



## OS DESAFIOS E AS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR COM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Francisleine Moleta\* (Departamento de Psicologia da FAE Centro Universitário; Curitiba-PR). Inaê Benchaya\*\* (Departamento de Psicologia da FAE Centro Universitário; Curitiba-PR).

Contato: francisleine.moleta@fae.edu\*  
inaebd@gmail.com\*\*

Psicologia da Saúde e Hospitalar

**Palavras-chave:** Psicologia Hospitalar. Estágios Curriculares. Unidade de Terapia Intensiva. Esclerose Lateral Amiotrófica.

### INTRODUÇÃO

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) caracteriza-se pela atrofia progressiva dos músculos do corpo, atingindo membros superiores e inferiores, fala e deglutição. Está incluída nas doenças do neurônio motor, com intensa degeneração dos neurônios motores do cérebro, tronco encefálico e da medula espinhal. Há uma prevalência de 6 a cada 100.000 pessoas, o início da doença geralmente acontece entre 40 e 60 anos de idade, sendo mais frequente no sexo masculino. (Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica., [ABRELA], 2018)

O diagnóstico é realizado através de exames neurológicos e sintomas relatados pelos pacientes, inicialmente os membros tendem a perder progressivamente a massa muscular, movimentação e força. Com o avanço da doença os pacientes vivenciam câimbras, rigidez muscular, reflexos involuntários, alteração na fala e deglutição, tosse e perda do controle da sua musculatura, inclusive a respiratória. Na fase final da doença, observa-se imobilidade, disfagia, insuficiência respiratória e, muitas vezes, comunicação restrita a um código obtido com a comunicação dos olhos. De um modo geral, desde o diagnóstico até a insuficiência da musculatura respiratória, a morte do paciente leva em torno de três anos. (Rocha & Miranda, 2007).

Atualmente, não há cura para a ELA, nem possibilidades terapêuticas para reduzir a sua progressão, com isso as ações e investimentos têm se voltados para sobrevivência, melhorando sua qualidade de vida através de medidas paliativas. As intervenções têm como objetivo o alívio e controle de sintomas, controle de dores, combate às intercorrências e tentativas de controle da progressão de



sintomas (Rocha & Miranda, 2007). Para isso, conta-se com uma equipe multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais), com cuidados oferecidos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) em instituições hospitalares ou em situação de cuidados domiciliares, atendimento em *Home Care*. Conforme destacado, o diagnóstico de ELA afeta apenas os neurônios motores, ou seja, o paciente mantém sua consciência, raciocínio, audição e tato preservados até o momento final de sua vida (Borges, 2003).

Considerando a paresia/plegia características da progressão da ELA, os pacientes e seus familiares vivenciam uma mudança abrupta e intensa, marcada especialmente pela dependência funcional, onde o paciente se torna prisioneiro de seu próprio corpo. É importante ressaltar a dificuldade e o grande desafio vivenciado, tanto pelos cuidadores quanto pelo próprio paciente, onde constantemente exige-se uma adaptação às mudanças impostas pela doença e pelas novas rotinas de cuidado. (Borges, 2003). Ou seja, protagonistas desta história, paciente e seus familiares, vivenciam, dia a dia, ano a ano, as progressivas perdas de funções, cientes de que não podem se apoiar na crença de uma melhora, o que resta nestas circunstâncias é se adaptar com às perdas e administrar o luto por cada uma delas. Assim, é como se a morte fosse assistida “de camarote”.

Considerando a readaptação familiar necessária para os cuidados com pacientes diagnosticados com ELA, tem-se observado uma grande sobrecarga dos cuidadores principais, os quais geralmente não possuem treinamentos para os cuidados físicos e medicamentosos, dificuldades de comunicação, além de vivenciarem o luto de perder a funcionalidade de seu familiar adoecido. Fatores como estes aumentam o nível de estresse, sobrecarga do cuidador que pode vir a desenvolver, por exemplo, síndrome de *Burnout*. (Borges, 2003; Lago, 2015).

Com o avanço da doença e a necessidade de aparatos hospitalares, como sondas, respirador artificial, alimentação parental, muitas famílias têm transformado sua casa em verdadeiros hospitais com o serviço de *Home Care*. Outras por avaliar a qualidade de cuidados aos paciente, sua própria qualidade de vida ou por não darem conta de acompanhar o processo de terminalidade do familiar adoecido, têm optado por encaminhar o paciente para residir em UTIs. Estas decisões tendem a trazer intenso sofrimento aos familiares que, afetados intensamente pela incerteza do futuro, medo, cansaço, muitas vezes se culpabilizam por não desejarem dar continuidade aos cuidados do paciente em seus domicílios. Assim, a internação permanente em uma UTI é um momento conflituoso e nem sempre os envolvidos compartilham das mesmas opiniões.

A internação em uma UTI, ainda nos dias de hoje, é considerada um dos momentos mais críticos e amedrontadores no processo de tratamento e hospitalização. No discurso leigo, comumente encontramos um estereótipo da UTI associada a morte iminente, onde a Unidade é tida como o lugar que se vai para morrer (Haberkern, 2009, Sebastiani, 2010; Sebastiani & Di Biaggi, 2016).



Ao contrário disto, a UTI é um recurso hospitalar destinado ao paciente que necessita de cuidados mais complexos, intensificados e constantes. No entanto, a realidade dos pacientes diagnosticados com ELA difere desta compreensão e se aproxima do discurso leigo, pois para eles a UTI é o lugar destinado a sua terminalidade.

Por muito tempo o palco principal do tratamento em UTI esteve centrado unicamente no Biológico, na preservação da vida, mas, de acordo com Condes et al. (2012), não se pode ignorar que a vida que está sendo preservada é de uma pessoa que tem emoções, afetos, sentimentos e que cada indivíduo atribui à doença e às vicissitudes, um sentido particular que só pode ser compreendido dentro do conjunto de sua história. Contudo, a forma que cada paciente irá vivenciar seu processo de internação na UTI será única, diferentes questões emocionais poderão ser desencadeadas a partir do espaço físico limitado, roupas e objetos impessoais, imposição de horários e rotinas, afastamento dos entes queridos e, tudo isso, aliado a incertezas e perdas relacionadas ao tratamento.

Para tanto, pode-se dizer que a UTI é o lugar de grandes intensidades psíquicas, por isso se justifica a necessidade a atuação da Psicologia neste contexto. A estratégia básica do psicólogo na UTI, de acordo com Simonetti (2016), é criar canais para o escoamento dessas intensidades por meio da palavra e, embora o foco primário de atendimento seja o paciente, o psicólogo se vê muitas vezes, atuando junto aos outros personagens dessa cena: médicos apressados, enfermeiras atarefadas e familiares angustiados.

Condições estressantes, fatores que mobilizam sentimentos e sensações perturbadoras são constantemente trazidas por pacientes, familiares e equipe de saúde, questões estas que potencializam as solicitações de atendimentos do psicólogo nas UTIs, reforçando a necessidade de uma escuta que amenize o impacto a *“bedside technology”* ou tecnologia de cabeceira, a qual é premente e importante para a sobrevivência psicológica do paciente (Sebastiani & Di Biaggi, 2016).

O atendimento psicológico em uma UTI também apresenta ao profissional desafios extras, tais como o fato de grande parte dos pacientes internados apresentarem algum tipo de dificuldades de comunicação, seja por estar em estado comatoso, sob sedação, confuso ou *“entubado”*, ou seja, ligados por uma cânula endotraqueal aos aparelhos de respiração artificial (Simonetti, 2016). Nestes casos o psicólogo precisará se reinventar, utilizar novas formas de comunicação, comumente lançando mão de recursos como: a escrita, a leitura labial ou tabelas de comunicação alternativa (estas tabelas possuem, de um lado, figuras e, de outro, letras organizadas em linhas. Estas figuras ou letras podem ser apontadas pelo paciente ou, em caso de imobilidade, indicadas por algum movimento possível, comumente utilizado o movimento dos olhos, sobrancelhas, indicador, boca, etc).

Simonetti (2016), sugere que na atuação com pacientes lúcidos e orientados sem condições de comunicação verbal, o psicólogo explore a escrita de bilhetes, a comunicação gestual ou pequenos



toques, que segundo o autor costumam ser bastante eficiente no acolhimento ao paciente. Cabe ressaltar que o objetivo da comunicação nessas situações é menos passar informações e muito mais marcar presença, facilitar a expressão das emoções e diminuir a solidão. O conteúdo da comunicação costuma ser secundário: muitas vezes o que conta realmente é a possibilidade de relacionamento humano, é o canal aberto para o “outro”.

Elencadas as particularidades e desafios da atuação da psicologia hospitalar em UTI e junto a pacientes diagnosticados com ELA e considerando a baixa representatividade de trabalhos envolvendo temáticas como estas, o presente trabalho tem por objetivo relatar as experiências obtidas durante a orientação de acadêmicos do curso de Psicologia matriculados nos estágios supervisionados de psicologia hospitalar, atuantes em uma UTI com pacientes diagnosticados com ELA.

## METODOLOGIA

Os estágios supervisionados em psicologia hospitalar compõem-se como parte integrante da formação acadêmica dos discentes do curso de Psicologia da FAE Centro Universitário. A grade curricular vigente atualmente no curso prevê a realização de duas modalidades de estágios voltados a área da saúde e hospitalar: os estágios básicos e os estágios profissionalizantes, nomeados na Instituição como estágios nas áreas de opção. O estágio supervisionado básico em psicologia hospitalar é previsto no 8º período do curso, possui uma carga horária total de 36h e constitui-se como disciplina obrigatória para todos os discentes do curso. Já os estágios supervisionados nas áreas de opção, acontecem no 9º e 10º período do curso, possuem 125h e são realizados pelos alunos que se identificam com a área e desejam aprofundar seus conhecimentos neste campo de atuação. Ambos estágios buscam oferecer subsídios para que o aluno possa desenvolver autonomia como futuro profissional, oportunizando a realização de práticas de intervenção no contexto hospitalar embasadas em referencial teórico sugerido pelo professor em supervisões semanais.

O presente estudo foi organizado a partir das experiências obtidas por duas supervisoras dos referidos estágios em Psicologia hospitalar durante 6 semestres (de 2015/02 a 2018/01) de prática de estágio junto a pacientes diagnosticados com ELA na UTI de um hospital geral localizado na cidade de Curitiba. A referida UTI possui um total nove leitos, dos quais, um fica disponível para emergências, dois são ocupados por pacientes que residem na Unidade e os demais são abertos para as diferentes especialidades atendidas no hospital. Cabe ressaltar que este trabalho segue as diretrizes éticas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais prevista na resolução Nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

As práticas de estágios foram realizadas atendendo às demandas de todos os pacientes internados na UTI, no entanto, para este trabalho serão apresentadas apenas as atividades voltadas para as demandas dos dois pacientes portadores de ELA que residem no local. Todas as



atividades realizadas durante o estágio foram elaboradas pelos alunos juntamente com a supervisora responsável, autorizada pela equipe da UTI (estando dentro das normas e rotinas da Instituição) e pelos participantes (pacientes e familiares). A fim de facilitar a apresentação dos dados, os pacientes serão aqui nomeados como Pedro e Maurício.

Pedro, 56 anos, nascido na cidade de Curitiba, casado, possui dois filhos e reside na UTI a cerca de 3 anos. Comunica-se através de pequenos movimentos das sobrancelhas, utiliza-se frequentemente da tabela de comunicação alternativa, é receptivo ao contato e às atividades propostas pelos estagiários.

Maurício, 53 anos, nascido na cidade de Curitiba, casado, possui uma filha e reside na UTI a cerca de 5 anos. Comunica-se através de pequenos movimentos dos olhos, onde sinaliza respostas breves (sim ou não) a partir do local onde fixa o olhar. Atualmente não consegue estabelecer contato através da tabela de comunicação alternativa e é pouco receptivo às atividades propostas pelos estagiários.

A partir das experiências obtidas através da supervisão das atividades de estágios, os resultados e discussões deste estudo serão apresentados em duas categorias, sendo: 1) atividades de valorização da subjetividade e autonomia do paciente e 2) desafios impostos pela prática.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Atividades de valorização da subjetividade e autonomia do paciente

Estas atividades possuíam o objetivo de oportunizar momentos de escuta aos interesses e desejos dos pacientes, partindo sempre de um levantamento prévio dos interesses dos paciente e consentimento dos mesmos em relação à presença dos estagiários. A comunicação estabelecida com os pacientes nestas atividades era adaptada às condições e possibilidades de cada um, frequentemente os alunos se utilizavam da tabela de comunicação alternativa e/ou de perguntas que dessem a possibilidade do paciente sinalizar seu interesse com respostas breves (sim ou não) transmitidas pelo movimento dos olhos.

Importante ressaltar que com o avanço da doença os pacientes necessitam, cada vez mais, de tempo e atenção para construir suas frases e/ou palavras, tempo este muitas vezes difíceis para a equipe e familiares que possuem horários e rotinas restritas na UTI. Dessa forma, os alunos eram orientados/treinados previamente em supervisão sobre as possibilidades comunicativas com os pacientes, mas, o mais precioso é que estes alunos dispunham de tempo e de desejo para dar escuta a subjetividades destes pacientes.

Com a certeza de que naqueles dois leitos haviam sujeitos com muitas coisas a dizer, os estagiários investiram “dar voz” a eles: acolheram sentimentos de angústia frente às perdas



vivenciadas, dificuldades relativas a rotina de internação, dor e desconforto relacionadas posição no leito. Também deram a oportunidade a esses pacientes de contarem quem eles eram, seus gostos, preferências e histórias de vida.

Com base nos interesses de cada um os estagiários realizaram atividades como: a) Leitura em voz alta para o paciente de assuntos previamente escolhidos por eles (livros biográficos, contos, jornais, revistas de esporte e jazz); b) utilização de música (através de uma seleção de preferência dos pacientes gravados em pen-drive, apresentados em videoclipes ou ao vivo, proporcionada tanto pelos alunos quanto por profissionais convidados por eles com instrumentos como violão e sax); c) contação de histórias lúdicas que envolvessem sons e objetos sensoriais para estimular os sentidos possíveis nos pacientes com ELA; d) Uso de óculos de realidade virtual (vídeo de montanha russa, trilha na natureza, show de rock e passeio de bicicleta); e) técnicas de relaxamentos guiados; f) parceria e convite a uma profissional massoterapeuta, a qual realizou voluntariamente 20 minutos de massagem semanal com cada um dos pacientes durante 4 meses; g) ajustes e aprimoramentos da própria tabela de comunicação; h) organização com a equipe para proporcionar a movimentação do paciente para pegar sol (a UTI possui uma porta que dá acesso a uma área aberta, destinada ao estacionamento do hospital, onde Pedro permanecia por aproximadamente 1 hora na companhia dos estagiários).

Além das práticas elencadas, destacamos o trabalho realizado junto a uma mulher com quem Maurício teve um relacionamento amoroso extraconjugal e que frequentemente o visita na UTI. Em um destes encontros trouxe aos estágios questionamentos sobre como a equipe lidava com a sexualidade e desejos do paciente. Na supervisão seguinte a este questionamento os alunos trouxeram algumas dificuldades para lidar com este tema, por ter inicialmente, uma visão restrita do paciente. Entretanto com pesquisas e conversas com a Equipe da UTI, descobriu-se que a função erétil estava preservada. Desta forma em um próximo encontro com a companheira de Maurício, os alunos entregaram um folder que foi elaborado juntamente com a Equipe da UTI, com dicas sobre as possibilidades de estimulações táteis que ela poderia realizar com ele. O folder se tornou uma forma de flexibilizar a rigidez da UTI, possibilitando a autonomia e desejo do paciente e de sua parceira de serem atendidos, assim como o fortalecimento da relação entre o casal, através da troca de carinho e interação. Para Simonetti (2016), a sexualidade de um paciente internado na UTI ainda é um tabu, e se torna difícil pela própria infraestrutura e falta de privacidade do local hospitalar.

Também enfatizamos o trabalho realizado com Pedro que auxiliou a equipe em relação a tomada de decisões médicas (diretrizes antecipadas). Neste semestre Pedro passava por várias intercorrências, com infecções, problemas com sonda, dificuldade com o aparelho respiratório, posição/cãibras, dentre outras. A equipe então solicitou aos alunos que pudessem investigar com a



família, quais decisões poderiam ser tomadas, caso fosse necessário a intervenção de reanimação. Em supervisão discutiu-se a possibilidade de levar primeiro em consideração a autonomia do paciente, afinal, o mesmo se encontra consciente e os alunos poderiam dispor de tempo e atenção para escutar o desejo de Pedro. Organizou-se então uma conversa da equipe médica com o paciente, intermediada pelos alunos, onde os médicos explicaram as intercorrências e prognósticos. Em seguida, os alunos realizaram atendimento individual com Pedro para que o mesmo pudesse expressar suas ideias, emoções, dúvidas e decisões. Este trabalho se mostrou de imensa importância para trazer o direito e autonomia do paciente frente suas decisões médicas. Pois o mesmo apresentou compreensão da fala dos médicos e assertividade ao escolher suas diretrizes antecipatórias.

Dentre as decisões de Pedro podemos citar o desejo de continuar vivendo e, assim, ser reanimado em caso de parada cardiorrespiratória, sua vontade de voltar a utilizar o serviço *Home Care* na sua casa, seu agradecimento aos cuidados prestados pela Equipe da UTI e, por fim, seu medo sobre o desconhecido sobre o que é a morte. As diretrizes de Pedro emocionaram tantos estagiários, quanto a equipe e familiares. E proporcionou uma reflexão profunda sobre o que é vida e a importância de incluir o paciente para decidir seu bem estar. Considerando o tempo de permanência da UTI, a equipe solicitou auxílio dos estagiários, e foi realizada uma roda e conversa sobre o tema “morte e cuidados paliativos”, onde a equipe pode trazer seus medos de perder Pedro e demais pacientes/residentes da UTI, discutiu-se a prática dos cuidados paliativos e a importância dos profissionais de saúde cuidarem de si.

As práticas realizadas em parceria com os familiares também renderam aos estagiários experiências enriquecedoras. Além do acompanhamento e escuta dos familiares nos horários de visita, aproveitando um feriado comemorativo de Natal, os estagiários (utilizando a tabela), escreveram mensagens curtas dos pacientes para equipe e familiares. No último dia do estágio prepararam cartões em formato de coração com os textos digitados, a atividade gerou grande comoção a todos.

Outra atividade significativamente satisfatória realizada em parceria com os familiares de Maurício, foi a organização de histórias que o paciente vivenciou ao longo de sua vida, contada por seus amigos e familiares. A atividade foi proposta à esposa, a qual por meio do aplicativo whatsapp, lançou o convite aos familiares e amigos para o envio de mensagens, vídeos e fotos. A atividade foi levada a sério pelos envolvidos, os quais acumularam mais de 600 mensagens de texto, voz e vídeo. Os conteúdos das mensagens eram bem humorados, alegres, assim como a personalidade de Maurício é descrita pelos participantes da iniciativa. O material foi compilado em três arquivos diferentes (um contendo todas as mensagens de voz recebidas e fotos, outro com as mensagens de texto e o preferido pelo paciente: as mensagens de vídeos). Nas mensagens amigos de infância contaram suas peripécias com Maurício na época do colégio, colegas de faculdade falaram dos



namoros, festas e brincadeiras, familiares transmitiram seu carinho por Maurício, dentre outras interessantes histórias relatadas.

Para os estagiários a atividade proporcionou uma maior integração com os familiares e com o paciente. Ao final do estágio os alunos entregaram ao paciente um pen drive com os arquivos, também nesta data, reunidos com a família e supervisora de estágio assistiram o vídeo. O encontro foi marcado por muita emoção, sutilmente foi possível observar um leve sorriso nos lábios de Maurício. A atividade funcionou como um resgate da história de sua história de Maurício, mas o que mais marcou esta prática foi o relato de sua filha adolescente, que tem em sua lembrança somente o registro do pai adoecido: “através destas histórias eu pude conhecer o meu pai”.

### **Desafios impostos pela prática**

Ao ser direcionado a realizar suas práticas de estágio em uma UTI é possível perceber, em grande parte dos alunos, a apreensão, o medo e as fantasias em relação às regras e ao *setting* de trabalho. Os receios em se aproximar e se apresentar aos pacientes/família/equipe, também são comuns nestes discursos inseguros e temerosos. Percebe-se neste momento a dificuldade de lidar com o *setting* específico da UTI e a atuação do Psicólogo Hospitalar ao sair da teoria e vivenciar a prática.

Após a adaptação aos barulhos, cheiros e rotinas do *setting* da UTI, um dos grandes desafios deste estágio é a questão da comunicação com os pacientes diagnosticados com ELA, mais especificamente, o silêncio. Observa-se que a escuta no silêncio angústia muitos dos alunos, o que os leva a uma postura inicial de esquivar no momento da aproximação com estes pacientes. Também não é incomum perceber as dificuldades de estagiários relacionadas experiências pessoais anteriores frente ao ambiente hospitalar/ UTI, outra questão premente das atuações dos acadêmicos faz referência a dificuldade de se deparar com a morte e a terminalidade, o que muitas vezes os posiciona diante de conflitos internos que vão além das questões trabalhadas academicamente e que acabam por dificultar o desenvolvimento das práticas e aprendizado. Nestes casos, as limitações são impostas de diferentes formas, seja dando preferência para os pacientes que se comunicam verbalmente e “não tendo tempo para o atendimento dos pacientes com ELA” ou reconhecendo suas dificuldades e resistências.

Para as docentes que acompanham estas atividades, é evidente que as supervisões de estágio são muito mais do que orientações para a aplicação da teoria à prática, estes encontros necessitam de uma abertura para troca de experiências, onde mutuamente possam escutar seus medos, inseguranças, inquietações e, para aqueles que ainda não iniciaram seus próprios processos de terapia/análise, se encorajarem nesta busca.



## CONCLUSÃO

A experiência com o estágio supervisionado em psicologia hospitalar proporcionou aos alunos um aprendizado condizente com o conteúdo adquirido na disciplina, ampliando o arsenal teórico prático e produzindo iniciativas estudantis mais próximas da realidade profissional. Os atendimentos realizados com os pacientes acometidos com ELA ajudaram a desenvolver uma nova visão de mundo e de homem, elevando os conhecimentos sobre doenças degenerativas e processos de humanização. Da mesma forma, a condução dos aspectos referentes à prática do psicólogo, no que tange o ensino e a pesquisa na área hospitalar foi evidenciada e experimentada com propriedade pelos acadêmicos.

Para o corpo docente que acompanha e supervisiona estas práticas, cada semestre traz surpreendentes experiências e aprendizados. As discussões em supervisão, a criatividade e comprometimento dos estagiários, as pesquisas e apresentações de trabalhos possibilitaram um enriquecimento curricular aos alunos e supervisores de estágio.

## REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica. Recuperado em 12 agosto, 2018, de <http://www.abrela.com.br>
- Borges, C. F. (2003). Dependência e morte da “mãe de família”: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. *Psicologia em Estudo*, 8(n.spe.), 21-29.
- Condes, R. P., Uwagoya, K. S., Iavelberg, A. H., Pozzani, A. F., Carvalho, A. M., Sasso, L. G. C., Bonsaver, M., Rosa, N. B., Lima, P. X. B., & Bruscato, W. L. (2012). Atendimento psicológico em Unidade de Terapia Intensiva. In: Bruscato, Wilze L. (Orgs.). *A psicologia na saúde: da atenção básica à alta complexidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Haberkorn, A. (2009). Atuação psicológica na UTI. Cap.8. In: W. L. Bruscato, C. Benedetti, & S. R. de A. Lopes (Orgs.). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lago, D. M. S. K. (2015). *Qualidade de vida de cuidadores domiciliares: relação entre cuidados paliativos, sobrecarga e finitude humana* (Tese de doutorado). Faculdade de Ciências em saúde, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil.
- Rocha, J. A., & Miranda, M. J. (2007). Disfunção ventilatória na doença do neurônio motor: quando e como intervir? *Acta Médica Portuguesa*, 20, 157-165.
- Sebastiani, R. W. (2010). Atendimento psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In V. A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Cengage Learning.



Sebastiani, R. W., & Di Biaggi, T. M. (2016). Os desafios e as possibilidades da atuação do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva de adultos. In: M. Kamers, H. H. Marcon, & M. L. T. Moretto (Orgs.). *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*. São Paulo: Escuta.

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