

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**PACIENTES EM FINITUDE E VIAS ALTERNATIVAS DE ALIMENTAÇÃO:
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PSICÓLOGA RESIDENTE EM NUTRIÇÃO
CLÍNICA**

TATIANE PINTO DA SILVA

Uberlândia-MG
2024

Tatiane Pinto da Silva

**PACIENTES EM FINITUDE E VIAS ALTERNATIVAS DE ALIMENTAÇÃO:
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PSICÓLOGA RESIDENTE EM NUTRIÇÃO
CLÍNICA**

**Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao
Programa de Residência Multiprofissional - Área de
Nutrição Clínica, da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia, como requisito para obtenção de
título de especialista em Nutrição Clínica.**

Orientador (a): Me. Vanessa Lima Borges.

Uberlândia-MG
2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tatiane Pinto da Silva

PACIENTES EM FINITUDE E VIAS ALTERNATIVAS DE ALIMENTAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PSICÓLOGA RESIDENTE EM NUTRIÇÃO CLÍNICA

**Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao
Programa de Residência Multiprofissional - Área de
Nutrição Clínica, da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia, como requisito para obtenção de
título de especialista em Nutrição Clínica.**

Aprovado em: 13/12/2025.

Banca Examinadora

Presidente da Banca: Enfermeira DrA. Maria Angélica Melo e Oliveira

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Titular: Psicóloga MsC. Letícia Aquino Costa

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Titular: Nutricionista DrA. Nayara Bernardes da Cunha

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos que passaram por este caminho comigo, que acolheram minhas angústias e medos, foi o apoio de cada um de vocês que proporcionaram que eu chegasse até aqui. Sem o carinho e afeto daqueles que amamos e estão do nosso lado o caminho se torna mais tortuoso e amedrontador, obrigado por serem minhas lanternas nessa estrada.

(Aos meus familiares, amigos e preceptores).

E dedico essa escrita a você velho João, quando o senhor se foi em janeiro de 2023 eu ainda não imaginava que estaria em março desse mesmo ano iniciando meu processo como residente, saiba que nesse caminho encontrei muitos Joãos e os tratei com a mesma paciência e acolhimento que gostaria que o senhor tivesse recebido, levo um pedacinho seu comigo para onde vou, obrigada por isso meu bem.

“ELE VAI MORRER DE FOME?”: PACIENTES EM FINITUDE E VIAS ALTERNATIVAS DE ALIMENTAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PSICÓLOGA RESIDENTE EM NUTRIÇÃO CLÍNICA

Resumo

No presente relato de experiência, é construída narrativa frente ao que é ser residente em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde atuando enquanto psicóloga com enfoque na nutrição clínica, pensando nas especificidades de pacientes em finitude e a introdução de vias alternativas de alimentação, e suas repercussões no indivíduo. A psicologia sócio-histórica foi a base teórica utilizada para a melhor construção desse relato, tendo a teoria de identidade de Ciampa (1989-2009) como base de direcionamento. A escrita explicita as dificuldades encontradas no fazer da psicologia em ambiente hospitalar, e como isso atravessa a relação com a equipe, paciente e familiares, apresentando os seguintes objetivos: a) explicitar qual a necessidade de um psicólogo direcionado a esses casos, b) identificar demandas significativas diante de tais processos e c) compreender as dificuldades enfrentadas pela psicologia frente à nutrição clínica. A compreensão da psicologia enquanto possibilidade de diminuição de sofrimento, e acolhimento a demandas específicas direcionadas às mudanças físicas e repercussões emocionais do processo de adoecimento e suas consequências.

Palavras-chave: residência multiprofissional, finitude, vias alternativas de alimentação, psicologia.

Abstract

In this experience report, a narrative is developed on what it means to be a resident in a Multiprofessional Health Residency program, working as a psychologist with a focus on clinical nutrition, considering the specificities of patients facing end-of-life situations and the introduction of alternative feeding routes, along with their repercussions on the individual. Socio-historical psychology was the theoretical foundation used to construct this report, with Ciampa (1989-2009) identity theory serving as the guiding framework. The writing highlights the challenges faced when practicing psychology in a hospital environment and how this affects the relationship with the team, patients, and their families. The following objectives are presented: a) to clarify the need for a psychologist dedicated to these cases, b) to identify significant demands in such processes, and c) to understand the challenges faced by psychology in clinical nutrition. The report emphasizes psychology's role as a means of alleviating suffering and providing support for specific demands related to physical changes and the emotional repercussions of the illness process and its consequences.

Keywords: multiprofessional residency, finiteness, alternative feeding methods, psychology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. METODOLOGIA.....	7
3. DESENVOLVIMENTO.....	9
3.1 A MORTE E O MORRER.....	11
3.2 IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NO PROCESSO DE FINITUDE.....	12
4. VIVÊNCIA ENQUANTO RESIDENTE.....	14
4.1 PACIENTE.....	15
4.2 FAMÍLIA.....	18
5. CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde se caracteriza como uma especialização dentro do âmbito da pós-graduação lato sensu pensada e formulada para profissionais da saúde de diversas áreas, caracterizada diferencialmente pelo ensino em serviço com carga horária de 60 horas semanais mesclando essas duas experiências, com intuito principal de capacitar profissionais para um atendimento humanizado e mais capacitado dentro do Sistema Único de Saúde (Secretaria de Educação Superior, 2012). Podemos compreender o quanto os residentes estão presentes durante o processo de internação e permanência dos pacientes dentro da instituição hospitalar, fazendo com que em muitos momentos sejam os residentes que acompanhem grande parte do processo de adoecimento desses sujeitos.

Quando adentramos na Política Nacional de Humanização (2004) podemos compreender o quanto um olhar amplo, que compreende o sujeito enquanto biopsicossocioespiritual agrega e possibilita um cuidado mais integral. Pensando nesse nível de atenção, a psicologia se faz cada vez mais importante e necessária, como modo de suporte e alívio para o sofrimento. Nesse estudo iremos focar especificamente na psicologia na Atenção Terciária em um Hospital Escola localizado no interior de Minas Gerais, que recebe residentes de psicologia em âmbito multiprofissional em áreas de concentração diversas.

O Conselho Federal de Psicologia (2019) em sua normativa traz que é função do psicólogo hospitalar a promoção de intervenções direcionadas a relação do paciente e sua família para com a equipe de saúde, conjuntamente com intervenções voltadas para o paciente e seu processo de adoecimento, que é permeado por sofrimento durante os momentos de institucionalização. No que concerne o trabalho com a equipe, não podemos desconsiderar a função do psicólogo enquanto mediador na construção do processo de cuidado, participando ativamente das tomadas de decisões e discussões de caso, se posicionando frente aquilo que de modo amplo diminua o desconforto e sofrimento do paciente e seus familiares.

Quando falamos sobre finitude de vida e morte isso acarreta nos indivíduos envolvidos nesse processo muitos sentimentos e angústias, o fim da vida como pontuado por Combinato e Queiroz (2006) despertam sentimentos mistos e desconfortáveis, pensar no fim da vida leva consigo a angústia e incerteza de como será esse fim. O processo de finitude é atravessado por diversas questões, Ferreira (2021) pontua que “É fundamental reconhecer que, nesse percurso, não apenas a morte enquanto processo natural de finitude da vida se anuncia, mas também o morrer marcado pela dimensão social: a morte pela ação ou omissão do próprio Estado, pela dificuldade de acesso à saúde, pela violência, pelo racismo estrutural, pelo adoecimento

negligenciado, pelo diagnóstico tardio” (p. 13).

Segundo a “ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism” em específico “ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration” (2016), que pontuam os cuidados com pacientes em cuidados paliativos ou fim de vida, pontuam que as vias alternativas de alimentação devem ser ofertadas respeitando a particularidade de cada indivíduo, nesses casos é sempre respeitado aquilo que poderá proporcionar mais qualidade de vida e terá o princípio da beneficência. A alimentação nasoenteral (nutrientes passam por uma sonda acoplada nas fossas nasais até o estômago ou parte do intestino) e parenteral (solução nutricional que é diretamente inserida na corrente sanguínea) são indicadas para pacientes que por algum motivo não podem se alimentar por via oral, existem vários fatores que podem causar essa impossibilidade e o processo de finitude é um deles.

A “Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente Grave” (2023) quando fala sobre morbidade infecciosa aponta que o índice de morbidade está direcionado mais à quantidade de calorias oferecidas do que a via de alimentação escolhida, quando se respeitando as particularidades específicas de cada indicação, ou seja, mesmo para aqueles pacientes que não estão em processo de finitude a particularidade de cada caso deve ser respeitada.

Ao considerar esses aspectos chegamos ao cerne deste trabalho: como um psicólogo pode auxiliar pacientes que necessitam de cuidados voltados à nutrição clínica? Durante o estudo do estado da arte para a construção desse trabalho percebi a carência existente no campo de publicações sobre o tema, sendo escasso até mesmo relatos de experiência, o que deixa uma grande lacuna.

Os campos de atuação pelos quais passei durante meu primeiro e segundo ano de residência são em sua grande maioria de atenção terciária, atendendo pacientes com demandas específicas relacionadas a: vias alternativas de alimentação (nasoenteral, parenteral e em raros momentos gastrostomia); ostomias e ileostomias; retirada significativa de parte do estômago ou intestino; pós extubação, etc. Desse modo encontrei demandas relacionadas à Nutrição Clínica em todo ambiente hospitalar, demandas essas que causam muito sofrimento e desconforto durante o processo de internação, pois, em sua maioria essas situações estão atreladas a casos clínicos delicados e graves onde o sujeito se encontra ocupando papéis e sendo ator em situações nunca antes vivenciadas, e vendo de forma significativa como isso afeta sua relação com o outro e si mesmo.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho com caráter qualitativo, descritivo que se enquadra em relato de experiência a partir da vivência enquanto residente de psicologia em um programa de nutrição clínica. Mussi, Flores e Almeida (2021) pontuam que o relato de experiência em contexto acadêmico tem como além de função descritiva, tem por meio do esforço para transformar essa vivência em um constructo acadêmico-científico, por meio de uma crítica a partir de uma base teórica.

Para a análise do conteúdo e da vivência apresentada durante o relato será utilizado a abordagem sócio-histórica tendo como um de seus autores mais conhecidos Lev Vigotski. No Brasil atualmente existem autores como Silvia Lane e Antônio da Costa Ciampa, que pensam na construção de uma psicologia sócio-histórica latino-americana. Em sua tese de doutorado Ciampa (2009) apresenta que a identidade é um processo em constante construção e sempre em movimento, que o indivíduo nunca se finaliza e se encontra em uma constante metamorfose. Desse modo é importante também entendermos o sujeito como um indivíduo sócio histórico que é totalmente afetado pelo meio onde vive, portanto é um sujeito que aprende, verbaliza, pensa. É totalmente um produto de seu meio, “o indivíduo não é mais algo: ele é o que faz.” (Ciampa, 2009, p. 135)

Como indivíduos pertencentes também somos afetados pelo meio, as ideias que construímos a partir disso são atravessadas pela visão do outro. Goffman (1963) diz que somos seres estigmatizados, que nossa postura, marcas (sejam elas físicas ou sociais, como gênero, sexualidade e etnia), já pré definem a visão que os outros terão sobre nós, e que algumas pessoas terão esses estigmas mais visíveis, o processo de adoecimento pode trazer a esse paciente novos estigmas, e as vias de alimentação alternativas se tornam assim estigmas visíveis. A construção da identidade passa a ser permeada por medos socialmente implementados (muitas vezes direcionados à morte) cobrando que esse paciente e seus familiares assumam papéis nunca antes vivenciados.

Heller (1985, p.44) aponta que “[...] por um lado, assumimos estereótipos, analogias e esquemas já elaborados; por outro, eles nos são “impingidos” pelo meio em que crescemos e pode-se passar muito tempo até percebermos com atitude crítica esses esquemas recebidos, se é que chega a produzir-se uma tal atitude”.

Desse modo os papéis assumidos pelos pacientes e profissionais são permeados por essa visão, os comportamentos e atitudes esperadas diante de cada situação. Durante a vida todo sujeito irá assumir vários papéis, podemos estar auxiliando o paciente em um dia e no outro estarmos no leito, do mesmo modo que isso é uma surpresa para quem se imagina nesse local foi também uma surpresa para aquele que passa a se ver em um leito de hospital necessitando

de cuidados e, pensando no viés deste trabalho impossibilitado de se alimentar do modo rotineiro.

Goffman (1963, p.92-93) quando escreve: “o indivíduo estigmatizado pode mostrar uma ambivalência de identidade quando vê de perto que eles comportam-se de um modo estereotipado, exibindo de maneira extravagante ou desprezível os atributos negativos que lhes são imputados. Essa visão pode afastá-lo, já que, apesar de tudo, ele apóia as normas da sociedade mais ampla, mas a sua identificação social e psicológica, com esses transgressores o mantém unido ao que repele, transformando a repulsa em vergonha e, posteriormente, convertendo a própria vergonha em algo de que se sente envergonhado”.

Nesse contexto, nós enquanto profissionais da saúde, que fazemos parte desse emaranhado de situações, temos como importante papel contribuir para a humanização desses processos. Diante disso, precisamos pensar em possibilidades para a construção de uma identidade emancipada, Ciampa (2009) fala da importância dos processos de mudança e metamorfose para a construção dessa identidade emancipada, que com acolhimento e reconhecimento (o que muitos chamam de validação) é possível direcionar esse sujeito para uma resignificação.

Uma resignificação desse novo eu e da nova realidade a qual esse paciente está exposto, e a emancipação diz também sobre um dos fundamentos da Política Nacional de Humanização (2004) quando falamos sobre a autonomia desse sujeito, que infelizmente durante o processo de adoecimento pode ser invalidado e desacreditado, e suas vontades, opiniões, desejos, são ignorados ou desqualificados.

Em sua tese de mestrado Ciampa (2009) cunha o termo morte simbólica, onde mesmo estando vivo biologicamente o sujeito morre de modo subjetivo, sua identidade é negada e destruída, ele não faz mais parte de um todo. Muitos pacientes em seu processo de adoecimento enfrentam essa morte simbólica onde são impossibilitados de acessar seus sentimentos e criarem a seu modo formas de manejo para lidar com todo o processo de mudança. Essa postura é violenta, pois, além de todo sofrimento físico e barreiras biológicas, existe essa barreira invisível que mesmo não sendo palpável afeta diretamente a saúde e a qualidade de vida do sujeito em adoecimento.

3. DESENVOLVIMENTO

Os campos de atuação pelos quais passei durante meu primeiro e segundo ano de residência são em sua grande maioria de atenção terciária, atendendo pacientes com demandas

específicas relacionadas a: vias alternativas de alimentação (nasointestinal, parenteral e em raros momentos gastrostomia); ostomias e ileostomias; retirada significativa de parte do estômago ou intestino; pós extubação, etc. Desse modo encontrei demandas relacionadas à Nutrição Clínica em todo ambiente hospitalar, demandas essas que causam muito sofrimento e desconforto durante o processo de internação, pois, em sua maioria essas situações estão atreladas a casos clínicos delicados e graves onde o sujeito se encontra ocupando papéis e sendo ator em situações nunca antes vivenciadas, e vendo de forma significativa como isso afeta sua relação com o outro e si mesmo.

Ciampa (1989) quando diz sobre a identidade do sujeito e suas mudanças, destaca sobre como as narrativas construídas colocam o sujeito como ator que irá ocupar determinado papel, e este afeta diretamente na sua construção de identidade, o processo de adoecimento em muitos momentos coloca esse indivíduo em papéis que ele nunca esteve antes, que o expõe a situações desconfortáveis e dolorosas, e que em muitos momentos retiram dele a autonomia.

Sendo assim, a justificativa desse trabalho surge a partir da compreensão da função da Residência Multiprofissional em Saúde, pensando a partir da Política Nacional de Humanização (2004), onde a função do residente é também criar e repassar novos conhecimentos, levando em consideração as vivências construídas no processo de atenção à saúde. Como na literatura o tema é pouco encontrado, esse trabalho poderá suprir de algum modo dúvidas e curiosidade e quebrar o estigma construído frente a nutrição clínica e a psicologia.

Ademais percebo a necessidade desse relato como um meio de identificar e pontuar onde a psicologia pode e deve ser trabalhar ao levar em consideração esse contexto, visto que, em muitos momentos percebo que nem mesmo outros profissionais da área da saúde compreendem a dimensão da nossa função, e de que maneira podemos servir de apoio e orientação. Em meu primeiro ano o contato com pacientes tão angustiados em relação ao seu novo corpo ou novo modo de se nutrir me motivou a escrever, muitas vezes nos esquecemos que para além do doente existe um indivíduo com suas próprias vivências.

Goffman (1963) em seu livro “Estigma: notas sobre a manipulação e a identidade deteriorada”, levanta grande discussão sobre como o adoecer e o estar doente afetam significativamente a forma como o indivíduo se vê e vê o seu valor no mundo, um olhar que é atravessado também pelo olhar do outro, pois, a partir desse olhar o sujeito também é julgado e tratado em sociedade a partir desse julgamento.

Em muitos momentos vi pacientes e familiares com um discurso de que se o paciente necessita de vias de alimentação alternativa é por que já não existe mais nada a ser feito, como se aquela instrumento que é utilizado para trazer mais conforto e qualidade de vida para o sujeito

se tornasse um atestado de óbito ou invalidez. Goffman (1963, p. 8) diz que [...] acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar reduzimos suas chances de vida”.

Como objetivo geral, esse trabalho tem a função de relatar a experiência de uma psicóloga no atendimento de pacientes com demandas relacionadas à nutrição clínica. E como objetivos específicos o trabalho pretende: a) explicitar qual a necessidade de um psicólogo direcionado a esses casos; b) identificar demandas significativas diante tais processos; c) compreender as dificuldades enfrentadas pela psicologia frente à nutrição clínica.

3.1 A MORTE E O MORRER

Quando falamos sobre morte é preciso compreender como esse processo afeta significativamente aqueles que são atravessados por ele, seja como o indivíduo que está em finitude ou o familiar que enfrenta o luto. Simonetti (2006), pontua que tanto o saber médico quanto a visão da psicologia apontam o processo de adoecimento e o morrer enquanto extremamente complexos, onde várias dimensões da vida desse indivíduo são afetadas, não somente seu corpo biológico sofre, existe um adoecimento psicológico que juntos afetam intensamente a vida social daquele que enfrenta esse processo, desse modo, a cultura e a forma como a representação da morte é atravessada por ela pode ampliar esse sofrimento.

Combinato e Queiroz (2006) explicitam que “para o ser humano, o ato de morrer, além de um fenômeno biológico natural, contém intrinsecamente uma dimensão simbólica, relacionada tanto à psicologia como às ciências sociais” (p. 209), corroborando com isso Pazin-Filho (2005) diz que “A definição de morte pode parecer fácil. Todos aprendem desde cedo que a morte é a única certeza da vida. No entanto, a morte é um fenômeno que está sujeito a múltiplas interpretações. A morte pode ser definida sob aspectos filosóficos, orgânico e legal” (p. 20).

Sendo assim, “Para o homem ocidental moderno, a morte passou a ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada” (Combinato; Queiroz, 2006, p. 210). A morte permeia desse modo o imaginário de cada indivíduo, dita enquanto nossa única certeza, porém, rodeada de dúvidas e afetos. Ao considerarmos a citação anterior e a organização capitalista que atravessa a existência do homem ocidental, vemos que morrer é sinônimo de falhar, adoecer significa parar de produzir e se tornar inútil, e uma pessoa nesse estado deve ser ocultada (Pitta, 1999). O valor do indivíduo se torna atrelado a aquilo que ele pode produzir e se ele nada produz já

não é um ser válido.

Na atual sociedade em que vivemos muitas vezes existe uma corrida contra a morte, porém, a chegada ainda é a mesma para todos mesmo que por vias diferentes, e a chegada na maioria das vezes infelizmente não é confortável. Em seu livro “A morte é um dia que vale a pena viver” (2019) Ana Claudia Quintana Arantes diz sobre sua realidade quanto médica geriatra especialista em cuidados paliativos, e um ponto muito relevante levantado em sua escrita é como a grande maioria dos processos de morte ocorridos em instituições hospitalares são de extremo desconforto para os pacientes, existe uma grande carga de sofrimento emocional e físico, onde esses pacientes são submetidos desnecessariamente a procedimentos invasivos para prolongar sua “vida”, mas os pacientes mesmo sendo os mais afetados nesse processo, são os menos ouvidos e sua autonomia não é respeitada.

Com todo esse contexto “A morte passou a representar no contexto hospitalar, fracasso, frustração e incapacidade do profissional por não conseguir salvar ou prolongar mais a vida de seus pacientes” (Costa, 2024, p. 5), em muitos momentos a morte deixa de ser sobre o paciente e passa a ser sobre a equipe e seus atravessamentos, ainda existe um déficit durante a formação de profissionais da saúde onde o tema morte é pouco abordado, esses profissionais aprendem em suas formações que devem salvar vidas com um viés curativista, e quando isso já não é mais possível são inundados por um sentimento de fracasso.

Vigotski (1996) diz sobre a dificuldade que temos enquanto sociedade de compreender e assimilar a morte e morrer, “A morte é interpretada somente como uma contraposição contraditória da vida, como a ausência da vida, em suma, como o não-ser. Mas a morte é um fato que tem também seu significado positivo, é um aspecto particular do ser e não só do não-ser; é um certo algo e não o completo nada” (p. 265). A falta de compreensão e receio desse não-ser leva muitos a tratarem o sujeito que passa por esse processo de modo excludente e estigmatizado, um local que poderia ser gerador de novas experiências e significados é negado.

O adoecimento e o processo de finitude em nenhum momento devem tirar a humanidade e o valor do sujeito, a autonomia do mesmo deve ser respeitada e suas vontades levadas em consideração, o ser não deve ser apagado ou anulado por morrer, “Ao homem como fenômeno temporal, a noção de fim é aplicável, pois a morte é o fim da existência temporal, não éramos antes do nascimento e não seremos mais depois da morte. Contudo, a morte não pode aniquilar aquilo que foi dado pelo nascimento”. (Lobato, 2018, p.62-63)

3.2 IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NO PROCESSO DE FINITUDE

Rock (2005) classifica a nutrição enquanto processo pelo qual o corpo humano através dos alimentos é capaz de fornecer energia para o corpo, possibilitando assim a manutenção da saúde de modo geral, e o funcionamento adequado de órgãos e tecidos. Ao consumir esses alimentos não estamos somente nutrindo nosso corpo, o ato de se alimentar também é atravessado pela cultura e ganha significados a partir disso, o comer ganha nuances para além do nutrir. Pais e Ferreira (2016) falam sobre o comer para além de nutrir como um momento de liberdade, uma liberdade de escolha com aquilo que é ingerido, momento esse que é rodeado de afetos e significados pensando na singularidade e pluralidade de cada sujeito, e essas escolhas estão atravessadas por vários determinantes como a possibilidade e disponibilidade de determinados alimentos e seus afetos e memórias que permeiam determinados locais e datas.

Porém, quando falamos de pacientes hospitalizados podem ser necessárias algumas adaptações, Leite *et al.* (2005) diz sobre pacientes que devido a limitações funcionais (muitas vezes em consequência de processos de adoecimento) para ingestão oral de alimentos iniciam o uso de vias alternativas de alimentação para garantir um estado nutricional adequado e satisfatório. E quando falamos sobre a escolha dessas vias alternativas de nutrição será analisado vários fatores como a integridade do trato gastrointestinal, deglutição, e estado geral do paciente, essas análises serão necessárias para pensarmos se a via será nasoenteral (por dispositivos como sonda nasogástrica, sonda nasoenteral e gastrostomia) possibilitando a nutrição a partir do trato digestivo, ou parenteral a nutrição intravenosa. (Nogueira, *et al.*, 2008)

Segundo a BRASPEN (2023) para pacientes em estado crítico e a ESPEN (2016) quando falamos sobre pacientes em finitude a nutrição é de extrema importância e deve ser avaliada de modo cauteloso, pois, em alguns casos a escolha inadequada pode levar a piora do quadro de saúde. Segundo os estudos citados e coletados para construção dessa diretriz em alguns casos onde o paciente se encontra em um estado de saúde de maior gravidade é necessário que se pensando no bem estar clínico e geral do paciente seja suspensa quaisquer via alternativa de alimentação, pois, o malefício da mesma se sobressai ao seus benefícios.

Arantes (2019) diz sobre a importância de proporcionar conforto aos pacientes que passam por situações de adoecimento significativo, porém, quando falamos de pacientes em finitude esse conforto vem em forma de pequenos gestos, como proporcionar ao paciente uma refeição desejada, se a mesma não trouxer piora significativa. Entre os outros autores citados nessa seção, encontrei certa concordância quanto a essa afirmação, a alimentação tem função afetiva e social e nesse momento é importante que esse paciente mantenha esses laços. A nutrição não é somente a quantidade de carboidrato e proteínas que aquele paciente precisa ingerir em 24 horas, mas também o picolé de limão que alivia sua ansia após dias de parenteral.

4. A VIVÊNCIA ENQUANTO RESIDENTE

Durante o período em que estive nas enfermarias do hospital entrei em contato com pacientes em momentos de extremo sofrimento e confusão, eles se sentiam perdidos diante daquela nova realidade, era amedrontador para muitos estar fora de seu ambiente habitual sendo de certo modo obrigados a se adaptar a uma nova rotina rodeada de novas pessoas e perspectivas. O ambiente hospitalar não é acolhedor, os barulhos, cheiros, cores, e rotina, fazem com que esse local se torna ainda mais aversivo a esses indivíduos que já passam por um situação incômoda, o adoecimento por si só gera dores e desconfortos levando os pacientes a um nível de estresse considerável.

Percebi no meio desse processo reações plurais vinda dos pacientes, alguns tentavam de alguma maneira se adaptar aquele local e torná-lo um pouco menos aversivo, outros se fechavam e evitavam contato com a equipe de saúde negando em muitos momentos o próprio tratamento. Juntamente com todo esse processo de adaptação surgia algo, a alimentação, as adaptações feitas na internação nem sempre são bem aceitas, muitos pacientes reclamam da comida e suas especificações, a consistência e a oferta de sal são sempre pontos recorrentes em diálogos direcionados a isso, muitos fora da internação consomem uma dieta livre, porém desbalanceada, e a necessidade dessa mudança desagrada.

De modo errôneo presenciei profissionais da saúde e familiares ameaçando pacientes, dizendo que se o mesmo não comesse a alimentação fornecida seria por uma sonda e ele iria sofrer, mostrando outros pacientes em uso de via alimentar alternativa como um exemplo de como ele ficaria. Esse é um ato um tanto quanto desesperado, e compreensível, principalmente quando vindo de um familiar, entretanto, coloca as vias alternativas de alimentação em um patamar de castigo e punição, deixando a mensagem subentendida de que se ele se alimentar “bem” via oral não será necessário, mas, em alguns casos se alimentar via oral vai para além da força de vontade do paciente, as limitações em seu quadro de saúde podem impedir que isso aconteça.

Com a evolução da doença e a piora no quadro geral do paciente, em alguns casos, é necessário a mudança da via alimentar que antes era oral para enteral ou parenteral, em minha vivência me deparei com isso inúmeras vezes, e um questionamento é sempre presente “mas isso é o bastante?”, o paciente juntamente com a família passa por um angústia significativa direcionada a isso, as dietas para as vias alternativas de alimentação são pensadas de modo individual para cada paciente suprimindo sua necessidade nutricional, todavia, é compreensível a

mudança visual é de grande impacto, seja pela sonda enteral inserida na via nasal, ou o acesso para a parenteral e os dispositivos para auxílio e controle.

Inicialmente também me sentia angustiada, já estive do outro lado, já fui a familiar que se sentia perdida frente a tal situação. O trabalho multiprofissional se faz de extrema importância nesse momento, pois, foram com outros residentes (enfermeiros e nutricionistas) e com a equipe de nutrição que pude compreender grande parte desse processo, e desse modo repassar para familiares e pacientes informações básicas, porém importantes, que auxiliam na diminuição do sofrimento e da angústia.

Foi também com a equipe multiprofissional que pude dividir frustrações, por mais que atualmente vemos mudanças quanto a perspectiva médico centrada, ainda enfrentaremos percalços nesse processo. Pitta (1999) pontua o quanto a equipe de saúde buscando de modo a compreender todos os fenômenos e resolvê-los de maneira técnica entram em um processo onde negam a morte, acreditando que quando um paciente morre essa é uma falha da equipe, porém, a morte é o fim para todos e não é humanamente possível impedi-la. Por várias vezes presenciei e participei de discussões de caso onde principalmente a equipe médica compreendia o paciente muito mais enquanto seu quadro de saúde do que enquanto indivíduo integral, levando seu corpo e sua psique ao limite em prol de se manter um corpo sobrevivente, contexto na qual a subjetividade é negada e descaracterizada.

Arantes (2019) diz sobre a dificuldade que os médicos enfrentam frente ao processo de morte dos pacientes, que em muitos casos preferem levar a “vida” até o último segundo a prezar por um fim de vida mais digno. E presenciei isso inúmeras vezes, embates da equipe de nutrição e psicologia com os médicos responsáveis, sobre o que traria mais qualidade e conforto para o paciente, porém, somos silenciados e ainda hoje o saber médico é levado enquanto soberano, mesmo quando sua intenção são alguns dias de “vida” mesmo que sem qualidade e benefício ao paciente.

4.1 PACIENTE

Se encontrar nesse local do indivíduo adoecido não é um papel fácil, Ciampa (1989) diz sobre as narrativas criadas durante nossa existência e os papéis que assumimos a partir disso, esses papéis e as mudanças ao decorrer desse processo de construção de narrativa são um constante movimento que atravessam o indivíduo e na construção de sua identidade, que passa por constantes mudanças. Quando falamos da narrativa do doente esse indivíduo passa por uma descaracterização e estigmatização imensa, onde o seu existir é negado e muitas vezes

silenciado (Goffman, 1963), o indivíduo deixa de existir e ali só habita a doença. Dentro dos leitos hospitalares percebo que existe uma simbiose entre o paciente e a causa de seu adoecimento, de tal modo que seu nome é esquecido e ele se torna o número de seu leito e seu quadro de saúde, João deixa de ser João, e se torna “leito 300 câncer de cólon”.

Existe uma angústia tremenda nessa não existência, assumir esses papéis e reivindicar ser autor de suas próprias narrativas auxilia com que o sujeito compreenda e ressignifique esses processos, e construa a partir disso novos papéis e modos de se estar no mundo (Ciampa, 1989; 2009), entretanto, como já vem sendo discutido amplamente na Política Nacional de Humanização (2004) muitos pacientes têm sua autonomia retirada, e perdem o direito de escolha sobre seus corpos, lutamos dias após dia para que essa autonomia seja respeitada, entretanto, minha experiência e os diálogos com os pacientes em seus momentos de fragilidade deixam claro um cenário diferente, a escolha do que será feito ou não, do que é desejo para os momentos de finitude, ficam a cargo da equipe médica e de familiares, mesmo quando o paciente acometido pelo adoecimento e processo de finitude se apresenta consciente e orientado.

As vias alternativas de alimentação por vezes são usadas e apresentadas de modo ameaçador para os paciente, não são vistas como medidas para proporcionar nutrição e conforto, mas como uma punição para aquele que não conseguiu comer. Em atendimentos encontrei pacientes extremamente fragilizados e culpados por não conseguirem se alimentar, entendendo todo aquele processo enquanto um castigo, a relação com essa nova via de se nutrir já se inicia a partir de sensações físicas e emocionais desconfortáveis. Kübler-Ross (1998) diz sobre os sentimentos e comportamentos apresentados frente a essas situações de adoecimento e finitude, e a raiva e negação são extremamente presentes quando falamos sobre as vias de alimentação alternativas, por serem apresentadas de modo tão aversivo me deparei com pacientes que as negavam do mesmo modo que negavam seu processo de adoecimento, e que falavam da sonda ou do acesso com um ódio pungente, associavam toda sua piora e tristeza aos dispositivos.

Não é permitido a aquele que passa pelo processo de adoecimento assimilar o mesmo, são negadas informações importantes sobre seu quadro de saúde e as consequências do mesmo, existe um pacto de silêncio criado em muitos momentos pela equipe médica, com auxílio dos familiares, ou em outros momentos o silêncio se estende até os familiares. A ideia de uma proteção é instaurada, porém, percebo que essa proteção vem do receio da equipe em lidar com pontos tão sensíveis que também a afetam (Pitta, 1999). Desse modo a equipe multiprofissional é fragmentada, em muitos casos era de saber comum de toda equipe a piora regular e significativa do paciente, porém, a informação repassada pelo médico responsável era de

melhora se direcionando a partir de um exame que infelizmente não refletia o quadro geral do paciente, me sentia em uma posição desconfortável onde não pude trabalhar de modo satisfatório a autonomia do paciente frente a situação, pois, como trabalhar algo que para ele não existe e que o mesmo nem gostaria que existisse, e mesmo quando o paciente sentia sua piora em seu corpo físico se apegava às palavras de melhora, até chegar a um estado de rebaixamento de consciência impossibilitando a verbalização.

Presenciei idosos ainda orientados a demonstrarem desejo pela não utilização de vias alternativas de alimentação, que se em algum momento chegasse ao ponto onde não fosse mais possível deglutição e que o quadro não tivesse proposta curativa que médicas invasivas não fossem utilizadas. Em alguns casos vi esse desejo ser respeitado, porém, em inúmeros momentos presenciei a equipe médica e a família escolhendo pela sobrevida do paciente, mesmo com orientações contrárias da nutrição e o reforço do desejo expressado pelo paciente vindo por parte da equipe de psicologia. “Muitas vezes, na luta contra a morte, a moderna medicina acaba por esquecer que somos mortais e que, por trás da doença, existe um ser humano que vive em determinado contexto, que traz consigo uma história de vida. Mais: que essa história de vida deveria incluir sua história de morte” (Esslinger, 2004, p.75-76), é árduo para a equipe pensar em uma narrativa onde não existe uma cura, porém, a morte é o fim esperado e não deve ser visto somente ao fechar final dos olhos, o seu processo deve ser respeitado, o sujeito que morre ainda é um sujeito e sua história continuará existindo após seu findar físico.

Ciampa (2009) em sua tese diz sobre o processo de deterioração da identidade, ao modo em que a movimentação e a possibilidade de ocupar novos papéis é negada ao sujeito, quando o mesmo fica preso a um papel e uma narrativa na qual não é permitido novas formas de ser e se ver no mundo, de tal modo que ele morre simbolicamente, a morte em vida. Infelizmente, presenciei essa morte simbólica em diversos momentos, uma morte que parte da desumanização desse paciente e de todo seu processo enquanto existir e estar no mundo.

Compreendendo que parte do meu papel enquanto psicóloga seria proporcionar autonomia ao sujeito, pensando em diminuir seu sofrimento psíquico, como indicado nas Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) nos serviços hospitalares do SUS, me vi em muitos momentos proporcionando um último encontro (mesmo que os envolvidos não soubessem disso), um bolo simbólico de aniversário (com auxílio e permissão da equipe nutrição) mesmo para aqueles que já não podiam mais deglutir, em proporcionar o mínimo de conforto e acolhimento aqueles que tiveram muito em sua existência negado. O que eu presenciei na relação entre psicólogo-paciente nesses momentos e que precisamos trazer a tona novamente a humanidade que foi negada, ser voz aqueles que já não podem mais falar, e não

permitir que esses sujeitos morram de modo simbólico, que eles tenham o direito de viver (e não sobreviver) de modo digno até seus últimos segundos.

4.2 FAMÍLIA

Durante o tempo que passei nas enfermarias encontrei pacientes desacompanhados, sem o auxílio de familiares ou amigos, entretanto, em casos críticos e que já se sabia sobre a possível evolução desfavorável eram raros os casos que não existia ao menos um acompanhante. Em sua maioria esses acompanhantes eram familiares, próximos ou distantes, que tinham ligações afetivas com esses pacientes, e para nós enquanto equipe de saúde era perceptível quando o vínculo entre paciente e família era permeado de afetos confortáveis ou desconfortáveis. Estar nesse local não é fácil, presenciar o processo de finitude do outro nos atravessa significativamente, se enquanto equipe os profissionais se sentem afetados, é possível se presumir quantos afetos estão envolvidos frente aqueles que construíram e tem um vínculo ainda maior com este paciente.

Mia Couto (2003) em um de seus livros reflete sobre o luto e como se sente atravessado pelo mesmo, em sua escrita traduz a morte enquanto uma cicatriz que relembra uma existência anterior, estar frente o processo de morrer ou a morte propriamente dita de um ente querido nos coloca em um local de relembrar quem era aquela pessoa, quem éramos para ela, e pode fazer surgir questões que anteriormente estavam adormecidas. Kübler-Ross (1998) diz sobre as dificuldades enfrentados durante esse processo de luto, que não se inicia somente após o falecimento, mas durante todo o processo onde o indivíduo vai deixando aos poucos de ser quem ele era anteriormente, e em minha vivência constatei que as formas mais comuns que surgem de manifestação afetiva vinda daqueles que passam por esse momento é a negação.

Frente ao familiares percebo que a psicologia tem uma função de acolhimento e orientação de extrema importância, o Manual de Psicologia Hospitalar (2016) é recorrente em ressaltar a importância de uma boa comunicação, feita de modo respeitoso é o local onde será construído o maior vínculo com esse familiar, que em muitos momentos se sente perdido dentro da instituição hospitalar, até mesmo hostilizado e confuso frente tantas mudanças e informações. Informações que para a equipe parecem de conhecimento comum e de fácil acesso nem sempre são repassadas de modo didático, deixando um vazio que gera confusão em sua compreensão do quadro geral do paciente, afetando diretamente na construção de um luto saudável.

É preciso compreender que “Os vínculos contínuos, entendidos como integrantes de um processo de luto, até mesmo por possibilitarem a construção de significados, não podem ser considerados uma reação anormal, como se ignorasse a realidade da morte. Ao contrário, eles exigem do enlutado que aceitasse a morte de alguém e buscasse maneiras para construir a memória dessa pessoa” (Franco, 2021, p. 83), do mesmo modo que esse paciente ocupa papéis dentro da narrativa do adoecimento, seus familiares também precisam ocupar papéis desconfortáveis que demandaram uma mudança significativa na forma que se vêem frente ao mundo (Ciampa, 1989). Um homem que era visto enquanto base da família e ocupava o papel de provedor passa a se encontrar debilitado em um leito hospitalar, e do seu lado existe uma esposa que agora além do papel de cuidadora necessita se adaptar e se preocupa como poderá sustentar a sua família.

E quando falamos de vias alternativas de alimentação existe toda a mudança visual pela qual o paciente passa, e o familiar presencia sua mudança, não somente física como emocional, para além de acolher a dor de seu ente querido necessita também lidar com suas próprias dores e afetos. Anteriormente foi citado sobre o pacto de silêncio muitas vezes construído entre a família e a equipe médica, onde informações essenciais são negadas ao paciente, encontrei nesse movimento muitas barreiras, pois, quando outros profissionais de saúde tentam pontuar sobre a importância de um diálogo transparente com o paciente alguns familiares se colocam em uma posição de defesa não permitindo que se tenha contato direto com paciente e evitando a equipe multiprofissional. Compreendo esse movimento como um processo de autopreservação, a negação instaurada, o receio de ser dito, existe um papel ao qual aquele familiar não está pronto para ocupar entrando em esquiva. O manejo nesses momentos necessita de uma boa construção de vínculo e empatia, compreender quais são os receios e anseios desse familiar, quando a equipe é percebida enquanto aliada e não inimiga é possível se fazer um trabalho mais harmônico, mesmo que não seja o ideal.

Ariès (2003) e Maranhão (1996) em sua escrita falam da mudança que ocorreu em nossa sociedade e de como o modo que tratamos aqueles em processo de adoecimento é diferente, anteriormente as mortes aconteciam em casa com seus ritos e rituais fúnebres, enquanto hoje todo esse processo é experienciado em um leito desconfortável de hospital, um local onde tudo é controlado e até mesmo as demonstrações afetivas devem ser mais contidas. Existe uma dificuldade de se acolher o choro e o sofrimento, esses familiares se sentem cobrados a não se expressar, se apresentam respostas emocionais solicitam que a equipe de psicologia vá contê-los, sendo que em muitos momentos é esse processo doloroso que permite que ele compreenda sua realidade e possa suportar e de certo modo aceitar esse novo cenário.

5. CONCLUSÃO

As mudanças decorrentes do processo de adoecimento levam o indivíduo a experienciar vários cenários que desencadeiam sofrimento psíquico significativo, uma dessas mudanças é a possibilidade da introdução das vias alternativas de alimentação. Os pacientes e familiares demandam uma atenção direcionada a essas questões, pois, muito de seu sofrimento está relacionado às mudanças físicas e ao estigma direcionado a nova maneira que esse indivíduo se apresenta ao mundo, ao papéis antigos que ele deixa de exercer e as adaptações necessárias para os novos papéis que ele irá ocupar.

Quando essas mudanças vêm acompanhadas do processo de finitude entra outra figura, os medos e receios que permeiam a morte se tornam mais pungentes, pois, infelizmente, ainda hoje o que presenciamos são falecimentos em leito hospitalares ainda cercados de desconforto e sofrimento (Arantes, 2019). Nesse panorama a presença do psicólogo hospitalar é de extrema importância, o atendimento psicológico ético e acolhedor pode proporcionar a diminuição do sofrimento do paciente e seus familiares, e nos casos em que existem demandas relacionadas à nutrição clínica um psicólogo que esteja preparado e tenha conhecimento sobre a temática permite um diálogo mais didático, podendo proporcionar orientações e informações que diminuam o sofrimento direcionado a essa nova forma de nutrição.

Por ser uma profissão nova frente às outras profissões da área da saúde, percebo que existem barreiras a serem enfrentadas, ainda partimos de um local onde o saber médico é dito enquanto o mais válido, o sofrimento psíquico e suas repercussões ainda são deixados enquanto segundo plano em todo quadro geral do paciente. Ainda percebo resistência frente a rejeição de um paciente a via alternativa de alimentação, de modo biológico é pensado somente em como o instrumento pode “salvar a vida”, mas o desconforto físico e emocional é descartado, o significado que o paciente dá aquele momento é descartado.

Cabe a nós psicólogos da saúde ressaltar a importância da humanização e autonomia do paciente nesse processo, em respeitar e acolher suas demandas emocionais, em proporcionar um ambiente que seja possível a construção de um bom vínculo com a equipe multiprofissional. Para que esse processo tão doloroso se torne menos sofrido, proporcionar conforto nesse momento de finitude não resumindo esse indivíduo a um leito e CID.

A humanização deve ser a base do cuidado com esses pacientes já tão sensibilizados pelo adoecimento e o processo de finitude, nós enquanto profissionais de saúde devemos compreender que para além de um indivíduo hospitalizado existe um ser com seus medos e

anseios, e que, o que para um profissional parece algo simples e indiscutível para aquele que ouve é um mundo novo e incerto. Não se deve impor de modo incisivo aos pacientes as vias alternativas de alimentação, mesmo quando a via é indicada, mas a partir de um diálogo empático de modo didático e acessível apresentar para a ele os motivos pelos quais isso poderá possibilitar qualidade de vida e conforto.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Editora Sextante: Rio de Janeiro, ed. 1, 2019.
- ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004.
- BRASPEN (Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition). **Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente Grave**. BRASPEN JOURNAL, v. 38, n. 2, 2023.
- CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 2009.
- CIAMPA, A. C. Identidade. In. LANE, Silvia T. M.; CODO, Warderley (orgs.). **O homem em movimento**. 8. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989. p. 58-77.
- COMBINATO, D. S; QUEIROZ, M. S. **Morte: uma visão psicossocial**. Estudos de Psicologia, Rio de Janeiro, v.11, n.02, p. 209-216, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA . **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) nos serviços hospitalares do SUS**, 2019.
- COSTA, L. H. S. **A morte e o morrer no contexto hospitalar: a importância do acompanhamento psicológico aos paciente e familiares**. Revista Cedigma, São Luís, 2024.
- COUTO, M. **Um rio chamado tempo, uma casa chamada terra**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. **ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration**. Clinical Nutrition, 2016.
- ESSLINGER, I. **De quem é a vida?**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- FERREIRA, C. M. **Luto e Desigualdade Social: Uma Leitura Sócio-Histórica sobre a Morte e o Luto a partir das Experiências do Território da Brasilândia no Contexto da Pandemia de COVID-19**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.
- FRANCO, M. H. P. **O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno**. São Paulo: Summus, 2021.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 ed. São Paulo: LTC, 1963.
- HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LEITE, H.P, *et al.* **Atuação da equipe multidisciplinar na terapia nutricional de pacientes sob cuidados intensivos**. Rev. Nutr., 2005.

LOBATO, M. D. **A Concepção Filosófica da Morte em Schopenhauer**. Saberes: Revista interdisciplinar de Filosofia e Educação, n. 17, 9 fev., 2018.

MARANHÃO, J. L. S. **O que é morte**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

MUSSI, R. F. F; FLORES, F. F; ALMEIDA, C. B; **Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico**. REVISTA PRÁXIS EDUCACIONAL, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

NOGUEIRA, S. C. J, *et al.* **Perfil de paciente em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral**. Rev. CEFAC, São Paulo, p. 94-110, 2013.

PAIS, S.C; FERREIRA, P.D; (Orgs). **A redução das assimetrias sociais no acesso à alimentação e à saúde: Políticas e práticas**. Porto: Mais Leitura, 2016.

PAZIN-FILHO, A. **Morte: considerações para a prática médica**. Revista Medicina, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p. 20-25, jan-mar, 2005.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1999.

ROCK, C.L. **Nutrição na prevenção e no tratamento de doenças**. In: Goldman L, Ausiello D, Cecil – Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 1519-1520, 2005.

Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de Abril de 2012. **Diário Oficial da União**, p. 24-25, 2012.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**, 8a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

VIGOTSKI, L. S. **Teoria e método em psicologia** (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1996.