos, especialmente em contextos de dor e sofrimento.

Se for uma demanda genuína da criança, o processo arteterapêutico pode ser orientado para temas que fazem sentido em sua vivência, como trabalhos com os arquétipos da morte, do renascimento e da travessia ou propostas que possam permitir à criança dar forma e significado aos sentimentos de perda, aos desejos remanescentes, olhar para sua história. Assim, a arteterapia torna-se um espaço de intervenção para o psicólogo, e de elaboração simbólica, para o paciente, que, mesmo diante da finitude, favorece o florescimento de sentido e presença.

6.2.6 Sintomas psicossomáticos sob a perspectiva Junguiana

A dinâmica estabelecida entre mente-corpo tem a proposta de compreender o ser humano de maneira holística, sendo muito discutida na área médica e científica com o objetivo de ampliar os conhecimentos a respeito da existência da subjetividade e assim atribuir um olhar humanizado que consiste em conceber o indivíduo para além do seu diagnóstico. Os estudos sobre psicossomática não foram iniciados por Jung, contudo, suas contribuições sobre a simbologia do sintoma e a relação mente-corpo acrescentaram para a construção desse saber. A etimologia do termo “psicossomática” vem do grego sendo *psyché* = mente, alma; *somatikós* = corpo. Embora existam muitos estudos que evidenciem a existência de uma relação mútua entre as partes, cada abordagem compreenderá à sua maneira essa interação. No livro “O homem e seus símbolos”, publicado em 1953, Jung refere:

"A psicossomática é a expressão de um conflito psíquico no corpo. A mente e o corpo são partes indissociáveis da psique humana, e qualquer perturbação psíquica pode, eventualmente, se manifestar em sintomas físicos." (Jung, 1953, p. 109)

Em relação aos sintomas, diferentemente da proposta feita por Freud que os compreende como resultado de um conflito psíquico proveniente do desejo ou emoções reprimidas. Para Jung, o sintoma surge de maneira positiva, como uma manifestação simbólica dos aspectos inconscientes, ou seja, um meio de

comunicação entre o interno e o externo que visa trazer à consciência os símbolos para que possam ser elaborados, formulando-os como uma atividade autônoma e espontânea da psiquê que atuará como ponte entre o inconsciente e o consciente auxiliando no processo de individuação. Para ele:

"Os sintomas são, em certa medida, uma tentativa do inconsciente de restaurar o equilíbrio psíquico, uma forma simbólica de nos comunicar o que está em desequilíbrio. Não devemos apenas 'curar' os sintomas, mas entender o que eles querem nos dizer." (Jung, 1953, p. 128)

Não obstante, em sua teoria Jung direcionava sua compreensão no "para que" ao invés do "por que", neste sentido, não tinha o intuito apenas de responder uma questão para eliminá-la, mas pelo contrário, considerava compreender a simbologia por trás dos conflitos para promover a integração do *self* e a ressignificação de aspectos inconscientes, com o objetivo de proporcionar ao indivíduo maior harmonia e totalidade em sua jornada.

No entanto, Jung evidenciou que o sintoma vem de natureza dupla, podendo ser compreendido de maneira positiva como parte do processo de individuação e integração do *self*, mas também, de maneira negativa na medida em que quando não elaborado pode se tornar uma forma de resistência que impedirá a evolução psíquica.

É possível também que ele se manifeste como reflexo da sombra do indivíduo, um traço oculto da personalidade que ele evita enfrentar, podendo aparecer como sintomas físicos e/ou psicológicos. Contudo, uma vez confrontado, o indivíduo pode alcançar maior compreensão de si mesmo e conseqüentemente, a cura.

Em relação aos sintomas físicos, Jung como médico não desconsiderou sua existência. Psique e corpo estão interligados e se afetam. Portanto, da mesma forma que a mente em desequilíbrio causa danos ao corpo, o corpo adoecido também causa prejuízos à psique (JUNG, 2011).

Em suma, para Jung os sintomas não são meros resultados de conflitos inconscientes, mas sim uma manifestação que possui profundo simbolismo, podendo auxiliar no processo de individuação e totalidade do indivíduo proporcionando a cura psíquica. Seus estudos contribuíram significativamente para a formação do conceito "psicossomática" que vem se integrando na construção do saber das ciências médicas, na medida em que visa propor a compreensão da

subjetividade para alcançar a cura por meio da relação corpo e mente. Quando se trata de pacientes em cuidados paliativos, esse olhar se torna imprescindível para a humanização do tratamento, pois mesmo que não se tenha a cura é possível promover dignidade e conforto durante a travessia realizada no processo de adoecimento.

6.3 Contos, fábulas e histórias como ferramenta terapêutica

A literatura infantil surgiu como uma ferramenta para ensinar crianças sobre valores sociais e a diferença entre bom e mau, certo e errado, ganhando espaço na educação e desenvolvimento infantil. Ela se apresenta tanto como uma diversão, um passatempo, assim como uma fonte de aprendizados e reflexões, misturando aspectos da pedagogia e da arte, por meio de ilustrações, cores, modelos e pensamento crítico.

Ao ler ou ouvir histórias, as crianças passam a entrar em contato com a fantasia e imaginação, se tornando uma participante ativa daquilo que está sendo contado, podendo se identificar com os personagens, podendo experimentar, diversas emoções intensas, como tristeza, raiva, irritação, bem-estar, medo, alegria, pavor, insegurança; elaborar sentimentos, compreender acontecimentos a sua volta, estimular reflexões e atribuir respostas para suas perguntas. (ABRAMOVICH, 1999)

O material simbólico é um meio crucial para acessar a psique da criança, visto que ela se expressa por meio do lúdico. Jung aborda na sua obra “Aion: Estudos sobre o simbolismo do Si-mesmo” publicado no ano de 1951, que os contos de fada representam acontecimentos psíquicos que podem ser encontrados em toda humanidade por meio do inconsciente coletivo. Isso significa que por meio dos arquétipos presentes nos contos, pode-se acessar a psique coletiva, permitindo o processo de elaboração e cura. Von Franz (2008) reflete que os contos de fada são tão cruciais para a humanidade como os sonhos são para um indivíduo.

“Os contos de fada podem ser um instrumento lúdico muito útil, pois através deles as pessoas têm a chance de entrar em contato com o mundo simbólico. O símbolo é uma das maneiras de entrar em contato com o inconsciente. Através deles, as pessoas conseguem encontrar formas para lidar com os seus próprios conflitos e angústias da vida real.” (MATTAR, 2021, p. 05)

Os contos ocupam um papel imprescindível na atuação com crianças na psicologia analítica, já que são ferramentas que permitem o acesso ao simbólico, e

portanto, conteúdos inconscientes, proporcionando uma ligação entre o mundo inconsciente e consciente. Os contos de fada estão presentes desde a antiguidade, em diversos locais do mundo, carregando os mesmos significados ao longo do tempo. Com isso, se conclui como uma ferramenta de acesso puro e direto, sem as defesas do ego, aos arquétipos presentes no inconsciente coletivo, que podem permitir o contato com o processo de individuação e elaboração.

A psicologia analítica assegura que todo símbolo carrega um sentido oculto, que não é capaz de ser completamente revelado. No entanto, os contos de fada atuam como estruturas de vivenciar, elaborar e compreender os acontecimentos e sentimentos que ocorrem durante a trajetória da vida, principalmente para crianças que estão altamente ligadas com o mundo simbólico. Tal acontecimento é visto como um ato curativo, de modo que a história contada pode ser comparada a uma semente que é plantada no inconsciente, que crescerá em forma de imagens que permitem o crescimento pessoal (SILVERA, 2024).

Ser vitorioso diante deste contexto não é vencer a doença e permanecer vivo, mas sim estabelecer contato com seu mundo simbólico e conseqüentemente acessar aspectos profundos da psique, permitindo uma elaboração de suas emoções diante da finitude da vida. Ao se identificarem com personagens e suas jornadas simbólicas, as crianças encontram formas de processar e compreender suas próprias experiências, medos, emoções e dúvidas relacionadas a morte e adoecimento, por meio da vivência e simbolização desencadeadas a partir dos contos e histórias.

6.4 A religiosidade como recurso terapêutico

A religião é um fenômeno universal, encontrada desde os tempos mais remotos nos mais diversos povos. Do ponto de vista de Jung, a religiosidade é uma função natural e genuína, inerente à psique. Sendo assim, inerente à vida, fazendo sem dúvidas, parte da realidade. Experiências numinosas; aparição de símbolos arquetípicos religiosos em sonhos, expressões artísticas e visões; sensações de unidade; crenças são formas de expressão dessa religiosidade. E a partir dessas manifestações, cabe ao psicólogo olhar para elas e usar em seu trabalho, independente de suas crenças próprias. Como parafraseou Nise da Silveira:

“Não importa que “todas as atitudes religiosas sejam impossibilidades físicas”. O psicólogo que estuda os fenômenos religiosos terá, preliminarmente, de desembaraçar-se “do estranho preconceito que somente considera verdadeiro aquilo que se apresenta ou se apresentou na forma de um estado físico (...) o critério de uma verdade não é apenas seu caráter físico: há também verdades psíquicas que, do ponto de vista físico, não podem ser explicadas ou demonstradas, nem tampouco recusadas” (SILVEIRA, 2024, p. 161).

Jung propõe que a percepção de um sentido maior na existência impede que o indivíduo viva apenas no plano do ego, conferindo à vida dignidade, perseverança e consolo. Nesse contexto, é possível que, diante da finitude, crenças religiosas ou espirituais já existentes se manifestem espontaneamente no setting terapêutico; que novas crenças surjam como forma de lidar com a situação; ou ainda que o paciente experiencie desconforto, caso não possua tais crenças ou passe a questionar as que antes sustentava. Todas essas possibilidades devem ser reconhecidas e acolhidas pelo psicólogo, que deve estar preparado para acompanhar o paciente — e, quando necessário, sua família — nesse processo de busca por sentido.

Segundo Jung (1995), o homem se beneficia de ideias gerais que dão sentido à sua vida e experiências, sendo capaz de suportar grandes provações quando está alinhado a esse propósito. E os símbolos religiosos oferecem significação à existência humana, podendo-ser grandes aliados para o enfrentamento de momentos difíceis, como a aproximação com a morte.

Jung (2016) questiona a utilidade de rejeitar crenças religiosas que, em momentos de crise, demonstram sua eficácia ao trazer consolo e sentido à vida, ressaltando o papel terapêutico dessas convicções mesmo que não sejam objetivamente comprováveis. Essa reflexão de Jung ressalta o papel fundamental da religiosidade na psique humana, especialmente em momentos de sofrimento profundo. Crenças religiosas — como a da vida após a morte, por exemplo — não precisam ser avaliadas com base em critérios de verdade objetiva ou comprovação empírica. Seu valor reside, precisamente, em sua capacidade de oferecer sentido, esperança e sustentação psíquica diante do caos existencial.

O psicólogo junguiano, sensível à dimensão simbólica da experiência, pode acolher essas expressões religiosas como manifestações naturais da alma, sem impor dogmas nem deslegitimar crenças. Ao interpretar — ou simplesmente sustentar — essas imagens e narrativas simbólicas, como figuras de anjos, deuses, heróis ou a ideia de “voltar para casa”, o terapeuta cria um espaço seguro onde a

criança pode experienciar conforto, conexão e transcendência. Esses elementos são particularmente importantes diante da proximidade da morte.

A aparição de imagens divinas em sonhos, visões ou produções simbólicas, como desenhos e brincadeiras, pode ser compreendida como uma manifestação do *Self*. Na psicologia analítica, o *Self* é o arquétipo da totalidade psíquica, ou o centro organizador da personalidade. Para Jung, ele é indistinguível do arquétipo de Deus. No entanto, essa concepção não busca afirmar ou negar a existência de Deus como realidade objetiva, mas sim compreender tais imagens como representações simbólicas da experiência do divino.

Em *Memórias, Sonhos, Reflexões (1995)*, Jung afirma: “À medida que a imagem de Deus é, psicologicamente, uma ilustração é uma manifestação das profundezas da alma.” Nesse sentido, figuras como Cristo, Buda, ou outros deuses de diferentes culturas são compreendidas como representações simbólicas do *Self*. Essas imagens fornecem pistas valiosas sobre o estado atual da psique do indivíduo e podem ser analisadas como indicadores do seu processo de desenvolvimento psicológico.

A consciência do psicólogo sobre a manifestação da religiosidade por meio de símbolos pode ser fundamental também no trabalho com as famílias. Ele pode oferecer uma forma de psicoeducação, ajudando os familiares a compreender que essas expressões simbólicas — mesmo quando não correspondem exatamente à doutrina religiosa da família — são naturais e esperadas no processo psíquico, especialmente diante da proximidade da morte. Esse acolhimento é ainda mais importante em contextos religiosos, onde o surgimento de imagens ou ideias conflitantes pode gerar angústia ou confusão. Ao legitimar essas vivências, o psicólogo contribui para um ambiente mais compreensivo e menos repressor, favorecendo a saúde emocional da criança e de seus cuidadores.

6.5 O funcionamento do psicólogo perante a equipe interdisciplinar

O psicólogo hospitalar visa dar voz para o paciente e seus familiares durante o período de internação, por meio da fala, escuta empática e ativa que permitirá a elaboração dos aspectos emocionais, físicos e sociais que englobam a doença e afetam psicologicamente aquele indivíduo. Este processo permite que o paciente adote uma postura ativa diante de sua própria doença, devolvendo uma sensação

de controle diante da própria vida. Sua atuação não se limita aos pacientes, abrangendo atenção e acolhimento à equipe hospitalar.

O psicólogo atua de forma em que:

“O atendimento é focal, breve e frequentemente emergencial. Busca conhecer o que a hospitalização significa para o doente e sua família, assim como saber mais sobre a história de vida, os aspectos estritamente relacionados à doença, às dificuldades adaptativas, à internação, aos processos diagnósticos e ao significado que os pacientes constroem a respeito de si e do mundo a partir do adoecimento” (SANTOS-SILVA; ALMEIDA; WANDERLEY, 2020, p. 79).

Espera-se que o atendimento seja realizado semanalmente, no entanto, o cenário hospitalar abrange muita incerteza, isso quer dizer que o paciente, por diversas razões, pode não estar mais no hospital para ser atendido. Com essa característica, busca tratar cada atendimento como único, em que toda angústia abordada no início e meio do acompanhamento seja elaborada até sua conclusão, não deixando assuntos pendentes.

Crianças são vistas como cheias de vida e energia, com uma vida pela frente rodeada de oportunidades e vivências. A partir do momento que se observa algum paciente jovem lutando pela própria vida, é recebido como completamente anti-natural, e, portanto, algo que deve ser protegido da criança. Os familiares demonstram resistência e fuga diante de uma comunicação aberta com o paciente pediátrico, uma vez que seu maior objetivo é livrar o ente querido de tal sofrimento e angústia. Assume-se que falar de morte com crianças é inadequado, especialmente a sua própria. Sendo assim, deve-se adequar a idade e fase que aquele paciente está e mantê-lo ciente de seu processo de adoecimento. É utilizadas técnicas lúdicas e simbólicas que permitem essa expressão e elaboração da criança.

“É difícil falar com crianças sobre a morte, mas devemos contribuir para a desmistificação e para a diminuição da negação e do pavor que a morte provoca, contribuindo, para que as crianças a encarem como parte natural da vida e procurem meios de enfrentamento” (GURGEL; LAGE, 2018, p.12).

Deve-se abranger a atenção e cuidado para os familiares, como é apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), já que é comum um grande nível de ansiedade, culpa e sensação de impotência vindos das famílias dos pacientes pediátricos. A presença de um indivíduo com uma doença terminal vivendo sob cuidados paliativos afeta diretamente a estrutura e dinâmica familiar, principalmente quando se trata de uma criança. Os cuidadores demonstram exaustão e

preocupação constante acompanhado de alto estresse, tristeza e medo. Dessa forma, a atuação deve responder às necessidades dos mesmos, visando auxiliar e dar suporte na elaboração dos acontecimentos desencadeados pela doença e procedimentos em que a criança poderá ser submetida.

As equipes multidisciplinares são de grande importância para um processo hospitalar. Elas permitem que diversos profissionais de diferentes áreas atuem perante um mesmo paciente, expandindo as formas de cuidá-lo. Um exemplo de profissionais que compõem essa equipe é médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, entre outros. A equipe que atua perante os cuidados paliativos pediátricos (CPP) é a interdisciplinar, evidenciando um maior exemplo de união, permitindo um olhar mais amplo, biopsicossocial, e aprofundado para cada paciente, enquanto mantém sua identidade profissional. “É aquela em que os profissionais avaliam e planejam de forma independente, complementar, coordenada e inter-relacionada” (SANTOS-SILVA; ALMEIDA; WANDERLEY, 2020, p. 80)

Não é possível falar sobre os cuidados paliativos pediátricos sem falar de sua escassez, visto que é uma área que necessita de maior número de profissionais e treinamento desta assistência. Esta falta de atenção prejudica a comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar, como também pode afetar o atendimento aos familiares.

A educação médica molda o profissional focando nos aspectos bio-fisiológicos da doença, lidando com a constante pressão externa de que um bom médico é aquele que cura. No entanto, a partir deste acontecimento, a subjetividade do paciente é ignorada, descartada como irrelevante para o processo de adoecimento. A psicologia junguiana aborda o arquétipo de salvador, aquele que cura, fazendo referência aos médicos onipotentes capazes de resolver tudo. Todavia, a partir do contexto de doenças terminais, o profissional da saúde se vê distante desta posição que costuma ocupar e não sabe como agir diante disso, buscando de qualquer forma manter sua onipotência, o que resulta em um ferimento de si próprio e daquele que precisa de cuidado. Desta forma, durante o tratamento de cuidados paliativos, os médicos adotam uma postura ainda mais distante e insociável perante a angústia de não poder curar aquele indivíduo. Diante destes fenômenos, se mostra imprescindível a atuação do psicólogo hospitalar que tem como norte a subjetividade do paciente buscando acima de tudo, a diminuição do

sofrimento do mesmo. Observar o paciente de forma integral permite um cuidado para além de suas questões físicas, em que engloba os diferentes aspectos que podem afetar o processo de adoecimento de um indivíduo. Tal olhar se torna ainda mais importante quando se aborda os cuidados paliativos, que visa diminuir a dor daqueles em que a cura é impossibilitada. Os médicos possuem o foco de diagnosticar e tratar o paciente de sua doença. No entanto, é necessário observar o impacto que a subjetividade possui no processo de adoecimento. Jung (1971) acreditava não existir uma distinção natural entre a mente e corpo, afirmando existir uma relação indireta e inter-relacionada entre ambos.

A postura dos médicos pode ser observada como uma proteção que busca mantê-los emocionalmente distantes evitando seu sofrimento psíquico e falta de objetividade perante o tratamento de um enfermo. Tal estratégia não é inteiramente negativa, já que busca auxiliar o profissional a lidar com culpa, ansiedade, tristeza e medo, protegendo seu bem-estar emocional, além de sua prioridade principal ser a cura fisiológica. No entanto, pode prejudicar a relação da equipe médica com o paciente e sua família, afetando seu tratamento e estado emocional, principalmente se sentem que estão sendo evitados pelos médicos, sendo motivo de reclamações recorrentes em hospitais e clínicas. Eles acabam sendo vistos como “curadores” e não “cuidadores”, quando deveriam ser ambos. Seu dever não se resume na eliminação da doença, todavia, há uma incessante pressão externa e sensação de impotência que o profissional não consegue lidar.

6.6 Processo De Luto

A morte tende a ser um aspecto sobre o qual o homem não deseja refletir, seja em relação à sua própria finitude ou à das pessoas ao seu redor. A forma como ela é compreendida é consequência da dinâmica vivida ao longo do desenvolvimento. Por ser desconhecida e considerada um tabu, ela configura uma angústia e um medo, medo do processo, da dor, do sofrimento, da mudança de rotina e até mesmo da ausência da própria família ao seu redor. Como consequência, ocorre uma fuga desse medo da morte, por meio do seu afastamento simbólico.

Jung (1986) enfatiza a ideia da morte como um fator psicologicamente tão importante quanto o nascimento, sendo parte integrante da vida. Ou seja, ela não é

algo separado da existência, mas algo que a compõe. Se a morte for tratada de forma minimizada, esquivando-se desse ponto, será como se o ser humano estivesse tornando a vida desprovida de propósito. Assim como o nascimento marca o início de uma jornada, a morte representa uma transição igualmente significativa. Ambos são eventos essenciais no ciclo da vida e no amadurecimento da consciência.

Além disso, o autor também associa o ciclo da vida com o percurso do sol, em que nasce, transita até o topo do meio dia, e então realiza o movimento descendente, ocorrendo no fim de tarde, somente depois se põe. Cada etapa do sol é visto simbolicamente uma fase da vida humana, o nascer do sol como o nascimento, o momento do meio dia seria a metade da vida. Nesse momento, Jung traz uma visão de desenvolvimento psicológico, em rumo a totalidade e integração do ser. Depois o sol começa a declinar no horizonte, em analogia ao que acontece com o corpo. Por mais que seu corpo se mostre mais limitado, trazendo um final da existência de seu corpo, sua mente continua em expansão, mas agora, é esperado que nasça a ideia da morte, quando muitas pessoas experienciam crises existenciais.

A negação da morte reflete em uma recusa de aceitar a plenitude da própria vida.

“Nossa consciência recusa-se a aceitar esta verdade inegável. Ordinariamente nos apegamos ao nosso passado e ficamos presos à ilusão de nossa juventude.” (JUNG, 1986, p. 360)

Jung traz então, que é possível se preparar para a morte, não através da negação ou do medo, mas vivendo plenamente. Isso não significa esconder sua realidade, tampouco fingir que ela não existe, mas, sim, integrá-la à experiência de estar vivo, buscando nela um significado. Observa-se que muitas pessoas, ao se aproximarem do fim da vida, encontram maneiras de viver esse período de forma especialmente significativa, reunindo em si todas as experiências. Cada etapa, longe de ser isolada, compõe o todo de uma existência que se completa.

Com isso, a morte e a vida estão intrinsecamente ligadas. O medo da morte pode tanto paralisar o indivíduo diante da vida quanto impulsioná-lo a buscar projetos que deem sentido à sua existência. Mas, é a consciência da morte que confere profundidade e significado ao viver. Tentativas de camuflá-la ou escondê-la

são, além de infrutíferas, uma afronta à inteligência e à capacidade de percepção humana.

Essa consciência torna-se ainda mais desafiadora quando a morte se aproxima de forma concreta, trazendo à tona a necessidade de lidar com as despedidas ainda em vida. Diferentemente do luto que ocorre após a morte, em que o foco está na ausência definitiva do ente querido, quando o luto não começa a partir da morte exige adaptação emocional enquanto a pessoa ainda está presente. As relações prévias existentes então, podem influenciar na qualidade do processo, e quando se é promovido uma intervenção planejada, favorece no enlutamento para gerar uma boa comunicação nas famílias, e uma tentativa de melhorar a qualidade de morte e do morrer.

O luto pode se tornar um processo longo, frequentemente oscilando entre esperança e tristeza diante da situação. Apesar dos avanços tecnológicos, o diagnóstico de um câncer, por exemplo, ainda está correlacionado com a ideia do sofrimento e da morte, trazendo uma ideia de sentença de morte. Essa percepção causa uma grande desorganização psíquica, independente da faixa-etária. Observar a criança hospitalizada, morrendo se torna difícil, já que a imagem dela significa alegria, futuro, sonhos, o que acaba causando ansiedade e dor para aqueles que estão envolvidos.

Esse processo pode ser angustiante e intenso, pois a dor da perda é enfrentada antes mesmo que ela aconteça, gerando sentimentos de impotência, culpa e esperança intermitente. O sentimento de impotência por não conseguir reverter a situação também afeta os profissionais da saúde, cuja formação é voltada para salvar vidas. Durante o tratamento, à medida que a morte se torna iminente, pode ocorrer a construção de um vínculo afetivo com o paciente. Quando chega a um ponto em que não há mais possibilidades de intervenção curativa, muitos profissionais não sabem como lidar com a situação, não conseguindo oferecer apoio e conforto ao paciente e à família, devido ao conhecimento limitado sobre a terminalidade da vida.

Ao contrário do luto inesperado, esse adoecimento é marcado por momentos ambíguos, pois, apesar da angústia por entender que aquela criança não terá um futuro esperado, permite que os envolvidos tenham a oportunidade de criar memórias afetivas e se preparem simbolicamente para a despedida. Isso possibilita um certo planejamento enquanto a criança ainda está viva. Esse planejamento é

trabalhado tanto com a família quanto com a própria criança, que vivencia um luto contínuo pela perda da possibilidade de viver uma infância considerada saudável.

“Mas quando chega o sofrimento, a coisa muda de figura. É aí que as pessoas começam a buscar uma saída e a refletir a respeito da significação da vida e de suas incríveis e dolorosas experiências.” (JUNG, 2016, p. 107)

Normalmente, é evitado as crianças participarem da morte e do morrer, como forma de protegê-las. Entretanto, ao evitar que a criança compreenda essa experiência, prejudica ainda mais o entendimento sobre o ciclo de vida. Duas pesquisas buscaram compreender a ideia de morte entre crianças. A primeira, realizada com crianças de dois a cinco anos portadoras de câncer (Almeida, 2005), constatou que elas apresentavam inabilidade para compreender a morte como um evento irreversível. Entretanto, no segundo estudo (Nunes, Carraro, Jou e Sperb, 1998), conduzido com crianças entre seis e sete anos, observou-se, por meio de entrevistas e desenhos, que nessa faixa etária já havia uma noção da irreversibilidade da morte.

Além da influência do desenvolvimento cognitivo relacionado à idade, foi possível compreender que a experiência de cada criança em relação à morte está correlacionada à disposição cultural, à personalidade em formação e ao contexto familiar, fatores que afetam a construção dessas representações. Ou seja, a criança compreende a morte de acordo com sua fase do desenvolvimento e ambiente.

O sentimento de morte para a criança surge desde o nascimento, sendo vivenciado em diferentes situações, como a separação dos pais, a perda ou quebra de um brinquedo, mudanças de lar ou escola, entre outras experiências ao longo de sua trajetória. A cada fase do desenvolvimento, a criança adquire novas capacidades, mas também se depara com perdas, configurando-se como mortes simbólicas. Assim, ela passa por um processo longo e gradual até conceituar a finitude da vida, compreendendo três componentes básicos sobre a morte: a irreversibilidade, que indica que o corpo físico não pode voltar à vida após a morte; a não-funcionalidade, que se refere ao entendimento de que todas as funções vitais cessam com a morte; e a universalidade, que se trata da compreensão de que todos os seres vivos (animais, plantas e seres humanos) eventualmente morrerão (PAIVA, 2011). Esses três componentes vão se estabelecendo no indivíduo de forma lenta e progressiva.

Contudo, quando a criança é diagnosticada com uma doença terminal, todo o processo para a compreensão da morte é acelerado de forma abrupta e intensa. Em vez de vivenciar apenas as perdas típicas de sua faixa etária, ela se depara com fenômenos que intensificam seu medo, angústia e sofrimento. O tratamento a obriga a se adaptar a novas situações de desconforto, como hospitalizações frequentes, mudanças bruscas na rotina, separação dos familiares e amigos, afastamento de seu ambiente familiar e a impossibilidade de manter hábitos cotidianos. A separação da mãe, em especial, pode gerar medo do abandono e sensação de desamparo, uma vez que a mãe representa segurança e proteção.

Além de enfrentar a hospitalização e os procedimentos invasivos e dolorosos, a criança lida com mudanças corporais significativas, como queda de cabelo, mutilações, alterações no peso e variações no humor, decorrentes da doença e do tratamento. Paralelamente, a convivência com outras crianças hospitalizadas pode ser um fator impactante. Ao perceber que algumas delas pioram ou morrem, mesmo sem que isso seja explicitamente dito, a criança sente a ausência e compreende, de forma não verbalizada, a gravidade de sua condição. Nesse contexto, a criança também observa como sua doença interfere no cotidiano familiar, comparando sua situação com a de outras crianças. Quando tem irmãos, percebe a frustração deles pela falta de atenção dos pais, que passam a dedicar-se quase exclusivamente aos cuidados com ela.

Durante esse processo, é comum que os adultos mintam para a criança na tentativa de protegê-la. No entanto, mesmo em idades precoces, as crianças são observadoras atentas e percebem quando algo está errado. Quando não recebem informações claras e direcionadas a elas, podem sentir-se confusas e desamparadas, expressando seus temores de outras formas, como por meio de sintomas físicos e comportamentais.

Mesmo que a perda seja esperada, quando a criança morre é necessário que toda a equipe trabalhe o apoio e acolhimento com todos os familiares, para que possa ser enfrentado de forma mais adequada. O luto dos pais é marcado por sensações de raiva, culpa, se sentindo injustiçados e impotentes diante da morte do filho. Essa perda significa o enfrentamento de tarefas muito complexas e difíceis, como tentativas de aceitar a realidade da morte, vivenciar a dor por completo, reconstruir a nova vida, desconstruir todas as expectativas em relação ao desenvolvimento do seu filho e encontrar significado na perda.

Essa perda torna-se um processo ainda mais complexo, quando se compreende que a história emocional da criança teve início muito antes do seu nascimento físico, mas ela já nasce inserida no inconsciente coletivo. Desde os primeiros momentos da gestação, e até mesmo antes da concepção, os pais começam a imaginar o futuro do bebê, atribuindo-lhe características, sonhos e expectativas (Berlinck, 2015). Assim, a criança surge simbolicamente, como um ser idealizado, perfeito e promissor. Há, nesse momento, uma participação inconsciente no mundo psíquico dos pais, chamada *participation mystique*. Como se a criança ainda estivesse psiquicamente fundida com eles, e ainda não distingue entre o consciente do self do inconsciente coletivo.

E todas as questões psíquicas não resolvidas, isto é, os aspectos reprimidos, negados ou não integrados da própria personalidade, podem ser transmitidas nos aspectos orgânicos e psicológicos de seus filhos. A criança passa a carregar e viver aspectos que, na verdade, pertencem aos pais. Quando o diagnóstico de uma deficiência grave é recebido, tudo aquilo que foi cuidadosamente construído na fantasia parental desmorona, abalando profundamente a identidade de mãe e pai.

Nesse momento, o arquétipo da mãe, associado ao cuidado, como é descrito:

“Seus atributos são o "maternal": simplesmente a mágica autoridade do feminino; a sabedoria e a elevação espiritual além da razão; o bondoso, o que cuida, o que sustenta, o que proporciona as condições de crescimento, fertilidade e alimento.” (JUNG, 2002, p. 92)

Pode ser ameaçado ou mesmo perdido simbolicamente, gerando um sentimento de inadequação, culpa e fracasso. Os pais, especialmente a mãe, precisam então enfrentar uma dolorosa reconstrução psíquica, adaptando-se a uma nova rotina repleta de preocupações constantes, inseguranças, estresse e exaustão física e emocional. Essa perda simbólica não afeta apenas o indivíduo, mas compromete também o equilíbrio familiar como um todo. Se não se sentirem acolhidos e amparados, os pais podem interpretar essa ruptura como um fracasso da sua função, o que dificulta ainda mais a elaboração do luto.

7. DISCUSSÃO

A discussão a seguir tem como objetivo analisar, a partir da literatura revisada, os principais aspectos que envolvem a atuação do psicólogo hospitalar no contexto dos cuidados paliativos infantis. Trata-se de um campo marcado por complexidades emocionais, éticas e institucionais, que exige preparo técnico e sensibilidade, para lidar com a subjetividade tanto da criança quanto de sua rede de apoio. Ao longo do texto, serão abordadas as dificuldades enfrentadas por esses profissionais nos hospitais, os impactos da ausência de espaços adequados para escuta e acolhimento, bem como a importância de integrar a humanização na formação médica. Além disso, propõem-se caminhos possíveis para transformar a forma como a sociedade lida com a morte, bem como, ampliar os estudos e aprimorar as práticas dos cuidados paliativos pediátricos.

Pode-se perceber, que quando se realiza o acompanhamento de crianças em estado terminal, encontra-se uma dificuldade em respeito ao ambiente hospitalar: O espaço para atuação do psicólogo é limitado e a demanda muitas vezes é desproporcional ao serviço contratado nas unidades de saúde, considerando que a atuação do psicólogo nesta área não se limita somente no atendimento ao paciente, como inclui também os familiares e corpo clínico, pois compreende-se que o processo de adoecimento afeta a todos os envolvidos, antes, durante e após o diagnóstico. A prática profissional é focal, mas capaz de explorar toda a relação dos envolvidos com a enfermidade, o processo de aceitação, adaptação, luto e renúncias, mudanças e estilo de vida. Trata-se de um olhar humano e expansivo que visa promover a qualidade de vida dentro das possibilidades existentes, promovendo conforto e acolhimento em um cenário de vulnerabilidade e conflito.

A humanização por parte dos médicos é fundamental para fornecer um cuidado integral, ético e sensível, tanto para a criança quanto à sua família. Esse cuidado envolve muito mais do que um tratamento de sintomas físicos, mas requer uma escuta empática, acolhendo suas angústias, medos e dúvidas. O médico não é apenas um técnico, sua presença precisa ser constante, representando conforto, segurança, respeitando sua singularidade, levando em conta sua história e valores familiares para tomar decisões clínicas. Isso envolve também respeitar o tempo da família para assimilar as informações difíceis, comunicar os diagnósticos e prognósticos de forma acessível, com sensibilidade e empatia.

A humanização rompe com a lógica de objetificação do paciente, resgatando a dimensão subjetiva da experiência da doença e da morte. Observa-se que o trabalho humanizado ainda depende, muitas vezes, da sensibilidade individual dos profissionais, e não apenas de uma formação estruturada que priorize esse olhar.

No entanto, essa não é uma prática amplamente valorizada e incentivada na área da saúde. Essa realidade evidencia a necessidade de integrar, nos cursos da área da saúde, disciplinas voltadas à humanização do cuidado, à escuta ativa e à compreensão do sofrimento humano. Para uma valorização na prática em que deixe de ser algo pontual e se torne parte da cultura das instituições de saúde.

A presença do psicólogo no ambiente hospitalar é essencial para promover esse cuidado mais amplo também, que considera o paciente em sua totalidade. Contudo, há um descompasso entre a alta demanda de atendimentos e a baixa disponibilidade de psicólogos nos hospitais. Em muitos casos, o profissional não consegue oferecer suporte psicológico a todos que necessitam, seja pela sobrecarga de trabalho, seja pela ausência de espaços adequados para realizar atividades de psicoeducação com a equipe.

Ampliar o número de profissionais da psicologia nos hospitais é fundamental para dar conta da demanda crescente. Isso permitiria tanto o atendimento direto aos pacientes e familiares, quanto ações de psicoeducação com a equipe, ajudando os profissionais a enxergarem o paciente sob a perspectiva biopsicossocial. Com o intuito de promover treinamentos regulares, rodas de conversa e espaços de escuta com foco na saúde mental dos profissionais e na compreensão integral do paciente, fortalecendo a prática interdisciplinar e a empatia no cotidiano hospitalar.

Além disso, mesmo quando o psicólogo está presente, a estrutura oferecida muitas vezes não é suficiente para garantir um atendimento de qualidade. Na ausência de um espaço devido para que o atendimento aconteça, muitas vezes o psicólogo realiza o trabalho em leitos e quartos compartilhados, o que implica na condição de sigilo e na segurança do ambiente, comprometendo negativamente no desenvolvimento das práticas e no prognóstico do processo terapêutico.

Evidencia-se que a prática do psicólogo hospitalar é extremamente crucial para a atenção e acolhimento da subjetividade do paciente e da equipe de saúde. Sua falta de inserção e escassez na área prejudica o cuidado do ser humano em sua integralidade e a qualidade do suporte emocional, aspectos imprescindíveis para quem está vivendo um processo de adoecimento e principalmente para

aqueles que estão próximos de sua finitude. Para tanto, constata-se a necessidade de abranger na formação médica um olhar mais humanizado e focado na subjetividade, para que os futuros profissionais da saúde estejam preparados para lidar com os aspectos emocionais e existenciais do cuidado presente nesse contexto.

O processo do adoecimento infantil é extremamente complexo e vai muito além dos aspectos físicos da doença, bem como as mudanças físicas e emocionais decorrentes do quadro clínico. Envolve sentimentos de luto, esperança, a capacidade da criança de compreender o processo e de se comunicar, as crenças e expectativas dos pais, a afetação da equipe multidisciplinar. Esse contexto abre um campo amplo e necessário de atuação para o psicólogo hospitalar. Ainda que os médicos devam compreender essa complexidade e reconhecer a subjetividade de cada paciente, fazer intervenções psicológicas cabe ao psicólogo hospitalar. O papel do psicólogo não é o de curar, normalizar ou reeducar, mas sim de escutar e acolher o paciente, além de facilitar os processos. Ao auxiliar o paciente e seus familiares a elaborarem essa vivência, o psicólogo também contribui indiretamente para o trabalho da equipe médica.

Sendo assim, diante da complexidade emocional envolvida no processo de adoecimento e casos terminais, a atuação do psicólogo se faz essencial no ambiente hospitalar garantindo o cuidado humanizado para além do cuidado técnico fornecido pelos médicos. Sua presença contribui não somente para o bem estar do paciente, mas se estende ao amparo dos familiares e suporte da equipe, fortalecendo o enfrentamento da morte com sensibilidade, empatia, apoio e escuta.

Apesar de sua importância, a psicologia ainda está conquistando seu espaço no campo da saúde, especialmente em contextos hospitalares, onde sua presença é recente e, muitas vezes, ainda limitada. Há uma carência de psicólogos nos hospitais levando em consideração o número de adoecidos e as tantas formas de atuação do psicólogo nesse contexto. Por isso, é fundamental que esse campo seja mais reconhecido, valorizado e fortalecido, garantindo uma assistência integral e humanizada aos pacientes.

Por fim, o campo dos cuidados paliativos tem apresentado avanços significativos ao longo do tempo. No entanto, destaca-se a necessidade urgente de ampliar as pesquisas voltadas aos cuidados paliativos pediátricos, uma área ainda carente de estudos. Investir nesse campo é essencial para promover os direitos

humanos e garantir a dignidade das crianças, mesmo em situações de proximidade com a morte.

Ao contemplar os cuidados paliativos terminais infantis precisa-se compreender que é extremamente prejudicial esconder o adoecimento da própria criança, mesmo que seja com a intenção de proteger. Observa-se crianças como frágeis e inocentes, não capazes de lidar com o diagnóstico e prognóstico, quando na realidade, o não saber pode prejudicar seu estado físico e principalmente emocional, de forma mais evidente. Acredita-se que trazer o tema da morte apenas o torna mais sofrido, especialmente tratando-se de crianças.

Mesmo não sendo informada diretamente, a criança saberá que sua vida está diferente, que sua rotina está em mudança assim como seu corpo, que não irá mais à escola e brincar com seus colegas. A ida a hospitais será cada vez mais frequente, assim como a realização de exames e encontro com médicos. Ao vivenciar esse processo e não conseguir defini-lo e compreendê-lo, desperta-se ainda mais medo e sofrimento emocional, causando impacto prejudicial na saúde física e mental daquele paciente, visto que tira-se da criança sua chance de elaborar a morte e suas perdas.

Se o infante não possui espaço para processar sentimentos e informações sobre a morte e adoecimento, ela não poderá assimilar a própria finitude, se despedir ou vivenciar o luto, seja ele da própria vida, de não poder ir mais na escola ou encontrar com amigos. Principalmente tratando-se da terceira infância, já compreendendo a morte como irreversível e definitiva, diferentemente de crianças mais jovens, que observam a morte como temporária. A comunicação da criança se dá de forma diferente do que a expressão adulta, podendo levar seus familiares a assumir, por parte da criança, falta de compreensão do mundo à sua volta, quando na verdade, ela só ocorre de modo diferente, porém igualmente importante e poderosa.

Crianças desejam saber o porquê das coisas, buscam respostas e alternativas inimagináveis. A curiosidade infantil é respondida até o momento que ela toca em pontos sensíveis, percebidos como inadequados para crianças. O que muitas vezes passa despercebido, é que a falta de resposta não impede o sofrimento. O luto pode se manifestar de diversas formas - desde o falecimento de um ente querido, a perda de um brinquedo especial, a mudança de casa ou escola, final de um livro amado, ou o afastamento de uma amizade. O fim se apresenta

através de múltiplas facetas. Para adultos, o início e final de ciclos são esperados e normalizados, mas tratando-se de crianças, ninguém quer assumir o papel de avisá-las que a vida é repleta de finitudes, principalmente dela própria.

Fica evidente a necessidade de abordar temas de finitude, nascimento e ciclos da vida com crianças, buscando aproximá-las de temas difíceis para que seja possibilitada uma maior compreensão e elaboração, que permitirá um melhor enfrentamento perante as realidades desafiadoras do cotidiano. É crucial discutir os diferentes estágios da vida desde o nascimento à morte, buscando trazer uma comunicação clara e adequada à faixa etária, permitindo que a criança se sinta amparada perante mudanças e etapas da vida. Evitar o assunto desperta insegurança e medo, dificultando a elaboração emocional, deixando a criança mais exposta à fragilização. Esses tópicos devem ser abordados no ambiente familiar, mas, sobretudo, no ambiente escolar, que representa um espaço significativo de referência e desenvolvimento na trajetória da criança.

Diante desse contexto, propõe-se a inclusão, desde a educação infantil, de projetos, aulas e rodas de conversa na grade curricular da formação básica escolar que abordem o ciclo da vida — incluindo a morte como parte integrante desse processo. Utilizando uma linguagem lúdica e adequada a cada etapa do desenvolvimento infantil, a proposta visa estimular reflexões sobre o fim de ciclos e as transformações, tanto físicas quanto simbólicas, ajudando as crianças a integrar, de forma gradual e natural, a noção da finitude como parte da experiência humana.

A literatura também se revela como um grande recurso, estabelecendo um diálogo entre o simbolismo presente nos livros, contos e histórias em quadrinhos, e a criança. Essa relação permite um acesso fácil do infante com conteúdos significativos, favorecendo a elaboração das informações e sentimentos que emergiram durante a leitura. A chave principal é construir uma ponte lúdica e simbólica, respeitando sua forma de entender o mundo, para que a criança possa acessar conhecimentos enriquecedores e profundos, reconhecidos como exclusivos de adultos.

Em síntese, destaca-se que, para além da proposta estrutural de promover a naturalização da morte na cultura por meio da educação, é fundamental ampliar a formação médica com uma abordagem mais humanizada diante da terminalidade. Também se faz urgente o reconhecimento e a valorização do papel do psicólogo hospitalar, ampliando seu espaço nas equipes de saúde e garantindo sua presença

em contextos de alta complexidade, como o cuidado de crianças em estado terminal. Por fim, é imprescindível o incentivo à realização de mais pesquisas na área, a fim de suprir lacunas existentes e fortalecer uma atuação psicológica mais embasada, ética e sensível às necessidades dos pacientes e suas famílias.

A partir do levantamento de informações e estudo da psicologia analítica aplicada a este contexto, o presente trabalho busca incentivar reflexões principalmente aos estudantes da área da saúde sobre os cuidados paliativos infantis, contribuindo para a construção de novos olhares e abordagens sensíveis diante da terminalidade da vida na infância. Além disso, busca fomentar o desenvolvimento de tecnologias e recursos que possam servir como apoio ao estudo e à formação de profissionais da área que atuam com crianças em estado paliativo, assim como oferecer subsídios para o acolhimento e orientação de famílias que vivenciam essa experiência delicada.

8. CONCLUSÃO

Este trabalho teve como propósito central compreender a intervenção do psicólogo hospitalar no tratamento de crianças em cuidados paliativos em estado terminal, considerando sua relevância diante de um cenário desafiador e ainda pouco explorado na literatura. Para alcançar esse objetivo geral, foram definidos objetivos específicos que nortearam o percurso da pesquisa: compreender a atuação do psicólogo hospitalar a partir da psicologia analítica, analisar o funcionamento da equipe multidisciplinar nesse processo e refletir sobre o enfrentamento do luto vivenciado pela criança, seus familiares e pelos profissionais de saúde.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, que possibilitou reunir e analisar artigos, livros e documentos oficiais sobre psicologia hospitalar, cuidados paliativos e psicologia analítica.

Ao longo do desenvolvimento e da discussão, foram apresentados conceitos fundamentais, como os cuidados paliativos, o papel do psicólogo hospitalar e a abordagem da psicologia analítica, além de destacar os desafios enfrentados no acompanhamento da criança em estado terminal, do sofrimento da família e das demandas da equipe multidisciplinar. Assim, a pesquisa procurou articular os manejos e técnicas da psicologia analítica ao contexto do tratamento de crianças em estado terminal, a fim de explorar o tema em maior profundidade e abrir espaço para futuras pesquisas na área.

Os resultados desta pesquisa mostram a importância de valorizar a subjetividade da criança em cuidados paliativos e de oferecer apoio também à família e aos profissionais que atuam nesse contexto.

A abordagem analítica junguiana destaca o inconsciente como uma força que busca revelar o que está oculto. Diante disso, conclui-se a importância da expressão simbólica no trabalho do psicólogo analítico, que busca acessar o universo da criança por meio da mesma linguagem com que ela percebe e constrói sua realidade. Como a criança se comunica principalmente através de símbolos, esse tipo de abordagem se demonstra especialmente eficaz. Brincadeiras, desenhos, narrativas e contos permitem que ela expresse seus medos, angústias e sofrimento, permitindo maior compreensão de sua condição e a elaboração emocional perante a doença e conseqüentemente a hospitalização, mudança radical de rotina e

procedimentos pelo qual será submetida. Os familiares são cruciais no cuidado e acolhimento da criança em estado terminal. Por esta razão, é fundamental que também tenham acompanhamento psicológico, para que possam lidar com seu próprio sofrimento e enfrentar o luto, além de desenvolver recursos que confortem a criança da melhor forma possível. Esse suporte contribui tanto para a criança quanto para a família.

No início do presente trabalho foi estipulada a atuação da equipe multidisciplinar como fundamental para garantir um cuidado integral e humanizado à criança em cuidados paliativos. Essa abordagem amplia os recursos e estratégias disponíveis, proporcionando um atendimento mais completo, digno e humanizado. Contudo, torna-se evidente que é imprescindível superar a falta de alinhamento existente entre os profissionais que compõem a equipe, especialmente no que se refere à valorização da subjetividade do paciente. A formação médica, tradicionalmente focada nos aspectos técnicos, curativos e biológicos da doença, precisa expandir-se a fim de contemplar de forma mais profunda os conteúdos emocionais e a singularidade presentes em cada caso. Valorizar a subjetividade, nesse contexto, exige não apenas escuta e empatia, mas também a elaboração de sentimentos de impotência e limites da medicina por parte da equipe médica. Considerando os pontos apresentados, observa-se que a sintonia e integração entre os profissionais da equipe, assim como o reconhecimento das experiências subjetivas, constata-se como pilares essenciais para um cuidado empático e a qualidade do cuidado em cuidados paliativos.

Um dos objetivos centrais deste estudo foi aprofundar a compreensão do processo de luto diante deste contexto. Buscou-se explorar e ampliar sua visão tradicional, propondo que ele não se inicia unicamente após o falecimento do infante, mas pode manifestar-se de maneira antecipada, afetando não apenas a própria criança, mas também seus cuidadores e a equipe profissional envolvida no processo. É necessário compreender o luto como um fenômeno multifacetado, que se manifesta de formas singulares a cada um. No caso das crianças, a forma como vivenciam e compreendem a morte está diretamente relacionada à sua faixa etária, nível de desenvolvimento cognitivo, cabendo à família e aos profissionais, principalmente ao psicólogo, oferecer um espaço de abertura e acolhimento, no qual a criança possa construir sentidos sobre a morte, percebendo-a como parte do ciclo natural da vida.

A literatura demonstra que a criança pode sim viver um luto ainda em vida, sofrendo perdas significativas da sua rotina, seu corpo saudável, o afastamento de amigos e colegas, isolamento causado por internações frequentes, mudanças físicas provocadas pela doença ou restrições causadas pelos cuidados médicos. Todos estes fatores transformam a percepção e relação com a realidade que a criança havia estabelecido até então.

Para as famílias, o luto é marcado não apenas pela iminência da morte, mas pela confrontação de todos os planos, etapas e desejos que não serão vividos pela criança. Trata-se de um processo marcado por sentimentos de impotência, angústia e tristeza profunda. Deste modo, o psicólogo exerce um papel essencial ao oferecer acolhimento, escuta atenta e suporte emocional para a elaboração da perda. Ele atua promovendo estratégias de enfrentamento saudáveis, facilitando o diálogo sobre a morte, expressar e elaborar seus sentimentos decorrentes desse processo doloroso.

O processo de luto também impacta a equipe multidisciplinar, que é atravessada afetada pelos laços criados com a criança e sua família. O acompanhamento de crianças em fase terminal, além de expor os profissionais à perda, também torna evidente os próprios limites da medicina. Diante de situações em que a cura não é possível, a equipe vive frustrações, sentimentos de impotência e, muitas vezes, questionamentos existenciais. Nesses momentos, é essencial que os profissionais, assim como os familiares, também tenham espaços de escuta e apoio emocional, para que possam ressignificar o cuidado como presença humanizada, alívio do sofrimento e promoção de dignidade e conforto

Dessa forma, evidencia-se crucial promover uma formação que valorize o cuidado e a atenção integral à criança e à família. A atuação da equipe multidisciplinar é extremamente significativa, especialmente diante dos desafios da terminalidade.

Torna-se essencial o preparo adequado da equipe, garantindo alinhamento no tratamento e sustentando uma postura de humanização, ainda que diante da impossibilidade de cura. Observa-se, entretanto, uma lacuna na formação de muitos profissionais da saúde, que relatam sentir-se despreparados para lidar com os cuidados paliativos pediátricos. Nessas situações, a qualidade do acolhimento oferecido à criança e à família torna-se ainda mais relevante, pois envolve a mobilização de recursos psíquicos e emocionais para enfrentar tanto o tratamento

quanto o prognóstico. Além disso, é comum haver conflitos de papéis ou falhas de comunicação entre os membros da equipe, o que pode comprometer a qualidade do atendimento. Nesse sentido, programas de capacitação e autocuidado voltados aos profissionais são indispensáveis, uma vez que o desgaste emocional impacta diretamente no vínculo com o paciente e seus familiares. A criação de práticas de escuta mútua, supervisões regulares e reuniões interdisciplinares possibilita fortalecer a coesão da equipe, evitando sobrecarga e redundância de funções.

O psicólogo, nesse contexto, não atua de forma isolada: seu papel é potencializado quando integrado à equipe multiprofissional. Por isso, é necessário incluir conteúdos relacionados à finitude e aos cuidados paliativos já na graduação e incentivar pesquisas que avaliem a eficácia de programas de capacitação, promovendo melhor comunicação, definição de papéis e práticas compartilhadas.

A atenção aos familiares também deve ser priorizada, visto que enfrentam intensos desafios emocionais. Intervenções específicas, como grupos de apoio, favorecem a troca de experiências e reduzem a sensação de isolamento, criando vínculos que fortalecem o enfrentamento coletivo. Além disso, estratégias de comunicação acessíveis, como cartilhas, vídeos e oficinas, podem auxiliar na compreensão do processo de adoecimento e morte, preparando a família para lidar com emoções como raiva, negação e tristeza.

A atenção aos familiares deve ser considerada um eixo central nos cuidados paliativos pediátricos, uma vez que estes enfrentam intensos desafios emocionais, lidando com sentimentos de medo, culpa, tristeza e ansiedade. Intervenções específicas, como a criação de grupos de apoio, permitem a troca de experiências entre famílias em situações semelhantes, promovendo solidariedade, diminuição do isolamento e fortalecimento de vínculos afetivos. Esses grupos também funcionam como espaços de acolhimento e escuta ativa, nos quais os familiares podem expressar suas angústias, dúvidas e expectativas, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento coletivo. Além disso, é fundamental disponibilizar recursos de comunicação claros e acessíveis, como cartilhas explicativas, vídeos educativos e oficinas temáticas, que auxiliem na compreensão do processo de adoecimento e da morte. Essas ferramentas contribuem para que a família se prepare emocionalmente, reconhecendo e validando emoções como raiva, negação, tristeza e medo, e promovendo a ressignificação do momento vivido.

O acompanhamento no período pós-luto também se mostra essencial, oferecendo suporte contínuo à família na elaboração da perda e na reconstrução de sua rotina emocional. Intervenções de luto estruturadas, com acompanhamento individual ou em grupo, podem auxiliar na prevenção de complicações psicológicas, fortalecer a resiliência e promover maior bem-estar, garantindo que o cuidado se estenda para além do término do tratamento da criança, valorizando a continuidade da vida familiar e a preservação dos vínculos afetivos.

A relevância deste trabalho se dá em termos éticos, clínicos e sociais na medida em que incitamos uma discussão sobre assuntos que são considerados um tabu em nossa sociedade atual, concomitantemente evidenciamos fenômenos que estão intrinsecamente ligados à condição existencial do ser humano. O tema deste trabalho consiste em abordar o papel do psicólogo hospitalar no tratamento de crianças em cuidados paliativos e com isso percorremos por temas pouco manejados socialmente mas ainda assim de suma importância para a compreensão e desenvolvimento de recursos de possam favorecer a relação do indivíduo consigo e com o mundo que o cerca, considerando seu funcionamento biopsicossocial e sua subjetividade como fator de maior significância, como por exemplo, a definição de papéis e estigmas sociais, o luto e o falecimento precoce, a atenção à família e equipe multidisciplinar, a noção da finitude e fragilidade acerca da vida, a importância do cuidado, da rede de apoio, do respeito à dignidade, da ética e bioética profissional, do papel do psicólogo como profissional da saúde e a precarização de relações públicas frente a essas demandas.

Em relação a ética, é importante ressaltar que o psicólogo tem como dever a valorização da dignidade da vida, promovendo mesmo em situações de terminalidade o conforto e amparo necessário para que o paciente vivencie ativamente o seu processo de adoecimento, considerando suas raízes culturais, suas crenças, seus limites e desejos, tanto quanto possível até a sua morte, além de integrar aos cuidados instâncias psicossociais, espirituais, o simbolismo e a escuta ativa para a compreensão da totalidade que servirá também de auxílio para a família e para a equipe durante e após os cuidados paliativos.

Sobre a relevância social, este trabalho visa trazer à tona a importância de discutirmos assuntos como a finitude, os mitos e as crenças que permeiam a sociedade, e quebrar o tabu que existe ao se falar de morte, principalmente, quando se trata de crianças. Além disso, frisamos o tema com sensibilidade e profundidade,

para provocar uma reflexão sobre uma realidade muitas vezes evitada ou silenciada.

Quando se trata da importância clínica, este trabalho intui evidenciar a urgência de profissionais da saúde estarem altamente preparados para realizar intervenções pertinentes com as situações de vulnerabilidade que podem ser encontradas em seu cotidiano, a fim promover conforto psíquico, alívio do sofrimento emocional e preservação de vínculos afetivos significativos àqueles que estão vivenciando um processo de adoecimento ou luto, além de contribuir com a equipe hospitalar no subsídio para atuação mais sensibilizada, protocolos clínicos humanizados, práticas baseadas em evidência, a construção de estratégias de cuidado mais individualizadas, e oferecer suporte emocional aos próprios profissionais, cuidando do clima institucional para potencializar a continuidade de um trabalho apoiado na humanização para além da técnica.

Não obstante, acreditamos que este escrito tem grande potencial para influenciar políticas públicas, contribuir com informações e incentivar a disseminação de artigos a respeito do tema, reforçando a educação em psicologia, e ainda inspirar as diretrizes hospitalares através de conteúdos informativos e fundamentações teóricas articuladas com a prática, a fim de estimular avanços no acompanhamento psicossocial pediátrico, além de reforçar como o trabalho preenche uma lacuna científica e social, fortalecendo a humanização no atendimento terminal infantil e a relevância da atuação do profissional de psicologia na área da saúde, ademais, ressaltamos a contribuição a arte e do simbolismo como recurso terapêutico de grande valia.

9. REFERÊNCIAS

ABRAMS, J. (org.). *O reencontro da criança interior*. São Paulo: Cultrix, 1990.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). *Panorama dos cuidados paliativos no Brasil 2018*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>. Acesso em: 06 out. 2024.

ALVES, S. W. E.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R. Estratégias de atuação da psicologia diante do câncer infantil: uma revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 20, 2017.

AMMAN, R. *A terapia do jogo de areia: imagens que curam a alma e desenvolvem a personalidade*. São Paulo: Paulus, 2002.

ARIËS, P. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

BASTOS, A. C. S. B. *Na iminência da morte: cuidado paliativo e luto antecipatório para crianças/adolescentes e os seus cuidadores*. 2019. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/30441>. Acesso em: 17 maio 2025.

BYINGTON, C. *O desenvolvimento da personalidade – símbolos e arquétipos*. São Paulo: Ática, 1987.

CAMON, V. A. A. (org.); et al. *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 1. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

CASANOVA, E. *Psicologia analítica e arteterapia: fundamentos junguianos e clínica da imagem*. São Paulo: Paulus, 2014.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2000. p. 73-165.

CIPRIANO, M. E. S.; SOUZA, M. R. Hades: a morte como processo de transformação e renascimento na perspectiva da psicologia analítica. *Self – Revista do Instituto Junguiano de São Paulo*, São Paulo, v. 8, 2023, e05. Disponível em: <https://self.ijusp.org.br/self/article/view/188/403>. Acesso em: 05 nov. 2024.

DONALD, C. *A psicologia e a medicina: a contribuição do psicólogo ao cuidado médico integral*. 1999.

EKSTERMAN, A. Introdução. In: PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa*. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

EKSTERMAN, A. Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina. In: MELLO FILHO, J. (org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992. p. 77-88.

FERREIRA, E. M. *Psicologia: formação profissional, desenvolvimento e trabalho 2*. Porto Alegre: Atena, 2022.

FONSECA, J. P. da. *Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. Campinas: Livro Pleno, 2004.

FORDHAM, M. *A criança como indivíduo*. 1. ed. São Paulo: Cultrix, 2001.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: _____. *Escritos sobre a técnica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XII).

GALIAS, I. Pais e filhos: uma rua de mão dupla. *Revista Junguiana*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 69-80, jul./dez. 2022. Publicado originalmente na *Revista Junguiana*, n. 21, 2003. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-08252022000200007&script=sci_ar text#back_fn1. Acesso em: 05 nov. 2024.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos – estudos avançados. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-167, set.-dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/>. Acesso em: 14 out. 2024.

GURGEL, L. A.; LAGE, A. M. V. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: uma perspectiva de atuação psicológica. *Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-149, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/318/312>. Acesso em: 05 nov. 2024.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, 2013.

JUNG, C. G. *A prática da psicoterapia*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. (Obras completas, v. 16). Tradução de Dora Ferreira da Silva.

JUNG, C. G. *A religião e a psicologia*. Petrópolis: Vozes, 1989. (Obras completas, v. 11).

JUNG, C. G. *Face to face*. Entrevista concedida a John Freeman. Zurique, Suíça, outubro de 1959.

JUNG, C. G. *Homem e seus símbolos*. 3. ed. Especial. Rio de Janeiro: Harper Collins, 2016.

JUNG, C. G. *Memórias, sonhos, reflexões*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

JUNG, C. G. *O desenvolvimento da personalidade*. [1972]. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1991. (Obras completas, v. 17).

JUNG, C. G. *O Livro Vermelho (Liber Novus)*. Edição fac-símile. São Paulo: Vozes/Nova Fronteira, 2013.

JUNG, C. G. *Psicologia e alquimia*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1953. (Obras completas, v. 12).

JUNG, C. G. *Psicologia do inconsciente*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1981. (Obras completas, v. 7).

JUNG, C. G. *Símbolos da transformação*. Trad. E. Stern. Petrópolis: Vozes, 1986. (Original publicado em 1912).

JUNG, C. G. *Tipos psicológicos*. Petrópolis: Vozes, 1991. (Obras completas, v. 6).

KALFF, D. *Sandplay: a psychotherapeutic approach to the psyche*. Santa Monica, CA: Sigo Press, 1980.

KOVÁCS, Maria Julia. *Morte e desenvolvimento humano*. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MATTAR, L. P. S. *Os contos de fada como instrumentos terapêuticos na clínica junguiana infantil*. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

OMS. *Manual de cuidados paliativos: 2ª edição revisada e ampliada*. Set. 2023.

PAINTE, W. E.; KOHUT, J. L. Results from a national survey of psychologists in medical school settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, v. 12, n. 3, p. 85-91, 2003.

PAIVA, L. E. *A arte de falar de morte para crianças: a literatura infantil como recurso para abordar a morte com crianças e educadores*.

PESSINI, L. et al. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola, 1994.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 85-99, jun. 2010. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/454>. Acesso em: 15 out. 2024.

RODRIGUES, L. A.; CAZETA, F. L.; LIGEIRO, F. Autonomia do paciente em cuidados paliativos e a intervenção do psicólogo: um olhar bioético. *Cuid Arte, Enferm*, v. 9, n. 2, 2015.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M.; CABRERA, M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, 23 set. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qjwcSPXn5Y>

SANTOS-SILVA, C.; ALMEIDA, N. A.; WANDERLEY, K. S. Psicologia da saúde e psicologia hospitalar. In: RODRIGUES, A. L. *Psicologia da saúde-hospitalar: abordagem psicossomática*. 1. ed. Barueri, SP: Manole Saúde, 2019. cap. 5.