

**UNIVERSIDADE DE UBERABA**

**ANA LÍGGIA REZENDE MAGALHÃES BATISTA**

**O BRINCAR NO PROCESSO DO LUTO INFANTIL NA ÓPTICA DA  
HOSPITALIZAÇÃO**

UBERABA-MG

2022

**ANA LÍGGIA REZENDE MAGALHÃES BATISTA**

# O BRINCAR NO PROCESSO DO LUTO INFANTIL NA ÓPTICA DA HOSPITALIZAÇÃO

Trabalho apresentado à Universidade de Uberaba como parte das exigências à conclusão da disciplina metodológica de Trabalho de Conclusão de Curso do 9º/2022 do curso de Psicologia.

Orientadora: Prof. Me. Camila Aparecida Peres Borges

UBERABA-MG

2022

BATISTA, Ana Liggia R. M. **O brincar no processo luto infantil na ótica da hospitalização.** Uberaba/ MG, 2022. Monografia 27 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Universidade de Uberaba. Orientadora: Prof. Me. Camila Aparecida Peres Borges.

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo investigar, a partir da revisão narrativa da literatura, os significados que crianças em processo de hospitalização assimilam sobre seu adoecimento e o processo de luto através de brincadeiras. Especialmente, no período infantil, no qual a comunicação é feita de maneira específica, como o brincar, o contar

histórias, desenhos, músicas e outras formas lúdicas para conhecer o universo emocional e subjetivo da criança, para assim poder ajudá-las. Nesse modo, retratou-se o desenvolvimento infantil, o adoecer, a criança hospitalizada, o hospital e o processo do luto, tanto adulto quanto infantil. A partir da revisão narrativa da literatura científica, se pode constatar que o luto infantil é algo singular a cada criança, em que não há um modelo específico a ser seguido. O que precisa ser observado é o contexto de vivências, rede de apoio, histórico de perdas e estado cognitivo e emocional da criança. Desse modo, as perdas podem ser encontradas, como a saúde, integralidade física, rotina, privacidade, convívio familiar, social e escolar. Por isso, é considerado mudanças na forma que a equipe de saúde auxilia, tanto o paciente quanto a família, para que possa ter intervenções necessárias e eficazes durante a hospitalização e a elaboração destes. Assim, é possível que haja um atendimento humanizado.

**Palavras-chaves:** Luto. Infância. Brinquedo terapêutico. Ludo terapia.

### **Sumário**

<b>INTRODUÇÃO</b>	3
<b>METODOLOGIA</b>	6
<b>RESULTADO E DISCUSSÃO</b>	7
O brincar no desenvolvimento infantil e o adoecimento	7
O hospital e a criança hospitalizada	10
O processo do luto	14
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	20
<b>REFERÊNCIAS</b>	22

### **INTRODUÇÃO**

O processo do luto não é somente o morrer de maneira orgânica, mas também o simbólico. Assim, dentro de algumas perspectivas psicológicas, o luto é algo inerente ao ser humano que começa a ser vivenciado a partir do nascimento, prolongando-se até o final da vida do mesmo. Desse modo, o processo deste é considerado normal e esperado, em níveis saudáveis, no qual busca a resignificação da perda em questão. Com isso, para obter uma elaboração saudável do luto,

segundo Worden (1998, apud, SOUZA; GUILHERME; NETO, 2019), é preciso passar pela aceitação da perda, processar a dor da perda, reelaborar e adaptar-se tanto no ambiente que há a falta, quanto em termos emocionais, e continuar a vida. Entretanto, Franco (2008, apud, SANTOS, 2017) destaca algumas semelhanças entre o luto infantil e luto crônico/ausente em adultos, como ansiedade persistente, desejo de morrer, culpa persistente, comportamento agressivos/destrutivos, cuidados compulsivos por outras pessoas, sintomas de identificação.

[...] a qualquer perda significativa, de uma pessoa ou até de um objeto estimado, desenrola-se um processo necessário e fundamental para que o vazio deixado, com o tempo, possa voltar a ser preenchido. Esse processo é denominado de luto e consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases para que tal aconteça. (MELO, 2004, apud, AFFONSO; TEIXEIRA, 2015).

Nesse contexto, quando se observa a criança é importante poder entender quais são as maneiras de elaboração do luto de acordo com suas vivências e do desenvolvimento cognitivo e emocional. A perda é um acontecimento que deve ser visto com singularidade e ocorre de acordo que seu aparelho psíquico desenvolve. Além disso, é necessário compreender o significado da morte no período infantil. Como exemplo, as etapas de Piaget (apud WIEGAND; ROSANELI, 2019), no período pré-operacional, até cinco anos de idade, para eles a morte é vista como algo que pode ser revertido, que não ocorre com todos e que não sabem as diferenciações de seres animados e inanimados; no período operacional concreto, até nove anos, entendem que a morte não pode ser revertida e que acontecem com todos os seres animados; no período operacional formal, até doze anos, compreende as características da fase anterior e acrescentam aspectos de espiritualidade e religiosos.

Dessa maneira, quando se observa uma nova vida no âmbito da hospitalização, independente da enfermidade, traz novos conflitos e desafios para o paciente e a família. Assim, quando correlacionadas no estágio da infância, o luto pode ser experimentado de maneira mais tangível quando utilizadas técnicas de brincadeiras. Desta forma, considera-se o meio da brincadeira para momentos de expressão, de

sentimentos e de compreensão da situação atual pela qual este está passando. Principalmente para profissionais da psicologia, o brincar é ferramenta primordial para tal. Assim, trazendo uma prática divertida, expressiva, ajuda no desenvolvimento das etapas infantis e potencializa o vínculo. (ALMEIDA, 2005). A psicanalista Melanie Klein, no livro “A psicanálise de criança”, traz o conceito dos brinquedos, jogos, atividades lúdicas, como um meio de comunicação passíveis de serem interpretados por adultos qualificados. Assim, podendo assimilar esse universo.

A análise através do brincar leva aos mesmos resultados que a técnica de adultos, com uma única diferença, a saber, que o procedimento técnico é adaptado à mente da criança. (KLEIN,1997, p.35)

Quando uma criança está em hospitalização vários lutos simbólicos podem ser percebidos, como distanciamento da família, amigos, do lar, perda da rotina cotidiana, sentimentos negativos em relação à hospitalização, uma nova situação de vida, inúmeras restrições e dentre outros. Por isso, atividades lúdicas contribuem para a recuperação e minimizam as condições negativas do ambiente hospitalar, além de dar margem para profissionais poderem compreender o mundo interno da criança. Desse modo, o lúdico contribui para um ambiente seguro e maior entendimento do processo de tratamento hospitalar. (OLIVEIRA, 2007, apud, FONTES et al., 2010).

Ademais, é pelo brincar que a criança cria experiências, vivencia fantasias, descobre habilidades, imita situações vivenciadas, interioriza regras e padrões culturais. Também, considera-se uma abordagem terapêutica, na qual expressa sentimentos, emoções e experiências, alivia estresse e angústia do paciente. Assim, quando a criança estiver com dificuldades para lidar com a nova rotina difícil durante o tratamento, é essencial colocar em prática as atividades lúdicas (SOUZA et al., 2012, apud, PINO; PEREIRA, 2017).

Com isso, a brincadeira é vista como uma importante ferramenta de enfrentamento positiva em relação ao adoecimento e a nova vida no hospital. Isso contribui para a diminuição do modelo biomédico e se coloca modelos mais humanizados. Também, como forma de tornar-se mais palpável em ambientes hospitalares em 24 de março de 2005, foi sancionada a Lei nº 11.104, que impõe a

implantação de brinquedoteca em todos os hospitais onde há assistência pediátrica. Assim, fazendo um acompanhamento de modo mais acolhedor e podendo dar novos olhares aos profissionais da saúde frente aos seus pacientes mirins.

Por fim, nesse trabalho serão utilizados conceitos teóricos associados ao processo do luto e correlacionados com o desenvolvimento humano infantil no ambiente hospitalar através da prática do brincar. A motivação dessa temática é em decorrência da importância no meio da assistência médica, visto que é uma realidade e a maioria dos profissionais de saúde não são preparados para lidar com a morte e o luto. Isso implica diretamente na qualidade de vida dos pacientes e familiares, pois culturalmente e individualmente algumas pessoas não conseguem ressignificar beneficemente suas perdas. Desse modo, cabe aos profissionais uma habilidade acolhedora e sustentada para conseguirem a ordenação desse movimento.

A partir disso, é essencial se colocar em posição de ser humano e buscar auxiliar pessoas em sofrimento, tentando trazer sempre meios científicos e humanizados para poder amparar. Assim, é possível amenizar as singularidades negativas vividas nessa fase. Além disso, o estágio da infância apresenta uma nova perspectiva de observar o ser humano e o mundo. Diante disso, o presente estudo tem como finalidade de investigar, a partir da revisão narrativa da literatura, os significados que crianças em processo de hospitalização assimilam sobre seu adoecimento e o processo de luto através de brincadeiras.

## **METODOLOGIA**

Este estudo é uma revisão narrativa da literatura, em que o propósito é fundamentar a teoria de um determinado tema a partir de fontes bibliográficas. Nele é feita discussões do assunto proposto sob a perspectiva do autor. Assim, a seleção dos artigos é opcional. Ou seja, possibilitando ocorrer interferências do autor, como critérios da percepção subjetiva, para o viés de seleção dos artigos. Ademais, não há informações sobre a fonte, metodologia utilizada e critérios de seleção da pesquisa de referência. Por isso, não há resultados quantitativos. (ROTHER, 2007).

Com isso, permite ao indivíduo que investiga o conteúdo específico a atualizar-se em curto espaço de tempo. Desse modo, as consultas deste trabalho foram realizadas com base em artigos científicos em Língua Portuguesa, disponibilizados na base de dados na rede da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC), durante os períodos de 2005 a 2021. As palavras-chaves utilizadas foram: luto, infância, brinquedo terapêutico e ludoterapia.

## **RESULTADO E DISCUSSÃO**

### **O brincar no desenvolvimento infantil e o adoecimento**

A infância contemporânea é um período marcado pelas brincadeiras. Durante os jogos e o faz-de-conta, a criança descobre sobre si mesma, a socializar, desenvolve processos cognitivos, motores, o senso de realidade e de não-realidade. De acordo que esta vai se desenvolvendo estruturalmente, o brincar vai deixando de ser somente por recreação e se eleva para diferentes competências da prática sociocultural, no qual está inserida, e a comunicação, permitindo-lhe desempenhar maneiras mais expansivas com o outro e consigo. Entretanto, quando o adoecimento emerge nesta fase da infância, pode acarretar muitas perdas. Entre elas, a mudança da rotina, da escola, da família e entre outros. Por isso, é fundamental tornar o máximo para essa criança momentos e atividades que a vinculam ao universo da infância. Desse modo, tentando reduzir ao máximo o estresse cotidiano que afeta diretamente no desenvolvimento infantil (SILVA; ALMEIDA, 2016).

De acordo com Brougère (1998, apud, QUEIROZ et al., 2016), os seis primeiros anos de vida é a principal fase de construção de experiências de modo ativo na brincadeira, em que se busca a autonomia, responsabilidade e criatividade. Ou seja, é um espaço no qual a criança constrói significados de maneira específica sobre o que foi transmitido na atividade lúdica infantil. Com isso, é pela interação com outro, da ação e da imaginação que o brincar dá um novo significado ao indivíduo interno, dos objetos e das situações vivenciadas.

Segundo Galvão (1995, p. 42), a teoria de Wallon descreve o desenvolvimento da pessoa como uma construção progressiva e de fases e com alternâncias afetivas e cognitivas. No momento das atividades, as crianças correspondem com os recursos que dispõe para interagir com o ambiente. Por isso, existem 5 estados psicogenéticos Walloniana. O primeiro é o impulsivo-emocional, no qual está mais presente no primeiro ano de vida. A emoção é ferramenta primordial para a interação com o meio. A afetividade orienta as reações do bebê às pessoas e o mundo físico. Sua manifestação afetiva é proporcional a sua desqualificação em agir sobre a realidade exterior. Na segunda fase, sensório-motor e projetivo, próximo dos três anos de idade, o interesse da criança é voltado para o mundo externo. A aquisição do andar e de conseguir segurar objetos possibilita autonomia para explorar os objetos e espaços. Ademais, há o desenvolvimento da função simbólica e da linguagem. O funcionamento da psique, ainda nesse estágio, precisa ser auxiliado por gestos para exteriorizá-lo. O terceiro estágio, do personalismo, ocorre dos três aos seis anos de idade. Aqui ocorre o processo central da construção da personalidade. Desenvolvimento da consciência de si, por meio das relações interpessoais, tendo a predominância das relações afetivas. O quarto é o estágio categorial, ocorre aos seis anos de idade, quando há a consolidação da função simbólica e o desenvolvimento da personalidade traz avanços no âmbito racional. A quinta fase, da adolescência, quebra a tranquilidade da fase categorial e impõe novos contornos da personalidade, desestruturados por conta das modificações corporais advindas de ações hormonais. Isto é, surge questões pessoais, morais e existenciais retomando a afetividade.

Desse modo, a criança hospitalizada vive em um lugar paradoxo, em que é um lugar legal e de cura e/ou um lugar ruim e causa intervenções dolorosas. As tentativas ambivalentes tornam-se o papel principal de explicar como é um hospital. No entanto, as crianças apresentam resignificação da experiência das doenças. Segundo Vygotsky (1994, p. 62), a situação da brincadeira imaginária é composta por tensão do processo interno do indivíduo e da sociedade. Com isso, este torna-se uma forma de canalizar a realidade e lidar com a situação. Então, é possível que a criança satisfaz algumas de suas necessidades. As pequenas tendem a satisfazer os desejos imediatamente, geralmente em um intervalo de tempo curto. Já as mais velhas, entre



dois e seis anos, têm mais dificuldades por terem mais necessidades e por não poderem satisfazer no momento exato. Por isso, quando não podem ser concretizados em alguma atividade, são transportados em um espaço de imaginação, no qual é um novo processo psicológico. Representa uma atividade consciente em que crianças menores não apresentam. Desse modo, a partir de crianças do pré-escolar, a imaginação é o brinquedo em ação. Assim, é importante analisarmos as narrativas das crianças que elas criam de si mesmas e suas experiências, de quais momentos e ações que repetem diariamente com a finalidade de entender o adoecimento e, conseqüentemente, o sofrimento.

Assim, o faz de conta ou atividades lúdicas a fim de recolher as narrativas permitem elas a verbalizarem com mais facilidade espontaneidade sobre elas mesmas e, conseqüentemente, as emoções e conflitos. Isto é, ela pode dar sentido aos brinquedos, jogos ou as narrativas a partir da criatividade ou quando divide sua forma de pensar com outro indivíduo. Atribui um novo significado e demonstra seu caráter ativo na elaboração. Vygotsky (1994, p. 63) relata também que as crianças podem ajustar-se à situação de brinquedo e a realidade. Por exemplo, ela pode imaginar-se como mãe e a boneca a criança, ou seja, conectando o objeto ao seu conto, devendo obedecer às regras do comportamento maternal. Por isso, a criança quando brinca, o papel de representação dela e a associação do objeto, advém das regras e, as regras podem originar a imaginação. Isto é, toda situação imaginária contém regras de uma forma oculta ou todo jogo com regras contém uma situação imaginária.

Segundo Sperb e Conti (1998, apud, QUEIROZ; MACIEL; BRANCO, 2016), o faz de conta apresenta três categorizações. A primeira é quando operam com representações primárias, a criança enxerga o mundo externo de modo imediato e direto, ou seja, substituindo objetos por representações do seu cotidiano. Na segunda é quando operam com representações secundárias, a criança atribui imaginários aos objetos ou situações quando em interação com alguém que lhe propõe um faz de conta. Aqui ela vai além do significado do objeto e já consegue distinguir completamente o que é realidade e o não-realidade. O terceiro é o mais avançado e é quando o objeto é imaginário. Com isso, as crianças em tratamento prolongado

apresentam mais o contexto sobre morte, pois há relação ao convívio de indivíduos que vêm a óbito durante a permanência no hospital. Já as com mais tempo em tratamento quimioterápico constroem mais narrativas em que seus personagens morrem. Dessa forma, a autobiografização vai em direção de ajudá-la a compreender a resistir e provocar conhecimento a partir de suas experiências do adoecimento. É uma estratégia para suportar os procedimentos e o sofrimento.

De acordo com Piaget (1978 apud, QUEIROZ; MACIEL; BRANCO, 2016), a criança pequena não tem a funcionalidade do pensamento muito preciso, dificultando a comunicação do seu conjunto de ideias. Portanto, os símbolos entram na função de mediador, podendo assim expressar os pensamentos. É uma atividade importante para o desenvolvimento da criança. Assim, conta minuciosamente os caracteres de sua doença, sintomas, diferentes tipos de dor. São *experts* de suas doenças. E, estão desenvolvendo capacidade de construir experiência de um corpo fragilizado. Além disso, elaboram o adoecimento, alternativas de cuidar de si e dos outros, e projetam expectativas para se manterem em vida.

Portanto, ferramentas como o espaço lúdico, contos, desenhos, brinquedos narrar, o faz de conta, a interatividade com outras crianças e a fantasia do real permite à criança pensar e expressar sobre suas experiências advindas de sua doença. Ou seja, amplia o entendimento de si mesmo. A criança vai entrelaçando o sofrimento causado pela doença e com sua própria história. Para Valsiner (1988, apud, QUEIROZ et al., 2016), relata que a criança reorganiza suas experiências cotidianas dos ambientes familiares, da escola e do seu meio social. Por isso, ela cria funcionalidades e situações dentro das brincadeiras a fim de manifestar sua subjetividade relacionada ao seu convívio social e reconstruir significados sociais das brincadeiras.

### **O hospital e a criança hospitalizada**

A definição da palavra hospital é originada do latim, que significa ser hospedeiro/acolhedor. Na história este era o local no qual viajantes, enfermos e peregrinos se hospedavam. Este local foi sendo ressignificado. Após a revolução industrial e o iluminismo surgiram os primeiros movimentos para humanizar este espaço. Hoje em

dia sua funcionalidade é a prevenção, cura de doenças e a assistência. Carpinteiro (1993, apud, Jesus, 2014), enfatiza as três funções do hospital. O controle social, em que acolhe e guarda os doentes, submetendo a um modelo de disciplina e regulação de comportamentos. A produção de saber médico, no qual é a principal sede de aplicação do exercício da medicina especializada. A produção da força de trabalho atribui a medicina hospitalar a rápida reposição de condições físicas para a aplicabilidade da medicina.

Nesse contexto, quando um hospital é acolhedor pode se tornar terapêutico, assim contribuindo para o bem-estar físico e de condições que desenvolvam convívio mais humanas. Para Corbella (2003, apud, Arruda et al., 2020), a pessoa se sente confortável quando há neutralidade em um ambiente em relação a ela. Desse modo, o motivo da humanização é tornar benévolo, ou seja, aproximar o indivíduo a um lugar específico. Carpinteiro (1993, apud, Jesus, 2014), na rotina do hospital, a parte mais importante é o que se refere ao acolhimento dos pacientes. Assim, para que seja feito da melhor forma possível, é organizado e delimitado várias condutas dentro da instituição. Como exemplo, horário de banho, roupas padronizadas, horário determinados para receber visitas, espaços que podem ser frequentados por pacientes, acompanhantes e visitas. E isso, vale para todos pacientes, inclusive crianças.

Dessa forma, o hospital pediátrico surgiu em 1802 em Paris. Crianças eram isoladas de suas famílias, de acordo com as crenças, as famílias transmitiam doenças aos seus filhos. Assim, estar em hospital representa um afastamento simbólico do lar e do espaço doméstico. As imensas perdas trazem um imaginário fantasioso para criança, temores relacionados a sua própria finitude (SILVA; BERNARDES; SOUZA, 2006). Às vezes é evidenciado uma sensação de abandono, pois não é qualquer pessoa que o cerca que tem a capacidade de lhe dar aconchego. Com isso, somente nos anos 80 houve a regulamentação da Lei 8.069.

Ela torna universal o direito de usufruir da presença de acompanhante no período de sua hospitalização. Desse modo, hoje em dia é reconhecida a importância da presença dos genitores ou responsáveis durante a internação. Pode-se comparar

com as escritas de Klein (1996, p. 196) sobre a ansiedade de separação. Nessa analogia, compreende-se que o bebê quando nasce, ele torna-se uno a mãe. Os dois se complementam. Nos primeiros meses o bebê encontra-se em dependência absoluta. A separação-indivuação refere-se ao nascimento psicológico do bebê, ou seja, é uma aquisição da criança de um funcionamento autônomo na presença da mãe. Com isso, percebe-se que a criança que está internada vivencia essa situação novamente, pois muitas vezes é preciso se distanciar do aconchego da mãe e isso pode causar ansiedade e angústias.

Entretanto, a hospitalização traz consigo uma ambiguidade. Entre elas, a cura e a morte, presente no cotidiano das unidades de internações. Tanto a doença, quanto a hospitalização, trazem repercussões importantes sobre a criança, mostrando mudanças significativas no viver cotidiano. Assim, é comum a criança dar entradas sucessivas em ambientes hospitalares. Sua primeira impressão nos hospitais pode ser de estranhamento. Muitas escadas, luzes brancas, equipamentos, enfermeiras, medicamentos e entre outros. Além disso, a violência física dos procedimentos médicos, violência psicológica do momento que esse passa, o hospital é uma marcante na vida da criança. Dependendo da doença, essa rotina pode ser semanalmente, mensalmente ou até bimestral.

Após a segunda guerra mundial, percebeu-se a necessidade do âmbito psicológico, social e emocional na criança, não somente os fatores biológicos. A infância é um período primordial na construção da personalidade de qualquer pessoa. Ou seja, esse desenvolvimento não para quando está internado. Logo, ao internar a criança é importante respeitar as necessidades emocionais, tanto do paciente quanto dos familiares cuidadores. No mundo hospitalar o medo e insegurança ganha destaque, pois a criança percebe as expressões dos pais e da equipe de saúde quando algo não está indo bem. Desse modo, é importante a expressão do sofrimento e dando suporte na caminhada da internação. Por isso, a importância da família é inegável e a comunicação é o passaporte para uma interação segura, harmoniosa e saudável.

Assim, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar tenta melhorar a qualidade dos serviços prestados pela instituição, com isso, tentando ser mais eficaz. Desse mesmo modo, iniciativas lúdicas e artísticas, como os Doutores da Alegria, têm aperfeiçoado as práticas dentro do espaço do hospital, segundo Masetti (1999, apud, Jesus, 2014). A existência de brinquedotecas, atuação de recreadores e presença dos pais como acompanhantes à internação, torna os espaços mais humanizados quando a criança ou adolescente está internado.

De acordo com Vygotsky e Piaget, comprovaram que jogos e brincadeiras desempenham fundamental papel no desenvolvimento da criança, com isso, essas ferramentas lúdicas passaram a ser metodologias que facilitam o desenvolvimento da inteligência. No período do Renascimento foi demonstrado que a criança expressa espontaneamente através dos jogos. Quando a criança é internada é uma experiência difícil. Tem que viver a separação da família e dos amigos, adaptar ao novo ritmo e confiar em desconhecidos. A criança quando brinca ou tem recursos terapêuticos lúdicos pode se expressar melhor e recuperar-se mais rapidamente. Além disso, reforça o meio de comunicação, motor, habilidades sociais e autoestima. Porém, somente em 2005, a Lei federal 11.104/05, obrigou os hospitais públicos e privados a oferecerem atendimento pediátrico em regime de internação a instalarem brinquedotecas em suas unidades. Portanto, a brinquedoteca é peça fundamental na recuperação da criança internada, como para seu desenvolvimento, de acordo com Carmo (2002, apud, Jesus, 2014).

Freitas (2005, apud, Jesus, 2014), enfatizou que o ambiente hospitalar pode ser percebido com uma agência educativa, assim, tirando proveito do paciente em relação às experiências, no que diz respeito em enfrentar a hospitalização, superação da morte, sabedoria de perseguir o desejo da vida, maturidade das emoções e na própria personalidade. A constituição da equipe hospitalar pediátrica trata-se de uma estrutura dinâmica. Crianças e adolescentes entram e saem com frequência, por isso a constituição dos pacientes é sempre variável durante um período de tempo. Desse modo, para cada jovem o tempo de permanência é diferente e a duração do investimento terapêutico, pedagógico recebido também. A doença e o tratamento

podem fazer o papel principal na vida de uma criança. Por isso, há uma certa dificuldade na participação do processo escolar também.

Sua rotina está sempre ligada à doença e ao tratamento. A criança passa a conviver com estas questões, por meio da observação da realidade que a cerca, bem como a evolução clínica dos quadros de seus companheiros de infortúnio, seus novos amigos (AGUIAR, 2005, p.76).

Dessa maneira, há um paradoxo entre o hospital que dá medo, perdas e dolorosos procedimentos, e o hospital que dá esperança, que se consegue a cura e o cuidado. Também, a morte para a criança é algo que ela não sabe muito bem como acontece. Suas experiências de perda, como o primeiro dia de escola, retorno da mãe ao trabalho, a quebra do brinquedo preferido, são as referências que elas têm em relação às pequenas mortes no desenvolvimento infantil. Com isso, as atividades lúdicas tentam amenizar o estresse, perdas, sentimentos negativos vivenciados durante o processo de adoecimento e internação, além do objetivo ser de pacificar as emoções e promover desenvolvimento da maturidade da saúde mental.

### **O processo do luto**

A morte além de ser um fator biológico, é um elemento social em que podem ser alterados e modificados de acordo com a história e fatores socioculturais. A morte é um processo natural da vida, e a repulsa é ainda maior quando se trata da morte de uma criança. Para Ariès (1977, apud, BASTOS, 2019), na atualidade, afirma que “o luto não é mais um tempo necessário, e cujo respeito a sociedade impõe, tornou-se um estado mórbido que deve ser tratado, abreviado e apagado”. Ou seja, nos tempos atuais, a morte deve ser evitada de todas as formas e existe uma dificuldade de se debater sobre ela. Dessa maneira, o luto passou a ser tabu e condenado sendo possível presenciar conflitos mentais. Isso dificulta a expressão dos sentimentos, principalmente o medo do desconhecido.

Nesse sentido, o conceito da morte para a criança pode ser complexo, pois é preciso entender a definição do tempo e da morte. Por isso, precisa ser apresentado de acordo com seu amadurecimento. Segundo Amorim (2011, apud, SILVEIRA et al., 2022), com a teoria de base de desenvolvimento de Jean Piaget, existem três fatores

que ajudam a entender a complexidade cognitiva da criança dentro do aspecto da morte. O estágio pré-operacional, entre 2 a 7 anos, é quando a criança não assimila a irreversibilidade, em que a vida cessa após a morte; não entendem as características vivaz e quando não a têm, chegou-se a um contexto de morte, que é a não-funcionalidade; e não consideram a universalidade, no qual todo ser animado, morre. No estágio de operações concretas, entre 7 a 11 anos, já entendem a morte de modo irreversível e universal. Aqui elas correlacionam a morte com idades avançadas. No estágio das operações concretas, a partir de 11 anos, ela consegue interpretar as três dimensões. Já conseguem pensar de maneira subjetiva e fornecer explicações lógicas.

Com isso, a perda significa a privação de algo que se retém e isso aproxima cada vez mais da finitude do ser humano. Dessa forma, o luto está presente em diversos estágios da vida e este não é apenas relacionado ao morrer, mas também é identificado nas perdas psíquicas, tangíveis, simbólicas e entre outras. Como exemplo, no término de um relacionamento, perda de um emprego, na transformação do corpo infantil para adultos e entre outros. Nesse sentido, entende-se que cada pessoa vivencia o luto de maneira singular. Isto inclui a cultura em que se está incorporado, contextos de outras perdas, parte cognitiva e intrínseca. Segundo Worden (1932, p.4), a reação do luto agudo é categorizada em quatro características. São os sentimentos, que podem variar tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, impacto, saudade, libertação, alívio e torpor; as sensações físicas, são vazio no estômago, aperto no peito, aperto na garganta, hipersensibilidade a ruídos, sensação de despersonalização, dificuldade de respirar, fraqueza muscular, falta de energia e secura na boca; na cognição é comum os pensamentos seguirem pensamentos diferentes, mas após um curto espaço de tempo é natural que desapareçam, são eles a descrença, confusão, preocupação, sensação de presença, alucinação; e os comportamentos, em que pode haver distúrbio de sono, distúrbio de apetite, ausência de pensamento, isolamento social, sonhos com o morto, evitação de lembranças, procurar chamar a pessoa falecida, suspiros, agitação, choro, visitar locais ou carregar objetos que lembrem a pessoa falecida e valorização de objetos que pertenciam ao morto.

Para Parkes (1972, apud, Worden, 1932), compreende que o luto divide-se em 4 fases. A primeira é o curto intervalo de tempo que se dá a apatia logo após a circunstância da morte, em que é muito comum na pessoa que sofreu a perda. Ou seja, ajuda a negar a realidade da ausência. A segunda é a fase da saudade, no qual a pessoa enlutada deseja que a pessoa falecida retorne. Aqui ela continua a negar o aspecto da perda e o sentimento de raiva tem papel importante. A terceira fase é de desorganização e desespero, quando a pessoa que está em luto não consegue exercer seu papel no ambiente. A quarta fase é a reorganização, nela a pessoa reconquista a vida normalmente. Para este autor, o luto normal é uma consequência saudável de uma perda significativa, ou seja, essa pessoa consegue expressar a dor e reajustando-a. O grau de parentesco, o gênero, o tipo de morte, os vínculos e, principalmente, as condições do Eu, são preexistentes para a elaboração de um luto normal ou não.

De acordo com Worden (1932, p. 22), o conceito tarefa traz ideia semelhante às fases, porém ela carrega uma concepção de que o enlutado precisa ter ação e que promove esperança. Por isso, ele dividiu em quatro tarefas a elaboração do luto. A primeira é aceitar a realidade da perda. Aqui sempre terá a sensação de que a perda não ocorreu. É comum estar presente a negação da morte, no qual o enlutado pode manter os objetos e/ou comportar-se de maneira semelhante ao falecido. Ademais, pode haver distorções e delírios. A realidade deve ser encarada e a irreversibilidade compreendida. Também é preciso de aceitação subjetiva e emocional da perda de modo verdadeiro.

A segunda tarefa é processar a dor do luto. Entende-se que a perda traz sentimentos de em diversos níveis, ou seja, cada pessoa vivencia de modo singular. A evitação dos pensamentos dolorosos, fuga de locais e situações que lembram a perda, uso de substâncias psicoativas, comportamentos eufóricos, tentativa de diminuir a dor, raiva e outras emoções originárias do luto, são meios de distanciar o luto. Reconhecê-los e trabalhar esses sofrimentos é parte essencial para esse processo.



A terceira tarefa é ajustar-se a um mundo sem a pessoa morta. Existem três sistemas de ajustamento, a maneira de como a pessoa enlutada conduz os novos papéis e habilidades para compensar o objeto perdido. Também, ajustar-se internamente, como autoestima e auto eficácia. E, restauração da parte espiritual, as crenças filosóficas e como percebe o pertencimento ao mundo, isso para que a pessoa que sofreu a perda possa encontrar um sentido.

A quarta tarefa é encontrar conexão duradoura com a pessoa morta em meio ao início de uma nova vida. É importante ressignificar a perda e colocá-la em uma parte da vida emocional que seja apropriada, assim permitindo seguir a vida do enlutado e condizente com a existência que a pessoa se encontra.

Assim, o trabalho de ressignificação do luto é a transformação do objeto perdido. Com isso, para que a criança possa enlutar-se, é necessário que ela compreenda que o objeto amado/desejado foi perdido. Segundo Bowlby (1960, apud, Mazorra, 2005), descreve que é muito comum em crianças que perdem pessoas significativas, características semelhantes às observadas em adultos no aspecto do luto complicado. Bowlby (1993, apud, Mazorra, 2005), expõe que as crianças podem sentir o sentimento de pesar e enlutar-se em decorrência da perda da pessoa amada. A partir de dezesseis meses, o autor afirma que a criança tem condições de elaborar um luto saudável, pois é quando este tem recursos, emocionais e estruturas internas mais desenvolvidas, mas mesmo assim ainda não pode ser comparada com uma elaboração adulta. Quando se estuda a fase da infância, é possível identificar os mecanismos de defesa, cisão e negação, que atuam de maneira potente, assim levando a entender o porquê de muitas vezes o luto infantil seguir um curso patológico, comparado com o adulto.

Conforme a autora Mazorra (2005, p. 29), a imaturidade e falta de habilidades na comunicação e, conseqüentemente na dificuldade de enfrentar a perda, faz com que a criança tenha dificuldades de expressar o que sente em palavras. Por isso, representam o sofrimento por meio da dor corporal, irritabilidade e comportamento agressivo. No entanto, não falar sobre, não pode ser entendido por outras pessoas

como se não houvesse sofrimento ou que o luto esteja sendo vivenciado de maneira saudável. É comum que a criança sofra em silêncio para não preocupar o adulto.

Segundo Worden (1996, apud, Mazorra, 2005), estudou diversas vivências dos enlutados. De acordo com ele, tanto para os adultos quanto para crianças, o processo do luto envolve quatro tarefas. A primeira tarefa que é aceitar a realidade da perda, é a parte mais difícil para este. O teste de realidade no período infantil é menos percebido do que no adulto, principalmente antes do desenvolvimento do período operacional. Além disso, pela dependência do adulto e de ter que utilizar mecanismos de defesa, acaba sendo uma tarefa de maior complexidade.

A negação e a mentira do adulto dificultam o processo de luto, pois incrementam uma relação inicial de negação esperada no processo de luto normal e dificultam a passagem para o primeiro momento de elaboração da perda: a aceitação de que a morte aconteceu. (Mazorra, 2005, p. 31).

Nesse contexto, a segunda tarefa é lidar com o aspecto emocional da perda. Aqui a dificuldade é em não ter recursos egóicos o suficiente que permitam enfrentar a diversidade de sentimentos que apresentam diante a perda. Neste caso, é fundamental que uma pessoa possa auxiliar a criança nesse processo, sendo um recurso para o Eu da criança e atuando como um exemplo. A terceira tarefa é ajustar-se ao ambiente sem o objeto perdido, na qual depende da importância que este tem na vida da criança. O luto pode ser vivenciado em outras fases da vida, especialmente se for de grande impacto. A quarta tarefa é referente a encontrar um lugar novo no âmbito emocional e nas lembranças. Essa tarefa é muito importante, pois pode ser um processo em que ela sinta e crie uma base identificatória, como uma referência. Com isso, a criança que elabora os lutos, pode dar abertura para novos vínculos interpessoais, mas isso não quer dizer que ela vai se desligar do objeto perdido, mas transformar a relação. Nessa forma, a criança realiza o luto de acordo com seu desenvolvimento e com as dificuldades cognitivas e emocionais inerentes a ela. Porém, é de total importância que um adulto cuidador possa estar disponível para dar suporte nas tarefas do luto.

Segundo Worden (1998, apud, Mazorra, 2005), descreve que existe dificuldade cognitiva e emocional para organizar a perda significativa quando criança. Para isso, ela processa o luto ao decorrer da sua estruturação psíquica, ou seja, em diferentes momentos da vida, quando ela consegue significar o que ocorreu. Ou o luto pode ser reativo, em que ao longo das vivências pode encontrar ressonância em conflitos do desenvolvimento. Entretanto, isso não configura em patologia, já que nenhum trauma na infância pode ser solucionado até que a criança desenvolva. Por isso, a criança pode ter vários modelos para elaborar o luto. É de mau uso colocá-la em um modelo adulto, pois a criança está em desenvolvimento em sua personalidade. Desse modo, o processo de elaboração do luto da criança é algo que não é contínuo, o que poderia ser diagnosticado como complicado, quando comparado ao adulto, pode ser algo adequado para a criança. Por esse motivo, é importante conhecer o luto da criança, com referência de sua vida e assim poder organizar uma intervenção psicoterapêutica.

Nessa conjuntura, é muito importante dar voz e meios para que as crianças possam expressar seus sentimentos. É o mais saudável a se fazer. Para Mazorra (2005, p. 96), retrata que a perda do objeto significativo para a criança influencia a sensibilidade precoce da própria morte, já que o enfrentamento sobre o tema morte na sociedade é um processo difícil para os adultos, tornando-se mais custoso para a própria criança. Desse modo, é fundamental que a criança tenha, a partir das questões do adoecimento e prognóstico, uma abertura para falar das angústias, isso favorece o enfrentamento de questões relacionadas à morte em si. Porque uma criança enferma e hospitalizada se depara com o processo de luto em diversas perdas, desde a perda da saúde, da esperança em uma longa vida, a perda da esperança dos sonhos realizados, as perdas decorrentes da hospitalização, dentre outras.

Dessa forma, o psicólogo é de fundamental importância fazendo o papel de mediador entre equipe e unidade de cuidado criança-família, em que acompanhe os processos com o objetivo de facilitar as expressões. Assim, poderá possibilitar novos encontros consigo mesmo e criar condições de enfrentamento, ou seja, redefinindo o processo da morte e os novos contextos. Com isso, pode dar apoio a outros membros

da família. Ademais, se a criança se sentir acolhida, pode ser um ótimo vínculo para produção de conteúdo para expressar a vivência da morte, separação e abandono.

Tanto a família quanto a equipe de saúde devem atuar com a criança na clarificação e no favorecimento da expressão de seus sentimentos, fantasias e temores frente à morte, evidenciando sempre a necessidade de ajudá-la no processo de elaboração de luto (Torlai, 2005, p. 96).

Portanto, a eficácia do trabalho com a criança que sofre alguma perda significativa é um conjunto de decisões entre a equipe de trabalho. Assim, as intervenções são feitas abrangendo as necessidades reais da criança para minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, isto é, buscar a promoção de saúde e um elemento ativo durante a hospitalização e a doença. Outro meio positivo é introduzir atendimento grupais aos familiares e as crianças, já que as vivências podem ser semelhantes, aumentando o repertório de resultados positivos. É uma forma de representá-las no mundo e mostrar que não estão sozinhas. Podem aparecer temas da rotina, os medos, a doença, o tratamento, o hospital, a saudade da família, a morte e entre outros. Para isso, são selecionados de acordo com a idade, diagnóstico e o momento atual da hospitalização.

[...] uma abordagem direta sobre o assunto morte [...], não significa que a elaboração do luto se torna amena, pois ainda existe muito presente à identificação com o outro, que possui o mesmo diagnóstico que o seu. A maneira como o luto poderá ser expresso é que facilitará a elaboração (Torlan, 2005, p. 102).

Além disso, a avaliação cognitiva para conhecimento de déficits pré-existentes para observar de acordo com o curso do adoecimento e os indícios de sofrimento psíquico, ajustando para um bem-estar psíquico e social.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho teve como objetivo analisar os significados que as crianças em processo de hospitalização entendem sobre o adoecimento e o processo de luto. A partir disso, que a rede de apoio, tanto na equipe de saúde quanto familiar e social, é essencial para que elas possam se sentir amparadas e acolhidas, isso traz bem-estar

psíquico e físico. Contudo, é de total importância que os profissionais da saúde estejam preparados. De acordo com Aguiar (2005, p. 80), “A equipe de saúde está mais preparada para dar apoio durante o diagnóstico da doença e também mais apta a dar informações sobre as possibilidades de cura e de tratamento do que durante a progressão do câncer”. Aqui a equipe de saúde tende a afastar-se da situação e não lembram que baseiam-se tanto na preservação da vida quanto no alívio do sofrimento. A morte ou uma doença incurável reflete ao médico o sinônimo de fracasso. Ademais, a criança é muito perspicaz, diante disso este requer uma comunicação aberta sobre o adoecer. Elas sentem a problemática quando não comunicam claramente. Os pacientes mais novos acham que o adoecimento está ligado ao desconforto físico. Já as maiores analisam com mais facilidade as ameaças e costumam a associar a algo experiênciada, como conflitos afetivos e familiares, como se fosse um castigo. Por isso, percebe-se a consequência que um não preparo com os profissionais pode acarretar consequências no bem-estar do paciente.

Além disso, ao longo do tratamento, a resposta dos pais e das crianças diante do diagnóstico e prognóstico está relacionada diretamente à compreensão do processo. É a partir deste que os pais iniciam o processo de luto da criança enferma. Entretanto, alguns adultos evitam falar sobre a morte para a este e isso pode afetar no seu desenvolvimento dentro desta temática. Porém romper o silêncio é terapêutico.

a criança não deve ser excluída da experiência da perda. Sua compreensão de morte será a que tiver condições de realizar e não necessariamente aquela que o adulto espera dela. É com essa compreensão que a criança encontrará formas de se expressar e experimentará comportamentos e ações que dêem um significado a perda (Ramalho, 1999, apud, TORLAN, 2005, p. 97).

Assim, quando compartilhado de maneira aberta e ativa, tanto os profissionais quanto o paciente e o familiar poderão adaptar-se ao tratamento. Por isso, o profissional não pode afastar-se emocionalmente da vivência, assim para evitar viver de sua fragilidade, pois mostrará uma imagem fria e insensível aos pacientes. O psicólogo pode ser o mediador entre as duas dinâmicas, mas é importante ressaltar

que o profissional que criar mais vínculo com a criança precisa estar presente como um suporte nesse novo mundo.

Desse modo, a perda é algo singular, em que cada pessoa reagirá de alguma forma. Mas, é preciso ressaltar que, o que nos importa como profissionais, é saber como ajudá-los a expressar seus sentimentos, dúvidas e entre outros. As reflexões sobre a morte integram a rotina da criança ao longo do tratamento, no qual podem haver recaídas e melhoras, o que torna uma experiência desgastante, portanto, o silêncio agrava os sintomas da angústia profunda, a solidão e a sensação de abandono, Aguiar (2005). Dessa maneira, a criança que tem informações claras no momento do diagnóstico apresenta melhor ajustamento psicossocial durante o tratamento. A realidade pode aliviar a dor da criança e ajudá-la a elaborar a perda e o luto.

## REFERÊNCIAS

AFFONSO, Rosa Maria Lopes; TEIXEIRA, Thais. A Ludoterapia como forma de intervenção em lutos infantis. **Revista FACISA ON-LINE**. Barra do Garças– MT, v. 4, n. 1, p. 12 – 28. 2015. Disponível em: <ISSN 2238-8524>. Acesso em: 24 maio. 2021.

AGUIAR, Marília F. (2005). A morte em si mesma: a criança gravemente enferma. In: Mazorra, L. Tinoco, V. et al. In: **Luto na infância: Intervenções psicológicas em diferentes contextos**. Campinas: Editora Livro Pleno, p 73-90.

ALMEIDA, Fabiane de Amorim. Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. **Boletim de psicologia**. v.55, n.123, p.149-167. 2005. Disponível em: <Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital (bvsalud.org)>. Acesso em: 17 out. 2021.

ALVES, Stephanie W. E.; UCHOA-FIGUEIREDO, Lúcia da R. Estratégias de atuação da psicologia diante do câncer infantil: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro- RJ, v. 20, n. 1, p. 55-74. 2017. Disponível em: <Estratégias de atuação da psicologia diante do câncer infantil: uma revisão integrativa

(bvsalud.org)>. Acesso em: 7 maio. 2022.

ARRUDA, Camilly Cássia Rêgo; LIMA, Isabelle Alves Pereira; SILVA, Natália Ribeiro; RAMOS, Vinícius Bernardi; VIANNA, Mônica Peixoto. A importância da humanização em ambientes hospitalares para o processo de cura dos pacientes.

**Ciências Humanas e Sociais**. Alagoas, v. 6, n.2, p. 31-42. 2020. Disponível em: <periodicos.set.edu.br>. Acesso em: 16 fev. 2022.

BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: Contribuições da terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Rio Branco, Porto Alegre. v.7, n.1, p.35-43. 2011. Disponível em: <Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (bvsalud.org)>.

Acesso em: 13 maio. 2022

BASTOS, Ana Clara de Sousa Bittencourt. **Na iminência da morte: Cuidados Paliativos e Luto Antecipatório para crianças/adolescentes e os seus cuidadores**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador. p. 245. 2019.

GENEZINI, Débora. Assistência ao luto. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; MATSUMOTO, Dalva Yukie et al. **Manual de Cuidados Paliativos: Abordagem multidisciplinar**. 2 ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2012. p. 590.

FÄRBER, Sonia Sirtoli. **Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico**. 2012. Disponível em: <Tanatologia clínica e cuidados paliativos.pdf> Acesso em: 22 fev. 2021.

FONTES, Cassiana Mendes Bertencello; MONDINI, Cleide Carolina da Silva Demoro; MORAES, Márcia Cristina Almendros Fernandes; MAXIMINO, Maria Irene BACHEGA, Natália Patrisi. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Educação Especial**. Marília, v.16, n.1, p.95-106, 2010. Disponível em: <SciELO - Brasil - Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada> Acesso em: 23 mar. 2021.

GALVÃO, Izabel. **Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil/Izabel Galvão**. Ed. 4. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. Pág. 134.

JESUS, Adriana Santos de. **Significados sobre a doença e a hospitalização na infância contidos em livros para crianças**. 2014. 133f. Dissertação (mestrado em educação ) Universidade Federal da Bahia, 2014.

KLEIN, Melanie. **A psicanálise de criança**. Tradução: Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 352p. (Obras completas de Melanie Klein; v. II). Tradução de: The psycho-analysis of children.

Mazorra, Luciana. (2005). Luto na infância. In: Mazorra, L. Tinoco, V. et al. **Luto na infância: Intervenções psicológicas em diferentes contextos**. Campinas: Editora Livro Pleno, p 17-34.

MOREIRA-DIAS, Patrícia Luciana; Silva, Isabella Partezani. A Utilização do Brinquedo durante o Tratamento de Crianças com Câncer: Percepções da Equipe Multidisciplinar. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.64. n.3. p.311-318. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/28>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

OLIVEIRA, Helena de. A Enfermidade Sob o Olhar da Criança Hospitalizada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3. p. 326-332, jul/set. 1993. Disponível em: <SciELO - Brasil - A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada>. Acesso em: 21 fev. 2021.

PAIXÃO, Adriele de Brito; DAMASCENO, Taís Araujo; SILVA, Josielson Costa da. Importância das atividades lúdicas na terapia oncológica infantil. **Revista Cuid'art enfermagem**. v.10, n.2, p. 209-216. 2016. Disponível em: <Importância das atividades lúdicas na terapia oncológica infantil | CuidArte, Enferm;10(2): 209-216, jul.-dez.2016. | BDEF | BDEF (bvsalud.org)>. Acesso em: 3 maio. 2021.

PASSEGGI, Maria da Conceição; ROCHA, Simone Maria da; CONTI, Luciane de. (Con)viver com o adoecimento: narrativas de crianças com doenças crônicas. **Revista**



da **FEEBA- Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v.25, n. 46, p. 45-57. Maio/ago. 2016. Disponível em: <001087107.pdf (ufrgs.br)>. Acesso em: 24 março. 2022.

PINO, Camila Del; PEREIRA, Vinicius Tonollier. Ludoterapia durante o tratamento contra o câncer infantil: revisão integrativa de literatura. **Revista Psicologia em foco**. v. 9, n. 14, p. 26-44, 2017. Disponível em: <LUDOTERAPIA DURANTE O TRATAMENTO CONTRA O CÂNCER INFANTIL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA | Del Pino | Revista Psicologia em Foco (uri.br)>. Acesso em: 30 nov. 2021.

PIOVESAN, Josieli; OTTONELLI, Juliana Cerutti; BORDIN, Jussania Basso; PIOVESAN, Laís. **Psicologia do desenvolvimento e aprendizagem**. Ed.1. Santa Maria: Núcleo de Tecnologia Educacional, 2018. Pag.161.

QUEIROZ, Lucia Neris de; MACIEL, Diva Albuquerque; BRANCO, Angela Uchôa. Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista. **Paidéia**. Brasília, v. 16, n.34, p.169-179. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000200005>>. Acesso em: 3 set. 2021.

RAMOS, Vera Alexandra Barbosa. O processo de luto. **Psicologia. PT: o portal dos psicólogos**. 2016. Disponível em: <ISSN 1646-6977> Acesso em: 23 maio. 2022

ROTHER, Edna Terezinha. Editorial: Revisão Sistemática *versus* Revisão Narrativa. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 2. n. 20. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>>. Acesso em: 04 abril. 2022.

SANTOS, Caio Silva; CUSTÓDIO, Lucas Matheus Grizotto. Psico Oncologia Pediátrica e Desenvolvimento: considerações teóricas sobre o adoecimento e os lutos decorrentes do câncer infantil. **PT: o portal dos psicólogos**, 2017. Disponível em: <PSICO ONCOLOGIA PEDIÁTRICA E DESENVOLVIMENTO.pdf> Acesso em: 22 fev. 2021.

SILVA, Laura Cristina; WEISS, Elfy M.; BERNARDES, Danielle Boing; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de Souza. Hospitalização e a morte na infância: desafios das famílias. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.8, n.1, p.73-79, jan./abr. 2006. Disponível em: <8024-22939-1-PB.pdf>. Acesso em: 6 março. 2021.

SILVA, Milene Bartolomei; ALMEIDA, Ordália Alves de. Brincar e aprender em hospitais: enfrentamento da doença na infância. **Educativa**, Goiânia, v.19, n.1, p. 33-52, jan./abr. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18224/educ.v19i1.5014>>. Acesso em: 7 ago. 2021.

SILVEIRA, Jéssica et al. O luto nas diferentes etapas do desenvolvimento humano. **Psicologia em Foco: Temas Contemporâneos**. Disponível em: <10.37885/200700788>. Acesso em: maio. 2022.

SOUZA, Gisleine Cristina de; GUILHERME, Thais Amanda; MESQUITA NETO, Rui. A elaboração do luto na infância. **Sociedade Cultural e Educacional de Garça**. Garça-SP, v.6.p. 21-30. 2017.

TORLAN, Viviane C.(2005). Impacto do luto em crianças hospitalizadas. In: Mazorra, L. Tinoco, V. et al. **Luto na infância: Intervenções psicológicas em diferentes contextos**. Campinas: Editora Livro Pleno, p 91-110.

VYGOSTSKY, L. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WIEGAND, Solange do Carmo Bowoniuk; ROSANELI, Caroline Filla. O luto infantil nas doenças raras. **Revista Iberoamericana de Bioética**. v. 10. p. 1-11, 2019. Disponível em: <DOI:10.14422/rib.i10.y2019.001>. Acesso em: 21 abril. 2021.

Worden, J. William (James William), 1932- **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto: um manual para profissionais da saúde mental** / J. William Worden ; [tradução Adriana Zilberman, Leticia Bertuzzi, Susie Smidt]. São Paulo : Roca, 2013.