



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JULIANY RODRIGUES SAMPAIO

**REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS ACERCA DO ADOECIMENTO: RELATO DE
EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL DO CARIRI**

Juazeiro do Norte
2020

JULIANY RODRIGUES SAMPAIO

**REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS ACERCA DO ADOECIMENTO: RELATO DE
EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL DO CARIRI**

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para a obtenção do grau de bacharelado em Psicologia.

Juazeiro do Norte
2020

JULIANY RODRIGUES SAMPAIO

**REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS ACERCA DO ADOECIMENTO: RELATO DE
EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL DO CARIRI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para obtenção de grau de Bacharelado em Psicologia.

Aprovado em: 14/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Dr. Joaquim Iarley Brito Roque
Orientador

Esp. Indira Feitosa Siebra de Holanda
Avaliadora

Me. Moema Alves Macedo
Avaliadora

REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS ACERCA DO ADOECIMENTO: relato de experiência em um Hospital Municipal Infantil do Cariri

PSYCHOLOGICAL REPERCUSSIONS ABOUT ADOCEEMENT: experience report in a Municipal Children's Hospital of Cariri

Juliany Rodrigues Sampaio¹
Joaquim Iarley Brito Roque²

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo relatar uma experiência de estágio em ênfase em Psicologia realizado em um Hospital Municipal Infantil do Cariri. Propõe ainda uma reflexão acerca do modelo psicossocial e da presença do ganho secundário no âmbito hospitalar, ressaltando a necessidade de abranger a Psicologia para além da perspectiva clínica, possibilitando assim interlocuções com o social. Nesse contexto, a metodologia desse trabalho trata-se de um estudo bibliográfico-descritivo, de caráter qualitativo, que correlacionou discussões sobre ganhos secundários obtidos pela genitora da criança, e o modelo psicossocial frente às experiências alcançadas e análise do relatório de campo registrado. Nessa perspectiva, pode-se observar que as vantagens obtidas pelas mães durante o período de internação dos filhos estavam associadas a vulnerabilidade social, e o quanto o equipamento tinha função de suporte para elas, seja de alimentação ou de caráter afetivo. Por fim, a relevância desse estudo relacionou a contribuição da psicologia no contexto hospitalar e nas concepções que essa profissão possibilita/possibilitará.

Palavras-chave: Psicossocial. Ganho secundário. Internação. Hospital.

ABSTRACT

This article aims to report an internship experience with emphasis on Psychology held at a Municipal Children's Hospital of Cariri. It also proposes a reflection about the psychosocial model and the presence of secondary gain in the hospital environment, emphasizing the need to cover Psychology beyond the clinical perspective, thus enabling interlocutions with the social. In this context, the methodology of this work is a qualitative bibliographic-descriptive study that correlated discussions about secondary gain obtained by the child's genitor, and the psychosocial model in relation to the experiences achieved and analysis of the registered field report. In this perspective, it can be observed that the advantages obtained by the mothers during the period of their children's hospitalization were associated with social vulnerability, and how much the equipment had a supporting function for them, whether of feeding or affective character. Finally, the relevance of this study related the contribution of psychology in the hospital context and in the conceptions that this profession makes possible.

Keywords: Psychosocial. Secondary gain. Hospitalization. Hospital.

1Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: sampaiojuliany07@gmail.com

2Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: joaquimiarley@leaosampaio.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Diante do adoecimento e da hospitalização infantil, há uma mudança na dinâmica familiar, e principalmente na rotina da mãe, que é a responsável na maioria das vezes por acompanhar o processo de tratamento da criança. Surgem ainda sentimentos durante a internação que podem ser vinculados a culpa, ao desânimo, e inclusive ser referida a benefícios. E é também nessa vasta possibilidade de repercussões acerca do adoecimento, que o profissional de psicologia tem uma função de investigar a história de vida do paciente, considerando todas as suas singularidades e realidades sociais. Dessa forma, e diante do relato que será exposto, compreende-se que a doença em alguns casos pode não ser um fator aversivo, mas sim, a alta hospitalar.

Além disso, é pertinente pontuar sobre a psicologia hospitalar, que segundo Simonett (2004) é uma área de compreensão e cuidados dos fenômenos psicológicos acerca do adoecimento, sendo este último apreendido através de proporções psicológicas, biológicas e socioculturais. Dessa forma, no contexto hospitalar, é importante considerar o sujeito em todas as suas dimensões, incluindo sua família, principalmente quando se refere a um paciente infantil.

A partir da fala e da observação das genitoras, percebeu-se benefícios que elas demonstravam diante da patologia da criança. Além disso, frisavam a satisfação em retornar para o ambiente hospitalar, e o quanto se sentiam confortáveis nesse período de internação. E diante dessas afirmações, torna-se necessário definir brevemente o ganho secundário, que se refere às vantagens e aos proveitos que podem acontecer através da condição do enfermo (SOAR FILHO, 1998). Dos Santos Rosa (2003) contribui ainda relatando que a família também pode obter vantagens durante o tratamento do paciente.

Por conseguinte, para atender o sujeito integralmente, existe o modo psicossocial, que dá ênfase à conveniência do indivíduo a um grupo familiar e social (COSTA-ROSA, 2000). Gomes e Erdmann (2005) ratifica essa informação evidenciando que durante o processo de hospitalização das crianças, a sua família também passa a ser uma parte integrante do campo hospitalar.

Assim, o presente relato volta-se para o desenvolvimento de uma ação reflexiva e crítica. A vivência ocorreu durante o estágio em um Hospital Municipal Infantil, situado na região do Cariri, no primeiro semestre do ano de 2019. No decorrer da narrativa serão elencados pontos que foram observados no estágio, enfatizando a presença de ganhos secundários em mães de nível socioeconômico baixo, durante a permanência do filho em

internação. Foi proposto ainda, um diálogo com as mães, considerando os aspectos sociais e sua rotina, para uma melhor compreensão da realidade.

Considerando o exposto, esse relato justifica-se pela necessidade de proporcionar reflexões acerca do modelo psicossocial e da presença do ganho secundário no hospital. Ademais, a necessidade de abranger a psicologia para além da perspectiva clínica, possibilitando assim interlocuções com o social. Ferreira Neto (2010) ratifica essa afirmação alegando que um dos impasses, falando de maneira histórica da atuação do profissional de psicologia, é o modelo de formação tradicional totalmente voltado para a área clínica, que perdurou até meantes da década de 90. Entretanto, esses efeitos perseveram até os dias atuais. Diante disso, demonstra-se a importância acadêmica e social de estudos aprofundados.

Ademais, o referido tema foi motivado a partir da experiência da pesquisadora durante as práticas em um hospital infantil, e da gritante realidade/desigualdade social que reflete nos hospitais públicos, além disso, a constatação de uma lacuna bibliográfica sobre a psicologia hospitalar. Da Silva (2012) possibilita reflexões sobre a limitada disseminação acerca do assunto, e do pouco conhecimento dos graduandos em psicologia.

Portanto, tem-se como ponto de partida desse estudo: Quais as repercussões psíquicas causadas por ganhos secundários em mães de baixo nível socioeconômico durante a internação do (a) filho(a)? Diante disso, o presente artigo tem como objetivo geral: relatar uma experiência de estágio realizado em um Hospital Municipal Infantil do Cariri, enfatizando a área de Psicologia. E tendo como objetivos específicos: destacar um breve contexto histórico da psicologia nas políticas públicas; compreender o que são ganhos secundários como uma das repercussões psíquicas; defender uma abordagem psicossocial no hospital.

Isto posto, este relato é um convite para um olhar da realidade social e o quanto esse perpassa os espaços públicos.

2 METODOLOGIA

Esse estudo foi desenvolvido por meio de um relato de experiência, em um Hospital Infantil Municipal, durante o Estágio Curricular Supervisionado I, do curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. O hospital configura-se como uma unidade de saúde pública municipal que presta serviços de emergência pediátrica 24hs em toda a região do Cariri. O estágio em ênfase foi realizado durante o período de fevereiro de

2019 a junho de 2019. Os dados empíricos utilizados na pesquisa se deram por meio do relatório de estágio e de anotações diárias.

Do relatório de estágio foram retiradas as atividades pertinentes que foram desenvolvidas, enfatizando aquelas que possibilitaram a percepção da presença do ganho secundário nas genitoras. Além disso, das anotações diárias também foi recolhido informações detalhadas de como ocorreu a atuação do estágio.

Para Cavalcante e Lima (2012) o relato de experiência é um instrumento de pesquisa descritiva que apresenta uma observação e reflexão sobre ações que acometem uma situação experienciada no contexto profissional e que tem relevância da comunidade científica.

Quanto ao procedimento esse estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, segundo Da Fonseca (2002) a pesquisa bibliográfica é um levantamento de dados de pesquisas já publicadas através de revistas, eletrônicas, artigos científicos ou livros. Quanto à abordagem é caracterizada pelo método qualitativo. Segundo Denzin e Lincoln (2006) a pesquisa qualitativa é uma técnica que procura compreender as dinâmicas de um ou poucos objetos de estudo, com uma abordagem interpretativa do mundo. A pesquisa é classificada quanto aos objetivos de explicativa-descritiva, pois, se detém a descrever características de um fenômeno, ou estabelecer relação entre variáveis (GIL, 2008).

Dessa forma, fez-se o uso da busca bibliográfica das bases de dados, Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Artigos Eletrônicos de revistas em geral, pesquisas de teses e mestrados, livros sobre a psicologia hospitalar, além de Manuais e Resoluções do Conselho Federal de Psicologia. Dessa forma, essa base de dados serviu para a coleta de dados mediante os seguintes descritores: ganho secundário; repercussão psíquica; psicologia hospitalar; psicossocial; abordagem social e psicologia clínica.

Os critérios para inclusão dos artigos foram: artigos em português, ter livre acesso online, que gerassem consonância com o tema do relato de experiência, além disso, não foi estabelecido período de ano para seleção dos materiais, pois, o assunto ainda não possui uma vasta bibliografia. Foram excluídos apenas os artigos que não tinham disponibilidade de leitura ou que não apresentaram relevância para o trabalho.

Quanto aos aspectos éticos e legais, para realizar a metodologia mencionada não foi necessário um parecer do Comitê de Ética, pois, não foram utilizados dados pessoais dos pacientes e nem das genitoras, assim como não foi exposto dados específicos do hospital. Dessa forma, as discussões apresentadas serão mediante as observações do pesquisador

durante o estágio, não haverá falas diretas dos envolvidos; nenhuma entrevista foi utilizada para coleta de dados, por fim, serão discussões apenas do que foi observado.

Os relatos são situações não planejadas, onde não houve um objetivo ou um projeto prévio, dessa forma, descrevem situações que se apresentaram a um observador assíduo e vigilante no processo. Diante disso, não há como obter do Comitê de Ética em Pesquisa uma aprovação preliminar a sua efetuação (GOLDIM; FLECK, 2010).

As visitas nas enfermarias eram realizadas duas vezes por semana, sendo feito uma leitura prévia dos prontuários para melhor compreender a situação da criança, e por quanto tempo ela estava na internação. As patologias mais frequentes das internações eram: infecções respiratórias, crises compulsivas, infecções intestinais e/ou urinárias, e por fim, o número maior era de Pneumonia. É válido ressaltar, que em âmbito pediátrico, as crianças que eram internadas no Hospital Infantil, retornavam algumas vezes, e com a mesma demanda. A partir dessa observação, o trabalho foi sendo realizado de maneira mais enfática com essas mães, tentando compreender a história de vida, que serão discutidos no decorrer do relato.

3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: O SUS, A PSICOLOGIA E O CONTEXTO HOSPITALAR

O Sistema Único de saúde (SUS), estabelecido pela constituição de 1988, é uma nova formulação política organizacional. É um sistema único, pois abrange todo o território nacional, tendo como doutrinas: a universalidade que é a garantia de serviços a todo e qualquer cidadão. A equidade, que assegura o serviço de forma justa para toda a população, sendo atendido conforme suas necessidades. A integralidade, que atende o indivíduo como um todo, dentro de todas as suas dimensões (BRASIL, 1990).

Portanto, para ofertar uma atenção à saúde mais adequada é necessário não somente abranger a saúde de nível primário, e sim em todos os níveis. A nível secundário estão as clínicas e as unidades de pronto atendimento. Nível terciário são os hospitais de grande porte, mantidos ou não pelo governo. Nessa perspectiva, os hospitais atendem as especialidades que não têm nos outros níveis do SUS, sendo assim, a atenção é um conjunto de procedimentos de elevada especialização, que abrange tecnologias e que são realizadas no contexto hospitalar (MATTOS, 2009).

Desse modo, a psicologia possui várias versões para sua origem, dentre elas, se destaca a que surgiu em Portugal, já que a aplicabilidade da psicologia da saúde começou a ser efetivada em maternidades e hospitais e em Lisboa e Praga, só começou a ser

implementada nos órgãos de saúde no início dos anos 2000. No Brasil, a psicologia da saúde é associada a psicologia social e comunitária, sendo considerada uma área de especialização desta. Contudo, reforça um importante problema que se concretiza na visibilidade da inequação do psicólogo no campo da saúde pública, já que muitos indivíduos compreendem que a psicologia não deveria estar inserida nos cuidados da atenção de saúde básica para a sociedade. Contudo, isto deve ser superado (SATRUB, 2014).

Todavia, a psicologia da saúde é ofertada em três níveis no Brasil. O primeiro nível de atenção de saúde é identificado como o que apresenta maiores problemas de inadequação das práticas, pois é o nível em que não há tradição das assistências de psicólogos. No segundo nível de atenção estão as assistências curativas, tratamento de doenças e de prevenção do agravamento das doenças. No terceiro nível de atenção de saúde estão as assistências mais complexas. Estão relacionadas com as assistências no hospital geral, e na rede de assistências substitutivas e de apoio ao tratamento dos doentes mentais (RIBEIRO, 2009).

Dentre as várias ações a serem desenvolvidas estão às ações de promoção e prevenção de saúde, em que esses grupos podem ser desenvolvidos por empresas, associações comunitárias e indivíduos. Tais ações visam a diminuição de fatores de risco. Essas ações de promoção e prevenção de saúde devem ser realizadas nos atendimentos em saúde, seja em hospitais, ou em unidades de saúde. No campo da proteção de saúde, é importante compreender o local em que os pacientes residem, suas condições, ou seja, os aspectos psicossociais (BRASIL, 1990).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2003), órgão que orienta o exercício do profissional de psicologia no Brasil, o profissional em Psicologia Hospitalar tem sua atribuição concentrada nos contextos secundários e terciários de atenção à saúde, atuando em equipamento de saúde e executando atividades como: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria.

Como evidenciado por Lazzaretti (2007) há uma singularidade na atuação do psicólogo no hospital: o psicólogo vai até o paciente. Essa é, sem dúvida, uma peculiaridade do trabalho do psicólogo no hospital, porém nenhum profissional de saúde impõe seu trabalho. O paciente pode aceitar ou não certos tratamentos. É verdade que, na maioria das vezes, a solicitação é da equipe e não do paciente; considerando que uma pessoa pode ser atendida pelo psicólogo sem querer, parece impossível. O psicólogo oferece o trabalho, tem a função de ouvir e, a partir do diagnóstico e da palavra do paciente, faz a demanda, se houver.

Gorayed (2001) diz ainda que o sujeito hospitalizado é díspar daquele que procura o atendimento no consultório, pois este traz uma demanda de maneira espontânea. Compreende-se que este não possui quadros de psicopatologia ou uma doença orgânica, ele transporta uma demanda psicológica mais específica de um sofrimento. É sucedido que a realidade hospitalar apresenta algumas questões e condições que exigirão de o profissional de psicologia ir além das discussões e debates teóricos-acadêmicos.

São valores éticos de cunho ideológicos que surgirão ao longo da jornada e que solicitarão performances inovadoras. Dessa forma, é essencial que o psicólogo compreenda e entenda os limites de sua atuação para não se tornar um elemento abusivo, ríspido e invasivo, que agride o processo de hospitalização (ANGERAMI-CAMON, 1994).

A psicologia hospitalar conquista um modelo próprio, adequando-se a realidade institucional do equipamento hospitalar para atender a primordialidade do paciente, da família e da equipe médica. Dessa forma, o atendimento no hospital é focal, breve e diversas vezes emergencial. O profissional de psicologia necessita atuar de maneira interdisciplinar, que consiste em troca de conhecimentos e discussão conjunta sobre a melhor maneira de atender ao paciente (VIEIRA, 2010).

Dessa forma, a implantação do profissional de psicologia no âmbito hospitalar representa um procedimento da psicologia da saúde, por conseguinte, a psicologia no hospital geral atribui a atuação do psicólogo em uma organização que viabiliza trabalhar com os pacientes que estão vivenciando episódios de adoecimento e hospitalização (BRASIL, 2013).

4 REPERCUSSÕES PSÍQUICAS: COMPREENDENDO O GANHO SECUNDÁRIO

A vivência da doença é um processo subjetivo impregnado de discursos, saberes e práticas, produzidos histórica e culturalmente na vida social e alimentados em um interdiscurso sobre a doença e o paciente que ressoa e influencia o sujeito doente (SOUZA et al., 2015). O sujeito doente se sentirá amparado em sua fragilidade e ao mesmo tempo se sentirá valorizado em sua existência se o psicólogo, como integrante da equipe de saúde, oferecer um espaço no qual o sujeito possa se sentir ativo e até certo ponto ativo, seu próprio cuidador (VELASCO; RIVAS; GUAZINA, 2012). A representação social da doença traz, portanto, muitos dos significados subjetivos da representação social do cotidiano, que neste caso se apresentam como significados subjetivos que contribuem para a desvalorização e marginalização social do paciente e todas as consequências que estetem para o cenário da doença, tem subjetividade individual (REY, 2006).

A questão do cuidado ao paciente caracteriza-se como crucial no campo da Saúde Pública e sua relevância, para o doente e para o médico,

Eksterman (1994) afirma que a forma como a doença é experienciada é constatemente um episódio único, uma vivência pessoal, decorrente da história de vida de cada um, de uma maneira de ser, de viver e de se relacionar. É o sujeito que concederá a enfermidade um sentido próprio, sendo assim, só pode ser compreendido dentro da dimensão de sua própria narrativa.

Fongaro e Sebastani (1996) apresenta meios de como o sujeito pode elaborar o processo de adoecimento, ou seja, quais as sensações que surgem diante da sua relação com a enfermidade. Dessa forma, cita classificações e/ou fases que demonstram a maneira de condução dos recursos psíquicos diante da patologia. Organizando, portanto, dessa maneira: Negação, Barganha, Revolta, Depressão, Aceitação e Ganho Secundário. Evidencia-se ainda que essas fases não estão em sequência, sendo portanto, dinâmico.

A *negação*, é um estado psicológico em que o sujeito se encontra logo após o diagnóstico da doença, havendo ansiedade frente a essa situação (FONGARO; SEBASTANI, 1996). Spitz (1997) complementa ainda que nessa fase de negação ocorre uma recusa parcial ou total em relação ao estado de adoecimento. Já na *barganha*, essa fase possui como grande característica a negociação, o paciente tenta uma solução para o sofrimento ocasionado pela enfermidade, dessa forma, podem apresentar questões religiosas para tentar superar essa fase, com o objetivo de se ter uma “cura” (FONGARO; SEBASTANI, 1996).

A *revolta*, o paciente apresenta evidentemente uma agressividade, podendo aparecer em diversas maneiras como: raiva, sadismo, inconformação, entre outros. A *depressão*, é mais um estado psicológico em que o paciente elabora sua doença, havendo uma tristeza acerca da perda da saúde. A *aceitação*, é uma situação de estado psíquico onde o paciente tem o entendimento real dos limites e possibilidades diante da doença, da hospitalização, do tratamento e da própria vida (FONGARO; SEBASTINI, 1996).

E por fim, o *ganho secundário*, que é a ênfase desse relato de experiência. Nessa fase, o paciente pode se relacionar com o mundo através da enfermidade, sendo assim, um fragmento estruturante de sua identidade. Compreende ainda que são um conjunto de benefícios e vantagens, conscientes ou inconscientes, que o sujeito obtêm através do adoecimento. É ainda, uma forma encontrada de se adaptar aos limites e perdas que essa doença lhe impõe (FONGARO; SEBASTINI, 1996).

Em concordância, Balint (1975) diante do início da doença há uma sucessão de

processos secundários à enfermidade, ocasionado uma “situação vital”, dessa forma, o paciente terá que se adaptar. Além disso, a patologia coloca em risco não só questões fisiológicas, mas também estimula a defesa psíquica com o objetivo de enfrentamento e equilíbrio das consequências da doença.

Segundo Spitz (1997) os ganhos secundários possuem relação com questões externas em decorrência da patologia, como por exemplo: atenção, ser afastado do emprego ou de uma pessoa, vantagens materiais, entre outros. Dessa forma, independente dos ganhos, toda maneira de adoecimento ativa mecanismos fisiológicos para que aconteça a homeostase e incita as defesas psicológicas.

Para Oliveira et al. (2005) é frequente que algumas pessoas, em função de sua patologia, passem a obter um grande poder dentro do sistema familiar, ocasionando com isso, vantagens e privilégios. Além disso, a enfermidade pode servir como uma estabilidade financeira para a família. Souza Neta (2010) evidencia ainda que a enfermidade pode ser usada para ter ganhos. Nessa fase, há a possibilidade de acontecer dependências: da equipe médica; de aposentadorias em decorrência da doença; e de atenção familiar nesse período.

Em continuação, para Cerqueira Filho (2010) a recompensa que se tem no estado da enfermidade é maior que os males da doença em si, e isso se transforma em compensação para a conduta inapropriada. Dessa forma, complementa ainda que esse ganho secundário impossibilita as mudanças terapêuticas, e conseqüentemente estagnando e/ou intensificando a enfermidade. Conclui-se, portanto, que os ganhos secundários são fenômenos que podem dificultar o processo de cura do paciente.

5 A NECESSIDADE DE UMA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL

Segundo Paulin e Luzio (2010), a saúde pública é um setor que exige novas ferramentas dos seus profissionais, que necessita romper com um modelo tradicional de clínica e possibilitar a criação de novas práticas, de acordo com o cenário que os sujeitos estão inseridos. Sendo relevante ainda, reformular novas intervenções profissionais e dialogar com outros saberes para uma produção do cuidado em saúde.

A psicologia hospitalar é uma especialidade da psicologia que possibilita aos enfermos, familiares e profissionais do hospital, o saber psicológico. A psicologia hospitalar promove um resgate da subjetividade do paciente, seus sentimentos, emoções, valores e crenças. O paciente ainda deve participar ativamente do seu processo, e tratamento, sendo observador de sua evolução (BRUSCATO; BENEDETTI; DE ALMEIDA LOPES, 2004).

O surgimento da psicologia da saúde atua como um instrumento de tratamento físico e mental do indivíduo, sendo considerada uma revolução já que aborda o lado psicossocial, sendo derivada da medicina comportamental, se pode ser compreendida como o campo interdisciplinar integrado da ciência biomédica e da psicologia, ciência do comportamento, e a aplicação dos conhecimentos e práticas derivadas das duas disciplinas para a compreensão e o tratamento das doenças, sua prevenção e a promoção da saúde (STRAUB, 2014).

É necessário destacar a multidisciplinariedade da medicina comportamental, que é compreendida como o conjunto integrado de conhecimentos biopsicossociais relacionado com a saúde e as enfermidades físicas, sendo, portanto, o conjunto das técnicas medicinais em junção com as técnicas psicológicas. Ademais, pode ser observado que a implementação do modelo psicossocial quando integrado e aplicado aos problemas de saúde podem gerar mudanças nos padrões de doenças que ocorrem no território ocidental (ALMEIDA, MALAGRIS, 2011).

Vale ressaltar ainda que o equipamento hospitalar é um centro de investigação biopsicossocial. Ademais, a saúde da população impõe a equipe de saúde, uma análise de seus valores acadêmicos, pessoais, incluindo o sócio político (BRUSCATO; BENEDETTI; DE ALMEIDA LOPES, 2004).

Como evidenciado por Angerami-Camon (1994), a Psicologia Hospitalar não pode ser colocada no hospital como uma esfera isolada, solitária, sem contar com outros fatores para atingir os princípios base. O processo de humanização no âmbito hospitalar necessita passar por modificações do próprio equipamento hospitalar, de forma holística, e obviamente pela própria transformação social. Dessa forma, o profissional de psicologia não deve desconsiderar essas variáveis, pois, corre o risco de torna-se excluído do processo de transformação social.

Os autores ainda afirmam que, pode ocorrer de o profissional ficar limitado e reduzido a teorizações que ocasione no paciente isolamento e fracionamento de conceituações e conflitos sociais mais abrangentes. Além disso, a própria contribuição da psicologia no hospital auxilia para compreender determinadas situações de somatização dos pacientes, sendo assim, uma ação decisiva para fazer com que ocupe um lugar assegurado na equipe de saúde do equipamento hospitalar (ANGERAMI-CAMON, 1994).

Importante frisar ainda, que segundo Simonetti (2004) o diagnóstico, na dimensão cultural, objetiva identificar componentes relacionados ao adoecimento à medida que eles surgem nas falas e nos comportamentos do paciente. Na psicologia hospitalar os elementos mais notáveis são: religião, medicina popular, linguagem e questões sociais.

Além disso, a Psicologia Social também deve perpassar esse contexto hospitalar. Como evidenciado por Rodrigues, Assmar e Jablonski (2009), a psicologia social pode ser compreendida como um estudo científico das relações humanas, ou seja, do processo de interação social, e também das questões cognitivas desenvolvidas dessa relação.

Assim, o psicólogo deve inventar e criar, fazer e refazer, ao invés de somente reproduzir um modelo de atuação enrijecido. O psicólogo, portanto, que atua na saúde pública deve produzir novas práticas, novos conhecimentos e fundar uma outra clínica voltada para demandas sociais, de comunidade e de produção social da subjetividade (PAULIN; LUZIO, 2010).

A Psicologia pode ser compreendida como uma ciência que realiza o estudo acerca do ser humano, através de seus comportamentos e processos mentais. Por envolver um amplo campo de análise, ela se divide em algumas subtemáticas. A Psicologia Social é um, juntamente das Psicologias Clínica, Hospitalar, Escolar, Forense, Esportiva, Organizacional, que englobam o estudo psicossocial. A área possui grande relevância, pois o trabalho do profissional contribui para a construção de uma coletividade de olhar mais empático e acolhedor. É a Psicologia Social que responde questionamentos como qual seria a causa do ser humano agir de formas distintas quando sozinho e quando em grupo (CUNHA, 2005).

Destaca-se ainda a clínica ampliada, que consiste em um dos componentes das diretrizes que abarcam a Política Nacional de Humanização que realiza a proposição de efetuar a qualificação dos profissionais que atuam na saúde, sendo que esta clínica ampliada diz respeito a possibilidade que o profissional possa atuar com mais autonomia no momento de oferta dos serviços básicos de saúde (CUNHA, 2005).

A humanização do atendimento à saúde constitui um pilar essencial nas novas políticas públicas de saúde. Esta abordagem foi idealizada pelo Ministério da Saúde e possui como eixo norteador que os profissionais da saúde realizem em seus atendimentos uma abordagem acolhedora. Este acolhimento não se refere apenas ao espaço físico de um consultório ou hospital, mas sim, a toda uma abordagem que seja tomada de ética e respeito, bem como, em uma empatia a respeito dos saberes, angústias e invenções do paciente a fim de este se sinta “abrigado” e “agasalhado” (CUNHA, 2005). Vale ainda destacar, que as tecnologias podem ser classificadas como leves em relação a relacionamento, recepção, gestão de serviços; leve-dura quando se refere a conhecimentos bem estruturados, como o processo de enfermagem; e dura quando envolvem equipamentos tecnológicos como máquinas, padrões (ROCHA, 2008).

Por fim, o acolhimento não pode ser considerado como a chave da resolução de todos os problemas relacionados à saúde, mas a busca pela aproximação, a criação de vínculos e a observância das necessidades do paciente como a utilização de uma escuta ativa, realizar a valorização das queixas e realizar a identificação das necessidades primárias e secundárias dos indivíduos é de suma importância para um tratamento eficaz (SATRUB, 2014).

6 DISCUSSÃO

A partir da concepção da realidade durante o andamento do estágio, constatou-se a necessidade de compreender brevemente sobre a inserção da psicologia nas políticas públicas, que já foi discutido anteriormente. Entretanto, complementando ainda, Zurba (2012) afirma que essa inclusão dos profissionais de psicologia foi um movimento lento e que teve uma ingressão muito tardiamente. Além disso, segundo Garcia (2006) o contexto social e político levou inúmeros profissionais que atuavam na saúde pública e na medicina preventiva a defenderem e lutarem pelo Sistema Público de Saúde. As discussões viabilizaram a produção cientificamente de ferramentas que respaldassem a atuação do profissional de psicologia, dando também origem a fóruns e conferências. Almeida e Malagris (2011) complementa ainda que a partir de 1970, o psicólogo que até então trabalhava somente no modelo clínico, passa a ter uma prática em serviços públicos e privados de saúde. Mas, para isto, este profissional necessitou repensar sua prática e seu saber, reinventando sua atuação.

Nesse contexto, os autores Zurba (2012), Garcia (2006), Almeida e Malagris (2011) promovem uma reflexão sobre a inserção dos(as) psicólogos(as) em espaços públicos. Na prática durante os estágios percebeu-se que mesmo com a inserção dos profissionais em equipamentos públicos que exigem uma visão ampla do sujeito, o tratamento individualista e asilar, ainda é persistente.

Há diversas discussões sobre o sofrimento que a enfermidade pode gerar no paciente e na família. Entretanto, reduzir o trabalho do psicólogo no hospital somente a essa hipótese, faz com que não se perceba outras dimensões do sujeito, dificultando assim uma abordagem mais ampla sobre a sua vida. Além disso, ocorre um pré julgamento da dor do outro, uma sensação de que o paciente/família está sofrendo unicamente por conta da sua patologia, e o que se vê na prática é uma abrangência desse significado do adoecer.

E é a partir dessas reflexões, que são evidenciadas algumas indagações que atravessaram o estágio. Nos primeiros contatos com o equipamento, e mediante leitura dos prontuários, ficou perceptível que o público predominante do hospital eram famílias de

bairros periféricos da região do Cariri. Observou-se que algumas mães estavam por um longo período de internação, e que quando retornavam após uma alta hospitalar, apresentavam um semblante de satisfação. Nesse sentido, houve a necessidade de uma discussão sobre esses casos, onde foi proposto diálogos e dinâmicas para observação dessas mães.

Em primeiro momento, considerou-se que a higiene hospitalar fosse mantida e realizada para que as infecções ou a propagação dessas fossem mínimas, e por isso, foi efetuado a educação em saúde nas enfermarias. Durante a discussão, Educação em saúde: falando sobre higiene pessoal, realizou-se uma roda de conversa de forma adaptada, comentando sobre a higienização dos filhos, o banho, a limpeza dos seios antes de amamentar, além de pontuar que não se deve colocar no colo ou amamentar criança que não compete aos seus cuidados (prática já observada), para não haver contaminação.

Além disso, já tinha se observado que algumas genitoras tinham cuidados precários em relação a criança. Elas compreendiam quais procedimentos eram necessários para uma limpeza eficaz da criança, entretanto, muitas deixavam que seus filhos percorressem os corredores do hospital descalços, e sem apresentar nenhuma preocupação sobre esse fato. Machado et.al (2007) definem a educação em saúde como um processo didático educativo que demanda o desenvolvimento de um pensar crítico e meditativo, permitindo propor ações transformados que conduzam o sujeito a sua autonomia e liberdade como sujeito histórico e social, sendo capaz de opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, e de sua família, além da sua coletividade.

Diante disso, nesses momentos nas enfermarias, além de proporcionar um espaço de fala, também era uma ocasião de observar como se dava o cuidado da genitora em relação a criança, por exemplo: se ela estava alimentada; se tinha realizado suas higiens pessoais; se os leitos respectivos de cada genitora estavam limpos; e a partir dessas questões, as percepções sobre as possíveis sensações que a patologia da criança ocasionava nas mães.

O psicólogo profissional de saúde tem uma função clínica, social, organizacional e educacional, que abrange a psicologia preventiva e de tratamento (CAMPOS, 1995). Portanto, é importante que busque de forma contínua o bem-estar individual e social do paciente, sendo utilizado nesse processo informações de outros profissionais para melhor atender o paciente em aspecto total, assim como ter um espaço de escuta desse sujeito adoecido. Este novo paradigma é importante para analisar as questões sociais que envolvem a doença do paciente e a sua realidade. Dessa forma, notou-se a necessidade de investigar um pouco mais a história de vida da genitora e da criança a partir das visitas nas enfermarias, e por isso, utilizou-se de uma abordagem psicossocial.

Segundo Enriquez (1997) a abordagem psicossocial considera uma conexão entre o que está na ordem da sociedade e o que faz parte do psicológico, considerando assim, o indivíduo em suas diversas dimensões. Paiva (2013) salienta ainda que o modo psicossocial contribui para uma compreensão da intersubjetividade incursa em contextos socioculturais, nos serviços e programas de saúde, nos cotidianos e no trajeto de cada sujeito, contemplando o indivíduo de discursos e de direitos.

Sendo assim, a partir dessa compreensão da importância de uma perspectiva psicossocial nos atendimentos, e como acentuado por Lazzaretti et al. (2007) que no silêncio de uma doença orgânica, pode ser oferecido a oportunidade de escuta do indivíduo, para que se possa interpretar sua condição. Teve-se, portanto, como objetivo de atuação, uma psicologia mais humanizada e de investigação de outras dimensão do sujeito.

Nas enfermarias ficavam em média 4 (quatro) mães, no respectivo leito com seu filho. O trabalho desenvolvido também abarcava as relações delas, com o objetivo de desenvolverem uma rede de apoio durante esse período de internação das crianças. Os grupos operativos são realizados com a finalidade de promover alguma aprendizagem, de esclarecer determinados temas, que proporcionam algum aprendizado que favorece o avanço daquelas pessoas, de forma individual ou em grupo (FERNANDES, 2003). Portanto, mediante algumas suposições, as dinâmicas nas enfermarias tinham como finalidade compreender e visualizar o comportamento das mães em grupo.

Na dinâmica do espelho, as participantes foram convidadas a ficarem sentadas, esclarecendo que a caixa que seria entregue teria a foto de uma pessoa extremamente importante para o grupo. Foi-se então aberta para a primeira pessoa na enfermaria, solicitando que ela não revelasse o que estava vendo. Diante disso, a dinâmica foi proposta para que gerasse uma reflexão e que cada uma tivesse espaço de fala. Essa atividade gerou nas genitoras um momento de emoção, mas que foi essencial para perceber o fortalecimento dos vínculos delas no hospital.

Dessa forma, o processo de integração grupal foi válido para a formação e fortalecimento de afeições. É notório o quanto os laços motivavam as mães no processo de hospitalização, e as dinâmicas proporcionavam uma reciprocidade e reconhecimento do outro enquanto figura importante para a criança. Logo, a experiência em grupo possibilitou também uma ampliação de reações de cada genitora, observando ainda que esse foi um dos fatores de permanência no hospital para muitas.

Mediante as questões que já foram descritas, torna-se significativo a seguinte reflexão: Quando não se têm na rotina diária: alimentação, afeto, higiene, rede de apoio, etc. e o sujeito,

a partir de uma adversidade passa a experienciar, a tendência do indivíduo pode ser querer permanecer nesse local. Afinal, o tempo que se fica nesse ambiente também é desenvolvido vínculos, além de ter quem cuide de você e do seu filho, que estão tão fragilizados. Mas, quando esse lugar é o hospital, o que fazer?

Assim sendo, torna-se relevante assimilar a ideia de ganhos secundários a reflexão acima proposta. Para Simonetti (2004) o ganho secundário se refere aos privilégios, sejam eles materiais ou psicológicos, que uma pessoa obtém ao ficar doente, e que por isso, precisam ser trabalhados com cautela. Soar Filho (1998) afirma ainda que uma maneira habitual do ganho secundário é aquela que tem uma “função comunicativa”, ou seja, a utilização do sintoma, da não recuperação ou da sabotagem do tratamento para obtenção das vantagens.

Simonetti (2004) acrescenta ainda que a doença não é só feita de perdas. Há ganhos que podem ser: atenção, cuidado, o direito de não trabalhar, e que podem atuar como fatores de manutenção do adoecimento. Mas para essa compreensão, necessita-se perceber que o foco da psicologia hospitalar é o aspecto psicológico em torno do adoecimento, mas não de forma solta, e sim ligada a família, ao paciente e a equipe de saúde.

A partir das dinâmicas de grupo e do espaço de escuta realizado de maneira individual com as mães percebeu-se que: algumas mães não realizavam a higiene do filho, o menor também ingeria alimentos de outras crianças ou do próprio chão. Além disso, os vínculos familiares eram enfraquecidos, nos dias que a criança receberia alta hospitalar, a genitora alegava querer outro médico, ou simplesmente não ia embora, e muitas vezes o estado da criança se agravava, ficando assim internada por mais tempo.

As repercussões psíquicas acerca do adoecimento variam obviamente, de acordo com cada sujeito e história de vida, e é por isso que uma abordagem psicossocial auxilia os profissionais inseridos em um hospital a compreender a patologia do paciente, e no caso relatado, a influência dessa patologia na genitora. Como destacado por Romano (1999) há pacientes que aproveitam a doença, para eles, o primordial é manter a enfermidade, intensificando os sintomas e requerendo cuidados, ocasionando na equipe de saúde uma confusão sobre a situação.

Nesse caso, como a criança não tinha consciência dos fatores que ocorriam, devido sua pouca idade, quem estava no “controle” era a genitora, portanto, a criança seria também um objeto para obter ganhos secundários, mas que conseqüentemente, a criança usufruía dessas vantagens.

O contexto histórico ao que cada indivíduo está inserido influencia diretamente a composição das características de cada um deste. O ambiente com todas as suas propriedades, pode ser caracterizado de forma psicobiológica, isto é, de acordo com a conjunção de aspectos físicos, sociais e mentais das pessoas que nele interagem (CUNHA, 2005).

Diante de tudo o que foi visto, o processo de escuta nas enfermarias e de um olhar singular na dinâmica da mesma, faz com que seja compreendida a situação de cada um que se interna. O modo psicossocial também auxilia para que seja visto esses casos específicos. E, portanto, diminuir o retorno de muitas mães, mas que também auxilie na resolutividade da origem do problema daquela internação.

Em consonância com toda a discussão exposta, salienta-se as reflexões que Antônio da Costa Ciampa (2001) em sua obra "*A história do Severino e a História da Severina: Um ensaio de Psicologia Social*", propõe a ideia da importância das relações sociais no conceito de identidade e afirma que, ao compreendê-las, pode-se entender a relação entre os indivíduos e a sociedade. A partir da explicação do autor, a ideia de identidade como metamorfose humana, esta é entendida como o conceito central da psicologia social, e a expressão da identidade como metamorfose se dá por meio dos personagens que cada pessoa "representa" na sociedade.

Ciampa (2001) chama de "identidade" o processo de transformação pessoal, a partir da interação com seus diferentes papéis, o sujeito tenta reproduzir o valor e a sociedade por meio de sua análise interna, os símbolos e a criação de novas atitudes podem gerar crenças e ideias para novos personagens. Ao tratar do tema políticas de identidade, o autor analisa essas políticas de identidade que visam conformar o diferente a uma linha traçada pelos "normais", e, portanto, levam o indivíduo estigmatizado a uma percepção distorcida de si mesmo.

Dessa forma, ao se refletir sobre a questão de identidade, De Lima (2014) diz que mesmo diante dos obstáculos típicos de uma coletividade e sociedade capitalista, há constantemente uma possibilidade de luta pela emancipação. Portanto, essa questão da identidade discutida pelos autores De Lima (2014) e Ciampa (2001), levou a Lara Junior e Lara (2017) a refletirem sobre a dimensão da história da Psicologia Social Brasileira, concluindo que essa é: uma responsabilidade ética com os mais carentes; uma luta por liberdade; uma organização comunitária e social.

Ademais, percebe-se que a psicologia ainda perpassa por questões elitistas e de uma formação ainda predominantemente clínica durante a graduação, e que foi, portanto, um reflexo para algumas dificuldades encontradas no campo durante o estágio. É por isso que as ideias de Ciampa se tornam relevantes para o profissional inserido nas políticas públicas, o

olhar para os marginalizados e a busca pela liberdade/emancipação necessita ser uma luta constante.

Portanto, o trabalho que passou a ser desenvolvido logo após as hipóteses de ganhos secundários, essencialmente, continuou com um espaço de escuta, mas incluindo os encaminhamentos necessários, pois, durante o período em que esses acontecimentos foram surgindo, as genitoras também estavam no processo de alta hospitalar. Os encaminhamentos das genitoras foram para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), pois, esses equipamentos teriam mais possibilidade de suporte e resolutividade.

A lei nº 12.435/2011, define o CREAS como uma unidade pública estatal de amplitude municipal ou regional que tem a função de trabalhar com famílias e sujeitos em situação de risco pessoal ou social, por violação dos direitos.

Na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, conceituam o NASF como uma nova estratégia que tem a finalidade de apoiar, amplificar, e aprimorar as ações de saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Além disso, como salientado por Figueiredo (2012) na Estratégia da Saúde da Família (ESF) algumas das atribuições dos profissionais é justamente identificar situações de risco e vulnerabilidade, cadastrar as famílias e realizar uma busca ativa no território. Dessa forma, sabe-se que a ESF é uma porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), e é um equipamento que está mais próximo da realidade da família, por isso, acredita-se que teriam mais controle e entendimento da situação.

Ademais, no campo da proteção de saúde, é importante compreender o local em que os pacientes residem, suas condições, ou seja, os aspectos psicossociais (BRASIL, 1990). Nesse sentido, os encaminhamentos foram necessários para que os equipamentos responsáveis realizassem as medidas cabíveis referente aos casos.

7 CONCLUSÃO

O hospital tinha como público predominante famílias de nível socioeconômico baixo, em vista disso, os atendimentos nas enfermarias acerca da doença do filho necessitavam de uma linguagem informal, objetiva e também usando questões lúdicas para facilitar a compreensão da mãe em relação a patologia da criança. Foi durante essas abordagens que se percebia como era a relação genitora com a criança, e a partir disso, a percepção de que os ganhos secundários estavam presentes em algumas dessas mães.

Dessa forma, por meio da análise teórica e do relato de experiência, pode-se concluir que: as vulnerabilidades sociais contribuíram para a permanência das genitoras no hospital, já que seus filhos estavam protegidos, alimentados, e em tratamento. As mães também recebiam cuidado e atenção da equipe médica, desenvolvendo ainda vínculos nas enfermarias.

Nesse sentido, percebe-se que as repercussões psíquicas acerca do adoecimento se manifestam de diversas formas, e por isso, os profissionais que integram o cuidado em saúde necessitam de um olhar para além da enfermidade, utilizando como base uma abordagem psicossocial. Em particular, o profissional de psicologia que atua na área hospitalar precisa desenvolver uma concepção da realidade social em que o paciente/família está inserido, considerando, portanto, os possíveis impactos que podem ocorrer diante da enfermidade. Por fim, pontua-se ainda que as vulnerabilidades sociais são gritantes nos equipamentos públicos, sendo perceptíveis de inúmeras maneiras, entretanto, devido ainda uma formação profissional elitista, o pedido de socorro de muitos acabam sendo silenciados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da psicologia da saúde. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 2, p. 183-202, 2011.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. E a psicologia entrou no hospital. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R.W. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. [S. l.]: Revista e ampliada. 1994.

BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença (R. Musachio, Trad). **Rio de Janeiro: Atheneu**, 1975.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília. Secretaria nacional de assistência à saúde, 1990. Disponível em: <http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>. Acesso em: 20 maio.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, no 251, dez. 2013, Seção 1, p.170, 2013.

BRASIL. Lei nº 12.435 de 6 de Julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, n. 204, 2011.

BRUSCATO, Wilze Laura; BENEDETTI, Carmen; DE ALMEIDA LOPES, Sandra Ribeiro. **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história.** Casa do Psicólogo, 2004.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais.** ed.EPU,1995.

CAVALCANTE, B. L. L.; LIMA, U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **J Nurs Health, Pelotas.** v. 1, n. 2, p. 94-103, 2012.

CERQUEIRA FILHO, Alírio de. Energia Mental e autocura. **São Paulo: EBM Editora,** 2010.

CIAMPA, A. C. **A Estória do Severino e a História da Severina: um ensaio de Psicologia Social.** São Paulo: Brasiliense, 2001.

COLLET, Neusa; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 12, n. 2, p. 191-197, 2004.

COSTA-ROSA, Abílio. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Relatório final da pesquisa sobre o perfil do psicólogo brasileiro,** 2003. Disponível em: http://www.pol.org.br/atualidades/materias.cfm?id_area=300. Acesso em: 08 junho.2020

DA FONSECA, João José Saraiva. **Apostila de metodologia da pesquisa científica.** João José Saraiva da Fonseca, 2002.

DA SILVA, D. B. P. **Psicologia Hospitalar.** Psicologia pt: o portal dos psicólogos, 2012. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0705.pdf>. Acesso em: 06 junho.2020.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. **Porto Alegre: Artmed,** 2006.

DE LIMA, Aluísio Ferreira. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica.** EDUC-Editora da PUC-SP, 2014.

DOS SANTOS ROSA, Lúcia Cristina. **Transtorno mental e o cuidado na família.** Cortez Editora, 2003.

EKSTERMAN, Abram - Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. **Revista Bras. de Psicanálise**, nº 1, vol. 28: 9-24; São Paulo, 1994.

ENRIQUEZ, Eugène. A teoria freudiana e a sua contribuição ao estudo das organizações. ENRIQUEZ, Eugène. A organização em análise. **Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes**, p. 11-37, 1997.

FERREIRA NETO, João Leite. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 2, p. 390-403, 2010.

FERNANDES, Waldemar José. A importância dos grupos hoje. **Revista da SPAGESP**, v. 4, n. 4, p. 83-91, 2003.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de et al. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**, 2012.

FONGARO, M. L.; SEBASTIANI, R. W. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral. In: ANGERAMI-CAMON, V. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.

GARCIA, A. S. A inserção do psicólogo no SUS: Reflexões sobre a prática. **Anais do XIX Encontro de Psicologia de Assis. VI Encontro Científico do programa de pós-graduação em psicologia**. Percursos e perspectivas da Psicologia, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDIM, José Roberto; FLECK, Marcelo P. Ética e publicação de relatos de caso individuais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, n. 1, p. 2-3, 2010.

GOMES, Giovana Calcagno; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização**. 2005.

GORAYED. R. A Prática da psicologia hospitalar. In: MARINHO. M. L; CABALLO. V. (Org.) **Psicologia Clínica e da Saúde**. Granada: Editora UEL, p. 263-278, 2001.

LARA JUNIOR, Nadir; LARA, Andrea Paula Santos. Identidade: colonização do mundo da vida e os desafios para a emancipação. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 2017.

LANE, S. T. M. & SAWAIA, B. B. (Orgs.). **Novas Veredas da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense; EDUC, 2006.

LAZZARETTI, Claire Terezinha et al. Manual de psicologia hospitalar. **Curitiba: Unificado**, 2007.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 771-780, 2009.

MACHADO, M.F.A.S, MONTEIRO, E.M.L.M; QUEIROZ, D.T; VIEIRA, N.F.C; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007.

OLIVEIRA, Érika Arantes et al. Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 38, n. 1, p. 63-68, 2005.

PAIVA, Vera Silvia Facciolla. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 531-549, 2013.

PAULIN, Tathiane; LUZIO, Cristina Amélia. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 8, n. 2, 2010.

REY, Fernando Luis González. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicologia: Teoria e Prática**, vol. 8, núm. 2, pp. 69-85, 2006.

RIBEIRO, José Luís Pais. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. **Bem estar e qualidade de vida: contributos da psicologia da saúde**, 2009.

ROCHA, Patrícia Kuerten; PRADO, Marta Lenise do; WAL, Marilene Lowen; CARRARO, Telma Elisa. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 61, núm. 1, pp. 113-116, 2008.

RODRIGUES, Aroldo; ASSMAR, Eveline Maria Leal; JABLONSKI, Bernardo. "Psicologia Social. revista e ampliada. **Petrópolis, RJ: Vozes**, 2009. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-eadolescentes/programas/observatorio-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente1/sistema-de-informacoes-para-infancia-e-adolescencia-2013-sipia>. Acesso em: 10 março.2020.

ROMANO, Bellkiss Wilma. **Princípios para a prática da psicologia clínica. Casa do psicólogo**, 1999.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença**. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

SOAR FILHO, Ercy José. A interação médico-cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 1, p. 35-42, 1998.

SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al. Discursos sobre a tuberculose: estigmas e consequências para o sujeito adoecido. **Rev. enferm. UERJ**, p. 475-480, 2015.

SOUZA NETA, M. B. **A importância do psicólogo no contexto hospitalar**. 2010. Acesso em: 18.11.2020. Disponível em:<http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_46408/artigo_sobre_a-importancia-do-psicologo-no-contexto-hospitalar>.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. Artmed Editora, 2014.

SPLITZ, Lucia. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. **Cad IPUB Saúde Mental no Hospital Geral do Rio de Janeiro Inst Psiquiatria UFRJ**, v. 6, p. 85-97, 1997.

VELASCO, Karine; RIVAS, Ligia Andreia Ferrony; GUAZINA, Félix Miguel Nascimento. Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 13, n. 2, p. 243-255, 2012.

VIEIRA, Michele Cruz. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 513-519, 2010.

ZURBA, M. do C. Trajetórias da psicologia nas políticas públicas de saúde. **Psicologia e saúde coletiva**, p. 25-37, 2012.