**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DA PSICOLOGIA HOSPITALAR**

Elizete Venson do Nascimento Marconi[[1]](#footnote-1)

**INTRODUÇÃO**

O hospital é um espaço marcado de tensão e incertezas. É um ambiente que desencadeia sentimento negativos e que geralmente é de difícil adaptação, o que acaba por gerar diferentes respostas em cada pessoa e de maneira inevitável marca a história de vida de cada sujeito que precisa recorrer ao hospital devido a problemas de saúde. Deste modo, é indispensável a atuação do psicólogo neste contexto, uma vez que irá atuar no sentido de fornecer um espaço de escuta, tanto para o paciente que está enfrentando o processo de hospitalização, quanto para o acompanhante, que também se vê angustiado neste momento de incertezas.

A psicologia hospitalar, de acordo com Simonetti (2004, p. 15) “é um campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”. O adoecimento ocorre quando o indivíduo, carregado de subjetividade, se depara com a doença, que está presente em seu próprio corpo, que produz uma infinidade de aspectos psicológicos que se evidenciam tanto no paciente quanto na família e na equipe de profissionais. O autor ressalta ainda que o foco da psicologia hospitalar é o aspecto psicológico em torno do adoecimento e seu objetivo não é apenas trabalhar com a dor do paciente, mas também a angustia que a família e a equipe apresentam. A psicologia hospitalar não estabelece uma meta que o paciente tenha que alcançar, ela ajuda no processo de elaboração simbólica do processo de adoecimento.

Este trabalho tem por objetivo apresentar de forma breve a psicologia hospitalar bem como o papel do psicólogo neste contexto e as ferramentas disponíveis para trabalhar o processo de adoecimento e/ou internação.

**CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA**

Buscato et al. (2004 apud STENZEL; PARANHOS; FERREIRA, 2012) destacam que a inserção da psicologia no âmbito hospitalar se deu desde os primórdios da psicologia, no entanto, só foi reconhecida como uma área de atuação, com teorias e técnicas específicas quando o Conselho Federal de Psicologia (CFP) instituiu formalmente através da resolução n° 013/2007 a Psicologia Hospitalar como uma especialidade.

Na década de 1950, no Brasil, foram instaurados os primeiros Serviços de Psicologia no hospital. Para melhor especificar foi entre os anos de 1954 a 1957, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que Matilde Neder iniciou o desenvolvimento de suas atividades (MARCO, 2003).

Antes da já mencionada resolução e dos avanços no campo da psicologia hospitalar, a atuação do psicólogo no contexto hospitalar era considerada uma atribuição do psicólogo clinico, onde uma de suas atribuições era a de atuar juntamente com a equipe multiprofissional, com o intuito de auxiliá-los a compreender os fatores emocionais que interferem da saúde geral do sujeito, em unidades básicas, ambulatórios, hospitais gerais, pronto-socorro e demais instituições (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1992). Dessa forma, Stenzel, Paranhos e Ferreira (2012) salienta que o ambiente hospitalar era visto como mais um domínio para a pratica da psicologia clínica e não como um campo de atuação específico.

Após a aprovação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de psicologia, em 2004, a psicologia hospitalar vem sendo incluída na grade curricular de alguns cursos de graduação. No entanto, esta ainda é defasada quanto a atuação em hospitais, o que faz com que psicólogos que tenham o objetivo de atuar nesta área, busque complementar sua formação através de extensões, pós-graduação, cursos e etc. (STENZEL; PARANHOS; FERREIRA, 2012).

## CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

Segundo Stenzel, Paranhos e Ferreira (2012) a doença causa relevante sofrimento e pode trazer desordens significativas a vida de uma pessoa. Dessa forma, o psicólogo hospitalar torna-se indispensável, uma vez que o impacto da doença e a hospitalização alteram o modo de vida tanto do paciente quanto de sua família.

A psicologia hospitalar trata dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença, uma vez que toda doença se encontra repleta de subjetividade. Ela não trata apenas das doenças com causas psíquicas, mas sim dos aspectos psicológicos de todas as doenças (SIMONETTI, 2004).

A doença é um fenômeno muito complexo que envolve variáveis biológicas, psicológicas e cultural, e tanto a medicina quanto a psicologia aceitam a existência desses fenômenos.  A psicologia hospitalar enfatiza a parte psíquica diante de uma realidade orgânica e seu material de trabalho é entender a posição do sujeito frente a essa doença (SIMONETTI, 2004).

Segundo Bruscato et al (2004, STENZEL; PARANHOS; FERREIRA, 2012) uma das funções do psicólogo é redirecionar o olhar dos demais profissionais para as individualidades de cada paciente e buscar englobar os aspectos psicológicos existentes no processo de adoecer. Os aspectos psicológicos podem aparecer como causa de uma doença, como desencadeador desse processo, como um fator de manutenção, agravante ou como consequência do quadro clínico (SIMONETTI, 2004).

Barros (2003, STENZEL; PARANHOS; FERREIRA, 2012) acrescenta que o psicólogo deve ter uma visão humanizada ao prestar seu atendimento no ambiente hospitalar, buscando considerar o paciente em sua globalidade e compreendendo além dos aspectos físicos, mas também o psicológico e social.

A doença é uma situação de perdas, onde perde-se a saúde, a autonomia, o tempo, o dinheiro, entre outras coisas.   No entanto, também existem alguns ganhos.  Ganha-se mais atenção, o direito de não trabalhar e até uma desculpa para explicar dificuldade existenciais, profissionais e amorosas, sendo estes considerados aspectos que atuam como fatores de manutenção da doença, caracterizando os ganhos secundários (SIMONETTI, 2004).

Lazzaretti et al. (2007) que o psicólogo deve éster disponível para fazer triagem dos casos, assistir o paciente, sua família e a equipe de saúde, realizar avaliação diagnóstica em psicologia, realizar psicodiagnóstico, formular e aplicar protocolos durante a hospitalização e em ambulatórios, realizar Inter consultas, intervir de modo psicoterapêutico individualmente ou de grupo, orientar a família e a equipe, realizar grupos operativos com a equipe de enfermagem e registrar dados.

Stenzel, Paranhos e Ferreira (2012) destaca que o profissional da psicologia ainda pode realizar acompanhamentos durante o processo de luto pós-óbito, atendimento as famílias de pacientes em UTIs, em pronto-socorro, bem como capacitar os cuidadores de pacientes crônicos.

É importante ressaltar que o paciente pode ou não aceitar o atendimento. Na maioria das vezes o pedido para o atendimento vem da equipe e não do paciente e em muitos casos esses pacientes não querer falar, tornando o atendimento impossível. Cabe ao psicólogo oferecer o trabalho e ouvir, e a partir do diagnóstico e da fala do paciente, situar a demanda, se houver (LAZZARETTI et al., 2007).

## ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

O foco da psicologia hospitalar não está apenas na dor do paciente, mas também na angústia da família, da equipe e dos médicos.  Ela atua como ligação, apresentando-se como facilitadora do relacionamento entre os indivíduos acima mencionados. Seu objetivo é a subjetividade, e de acordo com a Simonetti (2004) esta encontra-se sacudida diante da doença.  Nesses casos, o psicólogo pode auxiliar oferecendo sua escuta, para que esse sujeito possa falar de si, da doença, da vida ou da morte, dos seus pensamentos, sentimentos, temores e desejos, enfim, do que quiser falar.

Nesse sentido, Arrais, Oliveira e Paula (2012) argumentam que atuação do psicólogo, no que concerne ao paciente, tem o intuito de minimizar o sofrimento e buscar compreender os fatores relacionados ao adoecimento físico e psíquico, que o fez procurar ajuda no hospital, já com respeito aos familiares e acompanhantes, trata-se de orientá-los e dar suporte psicológico.

A   psicologia no âmbito hospitalar não estabelece uma meta para o paciente alcançar, mas procura acionar um processo de elaboração simbólica do adoecimento, tendo um papel de ouvinte privilegiado, afim de reposicionar o sujeito em relação a sua doença. É ela quem trata das angústias, dos traumas, das desilusões, dos medos, das consequências reais e imaginárias que a hospitalização acarreta.  Seu trabalho é realizado através de palavra, dando voz a subjetividade do paciente.  Mesmo que em casos onde o paciente encontra-se impossibilitado de falar, por inúmeras razões, o psicólogo possui ferramentas para fazer falar o paciente, entre elas pode-se destacar:  gestos, olhares, escrita e até mesmo silêncio (SIMONETTI, 2004).

A porta para o mundo de significados e sentidos é a conversa entre o psicólogo e o paciente.  A psicologia não se interessa na doença em si que o paciente tem, mas sim a relação que o paciente tem com seu sintoma, o que o paciente faz com sua doença e o significado que lhe dá.  É importante enfatizar que tais aspectos só estão acessíveis através das palavras e falas do paciente (SIMONETTI, 2004).

De acordo com Simonetti (2004) O psicólogo é o único especialista treinando para escutar.  Ele dá voz ao paciente, deixando que ele fale sobre o que quiser e em sua maioria o psicólogo fica em silêncio, e é esse silêncio que tem um grande peso para o paciente, uma vez que a maioria dos outros profissionais e até mesmo a família, não suportam ver o paciente angustiado e com isso buscam apagar, negar, destruir ou mesmo encobrir a angústia.  O que eles não sabem é que a angústia não se resolve.  Cabe o psicólogo manter a angústia do paciente em sua frente, para que ele possa falar dela, simbolizá-la e dissolvê-la. “Ao escutar, o psicólogo “sustenta” a angústia do paciente o tempo suficiente para que ele, o paciente, possa submetê-lo ao trabalho de elaboração simbólica” (SIMONETTI, 2004 p. 24).

O psicólogo tem papel fundamental no ambiente hospitalar, pois ele tem a habilidade de escuta, que muitas vezes é o que o paciente mais preciso, uma vez que ele chega carregado de elementos latentes e simbolismos e o psicólogo pode possibilitar um espaço para que esse paciente externalize seus sentimentos e angústias (ARRAIS; OLIVEIRA; PAULA, 2012).

Quando o psicólogo aborda pela primeira vez um paciente, ele procura verificar como está reagindo à doença e ao mesmo tempo oferece ao paciente uma escuta, que possibilita a elaboração de sua doença através da fala.  Apenas esse fato, já produz efeitos terapêuticos, uma vez que segundo Simonetti (2004 p. 36) “todo encontro comporta possibilidades terapêuticas”.

Para que o paciente fale, o psicólogo faz uso de três técnicas:  a entrevista, a associação livre e o silêncio, que serão descritos resumidamente abaixo.  Vale ressaltar que Associação livre e a entrevista não buscam apenas a obtenção de dados, mas especialmente estabelecer o vínculo e estimular elaboração por meio da fala.

1. Associação Livre

O paciente pode falar sobre o que lhe vem à mente, pois não existe uma pauta a ser seguida.  Cabe ao psicólogo papel de escutar.  Escutar o que o paciente fala e não apenas o que ele fala sobre a doença.

1. Entrevista

A entrevista se dá através de perguntas objetivas ao paciente acerca de assuntos que parecem ser mais acessíveis; tais como a doença, motivo da internação, os remédios, onde mora, profissão, estado civil, entre outros.

1. Fazer silêncio

Simonetti (2004) assinala que o silêncio é poderoso, ele é como um vácuo, puxa as palavras, pede para ser preenchido, idealmente pela fala do paciente.

Simonetti (2004) destaca quatro posições que o indivíduo ao adoecer enfrenta:  negação, revolta, depressão e enfrentamento. Angerami além de abordar essas quatro posições, enfatiza ainda a barganha e os ganhos secundários. O autor argumenta que estes são fases encontrados na obra de Kobler-Ross, no livro S*obre a Morte e o Morrer,* porém tais conceitos podem ser utilizados com pacientes clínicos (agudos e crônicos), uma vez que o processo de elaboração de perdas e luto ligados ao adoecer são universais.

### Negação

Estado psicológico presente após o diagnóstico da doença. Geralmente acompanhada de incredulidade no diagnóstico (ANGERAMI, 1996). Alguns pacientes acreditam que os exames foram trocados ou que estavam com diagnóstico errado, procuram outros médicos na esperança de que o diagnóstico do médico anterior estivesse equivocado (KUBLER-ROSS, 1996).

**A primeira reação de uma pessoa frente a doença é o choque, seguido de descrença e manifestações do tipo “não é possível”, “isso não está acontecendo comigo”. Simonetti (2004) destaca que o encontro com a doença se parece com um tropeço inesperado que desconcerta. O autor acrescenta ainda que “esse ‘tropeço’ no real faz com que nos defrontemos com uma realidade cruel e absurda” (p. 39).**

**A negação da doença não é proposital. O paciente nega porque é a única coisa que ele pode fazer naquele instante, é a princípio o único mecanismo que tem. Esta deve ser respeitada e não confrontada (SIMONETTI, 2004).**

### Revolta/Raiva

O sentimento de raiva surge após a negação, o indivíduo frequentemente se pergunta: “Por que eu?”, “Por que não outra pessoa?”. Esse sentimento toma conta do paciente, onde o mesmo a projeta para todos os lados, tanto enfermeiros, médicos e os próprios familiares são atingidos. Diante desse sentimento, as visitas tornam-se menos frequente, e até os cuidados médicos podem diminuir pelo fato de não tolerar a ira do enfermo. Esse sentimento é irradiado através do choro, pesar, culpa, humilhação e outras inúmeras queixas (KUBLER-ROSS, 1996).

**Nota-se maior predominância da pulsão agressiva manifestadamente, e pode surgir com as mais diferentes formas, como por exemplo através da raiva, sadismo, inconformismo e ressentimento (ANGERAMI, 1996).**

**Simonetti argumenta sabiamente sobre a revolta:**

**O pensamento de revolta gira em torno do tema justiça, ou melhor, da injustiça de a doença acometer alguém que nunca fez mal a ninguém. Muitas vezes ouvimos comentários do tipo “fulano, que é uma peste, um crápula, está tão bem, e essa pessoa tão nobre passando por todo esse sofrimento” (SIMONETTI, 2004 p. 49).**

**A fase de revolta é valiosa, pois a pessoa resiste e luta, entretanto, é necessário caminhar em direção a um enfrentamento mais realista e direcionar os esforços para o tratamento, caso contrário o organismo entra em colapso. Isso se justifica pelo fato de que quando um estresse é mantido cronicamente, o organismo se exausta, havendo uma queda do rendimento global e a diminuição das defesas imunológicas do corpo (SEBASTIANI, 1998 apud SIMONETTI, 2004).**

### Barganha

De acordo com Angerami (1996) é uma fase caracterizada pela negociação, onde o paciente busca a solução para o sofrimento gerado pelo adoecimento.

Os doentes fazem promessas com o intuito de aumentar o tempo de vida, estabelecem uma meta a ser cumprida, e após o cumprimento desta, estabelecem outras. A maioria das barganhas é feitas com Deus, na tentativa que ele ousa os pedidos desesperados (KUBLER-ROSS, 1996).

### Depressão

Nesta fase o sujeito se entrega passivamente a doença. É como uma desistência e uma desesperança, onde a pessoa chaga a acreditar que não há cura, ou se a cura é possível, já não se interessa, pois pensa nas perdas que terá, o que pode levar a um ponto em que não há nem o medo por um desfecho fatal. Simonetti (2004 p. 53) assinala que o paciente “não tem medo da morte, nem vontade de viver, mas há tristeza”.

O dia-a-dia de uma pessoa na fase depressiva é visto como sem graça. Ela desenvolve suas atividades por desenvolver, não há prazer. É como se a vida transcorresse em preto e branco (SIMONETTI, 2004).

**Na fase da depressão o paciente não consegue mais negar sua doença, e é forçado submeter-se a cirurgias, hospitalizações e outros diversos tratamentos. O sentimento de tristeza toma conta do indivíduo quando ele percebe que está perdendo coisas importantes, incluindo sua própria identidade** (KUBLER-ROSS, 1996).

**Os custos financeiros são elevados, e muitos perdem seus empregos devido à falta de disposição. Sentem-se culpados por estar afastados do convívio familiar, e por não poder ajudar o companheiro (a) nas tarefas do dia-a-dia, como trabalhar para sustentar a família e na criação e educação dos filhos** (KUBLER-ROSS, 1996).

### Aceitação e Enfrentamento

É o estado psicológico onde há a compreensão real dos limites e possibilidades conferidas pela doença, pela hospitalização, pelo tratamento e pela vida. Ocorre uma certa flexibilidade para lidar com a doença. A ansiedade encontra-se em um nível suportável tanto para o paciente quanto para a família e a equipe de saúde (ANGERAMI, 1996).

Simonetti (2004) enfatiza que nesta fase o paciente encara a doença de forma mais realista. Ele já passou pelas posições anteriores, já deixou para traz suas fantasias de onipotência e impotência. Uma das características dessa fase é a amplitude, onde o paciente torna-se inclusivo e não nega os aspectos negativos e positivos de sua doença. Aqui o paciente já não está mais em busca de um sentido, de uma explicação para sua má sorte, agora o indivíduo busca saber o que fazer com a doença. O autor salienta ainda que é como se a pessoa tivesse conseguido esvaziar a doença de os seus sentidos imaginários, ficando apenas com o real, que não demanda um sentido, mas um posicionamento.

### Ganho secundário e Esperança

O ganho secundário é considerado por Angerami (1996 p. 19) como sendo:

Conjunto de benefícios, conscientes ou inconscientes, que o paciente aufere em suas relações consigo mesmo e /ou com o mundo que não obstante ao sofrimento que a doença lhe impõe, esse “julga” a relação custo/benefício do ser/estar doente compensada ou atenuada pelo ganhos adquiridos.

No que diz respeito a esperança, Simonetti (2004) destaca que é uma posição que sustenta e conectas as outras posições/fases já citadas. É como se fosse um fio, um fator que se repete, pode aparecer disfarçada, mas está presente. Kubler-Ross (1996) menciona que qualquer que seja a doença ou seus mecanismos de enfrentamento instaurados, todos os pacientem mantém até o último instante, alguma forma de esperança.

**Até mesmo os mais conformados, os mais realistas, deixavam aberta alguma possibilidade de cura. Uns acreditam que pode surgir um novo produto, uma nova droga, um novo tratamento de um dia para o outro. Outros acreditam que Deus fará um milagre em sua vida, que assim como já passou por situações desesperadoras e se saiu ileso, o mesmo acontecerá** **novamente (KUBLER-ROSS, 1996).**

## PSICOTERAPIA BREVE NO HOSPITAL

A psicoterapia breve faz uso da técnica focal, e é desta maneira que alcança o objetivo planejado, privilegiando apenas um campo a ser tratado, dentre tantos outros existenciais em um sujeito. Ela não tem como proposta produzir mudanças na estrutura da personalidade, uma vez que seu tempo de trabalho é limitado, no entanto pode produzir intensas modificações dinâmicas (LUSTOSA, 2010).

Di Baggi (2002, apud RODRIGUES, 2006) destaca que o atendimento deve ser realizado de acordo com a Psicoterapia Breve, já que esta é extremamente eficiente em situações emergenciais e de crise, que exigem um alívio mais rápido possível, devido a capacidade que esses sintomas psíquicos têm de ameaçar a vida do paciente. Segundo Rodrigues (2006, p. 11) “A Psicoterapia Breve visa elevar a eficiência operacional do paciente por meio de uma readaptação na mais ampla escala possível, possibilitando assim a melhora dos mecanismos de adaptação e enfrentamento”.

Lazzaretti (2007) argumenta que a psicoterapia breve não é uma prática exclusiva do ambiente hospitalar, no entanto em muitos casos é preconizada como a única forma de trabalhar devido à elevada rotatividade da instituição. Diante dessa alta rotatividade, o atendimento dever ter início, meio e fim, uma vez que não se sabe se haverá um próximo atendimento. Além disso, é recomendado que o paciente fique livre para abordar o assunto que quiser, priorizando dessa forma a queixa principal do paciente e não a do diagnóstico médico.

O que distingue a psicoterapia breve de outras psicoterapias não é sua brevidade, mas seu foco em torno de uma questão específica, onde os objetivos são limitados (HEGERNBERG, 2013).

## A FAMÍLIA DO PACIENTE HOSPITALIZADO

Lazaretti (2007) assinala que cabe ao psicólogo orientar a família a respeito da melhor forma para lidar com a angustia diante da hospitalização de um membro da família. A internação causa estresse intenso tanto para o paciente quando para a família, e um desses motivos é a mudança de rotina do dia a dia. Além disso há um aumento de ansiedade advindos do medo que existe acerca do conflito vida e morte.

O psicólogo deve reforçar o trabalho de estruturação dos familiares para o enfrentamento da situação em que se encontram. Sua atuação nesse caso, será direcionada ao apoio, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos e em especial o fortalecimento de vínculos familiares (STENZEL; PARANHOS; FERREIRA, 2012).

Segundo Futterman et al (1996, apud NOGUEIRA, 2002) as principais fontes de suporte emocional no momento de internação são os pais, o esposo (a), o parceiro (a). Estes deixam parte dos seus dias para dar suporte ao doente, deixando em segundo plano determinadas necessidades. Há uma preocupação com os cuidados dos filhos que ficam em casa e com o trabalho.

Nogueira (2002 p. 126) faz algumas considerações acerca da família no processo de internação:

É importante que a equipe repita para o cuidador informações sobre o estado do paciente e a evolução de sua doença, para que o cuidador possa passar tais informações aos demais membros da família, pois estes buscam, o tempo todo, compreender e encontrar explicações da causa deste acontecimento. Neste período pode haver acusação mútua entre os familiares, ou uma total união dos mesmos para garantirem mais forças no combate ao medo.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De modo geral, a psicologia hospitalar tem sido de grande valia, pois há uma enorme demanda por um simples acolhimento, por um simples escutar, que mesmo sendo simples, é carregado de significado e importância para quem está passando por um momento tão delicado, como é o processo de internação. Neste âmbito a psicologia faz diferença. Ela dá voz a quem mais precisa, humaniza a insensibilidade e o sofrimento que o processo de adoecer ocasiona.

**REFERÊNCIAS**

ANGERAMI, Valdemar (org.) **E a psicologia entrou no hospital.** Pioneira Thomson, 1996.

ARRAIS, Alessandra; OLIVEIRA, Ana Paula; PAULA, Flora. **O atendimento psicológico a adultos e idosos com quadros psicossomáticos no pronto-socorro de um hospital.** Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/download/127/229>. Acesso dia 22 de set. 2016.

CONSELHO FEREDAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Atribuições profissionais do psicólogo no brasil.** 1992. Disponível em: < http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr\_prof\_psicologo.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

HEGENBERG, Mauro. **Psicoterapia breve.** 4° ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

KUBLER-ROSS, Elisabeth; **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes**. Martins fontes: 7° ed. São Paulo 1996.

LAZZARETTI et al. **Manual de psicologia hospitalar: coletânea conexãopsi – série técnica.** Curitiba: Unificado, 2007.

LUSTOSA, Maria. A psicoterapia breve no hospital geral. **Sociedade brasileira de psicologia hospitalar.** Rio de Janeiro, Jul./dez., 2010. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n2/v13n2a08.pdf>. Acesso em: 21 out. 2016.

MARCO, Alfredo (org.). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

NOGUEIRA, Maria Clara. Um estudo sobre os cuidadores familiares de pacientes internados com doenças hematológicas. **Revista de Psicologia da Vetor Editora.** 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142002000100009&script=sci\_arttext&tlng=en >. Acesso em: 24 out. 2016.

RODRIGUES, Kátia. **A atuação do psicólogo hospitalar na unidade de terapia intensiva.** Disponível em: < http://www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/ART3.pdf>. Acesso dia 22 set. 2016.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

STENZEL, Gabriela; PARANHOS, Mariana; FERREIRA, Vinícius. **A psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis.** Porto Alegre: EdiPUCS, 2015.

1. Psicóloga graduada pela Faculdade da Amazônia – FAMA e pós-graduanda em Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico. [↑](#footnote-ref-1)